

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК Клинических дисциплин**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ  
РАКЕ ЖЕЛУДКА**

**Дипломная работа студентки**

**очно-заочной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051581  
Ёлгиной Анны Ивановны**

Научный руководитель  
преподаватель Самсонова А. В.

Рецензент  
врач-онколог, ОГБУЗ «Белгородский  
онкологический диспансер»  
Богданова И.А.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА .....	7
1.1. Современный подход к диагностике рака желудка.....	7
1.2. Факторы риска возникновения рака желудка и методы профилактики .....	14
1.3. Лечение и особенности сестринского ухода при раке желудка.....	17
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА .....	29
2.1. Анализ статистических данных основных показателей онкологической помощи населению Белгородской области при раке желудка .....	29
2.2. Исследование факторов риска и проблем пациентов с раком желудка.....	31
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	42
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	44
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>

## ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в мире ежегодно регистрируется более 10 млн. чел. с впервые диагностированным онкологическим заболеванием. Рост заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них – одна из негативных тенденций в динамике состояния здоровья населения Российской Федерации, где эти заболевания являются второй по частоте причиной смертности после сердечно-сосудистых заболеваний [2].

В России ежегодно регистрируется более 500 тыс. впервые выявленных случаев злокачественных новообразований, заболеваемость ими в последние годы имеет тенденцию к росту и составляет 388,9 случая на 100 тыс. чел. населения, более 200 тыс. больных впервые признаются инвалидами, на учете в онкологических учреждениях на начало 2015 г. состояло 3,2 млн. больных (2,25 % населения страны).

Рак желудка остается одной из самых распространенных форм злокачественных опухолей человека: ежегодно в мире раком желудка заболевают более 1 млн. человек. Значительные различия в заболеваемости раком данной локализации в разных странах и регионах мира свидетельствуют о влиянии климатогеографических, бытовых, пищевых и других факторов на его возникновение. Максимально высокая заболеваемость раком желудка отмечена у мужчин в Японии (114,7 на 100 тыс. населения), а минимальная – у белых женщин в США (3,1 на 100 тыс.); высокий показатель заболеваемости зарегистрирован в Китае, Белоруссии, России, Эстонии, Латвии, Новой Зеландии (маори) [9].

Немаловажно отметить что, рак желудка имеет низкие показатели выживаемости: в среднем в мире прогнозы пятилетней выживаемости равны 10-20%, максимальный показатель зарегистрирован в Японии – 53% (это связано с массовой диспансеризацией населения), в Европе – 18%, в США –

21%. Такие данные вызваны поздней диагностикой рака желудка. Хотя стоит отметить, что процент пациентов на ранних стадиях постепенно увеличивается, а доля больных с запущенными формами – снижается.

**Актуальность темы.** По данным Росстата, рак желудка продолжает занимать 2-е место в структуре заболеваемости россиян. В мире ежегодно регистрируется 952 тыс. случаев рака желудка и 723,1 тыс. смертей. В структуре заболевших его доля составляет 8,5 % у мужчин и 4,8 % – у женщин. В 2015 г. в России зарегистрирован 37 851 новый больной раком желудка (в 2010 г. – 38 318). С 2010 по 2015 г. в России абсолютное число вновь выявленных больных раком желудка снизилось на 9,0 % у мужчин и 7,3 % у женщин. Среди всех злокачественных новообразований на долю рака желудка приходилось 7,9 % у мужчин и 5,1 % у женщин. В возрастной группе 15–39 лет рак желудка занимал у мужчин 5-е ранговое место (4,5 %), в возрастной группе 40-54 года. – 2-е (8 %), в группе 55 лет и старше – 3-е место (7,9-8,8 %). У женщин рак желудка занимал 5-е место в группе 55-69 лет (4,5 %) и 3-е место в возрастной группе 70-84 года (7,3 %) и 85 лет и старше (8 %).

В 2015 г. в России от рака желудка умерли 30 409 человек. В структуре умерших доля рака желудка составила 10,6 % (3-е место после рака легкого и колоректального рака). С увеличением возраста рак желудка переходит с 6-го в 15-39 лет (7,2 %) на 4-е место в 40-54 года (8,8 %), а затем на 3-е в 55-69 лет (9,7 %) и 70 лет и старше (11,5 %). Стандартизованные показатели смертности от рака желудка в России в 2015 г. (18,0 и 7,3 на 100 000 соответственно у мужчин и у женщин) снизились на 19,7 % и 20,7 % . Среди регионов России максимальные показатели смертности от рака желудка зарегистрированы в Республике Тыва (41,9 на 100 000 у мужчин и 16,4 на 100 000 у женщин; мировой стандарт), а также у женщин в Чукотском автономном округе (17,8 на 100 000). Минимальные показатели по смертности от рака желудка в России были отмечены в республиках Кабардино-Балкария (10,2 у мужчин) и Алтай (3,5 у женщин) [11].

Для преодоления негативных тенденций в обеспечении населения современными видами онкологической помощи в нашей стране приняты и реализуются государственные и региональные программы, цель которых – повышение качества и доступности онкологической и паллиативной медицинской помощи.

Одно из важных условий достижения этой цели – высокий уровень профессиональной подготовки медицинских сестер, выполняющих до 60-80 % всей первичной медико-санитарной помощи, особенно в разделах охраны и укрепления здоровья, профилактики заболеваний, реабилитации и паллиативной помощи [5].

**Цель дипломной работы:** определение профессиональных компетенций медицинской сестры в повышении качества лечебно-диагностических мероприятий, профилактике и помощи пациентам с раком желудка.

**Объект исследования:** пациенты с раком желудка, находящиеся на лечении в ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер».

**Предмет исследования:** сестринский уход за пациентами с раком желудка.

**Задачи:**

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

- 1) изучить современный подход диагностики рака желудка;
- 2) рассмотреть основные факторы риска, первичную и вторичную профилактику при раке желудка;
- 3) проанализировать особенности современных методов лечения и сестринского ухода при раке желудка;
- 4) разработать анкету и провести анкетирование пациентов на базе ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» для выявления проблем пациентов с раком желудка;
- 5) провести анализ полученных данных и составить рекомендации для улучшения работы медицинской сестры с пациентами при раке желудка;
- 6) проведение обзора литературы по данной проблеме.

**Методы исследования:**

- анализ медицинской литературы по данной теме;
- проведение анкетирования;
- составление статистических диаграмм;

**Гипотеза исследования:** профилактическая деятельность медицинской сестры и квалифицированный сестринский уход способствует снижению заболеваемости раком желудка и улучшению качества жизни пациентов с данной патологией.

**База исследования:** ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер».

**Время исследования:** 2018-2019 год.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

## 1.1. Современный подход к диагностике рака желудка

Рак желудка – злокачественное новообразование, исходящее из слизистой оболочки желудка.

К предраковым заболеваниям относят: хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией, В<sub>12</sub>-дефицитная анемия и аденоматозные полипы желудка. Клиническая картина рака желудка разнообразна и во многом зависит от гистологического строения опухоли (аденокарцинома, недифференцированный рак), ее локализации и характера роста [2].

Опасность рака желудка состоит в том, что на ранних стадиях ярких клинических проявлений может не быть. Либо встречаются незначительные отклонения в работе органов пищеварения. Если это происходит на фоне хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, пациент может не обратить на это внимание. Встречается так называемый синдром малых признаков: ухудшение самочувствия, повышенная утомляемость, депрессия, снижение аппетита, похудение, бледность кожных покровов, желудочный дискомфорт, отсутствие удовлетворения от приема пищи. Боль с иррадиацией в спину может свидетельствовать о прорастании в поджелудочную железу, при этом пациенты часто лечатся с диагнозом «панкреатит» или «остеохондроз». Локализация опухоли в области дна желудка может вызывать боли в левом подреберье или за грудиной, симулируя ишемическую болезнь сердца. Наличие данного синдрома дает возможность медицинской сестре своевременно заподозрить грозное заболевание и направить больного на обследование [5].

Тщательный анамнез больных с ранним раком желудка позволяет выяснить, что все-таки большинство имеют неспецифические жалобы, чаще всего диспепсического характера. Поэтому необходимо подозревать рак

желудка у любого пациента старше 40 лет с новыми диспепсическими жалобами, особенно с анорексией.

Выделяют четыре стадии рака желудка. Также в медицине существует понятие предраковое состояние или «нулевая» стадия. В зависимости от этапа протекания одной из самых распространённых разновидностей онкологии, будут отличаться три очень важных фактора. К ним можно отнести наличие и интенсивность проявления симптоматики, тактику терапии и прогноз [13].

Предраком называют нулевую или самую раннюю стадию рака желудка. Для неё характерно формирование злокачественной опухоли только на верхнем слое слизистой оболочки желудка, без проникновения в более глубокие ткани. Новообразование на этом этапе незначительного размера и не распространяется метастазами.

Нулевая стадия может протекать без выражения каких-либо симптомов. Именно по этой причине диагностировать недуг на этом этапе довольно сложно, поскольку состояние человека практически не ухудшается, а при лабораторно-инструментальном обследовании могут отсутствовать патологические изменения.

Тем не менее зарегистрированы случаи, когда нулевая степень рака желудка проявлялась такими незначительными симптомами, как:

- усталость и слабость, без видимых на то причин;
- возрастание показателей температуры тела;
- отвращение к некоторым продуктам питания, в частности к белковой пище;
- апатия или депрессия.

Подобные проявления характерны не только для большого количества заболеваний, но также для обычной загруженности на работе.

Первую стадию рака желудка можно выявить во время диагностики, при этом обнаруживается опухоль с чётким очертанием, но не более 2 сантиметров. Метастазов на таком этапе протекания онкологического процесса в желудке зачастую не наблюдается. Есть несколько форм первой степени рака:



- 1А – новообразование располагается только на слизистом слое поражённого органа;
- 1В – наблюдается распространение патологического процесса максимум на два близлежащих лимфоузла или прорастание опухоли в мышечный слой желудка.

