

## № 12 Плеврити.

**Плеврит** - це запалення листків плеври з утворенням на їх поверхні фібринозного нашарування або скупченням у плевральній порожнині випоту - ексудату. Досить часто термін «плеврит» використовується для опису результатів будьякого процесу, що уражає плевру і призводить до плевритного болю чи свідчить про плевральне тертя. Це захворювання є вторинним відносно бактеріальної інфекції, але також спостерігається у супроводі вірусної інфекції типу Сохаскіе В, яка спочатку уражає міжреберні м'язи, відомої також як синдром Сильвестра. Плеврит є загальною ознакою легеневого інфаркту і може бути раннім проявом плевральної інвазії у випадку туберкульозу легенів або легеневої пухлини. Плеврит, як правило, не є самостійним захворюванням, а являє собою патологічний стан, який ускладнює перебіг різноманітних процесів як у легенях, так і в прилеглих до плеври утвореннях (середостіння, діафрагма, грудна стінка, піддіафрагмальний простір тощо).

### **Етіологія.**

Плеврити це не самостійне захворювання, а ускладнення запальних процесів в легенях. В залежності від основного захворювання розрізняють при:

#### Легеневі захворювання:

- туберкульоз легенів та плеври; - парапневмонічні плеврити; - ракові плеврити; - плеврити при абсцесі та гангрені легенів; - плеврити при бронхоектатичній хворобі.

Позалегеневі захворювання: - перикардит; - паранефрит; - сифіліс; - системні захворювання сполучної тканини (системний червоний вовчак склеродермія, ревматоїдний артрит).

Інфекційні (у хворих на пневмонію, туберкульоз, після операцій на легенях, травм тощо)

Неінфекційні (як результат пухлини легенів або метастазування у плевру злоякісних пухлин з іншою локалізацією, наприклад лімфоми, лімфогранулематозу та ін.).

Сприятливим фактором є: - переохолодження; - ослаблення організму після тривалої хвороби тощо.

Окремо розрізняють ревматичні, травматичні та токсичні плеврити. ***Найчастіше сухий плеврит є проявом туберкульозної інфекції (70-90 %), але може спостерігатися і при пневмонії, гнійних процесах, інфаркті легенів.***

### **Класифікація**

- **За характером процесу:** - сухий (фіброзний); - ексудативний.
- **За характером ексудату:** - серозний (трансудат); - серозно-фібринозний; - гнійний; - гнильний; - геморагічний; - хільозний; - змішаний.
- **За перебігом:** - гострий; - підгострий; - хронічний.
- **За ускладненням:** - ателектаз легенів; - ГЛСН; - колапс; - шок; - набряк легень; - абсцес печінки, мозку; - септикопемія; - зрощення (спайки) листків плеври.

### **Сухий плеврит**

**Сухий плеврит** - запалення плеври з утворенням на плеврі фіброзного нальоту та мінімальною продукцією рідини. Складає 6,5% всіх захворювань органів дихання. Сухий плеврит розглядають, як початок ексудативного плевриту.

**Ексудативний плеврит** - запалення плеври з утворенням в плевральній порожнині ексудату. Ексудат спочатку скупчується внизу, далі поступово наростаючи, піднімається вгору і вповняє більшу частину плевральної порожнини.

### **Ексудативний плеврит**

Цей термін використовується для опису скупчення запальної, як правило, серозної рідини у плевральному просторі. Пасивна трансудація рідини (трансудат) у плевральну порожнину (гідроторакс) трапляється у випадках серцевої недостатності, нефротичного синдрому, декомпенсованого цирозу печінки та тяжкої недостатності живлення.

***Основні причини*** ексудативного плевриту перелічені нижче:

1. Пневмонія (як правило, серознофібринозний ексудат).
2. Туберкульоз (серознофібринозний ексудат або геморагічний).
3. Злоякісні захворювання (геморагічний ексудат).
4. Інфаркт легенів (геморагічний ексудат).
5. Абсцес легенів (гнійний ексудат).

