Министерство образования и науки РС(Я)

ГБПОУ РС(Я) Якутский медицинский колледж

Отделение «Сестринское дело»

**Курсовая работа на тему:**

**Деятельность медицинской сестры по оказанию помощи пациентам при реабилитации с диагнозом рак желудка**

Выполнила: студентка III курса, группы СД-31

Ноговицына Любовь Васильевна

Руководитель: Барашков Иван Иванович

Якутск 2017 г.

**Содержание**

[**Введение** 3](#_Toc538970)

[**Глава 1. Теоретические аспекты рака желудка** 4](#_Toc538971)

[**1.1** **Понятие и сущность рака желудка** 4](#_Toc538972)

[**1.2** **Симптомы рака желудка** 4](#_Toc538973)

[**Глава 2. Исследование рака желудка** 6](#_Toc538974)

[**2.1 Диагностика рака желудка** 6](#_Toc538975)

[**2.2 Лечение рака желудка** 9](#_Toc538976)

[**Глава 3. Деятельность медицинской сестры по оказанию помощи пациентам при реабилитации с раком желудка** 11](#_Toc538977)

[**Заключение** 13](#_Toc538978)

[**Список литературы** 14](#_Toc538979)

[Приложение 1 16](#_Toc538980)

# Введение

В последние 10 лет в диагностике и лечении рака желудка произошли существенные изменения.

Наблюдается выраженное изменение эпидемиологии заболевания с увеличением частоты развития опухолей в области пищеводно-желудочного перехода. Усилия, направленные на предупреждение, раннее выявление и интенсивное лечение, дают ощутимый результат.

Многочисленные открытия, осуществленные в этой области за последние годы, привели к пересмотру многих аспектов патогенеза, диагностики, хирургического и химиотерапевтического лечения. Использование этих результатов на практике приводит к увеличению доли операбельных раков и достижению длительной ремиссии при не рентабельных опухолях, к смене апатии и пессимизма ожиданием революционных сдвигов в процессе применения новых методов воздействия на эти патологические состояния.

Не требует доказательств положение о том, что результат лечения рака тем успешнее, чем раньше будет осуществлена диагностика заболевания. Достижения в использовании нового диагностического оборудования и разработке новых технологий, а также лучшее понимание природы обсуждаемой патологии радикально изменили подходы к лечебной тактике, позволяя в ряде случаев обходиться без хирургического вмешательства.

Объект исследования: лечение рака желудка.

Предмет исследования: раковая опухоль.

Целью курсовой работы является изучение рака желудка, диагностики и лечения.

Задачи курсовой работы:

1. Рассмотреть теоретические аспекты рака желудка;
2. Изучить диагностику и лечение рака желудка;
3. Анализировать деятельность медицинского работника по оказанию помощи пациентам при реабилитации с раком желудка.

 Структурно работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка литературы.

**Глава 1. Теоретические аспекты рака желудка**

* 1. **Понятие и сущность рака желудка**

Рак желудка — злокачественная опухоль, происходящая из эпителия слизистой оболочки желудка. Является одним из наиболее распространённых онкологических заболеваний. Может развиваться в любом отделе желудка и распространяться на другие органы, особенно пищевод, лёгкие и печень. От рака желудка в мире ежегодно погибает до 800.000 человек (данные на 2008 год). [4, стр.90]

Рак желудка является второй по частоте формой злокачественных новообразований. Ежегодно в мире регистрируется 798 тыс. (9,9%) новых случаев и 628 тыс. (12,1%) смертей от этого заболевания. В России по частоте выявления рака желудка устойчиво занимает второе ранговое место. Число новых больных снизилось с 1990 г., на 9,4 тыс. (16%) и составило 48,3 тыс. Среди стран бывшего СССР рак желудка находится на 1-м месте у мужчин в Узбекистане, Таджикистане и Киргизии (14,4-18,3%). Исследования, проведенные в Великобритании в середине 90-х годов прошлого века, показали, что ежегодная заболеваемость раком пищевода составила 7000 новых случаев в год, а смертность - 6700 случаев в год. С тех пор наблюдается увеличение стандартизованной по возрасту заболеваемости, особенно в отношении аденокарцином, развивающихся в области пищеводно-желудочного перехода. [1, стр.50]

Самые высокие стандартизованные показатели заболеваемости раком желудка в России в 2000 г., приходились на республики Тува, Карелия, Новгородскую, Костромскую и Вологодскую области, минимальные показатели выявлялись на Северном Кавказе и Алтае. На этих же территориях была минимальна заболеваемость раком пищевода.