Признаки рака желудка, характерные для первой стадии:

- тяжесть и дискомфорт в желудке даже после небольшого количества съеденной пищи;
- бледность кожного покрова;
- недостаток железа в организме;
- потеря аппетита;
- снижение массы тела;
- присоединение симптомов нулевой стадии – при их отсутствии, или усиление их интенсивности проявления.

Аналогично предыдущей степени протекания онкологии 2 стадия рака желудка имеет несколько форм:

– 2А – выражается тремя вариантами течения. Первый – распространение опухоли в более глубокие слои желудка и вовлечение в патологический процесс не более шести лимфоузлов. Второй – рак пророс в мышечный слой оболочки этого органа и на два региональных лимфатических узла. Третий – распространение онкологического процесса по всем тканям желудка, но без поражения лимфоузлов;

– 2В – также делится на несколько вариаций протекания. Первая – прорастание опухоли на слизистый слой желудка и более чем семь лимфоузлов. Вторая – рак достиг мышечного слоя и распространился на шесть лимфоузлов. Третья – опухоль вросла в стенку желудка и поразила два региональных лимфоузла. Четвёртая – онкология распространяется за пределы полости этого органа, но без вовлечения лимфатических узлов.

Симптомы рака желудка на второй стадии:

- нарушение стула;

- отрыжка со зловонным запахом;
- снижение массы тела;
- повышенное газообразование;
- тошнота и рвотные позывы. Рвота приносит облегчение больному лишь на непродолжительный промежуток времени;
- изжога и жжение в загрудинной области;
- отвращение к мясным продуктам;
- уменьшение одноразового объёма потребляемых блюд;
- снижение работоспособности;
- усиление болевых ощущений в области поражённого органа.

Диагностика онкологии желудка на этой стадии течения выполняется при помощи таких инструментальных обследований, как УЗИ, КТ, рентгенография брюшной полости и МРТ.

Рак желудка 3 стадии подразумевает разделение заболевания на несколько вариантов:

- 3А – означает вовлечение в болезнь мышечного слоя этого органа и не менее семи лимфоузлов. Однако иногда опухоль прорастает на все слои, но поражает только два лимфатических узла;
- 3В – полностью поражена внешняя стенка желудка, а также семь и более региональных лимфоузлов;
- 3С – распространение патологии за пределы желудка и отдалённые лимфатические узлы [10].

Третий этап развития рака характеризуется ухудшением состояния человека и возникновением следующих симптомов:

- анемии;
- отрыжки с запахом протухших яиц;
- постоянной тошноты и упорной рвоты, которая не облегчает состояние;
- сильного дискомфорта и ощущения переполненности желудка, несмотря на отсутствие аппетита;

- сильного болевого синдрома, для его уменьшения человеку необходимо принимать неудобное положение тела;
- признаков раковой интоксикации;
- чередования запоров и диареи;
- резкого похудения;
- усиления проявления симптомов второй степени.

Рак желудка 4 стадии называют осложнённым, поскольку происходит распространение онкологии не только по всем тканям этого органа и региональным лимфоузлам, но и вовлечение в процесс отдалённых органов. Метастазирование происходит лимфогенным, гематогенным путями, прорастанием в соседние органы, имплантационно (по брюшине). Различают метастазы в ближайшие лимфатические узлы большого и малого сальника и отдаленные гематогенные метастазы в лимфатические узлы, которые при раке желудка распространяются по крупным артериальным сосудам, поражают печень, легкие. Лимфогенно по грудному лимфатическому протоку идет метастазирование в левую надключичную область (метастаз Вирхова), яичники (метастазы Крукенберга). При попадании опухолевых клеток из проросшей серозный покров желудка опухоли на дно малого таза появляются метастазы Шницлера (имплантационные метастазы) [1].

Последняя стадия такого заболевания – это процесс неконтролируемого увеличения площади, а также разрастания онкологического процесса.

Симптомами такого течения рака желудка являются:

- сильнейший болевой синдром, от которого можно избавиться лишь при помощи анальгетиков наркотического характера, но на небольшой отрезок времени;
- увеличение размеров живота, по причине скопления большого количества жидкости (асцит);
- истощение пациента до такой меры, что процесс употребления пищи может осуществляться только через зонд;

– значительное усиление проявления симптоматики рака на более ранних стадиях.

Инструментальная диагностика рака желудка на последней стадии развития направлена не только на утверждение диагноза, но и на выявлении локализации метастазов и подтверждение наличия осложнений.

Помимо стадирования существуют другие классификации рака желудка. По внешнему виду различаются следующие формы рака желудка:

- полиповидный, на широком основании, с изъязвлениями. Чаще локализуется на малой кривизне желудка и в его кардиальном отделе;
- блюдцеобразный, с язвой в центре. Края опухоли приподняты. Как правило, формируется в области большой кривизны и дна желудка;
- язвенно-инфильтративный, без четких границ. Часто располагается на малой кривизне. Симулирует хроническую язву желудка;
- диффузный, с утолщением и уплотнением стенки желудка, без четких границ. Складки слизистой оболочки желудка при этом не смещаются.

Немаловажным является аспект локализации опухоли. По локализации чаще всего поражается выходной отдел желудка. В 5-10 % случаев поражается весь желудок [13].

При диагностике рака желудка используют различные современные методы исследования. Лабораторная диагностика рака желудка включает клинический и биохимический анализы, анализ крови на онкомаркеры (РЭА, СА-19-9, СА-72-4), определение группы крови, общий анализ мочи, исследование кала на скрытую кровь, рентгенографию желудка, фиброгастроскопию, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, лимфатических узлов для выявления метастазов опухоли.

Очень важную роль в современной диагностике рака желудка играет компьютерная томография, которая позволяет определить: наличие метастазов в лимфоузлах и других органах, опухоли, которые находятся в мышечной стенке желудка (или снаружи органа) и не видны при эндоскопическом исследовании; точную локализацию и распространенность опухоли, что

необходимо перед хирургическим вмешательством; при динамическом наблюдении и при оценке эффективности лечения.

Самым современным методом в диагностике злокачественных новообразований является ПЭТ/КТ. Кратко рассмотрим этот метод диагностики. ПЭТ/КТ (позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией) – это метод диагностики, который позволяет выявлять опухолевые очаги на ранних стадиях, а также проводить раннюю диагностику метастазов и рецидивов.

Одно из главных преимуществ метода состоит в том, что ПЭТ/КТ позволяет в кратчайшие сроки оценить эффективность проведенного лечения.

В отличие от КТ- или МРТ-исследований, при ПЭТ/КТ-диагностике можно получить наиболее полную информацию о заболевании и выявить злокачественные очаги и новообразования на молекулярном и клеточном уровне.

Это метод исследования применяется при постановке диагноза, а также во время и после лечения для оценки эффективности проведенной терапии.

С октября 2016 года в городе Белгороде функционирует Центр ядерной медицины, в котором проводят ПЭТ/КТ-диагностику.

Сестринская помощь на этапе диагностики играет очень важную роль. При объективном исследовании медицинской сестрой выявляются следующие признаки: бледность и сухость кожи, иногда желтовато-землистое ее окрашивание; истощение, снижение тургора кожи; увеличение и уплотнение лимфатических узлов в левой надключичной, подмышечной и околопупочной областях; ригидность мышц, их болезненность, обнаружение плотного образования с нечеткими контурами при пальпации в эпигастральной области [5].

## 1.2. Факторы риска возникновения рака желудка и методы профилактики

В настоящее время доказано, что в абсолютно здоровом желудке рак возникает редко. Ему предшествует так называемое предраковое состояние: изменение свойств клеток, выстилающих желудок. Точная причина развития рака неизвестна, но изучены факторы, способствующие возможному возникновению рака желудка.

Факторы, способствующие развитию рака желудка:

- наследственная предрасположенность (рак желудка и неполипозный рак толстой кишки в семейном анамнезе);
- мужской пол и возраст старше 50 лет;
- алиментарные факторы: злоупотребление соленой, копченой, сушеной пищей и консервированными продуктами, содержащими нитриты и нитраты; низкое содержание в рационе свежих овощей и фруктов; употребление горячей пищи и напитков;
- инфицированность геликобактериями;
- курение, злоупотребление алкоголем;
- заброс желудочного содержимого в пищевод (гастроэзофагеальный рефлюкс).

Доказана зависимость частоты возникновения рака желудка от недостатка употребления аскорбиновой кислоты, избыточного употребления соли, маринованных, пережаренных, копченых продуктов, острой пищи, животного масла. Среди причин рака желудка называется злоупотребление алкоголем. Отмечается прямая корреляционная связь частоты возникновения рака желудка с содержанием в почве меди, молибдена, кобальта и обратная – цинка и марганца.

Существуют данные о зависимости рака желудка от инфицированности *Helicobacter pylori*. Считается статистически доказанным, что у

инфицированных хеликобактером пилори повышен риск развития рака желудка. Вместе с тем, имеются сведения, противоречащие инфекционной теории – так, в эндемичных по *Helicobacter pylori* районах северной Нигерии рак желудка развивается редко. Также обращает на себя внимание разница в частоте возникновения рака желудка у мужчин и женщин при равной инфицированности хеликобактером среди обоих полов. Так же рак желудка чаще выявляется у людей со II группой крови.

В большинстве случаев рак желудка развивается на фоне длительно существующих предопухолевых состояний слизистой. Что означает морфологически подтвержденное замещение нормальной слизистой на диспластическую. Предраковыми заболеваниями желудка называют состояния, которые со временем могут переходить в рак или на их фоне чаще развивается рак. К таким заболеваниям относят хроническую язву желудка, полипы желудка, гипертрофический гастрит Менетрие, пернициозная (В<sub>12</sub>-дефицитная) анемия, хронический гастрит со сниженной кислотностью желудка. Кроме того, риск злокачественной опухоли желудка выше у лиц, перенесших удаление части желудка из-за какой-то другой болезни.

