**Введение**

Лейкоз, или лейкемия, (leucaemia, leucosis) – название происходит от греческого слова «leukos» – белый. Лейкозы – это целая группа злокачественных заболеваний системы кроветворения.

Лейкозы – представляют собой опухоли, диффузно поражающие гемопоэтическую ткань костного мозга. Уровень заболеваемости лейкозами в разных странах мира колеблется в широком диапазоне: от 3 до 10 человек на 100 000 населения. При этом мужчины болеют различными формами лейкоза примерно в 1,5 раза чаще, чем женщины.

Лейкозы встречаются с разной частотой внутри разных возрастных групп. Например, характерным для людей 20–30 лет является острый миелобластный лейкоз, для 40–50 лет – хронический миелобластный, а для пожилого и старческого возраста – хронический лимфобластный и волосатоклеточный лейкозы.

Названия лейкозов происходят от типа клеток крови, лежащих в их основе, а окончание «бластный» указывает на то, что клетки эти незрелые и в норме являются предшественниками нормальных клеток крови. Эти клетки – одна из разновидностей созревающих клеток костного мозга. Проходя несколько стадий взросления, они выходят в кровь в виде лейкоцитов, белых телец крови. Лейкозы относятся к группе заболеваний, называемых гемабластозами.

Гемабластозы – это опухолевый процесс, новообразования, возникающие из клеток кроветворной ткани.

Гемабластозы подразделяются на 2 группы: 1) системные заболевания, диффузно поражающие кроветворную ткань, – лейкозы; 2) регионарные заболевания – гематосаркомы – образуют солидные опухоли

Острые лейкозы занимают ведущее место в структуре заболеваемости гемобластозами, составляя приблизительно 13 их общего числа. Мужчины болеют чаще, чем женщины. При этом всеми исследователями отмечается 2 пика заболеваемости: в 3–4 и 60–69 лет.

**1. Классификация лейкозов**

Учитывая степень увеличения в крови общего числа лейкоцитов, в том числе и лейкозных клеток, различают лейкемические (десятки и сотни тысяч лейкоцитов в 1 мкл крови), сублейкемические (не более 15000–25000 в 1 мкл крови), лейкопенические (число лейкоцитов уменьшено, но лейкозные клетки обнаруживаются) и алейкемические (лейкозные клетки в крови отсутствуют) варианты лейкоза.

В зависимости от степени дифференцировки (зрелости) опухолевых клеток крови и характера течения (злокачественное и доброкачественное) лейкозы делят на *острые и хронические.*

Для острого лейкоза характерны пролиферация недифференцированных или малодифференцированных, бластных, клеток («бластные» лейкозы) и злокачественность течения, для хронического лейкоза – пролиферация дифференцированных лейкозных клеток («цитарные» лейкозы) и относительная доброкачественность течения.

Руководствуясь гисто (цито) генезом лейкозных клеток, выделяют гисто (цито) генетические формы как острого, так и хронического лейкоза. Гистогенетическая классификация лейкозов в последнее время претерпела значительные изменения в связи с новыми представлениями о кроветворении. Принципиальным отличием новой схемы кроветворения является выделение классов клеток-предшественников разных ростков кроветворения.

На основании современных представлений о кроветворении среди острых лейкозов выделяют следующие гистогенетические формы:

– недифференцированный, – миелобластный, – лимфобластный, – монобластный (миеломонобластный), – эритромиелобластный, – мегакариобластный.

Недифференцированный острый лейкоз развивается из клеток-предшественников первых трех классов, лишенных морфологических признаков принадлежности к тому или иному ряду кроветворения. Остальные формы острого лейкоза происходят из клеток-предшественников IV класса, т.е. из клеток-бластов.

Хронические лейкозы в зависимости от ряда созревающих клеток гемопоэза, из которых они возникают, разделяются на:

1) лейкозы миелоцитарного происхождения; 2) лейкозы лимфоцитарного происхождения; 3) лейкозы моноцитарного происхождения.

К хроническим лейкозам миелоцитарного происхождения относят:

– хронический миелоидный лейкоз, – хронический эритромиелоз, – эритремию, – истинную полицитемию.

К хроническим лейкозам лимфоцитарного ряда относятся: – хронический лимфолейкоз, – лимфоматоз кожи (болезнь Сезари), – парапротеинемические лейкозы (миеломная болезнь; первичная макроглобулинемия Вальденстрема; болезнь тяжелых цепей Франклина).

К хроническим лейкозам моноцитарного происхождения причисляют моноцитарный (миеломоноцитарный) лейкоз и гистиоцитозы.

**2. Этиология**

В настоящее время опухолевая природа лейкозов является общепризнанной, а, следовательно, этиологические факторы для опухолей и лейкозов едины.

Выделяют три основные группы факторов: 1) ионизирующее излучение; 2) химические канцерогены; 3) вирусы.

Так же имеется так называемая генетическая предрасположенность к лейкозам, это может быть вызвано сниженной резистентностью хромосом к действию мутагенных агентов, а также недостаточной активностью ферментных систем репаративного синтеза нуклеиновых кислот. Другим существенным условием, способствующим реализации действия канцерогенных факторов и возникновению гемобластозов, является низкая активность антиканцерогенных механизмов противоопухолевой резистентности организма. Эти механизмы препядствуют реализации эффектов канцерогенных агентов, инактивируя или элиминируя их.

