Рак шлунка

1. Визначення. Сприятливі чинники розвитку.

2. Ранні симптоми. Дані додаткових методів обстеження.

3. Принципи лікування. Особливості догляду. Прогноз. Профілактика.

1. Рак шлунка – онкологічне захворювання, що характеризується розвитком злоякісної пухлини з епітелію слизової оболонки шлунка.

Сприяючі чинники розвитку:

1. поліпоз шлунка, х-ба Менетріч.

2. виразкова хвороба, хронічний гастрит типу А.

3. іонізуюче випромінювання.

4. спадкова схильність.

5. дія хімічних концерогенів (нітроза міни, пестициди).

6. постійне термічне, хімічне подразнення слизової оболонки.

7. надмірне вживання крохмалевміщуючих продуктів (картопля, бобові, злаки).

2. Клінічна картина раку шлунка залежить від анатомічної форми, локалізації пухлини, темпу росту і метастазування.

В ранній стадії рак шлунку не має типових ознак, тому необхідно шукати не окремі підозрілі симптоми, а певний синдром обумовлений загальними порушеннями, а не грубими анатомічними змінами. Цей симптомокомплекс дістав назву „синдром малих ознак” і включає:

- зміни загального самопочуття хворого, які проявляються безпричинною стабільністю. Зниженням працездатності, швидкою втомою;

- стійке зниження апетиту, інколи повна втрата;

- явища шлункового дискомфорту: втрата фізіологічного відчуття задоволення від вжитої їжі, відчуття переповнення шлунку, розширення його газами, важкості, інколи нудота, болючість в епігастрії;

- безпричинне прогресуюче похудіння, блідність шкіри, депресія.

Серед додаткових методів обстеження найбільш інформативними є фіброгастроскопія з паталогічним дослідженням біоптату, що дозволяє виявити навіть малі за розміром злоякісні пухлини слизової оболонки шлунку.

3. Лікування хворих на рак шлунку за своїм характером може бути хірургічним, комбінованим та комплексним, за впливом на перебіг захворювання розрізняють радикальне, паліативне та симптоматичне.

Хірургічне лікування включає гастректомію, хіміотерапевтичне передбачає використання протипухлинних ліків – фторурацеси, циклофосфамід, брунеоміцин, використовується.

Прогноз при захворюванні на рак шлунка, якщо лікування було адекватним і проводилося правильно, залежить від стадії захворювання. Виживання через 5 років при І стадії – 80-100%, при ІІ ст. – 40-65%, при ІІІ ст. – 15-35%, при IV ст. – 0%.

Профілактика: провідним заходом має бути здоровий спосіб життя і раціональне харчування: достатня кількість свіжих зелених овочів, вітамінів С, А, Е, зменшення в раціоні соління, копченостей, насичених жирів, жарених продуктів. другий напрямок лікування пацієнтів з передпухлинною патологією (хронічний гастрит, поліпи шлунку, виразкова хвороба). Важливим напрямком профілактики раку взагалі і раку шлунку зокрема є поліпшення екології навколишнього середовища.

Рак легень

1. Визначення. Сприятливі чинники розвитку. Уявлення про класифікацію.

2. Проблеми хворих залежно від локалізації пухлини.

3. Діагностика. Участь медсестри у підготовці хворого до інструментальних обстежень.

4. Принципи лікування. Профілактика.

5. Тактика медсестри при кровохарканні, легеневій кровотечі.

1. Рак легень – онкологічне захворювання, що характеризується розвитком злоякісної пухлини з епітелію бронхів (95% випадків) і рідше з епітелію альвеол (5% випадків).

Сприяючі чинники розвитку

- куріння

- забруднена атмосфера

- іонізуюче випромінювання

- хронічні запальні процеси в легенях

- спадкова схильність

- імунодефіцитні стани

Класифікація

По локалізації розрізняють центральний рак, який виникає в великих бронхах і периферичний, який виникає в дрібних бронхах і бронхіолах.

По гістологічній будові розрізняють плоско клітинний, залозистий і недиференційований рак.