Плевральний випіт, нерідко двобічний, може також бути проявом ревматоїдного артриту, системного червоного вовчака та лімфоми. До плевального випоту іноді призводять запальні ураження, розташовані нижче діафрагми, включаючи піддіафрагмальний абсцес, амебний абсцес печінки, панкреатит.

### **Медсестринський процес при сухому та ексудативному плевриті**

#### **I етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження**

Збирання інформації ведеться суб'єктивними, об'єктивними та додатковими методами обстеження.

#### **Суб'єктивні методами обстеження:**

##### **А. Скарги:**

- **При сухому плевриті:** - ***різкий біль в грудній клітці*** (біль виникає внаслідок набухання листків плеври та їх тертя. Біль локалізований, гострий, колючий,  *посилюється*  при кашлі та глибокому диханні, при нахиланні тулубу в протилежний від ураження бік (симптом Шепельмана); - ***t<sup>0</sup> тіла*** - до 38,0°C; - ***кашель*** - частіше сухий, іноді з відділенням невеликої кількості слизового харкотиння; - ***загальні симптоми інтоксикації***; - іноді ***гикавка***.
- **При ексудативному плевриті:** (початок захворювання поступовий або гострий): - ***гарячка*** ( ***t<sup>0</sup> тіла*** – 39,0-40,0° С); - ***сухий надсадний кашель***; - ***відчуття тяжкості в грудях***; - ***коли ексудату небагато, то у пацієнта буде різкий колючий біль, як тільки, назбирається ексудат біль проходить*** (тому, що тертя листків плеври не відбувається); - **головною скаргою є задишка**; - ***загальні симптоми інтоксикації***;

##### **Б. Анамнестичні данні:**

- проникаючі поранення грудної клітки; - інфекційні захворювання легень (пневмонія, туберкульоз, пухлини, бронхоектатична хвороба тощо); - системні

захворювання сполучної тканини; - пухлинні процеси; - інфаркт легені; - раптовий початок при сухому плевриті; - при ексудативному плевриті болі в грудній клітці поступово стихають в міру накопичення ексудату; - дані рентгенологічного обстеження.

#### **V. Об'єктивні методи обстеження:**

- **При сухому плевриті:** -  $t^0$  тіла - до 38,0°C; - *пацієнт лежить на ураженій стороні*; - *відставання ураженої половини* грудної клітки в акті дихання (пацієнт щадить уражену сторону); - при *пальпації та перкусії* змін немає; - *при аускультатії* - шум тертя плеври (шум цей нагадує шум від тертя двох листків шкіри або хруст снігу під ногами); - *на рентгенограмі* - без змін.
- **При ексудативному плевриті:** -  $t^0$  тіла - до 39,0-40,0°C; *пацієнт лежить на ураженій стороні*; - *шкіра*- бліда; - *при значних випотах* - помітне вирячування хворої сторони; - *на стороні випоту* - грудна клітка відстає при диханні; - при *пальпації* - різке послаблення або відсутність голосового тремтіння; при *перкусії* - ділянка тупості над ексудатом; при *аускультатії* - дихання над ділянкою тупості відсутнє, над межею випоту - крепітація і шум плеври; - *при значному скупленні ексудату* - виявляється зміщення органів середостіння в протилежний від випоту бік; - *в аналізі крові* - лейкоцитоз, прискорення ШОЄ до 40-60 мм за год.;  
- *рентгенологічно* - виявляється затемнення над ексудатом (метод інформативний тільки, якщо кількість ексудату перевищує 500 мл). При меншій кількості ексудат можна виявити при УЗД.

#### **II етап сестринського процесу - Медсестринська діагностика**

**Наявні проблеми:** - різкий біль в грудній клітці, який посилюється під час кашлю, дихання; - кашель; - гарячка; - озноб; - задишка; - загальна слабкість тощо.

