

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКА САХА (ЯКУТИЯ)
ГПБОУ РС(Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»



Допущен(а) к защите

Зам.директора по УР

Иванова М.Н

**Особенности сестринского ухода за пациентами после
лучевой терапии при раке легких**

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

По специальности 34.02.01 «Сестринское дело»

Работа выполнена
Студентом группы: СД-32
Иванова Полина Ильинична
Руководитель: Андреева Нина
Эдуардовна

Якутск 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Глава 1. Рак лёгкого.....	5
1.1 Этиология и патогенез	8
1.2 Классификация, стадии и клиническая картина	10
1.3 Диагностика и дополнительные методы обследования	18
ГЛАВА 2. Уход за пациентами после лучевой терапии при раке легких	24
2.1 Особенности сестринского ухода за пациентами после лучевой терапии при раке легких	27
2.2 Изучение распространенности и выявления при раке легких РС(Я)	32
Заключение	35
Список использованных источников.....	37

Введение

Актуальность исследования обусловлена тем, что в России онкологические заболевания занимают второе место среди основных причин смертности после сердечно-сосудистых заболеваний, и количество диагностированных случаев продолжает расти. По данным Министерства Здравоохранения Российской Федерации более 40% среди впервые регистрируемых в России онкологических больных выявляются только на III-IV стадиях заболевания, что увеличивает риск летального исхода.

Снижение уровня смертности и улучшение качества жизни онкологических больных входят в список приоритетных задач российского здравоохранения. В программе «Здравоохранение – 2020» уже сформулирована переориентация на первичную медико-санитарную помощь, предполагающая раннюю диагностику и профилактику заболеваний. В этом контексте медицинские сёстры могут сыграть особо важную роль в формировании медицинской активности населения, санитарном просвещении, организации образовательных программ, также в повышении мотивации пациентов к переходу от теоретических знаний и пользе профилактики к её практическому применению. А также улучшение сестринского ухода как одного из важнейших компонентов в успешном подходе к эффективному лечению и поддержке онкологических больных.

Цель работы: изучить особенности сестринского ухода за пациентами после лучевой терапии при раке легких .

Задачи исследования:

1. Изучить эпидемиологию, этиологию и патогенез рака лёгкого;
2. Описать клиническую картину рака лёгкого и его осложнений;
3. Определить этапы сестринского ухода за пациентами после лучевой терапии при раке лёгких.

Объект изучения: больной с диагнозом рак лёгкого.

Предмет изучения: сестринский уход после лучевой терапии при раке лёгких.

Методы изучения:

1. Анализ специальной литературы по проблеме изучения.
2. Сравнение и обобщение специальной литературы по проблеме изучения.

Глава 1. Рак лёгкого

Определение и эпидемиология

Онкология – наука о причинах, методах диагностики лечения и профилактики опухолей.

Опухоль – это местное патологическое разрастание тканей, не контролируемое организмом. Клетки опухоли имеют особые биологические свойства, отличающие их от нормальных клеток по темпам роста, строению и характеру обмена веществ. Опухоли могут развиваться во всех органах и тканях организма. До сих пор нет единой общепринятой теории, объясняющей истинную причину возникновения опухолей. Большинство учёных считает, что причинами возникновения опухолей может быть воздействие на организм многих факторов: физических (ионизирующее излучение, электромагнитное излучение, ультрафиолетовое излучение и др.), химических – канцерогенных веществ (высшие углеводороды, бензантрацены, бензпирены, фенантрены, аминоазотистые соединения и др.), хронических стрессов, вирусов, травм, хронических воспалительных процессов. Но, какова бы ни была причина возникновения опухоли, она должна действовать длительно и повторно.

Все опухоли делятся на доброкачественные и злокачественные.

Доброкачественные опухоли - характеризуются медленным ростом, отграничены от окружающих тканей капсулой, клетки опухоли не разносятся по организму с током крови или лимфы, то есть, они не дают метастазов. Доброкачественная опухоль не отражается на общем состоянии больного до тех пор, пока не начнёт сдавливать окружающие ткани, органы, нервные стволы, кровеносные сосуды, вызывая нарушение их функции. Доброкачественная опухоль может быть радикально оперативно удалена. Доброкачественные опухоли делятся на эпителиальные (папиллома, аденома,

дермоид), неэпителиальные (фиброма, липома, хондрома, остеома) и воспалительные.

Злокачественные опухоли - характеризуются инфильтрирующим ростом, то есть они прорастают и разрушают окружающие ткани и органы, бугристой поверхностью. Темпы роста опухоли неравномерны, иногда они очень быстро прогрессируют. Смерть наступает от различных осложнений (кровотечение, тяжелая интоксикация). Клетки злокачественной опухоли распространяются по организму с током крови или лимфы, обуславливая появление метастазов. Метастаз по своему строению аналогичен первичной опухоли. Это помогает иногда обнаружить первичную опухоль. Злокачественная опухоль может долгое время маскироваться симптомами хронических заболеваний, на фоне которых она развивается, либо симптомы злокачественной опухоли появляются среди полного здоровья и сразу привлекают внимание. Вслед за болями появляются прогрессирующая анемия, теряется аппетит, нарастает слабость, снижается масса тела вплоть до кахексии.

Таким образом, злокачественная опухоль оказывает не только местное, но и общее воздействие на организм. После лечения злокачественные опухоли склонны к рецидивированию.

Рак – злокачественная опухоль из эпителиальной ткани. Может развиваться в любом органе, где есть эпителиальные элементы. Среди злокачественных опухолей на долю рака приходится около 90%.

В настоящее время заболеваемость раком лёгкого занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости, хотя в начале века это заболевание считалось почти казуистическим. Частота рака лёгкого у мужчин в 4,8-7,7 раза выше, чем у женщин, особенно высока заболеваемость у мужчин старше 45 лет. Рак лёгкого является одной из главных причин смертности от злокачественных новообразований у мужчин среднего возраста.

Рак лёгкого (бронхогенная карцинома, cancer pulmonum) – это злокачественная опухоль лёгкого, возникающая преимущественно из покровного эпителия слизистой оболочки бронхов, эпителия желез стенки бронхов (бронхогенный рак) и очень редко из альвеолярного эпителия (пневмониогенный рак).

Для рака лёгкого характерно раннее и интенсивное метастазирование в связи с хорошей обеспеченностью лёгочной ткани кровеносными сосудами и лимфатическими капиллярами.

В правом лёгком опухоль возникает чаще в 56% случаев, чем в левом (44%). Опухоль локализуется преимущественно в главных ствольных, долевых и сегментарных бронхах. Наиболее часто поражаются верхнедолевые бронхи с обеих сторон (50-75%), несколько чаще справа. Наиболее частая локализация опухоли по сегментам - верхнедолевые сегменты и верхний сегмент (VI) нижней доли обоих легких. Рак лёгкого в принципе может возникнуть на любом уровне бронхиального дерева.

