Мед.Курсовик - быстро, дешево, надежно!

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Зав. отделением лечебного дела
_____ / _____ ___
_____ 20__ г.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ

31.02.01 Лечебное дело

Руководитель работы
_____ / _____
___ _____ 20__ г.

Автор работы
обучающийся группы ЛД-1-20
_____ / _____
___ _____ 20__ г.

Нормоконтроль
_____ / _____
___ _____ 20__ г.

20__ г.

Мед.Курсовик - быстро, дешево, надежно!

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ 6

1.1. Хронический лимфолейкоз: понятие и причины заболевания 6

1.2. Классификация. Патогенез 7

1.2.1.Классификация 8

1.3. Симптомы и осложнения хронического лимфолейкоза 11

1.4. Диагностика хронического лимфолейкоза 13

1.5. Лечение хронического лимфолейкоза 16

1.6. Особенности профилактики 30

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЛЕЙКОЗАМИ 34

2.1. Анализ статистических данных смертности взрослого населения лейкозами в г. Миасс (ГАУЗ ГБ№2) 34

2.2. Анализ анкетных данных пациентов, страдающих лейкозами 36

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 49

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 51

ПРИЛОЖЕНИЯ 54

ВВЕДЕНИЕ

«Лейкоз – это опухоль, исходящая из кроветворных клеток костного мозга, в основе развития которой лежит неконтролируемый рост клеток с преобладанием процессов пролиферации над дифференцировкой и образованием очагов патологического кроветворения в органах и тканях, в норме не участвующих в гемопоэзе» [1].

Хронический лимфолейкоз – это онкологическое заболевание лимфатической ткани, при котором опухолевые лимфоциты накапливаются в периферической крови, костном мозге, а также лимфатических узлах. Отличие хронических лимфолейкозов от острых заключается в том, что опухоль растет очень медленно, в результате чего нарушения кроветворения развиваются только на поздних стадиях. Важно отметить, что острый лейкоз не может перейти в хронический, а хронический не может обостриться [2].

На начальных стадиях проявляется лимфоцитозом и генерализованной лимфоаденопатией. При прогрессировании хронического лимфолейкоза наблюдаются гепатомегалия и спленомегалия, а также анемия и тромбоцитопения, проявляющиеся слабостью, утомляемостью, петехиальными кровоизлияниями и повышенной кровоточивостью. Отмечаются частые инфекции, обусловленные снижением иммунитета. Диагноз устанавливается на основании лабораторных исследований. Лечение – химиотерапия, пересадка костного мозга.

Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) – самый частый вид лейкозов у взрослых. Частота его в Европейских странах составляет 4:100тыс в год и непосредственно связана с возрастом. У лиц старше 80 лет она составляет >30:100тыс в год. Медиана возраста на момент установления диагноза в Европейских странах составляет 69 лет. В России ХЛЛ выявляется реже и медиана возраста на момент установления диагноза меньше, соразмерно меньшей продолжительности жизни россиян.

Мед.Курсовик - быстро, дешево, надежно!

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. Хронический лимфолейкоз: понятие и причины заболевания

Хронический лимфолейкоз – заболевание из группы неходжкинских лимфом. Сопровождается увеличением количества морфологически зрелых, но неполноценных В-лимфоцитов. Хронический лимфолейкоз является самой распространенной формой гемобластозов, составляет треть всех лейкозов, диагностируемых в США и странах Европы. Мужчины страдают чаще женщин. Пик заболеваемости приходится на возраст 50-70 лет, в этом периоде выявляется около 70% от общего количества хронических лимфолейкозов.

Пациенты молодого возраста страдают редко, до 40 лет первые симптом болезни возникают всего у 10% больных. В последние годы специалисты отмечают некоторое «омоложение» патологии. Клиническое течение хронического лимфолейкоза очень вариативно, возможно как продолжительное отсутствие прогрессирования, так и крайне агрессивный вариант с летальным исходом в течение 2-3 лет после постановки диагноза. Существует ряд факторов, позволяющих прогнозировать течение заболевания. Лечение осуществляют специалисты в области онкологии и гематологии.

Причины возникновения окончательно не выяснены. Хронический лимфолейкоз считается единственным лейкозом с неподтвержденной связью между развитием заболевания и неблагоприятными факторами внешней среды (ионизирующим излучением, контактом с канцерогенными веществами). Специалисты считают, что основным фактором, способствующим развитию хронического лимфолейкоза, является наследственная предрасположенность. Типичные хромосомные мутации, вызывающие повреждения онкогенов на начальной стадии болезни, пока не выявлены, однако исследования подтверждают мутагенную природу заболевания.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЛЕЙКОЗАМИ

В данной главе, согласно поставленным в работе задачам, были изучены статистические данные по заболеваемости лейкозами за определенный период времени. Помимо этого, было проведено исследование, состоящее из четырех этапов. В первом этапе проводилось социологическое исследование, анкетирование, среди пациентов с лейкозами. Вторым этапом является анализ полученных результатов с применением статистического, социологического, графического методов, а также с помощью сравнительного анализа. На третьем этапе были составлены практические рекомендации для пациентов, страдающих лейкозами.

2.1. Анализ статистических данных смертности взрослого населения лейкозами в г. Миасс (ГАУЗ ГБ№2)

В данном параграфе предоставлены статистические данные, характеризующие сравнение смертности пациентов взрослого населения с лейкозами и пациентов с другими злокачественными новообразованиями по г. Миасс за период 2020-2022 года (Таблица 1, Рис. 1). Данные были получены в Центрек амбулаторной онкологической помощи Городская больница №2 Г. Миасс (ГАУЗ ГБ№2).