**Потенційні проблеми:** - страх перед плевральною пункцією; - можливе виникнення плевральних спайок, емпієми плеври тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:** - різкий біль в грудній клітці, який посилюється під час кашлю, дихання; - кашель; - гарячка; - озноб; - задишка; - загальна слабкість; - страх перед пункцією; - можливе виникнення плевральних спайок тощо, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

#### **III етап медсестринського процесу - Планування медсестринських втручань**

1. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.
2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.
3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.
4. Виконання лікарських призначень.
5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.
6. Навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду.

#### **IV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань**

1. Підготовка пацієнта і взяття крові на ЗАК, БАК.

2. Підготовка пацієнта та інструментарію і участь у проведенні плевральної пункції (діагностичної). Направлення плевральної рідини на бактеріологічне, біохімічне, імунологічне дослідження.
3. Підготовка пацієнта до рентгенографії, УЗД органів грудної клітки, пункційної біопсії плеври, плевроскопії, комп'ютерної томографії.
4. Контроль за санітарним станом палати. Проводять провітрювання палати. Створення комфортних умов для пацієнта. Режим ліжковий.
5. Контроль і допомога в дотриманні ним правил особистої гігієни.
6. Контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок Р, ЧДР.
7. Допомога пацієнтові в харчуванні. Дієта № 15 з обмеженням пиття.
8. Змащування шкіри 5% спиртовим розчином йоду, зігрівальні компреси, гірчичники, новокаїнові блокади при сухому плевриті.
9. Бинтування нижніх відділів грудної клітки для зменшення болю від тертя листків плеври при сухому плевриті.
10. Контроль за положенням пацієнта (на хворому боці).
11. Переодягнення пацієнта, допомога при пересуванні.
12. Здійснюють догляд за шкірою. Проводять профілактику пролежнів.
13. Виконання лікарських призначень.
14. Лікування основного захворювання:
  - 14.1. Медикаментозне у випадку сухого і ексудативного плевритів:
    - НПЗП (натрія диклофенак, бутадіон, ібупрофен, індометацин, мелоксикам, целекоксиб);
    - протикашльові (лібексин, діонін, етилморфіна гідрохлорид, кодеїн);
    - фізіопроцедури (, солюкс, індуктотермія, електрофорез).
    - усунення болю (анальгін, триган);
    - жарознижувальні (аспірин);
    - дезінтоксикаційна терапія;
    - загальноукріплююча терапія;
  - 14.2. У випадку ексудативного плевриту:
    - ГКС (за показанням);
    - сечогінні (фуросемід, урегит, манітол).
15. Залежно від етіологічного чинника - внутрішньовенне введення:
  - 15.1. Неспецифічний плеврит - АБ (аміноглікозиди: тобраміцин, амікацин, гентаміцин; пеніциліни: бензилпеніцилін).
  - 15.2. Алергічний плеврит - преднізолон або метилпреднізолон + гепарин
  - 15.3. Панкреатогенний плеврит - контрикал, гордокс, амінокапронова кислота.
16. Участь у лікувальній пункції плевральної порожнини при ексудативному плевриті.
17. Санаторно-курортне лікування.
18. Оперативне: - дронування плевральної порожнини; - плевроектомія з резекцією легені.
19. Вирішення супутніх проблем і потреб пацієнта.

20. Навчання пацієнта вправ дихальної гімнастики з метою запобігання утворення спайок між листками плеври.

### **Значення плевральної пункції в діагностиці та лікуванні.**

Вагомим діагностичним методом є плевральна пункція, що дозволяє зробити висновки про наявність і характер випоту. Осад пунктату досліджують цитологічно. Збільшення числа нейтрофілів в ексудаті свідчить про чого нагноєння (емпієма плеври). Перевага еозинофілів у випоті вказує на алергічний плеврит. Під час плевритів пухлинного походження виявляють атипові клітини і велику кількість еритроцитів. Мікробіологічні дослідження і посів ексудату, в тому числі і на спеціальні середовища, а також біологічні проби дозволяють підтвердити й ідентифікувати збудників. У пунктаті досліджують кількість білка. Аналіз плевральної рідини складається з макроскопічного, фізикохімічного, мікроскопічного, а іноді - мікробіологічного і біологічного досліджень.