Старение мировой человеческой популяции приводит к сохранению высоких цифр заболеваемости раком. Рак желудка является заболеванием преимущественно старшего возраста: около 80% случаев этого заболевания диагностируется у лиц старше 65 лет, хотя в отношении раннего рака желудка (опухоли, распространение которой ограничивается под слизистой оболочкой) отмечается снижение среднего возраста пациентов на 10 лет. Заболеваемость раком желудка тесно ассоциируется с низким экономическим статусом, что объясняет четкие географические различия в распространенности этого заболевания. В последнее время наблюдается выраженное увеличение частоты развития проксимального рака желудка с локализацией в области кардии, с одновременным снижением частоты дистального рака. Неблагоприятный прогноз данного заболевания обусловлен, главным образом, запоздалой диагностикой: по данным британских исследователей, среди всех случаев диагностированного рака желудка ранний рак составил около 1%.[3, стр.70]

Отсюда критическим фактором в улучшении лечения рака желудка является как можно более раннее его выявление, поскольку даже самые современные методы хирургического лечения рака желудка при поздней диагностике приносят неудовлетворительные результаты.

* 1. **Симптомы рака желудка**

Признаки зависят от места размещения опухоли в организме.

Если онкозаболевание возникло в верхнем отделе, который примыкает к пищеводу, у больных возникает обильное выделение слюны, проблемы с движением грубой пищи. Дискомфорт при глотании повышается, т. к. просвет пищевода сужается. Часто появляется рвотные позывы и срыгивание, давление в сердце или в области груди, между лопатками, пища застаивается в области пищевода, это вызывает его расширение.

Если рак расположен в нижней части желудка, возникает тяжесть в области живота, рвота с выделением переваренной пищи. [5, стр.11]

Если поражение находится в середине желудка, признаки длительное время не выражены.

Можно выделить основные симптомы наличия злокачественного новообразования в желудке

Общие:

• низкая работоспособности и утомляемость;

• снижение веса;

• вялость и тоскливость;

• чувство слабости,

• анемия.

Местные признаки:

• пропало удовольствие во время еды и после нее;

• полное отсутствие или ухудшение аппетита, отказ от некоторых продуктов питания;

• появление рвотных позывов, частое чувство тошноты;

• повышение температуры.

Специфические симптомы:

• рвотные массы и жидкий стул с выделением черной гущи – обусловлено наличием внутреннего кровотечения;

• затруднено продвижение пищи – характерно для опухоли начального отдела пищевода и желудка;

• рвота по утрам вчерашней пищей – из-за сужения происходит застой пищи в просвете желудка, характерно для рака антрального отдела.

Если больной имеет язву желудка, нужно постоянно следить за малейшими изменениями в характере развития заболевания и обращаться к врачу при новых симптомах. Нужно принять во внимание: связь приема пищи с возникновением болей, изменения во вкусе, снижение эффективности в лечении. Все эти симптомы - первые признаки рака желудка. [8, стр.71]

Таким образом, рак желудка – крайне опасное заболевание, обнаружение которого на ранней стадии проблематично. Боль в животе и тошнота могут быть признаками гастрита или язвы желудка, и не всегда люди, имеющие эти диагнозы, могут заподозрить что-то более серьезное. А во многих случаях рак желудка начинается и вовсе бессимптомно. Чтобы обезопасить себя от тяжелой болезни, необходимо регулярно проходить фиброгастроскопию и отказаться от вредных привычек и тяжелой пищи.

**Глава 2. Исследование рака желудка**

**2.1 Диагностика рака желудка**

Основным методом диагностики заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта является эндоскопическое исследование.

Преимуществом этого метода является возможность взятия биоптатов, что повышает диагностические возможности по сравнению с рентгенологическим исследованием. [12, стр.10]

Применение рентгеноскопии в качестве единственного диагностического метода ведет к пропуску большой части ранних раков пищевода, в то время как неопухолевая патология, например реакция на инородное тело, может имитировать неопластический процесс. При этом необходимо учитывать, что интерпретация результатов эндоскопического метода диагностики во многом зависит от опыта исследователя.

Результаты использования динамического эндоскопического контроля (“surveillance endoscopy”) в целях ранней диагностики трансформации метапластического эпителия в дисплазию высокой степени и АКП дают крайне противоречивые результаты, а проспективные исследования в этой области пока еще отсутствуют. Новейшие технологии и технические средства (хромоэндоскопия, видеоэндоскопия с большими разрешающими свойствами при получении изображения, оптическая когерентная томография и спектроскопия) открывают новые горизонты точности и надежности в “безбиопсийной” диагностике кишечной метаплазии и дисплазии. Исследования биомаркеров прогрессии в рак увеличиваются и расширяются с каждым годом, обеспечивают проникновение в клеточные и молекулярные процессы канцерогенеза, способствуют определению риска стратификации.