Метастазує рак по лімфатичним і кровоносним судинам.

2. Симптоми раку залежать від локалізації пухлини, її розмірів, наявності ускладнень.

Проблеми хворих при центральному раку:

- сухий кашель або кашель з виділенням незначної кількості слизистого, слизисто-гнійного харкотиння, кровохаркання (в пізніх стадіях), кашель надсадний частий, виникає вночі або вранці;

- загальна слабість, пітливість, зниження апетиту, субфебрильна температура;

- біль у грудній клітці, який поступово наростає стає постійним;

- задишка.

Проблеми хворих при периферичній формі.

Периферична форма раку легень на ранніх стадіях протікає безсимптомно, лише при збільшенні розмірів пухлини, її розпаді, проростанні бронха з'являється кашель, задишка, біль у грудній клітці, що зв’язаний з ураженням плеври, підвищення температури.

В пізніх стадіях виникає набряк шиї, верхніх кінцівок, обличчя, порушення голосу, ковтання, ураження метастазами печінки, нирок, головного мозку з відповідними симптомами, збільшення лімфатичних вузлів.

3. Рання діагностика здійснюється з допомогою профілактичної флюорографії. Для уточнення діагнозу використовують томографію бронхоскопію, аналіз харкотиння на атипові клітини.

Техніка збору харкотиння на атипові клітини:

* провести інструктаж пацієнта про правила збирання харкотиння;
* зняти кришку з сухої чистої банки ємністю 250 мл;
* відкашляти харкотиння у банку, закрити банку кришкою;
* банку поставити у спеціальний ящик і негайно доставити до лабораторії, оскільки ракові клітини швидко руйнуються.

Підготовка хворого до бронхоскопії:

* напередодні лікар або досвідчена медсестра проводить бесіду з хворим, роз’яснивши мету обстеження і правила проведення;
* у разі вираженого неспокою хворому напередодні на ніч призначають транквілізатори;
* вранці хворий випорожнює кишечник та сечовий міхур;
* за 30 хв. до початку дослідження підшкірно вводять 0,5 мл 0,1% розчину атропіну. Хворим на бронхіальну астму за 15-20 хв. додатково дати вдихнути самобутамол;
* хворого слід попередити, що в процесі дослідження не слід втягувати голову, вигинати груди вперед, тому, що це заважає введенню бронхоскопа. Хворий сидить у кріслі нахилившись дещо вперед, руки опущені між ногами;
* протягом усього періоду анестезії медсестра невеликими дозами вводить розчин анестетика в катетер або біопсій ний канал віброскопа, вголос називаючи об’єм введеного розчину, оскільки максимальна доза анестетика 10-15 мл;
* перед введенням анестетика необхідно провести пробу на індивідуальну чутливість.

4. Методи лікування залежать від стадії захворювання.

В ранніх стадіях ефективним є хірургічне лікування – лобектомія, пуньмонектомія.

В пізніх стадіях використовують променеву терапію, хіміотерапію (циклофосфамід, тіофосфамід), симптоматичне лікування.

Профілактика

1. боротьба з курінням

2. екологічні загрози

3. флюорографічне обстеження

4. своєчасне і ефективне лікування хронічних захворювань легень

5. Тактика медсестри при кровохарканні і легеневій кровотечі

- заспокоїти пацієнта, заборонити розмовляти, вживати їжу

- на відповідну ділянку грудної клітки прикласти холод

- дати пацієнту ковтати кусочки льоду або випити розчин кухонної солі (1 ч л на 200 мл води)

- за призначенням лікаря ввести кровозупинні засоби (амінокапронова кислота 5% - 100 мл в/в крапельно, децинон 12,5% - мл в/в

- при кашлі дати проти кашлеві (лібексин, діонін)

- ввести за призначенням кровозамінники (фізіологічний розчин, розчин Рінчера).