Плевральна рідина у здорової людини має колір соломи, в патології може мати характер серозний, фібринозний, гнійний, гнильний, геморагічний, хільозний та змшаний (наприклад, серознофібринозний). Вміст протеїну буває показником стосовно того, що являє собою випіт - ексудат (понад 30 г/л) або трансудат (менше 30 г/л). Крім того, при ексудативному плевриті характерна позитивна проба Рівальта (випадає в осад серозомуцин при контакті ексудату з краплиною оцтової кислоти). Важливе значення має інформація про переважний тип клітин (нейтрофіли, еозинофіли, лімфоцити, еритроцити); плевральна рідина завжди повинна перевірятися на наявність злоякісних клітин.

### **V етап медсестринського процесу - Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта;
- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань.

### **Прогноз**

Прогноз переважно сприятливий. Якщо той чи інший плеврит зумовлений злоякісним захворюванням чи системним ураженням сполучної тканини (червоний вовчак), то прогноз несприятливий. При інших етіологічних чинниках прогноз може бути сприятливий повністю або частково.

### **Профілактика плевритів:**

- рання діагностика та лікування основного захворювання, що привело до розвитку плевриту;
- здоровий спосіб життя;
- загартування;
- виключати професійні шкідливості;
- санітарно-освітня робота тощо.

### **Диспансеризація.**

Після перенесеного плевриту хворі протягом 2-3 років знаходяться на диспансерному обліку. Хворі, які перехворіли на сухий плеврит нез'ясованої етіології, повинні бути під контролем фтизіатра.

## **Рак легень**

**Рак легень** - злоякісна епітеліальна пухлина легені, яка розвивається або з покривного епітелію слизової оболонки бронхів, або з епітелію слизових залоз

стілки бронхів (бронхогенний рак), або з альвеолярного епітелію (власне «легеневий» рак).

Рак легень є одним із найбільш поширених у світі захворювань (40 на 100 000 населення) і займає перше місце в структурі онкологічних захворювань в Україні. Хворіють частіше (в 5-7 разів) чоловіки і представники міського населення. Частіше хворіють люди віком 50-70 років. У нашій країні у чоловіків рак легень посідає друге місце після раку шлунка, третє місце у жінок після раку матки та органів травлення. Рак легень є головною причиною смертності чоловіків середнього віку. У різних регіонах України захворюваність на цю патологію різна і коливається у великих межах. Найчастіше зустрічається це захворювання в Кіровоградській, Чернігівській, Херсонській і Запорізькій областях. Рідше воно трапляється у Волинській, Рівненській і Закарпатській областях. За кордоном рак легень частіше зустрічається в США, Англії, Канаді, Угорщині, Польщі, Хорватії, Росії. У цих країнах він знаходиться на першому місці серед злякисних новоутворень. Рідко рак легень розвивається в населення країн Азії і Африки (Танзанія, Нігерія, Судан).

Щорічно в світі від раку легень вмирає близько 5 млн людей. Він є найчастішою причиною смерті хворих у терапевтичному стаціонарі. Неухильний ріст захворюваності і смертності від раку легень зумовлює велику актуальність проблеми діагностики, лікування і профілактики цього захворювання, подальшого вдосконалення медичних і загальнодержавних заходів у боротьбі з цією страшною недугою.

### **Етіологія**

Етіологія раку легень до сьогодні не з'ясована.

