

Сестринский уход за пациентами с раком кожи.

Сестринский уход за пациентами с раком нижней губы.

Содержание:

1. Факторы риска развития рака кожи.
2. Клинические проявления (ранние симптомы).
3. Формы онкологических заболеваний, классификация по стадиям.
4. Диагностика и лечение онкологических заболеваний.
5. Принципы профилактики.
6. Факторы риска развития рака нижней губы.
7. Клинические проявления (ранние симптомы).
8. Формы онкологических заболеваний, классификация по стадиям.
9. Диагностика и лечение онкологических заболеваний.
10. Принципы профилактики.

Сестринский уход при раке кожи.

Рак кожи – злокачественная опухоль, развивающаяся из эпителиального слоя кожных покровов и одинаково поражающая людей обоего пола, чаще после шестидесяти лет.

Было отмечено, что на протяжении последних лет заболеваемость раком кожи в мире начала стремительно расти. Наиболее часто данное онкологическое заболевание поражает людей, проводящих много времени на открытом воздухе, проживающих в южных областях и странах, и лиц со светлой кожей

Рак кожи – причины возникновения.

В результате проведенных многочисленных исследований и клинических наблюдений была доказана роль в возникновении рака кожи следующих этиологических факторов:

- Наиболее часто основной причиной развития рака кожи называют ультрафиолетовое излучение и солнечную радиацию. Воздействие ультрафиолетового излучения не заканчивается на самой коже, как считает большинство неосведомленных людей, а проникает гораздо в более глубокие слои кожных покровов. Организм человека защищает его от солнечных лучей выработкой пигмента, который делает кожу более темного цвета, причем, чем больше человек находится на солнце, тем темнее становится его кожа. Загар является своеобразной защитной реакцией организма от воздействия на внутренние подкожные ткани солнечных лучей. Хотя природа и позаботилась о людях, очень часто их поведение провоцирует такое заболевание как меланома. Было отмечено, что вне зависимости от цвета кожи, наиболее часто болеют люди, длительное время проводящие на солнце (рыбаки, сельскохозяйственные работники и др.). Помимо этого канцерогенному воздействию солнечной радиации способствует влияние морского (соленого) холодного ветра, который вызывает сухость кожи. Коренные жители южных стран (люди с темной от природы кожей) гораздо менее подвержены воздействию солнечной радиации и рак кожи среди них встречается крайне редко.

- Воздействие химических канцерогенов, которые в больших количествах содержатся в продуктах переработки различного органического топлива (сажа, мазут, каменноугольная смола и пр.).

- Воздействие ионизирующей радиации было обнаружено после открытия рентгеновских лучей (работающих без защиты рентгенологов поражал рак кожи).

- Длительное термическое воздействие на определенный участок кожных покровов. Рак кангри возникает на коже живота жителей северных районов Непала и Индии, которые для согревания носят на теле горшочки с раскаленным углем.

Предраковые заболевания.

Предраковые заболевания кожных покровов могут быть облигатными (всегда переходят в рак) и факультативными (переходят в рак не всегда, однако имеют достаточно высокую степень риска малигнизации).

Облигатные предраковые заболевания кожи:

Пигментная ксеродерма – врожденная дистрофия кожи, проявляющаяся с раннего детства сверхчувствительностью к солнечным лучам. Под действием инсоляции появляются пигментные пятна, возникает дерматит, наступает атрофия кожи с расширением сосудов и очагами гиперкератоза. Бородавчатые разрастания трансформируются во множественные раковые очаги.

К факультативным предраковым заболеваниям относят:

- Хронические дерматиты, которые возникают вследствие контакта с препаратами мышьяка, химическими канцерогенами и пр., а также в результате рентгеновского облучения.

- Кератоакантома и старческий дискератоз (имеют вид коричневатых бляшек на тыльной стороне кистей рук, шеи и лице).

- Трофические язвы; рубцы после сифилиса, волчанки, ожогов.

- Постоянно травмируемые папилломы и бородавки, атеромы.

Различают железистый, плоскоклеточный и базальноклеточный рак.

Железистый рак кожи развивается из потовых или сальных желез, протекает более злокачественно, дает язвенно-инфильтративную, эндофитную форму роста с метастазированием в региональные лимфатические узлы, нередко может давать гематогенные метастазы. К лучевому воздействию малочувствителен.