Лікування бронхіальної астми

1. Основні цілі лікування хворих на бронхіальну астму

2. Етіологічне лікування

3. Патогенетичне лікування

4. Алергологічні кабінети

1. Основні цілі лікування і відділення:

- встановлення і підтримання контролю над проявами БА

- профілактика загострень захворювання

- підтримання дихальної функції на рівні, максимально близькому до нормального

- підтримання нормальної життєдіяльності

- усунення побічної дії під час лікування

- попередження розвитку незворотної бронхіальної астми

2. Етіологічне лікування включає елімінаційну терапію, без алергенні палати та ізоляцію хворого від оточуючих його алергенів. Елімінаційна терапія – це повне і постійне припинення контакту хворого з алергеном, який спричинює напад БА. Це лікування здійснюється після виявлення алергену з допомогою спеціальної алергологічної діагностики.

Безалергенні палати це палати, які обладнані системою тонкого очищення повітря від аерозольних домішок (пилюка, туман, пилок рослин).

 Ізоляція хворого від алергенів передбачає постійну або тимчасову зміну місця проживання, місця і умов роботи.

3. Патогенетичне лікування включає вплив на імунологічну фазу розвитку БА, вплив на патохімічну та патофізіологічну фази.

Вплив на імунологічну фазу передбачає пригнічення або значне зменшення утворення імуноглобулінів класу Е і з'єднання їх з антигенами. Використовується специфічна гіпосенсибілізація, тобто створення стійкості до дії алергену, шляхом профілактичного його введення в поступових і суворо індивідуальних збільшених дозах. Неспецифічна гіпосенсибізація включає розвантажувально-дієтичне лікування, лікування гістаглобуліном, алергоглобуліном і адаптогенами (елеутерокок, женьшень, родіола, китайський лимонник).

При неефективності вищезгаданих методів призначають глюкокортикоїди (в інгаляціях, всередину або парентерально).

Інгаляційні форми ГКС: бекотид, гора корд, інгакорт, фліксомід.

Для прийому всередину і парентерального введення використовують преднізолон, полькортолон, берлі корт, дексаметазон, урбазон.

Ефективними методами в імунологічній фазі є плазмаферез, гемосорбція, ентеросорбція.

Вплив на патохімічну фазу включає використання:

- мембраностабілізуючих препаратів які попереджують де грануляцію тканинних базофілів: інтал, дітек, тайлед, кетотіфен, ніфедіпін.

- пригнічення медіаторів запалення, алергії і бронхоспазму: антигестомінні (піпольфен, діазолін, супрастін, тавегіл, гісманал, кларітин) антикератонінові (перитол);

- антиоксидантів: вітамін Е, С, УФО крові

Вплив на патофізіологічну фазу.

В патофізіологічній фазі розвивається бронхоспазм, набряк, запалення слизової оболонки бронхів і як наслідок виникає напад задухи.

Використовують бронхолітики, відхаркуючи засоби, фізіотерапевтичне і немедикаментозне лікування.

1. Бронхолітики

- В2 – адреностимулятори: сальбутамол, спіропент, беротек, дітек

- метилксантини: еуфілін, теофек, теодур

- м-холіноблокатори: атропін, литацин, атровент, бероцуал

- спазмолітики: но-шпа, папаверин

2. Відхаркуючи засоби: бромгексин, лікорин, мукалтин, назолван, ацетил цистеїн, листки мати-і-мачухи, корінь алтея, терможис.

3. Фізіотерапевтичне лікування: електрофорез, ультразвук, ампліпульс, терапія, УФО грудної клітки, індуктотермія, магнітотерапія.

4. Немедикаментозне лікування: масаж грудної клітки, поступальний дренаж, баротерапія, голкорефлексотерапія, спемотерапія, санаторно-курортне лікування, раціональна дихальна гімнастика.

Алергологічна служба включає алергологічні кабінети та алергологічні відділення.

Завдання алергологічних кабінетів і відділень

1. встановлення діагнозу з використанням методів специфічної діагностики

2. лікування алергологічних хворих з застосуванням специфічної гіпосенсибілізації

3. диспансеризація алергологічних хворих

4. спеціалізована консультативна допомога медичним закладам

5. методична робота по обліку алергічної захворюваності

6. пропаганда досягнень алергології серед медичних працівників і серед населення.