Факторы риска, способствующие возникновению рака лёгкого:

1. Возраст 55-65 лет (иммунодефицит);
2. Наследственная предрасположенность;
3. Курение - основной фактор риска, с которым связано более 90% всех случаев данного заболевания у мужчин и 78% - у женщин;
4. Загрязнение атмосферы и воздействие химических веществ: профессиональный контакт с асбестом, цементной пылью, радоном, никелем, соединениями серы и др.;
5. Хроническая обструктивная болезнь лёгких, идиопатический лёгочный фиброз, хронические заболевания лёгких: туберкулёз, бронхит, пневмония.

Эпидемиология рака лёгкого утверждает, что в большинстве стран Запада эта злокачественная опухоль – главный онкологический убийца, ежегодно уносящий жизни 50-80 человек из 100 000 населения. Смертность в

10-15 раз выше у курильщиков, чем у некурящих. Курение вызывает опухоль плоскоклеточного и мелкоклеточного типа. У некурящих тоже может возникнуть рак, но он, как правило, имеет железистую форму (аденокарцинома). Пассивные курильщики подвергаются риску развития рака лёгкого ещё в большей степени, чем курильщики активные, так как выдыхаемый табачный дым содержит ещё более патогенный состав.

Частота выявления различных типов рака лёгкого чётко зависит от пола и возраста больных. У мужчин наиболее частым по морфологической форме является плоскоклеточный рак, реже - различные формы недифференцированного рака, редко - аденокарцинома. У женщин аденокарцинома встречается в 4 раза чаще, чем у мужчин. У больных моложе 40 лет на фоне преобладания плоскоклеточного рака велика частота недифференцированного рака и аденокарциномы, в то время как у больных старше 60 лет преобладание плоскоклеточного рака становится более существенным, а доля недифференцированного рака и аденокарциномы снижается.

1.1 Этиология и патогенез

Несмотря на огромные усилия, проблема этиологии рака лёгкого, как и других злокачественных опухолей, не решена. Ряд экзогенных факторов имеет несомненное значение для развития рака лёгкого.

Во-первых, это значительное увеличение загрязнённости воздушной среды вследствие вредного воздействия современной индустрии: у рабочих горнорудной, сталелитейной, деревообрабатывающей, металлургической, химической промышленности, а также у лиц, контактирующих с соединениями мышьяка, хрома, кадмия, малыми дозами ионизирующей радиации, у рабочих, занятых в никелевой, алюминиевой промышленности, у шофёров. Загрязнение воздушной среды промышленными предприятиями и автомобильным транспортом, массовое строительство асфальтовых дорог и

других бытовых покрытий также способствует увеличению заболеваемости раком лёгкого у жителей крупных промышленных городов.

Во-вторых, по достоверным статистическим данным, частота развития рака у курильщиков табака, особенно сигарет (а среди больных раком лёгкого 90% - это курильщики), в 8-10 раз выше, чем у некурящих. При курении создаются концентрации канцерогенных веществ (а их в табачном дыме до 50), на несколько порядков превышающие концентрации производимых загрязнений. В настоящее время курение признано ведущим экзогенным фактором в развитии рака лёгкого, причем интенсивность и длительность курения прямо влияют на вероятность возникновения заболевания. Велика роль так называемого пассивного курения.

В-третьих, определённую роль в развитии рака лёгкого играют хронические воспалительные процессы в лёгких, такие как хронический бронхит, бронхоэктазы, пневмофиброз, туберкулёз, ведущие к метаплазии эпителия бронхов.

В-четвёртых, существует влияние генетических факторов риска, связанных, прежде всего с врождёнными дефектами в иммунной системе, однако наследственность не имеет серьёзного значения в реальном увеличении частоты рака лёгкого. К основным генетическим критериям определения риска рака лёгкого относятся такие факторы, как первичная множественность опухолей (лечение ранее по поводу злокачественной опухоли) и наличие трёх и более наблюдений рака лёгкого в семье у ближайших родственников. При проведении медико-генетических исследований у больных раком лёгкого обнаружены активированные онкогены в опухолевых клетках. Эти онкогены представляют собой точечные мутации в специфическом коде онкогенов.

Часть исследователей склонна считать личностные и психогенные факторы весьма важными в генезе онкологических заболеваний. Так, например, личностные особенности с развитием рака связывает известный

психолог и психофизиолог Г. Айзенк; он выделяет тип личности С (от слова «cancer»). При этом автор придаёт значение чрезмерному подавлению чувств эмоционально лабильными, экстравертированными личностями их неспособности дать выход агрессивным враждебным эмоциям. По его мнению, тревога и нейротизм защищают человека от рака, а депрессия и чувство безнадежности, напротив, способствуют его возникновению. Механизм этого влияния он видит в нарушении нейрогормональной регуляции при депрессии, следствием чего является срыв защитных механизмов иммунной системы. Подобной точки зрения придерживаются и многие представители психосоматической медицины. Однако другие известные специалисты в области маскированных депрессий (П. Кильхольц) не склонны к подобной трактовке, считая такие взаимосвязи недостаточно доказанными.

В патогенезе рака лёгкого главным считают процессы дисплазии и метаплазии эпителия бронхов под влиянием патогенных факторов. Происходит изменение структуры ДНК и клетки приобретают свойства опухолевых клеток.

1.2 Классификация, стадии и клиническая картина

Исключительное разнообразие макроскопической картины, зависящей от локализации процесса, его стадии, метастазирования, степени распространённости, прорастания в соседние органы, вторичных лёгочных и внелёгочных изменений, создаёт трудности для разработки единой классификации рака лёгкого. В основе существующих классификаций рака лёгкого лежат два принципа: клинико-анатомический и патогистологический.

В соответствии с клинико-анатомической классификацией (по А. И. Савицкому) рак лёгкого делится на три группы:

- центральный рак - эндобронхиальный, перибронхиальный узловой, вдавленный;
- периферический - круглая опухоль, пневмониеподобный рак, рак верхушки лёгкого;
- атипичные формы рака, связанные с особенностями метастазирования.

Международная классификация рака лёгкого по системе TNM:

- T – первичная опухоль
- Tis – преинвазивный рак (carcinoma in situ)
- T0 – первичная опухоль не определяется
- T1 – опухоль до 3 см в диаметре
- T2 – опухоль более 3 см в диаметре
- T3 – опухоль лёгкого любого размера с переходом на соседние органы
- Tx – любая опухоль, которая не может быть выявлена
- N – региональные лимфоузлы
- N0 - нет
- N1- поражение лимфоузлов перибронхиальных и корня лёгкого
- N2 – поражение лимфоузлов средостения
- Nx – недостаточно данных для оценки лимфоузлов
- M – отдалённые метастазы
- M0 – отсутствуют
- M1 – имеются отдалённые метастазы
- Mx – недостаточно данных для выявления.