Сестринское участие в профилактике осложнений рака желудка является важным моментом в работе.

Выделяют три направления предупреждения осложнений, вызванных злокачественными опухолями желудка:

- первичная профилактика – самое эффективное направление в предупреждении развития рака желудка, она включает в себя борьбу с факторами риска и направляет пациента на здоровый образ жизни;

- вторичная профилактика состоит в своевременной идентификации и полном лечении уже выявленного рака желудка. Важность своевременного и правильно выбранного лечения, предотвращает тяжелые осложнения при раке желудка;

- неотложная профилактика включает срочные меры для предотвращения осложнений, угрожающих жизни пациента.

Первичная профилактика заболевания состоит в уменьшении или исключении негативных факторов на организм человека. Очень важным фактором является правильное питание: необходимо избегать жирных, жареных, острых и соленых продуктов, вводить в рацион большое количество овощей и фруктов, избегать употребления с едой нитратов и нитритов, которые могут находиться в переработанных мясопродуктах (копченое мясо, колбасы, сосиски и т.д.), употреблять свежую пищу.

Необходимо отказаться от курения и употребления крепких спиртных напитков, вести активного образа жизни, заниматься физкультурой. При работе на вредном производстве использовать индивидуальных мер защиты. Своевременно лечить язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, полипов, хронического атрофического гастрита. Важно знать, что некоторые медикаментозные препараты могут, в качестве побочного эффекта, провоцировать онкологию желудочно-кишечного тракта. В подобном случае следует настаивать на замене лекарственного препарата на аналогичный, но менее опасный.

Вторичная профилактика рака желудка заключается в своевременном проведении обследования (ежегодное прохождение гастроскопии для людей из группы риска), диагностика врачом предраковых состояний [5].

Так же к вторичной профилактике относится диспансерное наблюдение пациентов, находящихся на учете в онкологических диспансерах.

Кровотечение является одним из наиболее грозных осложнений рака желудка. Причиной развития кровотечений является разрушение раковой опухолью стенки желудка и расположенных в ней кровеносных сосудов. Вовлечение в этот процесс мелкого сосуда сопровождается незначительной кровопотерей и может быть обнаружено при проведении анализа кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена). Значительные кровотечения проявляются кровавой рвотой, изменениями окраски и консистенции кала (черный, кашицеобразный, дегтеобразный). Реже встречающаяся рвота алой кровью обусловлена обильным и быстро прогрессирующим кровотечением. В такой



ситуации медицинская сестра незамедлительно вызывает врача, кладет пузырь со льдом на живот пациента, останавливает прием воды и пищи, рекомендует строго соблюдать постельный режим. После остановки или значительного уменьшения выраженности кровотечения под влиянием назначенного врачом лечения (переливания кровезамещающих жидкостей, свежезамороженной плазмы, цельной крови и др.) назначают лечебное питание [5].

### **1.3. Лечение и особенности сестринского ухода при раке желудка**

В зависимости от стадии рака желудка существуют различные методы лечения. Выбор метода лечения зависит от многих факторов. Конечно, месторасположение и стадия опухоли являются важными факторами. К другим факторам относится возраст, общее состояние и личные пожелания пациента [2].

Основными методами лечения рака желудка являются: операция, химиотерапия и облучение. Часто наилучшим подходом к лечению может быть применение двух и более методов. Главной целью лечения является полное избавление от болезни. В том случае, когда полное излечение невозможно, терапия направлена на облегчение симптомов болезни, таких как нарушение приема пищи, боль, кровотечение.

Хирургическое лечение является «золотым» стандартом в лечении злокачественных новообразований желудка. В зависимости от вида рака желудка и стадии заболевания, может быть выполнена операция с удалением опухоли вместе с частью желудка (субтотальная резекция органа, гастрэктомия).

В настоящий момент операция является единственным способом излечения рака желудка. При наличии 0, I, II или III стадий рака желудка, а также относительно удовлетворительного состояния, предпринимается попытка полного удаления опухоли.

Даже если рак к моменту лечения распространен и не может быть полностью удален, операция может помочь предотвратить кровотечение из опухоли или способствовать прохождению пищи через кишечник. Этот тип оперативного вмешательства называется паллиативным, т.е. выполняется с целью облегчения или предотвращения симптомов, а не с целью излечения рака.

Одним из методов лечения злокачественных опухолей является химиотерапия. Для проведения химиотерапии используют препараты-цитостатики. Их действие направлено на подавление роста, развития и деления клеток. Химиотерапия может проводиться перед операцией либо после неё. Обычно препараты назначаются внутривенно или перорально (например, капецитабин), через инфузомат (для равномерного дозированного поступления препарата в организм пациента). Для терапии используют один препарат (монотерапия), либо их комбинацию. Как только препарат поступает в кровяное русло, он распространяется по всему организму [1].

При раке желудка чаще всего применяют такие химиопрепараты, как капецитабин, карбоплатин, цисплатин, доцетаксел, эпирубицин, 5-фторурацил, иринотекан, оксалиплатин, паклитаксел.

В современной онкологии очень важная роль отводится таргетной терапии. Таргетные препараты оказывают целенаправленное воздействие на клетки опухоли. При раке желудка наиболее часто используют следующие таргетные препараты: трастузумаб, иматиниб, рамицидум.

Если проведение операции невозможно или бессмысленно (наличие обширных метастазов, отказ пациента от операции), химиотерапия проводится с целью продления жизни больного и уменьшения негативных проявлений заболевания. Такая химиотерапия называется паллиативной.

Лечение может продолжаться от 4 до 6 месяцев, в зависимости от реакции опухолевых клеток на препараты.

Химиотерапевтические препараты не только уничтожают опухолевые клетки, но и могут повреждать нормальные клетки, что приводит к побочным

эффектам. Тошнота и рвота, жидкий стул, потеря аппетита, алопеция, образование язв во рту, подошвенный синдром, повышенный риск инфекционных заболеваний в связи со снижением количества лейкоцитов.

Также в лечении рака желудка используют лучевую терапию (радиотерапия). При радиотерапии для разрушения раковых клеток используется высокоэнергетическое излучение. Однако при раке желудка данный метод используется не часто. Он может быть назначен при распространенной опухоли. Радиотерапия при этом уменьшает размеры опухоли и облегчает боль.

Основные побочные эффекты радиотерапии при раке желудка включают:

- утомляемость;
- тошнота и рвота;
- диарея;
- покраснение кожи в области приложения излучения;
- потеря волос в области приложения излучения;
- лучевые ожоги;
- ломкость ногтей;
- угнетение кроветворения.

Паллиативная лучевая терапия направлена на улучшение качества и увеличения продолжительности жизни больных. Для достижения этих целей необходимо решить ряд задач:

- 1) уменьшение размеров первичной опухоли;
- 2) уменьшение размеров регионарных метастазов;
- 3) уменьшение воспалительных изменений, сопутствующих опухоли;
- 4) снижение биологического потенциала опухолевых клеток для предупреждения их диссеминации.

На данный момент не теряет актуальности поиск эффективных адъювантных методов лечения, среди которых значительное внимание уделяется исследованиям различных вариантов лучевой терапии, в том числе, новому методу комбинированного лечения злокачественных новообразований с

интраоперационной лучевой терапией. Интраоперационная лучевая терапия – специальный, технически сложный метод лечения злокачественных опухолей однократной высокой дозой ионизирующего излучения, когда доступ к опухоли обеспечивается хирургическим путем. Облучению подлежит либо сама опухоль, либо ее «ложе» после удаления. Данный метод лучевой терапии пока не доступен большинству лечебных учреждений страны, в связи с отсутствием серийного производства специализированных для интраоперационной лучевой терапии линейных ускорителей, наличием значительных материальных затрат.

В лечении онкологических пациентов очень важна профессиональная деятельность медицинской сестры, ее активное участие. Медицинская сестра, работающая с онкологическими больными, строит свою деятельность согласно этапам сестринского процесса, который включает в себя пять этапов.

На первом этапе медицинская сестра проводит опрос пациента, выявляет жалобы и их характеристики. При наличии боли медицинская сестра должна выяснить ее локализацию, интенсивность, установить связь с приемом пищи. Также медицинская сестра узнает о наличии слабости, выявляет жалобы связанные с изменением аппетита (снижение, отсутствие, быстрая насыщаемость, извращение вкуса).

Кроме того, медицинская сестра проводит объективное обследование, оценивает состояние больного, характеристики пульса, измеряет артериальное давление и проводит подготовку пациента к дополнительным исследованиям.

Второй этап проводится для выявления нарушенных потребностей и проблем пациента. Медицинская сестра проводит опрос пациента, его родственников, изучает документацию. На основании этого медицинская сестра определяет проблемы пациента, которые могут быть настоящие, потенциальные и психологические.

К настоящим проблемам пациентов с раком желудка относятся: боль в эпигастральной области, тошнота, рвота, снижение массы тела, нарушение сна, слабость, лихорадка, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, вздутие живота.

Среди потенциальных проблем можно выделить: метастазирование опухоли и возникновение на этом фоне других осложнений, риск развития желудочного кровотечения и кахексии.

К психологическим проблемам можно отнести недостаток информации о сущности заболевания, страх лечения. Пациенты, имеющие вредные привычки сталкиваются с необходимостью отказа от курения и приёма алкоголя. При этом заболевании появляется необходимость соблюдения диеты и режима питания, что негативно воспринимается многими пациентами. Так же к актуальным психологическим проблемам относятся страх одиночества, страх смерти.

На следующем этапе производится планирование сестринского ухода в зависимости от проблем пациента.

Четвертый этап подразумевает реализацию плана по уходу за пациентом.

