

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И МОЛОДЁЖНОЙ ПОЛИТИКИ РЕСПУБЛИКИ КОМИ  
Государственное профессиональное образовательное учреждение  
«Воркутинский медицинский колледж»

## КУРСОВАЯ РАБОТА

«Особенности сестринского ухода при лечении рака лёгких»

Работу выполнила: Винокурова Н.Л.  
студентка группы 331, 3 курса  
Научный руководитель: Толмачёва А.И.

Воркута

2016

Содержание

Введение

Глава 1. Рак лёгкого

1.1 Определение и эпидемиология

1.2 Этиология и патогенез

1.3 Классификация, стадии и клиническая картина

1.4 Диагностика и дополнительные методы обследования

1.5 Методы лечения

1.6 Осложнения

1.7 Профилактика и прогноз

Глава 2. Роль медицинской сестры в уходе за больными раком лёгких

2.1 Проблемы пациента с точки зрения сестринского ухода

2.2 Сестринские вмешательства и оказание неотложной доврачебной помощи

Выводы

Заключение

Список использованных источников

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 сестры могут сыграть особо важную роль в формировании медицинской активности населения, санитарном просвещении, организации образовательных программ, а также в повышении мотивации пациентов к переходу от теоретических знаний о пользе профилактики к её практическому применению.

Цель работы: изучить деятельность медицинской сестры в уходе за больными с раком лёгкого.

Задачи исследования:

1. Изучить эпидемиологию, этиологию и патогенез рака лёгкого;
2. Описать клиническую картину рака лёгкого и его осложнений;
3. Проанализировать методы диагностики и лечения рака лёгкого;
4. Определить сестринский процесс при раке лёгкого.

Объект изучения: рак лёгкого.

Предмет изучения: сестринский процесс при раке лёгкого

Методы изучения:

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

Глава 1. Рак лёгкого

1.1 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, аминокислоты 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 стволых, долеых 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 раком 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.

## 1.2 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.

### 1.3 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 - прединвазивный 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-гноной 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 прорастанием 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-гноная, 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[5].

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, 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 больным 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 объёму 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 проведённого 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 информацию 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.

#### 1.4 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 которого 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 SCC, 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 легкое сестринский доврачебный

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

### 1.5 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.

Лучевая терапия рака лёгкого проводится при его неоперабельных формах, в случае отказа больного от оперативного лечения, а также наличии серьёзных противопоказаний к оперативному вмешательству. Наибольший эффект наблюдается при лучевом воздействии на плоскоклеточные и недифференцированные формы рака лёгкого. Лучевое вмешательство применяется как для радикального, так и паллиативного лечения. При радикальном лучевом лечении облучению подвергают как саму опухоль, так и зоны регионарного метастазирования, то есть средостение, общей дозой 60-70 Гр. Также она может быть использована в качестве симптоматического лечения, например, для обезболивания при отдалённых метастазах.

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: доксорубин, 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, лобэктомию, 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.

Паллиативная помощь проводится группой людей, которые работают как единое целое, как одна команда. В её составе - близкие родственники и друзья пациента, врачи, медсестры, социальные работники, священник, добровольные помощники - волонтеры. Пациент рассматривается как член группы (команды). Участие медицинской сестры во всех компонентах паллиативной помощи является обязательным и обеспечивает эффективность его проведения.

Лечащий и ухаживающий персонал должен советоваться с коллегами в трудных ситуациях. Это особенно важно, если персонал не имеет достаточного опыта в ведении пациентов с запущенной стадией рака или никогда не встречался с конкретным симптомом. Многие пациенты страдают от тошноты, рвоты, запоров потому, что ни они и их близкие не были обучены приёмам их устранения. С другой стороны, иногда возможно лишь минимальное облегчение, в этом случае главная цель работы персонала заключается в том, чтобы изменить образ жизни больного. Ни пациент, ни медицинский персонал не должны терять надежду. Надежда - это ожидание лучшего, даже тогда, когда не видно ни малейшего приближения к цели. Особенность паллиативной помощи в том, что она даёт больному надежду на избавление от боли, мучительных проявлений болезни, на спокойную смерть. Больной, его близкие должны быть убеждены не только словами, но реальными действиями медицинского персонала в том, что для этого будет сделано все возможное. Плановые, согласованные с больным действия медицинского персонала дают лучшие результаты, чем попытки добиться результата сразу. Необходим постоянный контроль над выполнением плана паллиативной помощи. Больному и родственникам необходимо дать конкретные, понятные для них рекомендации. Больной и его семья должны знать названия лекарств, показания для их использования, возможные побочные явления, время приёма и дозы. Больной и его семья должны понимать и строго выполнять после обучения медицинской сестрой предписанные ею рекомендации по уходу.