Плоскоклеточный рак кожи наблюдается в 10% случаев и чаще всего появляется на краях трофических язв, на рубцах, при хронических и лучевых дерматитах. Данный вид рака может расти экзофитно (имеет вид папилломы, бородавки, цветной капусты) или эндофитно (имеет вид расположенного в коже узла, который впоследствии превращается в глубокую язву). При плоскоклеточном раке лица, метастазы в региональных лимфоузлах наблюдаются в 2-5% случаев и значительно чаще, если рак кожи расположен на волосистой части головы, туловище или конечностях. Гематогенные метастазы наблюдаются крайне редко. Как и другие плоскоклеточные раки, опухоль чувствительна к лучевому лечению.

Базалиома или базальноклеточный рак наблюдается наиболее часто (70-75% случаев) и главным образом локализуется на лице. Первоначально он имеет вид плоской бляшки, которая быстро изъязвляется и протекает в виде медленно ползущей поверхностной язвы, которая покрыта корочкой и имеет валикоподобный восковидный край с перламутровым блеском. Базалиома метастазов не дает, однако в случае длительного существования разрушает кости, хрящи и подлежащие фасции, образуя обширные дефекты тканей. Основным методом лечения базальноклеточного рака – лучевой, или же криохирургический (дает наилучший косметический эффект). При опухолях ушных раковин, хрящей носа, а также при рецидивах, применяется хирургический метод лечения

Рак кожи – стадии.

Стадия 0 – опухоль не затрагивает глубокие слои кожных покровов и локализуется исключительно в эпидермисе. На данном этапе в случае своевременно начатого лечения прогноз благоприятен на 100%

Стадия 1 – наблюдается проникновение опухоли в нижние слои эпидермиса, она не более двух сантиметров в диаметре и не метастазирует в лимфатические узлы. При правильно назначенном лечении, данная стадия является полностью излечимой

Стадия 2 – опухоль от двух до пяти сантиметров в диаметре, прорастает всю толщу кожи, возможно наличие одиночного метастаза в лимфатическом узле. Для данной стадии характерно заметное поражение кожного покрова, а также болезненность проблемного участка. При надлежащем лечении выживаемость составляет порядка 50%

Стадия 3 – опухоль достигает более пяти сантиметров в диаметре, поражает региональные лимфатические узлы, при этом не затрагивая другие органы. На данной стадии начинается изъязвление, наблюдается периодическое повышение температуры тела. При проведении правильного лечения выживаемость составляет порядка 30%

Стадия 4 – опухоль метастазирует по всему организму, поражаются легкие, печень, язвы постоянно кровоточат, присутствуют признаки общей интоксикации. Выживаемость при данной стадии менее 20%

Прогноз плоскоклеточного рака кожи напрямую зависит от своевременного правильного лечения и степени распространения опухоли. В случае метастазирования рака в другие органы, пятилетняя выживаемость при условии адекватного лечения составляет от 28 до 35%.

Базалиома дает наиболее благоприятный прогноз, так как данный тип рака практически никогда не метастазирует и хорошо поддается лечению. Хирургическое удаление базалиомы приводит к полному выздоровлению, однако иногда на протяжении пяти лет с момента ее удаления, на теле может возникнуть новая опухоль

Рак кожи – признаки

Карцинома. Если на кожных покровах появились перламутровые или блестящие новообразования или шишки; заживающие, а затем снова раскрывающиеся язвы; слегка выпуклые розовые новообразования; не проходящие красные или раздраженные участки кожи – стоит бить тревогу. Карцинома может развиваться на любом участке тела человека. Увеличение количества родинок, их цвета и размера, также должно послужить настораживающим фактором. Не лучшим признаком являются обычные веснушки, особенно если их появление наблюдается не как обычно возле носа, а на груди или на руках

Меланома. Признаком данного новообразования могут быть различные цветовые оттенки одной родинки, а также ее шероховатые или неровные края; если размер родинки превышает пять миллиметров в диаметре, или если фиксируется изменение ее размера; если родинки напухшие, бугорчатые, болят или чешутся; если из них наблюдаются выделения лимфы, крови. В случае появления первых подозрений, необходимо в кратчайшие сроки обратиться к врачу, т.к. на ранних стадиях рака кожи лечение не представляет особых трудностей.