Для эндоскописта критически важно правильно выбрать место для взятия биопсии.

Точное установление стадии опухоли проводится с целью адекватного планирования лечебной тактики. Развитие нехирургических методов лечения раннего и позднего рака требует точной оценки стадии опухоли, что позволит в ряде случаев избежать ненужного хирургического вмешательства.

Методы оценки стадии развития опухоли представляют собой в основном модификации компьютерной томографии и эндоскопической ультрасонографии. [8, стр.17]

В отдельных случаях применяются рентгенография грудной клетки, трансабдоминальное ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография, бронхоскопия и лапароскопия.

В диагностике опухоли желудка исследование желудочной кислотности относится к устаревшим и потенциально опасным - в смысле введения врача в заблуждение - методам. Хотя гипоацидный статус может являться кофактором, ускоряющим канцерогенез, у 10-20% пациентов выявляется нормальная кислотность, а у 6% - гиперацидный статус.

Впервые открытая в 30-х годах прошлого века эндоскопия является безопасной и относительно простой процедурой. Современная аппаратура позволяет производить цветное фотографирование для постоянной и объективной регистрации изменений. Под контролем зрения эндоскопист может получить 4-6 биоптатов, успех диагностики зависит от числа биоптатов и опыта эндоскописта и патогистолога. При помощи биопсийного исследования возможна правильная диагностика РЖ в 85% случаев, в том числе раннего рака в 93% случаев.

С помощью современного эндоскопического оборудования улучшилось выявление технически трудных для диагностики проксимальных поражений желудка.

Когда локализация или конфигурация очага повреждения затрудняет проведение эндоскопии, успешное проведение исследования возможно в 80-90% случаев. При наличии инфильтративно растущих опухолей улучшение результатов может быть достигнуто при помощи тонкоигольной аспирации. Как это ни парадоксально, опухоли больших размеров могут оказываться более трудными для успешного биопсийного исследования, что, в частности, связано с неоднородностью патологического процесса в массе очага повреждения. [3, стр.9]

Выделяют три основных макроскопических типа раннего РЖ:

1. Тип I - возвышающийся, или полиповидный, при котором высота опухоли больше толщины слизистой оболочки.

2. Тип II - плоский, подразделяющийся на три подтипа:

II a) плосковозвышающийся, при котором высота опухоли менее толщины слизистой оболочки;

II b) плоский, при котором определяется нарушение строения и окраски слизистой оболочки;

II с) плоскоуглубленный, при котором определяется плоский дефект слизистой оболочки по типу эрозии.

3. Тип III - углубленный, или язвенный, при котором выявляется дефект слизистой оболочки по типу язвы.

В процессе поиска ранних стадий опухоли клиницист должен быть подготовлен в плане снижения специфичности диагностики; критическим моментом является стремление избежать задержки диагностики на стадии “минимальной” симптоматики. Все на первый взгляд доброкачественные поражения желудка требуют высокого уровня настороженности и избирательного применения срочных дополнительных методов исследования. Диагностика раннего РЖ длительное время считалась прерогативой японских медиков, и в Западных странах не наблюдалось увеличения доли раннего рака в структуре выявленных случаев заболевания: так, в Америке этот показатель составил 16% в период 1975-1984 гг., и 17% в период 1990-2000 гг.

Применение модернизированного эндоскопического оборудования с использованием хромоскопии и увеличительной техники применялось с целью дифференциальной диагностики повреждений, выявленных при обычной эндоскопии, но не для скрининга. Исследования японских ученых показали, что использование увеличительной техники во время эндоскопии может применяться для дифференциации доброкачественных и злокачественных поражений слизистой оболочки желудка и более успешно, чем хромоскопия, - для выявления границ опухоли. В свою очередь хромоскопические методы позволяют повысить выявления аденом в двенадцатиперстной кишке у пациентов с семейным полипозом по сравнению с обычной эндоскопией. [2, стр.40]

Использование флюоресцентной эндоскопии позволяет выявлять аденомы и аденокарциномы, но не позволяет дифференцировать их между собой. Описан метод "послойного лифтинга", заключающийся в вырезании крупного участка поражения при использовании специального ультратонкого ножа и приготовления мазка для цитологической диагностики скрытой опухоли у пациентов с утолщением стенки желудка. Ультрасонография является наиболее подходящим методом предоперационного исследования, но ее результаты не полностью совпадают с хирургическими критериями стадийности опухолей.

Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) имеет ограничения в применении, особенно при выраженном фиброзе, ассоциированном с изъязвлением. Результаты сонографии при местно прогрессирующем процессе могут служить основой для неоадъювантной терапии, но не для хирургической резекции. ЭУС является наилучшим нехирургическим методом исследования глубины инвазии и статуса регионарных лимфоузлов, но ее точность составляет лишь 80%.