Нежелательные эффекты, особенно на лекарственную терапию, сохранение тяжелых симптомов, хотя было обещано их устранение или уменьшение, могут подорвать доверие больного и его семьи к персоналу. Возможность появления нежелательных эффектов требует постоянного контроля за проводимой паллиативной помощью. Эффект проводимого лечения и выполнения плана сестринской помощи должен оцениваться через регулярные промежутки. Особенно это важно при оценке контроля над болью.

В состоянии больного наступает такой момент, когда больной понимает неизбежность смерти, если он не знал об этом ранее. Соответственно, именно в это

время поддержка и дружеское участие приобретают огромное значение. Постоянное внимание к пациенту должно демонстрировать, что медики не оставят его, несмотря ни на что, это поддержит и больного, и его семью.

Система паллиативной помощи включает компоненты (ВОЗ, 1992):

- амбулаторную и стационарную помощь;
- помощь на дому;
- консультативную службу;
- поддержку родственников после смерти больного.

Паллиативная помощь проводится:

- на дому;
- в поликлинике (дневной стационар - дневной хоспис);
- в стационаре (койки паллиативной помощи, отделение паллиативной помощи);
- в специальной больнице паллиативной помощи (хоспис);
- выездной службой паллиативной помощи (поликлиники, больницы, хосписа) [7].

Паллиативная помощь при раке лёгкого применяется для борьбы с одышкой, кашлем, кровохарканьем, болевыми ощущениями. Проводится лечение присоединяющихся к опухолевому процессу пневмонии и пневмонита, возникающих при лучевой и химиотерапии. Методы паллиативного лечения во многом индивидуальны и зависят от состояния больного.

#### 1.6 Осложнения

К запущенным формам рака лёгкого присоединяются осложнения со стороны поражённых метастазами органов, распад первичной опухоли, явления бронхиальной обструкции, ателектазы, профузные лёгочные кровотечения. Причинами смерти при раке лёгких чаще всего служат обширные метастазы, раковые пневмонии и плевриты, кахексия (тяжелое истощение организма).

Осложнения химиотерапии:

1. Местное раздражающее действие (токсические дерматиты, воспалительные инфильтраты и некрозы подкожно-жировой клетчатки, флебиты, асептические циститы и серозиты);
2. Диспептический синдром (тошнота, рвота), лекарственная лихорадка;
3. Поражение кожи и её придатков (выпадение волос), слизистых оболочек;
4. Нарушение репродуктивной функции;
5. Нейротоксическое, гепатотоксическое, кардиотоксическое, панкреотоксическое действие, поражение лёгких, мочевыделительной системы, свёртывающей системы крови, зрительного аппарата, эндокринно- обменные нарушения, хромосомные нарушения, тератогенное и канцерогенное действие;
6. Иммунодепрессивное действие (присоединение бактериальных, грибковых, вирусных инфекций);
7. Аллергические реакции;
8. Аутоиммунные реакции (лейкопения, агранулоцитоз, тромбоцитопения, гемолитическая анемия).

#### 1.7 Профилактика и прогноз

Прогноз при раке лёгкого зависит от множества факторов, но в первую очередь от

типа заболевания. Самый неутешительный имеет мелкоклеточный рак. В течение 2-4 месяцев после постановки диагноза каждый второй больной умирает.

Использование химиотерапии увеличивает продолжительность жизни в 4-5 раз. У больных с процессом, не выходящим за пределы грудной клетки, довольно оптимистичный прогноз. Пациенты, начинающие лечение в хорошем состоянии, имеют более высокую эффективность лечения и, соответственно, большую продолжительность жизни, чем больные в тяжёлом состоянии, истощённые, с выраженными клиническими симптомами болезни, гематологическими и биохимическими изменениями.

Немелкоклеточный рак имеет более благоприятный прогноз, и хирургическое лечение при этой форме является основным методом, позволяющим обеспечить высокую выживаемость больных. При своевременно начатом лечении выживаемость в течение 5 лет составляет 25%. Сколько живут с раком лёгкого - однозначного ответа не существует, на продолжительность жизни влияют размер и расположение опухоли, её гистологическая структура, наличие сопутствующих заболеваний и др. Учитывая неутешительную статистику, сегодня усилия по уменьшению летальности направлены на активные меры профилактики и раннее обнаружение болезни. Важнейшими элементами профилактики рака лёгких являются активная санпросветработа, предупреждение развития воспалительных и деструктивных заболеваний лёгких, выявление и лечение доброкачественных опухолей лёгких, отказ от курения, устранение профессиональных вредностей и повседневного воздействия канцерогенных факторов. Прохождение флюорографии не реже одного раза в год позволяет обнаружить рак лёгкого на ранних стадиях и не допустить развития осложнений, связанных с запущенными формами опухолевого процесса. Но сознательность населения в этом вопросе желает оставлять лучшего, и ежегодные профилактические осмотры люди зачастую игнорируют.