Запланированные мероприятия необходимо обсудить с пациентом. Пациент должен знать какие мероприятия по уходу будут проводиться и для чего они нужны. Эмоциональная, интеллектуальная и психологическая поддержка должны внушать больному уверенность в будущем, помогать преодолевать страхи, способствовать улучшению жизни пациента.

На этом этапе очень важно наладить контакт с пациентом и его родственниками.

Умение общаться – одно из важных умений, которым должна обладать медицинская сестра. Пациенты во время заболевания испытывают множество физических и психологических трудностей. Им может понадобиться поддержка, совет, утешение или просто возможность поделиться своими душевными переживаниями. Эффективная беседа с пациентом играет большую роль в его лечении.

Продуктивность общения можно повысить если:

- говорить чётко и понятно, не используя сложную терминологию;
- привлечь внимание пациента;
- правильно выбирать время для общения;

- следить за интонацией своего голоса, мимикой и жестами;
- выбирать нужную громкость;
- не перебивать собеседника, внимательно его слушать.

Эффективность общения могут повысить похлопывания по плечу, пожатие руки. Очень важно внушить пациенту веру в то, что назначенное лечение принесет желаемый результат. Это говорит о том, что медицинская сестра сочувствует пациенту, сопереживает и эмоционально поддерживает.

При наблюдении за онкологическими больными большое значение имеет регулярное взвешивание, так как падение массы тела является одним из признаков прогрессирования болезни.

Регулярное измерение температуры тела позволяет выявить предполагаемый распад опухоли, реакцию организма на облучение. Данные измерения массы тела и температуры должны быть зафиксированы в дневнике наблюдения.

Рассмотрим сестринский уход за лихорадящим пациентом. Различают три периода развития лихорадки.

Первый период – период подъема температуры.

В этом периоде теплопродукция преобладает над теплоотдачей, которая резко снижается за счет спазма сосудов кожи. Длительность периода от нескольких часов до нескольких дней.

Кожа приобретает вид «гусиной кожи», на ощупь холодная, потоотделение уменьшается. Пациент ощущает озноб, головную боль, ломоту во всем теле, суставах, недомогание. ЧДД и ЧСС учащаются, АД в норме.

Особенности ухода состоит в следующем. Пациента следует: уложить в постель, создать покой, укрыть одеялом, согреть грелками, дать горячее питье, следить за частотой и ритмом дыхания, пульса, АД, вести дневник наблюдения.

Затем следует период относительного постоянства температуры. Отмечается постоянный подъем температуры до максимальных границ. Он продолжается от нескольких часов до нескольких недель. Теплоотдача

увеличивается и выравнивается с теплопродукцией. Сосуды кожи резко расширены.

Пациент отмечает жар, слабость, сильную головную боль, головокружение, сухость во рту, жажду, снижение аппетита. Возможны бред, галлюцинации, острое возбуждение, помрачение сознания.

Особенности ухода в этом периоде:

- 1) соблюдать строгий постельный режим;
- 2) установить индивидуальный пост медсестры;
- 3) не следует тепло укрывать пациента;
- 4) применять пузырь со льдом (на область проекции магистральных сосудов, повесить над головой), холодные компрессы, влажные обертывания, растирание туалетным уксусом (2 ст. ложки на 0,5л);
- 5) давать витаминизированное питье (соки, морсы, настой шиповника, негорячий чай, мин. вода без газов);
- 6) кормить 6-7 раз в сутки небольшими порциями;
- 7) протирать/орошать полость рта водой, содовым раствором, смазывать губы любым жиром;
- 8) проводить туалет кожи пациента, менять нательное и постельное белье;
- 9) следить за деятельностью кишечника (часты запоры);
- 10) следить за мочеиспусканием, измерять диурез (физиологические отправления пациент осуществляет в постели.);
- 11) соблюдать предписания очаговой дезинфекции.

На посту необходимо иметь наборы для оказания доврачебной помощи.

Последний период – период снижения температуры. Теплоотдача резко усиливается, превышая теплопродукцию.

Существует два варианта снижения температуры тела: кризис и лизис.

Критическое (кризис) – резкое снижение температуры в течение часа. При этом происходит падение тонуса (расширение) сосудов, резко снижается

АД, пульс становится нитевидным – развивается острая сосудистая недостаточность – коллапс.

Пациент становится бледным, возникает слабость, обильное потоотделение (пациент покрывается холодным липким потом), конечности холодеют.

Экстренная помощь:

– приподнять ножной конец кровати на 30-40 см, убрать подушку из-под головы;

– вызвать врача;

– обложить пациента грелками, укрыть, напоить крепким сладким чаем.

Приготовить и по назначению врача ввести подкожно:

– 10% раствор кофеина-бензоата натрия;

– 1% раствор мезатона;

– 0,1% раствор адреналина.

Особенности ухода: следить за состоянием постельного и нательного белья, наблюдать за состоянием пациента (термометрия, показатели ССС, дыхания, диурез), осуществлять кормление и мероприятия личной гигиены в постели.

Литическое (лизис) – постепенное снижение температуры в течение нескольких дней. Общее состояние пациента постепенно улучшается. Возможно потоотделение. Если пациент засыпает, не следует его будить. В зависимости от состояния пациента, назначается общий стол, режим двигательной активности по разрешению врача постепенно расширяют.

Немаловажной частью сестринского ухода является организация правильного лечебного питания. Режим и диета зависят от стадии развития злокачественной опухоли и метода лечения.

При новообразованиях желудка используют диетический стол № 1. Важен правильный режим питания. Больной должен получать пищу, богатую витаминами и белками, не менее 4-6 раз в день, не допускаются большие перерывы между приемами пищи. Необходимо соблюдать химическое и



термическое щажение. Температура принимаемой пищи не должна превышать 37 °С. Пища должна хорошо пережевываться, это снизит нагрузку на пищеварение и обеспечит хорошее усвоение питательных веществ [14].

В рационе пациента соль должна быть в ограниченном количестве, также следует отказаться от резких приправ и специй.

Относительно выпиваемой жидкости, следует быть осторожным. Если не нарушено функционирование почек, не наблюдаются отёков и асцита брюшной полости, количество жидкости не ограничивается. За один приём выпивать более 1 стакана жидкости противопоказано, а также её употребление сразу после принятия пищи.

Питание при химиотерапии рака желудка зависит от того когда она проводилась, до или после операции. Если метод применяется после операции, рацион остаётся таким же, как и после хирургического вмешательства. Если курс химиотерапии проводится до операции, важно, чтоб пациент употреблял больше калорийной пищи, особенно в промежутках между терапией. Так как в период ввода химических веществ, происходит потеря аппетита, усиливается рвотный рефлекс и пациент часто, категорично отказывается от еды.

Подбирая продукты, важно учитывать соотношение в них микроэлементов. Углеводы должны составлять 55%, жиры – 30%, а белки всего 15%. В зависимости от рекомендации врача, это соотношение может изменяться.

Рассмотрим особенности питания пациентов с кахексией и желудочными кровотечениями.

Питание при кахексии включает в себя основные принципы диетического питания при раке желудка. На фоне кахексии наблюдается ослабление всего организма, что негативно сказывается и на приеме пищи. Также возможны психологические проблемы пациента, связанные с этим состоянием. При невозможности самостоятельного употребления пищи пациентом питание проводится через назогастральный зонд или гастростому. Также применяется нутриционная поддержка специальными смесями, обогащенными

микроэлементами, витаминами, белками и аминокислотами. Немаловажную роль играет применение поливитаминовой терапии, коррекция анемического синдрома железосодержащими препаратами, парентерального питания (5% раствор глюкозы, гидролизаты белков, аминокислоты, электролитные смеси).

При желудочном кровотечении лечение производят в стационаре. Первые 1-3 дня назначают голодание. Питательные вещества пациенту вводятся внутривенно капельно в виде концентрированной глюкозы, белковых препаратов (растворы альбумина). Также как и при кахексии применяют высокобелковые витаминные смеси.

Затем пациента необходимо обеспечить высококалорийным, легкоусвояемым, богатым белками и витаминами питанием.

Рассмотрим более подробно помощь пациенту при рвоте и желудочном кровотечении.

Рвота – это защитно-рефлекторный акт, выражающий непроизвольное выбрасывание содержимого желудка наружу через рот (иногда через нос), обусловленный обратной перистальтикой мускулатуры желудка. Состояние пациента в момент рвоты, независимо от причин, вызвавших ее тяжелое.

Задача медсестры – помочь ему справиться с этим тяжелым симптомом. Чувство естественной брезгливости в себе следует побороть.

Алгоритм действия:

- 1) попытаться успокоить пациента;
- 2) усадить пациента (если позволяет состояние) и надеть на него фартук;
- 3) поставить к ногам таз или ведро;
- 4) придерживать при рвоте голову пациента, положив ему ладонь на лоб;
- 5) дать пациенту после рвоты прополоскать водой и помочь ему умыться лицо и вымыть руки;
- 6) помочь пациенту лечь;
- 7) унести таз с содержимым из палаты, но оставить рвотные массы в тазу, чтобы показать врачу и при необходимости взять их для исследования.

Если пациент настолько слаб, что не может сидеть или находится в бессознательном состоянии, то медсестра должна неотлучно находиться у пациента, внимательно наблюдая за его состоянием, не допуская аспирации рвотных масс.

Алгоритм действия:

- повернуть пациента в постели набок и зафиксировать его в таком положении с помощью подушек или повернуть голову на бок во избежание аспирации рвотными массами;
- накрыть полотенцем шею и грудь пациента;
- подставить ко рту почкообразный лоток;
- обработать по окончании рвоты полость рта водой или 2% раствором натрия гидрокарбоната, при необходимости следует предварительно отсосать рвотные массы из полости рта грушевидным баллоном или удалить пальцем, обернув его марлевой салфеткой.

