

УДК 616(075.32)
ББК 55.6я723
КТК 371
К55

Рецензент:

Михайлова С. В. — к.б.н., доцент кафедры физической культуры Арзамасского филиала Нижегородского государственного университета им. Н. И. Лобачевского

Кобякова И. А.

К55 Лечение пациентов онкологического профиля : практикум / И. А. Кобякова, С. Б. Кобяков. — Ростов н/Д : Феникс, 2020. — 143, [1] с. : ил. — (Среднее медицинское образование).

ISBN 978-5-222-32681-7

Учебное пособие подготовлено в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом среднего профессионального образования по специальности «Лечебное дело».

В пособии рассмотрены вопросы организации внеаудиторной и аудиторной самостоятельной работы студентов. Для организации самостоятельной работы на практических занятиях подобран дидактический материал: вопросы фронтального опроса, тестовые задания, ситуационные задачи, рисунки, демонстрирующие отдельные моменты разбираемого опроса, алгоритмы манипуляций. С целью формирования умений проводить мероприятия, направленные на предупреждение заболевания и восстановление здоровья, включены задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов.

Учебное пособие предназначено для студентов учреждений среднего профессионального образования по специальности «Лечебное дело», слушателей курсов повышения квалификации, преподавателей медицинских колледжей.

УДК 616(075.32)
ББК 55.6я723

Учебное издание

Кобякова Ирина Александровна, Кобяков Сергей Борисович

**ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
ПРАКТИКУМ**

Ответственный редактор	<i>М. Басовская</i>
Выпускающий редактор	<i>Г. Логвинова</i>
Технический редактор	<i>Т. Ткачук</i>

Формат 84х108^{1/32}. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Тираж 1000 экз. Заказ №

Импортер на территории ЕАЭС: ООО «Феникс»
344011, Россия, Ростовская обл., г. Ростов-на-Дону, ул. Варфоломеева, 150
Тел./факс: (863) 261-89-50, 261-89-59

Изготовлено в Украине. Дата изготовления: 07.2019
Изготовитель: ООО «БЭТ». 61024, Украина, г. Харьков, ул. Ольминского, 17.

ISBN 978-5-222-32681-7

© Кобякова И. А., Кобяков С. Б., 2019
© Оформление: ООО «Феникс», 2019

Содержание

Предисловие	4
Тема «Опухоли в области головы и шеи»	6
Тема «Предопухолевые заболевания и опухоли молочной железы»	34
Тема «Опухоли органов брюшной полости и прямой кишки»	56
Тема «Опухоли мочеполовой системы»	82
Тема «Опухоли кровеносной системы»	101
Тема «Опухоли кожи»	129
Литература	144

Предисловие

В соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом по специальности «Лечебное дело» вопросы оказания медицинских услуг пациентам с опухолями рассматриваются в профессиональном модуле ПМ.02 «Лечебная деятельность».

Основной структурной единицей онкологической службы в сельской местности является фельдшерско-акушерский пункт (ФАП). Раннее выявление онкологических заболеваний будет зависеть от того, как организована работа первичного звена. Фельдшер должен знать онкологию, чтобы проводить раннюю диагностику опухолей в условиях первичной медико-санитарной помощи и для организации мероприятий, направленных на распространение знаний об онкологических заболеваниях среди населения.

Формирование у средних медицинских работников четкого стереотипа онкологической настороженности должно способствовать уменьшению количества запущенных форм опухолей благодаря раннему специализированному лечению. Онкологическая настороженность — это комплексный подход в деятельности медицинского работника первичного звена (фельдшера ФАП, смотрового кабинета, здравпункта), который, оценивая жалобы пациента, объективные данные, результаты клинических анализов и дополнительных методов исследования, должен определить, не являются ли выявленные нарушения симптомами злокачественного новообразования. В такой ситуации основной задачей в ходе изучения междисциплинарного комплекса «Лечение пациентов онкологического профиля» является формирование умений проводить дифференциальную диагностику онкологических заболеваний, определять тактику ведения пациента при выявлении опухоли, показания к госпитализации пациента, проводить лечебно-диагностические манипуляции, осуществлять уход за пациентами при заболеваниях онкологического профиля с учетом возраста.

Практические занятия проводятся в учебных кабинетах и направлены на формирование у студентов профессиональных компетенций путем закрепления теоретических знаний.

Рекомендуемый порядок работы на практических занятиях

После организационного момента рекомендуется проводить актуализацию опорных знаний в виде фронтального опроса для восстановления, оживления в памяти ранее усвоенных студентами знаний.