Компьютерная томография остается оптимальным методом распознавания метастатического поражения печени и легких. После неоадъювантной терапии проведение ЭУС для определения стадии опухоли с целью последующей резекции неприменимо.

Цитологическое исследование необходимо только в трудных случаях, например, во избежание ложнонегативных результатов биопсийного исследования инфильтративных опухолей и раннего рака. Результат во многом зависит от квалификации эндоскописта и цитолога. Иммуноцитология применяется для исключения лимфомы у пациентов с выраженной лимфоцитарной инфильтрацией. Чрескожная сонографическая аспирационная биопсия стенки желудка рекомендована для эндоскопически визуализированной карциномы желудка при получении негативных результатов биопсии. Перитонеальная цитология не применяется для установления стадии опухоли из-за наличия опухолевых клеток в перитонеальном смыве в 90-95% после неудачных оперативных вмешательств. Несмотря на недостатки цитологическое исследование представляет собой отличный дополнительный метод исследования при выполнении рандомизированных клинических исследований. Данный метод позволяет исследовать большое число пациентов и, теоретически, идентифицировать пациентов с ранним раком с ожидаемыми успешными результатами терапевтического вмешательства. [4, стр.90]

То же относится к исследованию с выявлением карциноэмбрионального антигена, обнаружение которого в перитонеальных смывах, полученных при лапаротомии, является одним из наиболее надежных индикаторов послеоперационного прогноза у пациентов с РЖ. Хромоэндоскопия часто оказывается полезной в случаях, когда обычное эндоскопическое исследование не способно выявить мелкие очаги поражения.

Мелкие эрозии выявляются посредством применения индигокармина. Другие хромоэндоскопические методики рекомендуются для улучшения выявления множественного рака желудка, например, тест с конго красным - метиленовым синим.

В качестве альтернативы хромоэндоскопии предложено исследование с флюоресцирующими моноклональными антителами, однако этот метод не позволяет определять границы опухолевого роста, вследствие чего не получил широкого распространения.

В настоящее время в качестве критерия контроля качества установлена частота 10% для диагноза ранних и множественных раковых опухолей у пациентов как с атрофическим гастритом, так и из географических областей с высоким риском. Неопределенные жалобы, вновь появляющиеся "пептические язвы", неспецифические изменения слизистой оболочки требуют особенно пристального внимания и продолжительного наблюдения у лиц с высоким риском. [1, стр.14]

Даже незначительные признаки поражения гастроинтестинальной области требуют рентгенологического обследования с применением двойного контрастирования или эндоскопии, в зависимости от общепринятого метода в данном регионе.

Хронический гастрит, дисплазия и полипы желудка подлежат наблюдению с многократными биопсиями и цитологическим исследованием, поскольку у многих из этих пациентов в конечном счете может развиться РЖ без существенного изменения симптомов. Включение подобных пациентов в программы первоочередного скрининга оказывается экономически эффективным. Возможность выявления пациентов с высоким риском развития рака желудка обеспечивается использованием эндоскопических и патогистологических методов исследования.

К группе высокого риска относятся прежде всего пациенты, страдающие пернициозной анемией, язвенной болезнью желудка, хроническим атрофическим гастритом, кишечной метаплазией слизистой оболочки желудка, а также лица, перенесшие гастрэктомию, ваготомию или гастроэнтеростомию. Вторую, возможно, наиболее значимую, группу пациентов высокого риска составляют лица с диспепсией старше 40 лет. По оценкам специалистов, около 30% населения страдает диспепсией, из них примерно треть обращается за медицинской помощью. Пациенты старше 40-45 лет, страдающие диспепсией, имеют 1 шанс из 50 заболеть РЖ. При адекватном обследовании у четверти этих пациентов возможна диагностика раннего рака, а у половины - потенциально успешная резекция по поводу РЖ.

При диагностике раннего рака важно знать, что симптомы заболевания на ранней, курабельной стадии практически неотличимы от проявлений язвенной болезни, гастрита или рефлюкс-эзофагита. Поэтому каждый пациент старше 40 лет, обращающийся за медицинской помощью с жалобами на диспепсию, боль, тошноту, рвоту, дисфагию, независимо от динамики массы тела, должен обследоваться посредством эндоскопического и патогистологического исследования при обнаружении любого патологического процесса. Аналогично должны обследоваться все пациенты с язвами желудка, железодефицитной анемией или лица, принадлежащие к группе высокого риска развития рака пищевода и желудка. Неполное обследование и последующая неадекватная терапия приводят к исчезновению жалоб на многие месяцы и потере драгоценного времени для диагностики раннего рака. [4, стр.90]

**2.2 Лечение рака желудка**

В настоящее время вопрос о необходимости радикальной хирургической резекции с обширным удалением лимфоузлов у пациентов с ранним раком остается дискутабельным. Очевидно, что увеличение выживаемости больных благодаря проведению радикального хирургического лечения нивелируется высокой послеоперационной летальностью.