При желудочном кровотечении рвотные массы имеют вид «кофейной гущи». Помощь медицинской сестры состоит в следующем:

- уложить пациента, приподняв ножной конец кровати;
- вызвать врача;
- положить на эпигастральную область пузырь со льдом;
- подготовить необходимые препараты и по назначению врача ввести пациенту (10% раствор кальция хлорида, 1% раствор викасола);
- не следует кормить и поить пациента, не давать медикаменты вовнутрь.

Медицинская сестра обеспечивает:

- четкое и своевременное выполнение назначений врача;
- своевременный и правильный прием больными лекарственных препаратов;
- контроль передач больному продуктов питания родственниками; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела, стула;
- оказание помощи при рвоте, желудочном кровотечении; соблюдение деонтологических правил при уходе за больными.

Также она проводит:

- беседы с больными и их родственниками о значении систематического приема лекарственных средств для улучшения качества жизни пациента;
- обучение больных правилам приема лекарственных препаратов, постановки очистительных клизм, самоуходу.

К основному симптому онкологических больных относится слабость. Нужно помочь пациенту быть максимально активным в течение дня, это даст ему чувство независимости. Контролировать и оценивать эффективность назначенного лечения, докладывать врачу об изменениях в состоянии пациента:

- оказывать подопечному поддержку, внушать ему чувство уверенности в своих силах;
- помогать больному в соблюдении правил личной гигиены, наблюдать за состоянием кожи и ротовой полости, чтобы исключить возможные осложнения;
- убеждать пациента в необходимости принимать пищу и питье, помогайте ему при приеме пищи;
- помогать ему при посещении туалета, обеспечивая при этом достаточное уединение;
- проявлять дружеское участие, чтобы повысить самоуважение подопечного и способствовать проявлению интереса к жизни. Следует воодушевлять пациента, но не принуждать его.

Чувство слабости, неспособность совершать привычные действия могут вызвать у больного стрессовое состояние. В этом случае помогает спокойное обсуждение создавшейся ситуации.

На заключительном этапе медицинская сестра оценивает результат своей профессиональной деятельности, реакцию пациента на меры оказания помощи, ухода. Если поставленные цели не достигнуты, медицинская сестра корректирует план сестринских вмешательств.

## **ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА**

### **2.1. Анализ статистических данных основных показателей онкологической помощи населению Белгородской области при раке желудка**

ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» (ОГБУЗ «БОД») является учреждением здравоохранения, в котором состоят на учете и проходят лечения жители всей Белгородской области и незначительное количество иногородних пациентов.

Пациентам с раком желудка производят оперативное лечение в торакальном отделении и хирургическом отделении № 1. При назначении химиотерапии лечение проводится в отделении химиотерапии № 1, отделении дневного стационара химиотерапии № 1. Также некоторые химиотерапевтические препараты пациенты получают амбулаторно на базе поликлинического отделения ОГБУЗ «БОД». Например: капецитабин, золедроновая кислота, таргетную терапию (иматиниб, трастузумаб). Лучевую терапию проводят на базе радиологического отделения № 1 (амбулаторно, для жителей города Белгорода) и радиологического отделения № 1.

На конец 2017 г. на учёте в этом учреждении находилось 40386 человек, а в конце 2018 г. это число увеличилось до 41890. Из них у 7059 человек (2017 г.) и 7071 (2018 г.) диагноз был установленным впервые в жизни. Число пациентов, у которых рак желудка был установлен впервые: 2017 г. – 394 человека, 2018 г. – 392 человек. Из них пациенты:

- с первой стадией заболевания – 20 человек (5,08%) в 2017 г. и 28 человек (7,14%) в 2018 г.;

- установлена вторая стадия злокачественных новообразований желудка у 106 человек (26,90%) в 2017 г. и 111 человек (28,32%) в 2018 г.;

– третья стадия выявлена у 94 пациентов (23,86%) в 2017 г. и 93 пациентов (23,72%) в 2018 г.;

– численность первично обратившихся пациентов с четвертой стадией заболевания составила 168 человек (42,68%) в 2017 г. и 157 человек (40,05%) в 2018 г.

Соотношение по стадиям первично обратившихся пациентов в 2017 и 2018 гг. отображено на рисунке 1.

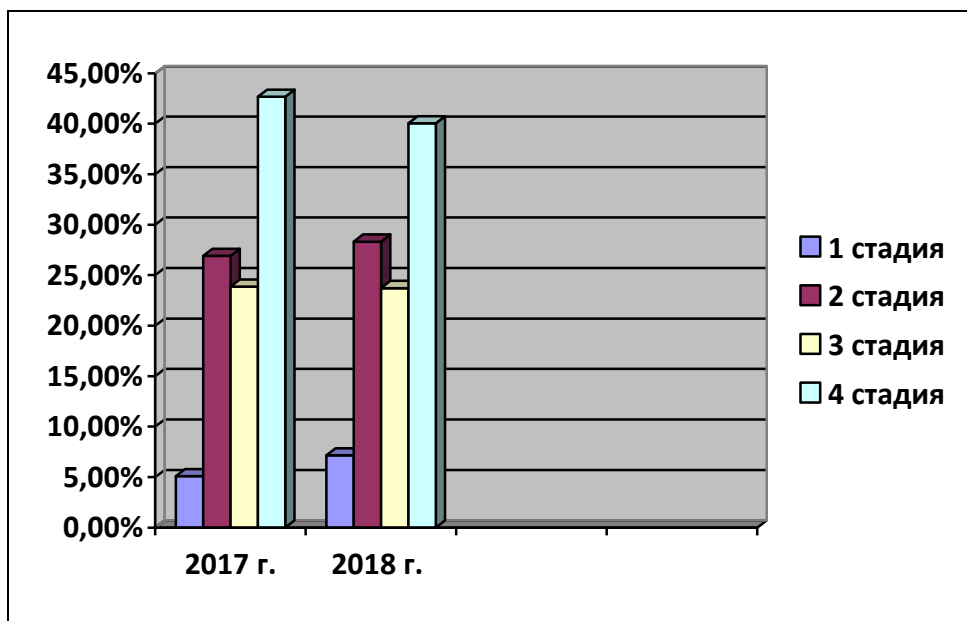


Рис. 1. Соотношение первично обратившихся пациентов по стадиям заболевания за 2017-2018 гг.

Таким образом, из статистических данных видно, что в Белгородской области сохраняется мировая тенденция по позднему выявлению рака желудка.

Смертность от злокачественных новообразований в Белгородской области составила: в 2017 г. – 2973 человек, в 2018 г. – 3019 человек. Из них на долю смертности от рака желудка приходится 20,4 случая на 100 тыс. населения в 2017 г. и 20,3 – 2018 г. Одногодичная летальность составила: 50,0% (2017 г.) и 48,7% (2018 г.). Пятилетняя выживаемость пациентов со злокачественными новообразованиями в Белгородской области за 2017 г. – 55,2%. В 2018 г. этот показатель увеличился до 55,8%. При этом процент активно выявленных случаев заболеваемости этой онкопатологии в 2017 г. – 18,1% и 19,0% в 2018 г.

## 2.2. Исследование факторов риска и проблем пациентов с раком желудка

Для исследования факторов риска способствующих возникновению рака желудка было проведено анкетирование 30 пациентов ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер». Пациентам предлагалось ответить на ряд вопросов (см. приложение).

По гендерной принадлежности пациенты распределились следующим образом: в анкетировании приняли участие 20 мужчин (67%) и 10 женщин (33%) (рис. 2).

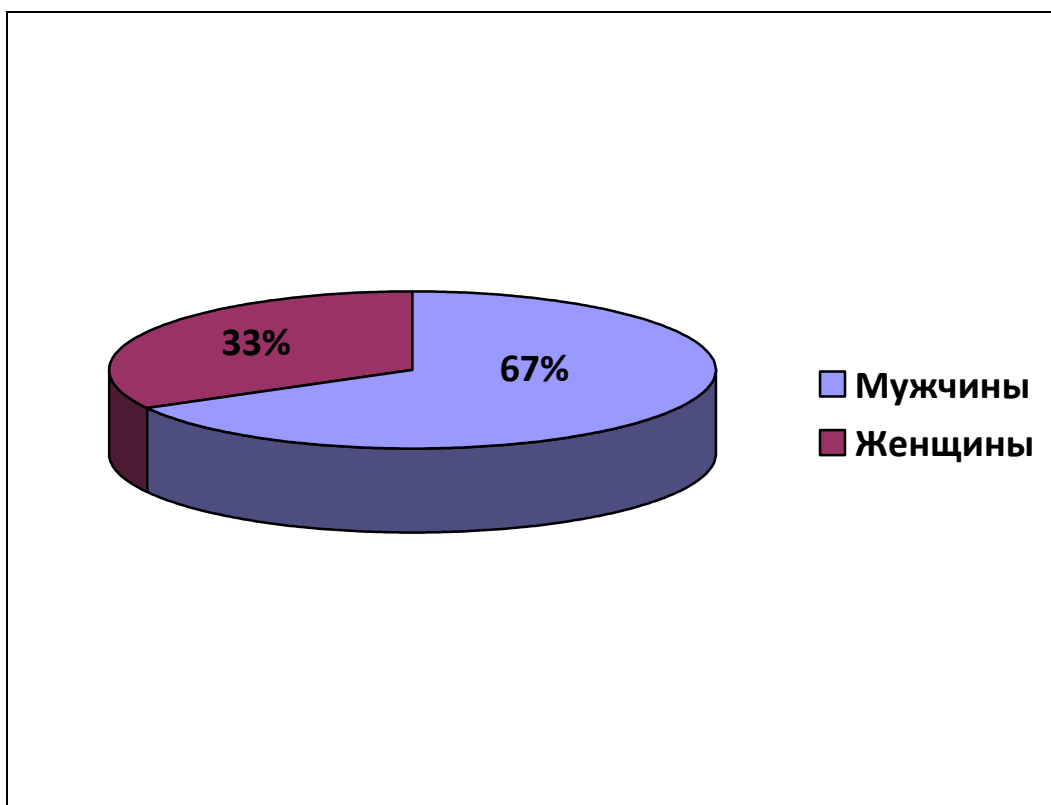


Рис. 2. Гендерный анализ пациентов.