В Таблице 1, а также на рисунке 1 можно увидеть динамику смертности пациентов как от лейкозов, так и от других злокачественных новообразований, в данном случае для примера приведены: рак желудка, рак трахеи, бронхов, легкого, а также рак молочной железы на период с 2020 года по 2022 год в г. Миасс.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной дипломной работе была рассмотрена роль фельдшера при диагностике и лечении хронического лимфолейкоза. Во время изучения особенностей диагностики и лечения при лимфолейкозе, был проведен теоретический анализ литературы, а также периодических изданий по теме дипломной работы. Помимо этого, был проведен и анализ статистических данных по смертности взрослым населением от лейкозов за определенный промежуток времени. Помимо этого, было проведено собственное исследование, где мы выявили осведомленность пациентов о своем заболевании, а также узнали о имеющихся у них осложнениях.

Основываясь на проведенном нами исследовании, были сделаны следующие выводы: пациентов мужского пола, страдающих лейкозами, намного больше, нежели пациентов женского, причем, чаще всего это люди среднего и пожилого возраста, то есть, старше 50 лет. Немного чаще встречаются острые формы лейкозов, в отличие от хронических форм лейкозов. Помимо этого, было выяснено, что более половины пациентов не осведомлены насчет причин возникновения данного заболевания. Более половины пациентов имели в своем роду данное заболевание. Это подтверждает, что наследственность, в случае с лимфолейкозом, играет такую же немаловажную роль, как в случае и с другими заболеваниями. Также, было выявлено, что более половины пациентов не знают о мерах, которые направлены на предупреждение развитие лейкозов. Оказалось, что большая часть пациентов заболели этим заболеванием впервые, у остальных же – рецидив.

Также, было выявлено, что не все пациенты проходили рекомендованные им регулярные профилактические осмотры. Многие пациенты знают о том, как правильно питаться при лейкозе, то есть, о предписанной им диете. Однако довольно много тех, кто нарушает данные диеты, пусть и нерегулярно.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бизенкова, М.Н. Лейкозы: гематологическая характеристика и особенности течения отдельных форм острых лейкозов [Электронный ресурс] / М.Н. Бизенкова, Н.В. Полутова - Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, 2019.

2. Бизенкова, М.Н. Лейкозы: этиология и патогенез, общие закономерности развития [Электронный ресурс] / М.Н. Бизенкова - Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, 2019.

3. Ганцев Ш.Х. Онкология: учебник для студентов медицинских вузов / Ш.Х. Ганцев, В.Н. Ручкина, А.М. Ханова. – М: ООО «Медицинское информационное агенство» - 2018. – 488 с.

4. Гуляева И.Л., Веселкова М.С., Завьялова О.Р. Этиология, патогенез, принципы патогенетической терапии лейкозов. Научное обозрение. Педагогические науки. – 2019. - №5 (часть 3) – с. 47-50.

5. Кузнецова Е.Ю. Анализ начальных проявлений острого лейкоза и его осложнений в ходе лечения / Е.Ю. Кузнецова, М.А. Михалев - Электронный научный журнал «Современные проблемы науки и образования», 2019.

6. Лычев В.Г., Карманов В.К. Сестринское дело в терапии. М: Форум – 2021. – 282 с.

7. Лычев, В.Г Сестринский уход в терапии. Участие в лечебнодиагностическом процессе: учебник [Электронный ресурс] / В.Г. Лычев, В.К. Карманов - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

8. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Семенков Н.Н. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. М: МИА – 2018. – 544 с.

9. Моисеев С.И. Современные принципы диагностики и лечения острых лейкозов. Санкт-Петербург – 2020.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

ДИЕТА №11

Показания: туберкулез, лейкозы, анемии различной этиологии, истощение, ожоговая болезнь и период выздоровления после пневмонии

Общая характеристика: Диета № 11 полностью удовлетворяет физиологические потребности человека в пищевых веществах и энергии при умеренном ограничении потребления соли и легкоусваиваемых углеводов. Механические и химические раздражители желудка и желчевыводящей системы также ограничены. Калорийность рациона умеренно повышенная, предусмотрено повышенное потребление животных белков и растительных пищевых волокон. Пищу готовят на пару, в отварном, тушеном, запеченном виде, при необходимости протирают. В рацион необходимо вводить продукты, богатые витаминами и солями кальция. Большое внимание уделяется стимуляции аппетита пациента, в том числе сервировке блюд.

Режим питания: Диета № 11 предусматривает дробный режим приема пищи 6 раз в сутки.

Исключают: из рациона следует исключить очень жирные сорта мяса и птицы, сало, кулинарные жиры, очень жирные мясные и рыбные бульоны, острые приправы и соусы. Также исключают торты и пирожные с кремом.

Рекомендуемые продукты и блюда:

1. Хлеб: пшеничный (в том числе бессолевой), ржаной, с отрубями, различные мучные изделия.
2. Супы: любые.
3. Мясные блюда: любые (за исключением очень жирных) сорта мяса и птицы, субпродукты, отварные, запеченные, жареные, тушеные – куском, рубленые.
4. Рыбные блюда: нежирные сорта рыбы отварные куском, рубленые, запеченные. Рекомендованы различные морепродукты.