Стадии рака лёгкого:

- Скрытый рак: TxNoMo
- 1a стадия: T1NoMo или T2NoMo
- 1б стадия: T1N1Mo

- 2 стадия: T2N1Mo 59
- 3 стадия: T3N0-1M0 или T0-3N2Mo
- 4 стадия: T0-3N0-2M1

I стадия — опухоль до 3 см в наибольшем измерении, расположена в одном сегменте лёгкого или в пределах сегментарного бронха. Без поражений плевры и метастазов.

II стадия — опухоль до 6 см в наибольшем измерении, расположена в одном сегменте лёгкого или в пределах сегментарного бронха. Наблюдаются единичные метастазы в пульмональных и бронхопульмональных лимфатических узлах.

III стадия — опухоль больше 6 см, вышедшая за пределы лёгкого, врастающая в перикард, грудную стенку с переходом на соседнюю долю лёгкого или прорастанием в соседний бронх или главный бронх. Метастазы обнаруживаются в бифуркационных, трахеобронхиальных, паратрахеальных лимфатических узлах.

IV стадия — опухоль выходит за пределы лёгкого с распространением на грудную стенку, средостение, диафрагму, с диссеминацией по плевре, с обширными регионарными или отдалёнными метастазами. Присоединяется раковый плеврит.

Болезнь можно разделить на два типа:

- Мелкоклеточный – им поражены 20% пациентов от общего числа онкологических больных. Он практически всегда возникает в результате курения и является наиболее опасным из-за быстрого распространения и агрессивности;
- Немелкоклеточный – имеет разнообразные симптомы, которые зависят от гистологического вида.

Форма рака наряду с размером поражённого бронха, особенностями гистологического строения и стадией опухоли определяют клинические проявления заболевания, которые характеризуются общей слабостью,

повышенной утомляемостью, кашлем, одышкой, болями в грудной клетке различного характера, костях и суставах, уменьшением массы тела (похудением), повышением температуры тела.

Симптоматика зависит от локализации опухоли, формы роста, гистологической структуры и наличия вторичных воспалительных изменений.

При центральном раке:

тупые боли в грудной клетке;

постоянный кашель, вначале сухой, затем с выделением слизисто-гноющей мокроты;

примесь крови в мокроте;

одышка;

повышение температуры;

слабость, потливость, утомляемость;

похудание половины грудной клетки на стороне поражения.

Периферический рак длительное время протекает бессимптомно и выявляется случайно при рентгенологическом обследовании. В ряде случаев первыми признаками рака лёгкого могут быть увеличенные надключичные лимфоузлы, либо симптомы, обусловленные распространением и проращением опухоли в соседние органы и ткани: например, осиплость голоса при сдавлении возвратного нерва или односторонний отёк шеи, лица, руки при сдавлении верхней полой вены. Позднее развиваются метастазы в плевру с явлениями экссудативного плеврита, в печень, лимфатические узлы, мозг, кости и другие органы.

Важным клиническим симптомом рака лёгкого является кашель - сложный дыхательный рефлекс защитного характера, суть которого заключается в выведении инородных частиц и избытка мокроты из бронхов. Продолжительные приступы кашля изматывают и пугают, особенно если кашель связан с одышкой или кровохарканьем. Для начальной стадии

заболевания характерен сухой, мучительный кашель. Постепенно он становится продуктивным: появляется мокрота, сначала слизистая, тягучая, затем слизисто-гнойная, иногда с прожилками или сгустками крови (кровохарканьем), реже - в виде малинового желе.

Факторы, обуславливающие возникновение кашля при раке лёгкого:

- сдавление трахеи и бронхов опухолью лёгких, средостения или увеличенными и плотными лимфатическими узлами;
- прорастание стенки трахеи или бронха опухолью;
- закупорка бронха опухолью или его сужение с задержкой (скоплением) мокроты;
- ателектаз сегмента или доли лёгкого, их воспаление и нагноение, сопутствующее воспаление плевры;
- раздражение блуждающего нерва прорастающей опухолью, увеличенными лимфатическими узлами;
- сопутствующая инфекция дыхательных путей и лёгких.

Не менее важным симптомом рака лёгкого является одышка - субъективное ощущение затруднения дыхания. Одышка характеризуется частотой дыхательных движений более 18 в минуту, поверхностным дыханием с участием межрёберных мышц, раздуванием крыльев носа и вынужденным положением больного (ортопноэ).

Основные причины одышки:

- Связанные с онкологическим заболеванием нарушения: обструкция крупных бронхов опухолью, плевральный выпот, смещение лёгкого опухолью, ателектазы, опухолевый лимфангоит, сдавление средостения, массивный асцит.
- Осложнения и сопутствующие заболевания: пневмония, выпот в перикард, сердечная недостаточность, хронические неспецифические заболевания лёгких.

Картина психических изменений. Психические изменения и психопатологические проявления у больных онкологическими заболеваниями имеют различные механизмы возникновения. Одни исследователи связывают их с непосредственным воздействием болезни на головной мозг, другие с локализацией новообразования, однако все согласны, что особая роль в развитии психических расстройств у больных принадлежит нозогенным (психогенным) механизмам. Это связано с самим фактом диагностики опухоли или подозрения на неё, что неизбежно вызывает у большинства больных потрясение, шок, страх за свою жизнь, так как онкологические заболевания традиционно относятся (прежде всего общественным мнением) к разряду неизлечимых.

Другой механизм влияния онкологического заболевания на психику больного - соматогенный. Он обусловлен характером самого заболевания: длительная раковая интоксикация, приводящая к астении и кахексии; локализация процесса, вызывающая нарушения в различных системах и органах; метастазирование, затрагивающее жизненно важные системы; возможное поражение гормонопродуцирующих органов и связанные с этим психоэндокринные расстройства; применяемые средства и методы лечения (химиотерапия, лучевая терапия), вызывающие тяжёлые побочные эффекты, и др..

В картине психических нарушений ведущей становится аффективность. Она может проявляться как в виде реакций тревоги, страха, так и в виде возмущения и гнева. Следствием таких реакций могут быть попытки самоубийства, а также агрессивные и аутоагрессивные действия. Этот период продолжается несколько недель, а затем выраженность аффективных переживаний сглаживается, больной приспосабливается к новой ситуации. Среди психических проявлений ведущими являются расстройства, относимые к адаптационным (психогенным): депрессивные и смешанные (тревожно-депрессивные) реакции, нарушения поведения.

Больные в терминальной стадии болезни составляют одну из групп, подлежащих диспансерному наблюдению. Эти больные испытывают чрезвычайные моральные и физические страдания, связанные с болезнью. Определяющую роль при этом играет болевой синдром. Поэтому очень важным является обеспечение обезболивающими средствами. Облегчить физическое и психологическое состояние онкологических больных призваны хосписы, создаваемые в последние годы в крупных городах. Работающие в них врачи, медсёстры, психологи и обслуживающий персонал помогают обречённым (инкурабельным) больным избавиться от мучений, причиняемых болезнью, почувствовать заботу о себе, ощутить помощь и поддержку в терминальной стадии заболевания. Для этого используются как фармакологические средства (обезболивающие, симптоматические, психотропные), так и психотерапевтические методы (создание групп социальной поддержки, проведение бесед, использование литературных и кинопроизведений и др.).