В анкетировании участвовали 2 пациента (5%) в возрасте до 30 лет, 1 пациент (3%) – 30-40 лет, 8 человек (28%) – 40-50 лет. Самой многочисленной оказалась группа анкетизируемых старше 50 лет – 19 человек (64%) (см. рис. 3).

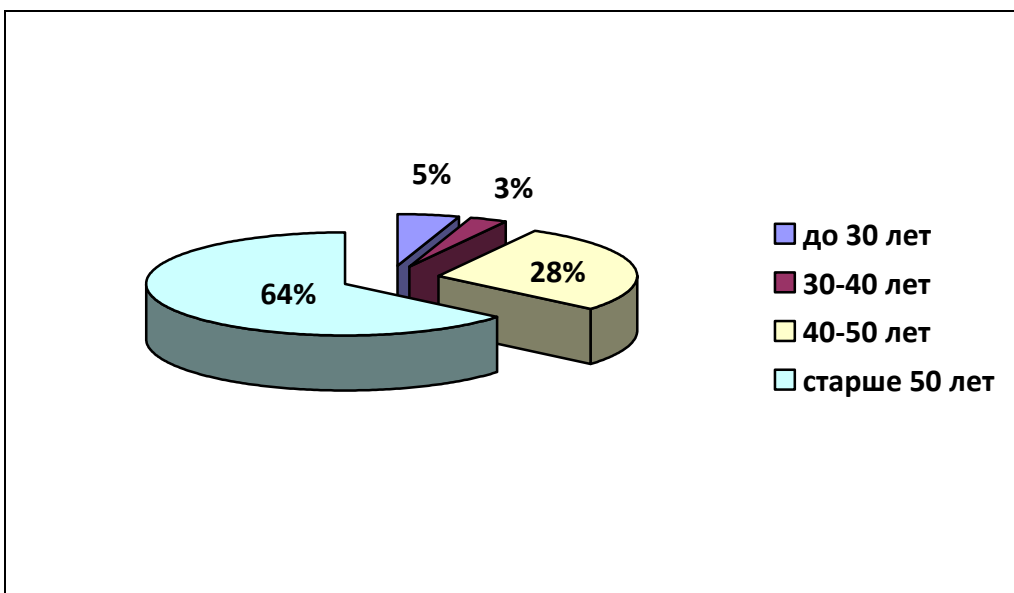


Рис. 3. Корреляция пациентов по возрастам.

В опросе участвовали 17 городских жителей (55%) и 13 человек (45%), живущие в сельской местности (рис. 4).

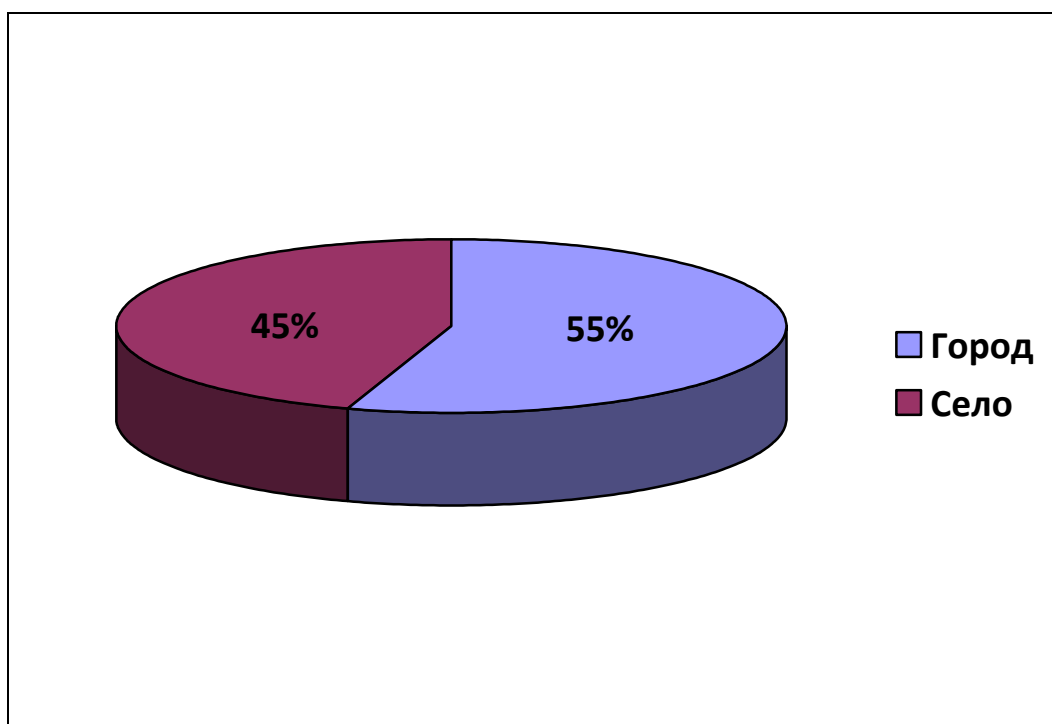


Рис. 4. Распределение анкетированных по месту жительства.

Затем мы оценили условия проживания. Преобладающее число опрошенных проживают в собственной квартире – 13 человек (43%). 12 человек снимают жилье (39%), а 18 (5%) – живут в своем доме. Графически эти данные отражены в рисунке 5.



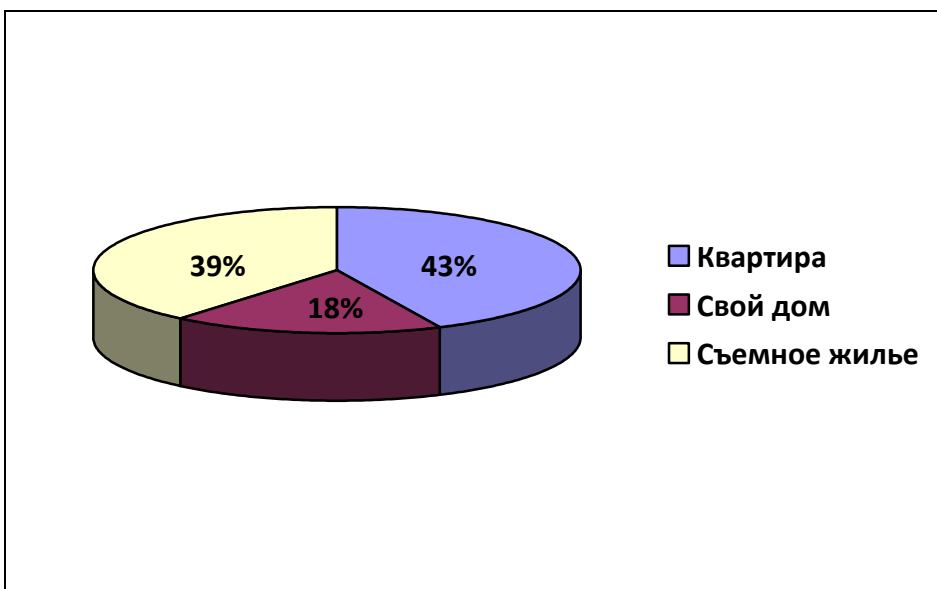


Рис. 5. Анализ жилищных условий пациентов.

Из 30 опрошенных респондентов число пенсионеров составило 13 человек (42%), 11 человек (38%) – не работают и 6 человек (20%) – работают. Соотношение полученных данных можно увидеть на рисунке 6.

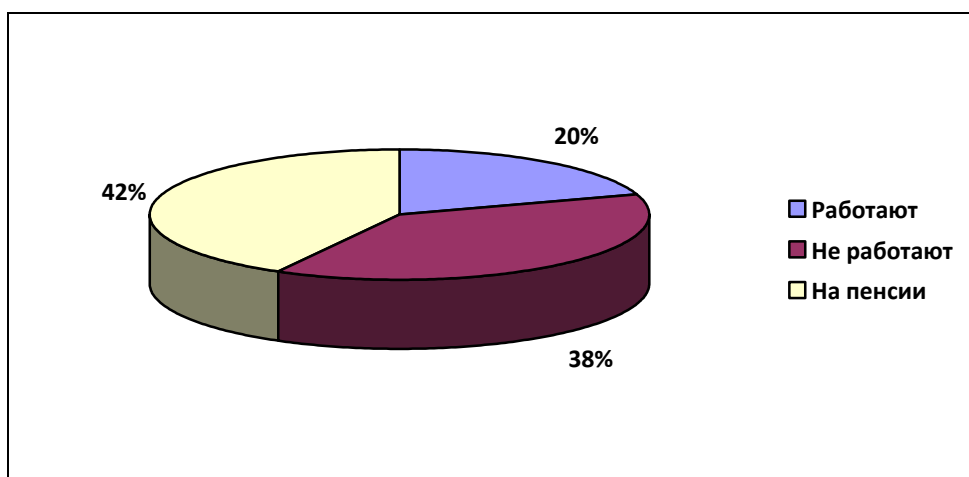


Рис. 6. Соотношение работающих пациентов.

Из числа работающих преобладающее большинство занимается умственным трудом – 22 человек (74%) и у 8 (26%) человек работа связана с физическими нагрузками (см. рис. 7).