Диагностика рака кожи не вызывает никаких затруднений и основывается на данном визуальном осмотре и пальпации. Ощупыванием и осмотром региональных лимфатических узлов и самой опухоли определяется стадия и форма заболевания. По своей консистенции язва имеет плотную структуру, через лупу хорошо виден ее

валикообразный восковидный край. Окончательно диагноз подтверждается результатами цитологического исследования соскоба или мазков-отпечатков. Для выбора метода лечения проводится микроскопическое исследование, которое определяет гистологическое строение опухоли

Рак кожи – лечение

Лечение рака кожи напрямую зависит от общего состояния больного, типа рака и от стадии заболевания. Наиболее распространенным методом лечения является оперативное удаление опухоли.

Хирургическое лечение заключается в оперативном удалении самой опухоли и в случае необходимости (при их поражении метастазами) региональных лимфатических узлов. После оперативного вмешательства, во избежание возможного рецидива, зачастую назначается химиотерапия или радиотерапия.

Химиотерапия (лекарственное лечение) рака кожи заключается в приеме различных препаратов уничтожающих раковые клетки или повышающих иммунную активность в борьбе с данной онкологией. Основные препараты применяемые для лечения рака кожи: 5-фторурацил, Интерферон, Имиквимод, Алдеслейкин, Дакарбазин.

Радиотерапия заключается в облучении конкретного участка кожи с образовавшейся опухолью. Данная терапия позволяет уничтожить раковые клетки, которые возможно не были удалены во время проведения операции.

Сестринский уход при раке нижней губы.

Рак губы — злокачественное новообразование, происходящее из клеток покровного эпителия красной каймы губ.

Заболеваемость

Рак губы составляет около 3 % всех злокачественных опухолей (8-9 место). Рак верхней губы распространён значительно меньше, чем рак нижней губы — он встречается в 2-5 % случаев рака губы, но при этом отличается более агрессивным течением.

Мужчины страдают этим видом рака чаще, чем женщины (более 76 % случаев). Пик заболеваемости приходится на возраст старше 70 лет. Рак губы чаще всего встречается в сельской местности.

К причинам возникновения рака губы относятся:

- воздействие солнечного света
- частое воздействие высокой температуры
- частые механические травмы
- курение (особенно трубки), жевание табака
- химические канцерогены: соединения мышьяка, ртути, висмута, антрацит, жидкие смолы, продукты перегонки нефти
- алкоголь
- хронические воспалительные процессы, вирусные инфекции.

К облигатным предраковым состояниям относят очаговые дискератозы и папилломы, которые проявляются гиперкератозом и лейкоплакией. Значительной склонностью к злокачественному перерождению обладают эритроплакии, диффузные дискератозы, кератоакантомы.

Факультативными предраковыми состояниями являются хейлит, хронические язвы, трещины губы и эрозивные формы плоского лишая.

Формы злокачественного роста

Рак губы имеет строение плоскоклеточного ороговевающего (95 %) или неороговевающего рака.

Плоскоклеточный ороговевающий рак проявляет себя медленным экзофитным ростом, малой инфильтрацией окружающих тканей, редким метастазированием и сравнительно поздним изъязвлением.

Для плоскоклеточного неороговевающего рака характерны быстрый эндофитный рост, раннее изъязвление и метастазирование, выраженная инфильтрация окружающих тканей.

Метастазирует рак губы преимущественно лимфогенно в регионарные лимфатические узлы — подбородочные, подчелюстные, в район яремной вены. При I стадии метастазы наблюдаются в 5-8 % случаев, во II — 15-20 %, в III — 35 %, при IV — в 70 % случаев.

Гематогенное метастазирование наблюдается значительно реже — в 2 % случаев, обычно — в лёгкие.

Клинически рак губы делят на 3 формы:

- Папиллярная
- Бородавчатая (на почве диффузного продуктивного дискератоза)
- Язвенная и язвенно-инфильтративная (развивается из эритроплакии) — наиболее злокачественная форма

Рак губы всегда возникает на фоне другого заболевания губы и никогда — из здоровой ткани. Иногда рак возникает из лейкоплакии или трещины, иногда — из папилломы или бородавчатой формы дискератоза.

Вначале появляется небольшое уплотнение, выступающее над поверхностью губы. В центре новообразования возникает эрозия или язва с зернистой поверхностью и валикообразным краем. Образование имеет нечёткие границы и постепенно увеличивается в размерах. Опухоль покрыта плёнкой, удаление которой является болезненным. Под плёнкой видны бугристые разрастания.