С целью развития профессиональных компетенций, которые формируются путем упражнений, т. е. многократного повторения действий для их сознательного совершенствования, студенты отработывают манипуляции по алгоритму.

Основные принципы проведения дифференциальной диагностики заболеваний, определения тактики ведения пациента онкологического профиля разбираются в ходе решения ситуационных задач.

Предложенные ситуационные задачи имеют цель — воспроизведение взаимоотношений между фельдшером и пациентом. Одна задача разбирается совместно с преподавателем, затем обучающимся предлагается самостоятельно решить ситуационные задачи, что способствует активизации мыслительной деятельности и формированию умения переносить полученные знания в измененные условия. Ситуационные задачи содержат задания на выполнение приближенных к практике действий, а также умения, лежащие в основе ОК.2 «Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество»; ОК.3 «Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность» [6]. Для закрепления изученного материала подобраны тестовые задания второго уровня, при выполнении которых предусматривается один правильный ответ.

Важным фактором формирования ОК.4 «Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития» [6] является самостоятельная работа обучающихся.

Перечень заданий для самостоятельной работы студентов предлагается на каждом занятии.

Тема

«Опухоли в области головы и шеи»

Мотивация

Задачи практического занятия — формирование умений осуществлять диагностику опухоли (выявлять подозрительную симптоматику) для направления пациента в специализированное учреждение к узким специалистам; информировать различные группы населения об опасности онкологических заболеваний, о наличии эффективных диагностических программ, подчеркивая важность выявления заболевания на ранней стадии.

В целях формирования умений осуществлять диагностические вмешательства обучающихся знакомят с онкологической составляющей осмотра пациентов. Осмотр фельдшера должен иметь преимущественную направленность на выявление хронических неинфекционных заболеваний и в обязательном порядке включать осмотр кожных покровов, слизистых полости рта и периферических лимфоузлов на предмет раннего выявления опухолей головы и шеи. Хорошие теоретические знания в сочетании с данными визуального осмотра, анамнеза, жалоб пациента формируют профессиональные компетенции по выявлению опухолей на ранних стадиях.

Вопросы для фронтального опроса:

1. Как клинически проявляется рак языка?
2. Какие общие симптомы характеризуют опухоли головного мозга?
3. Назовите симптомы рака щитовидной железы.
4. Назовите отличия хейлита от рака губы.
5. Назовите симптомы хейлита Манганотти.
6. Какие дополнительные методы исследования могут подтвердить опухоль щитовидной железы?
7. Назовите ранние симптомы постлучевого стоматита.

8. Какие клинические признаки бородавчатой лейкоплакии вы знаете?
9. Какие клинические признаки эрозивной лейкоплакии вы знаете?
10. Назовите симптомы веррукозной лейкоплакии.
11. Назовите симптомы болезни Боуэна.

Диагностические вмешательства (методы и последовательные ступени процесса распознавания болезней и особых физиологических состояний) подразумевают участие фельдшера в обследовании пациентов, в оценке результатов обследования.

Онкологическая составляющая обследования пациента

Независимо от того, по какому поводу проводится медицинский осмотр, необходимо помнить об онкологической угрозе. Элементом онкологического осмотра является осмотр кожи, ротовой полости, периферических лимфатических узлов, щитовидной железы, молочных желез, половых органов, прямой кишки. Заподозрив злокачественное новообразование, фельдшер обязан обеспечить обследование больного в максимально короткий срок (10 дней), придерживаясь клинического минимума, позволяющего диагностировать опухоль данного органа. При отсутствии условий для обследования и для установления окончательного диагноза больного следует направить на консультацию в онкологический кабинет или диспансер, выдав ему на руки подробную выписку, содержащую результаты проведенных исследований. Больного, направленного на консультацию, важно не упустить из поля зрения. Через 5–7 дней фельдшер обязан проверить, обратился ли больной за консультацией. Динамическое наблюдение за больными в амбулаторных или стационарных условиях с целью исключения рака недопустимо. Больных в тяжелом состоянии консультирует онколог на дому. По согласованию с онкологом проводится симптоматическое лечение. На впервые выявленных больных заполняются и отправляются в онкокабинет извещение и протокол запущенного случая рака [4].

В соответствии с Методическими рекомендациями ФГУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздравсоцразвития России (Москва, 2010 г.) **при сборе анамнеза** следует обратить внимание на:

- появление слабости, утомляемости, снижение аппетита;
- наличие болевых ощущений в животе или поясничной области;
- изменение цвета или появление примесей крови в выделениях;
- нарушение зрения (косоглазие, двоение в глазах).