Помимо инкурабельных больных, диспансерному наблюдению подлежат лица, прошедшие специальное противоопухолевое лечение и нуждающиеся в продолжении реабилитационно-восстановительных мероприятий. Этим больных можно разделить на две группы:

1. Больные после радикального лечения, вынужденные перейти на инвалидность или более лёгкую работу;
2. Больные, способные после проведённого лечения вернуться к привычному образу жизни и прежней работе.

Для больных первой группы актуальными становятся переживания, связанные с проведёнными калечащими операциями (утрата органа или его части), возникающими в связи с этим косметическими дефектами и потерей функции, что приводит к невозможности выполнения прежней работы, иногда к затруднениям в межличностных отношениях, разладу в интимной сфере. Наиболее часто у таких больных выявляются депрессивные

переживания, распространяющиеся не только на само заболевание, но и на его последствия. Они становятся менее общительными, стремятся избегать ситуаций, связанных с эмоциональным напряжением.

Поэтому медицинский персонал должен заранее психологически подготавливать больных к возможному объему операции, рекомендовать соответствующие меры коррекции и компенсации возникающих дефектов. Позитивное влияние на сомневающихся пациентов оказывают примеры благополучных результатов лечения. Такие пациенты в реабилитационном периоде нуждаются в проведении психотерапевтических бесед, помогающих им преодолеть чувство покинутости и одиночества. Показано вовлечение их в группы социальной поддержки, эффективны когнитивная и поведенческая психотерапия.

Большинство больных второй группы, пройдя положенный срок восстановительного амбулаторного лечения, чувствуют себя здоровыми и возвращаются к прежней жизни. Однако у некоторых из них, которым в начальной (бессимптомной) стадии было проведено соответствующее лечение (лучевая терапия, химиотерапия), самочувствие может ухудшаться. Особенно трудно приходится женщинам, поскольку они, помимо плохого общего самочувствия, переживают утрату внешней привлекательности в связи с выпадением волос, резким истощением или, наоборот, стремительным набором веса в результате приёма гормональных препаратов. У них возникают сомнения в целесообразности проведенного лечения, ведь до него они чувствовали себя лучше. В таких случаях необходимо объяснить пациентке особенности ее состояния, преходящий характер имеющихся расстройств, помочь преодолеть период плохого самочувствия.

Важно, чтобы информация о своём состоянии и проводимом лечении пациент получал от своего врача, а не от посторонних лиц (других пациентов, знакомых и т.п.). Хороший личный контакт врача с пациентом является залогом успешного лечения. Возможные отказы больных от

предлагаемого лечения нередко связаны с деонтологическими погрешностями. Среди типичных причин отказа можно выделить: недоверие врачу вследствие его неавторитетности или безразличия к больному, слишком поспешное однократное предложение определенного метода лечения без достаточного обследования, споры врачей о лечебном методе в присутствии больного и др. Кроме того, больной может отказываться от лечения под влиянием страха перед самим методом, боязни его последствий, неверия в возможность излечения, а также под давлением родственников. Чтобы избежать подобных ситуаций, врач обязан стремиться найти контакт с больным и убедить его в необходимости лечения.

1.3 Диагностика и дополнительные методы обследования

Компоненты диагностики рака лёгкого:

- расспрос больного с целью выявления факторов риска и субъективных проявлений заболевания (жалоб);
- наружный осмотр, при котором нередко отмечают усталый вид и беспокойный взгляд больного, лёгкую одышку при разговоре, иногда бледность кожи, одностороннее ограничение подвижности грудной клетки при дыхании, её западение, втягивание межрёберных промежутков;
- перкуссия грудной клетки, при которой при наличии большой опухоли определяют притупление лёгочного звука, реже - тупость. Эти явления могут быть обусловлены наличием жидкости в плевральной полости (плевритом);
- аускультация лёгких, в процессе которой на поражённой стороне выявляется ослабление дыхания, а при наличии воспаления определяются мелкопузырчатые влажные хрипы и крепитация;
- пальпация лимфатических узлов, при которой нередко определяют их увеличение и уплотнение в надключичной, подмышечной областях и на шее;

- лабораторные методы исследования: клинический анализ крови (стойкое увеличение СОЭ без реакции на терапию антибиотиками), микроскопическое, в том числе на атипичные клетки, и бактериологическое исследования мокроты, общий анализ мочи и др.; цитологическое исследование мокроты, бронхиального секрета или плеврального экссудата;

- инструментальные методы исследования: флюорография - массовое обследование, проводимое с профилактической целью среди больших групп населения, позволяет выявлять наиболее грубую лёгочную патологию; рентгенография позволяет более точно интерпретировать изменения в лёгких; простая послойная рентгеновская томография подозрительного участка лёгкого (выполняется несколько послойных «срезов», в центре которых, находится патологический очаг); компьютерная томография грудной клетки (выявляет тень опухоли); бронхоскопия используется для выявления опухолей бронхиального дерева (центрального рака) или прорастания в бронх крупных периферических опухолей лёгкого, данное исследование позволяет визуально обнаружить опухоль, определиться с её границами, и, самое главное, выполнить биопсию - взять на исследование кусочек опухоли; ангиопульмонография, биопсия лимфатических узлов, радионуклидное исследование, ангиография, ультразвуковое исследование, трансторакальная пункция, медиастиноскопия, диагностические торакоскопия или торакотомия (введение в плевральную полость через проколы камеры для осмотра поверхности легких) - позволяет в неясных случаях интерпретировать те или иные изменения в лёгких визуально и выполнить биопсию.

- В некоторых случаях используют так называемые онкомаркеры - исследование крови на белки, вырабатываемые только опухолью и отсутствующие в здоровом организме. Для рака легкого онкомаркеры носят названия: NSE- используется для выявления мелкоклеточного рака, маркер SSC, CYFRA- для выявления плоскоклеточного рака и аденокарциномы,

РЭА- универсальный маркер. Но все они обладают низкой диагностической ценностью и используются обычно у пролеченных пациентов с целью выявления метастазирования в возможно ранние сроки.

К сожалению, нет универсального метода обследования, позволяющего на сто процентов отличить злокачественные опухоли лёгких от других заболеваний, так как рак может маскироваться под другую патологию, с учётом этого, используется весь комплекс обследования. Но если диагноз до конца не ясен, прибегают к диагностической операции, чтобы не пропустить злокачественную опухоль.

При постановке диагноза рака лёгкого используют стандартную международную TNM-классификацию, в зависимости от которой устанавливается стадия заболевания.