Диагностика ранних форм рака желудка открывает возможности принципиально новых подходов к их лечению, в частности применению различных эндоскопических вмешательств, таких как эндоскопическая резекция слизистой оболочки, лазерная деструкция, фотодинамическая терапия.

Однако до настоящего времени нет единого мнения о степени радикальности эндоскопической хирургии у данных больных и критериях отбора для ее обоснованного проведения.

Сложность в первую очередь заключается в сомнительности радикализма при местном эндоскопическом удалении или разрушении опухоли и возможном наличии регионарных метастазов.

По данным Б.К. Поддубного и соавторов, у больных ранним РЖ при инвазии опухоли на уровне слизистой оболочки частота регионарного метастазирования составляла 1,4%, при прорастании опухоли в под слизистый слой она возрастала до 9,7%.[6, стр.13]

С этих позиций принципиальным моментом является отработка критериев отбора больных для эндоскопического удаления опухоли, обеспечивающих максимальную радикальность вмешательства при минимальном риске рецидива опухоли и наличия регионарных метастазов.

Для отбора больных, подлежащих эндоскопической резекции слизистой оболочки при раннем РЖ, рекомендуются следующие критерии:

1) глубина инвазии опухоли в пределах слизистой оболочки желудка;

2) интестинальный тип рака;

3) отсутствие регионарных метастазов;

4) макроскопическая форма роста IIa, IIb, IIc (без изъязвления слизистой);

5) размеры опухоли не более 2 см в диаметре при форме роста IIa и IIb и не более 1 см при типе IIc.

При раннем РЖ радикальное удаление опухоли возможно в 83-89% случаев, 5-летняя выживаемость составляет 84%. Частота рецидивов раннего рака желудка после эндоскопического удаления колеблется от 3 до 7%.

Помимо эндоскопической резекции слизистой оболочки, в ряде случаев методом выбора может быть эндоскопическая лазерная деструкция опухоли. К недостаткам этого метода относятся полное разрушение опухолевой ткани и невозможность оценки удаленного участка, как при эндоскопической резекции слизистой оболочки желудка.

В то же время эндоскопическая лазерная деструкция обладает определенными преимуществами, так как может применяться в тех случаях, когда технически невозможно провести петлевую электрорезекцию опухоли, а также у тяжелых соматических больных (повышенная опасность кровотечения, цирроз печени, почечная недостаточность, сердечная недостаточность). У ряда больных ранним РЖ применяется метод фотодинамической терапии, основанный на цитотоксическом действии ряда фотосенсибилизаторов, которые при введении в организм относительно селективно накапливаются в опухолевых клетках и переходят в возбужденное состояние при воздействии света определенной длины волны. Образующиеся при этом свободные радикалы и синглетный кислород, взаимодействуя со структурами опухолевой клетки, приводят ее к гибели. Преимуществом фотодинамической терапии по сравнению с лазерной деструкцией является применение для воздействия на опухолевую ткань низкоинтенсивного лазерного излучения, исключающего опасность термической перфорации стенки и избирательность поражения. К недостаткам следует отнести накопление и достаточно длительное сохранение фотосенсибилизатора в коже, что может вызывать общее фототоксическое действие в виде солнечного ожога. [9, стр.11]

Следует еще раз подчеркнуть, что перечисленные методы лечения раннего рака становятся возможными лишь при условии его успешной диагностики. Так, в Японии благодаря применению высокоинформативных диагностических методов, включающих хромоскопию, эндолюминесцентное ультразвуковое сканирование, артериографию, удается точно разграничить опухоли с локализацией в слизистой оболочке и под слизистой оболочке до операции. Это приводит к сокращению неоправданного радикализма в лечении раннего рака с использованием внутри слизистой резекции или экономной хирургической резекции опухолей, растущих в пределах слизистой оболочки и имеющих менее 2 см., в диаметре. Подобная стратегия пока не применяется на Западе из-за отсутствия перечисленных диагностических возможностей. рак желудок пищеварительный

Большинство ранних РЖ, которые удается диагностировать в Западных странах, представляют собой изъязвленные опухоли с фиброзом под слизистой и мышечной оболочек, что затрудняет разграничение опухолей в зависимости от степени их распространения в стенке желудка. По этой причине большинство пациентов с диагностированным ранним РЖ подвергаются радикальному хирургическому лечению с обширной резекцией лимфоузлов, что ведет к высокой летальности и инвалидности.