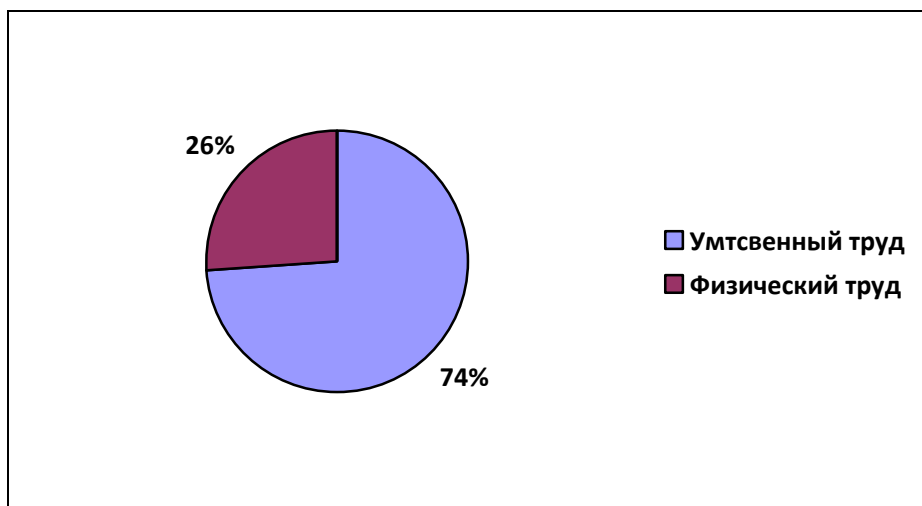


Рис. 7. Характер работы респондентов.

При оценке вредных условий труда выяснилось, что 14 работающих пациентов (46%) имеют ненормированный рабочий день, у 11 (39%) работа связана с вдыханием вредных веществ, 5 (15%) человек бывают в командировках (рис. 8). Все эти факторы негативно сказываются на здоровье в целом и являются факторами риска, способствующими возникновению онкологических заболеваний, в том числе рака желудка.

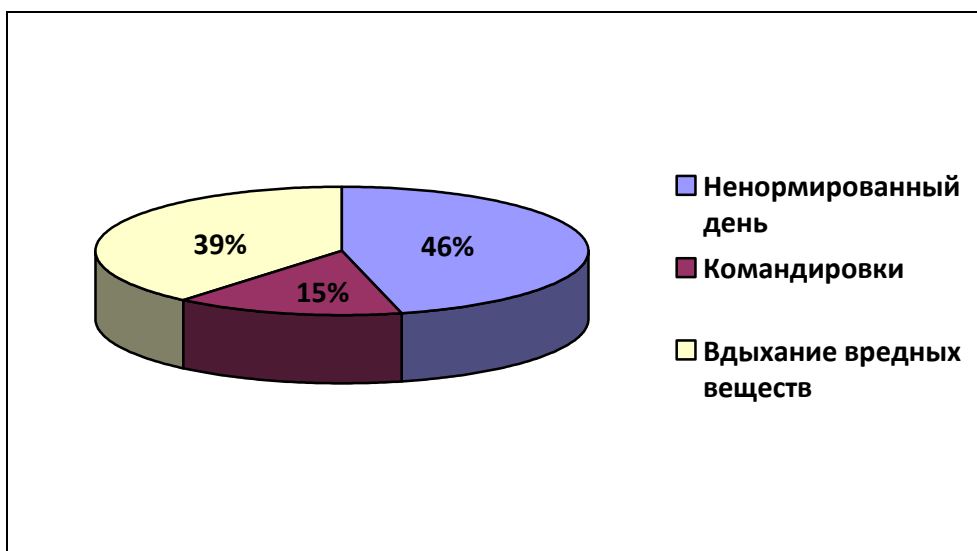


Рис. 8. Наличие вредных условий труда.

Следующим этапом было выявление наличие стресса в жизни пациентов. Большинство анкетированных (19 человек (64%)) отметили, что переживают часто. Два человека (8%) ответили, что не переживают часто и 9 (28%) – иногда (см. рис. 9).

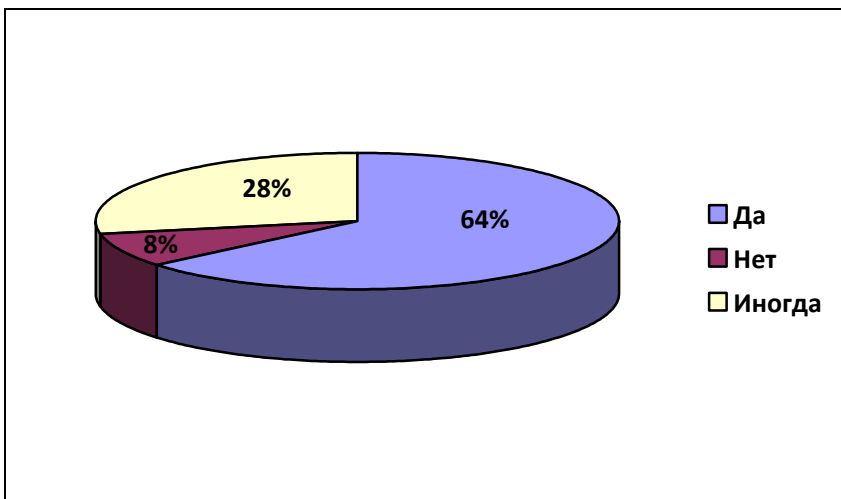


Рис. 9. Наличие стресса в жизни пациентов.

Регулярность питания очень важна при профилактике рака желудка. Анкетирование показало, что из 30 респондентов 6 человек (20%) регулярно принимают пищу 1-2 раза в день. 10 человек (33%) – питаются 3 раза в день и более. Самая большая численность человек (47%), принявших участие в анкетировании, ответили, что питаются нерегулярно. Графическое соотношение полученных данных отображено на рисунке 10.

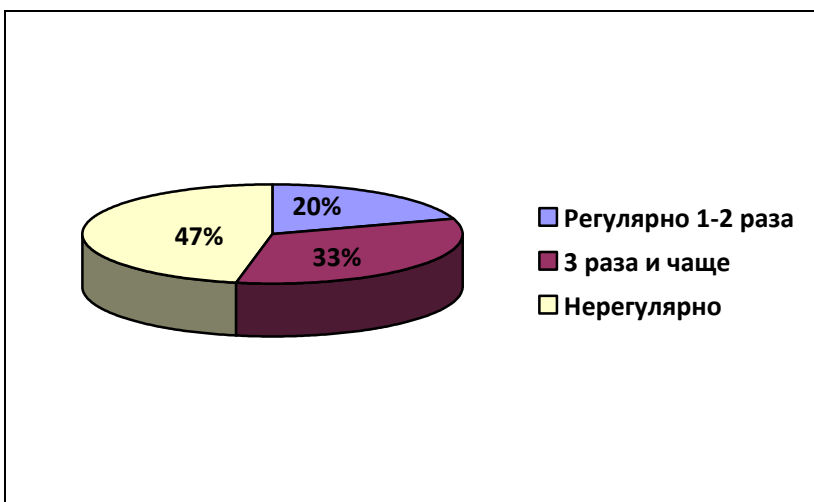


Рис. 10. Наличие регулярного питания пациентов.

Следующим критерием оценки факторов риска было употребление горячей пищи и напитков. Количество пациентов употребляющих горячую пищу редко оказалось всего на 10% больше, чем тех, кто делает это часто.

Таким образом, процент пациентов, употребляющих горячую пищу и напитки, в данной группе очень высок (рис. 11).

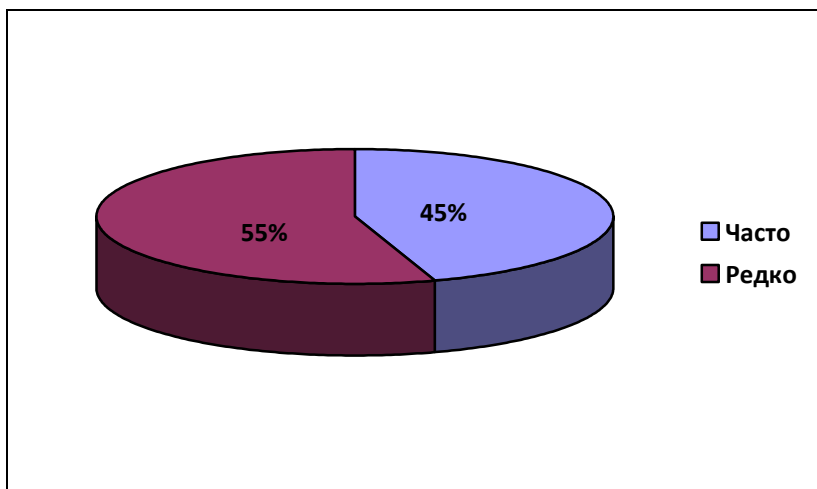


Рис. 11. Употребление пациентами горячей пищи и напитков.

Для выяснения пищевых предпочтений пациентов, было выделено 6 пунктов: жирная пища; жареная пища; копченые продукты; консервированные продукты; частое употребление фастфуда; разнообразное питание (в том числе много овощей и фруктов). В ходе опроса выяснилось, что большинство респондентов предпочитают жареную пищу (41%) и всего лишь 10% полноценно питаются. Наглядное соотношение показано на рисунке 12.