### **Сприятливі фактори:**

- запиленість, загазованість атмосфери міст; - травми; - дія канцерогенних речовин; - спадковість; - вірусна інфекція; - професійні шкідливості (виробничий пил, хімічні канцерогени, електромагнітні поля, іонізуюча радіація, забруднення повітря сполуками хрому, кадмію, миш'яку); - хронічні запальні процеси в легенях (пневмосклероз, хронічний бронхіт, бронхоектази); - перебування в зоні з підвищеною радіацією; - імунодефіцитні стани; - куріння (пасивне і активне) - (встановлено пряму залежність між частотою раку і кількістю випаленого тютюну. У літературі наводяться такі дані про смертність від раку легень (на 1 млн населення): ті, що не курять - 12,8; ті, що викурюють 0,5 пачки на добу, - 229; 2 пачки на добу - 264. Зараз відомо, що люди, які викурюють по 20 та більше сигарет за день протягом 20 і більше років, становлять групу найбільшого ризику щодо розвитку цього захворювання).

### **Класифікація**

**За локалізацією:** - центральний; - перифіричний; - медіастинальний; - верхівковий; - міліарний; - карциноматозний.

### **За клінічними стадіями:**

I - пухлина менша 2 см в діаметрі, що не проросла у плевру, метастазів немає;

II - пухлина діаметром 4-5 см, що не проросла у плевру, але дає поодинокі метастази в регіонарні вузли;

III - пухлина проросла в легеню, вросла в один із сусідніх органів і дає множинні метастази у віддалені лімфовузли;

IV - тотальне ураження легені пухлиною з проростанням у сусідні органи, метастази у віддалені органи.

**За метастозуванням:** - в печінку; - в наднирники; - в кістки; - в мозок.

### **Медсестринський процес при раку легень**

#### **I етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження**

Збирання інформації ведеться суб'єктивними, об'єктивними та додатковими методами обстеження.

#### **Суб'єктивні методами обстеження:**

##### **А. Скарги:**

Рак легені не має специфічних симптомів, тобто патогномонічні симптоми раку легені відсутні. Часто пухлина буває значно поширена, протікаючи безсимптомно. Перші симптоми обумовлені місцевим впливом центрально розташованої пухлини та запальним процесом в легеневій тканині. Ці симптоми неспецифічні, але вони примушують хворих звернутись до лікаря і провести дослідження. До перших симптомів належать місцеві симптоми: кашель, кровохаркання, біль в грудній клітці, задишка.

##### **Скарги пацієнта:**

- **кашель** - Кашель з'являється відносно пізно і розвивається після проростання або стиснення сусіднього крупного бронху. Але з моменту виникнення це постійний симптом раку легень (надривний, виснажливий, нападаподібний надсадний, гавкаючий і переважно виникає вночі). Кашель спочатку сухий, потім з виділенням слизисто-гнійного харкотиння, *«малинове желе»*; - **біль у грудній клітці** різного характеру; - **задишка** з'являється та наростає поступово, дуже частий симптом, іноді може бути основною проблемою пацієнта до моменту смерті; - **кровохаркання**; - **підвищення**  $t^0$  тіла; - **загальна слабкість**; - **пітливість**; - **похудіння**; - **швидка втомлюваність**.

##### **Б. Анамнестичні дані :**

- співвідношення статі Ч:Ж=5-7:1; - розвиток поступовий; - наявність будь-якого етіологічного фактору.

##### **В. Об'єктивні методи обстеження:**

**Під час огляду** хворого: - на **ранніх стадіях змін не виявляють**, але згодом привертають увагу **схуднення; блідість шкіри обличчя**;

- на **пізніх стадіях**: - **землисто-сірий колір шкіри з ціанозом губ**; - **розширення дрібних вен обличчя**; - **набряки шиї**; - **розширення підшкірних вен** - ознака колатерального кровообігу, що вказує на підвищений тиск у верхній порожнистій вені.