Несмотря на многочисленные сложности диагностики и лечения ранних стадий злокачественных опухолей пищевода и желудка, в настоящее время в мире все шире с успехом применяется эндоскопическая резекция слизистой оболочки при лечении раннего рака пищевода и желудка, главным осложнением при этом является возникновение кровотечений (до 25% случаев). В России также уже имеется успешный опыт лечения раннего рака пищевода и желудка. Таким образом, традиционный взгляд на рак пищевода и желудка как на фатальное заболевание устаревает, а неблагоприятный прогноз перестает быть неизбежностью.

**Глава 3. Деятельность медицинской сестры по оказанию помощи пациентам при реабилитации с раком желудка**

Отделение онкологии занимается оказанием специализированной помощи при образованиях злокачественных опухолей. Использует в своей работе имеющиеся современные методики и диагностические технологии, взаимодействует с ведущими научно-практическими клиниками Российской Федерации. В отделении работает профессионально подготовленный врачебный и средний медицинский персонал.

Каждый год в отделение поступают около 1000 пациентов, из них примерно 345 с диагнозом – рак желудка.

Большое внимание уделено медицинским работникам отделения онкологии они выполняют широкий круг врачебных назначений, диагностических манипуляций.

Был проведен опрос и осмотр больных. Так же была проведена подготовка больных на исследования (например, на обследование эндоскопического контроля) и сопровождение их на процедуры или на консультации к различным специалистам.

Среди пациентов были и больные пожилого возраста, которые требовали особого внимания. Им надо было объяснять несколько раз, часто напоминать.

Ежедневно был проведен контроль за состоянием и самочувствием пациентов. Большинство пациентов, которые впервые поступили в отделение с раком желудка были обеспокоены состоянием своего здоровья, беспокоились об исходе заболевания. При уходе за больными в стационаре медицинский работник должен уделять время для бесед с пациентами.

Мы провели анкетирование (см. приложение 1) больных и выяснили следующее:

1. что такое рак желудка знают 100% из опрошенных пациентов

2. были ли у них в роду онкологические заболевания знают 90% из опрошенных пациентов

3. какое должно быть питание при раке желудка знают 90% из опрошенных пациентов

4. симптомы рака желудка знают 100% из опрошенных пациентов

5. употребляют табачные изделия 10% из опрошенных пациентов

6. знают о современных способах лечения 80% из опрошенных пациентов

7. ведут здоровый образ жизни 20% из опрошенных пациентов

8. есть хронические заболевания у 70% из опрошенных пациентов

9. занимаются самолечением симптомов болезней 90% из опрошенных пациентов по совету родственников и СМИ, Интернета

10. источником получения информации о раке желудка у 20% является медицинский персонал, у оставшихся 80% — это Интернет и СМИ.

Из результатов анкетирования следует, что большинство больных знают о раке желудка, но часто черпают информацию не у медицинских работников, а из СМИ и знакомых. Даже те больные, которые хорошо знали о факторах развития рака желудка, все равно продолжают употреблять табачные изделия.

Это большое поле деятельности для медицинского работника. Поэтому за время нахождения пациента в стационаре работники регулярно уделяют время для проведения бесед с пациентами, настраивание их на правильный здоровый образ жизни.

Мы выявили что организация ухода за больными с раком желудка в условиях стационара должна вестись в следующих направлениях:

1.Ознакомление поступившего больного с устройством отделения: расположением помещений отделения, правилами внутреннего распорядка и режимом дня, правилами личной гигиены в стационаре;

2.Сбор материала от больных для лабораторных исследований (моча, кал, мокрота и т.д.) и организацию своевременной отправки их в лабораторию, своевременное получение результатов исследования и подклеивание их в историю болезни;

3.Сопровождение или транспортировку тяжелых больных на клинико-диагностические, функциональные исследования, совместно с младшим медперсоналом; контроль за возвращением историй болезни в отделение с результатами исследования;

4.Непосредственное участие в обходе больных дежурным врачом, сообщение им сведений об изменениях в состоянии здоровья больного. Подготовку салфеток, дезинфицирующего средства для дезинфекции рук врача при врачебном обходе.

5.Строгое ведение медицинской документации в медицинской информационной системе;

6.Обеспечение контроля за состоянием пациентов, их реакция на проводимую терапию. Измерение температуры тела больных утром и вечером, а по назначению врача и в другое время суток, запись в температурный лист, подсчет пульса и чдд, измерение суточного количества мочи, мокроты, внесение этих данных в историю болезни;

Медицинская сестра может обратить внимание врача на то, что появились

1.дополнительные симптомы, свидетельствующие о появлении

осложнений.