При этом должны насторожить жалобы на боли в ушах, затруднение носового дыхания (как правило, одностороннее) [8].

При жалобах на осиплость голоса и кашель, которые не очень беспокоят пациента, можно заподозрить рак гортани или легких, а при малейших затруднениях проглатывания твердой пищи — опухоль пищевода или кардиального отдела желудка. При опросе выясняют наличие першения, субъективного ощущения инородного тела в горле, затруднений глотания. Следует принять во внимание, что болевой синдром при злокачественном новообразовании слюнных желез проявляется рано. Следует выяснить, нет ли ранок во рту, увеличивающихся родимых пятен, изъязвлений кожи [8].

При опросе женщин следует обращать внимание на нарушение менструального цикла, наличие и появление болей, атипичных кровяных выделений в межменструальном периоде и в менаузе.

У мужчин выясняют, нет ли затруднений при мочеиспускании и какова его частота в ночное время.

Отмечаются также наличие запоров и чередование запоров с поносами, слизи и кровяных выделений из прямой кишки, увеличение живота, уменьшение количества мочи [8].

Осмотр полости рта

1. **Ротовая полость.** С помощью одноразового шпателя осматривают полость рта, десны, нёбо, определяя наличие хронических дефектов слизистой (язвы, трещины) или патологических

разрастаний ткани. Пальпаторно определяют наличие опухолевых образований. Обращают внимание на субъективное ощущение инородного тела в полости рта [8].

Согласно Методическим рекомендациям ФГУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздравсоцразвития России (Москва, 2010 г.) *лейкоплакии выглядят как белые шероховатые налеты или плотные белые бляшки, возвышающиеся над поверхностью гладкой, розовой слизистой. Чаще они располагаются на слизистой оболочке щек. Трещины и изъязвления встречаются на тех участках слизистой полости рта, которые постоянно травмируются острыми краями обломанных зубов и плохо подобранными протезами. Легкая ранимость и кровоточивость этих участков подозрительны по наличию предопухолевых заболеваний.*

2. Губы. При осмотре губ обращают внимание на наличие лейкоплакий, патологических разрастаний участков ткани, хронических язв и трещин. Пальпацией определяют наличие уплотнений в ткани губ. Трещины и изъязвления встречаются на красной кайме нижней губы ближе к углу рта [8].

Согласно Методическим рекомендациям ФГУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздравсоцразвития России (Москва, 2010 г.) *признаки злокачественных новообразований — дефекты слизистой (язвы, трещины, эрозии, лейкоплакии); узловые образования в толще губы.*

3. Язык. Для осмотра языка его кончик берут марлевой салфеткой и подтягивают наружу. Визуально определяют наличие хронических язв, трещин на поверхности языка. Пальпаторно определяют наличие опухолевых образований в ткани языка [8].

Согласно Методическим рекомендациям ФГУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздравсоцразвития России (Москва, 2010 г.) *признаки злокачественных новообразований — длительно существующие дефекты на слизистой языка (ранки, язвы); узловые образования в толще языка. Трещины и изъязвления встречаются на боковых поверхностях языка.*

Осмотр и пальпация слюнных желез

При осмотре обращают внимание на асимметричность лица. Пальпируют заушные и подчелюстные области головы для обнаружения увеличения слюнных желез [8].

Согласно Методическим рекомендациям ФГУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздравсоцразвития России (Москва, 2010 г.) *признаки злокачественных новообразований — асимметрия лица (опущенный наружный угол глаза, сглаженность носогубной складки, опущенный угол рта); увеличение и уплотнение слюнных желез.*

Осмотр глотки

В соответствии с Методическими рекомендациями ФГУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздравсоцразвития России (Москва, 2010 г.) с помощью одноразового шпателя следует надавить на язык книзу и кзади (производится без высовывания языка), причем конец шпателя помещается не глубже чем на среднюю треть языка. Голова и шея больного должны располагаться прямо во избежание ложного впечатления об асимметрии или выпячивании правой и левой стенок глотки. Лучшему осмотру глотки способствуют глубокое дыхание и отвлечение внимания пациента. При этом обращается внимание на нарушения симметрии мягкого нёба, осиплость голоса, гнусавость. Для оценки подвижности мягкого нёба пациенту предлагается произносить звук [Э] [8].

Объективно при осмотре могут определяться асимметрия мягкого нёба, задней и боковых стенок глотки, изменение их окраски; кровянистые выделения из носовых ходов (как правило, односторонние). Боли на ранних этапах развития опухоли могут отсутствовать [8].