- **підвищення  $t^0$  тіла** (при розвитку вторинних запальних процесів);

- **при пухлині у верхівці легені** (пухлина Панкоста): **болючість при рухах** в плечовому суглобі, плечі, пальцях; - **атрофія м'язів** дистальних відділів руки;

- **звуження** очних щілин, зіниць;

- **при прогресуванні**: ознаки ракової інтоксикації (**кахексія**), метастазів, ускладнень;

- при розпаді пухлини: в харкотинні можуть бути прожилки або згустки крові;
- задишка;
- уражена половина відстає в акті дихання;
- при перкусії (за наявності периферичного раку значних розмірів) - притуплений звук, інколи коробковий перкуторний звук;
- при аускультатії: - дихання може бути *ослаблене* або *не прослуховується*; - у разі розпаду пухлини і утворення порожнин - *бронхіальне дихання*; - *свистячі хрипи* (при неповній закупорці середніх і великих бронхів); - *вологі хрипи* (за наявності перифокального запалення).

### II етап сестринського процесу - Медсестринська діагностика

**Наявні проблеми:** - нападоподібний надсадний, гавкаючий кашель з відходженням невеликої кількості слизисто-гнійного харкотиння; - біль у грудній клітці різного характеру; - задишка; - кровохаркання; - підвищення  $t^0$  тіла; - загальна слабкість; - зниження апетиту. Усі вони з'являються в занедбаних стадіях раку.

**Потенційні проблеми:** - легенева кровотеча; - поява метастазів у плевру; - скупчення ексудату в плевральній порожнині; - можливе утворення пролежнів тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**- нападоподібний надсадний, гавкаючий

- кашель з відходженням невеликої кількості слизисто-гнійного харкотиння; - біль у грудній клітці різного характеру; - задишка; - кровохаркання; - підвищення  $t^0$  тіла; - загальна слабкість; - зниження апетиту, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

### III етап медсестринського процесу - Планування медсестринських втручань

1. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.
2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.
3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.
4. Виконання лікарських призначень.
5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.
6. Навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду.

### IV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань

1. Підготовка пацієнта і взяття крові на ЗАК, БАК.
1. Підготовка пацієнта і взяття мокротиння на виявлення атипосих клітин.
2. Підготовка пацієнта і взяття промивних вод з бронхів для цитологічного дослідження.
3. Підготовка пацієнта до:
  - рентгенографії; - бронхоскопії з біопсією; - комп'ютерної томографії, спеціальних методів обстеження (КТ, МРТ, ПЕТ, ангіографія, радіоізотопна остеосцинтиграфія, трансторакальна пункція, трансбронхіальна пункція, торакоскопія, медіастіноскопія, парастернальна діагностична торакотомія).
4. Контроль за санітарним станом палати. Створення пацієнту комфортних умов.
5. Допомога в пересуванні і виконанні гігієнічних заходів.
6. Забезпечення дотримання ліжкового режиму при тяжкому перебігу.

7. Постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання t° тіла, АТ, РS, ЧДР, зважування пацієнта.
8. При надсадному кашлі - підвищене положення.
9. При легеневій кровотечі: пацієнта повернути на уражений бік, заспокоїти, заборонити розмовляти; холод на грудну клітку.
10. При болю у грудній клітці: відволікальні бесіди та своєчасне введення знеболювальних.
11. При задишці - оксигенотерапія.
12. Забезпечення повноцінного харчування.

- 13.1. Виконання призначень лікаря - лікування залежить від клінічної стадії:
- 13.2. Оперативне (радикальне) - у I-II клінічній стадії.
- 13.3. Оперативне (паліативне) + хіміо- та променева терапія - у III клінічній стадії.
- 13.4. Консервативне (симптоматичне) - для поліпшення страждань пацієнта у термінальній стадії.

**Після хірургічного лікування хворих на рак легені I стадії п'ятирічне виживання складає близько 65%, а медіана виживаності – 8 років. При недрібноклітинному раку легені II стадії п'ятирічний термін спостереження переживають 41% хворих, при II Б стадії, яка відзначається у 30-40% оперованих хворих, п'ятирічне виживання не перевищує 15%, а при III Б стадії воно складає 5%.**

13.5. Протипухлинна терапія (цисплатин, карбоплатин, паклітаксел, етопозид, вінорельбін, доксорубіцин, циклофосфамід, метотрексат, гемзар). Хіміотерапевтичне лікування проводиться стандартними схемами, до яких входять 3-4 препарати. Виконують 4-6 циклів введення препаратів.

