**Сестринский уход при лейкозах**

Острый лейкоз – злокачественное заболевание кроветворной ткани с первичной локализацией патологического процесса в костном мозге.

Этиология: наследственная предрасположенность, хромосомные аберрации, конституциональные особенности, мутагенные факторы (онковирусы, химические вещества: бензол, стероидные, азотистые соединения, инсектициды), ионизирующая радиация.

Патогенез сводится к нарушению информации деления, дифференциации клеток и выходу их из-под контроля регулирующих факторов. В детском возрасте преобладают острые лейкозы. В 75% случаев - острый лимфоидный лейкоз.

**Клиника в зависимости от периода болезни:**

1. Начальный период: доминируют симптомы общей интоксикации: снижение аппетита, повышенная утомляемость, потеря веса, нарастающая бледность кожных покровов, периодические подъёмы t без причины, боли в костях, суставах, увеличение лимфоузлов
2. Период разгара:

* Усиливаются симптомы интоксикации
* Выражен основной симптомокомплекс: анемический синдром (бледность с землисто-серым или восковидным оттенком), геморрагический синдром (кровоизлияния в кожу, кровотечения из носа, десен, внутренних органов), костно-суставной синдром (усиление болей в костях, припухлость кистей, стоп, явления полиартрита, изменение походки, переломы костей), пролиферативный синдром (увеличение печени, селезенки, лимфатических узлов)
* Поражение ЦНС (нейролейкоз - головокружение, головная боль, тошнота, диплопия, боли в позвоночнике и межреберьях, у некоторых детей резкое увеличение массы тела за короткий промежуток времени, булимию, жажду, что связано с поражением диэнцефальной области)

1. Период ремиссии:
2. период неполной ремиссии: отсутствие клиники, наличие изменений в крови,
3. период полной ремиссии: отсутствие клиники и изменений в крови,
4. Рецидив: возврат клиники и изменений в крови,
5. Терминальный период:
6. резкая выраженность основного симптомокомплекса
7. необратимые изменения со стороны внутренних органов, летальный исход

**Диагностика:**

1. Миелограмма (стернальная пункция в верхней трети грудины). Критерием диагноза острого лейкоза является нахождение 10% и более бластных клеток в миелограмме,
2. Цитохимическое исследование
3. Анализ периферической крови:
4. основные изменения: наличие незрелых форм-бластов, «лейкемическое зияние» (между юными клетками и зрелыми формами нет переходных форм.), анемия, тромбоцитопения,
5. менее постоянные: лейкоцитоз, лимфоцитоз, повышение СОЭ до 60 и выше мм/ч.

**Лечение лейкоза:**

* Госпитализация в специализированное гематологическое отделение, в боксированную палату.
* Постельный режим.
* Уход проводить с полным соблюдением правил асептики и антисептики (личная гигиена ребёнка, медицинского персонала, мытьё игрушек, уборка в боксе, ношение масок).
* Профилактика любых микротравм и кровотечений (исключить сморкание, кашель).
* Все парентеральные препараты вводить в венозный катетер.
* Диета высококалорийная с увеличением белка, минеральных веществ, витаминов, солей калия (при гормонотерапии), исключить твёрдые, раздражающие продукты.
* Для лечения дыхательной недостаточности назначается оксигенотерапия, барокамера.

Осложнения цитостатической терапии:

* аллергическая реакция,
* угнетение функции костного мозга,
* повышеие температуры тела,
* аллопеция (выпадение волос),
* поражение кожи (некрозы возникают в местах попадания цитостатиков в мягкие ткани при в/в введении),
* стоматит, эзофагит,
* нарушение сердечной деятельности,
* нарушение функции почек,
* геморрагический цистит, нейротоксичность.

Признаки ремиссии:

* в костном мозге бластных клеток не более 5%,
* в ОАК бластов нет, гранулоцитов более 1,5 х 109/л, тромбоцитов более 100 х 109/л, гемоглобина больше 100 г/л,
* клинические симптомы отсутствуют,
* жалоб нет.

**Сестринский уход при лейкозах:**

1. Информировать пациента и родственников о заболевании. Рассказать о причинах, клинике, возможном прогнозе данного заболевания.
2. Уменьшить явления дыхательной, сердечной недостаточности. Обеспечить пациенту доступ свежего воздуха (проветривать помещение до 3 раз в день). Уложить пациента с возвышенным головным концом, не применять стесняющей одежды.
3. Нормализовать t тела пациента. Обильно поить (при t 37,-37,5), добавить проведение физического охлаждения (при t 37,5-38), добавить энтеральное введение жаропонижающих средств в дозе, назначенной врачом (при t 38 и выше), ввести литическую смесь в дозе, назначенной врачом (при неэффективности предыдущих мероприятий)
4. Организовать питание пациента.
5. Обучить пациента приему препаратов железа. Давать до еды или в промежутках между едой, запивать кислым соком, нельзя запивать молоком, строго придерживаться назначенной врачом дозы и длительности лечения. При непереносимости препарата сразу же сообщать врачу
6. Организовать личную гигиену с учетом заболевания. Применять гигроскопичное, натуральное х/б белье, следить за его чистотой. Проводить гигиенические процедуры без применения мочалки, теплой водой (не выше 36-37°) при геморрагической сыпи
7. Организовать ограничение физической и эмоциональной нагрузки: следить за соблюдением режима дня, организовать полноценный дневной отдых, создать спокойную обстановку в палате, следить за эмоциональным состоянием.
8. Оберегать пациента от травм при геморрагическом синдроме. Создать безопасную окружающую среду в палате (убрать острые, режущие предметы).
9. Оберегать пациента от присоединения простудных заболеваний.