Опухоль постепенно растёт, разрушая окружающие ткани и значительно инфильтрируясь. К новообразованию присоединяется вторичная инфекция. Инфильтрат распространяется на щёку, подбородок, нижнюю челюсть. Регионарные лимфоузлы вначале плотные, безболезненные и подвижные. По мере роста метастазов лимфоузлы увеличиваются в размерах, прорастают соседние ткани и теряют подвижность. В запущенных стадиях метастазы превращаются в большие распадающиеся инфильтраты.

Постепенно нарушается питание, присоединяется распад тканей, развивается кахексия.

Диагностика

При диагностике проводят:

- осмотр и пальпацию губы, щеки и дёсен, слизистой оболочки альвеолярных отростков челюстей
- осмотр и пальпация подчелюстной области и шеи с обеих сторон
- рентгенологическое исследование грудной клетки
- УЗИ губы, шеи, органов брюшной полости (по показаниям)
- рентгенографию нижней челюсти (по показаниям)
- мазки-отпечатки для цитологического исследования (при изъязвлении) или биопсию зоны поражения
- биопсию лимфатических узлов шеи при их увеличении

Лечение

Лечение рака губы проводится комбинированным способом и предусматривает излечение как первичного очага, так и зон первичного метастазирования.

I стадия: хирургический и лучевой метод лечения. При иссечении патологического очага дополнительно проводят операции Ванаха или Крайля. Это проводится для профилактики распространения метастазов. Проводят иссечение губы на 1,5-2 см в обе стороны инфильтрата либо (чаще) — короткофокусную рентгенотерапию (60 Гр) или внутритканевую терапию. Лимфоузлы берут на динамическое наблюдение

II стадия — рентгенотерапия первичного очага, через 2-3 недели — верхнее фасциально-футлярное иссечение шейной клетчатки

III стадия — первичный очаг излечивают лучевым методом на гамма-терапевтических установках. В остатки опухоли внедряют иглы с радиоактивным препаратом. Остаточная опухоль убирается резекцией губы. После полной регрессии опухоли делают одномоментно двустороннюю фасциально-футлярную эксцизию. При наличии регионарных метастазов операции предшествует лучевая терапия в СОД 30—40 Гр одновременно с лучевой терапией первичной опухоли. Этим добиваются уменьшения размеров лимфоузлов. При ограничении смещаемости лимфоузлов делают операцию Крайля

IV стадия — комплексное лечение: неoadъювантная полихимиотерапия, предоперационная дистанционная лучевая или брахитерапия, широкое иссечение опухоли. При этом обязательно облучают регионарные зоны шеи и подчелюстной области в дозе 40—50 Гр с обеих сторон

IVC стадия — паллиативная химиолучевая терапия

Лечение подчелюстных метастазов проводят операцией Ванаха (удаление подбородочных и подчелюстных лимфатических узлов с подчелюстными слюнными железами с обеих сторон), при многочисленных, ограниченно подвижных или больших размеров метастазах в глубокие яремные или надключичные лимфатические узлы выполняют операцию Крайля (удаление внутренней яремной вены, грудино-ключично-сосцевидной мышцы, добавочного нерва; операцию выполняют с одной или поочередно с обеих сторон).

Химиотерапия ввиду малой эффективности широкого применения не нашла. Она используется при лечении отдалённых метастазов. Химиотерапия проводится препаратами платины, фторурацилом, метотрексатом, блеомицином.

Фотодинамическая терапия — лазерное воздействие на опухоль с предварительным введением в неё фотосенсибилизирующего препарата. Используется при ограниченных поверхностных поражениях.

В некоторых случаях в I—III стадиях применяется криогенный метод, при котором можно избежать применения хирургического, лучевого и химиотерапевтического лечения. Его используют также при лечении рецидивов опухоли.

Прогноз

Прогноз рака нижней губы зависит от стадии заболевания, возраста больного, степени дифференцировки клеток рака, чувствительности опухоли к лучевому воздействию. Полное излечение при раке губы I—II стадий достигает 97-100 %, на III стадии и ограниченных рецидивах — до 67-80 %. При IV стадии и распространенных рецидивах прогноз заметно хуже — 55 %.