Пальпация щитовидной железы

Как пишет В. Т. Ивашкин в книге «Пропедевтика внутренних болезней» (СПб., 2000 г.), существуют два способа пальпации щитовидной железы — сзади и спереди. При этом четко выявляются размеры и консистенция щитовидной железы, а также характер (диффузный или узловой) увеличения щитовидной железы или одной из ее долей, что имеет большое значение для постановки диагноза.

Положение, когда больной сидит спиной с наклоненной вперед головой, позволяет наилучшим образом проводить прощупывание щитовидной железы. Максимально расслабленные мышцы шеи обеспечивают свободный доступ к пальпации.

Алгоритм обследования щитовидной железы сзади

1. Встать позади пациента, обхватить его шею обеими ладонями таким образом, чтобы большие пальцы находились на ее задней поверхности [7], а остальные лежали на передней поверхности (рис. 1).



Рис. 1

2. Затем средними пальцами обеих рук ниже щитовидного хряща найти перешеек железы и, перекатываясь через него в продольном направлении, провести ощупывание.

3. После этого кончиками двух-трех пальцев попытаться одновременно с обеих сторон нащупать боковые доли [7], пальпируя в направлении от щитовидного хряща к кивательной мышце.

16. Выберите краткое определение. Лейкоз — это:

- 1) рак крови
- 2) рак лимфоузлов

17. К гемобластозам относятся:

- 1) лейкемии
- 2) лимфомы
- 3) оба ответа верны

18. На основании какого метода устанавливают диагноз лимфомы Ходжкина?

- 1) цитологический
- 2) эндоскопический
- 3) рентгенологический

19. Какая система поражается при лимфоме Ходжкина в первую очередь?

- 1) репродуктивная
- 2) лимфатическая
- 3) костная

**Дополнительный материал для мероприятий,
проводимых при заболеваниях или при непосредственной
угрозе их развития, направленных на предупреждение
заболевания и восстановление здоровья**

В последние годы при лечении злокачественных новообразований широко используется лекарственный метод — применяют препараты, под воздействием которых опухолевая клетка перестает делиться. Поскольку эти препараты являются высокотоксичными, наряду с опухолевыми клетками перестают расти и погибают здоровые клетки, в связи с чем ухудшается общее состояние пациента, наблюдаются нежелательные побочные явления. Лекарственную терапию (химиотерапию) могут проводить до операции, чтобы избежать калечащей операции (удалить только часть органа), в некоторых случаях — вместо операции, после

операции (продлить жизнь при метастатической форме рака). Лекарственную терапию проводят курсами с промежутками 21–30 дней. В перерывах между курсами пациента выписывают домой, чтобы он восстановил силы. Пациенты не всегда сообщают лечащему врачу о таком побочном действии, как тошнота и рвота, думая, что так и должно быть, или из-за страха, что отменят терапию, или по каким-либо другим причинам. Задача фельдшера — оказать консультативно-лечебную помощь онкобольным, в том числе и по поводу побочных действий лекарственной терапии. Каждый лекарственный препарат, используемый для лечения опухолей, имеет свое побочное действие на организм (табл. 13).

Таблица 13

**Нежелательные побочные явления
лекарственной терапии опухолей**

Побочные действия	Симптомы токсичности лекарственных препаратов	Рекомендации пациенту
Со стороны пищеварительной системы		
Тошнота	Неприятное ощущение приближающейся рвоты	Иногда помогают жевательные резинки или леденцы с мятным вкусом. Дробное питание. Корень имбиря (печенье имбирное, имбирное пиво). Лекарственные препараты — дексаметазон, церукал

Продолжение табл. 13

Побочные действия	Симптомы токсичности лекарственных препаратов	Рекомендации пациенту
Рвота	Активный выброс содержимого желудка за счет сокращения мышц диафрагмы и брюшной стенки	Вместе с химиотерапией при преждевременной рвоте (возникает за несколько часов до введения химиопрепаратов) назначаются противорвотные препараты, нейролептики. Рекомендуется больше пить воды
Диарея	Жидкий стул 4 и более раз в день	Во время курса химиотерапии исключить алкоголь, сладкие газированные напитки, кофе, соки, шоколад, мороженое, жирные сорта мяса, рыбы, цельное молоко, виноград. Рекомендуется: пить воды до 2 литров в день; употреблять каши, отварной картофель, бананы, тосты без масла. Можно принимать лоперамид, сандостатин. Если жидкий стул 1 раз в день — креон