2.Организация питания и ухода за лежачими и тяжелобольными, профилактики пролежней;

3.Наблюдение и контроль за чистотой и порядком в палатах, за личной гигиеной больных, за своевременным приемом ванн, сменой белья - нательного и постельного; ежедневный контроль за санитарным состоянием тумбочек, холодильников в палатах;

4.Контроль за выполнением пациентом, установленного врачом режимом питания, потреблением разрешенных продуктов, принесенных больному родственниками;

5.Точное и четкое выполнение всех указаний врачей и порученные ей медицинские манипуляции (разрешенные для выполнения среднему медицинскому работнику), соблюдая правила техники безопасности;

6.Проведение фармакотерапии, назначенной врачом. Медицинская сестра должна не только раздавать назначенные препараты, но и объяснять правила их приема.

7.Активное участие в санитарно-просветительной работе среди больных и их родственников и на санитарно-гигиенические темы, правила ухода за больными, профилактику заболеваний, здоровый образ жизни.

**Заключение**

Современная онкология в последние десятилетия достигла значительных успехов в лечении рака желудка. На ранней стадии развития заболевания своевременно произведенная операция позволяет получить полное выздоровление или по крайней мере получить длительный период ремиссии заболевания. Даже при третьей стадии рака желудка, которая уже на относится к ранним при оперативном лечении в комплексе с современной химиотерапией можно добиться продления жизни на многие месяцы и годы.
В случае когда операция уже не показана, будет польза от самостоятельно проводимой химиотерапии или в сочетании с другими методами лечения, так как в этом случае больной живет дольше, чем вообще без лечения.
 К сожалению значительная часть больных обращается к врачу уже на поздних стадиях рака, когда уже нет шансов на выздоровление или длительную жизнь. Поэтому очень важным есть не только успехи в плане лечения рака желудка, но и ранняя диагностика рака желудка, что позволяет намного более эффективно бороться с этим заболеванием.
 Рак желудка – это опухоль, которая растет из слизистой оболочки желудка, как и все раковые опухоли она постепенно растет и после определенного времени начинает метастазировать в другие органы (печень, кости, легкие, лимфоузлы, яичники). Рак желудка представляет опасность для жизни и на ранних стадиях болезни из-за возможных осложнений (кровотечение и перфорация опухоли).
 Рак желудка это наиболее частая разновидность злокачественных опухолей желудка, его частота составляет 95 % всех злокачественных опухолей и 90% вообще всех опухолей желудка. Это означает, что любое опухолевидное изменение, обнаруженное в желудке это серьезный повод заподозрить рак желудка. Такая ситуация требует полноценного тщательного обследования для своевременной диагностики рака желудка и неотлагательного лечения.
 Медицина борется с раком желудка много веков, начиная с античности. Но тогда это было редким заболеванием в связи с низкой средней продолжительностью жизни. В последнее время заболеваемость раком желудка постоянно увеличивается, он занимает одно из первых мест в структуре смертности.
 Рак желудка — это очень сложное заболевание, на ранних стадиях своего развития он практически не имеет выраженных симптомов, которые позволяют заподозрить именно рак желудка. Его симптомы очень похожи на хронический гастрит, язвенную болезнь, хронический панкреатит или холецистит.