Данные эпидемиологических исследований позволяют утверждать, что в семьях лиц, больных острыми лейкозами, риск заболеваемости повышается почти в 3–4 раза. При наличии острого лейкоза у одного из монозиготных близнецов вероятность заболевания другого составляет 25%. Считается, что роль генетических факторов ограничивается формированием предрасположенности к лейкозу, а затем реализуется под воздействием лучевых, химических факторов. Повышение мутабельности может быть вызвано наследственной нестабильностью генетического аппарата под воздействием онкогенных факторов.

**3. Клиника**

Клинические проявления острого лейкоза являются следствием пролиферации и накопления злокачественных лейкозных бластных клеток. количественно превышающих условный рубеж (более 1000 млрд) за которым истощаются компенсаторные возможности организма.

Клиническая симптоматика развернутой стадии ОЛ складывается из 5 основных синдромов:

1. гиперпластического; 2. геморрагического; 3. анемического; 4. интоксикационного; 5. инфекционных осложнений

Заболевание развивается быстро. Температура тела поднимается до высоких цифр, нарастает общая слабость, беспокоит озноб, сильная потливость, аппетит отсутствует, бывает носовое кровотечение.

При осмотре можно обнаружить многочисленные кровоизлияния на коже. Развивается стоматит, некротическая ангина, шейные и поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подкожная жировая клетчатка в области шеи отечна. Наблюдается желудочное кровотечение при разрушении лейкозных инфильтратов стенки желудка. В зависимости от формы острого лейкоза увеличиваются селезенка, печень, лимфатические узлы.

**4. Диагностика**

Диагностика острых лейкозов строится на данных цитологического исследования крови и костного мозга, обнаруживающих высокий процент бластных клеток. На ранних этапах их в крови обычно нет, но выражена цитопения.

Поэтому при цитопении, даже касающейся одного ростка, необходима пункция костного мозга, которую можно делать амбулаторно. В костном мозге отмечается высокое (десятки процентов) содержание бластов при всех острых лейкозах, за исключением острого малопроцентного лейкоза, при котором в течение многих месяцев в крови и костном мозге процент бластных клеток может быть менее 15–20, причем в костном мозге при этой форме, как правило, процент бластов меньше, чем в крови. Форму острого лейкоза устанавливают с помощью гистохимических методов.

OAK – прогрессирующая анемия, тромбоцитопения, количество ретикулоцитов уменьшено. Около 95% всех лейкоцитов составляют миелобластыили гемоцитобласты (недифференцированные клетки). Отмечается лейкоцитоз в период бластного криза.

При остром миелобластном лейкозе – в мазке крови определяются бластные (молодые) формы (миелобласты) и зрелые лейкоциты, а промежуточные формы отсутствуют (лейкемический провал).При остром лимфобластном лейкозе – в крови преобладают лимфобласты. Анемия и тромбоцитопения – «спутники» лейкоза.

Диагноз «острый лейкоз» может быть поставлен только при наличии в костном мозге или крови повышенного количества бластных клеток (15–20% и более). Обязателен анализ пунктата костного мозга *(стерналъной пункции).*

Основное диагностическое значение имеет исследование костного мозга. Основу диагностики ОЛ составляет обнаружение в пунктате костного мозга более 30% бластных клеток.

лейкоз симптом этиология сестринский

**5. Лечение**

Применяют патогенетическое лечение для достижения ремиссии с помощью комбинированного введения цитостатиков с целью ликвидации всех явных и предполагаемых лейкемических очагов, при этом возможна выраженная депрессия кроветворения. Госпитализация в специализированное гематологическое отделение. Постельный режим. Питание должно быть высококалорийным.

Гормональная и цитостатическая терапия: преднизолон, антиметаболиты (б-меркаптопурин, метотрексат и др.) винкристин, винбластин, циклофосфан, противоопухолевые антибиотики (рубоминин, карминомицин).

Дезинтоксикационная терапия: гемодез, раствор альбумина.

Иммунотерапия: интерферон, реаферон.

Трансплантация костного мозга.

Лечение инфекционных осложнений: помещение пациента в асептическую палату, назначение антибиотиков широкого спектра действия (полусинтетические пенициллины + цефалоспорины), противовирусные препараты (ацикловир).