13.6. Дезінтоксикаційна терапія.

13.7. Загальнозміцнювальна терапія.

13.8. Симптоматична терапія.

14. Вирішення супутніх проблем і потреб.

15. Проведення бесіди з оточенням (рідними) пацієнта про своєчасне знеболювання, забезпечення оксигенації в разі порушення дихання.

**V етап медсестринського процесу - Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта;

- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань.

**Прогноз**

Тривалість життя хворого на рак легень не перевищує 2-3 років, в основному до 1 року, але є й блискавичні його форми - 1-3 місяці.

Смерть настає внаслідок інтоксикації, метастазування і ускладнень.

**З ускладнень**, насамперед, слід виділити геморагічний плеврит, кровотечу легень, абсцес легень, ателектаз, а також метастазування у різні органи і тканини, переважно в головний мозок. Тривалість життя неоперованих хворих не перевищує 1-1,5 року. **За** умов хірургічного лікування п'ятирічне виживання хворих при I стадії 70 %, при II стадії - 40 % і при III стадії - 15-20 %.

### **Профілактика раку легень:**

- зменшення загазованості атмосферного повітря; - боротьба з професійними шкідливостями на промислових підприємствах, у гірничорудній промисловості;
- проведення санітарно-просвітньої роботи серед населення; - диспансерний нагляд за особами з передраковими станами; - систематичні профілактичні огляди населення віком понад 35 років, і тих, хто курить, зокрема флюорографія;
- пропагування здорового способу життя.

У випадку діагностики передракового захворювання легень лікар-терапевт або пульмонолог повинен такого хворого поставити на диспансерний облік за Ф-30 і призначити спеціальне лікування виявленого захворювання. Надалі необхідно проводити періодичні профілактичні огляди 4 або 3 рази на рік (відповідно діючого наказу МОЗ). Хворі з хронічними запальними процесами потребують періодичного консервативного лікування з метою профілактики переродження в злоякісну пухлину. Таким хворим необхідно проводити онкопрофогляд 2-3 рази на рік, не знімаючи з диспансерного обліку. З метою профілактики раку легень хворих з довго існуючими хронічними гнійними процесами (абсцес легень, бронхоектатична хвороба, кавернозний туберкульоз) і з доброякісними пухлинами необхідно направляти в стаціонар для хірургічного лікування. Після проведеного радикального оперативного лікування хворі спостерігаються впродовж року і тільки через рік, після ретельного обстеження, знімаються з диспансерного обліку.

### **Диспансеризація.**

Виділяють декілька клінічних диспансерних груп онкологічних хворих:

- I** - хворі із захворюваннями, підозрілими на злоякісні новоутворення;
- Ia** - хворі із передпухлинними захворюваннями; **II** - хворі із злоякісними пухлинами, які підлягають спеціальному лікуванню; **IIa** - хворі із злоякісними пухлинами, які підлягають радикальному лікуванню; **III** - практично хворі, яківилікувались від раку; **IV** - хворі, які підлягають паліативному лікуванню.

Диспансеризація хворих після радикального лікування проводиться: через місяць після операції, потім перший рік – кожні 3 місяці, другий та третій рік – кожні півроку, в подальшому – 1 раз на рік. Під час відвідування або госпіталізації хворим показане комплексне пульмонологічне обстеження, яке включає фізикальне, рентгенологічне, бронхологічне, цитологічне обстеження, дослідження функції зовнішнього дихання.

### **Експертиза працездатності.**

Хворих з IV стадією раку переводять на I інвалідності; з II-III стадіями - на II групу; після пульмоскопії - на III. Після закінчення курсу лікування хворі ще протягом року непрацездатні.

Самостійні завдання: реферат