**Список литературы**

1. Бердов Б.А. Диагностика и комбинированное лечение рака прямой кишки / Б.А.Бердов, А.Ф.Цыб, Н.И.Юрченко. - М.: Медицина, 2016.
2. Блохин Н.Н. Клиническая онкология / Н.Н.Блохин, Б.Е.Петерсон. - М.: Медицина, 2017.
3. Бохман Я.В. Руководство по онкологии / Я.В.Бохман. - М.: Медицина, 2014.
4. Важенин А.В. Избранные вопросы онкоофтальмологии / А.В. Важенин, И.Е.Панова. – М.: Издательство РАМН, 2016.
5. Гарин А.М. Рак толстой кишки / А.М.Гарин. - М., 2014.
6. Гершанович М.Л. Симптоматическое лечение больных злокачественными новообразованиями в далеко зашедших стадиях / М.Л.Гершанович, М.Д.Пайкин. - Л.: Медицина, 2015.
7. Давыдов М.И. Стандарты лечения больных раком молочной железы / М.И.Давыдов, В.П. Летягин. - М., 2013.
8. Доможирова А.С. Первичные опухоли головного мозга: учеб. пособие / А.С.Доможирова, А.В.Важенин. – Челябинск: Иероглиф, 2017.
9. Жаров А.В. Комбинированные оперативные вмешательства при хирургическом лечении больных раком вульвы: учеб.-метод. пособие. / А.В. Жаров – Челябинск: УГМАДО, 2014.
10. Жаров А.В. Оптимизация лечения больных раком вульвы. / А.В.Жаров, А.В.Важенин – Челябинск: ЮУНЦ РАМН, 2015.
11. Жаров А.В. Оптимизация лимфаденэктомии при хроническом лечении больных раком вульвы: учеб.-метод. пособие. / А.В. Жаров – Челябинск: УГМАДО, 2013.
12. Жаров А.В. Реконструктивно-пластические операции при лечении опухолевой патологии наружных половых органов у женщин: учеб.-метод. пособие. / А.В. Жаров – Челябинск: УГМАДО, 2013.
13. Клиническая маммология. Современное состояние проблемы / Под редакцией Е.И.Камповой, Е.Б.Полевой, С.С. Чистякова. - М.,2016.
14. Кныш В.И. Рак анального канала / В.И.Кныш, Ю.М.Тимофеев. - М., 2017
15. Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями: Руководство / Под ред. В. И. Чиссова. - М.: Медицина, 2014.
16. Краевская И.С. Рак яичника / И.С.Краевская. - М.: Медицина, 2015.
17. Летягин В.П. Лечение доброкачественных и злокачественных заболеваний молочной железы / В.П.Летягин, И.В.Высоцкая, А.А.Легков.- М.:РОНДО, 2017.
18. Мариенбах Е.Б. Клиническая онкоурология / Е.Б.Мариенбах. - М.: Медицина, 2015.
19. Павлов А.С. Лечение рака легкого / А.С.Павлов. - М.: Медицина, 2014.
20. Павлов А.С. Рак шейки матки / А.С.Павлов, К.Н.Костромина. - М.: Медицина, 2013.
21. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи / А.И.Пачес. - М.: Медицина, 2013.
22. Петерсон Б.Е. Рак легкого / Б.Е.Петерсон. - М.: Медицина, 1971.
23. Петров Н.Н. Злокачественные опухоли / Н.Н.Петров, С.А.Холдин. - Л.: Медгиз, 2014.
24. Применение гипертермии и гипергликемии в лечении злокачественных новообразований / Под ред. И.Г. Жакова. - Минск, 2015.
25. Серебров А.И. Рак матки / А.И.Серебров. - Л.: Медицина, 2016.
26. Симбирцева Л.П. Лимфогранулематоз / Л.П.Симбирцева, Л.Холсти. - М.: Медицина, 2015.
27. Трапезников Н.Н. Опухоли костей / Н.Н.Трапезников. - М., 2016.
28. Трахтенберг А.Х. Рак легкого / А.Х.Трахтенберг. - М.: Медицина, 2017.
29. Фалилеев Г.В. Опухоли шеи / Г.В.Фалилеев. - М.: Медицина, 2014.
30. Федоров В.Д. Рак прямой кишки / В.Д.Федоров. - М.: Медицина, 2013.
31. Фокина Е.А. Диагностика злокачественных и доброкачественных заболеваний шейки матки: учеб.-метод. пособие. / Е.А. Фокина– Челябинск: УГМАДО, 2015.
32. Харченко В.П. Рак желудка / В.П.Харченко, И.В.Кузьмин. – М.: Медицина, 2014.
33. Шаназаров Н.А. Обезболивание онкологического больного на дому: учеб. пособие. / Н.А.Шаназаров, О.М. Губин– Челябинск: УГМАДО, 2012.
34. Шаназаров Н.А. Рак прямой кишки: учеб. пособие. / Н.А. Шаназаров. – Челябинск: УГМАДО, 2013.
35. Шаназаров Н.А. Рак желудка: учеб. пособие / под ред. А.В.Важенина. – Челябинск: УГМАДО, 2011.
36. Шаназаров Н.А. Рак легкого: учеб.-метод. пособие / под ред. А.В.Важенина. – Челябинск: УГМАДО, 2012.
37. Шаназаров Н.А. Рак пищевода: учеб. пособие. / Н.А. Шаназаров– Челябинск: УГМАДО, 2012.
38. Шипилов В.И. Рак мочевого пузыря / В.И.Шипилов. - М.: Медицина, 2016.

 Приложение 1

АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

1. Сколько Вам лет?

2. Знаете ли Вы что такое рак желудка?

3. Знаете ли Вы были ли у вас в роду у кого-либо онкологические заболевания?

4. Знаете ли Вы какое должно быть питание при раке желудка?

5. Знаете ли Вы симптомы рака желудка?

6. Употребляете ли вы табачные изделия?

7. Знаете ли вы о современных способах лечения рака желудка?

8. Ведете ли вы здоровый образ жизни?

9. Есть ли у вас хронические заболевания?

10. Какие вопросы Вас волнуют по данной патологии?