Большое значение имеет диагностика наличия метастазов при раке лёгкого.

Рак лёгкого с метастазами, как правило, подлежит лишь паллиативному лечению и наоборот, отсутствие метастазов даёт неплохие шансы на успех радикальной операции.

Методы лечения

Лечение больные получают, как правило, в условиях стационара. Профиль лечебного учреждения имеет важное значение для больного. Если он находится в отделении общего профиля (хирургическом гинекологическом, оториноларингологическом и др.), то диагноз скрыть проще, но госпитализация в онкологическое отделение способствует убеждённости больного в соответствующем диагнозе. Тенденция современной медицины - помещать больных в специализированные лечебные учреждения - позволяет обеспечить их наиболее квалифицированной помощью. Трудности психологического порядка удаётся преодолевать благодаря знанию

особенностей психологии больных, в основе которой лежит вера в благополучный исход болезни. И её надо поддерживать путём демонстрации примеров позитивных результатов лечения с полным выздоровлением или длительной ремиссией.

Лечение подразделяется на базовое (хирургическое, лучевое, химиотерапевтическое, комбинированное (включающее два метода) и комплексное (включающее три и более)) и дополнительное (симптоматическое – обезболивающие, сердечно-сосудистые и противокашлевые средства).

Выбор метода определяется гистологической структурой опухоли, распространённостью процесса, функциональным состоянием органов и систем. В случае мелкоклеточного рака лёгкого ведущим методом лечения является химиолучевой, а при немелкоклеточном – хирургический, комбинированный и комплексный.

Хирургическое лечение показано в случаях, когда возможно полное удаление поражённых тканей, то есть при I и II клинических стадиях болезни. Подразделяется на:

1. Радикальное
2. Условно-радикальное
3. Паллиативное

При радикальной операции удалению подвергается весь опухолевый комплекс: первичный очаг, регионарные лимфатические узлы, клетчатка с путями метастазирования.

Противопоказаниями к радикальной операции являются:

1. неоперабельность — распространение опухоли на соседние ткани и органы
2. нецелесообразность ввиду отдалённых метастазов в печень, кости и головной мозг

3. недостаточность функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем

4. тяжёлые заболевания внутренних органов

К условно-радикальной операции добавляют лучевую и лекарственную терапию. Следует учитывать также и то, что часть первичной опухолевой ткани и метастазы иногда не могут быть хирургически удалены ввиду угрозы кровотечения или процессов распада в ателектазе.

Хирургическому удалению опухоли часто сопутствует широкое удаление корневых, трахеобронхиальных лимфоузлов, клетчатки и лимфоузлов средостения, резекция грудной стенки, перикарда, диафрагмы, бифуркации трахеи, предсердия, магистральных сосудов (аорты, верхней полой вены), мышечной стенки пищевода и других тканей, проросших опухолью.

Химиотерапию как отдельный метод проводят в случае невозможности проведения других методов лечения из-за распространённости процесса, а также при рецидиве болезни, когда возможности других методов лечения исчерпаны. В ряде случаев химиотерапия проводится до или после хирургического лечения и лучевой терапии, особенно в случаях мелкоклеточного рака. При этом назначаются следующие препараты: доксорубицин, карбоплатин, цисплатин, винкристин, этопозид, циклофосфамид, метотрексат, блеомицин, нитрозилмочевина, винорелбин, паклитаксел, доцетаксел, гемцетабин и др., применяемые курсами с интервалами в 3-4 недели (до 6 курсов).

Комбинированное и комплексное лечение используют у больных со III и IV стадией опухолевого процесса.

Применяемые для лечения онкологических заболеваний методы (радикальные оперативные вмешательства, лучевая терапия, химиотерапия) требуют психотерапевтического опосредования, заключающегося в разъяснении пациенту необходимости использования того или иного метода,

его сущности, возможных побочных эффектов и т.д. Учитывая, что лучевая терапия и химиотерапия сами могут вызывать недомогание, тошноту, слабость, облысение, которые служат причиной дополнительных переживаний, необходимо психологически готовить больных к лечению, в том числе с использованием групповой поведенческой психотерапии.

Паллиативное лечение - это активная всеобщая забота о пациентах, заболевания которых не поддаются лечению, направленная на удовлетворение физических, психологических, социальных и духовных потребностей пациента. Целью паллиативной помощи является создание для пациента и его семьи лучшего качества жизни. Качество жизни означает субъективное удовлетворение, испытываемое и / или выражаемое индивидуумом. Если пациент до самого конца живёт настолько активно и полноценно, насколько это только для него возможно, и на протяжении всего периода болезни, а также в момент смерти не оставлен один, а его семье предоставлена система поддержки, то можно считать цель помощи достигнутой. Такое лечение включает в себя:

1. обезболивание;
2. общий уход за пациентом;
3. психологическую помощь;
4. детоксикацию;
5. паллиативное хирургическое вмешательство (трахеостомия, гастростомия, энтеростомия, нефростомия и т. д.);
6. контроль над симптомами и симптоматическое лечение;
7. реабилитация, цель которой – помочь пациентам достичь и поддержать максимальную физическую, психологическую и социальную форму;
8. забота об умирающих больных;
9. психологическая и социальная поддержка семьи во время болезни члена семьи и в период утраты;

10. обучение пациента, его семьи, медицинских работников, добровольных помощников – волонтеров;

11. исследования улучшения качества паллиативной помощи в дальнейшем.

Паллиативная хирургическая помощь при раке лёгкого, зависящая от характера, стадии и степени распространения опухолевого процесса, может включать краевую и сегментарную резекцию лёгкого, лобэктомия, пневмонэктомию (расширенную и комбинированную), а также эндоскопические методы - лазерное излучение и аргоноплазменную электрокоагуляцию. В комплексном лечении опухоли применяют лучевую, химио- и полихимиотерапию, сочетание хирургических способов лечения с пред- или послеоперационным облучением.

ГЛАВА 2. Уход за пациентами после лучевой терапии при раке легких

Деятельность работающей с онкологическими больными медсестры строится согласно этапам сестринского процесса. При работе с онкологическими пациентами могут быть поставлены следующие сестринские диагнозы:

- боли различной локализации, связанные с опухолевым процессом;
- пониженное питание, связанное со снижением аппетита;
- страх, тревога, беспокойство, связанное с подозрением о неблагоприятном исходе заболевания;
- нарушение сна, связанное с болью;

- нежелание общаться, принимать лекарственные препараты, отказ от процедуры, связанные с изменением эмоционального состояния;

- неумение близких ухаживать за пациентом, связанное с недостатком знаний;

- слабость, сонливость из-за интоксикации;

- бледность кожных покровов из-за снижения гемоглобина;

- снижение физической активности из-за боли и интоксикации;

- кашель.