Лечение анемии. Лечение геморрагического синдрома (переливание тромбоцитов от ближайших родственников, свежезамороженной плазмы, аминокапроновой кислоты

**6. Сестринский процесс при лейкозах**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Проблема | | Действия медсестры |
| Потенциальная угроза здоровью, связанная с дефицитом информации о своем заболевании | | Провести беседу с пациентом о его заболевании, предупреждении возможных осложнений и профилактике обострений. Обеспечить пациента необходимой научно популярной литературой |
| Трудности в принятии изменений диеты в связи со сложившимися ранее привычками | | Провести беседу с пациентом о значении и влиянии диетического питания на течение болезни и выздоровление.  Поощрять пациента к следованию диете. Проводить контроль за передачами родственников |
| Риск падения из-за слабости, головокружения, высокой температуры; нарушений координации и онемения конечностей | | Проводить контроль за соблюдением пациентом режима двигательной активности. Оказывать пациенту помощь при перемещении; сопровождать его.  Оказывать помощь пациенту в выполнении мероприятий по личной гигиене. Обеспечить средствами связи с медперсоналом |
| Тошнота, изменение вкуса | | Создать благоприятную обстановку во время еды.  Следить, чтобы пациент получал любимые блюда и красиво оформленные. Провести беседу с родственниками пациента о характере передач.  Рекомендовать принимать пищу маленькими порциями, но часто (дробное питание) |
| Слабость, быстрая утомляемость | | Проводить контроль за соблюдением пациентом предписанного врачом режима двигательной активности.  Проводить контроль за своевременным приемом пациентом лекарственных препаратов |
| Затруднения глотания из-за болей в горле | | Рекомендовать принимать жидкую и полужидкую пищу маленькими порциями, но часто (дробное питание).  Проводить контроль за своевременным приемом пациентом лекарственных препаратов. Обеспечить уход за полостью рта пациента |
| Снижение аппетита из-за депрессии и высокой температуры тела; риск снижения массы тела; риск воживания | | Провести беседу с пациентом и его родственниками о необходимости полноценного питания. Создать благоприятную обстановку во время  еды. |
| Нарушение целостности слизистой оболочки полости рта | Проводить тщательный уход за полостью рта пациента | |
| Нарушение целостности кожи из-за нарушения трофики | 11 Проводить тщательный уход за кожей пациента | |
| Риск инфицирования кожи из-за расчесов и «заед» в уголках рта | Провести беседу с пациентом о значении гигиены.  Следить за ежедневным приемом душа (возить на каталке).  Проводить туалет полости рта и кожи вокруг рта после каждого приема пищи | |
| Незнание положения, облегчающего дыхание во время сна; риск развития пневмонии из-за снижения иммунитета и гиповентиляции | Обучить пациента занимать положение Фаулсра. Обеспечить второй подушкой или поднять изголовье кровати. Обучить дыхательным упражнениям | |
| Трудности с мочеиспусканием из-за невозможности посещать туалет; риск инфицирования мочеполовой системы | Провести беседу с пациентом о необходимости регулярного опорожнения мочевого пузыря. Подавать судно (мочеприемник) в постель по мере необходимости. Подмывать после каждого мочеиспускания | |
| Страх смерти из-за отсутствия полной информации о стернальной пункции и химиотерапии | Провести беседу с пациентом. Оказать психологическую поддержку | |
| Ограничение подвижности из-за слабости, головокружения, высокой температуры тела; дефицит самоухода и зависимость из-за ограниченной подвижности | Ежедневно проводить гигиенический уход по примерному стандарту | |

**Заключение**

лейкоз симптом этиология сестринский

Причина возникновения лейкозов на данный момент не до конца выяснена. Однако для некоторых лейкозов выявлены онкогены и специфические мутации хромосом, лежащие в основе избыточного роста клеток крови. Так, хронический миелобластный лейкоз связан с переносом участка хромосомы 9 на хромосому 22. Этот «обмен» между хромосомами происходит еще до рождения человека, однако последствия этого «обмена» будут видны только во второй половине его жизни. Таким путем клон берет начало из собственных незрелых гемопоэтических клеток костного мозга. Опухолевая ткань разрастается и постепенно замещает нормальные клетки костного мозга. В результате этого процесса у больных лейкозами развиваются различные варианты цитопений. Цитопенией называют недостаток в организме каких-либо клеток крови. Она приводит к повышенной кровоточивости, кровоизлияниям, общей слабости организма, подавлению иммунитета с присоединением различных инфекционных осложнений.

Для лейкозов характерны: 1. безграничный рост, неконтролируемое размножение клеток – гиперплазия; 2. морфологическая анаплазия – потеря способности клетки к дифференцировке, созреванию, незрелость; степень омоложения клеток коррелирует со злокачественностью процесса; 3. угнетение номального кроветворения за счет быстрого разрастания опухолевых элементов, «вытеснения» ими, замещения нормальных ростков кроветворения. Это явление носит название метаплазии.

Еще одна опасность лейкозов состоит в том, что очень часто человек не предает значения симптомам на начальной стадии, списывая их на усталость, недостаток сна, городскую неблагоприятную экологию и прочие факторы. А ведь лейкоз, впрочем, как и любое другое онкологическое заболевание, гораздо легче вылечить именно на ранних стадиях болезни.

**Литература**

1. Вершинина С.Ф., Потявина Е.В. Руководство для пациентов с онкологическими заболеваниями. СПб., 2005 – 73 с.
2. Онкологические заболевания: профилактика и методы лечения. Под ред. В.В. Маршака. СПб., 2005 – 141 с.
3. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии. – Ростов н/Д: Феникс, 2007 – 332 с.
4. Чернова О.В. Уход за онкологическими больными. Ростов-на-Дону, 2002.