Глава 2. Роль медицинской сестры в уходе за больными раком лёгких

### 2.1 Проблемы пациента с точки зрения сестринского ухода

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 серьёзно 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).

Общий уход требует составления плана. Планированию помогает составление карты предпочтений пациента: во сколько он просыпается, курит или нет, предпочитает ванну или душ, любимые блюда и напитки, в каком часу ложится спать, любимое занятие и др. При планировании и осуществлении ухода следует стремиться к сохранению самостоятельности и независимости пациента от окружающих. Необходимо поощрять и стимулировать пациента к полному или частичному самообслуживанию, за исключением ситуаций, когда это может быть опасно. Если пациент перестал вставать с постели, кровать становится для него местом постоянного пребывания. Днём желательно помочь пациенту посидеть несколько часов (если позволяет его состояние). Необходимо подобрать пациенту удобную кровать, матрац, одеяло, необходимое число подушек, при необходимости - щит. Ежедневно утром, каждый раз после еды и перед сном встряхивать и расправлять простыню. Расположить необходимые для самоухода вещи так, чтобы пациенту было легко дотянуться и воспользоваться ими.

При неприятном запахе в помещении необходимо протирать поверхности растворами уксуса или соды или поставить миску с одним из этих растворов. Применение аэрозолей нежелательно, так как это приведёт к наслаиванию и усилению запаха.

При первом контакте с онкологическим больным медсестра знакомится с ним и его родственниками, представляется сама. Проводит опрос и осмотр пациента, определяя степень его физической активности, возможности самостоятельных физиологических отправок, оценивает функциональные возможности зрения, слуха, речи, определяет преобладающее на момент поступления настроение пациента и его родственников, ориентируясь по мимике, жестам, желанию вступить в контакт. Медицинская сестра также оценивает состояние пациента по характеру дыхания, окраске кожных покровов, данным лабораторных и инструментальных методов исследования, измеряя АД, определяя частоту пульса.

Все данные первичного осмотра анализируются медсестрой и документируются.

## 2.2 Сестринские вмешательства и оказание неотложной доврачебной помощи

План сестринских вмешательств при раке лёгких может быть таким:

1. Выполнение назначений врача;
2. Исключение передозировки препарата;
3. Помощь пациенту в проведении гигиенических мероприятий;
4. Обеспечение комфортного микроклимата в палате, способствующего сну;
5. Обеспечение рационального питания пациента;
6. Снижение болевых ощущений пациента;
7. Психологическая помощь;

8. Помощь при возможном лёгочном кровотечении;

9. Облегчение кашля

Выполнение назначений врача включает в себя:

1. Контроль за своевременным приёмом лекарственных препаратов;
2. Обучение пациента приёму различных лекарственных форм энтерально;
3. Диагностированные осложнения, возникающие при парентеральном способе введения лекарственных средств;
4. Ориентация пациента на своевременное обращение за помощью при появлении побочных действий лекарственных препаратов;
5. Наблюдение за состоянием пациента вовремя проведения перевязок, медицинских манипуляций.

Исключение передозировки препарата включает в себя информирование пациента о точном названии препарата и его синонимах, о времени наступления эффекта.

Помощь пациенту в проведении гигиенических мероприятий включает в себя:

1. Обучение пациента (родственников пациента) проведению гигиенических процедур;
2. Получение согласия пациента на проведение манипуляций по личной гигиене;
3. Помощь пациенту обработать полость рта после каждого приёма пищи;
4. Обмывание уязвимых участков тела пациента по мере загрязнения.

Обеспечение комфортного микроклимата в палате, способствующего сну, включает в себя:

1. Создание пациенту комфортных условий в постели и в палате: оптимальная высота кровати, качественный матрац, оптимальное количество подушек и одеял, проветривание палаты;
2. Уменьшение тревожного состояния пациента, связанное с незнакомой обстановкой.

Обеспечение рационального питания пациента включает в себя:

1. Организацию диетического питания;
2. Создание благоприятной обстановки во время еды;
3. Оказание помощи пациенту во время приёма пищи или питья;
4. Выяснение, в какой последовательности пациент предпочитает принимать пищу.

Снижение болевых ощущений пациента включает в себя:

1. Определение локализации боли, время, причины появления боли, продолжительность боли;...