Наиболее часто встречающиеся психологические проблемы пациента:

- Страх смерти, боли и других повреждающих факторов;

- Страх наркотической зависимости при применении наркотических препаратов для обезболивания;

- Снижение чувства собственного достоинства и значимости;

- Чувство вины перед близкими родственниками (чаще детьми), беспокойство о своём будущем и будущем семьи;

- Гнев, обращённый на родственников, медицинских работников, на себя;

- Депрессия;

- Одиночество;

- Изоляция и самоизоляция.

Отсюда вытекают основные потребности больного в:

- облегчении боли и смягчении других тягостных симптомов;

- психологической и духовной поддержке пациента;

- поддержании способности вести активную жизнь перед лицом надвигающейся смерти;

- создании системы поддержки в семье больного во время болезни и после кончины пациента;

- в безопасности, поддержке;

- ощущении принадлежности семье (больной не должен чувствовать себя обузой);
- любви (проявления внимания к пациенту и общение с ним);
- понимании (идущее от объяснения симптомов и течения болезни и возможности поговорить о процессе умирания);
- принятии больного в обществе других людей (независимо от его настроения, общительности и внешнего вида);
- облегчении кашля;
- самооценке, обусловленной участием больного в принятии решений, особенно если возрастает его физическая зависимость от окружающих, когда надо найти возможность для больного не только получать, но и давать.

Если все, кто работает с больными, не отнесется серьезно и ответственно ко всем этим нуждам пациента, адекватное облегчение боли и других симптомов может оказаться совершенно невозможным. Поэтому задачами медицинской сестры при оказании помощи пациентам с заболеванием раком лёгкого являются:

- общий уход (туалет кожи, профилактика пролежней, смена белья и др.);
- контроль над синдромами и симптомами;
- психологическая поддержка пациента и членов его семьи;
- обучение пациента и семьи приёмам само- и взаимопомощи;
- измерения АД, ЧДД, определение Ps;
- взятие крови на биохимический анализ;
- сбор мокроты на онкоцитологию;
- подготовка к рентгенологическому исследованию;
- наблюдения за функционированием всех органов;
- аэрация палаты;
- участие в подготовке и проведении плевральной пункции;

- введение ЛВ по назначению врача;
- помощь при возможном лёгочном кровотечении;
- увеличенное употребление жидкости (снижение интоксикации).
- кварцевание палаты
- обработка дезрастворами горизонтальных поверхностей в палате (подоконники, стол, прикроватные тумбочки);

2.1 Особенности сестринского ухода за пациентами после лучевой терапии при раке легких

В ведении больных, получающих лучевую терапию, условно различают три периода: предлучевой, лучевой и послелучевой. В каждом из этих этапов главную роль в работе с пациентами придается медицинской сестре.

Предлучевой период длится от 2-3 до 12-14 дней. Ведется подготовка, адаптация больного к условиям клиники (режим, питание, досуг и т.д.). Ведется подготовка к лечению. В этот период у пациента может возникать отрицательный психо — эмоциональный фон. На этом этапе перед медицинской сестрой ставится задача найти контакт с пациентом, психологически настроить его на лечение, доступно объяснить пациенту важность и необходимость этого лечения. Перед медсестрой стоит важная проблема найти правильный подход к конкретному пациенту, успокоить его и психологически подготовить к предстоящему лечению, внушив ему веру в излечимость заболевания. Медсестра должна стараться помочь пациенту в решении психо - эмоциональных проблем.

Следующим важным этапом является объяснение механизма лучевого лечения. В лучевом периоде, длительность которого варьирует от 3 до 4 недель, осуществляется само лучевое воздействие, т. е. проводят лечение. Курс лучевого лечения состоит из одного или, гораздо чаще, ряда облучений. Иногда приходится корректировать план лечения и программу облучения. Кроме того, в течение этого периода применяют все необходимые

нелучевые методы лечения (медикаментозное воздействие, кислородная терапия, диетотерапия, химиотерапия и т.д.). В этот период медицинская сестра внимательно прислушивается ко всем жалобам и вопросам пациента. Так как в этот период может возникнуть побочные реакции (тошнота, рвота, повышение температуры, анемия, лейкопения, гиперемия кожи и т.д.).

Сестринский уход за пациентами после лучевой терапии

Во время основного лечения у многих больных возникают разнообразные расстройства и жалобы, это связано со спецификой лечения.

Как и химиотерапия, так и лучевая терапия имеет ряд осложнений:

развитие общих токсических явлений из-за поражения печени; развитие анемии и склонности к кровотечениям из-за поражения костного мозга; высокая восприимчивость к инфекциям вследствие угнетения иммунной системы. При этом из-за появления в организме высокого количества свободных радикалов, вызывающих токсические эффекты, страдают все органы и ткани, в первую очередь — нервная система.

Отмечается повышенная нервозность, в данной ситуации перед медицинской сестрой стоит задача убедить, успокоить больного, довести до сведения врача о появившейся проблеме у пациента.

Вследствие лечения может появиться возбудимость или апатия, медицинская сестра должна в первую очередь, поставить в известность врача о том или ином состоянии, во-вторых, постараться до прихода врача войти в контакт с пациентом, успокоить (при возбуждении), либо (при апатии) постараться вернуть уверенность пациента в свои силы и доказать, примерами, о необходимости данного лечения. Для этого, как уже говорилось выше, медсестра должна обладать знаниями психолога. Головные боли, еще одна из проблем возникающая при лечении. Причин головной

боли тысячи и перед медицинской сестрой стоит задача выяснить причину возникновения данной боли и после этого, совместно с врачом, постараться облегчить состояние больного.

Нарушения сна, тошнота, потеря аппетита и последующее истощение. Поражение свободными радикалами костного мозга приводит к падению выработки последними тромбоцитов (клеток, отвечающих за свертываемость крови) и эритроцитов (переносчиков кислорода).

Во многих случаях отмечается легкая ранимость сосудов кожи, когда небольшое давление или легкий удар по руке, бедру вызывают образование синяков, а чистка зубов зубной щеткой приводит к кровотечению из десен.

Недостаток эритроцитов приводит к анемии и низкому насыщению тканей организма кислородом, из-за чего резко падает самочувствие и работоспособность, страдают концентрация и устойчивость внимания.

Помимо перечисленных выше эффектов свободные радикалы угнетают иммунные реакции за счет поражения как клеточных, так и гуморальных факторов. У больных людей в общих анализах крови отмечают падение содержания лейкоцитов и лимфоцитов (лейкопению и лимфоцитопению).

Этот феномен приводит к тому, что у человека резко повышается чувствительность к вирусной, грибковой и бактериальной инфекциям. Возникает угроза заражения крови (сепсиса) от любой незначительной инфекции, включая эндогенные бактерии, мирно сосуществующие с нашим организмом в обыденных условиях (на коже, во рту, в кишечнике и т.д.).

Одной из причин этого является снижение резистентности, результат глобального неблагоприятного воздействия на организм человека факторов. Все это отрицательно влияет на иммунную систему, вызывает иммунодефицит. В медицинской практике уделяется большое внимание разработке и широкому применению препаратов для борьбы с этой проблемой. Одним из способов поддержания нормального

функционирования иммунной системы и восстановления иммунитета при иммунодефицитных состояниях является применение иммуномодуляторов. Наиболее приемлемые и адекватными для организма человека — природные, естественные, так называемые, эндогенные иммуномодуляторы, основу которых составляют вещества, принимающие участие в регуляции иммунных процессов в организме человека. К таким иммуномодуляторам относится препарат «Трасфер Фактор ТМ». Основной функцией этого препарата в организме является обеспечение иммунной защиты от микробов, раковых клеток и других антигенных веществ, способных привести к нарушению жизненно — важных процессов в организме. Этот препарат уже многие годы успешно используется для лечения и профилактики бактериальных, вирусных, грибковых инфекций, злокачественных опухолей и многих других заболеваний.

И в заключительном периоде, послелучевом, длительность которого составляет 1 месяц, ведется совместное с врачом наблюдение за больным и осуществляются дополнительные лечебные мероприятия, в том числе направленные на предупреждение и лечение возможных последствий и осложнений лучевой терапии. Даются необходимые рекомендации по питанию, гигиеническому уходу за кожей, учат пациента жить со своей болезнью, полноценно.

Также во время лечения большое внимание должно уделяться правильному питанию. Больным, получающим лучевое лечение необходимо разнообразное и богатое витаминами питание. Рекомендуется больше принимать зелени, мясо говядины, печень, рыбу (особенно морскую), сок граната, орехи, овощи и фрукты.

Для многих пациентов лучевая терапия — это единственная возможность продлить жизнь и даже полностью излечиться от болезни.

Излучение, убивая больные клетки, может также повредить и прилежащие к ним нормальные клетки, это приводит к возникновению побочных эффектов.

Однако их отрицательное действие намного меньше, чем опасность развития неизлечимой болезни.

Для успешного лечения медицинская сестра вместе с врачом проводит беседу, даются рекомендации: как можно больше времени проводить на свежем воздухе, больше употреблять жидкости (если нет противопоказаний) — фруктовые соки, минеральную воду, чай с молоком; включать в пищу блюда, приготовленные из нежирного мяса и рыбы, творога, фасоли, гороха, капусты (лучше с растительным маслом), свежие овощи и фрукты, а для улучшения аппетита, если нет противопоказаний, — в небольших количествах соленую рыбу, огурцы, кислую капусту и т.д. Необходимо по назначению врача делать гимнастику, облучаемые участки кожи надо по возможности держать открытыми.

Разнообразие симптомов и проблем пациентов, получающих лучевую терапию требует индивидуального подхода к организации сестринского процесса в отделении лучевой терапии.

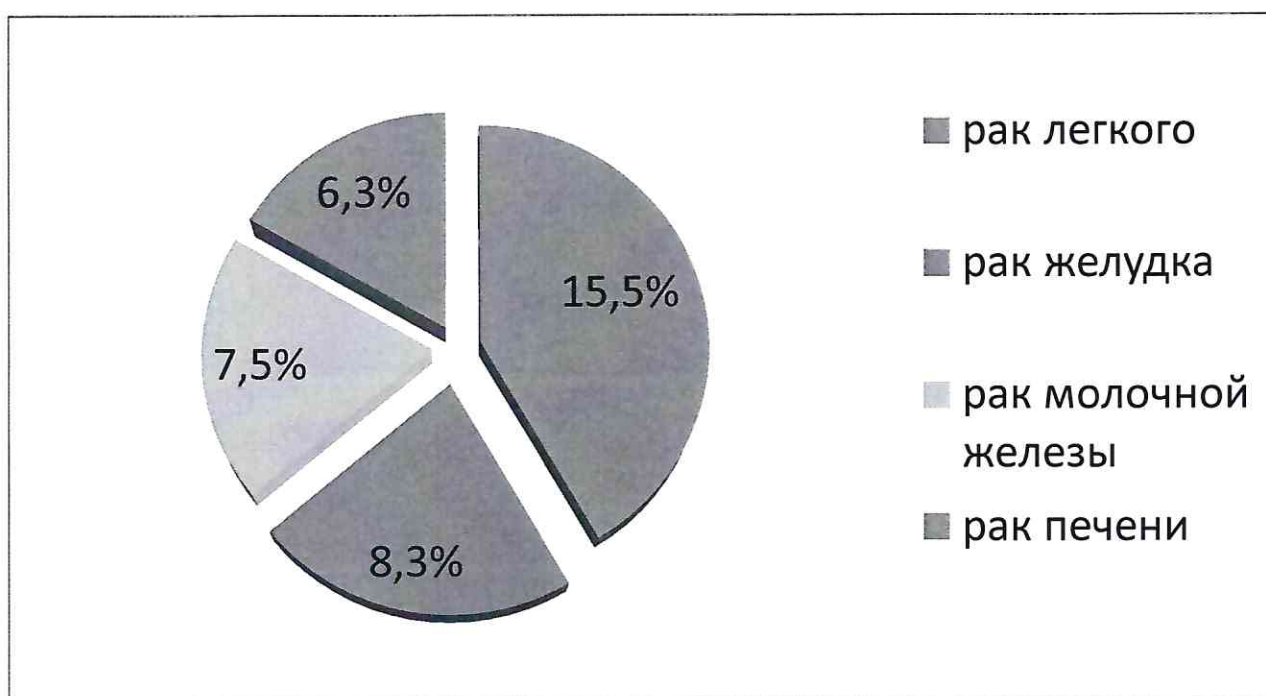
2.2 Изучение распространенности и выявления при раке легких РС(Я) .

Со второй половины XX столетия рак легкого занимает ведущие позиции в структуре онкологической заболеваемости населения многих развитых стран мира. Ежегодно в мире регистрируется 1 млн. 200 тысяч новых случаев (12,3% от всех выявленных заболеваний) и 1 млн. 200 тысяч смертей от рака легкого (17,8% от общего числа злокачественных новообразований) (Parkin D., Pisani P., Ferley J., 1999). Рак легкого является ведущей причиной смерти среди мужчин и женщин.

В 2010 году в Республике Саха (Якутия) впервые выявлено 2030 случаев злокачественных новообразований. Показатель заболеваемости на 100 тыс. нас. составил 213,8, что на 4,0% ниже уровня 2009 года.

Ведущими локализациями в структуре заболеваемости являются:

- 1 место - рак легкого - 15,5% (314 случаев);
- 2 место - рак желудка - 8,3% (169 случаев);
- 3 место - рак молочной железы - 7,5% (152 случая);
- 4 место - рак печени - 6,3% (129 случаев);



В структуре заболеваемости населения рак легкого стабильно занимает первое ранговое место как в Республике Саха (Якутия), так и в РФ. Если рак легкого у мужчин и в Российской Федерации и Республике Саха (Якутия) занимает первое место, то у женщин рак легкого в Республике Саха (Якутия) занимает второе место после рака молочной железы, а в Российской Федерации только десятое место.

Высокая заболеваемость раком легкого отмечается в следующих районах: Абыйском 72,3, Аллаиховском - 205,3, Ленском - 59,4 и Томпонском - 76,5 на 100 тыс. нас.

Морфологическое подтверждение диагноза рака легкого в 2010 году составило 50,3%. Показатель активной выявляемости рака легкого составил 10,7%.

По степени распространенности опухолевого процесса на момент диагностики заболевшие раком легкого распределились следующим образом:

при I-II стадии заболевания - 9,6%;

при III стадии заболевания - 35,9%;

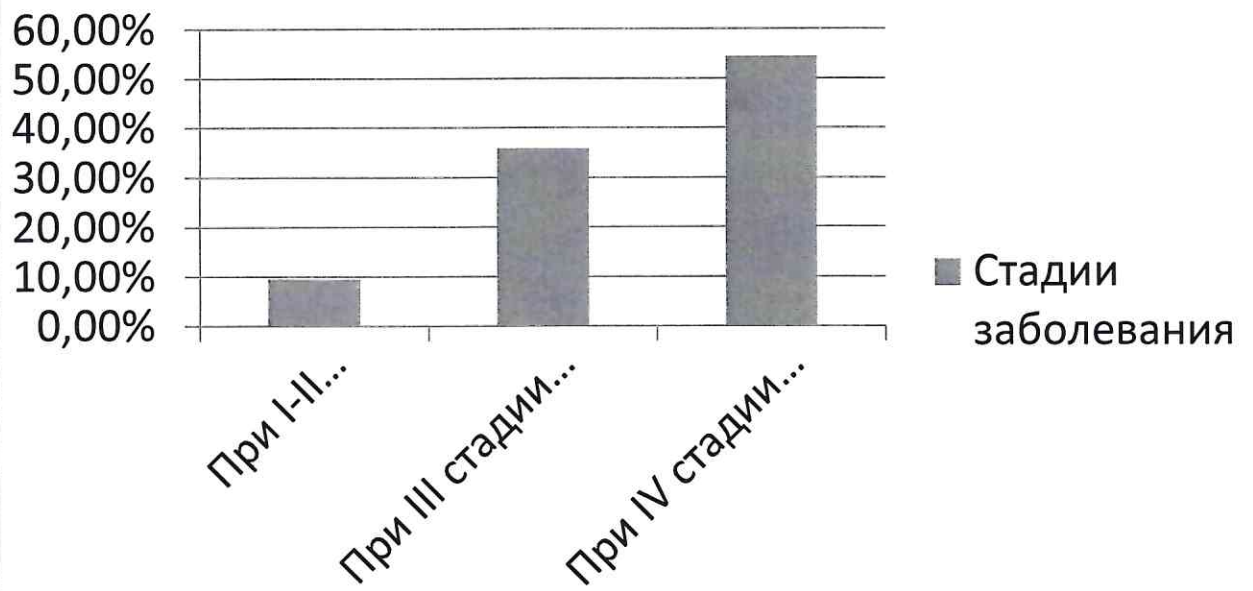
при IV стадии заболевания - 54,5%.

Более объективным показателем запущенности является летальность на первом году с момента установления диагноза злокачественного новообразования. Рак легкого характеризуется традиционно высокими показателями одногодичной летальности, которая в 2010 году составила 70,7%.

Абсолютное число умерших от рака легкого в 2010 году составило 258 человек, из них мужчин - 196, женщин - 63. Показатель смертности на 100 тыс. населения составил 27,2.

Контингент больных злокачественными новообразованиями растет с каждым годом, что связано как с ростом заболеваемости, так и увеличением выживаемости онкологических больных. Контингент больных раком легкого также растет и в 2010 году составил 447 человек. Показатель распространенности на 100 тыс. населения составил 47,1.

Стадии заболевания



Заключение

Работа медицинских сестёр в онкологии кардинально отличается от работы с пациентами, страдающими другими заболеваниями. Прежде всего медсестре необходимо оказать психологическую помощь пациенту: снизить его эмоциональную реакцию – страх, панику, гнев или депрессию. Пациенты по-разному реагируют на поставленный диагноз: одни бросают все свои силы на борьбу с заболеванием, а другие замыкаются и отказываются проходить курс лечения, что только осложняет ситуацию.

Учёными установлено: большинство больных проходят через пять основных стадий психологической реакции. Сначала отрицание или шок. Потом гнев и попытка «выторговать» своё здоровье. Далее депрессия и лишь потом – принятие. Поэтому перед медицинским персоналом стоит вопрос о том, как сообщить пациенту и его родственникам о сложившейся ситуации. Зачастую, чтобы не травмировать пациента, заболевание «рак» заменяют другими терминами: опухоль, полипы и так далее. Кроме того, работа медицинского персонала заключается во взаимодействии не только с самим пациентом, но и с его близкими и родственниками, которым также необходима квалифицированная психологическая помощь.

Углублённо изучив сестринский процесс при раке лёгких, сделано заключение, что цель работы достигнута. В ходе работы выявлено, что использование всех этапов сестринского процесса, позволяет повысить качество сестринской помощи.

Итак, целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма. В рамках сестринских вмешательств при раке лёгкого медсестре следует провести с пациентом и его родственниками беседу о факторах риска развития осложнений. Она должна обучить пациента принципам рационального питания, приёма лекарственных препаратов по назначению врача, наметить вместе с ним правильный режим

физической активности. Необходимо обучить пациента уходу за кожей и слизистыми оболочками, за полостью рта, ногтями, волосами. Медсестра должна оказывать пациенту психологическую поддержку.

Список использованных источников

1. Лучевая терапия рака легкого – И.А. Переслегин 2017г.
2. Рак легкого. Библиотека врача-специалиста Трахтенберг А.Х., Колбанов К
3. Лучевая терапия. Учебное пособие Завадовская В.Д., Куражов А.П
4. Лучевая терапия автор Г.Е. Труфанов. М.А. Асатурян, Г.М. Жаринов, В.Н. Малаховский 2012г.
5. Опухоли легких А.Х. Трахтенберг, В.И. Чиссов, Г.А. Франк 2012г.
6. Лучевая терапия – Труфанов Г.Е. 2014г
7. Книга . Однотомник. Трахтенберг А.Х., Рак легкого – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012 (библиотека врача-онкология) стр.256-260
8. Куприянова Е.И. Рак легкого 2013г. стр. 45-50
9. Харченко В.П. ., рак легкого. Фундам. Пробл. И клинич. Перспективы: Руководство для врачей – (НБР Саха).2010г стр. 126-130
10. Лучевая терапия в онкологии Перевод с английского под редакцией проф. А.В. Черниченко
11. Лучевая терапия под редакцией профессора Г.Е.Труфанова