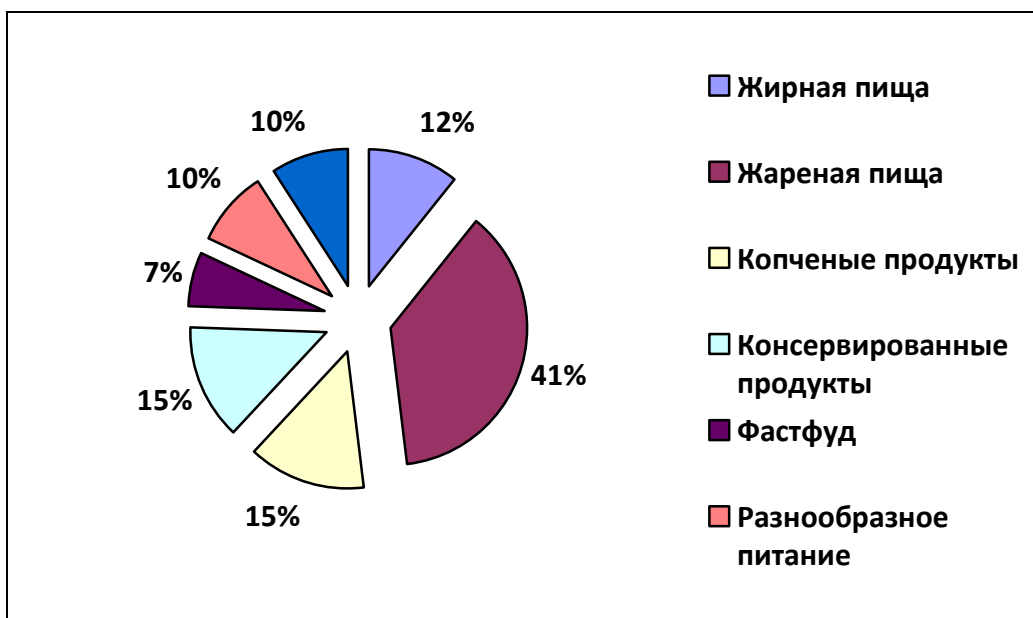


Рис.12. Пищевые предпочтения пациентов.

Много опрошенных имеют вредные привычки: 35% курят и 42% часто употребляют алкоголь (рис. 13).

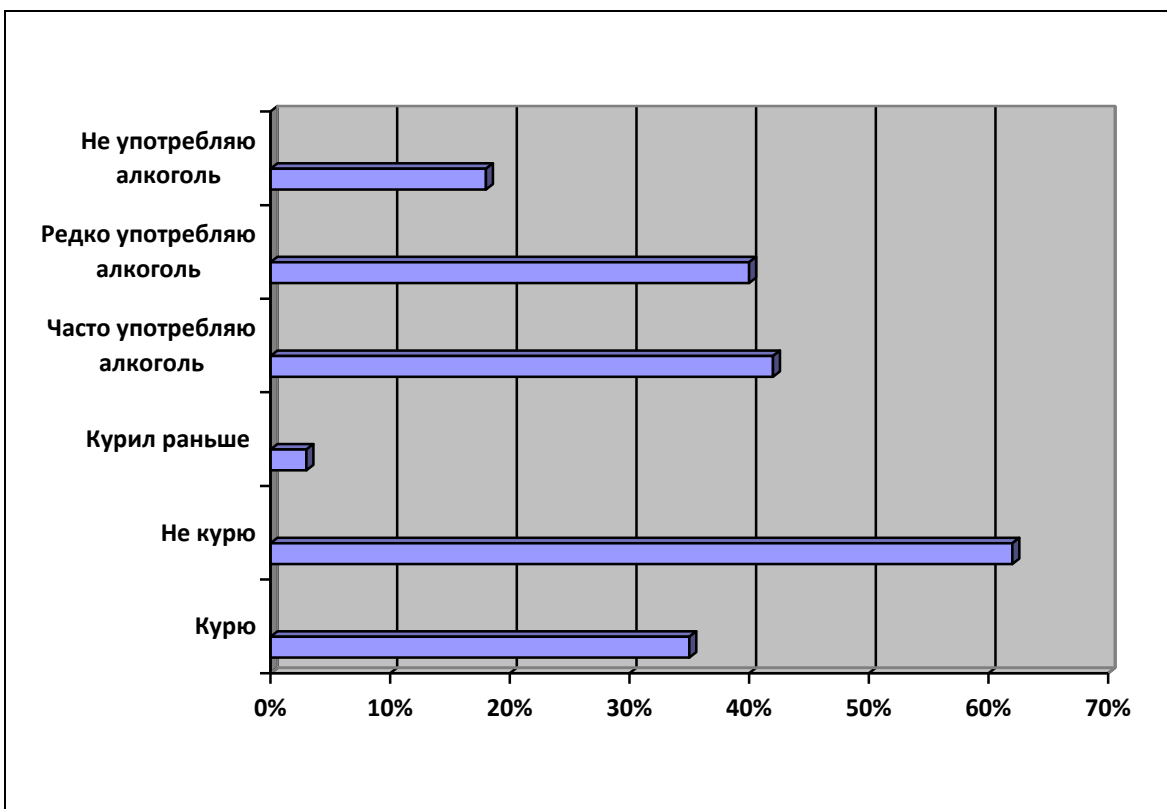


Рис. 13. Наличие вредных привычек у анкетированных.

Пациентов, болеющих менее года оказалось больше всего, они составили половину от числа всех опрошенных (рис. 14).

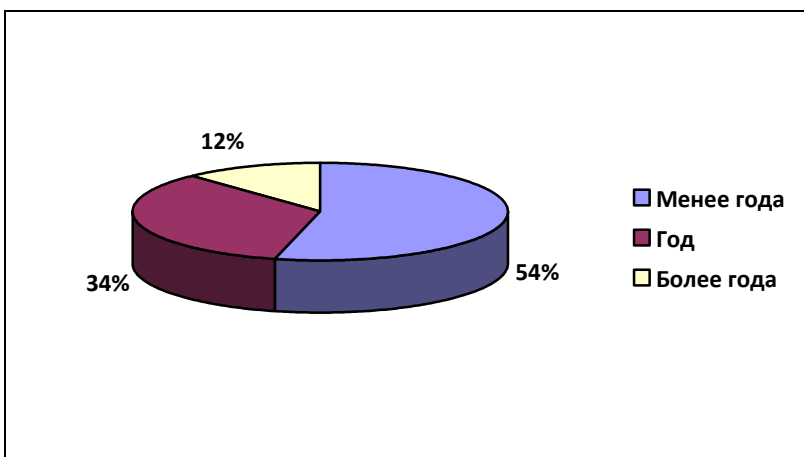


Рис. 14. Продолжительность заболевания.

Более половины опрошенных отметили, что их часто беспокоит тошнота (рвота), боли в области желудка. У 72% отмечается снижение массы тела за период заболевания. Сводная статистика приведена на рисунке 15.

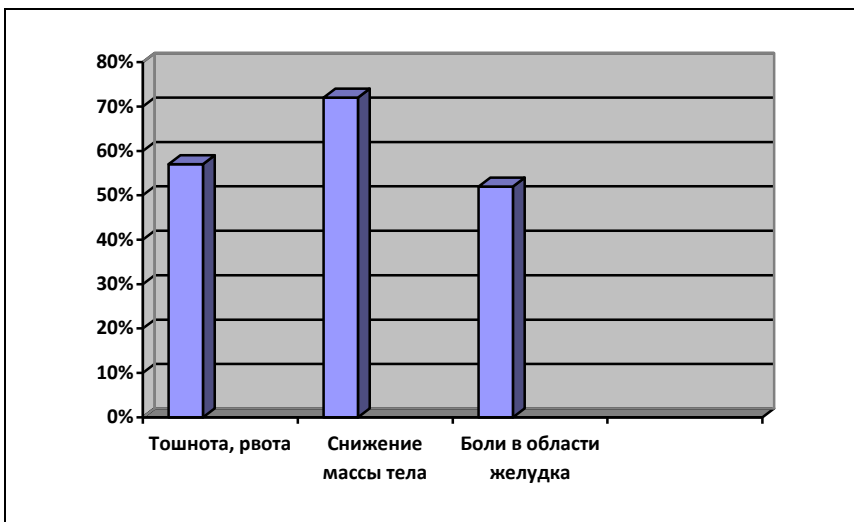


Рис. 15. Соотношение наиболее частых жалоб пациентов.

У 73% пациентов на фоне заболевания отмечается снижение аппетита и у 22% – извращение вкуса (рис. 16).

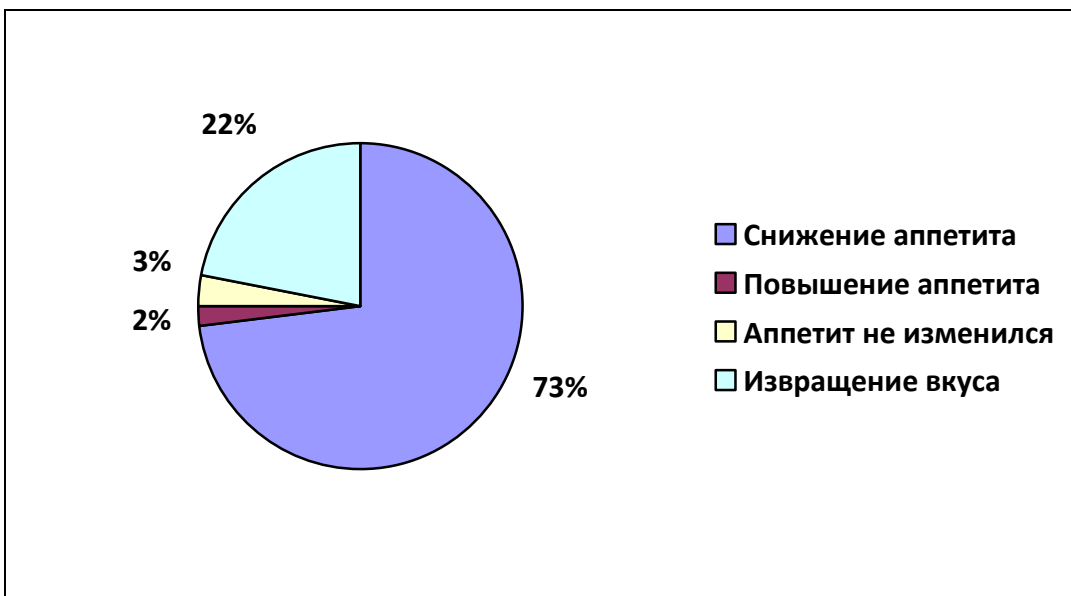


Рис. 16. Изменение аппетита и вкуса у пациентов.

Большинство пациентов (79%) узнали диагноз от врача, остальные респонденты – от родственников (рис. 17).

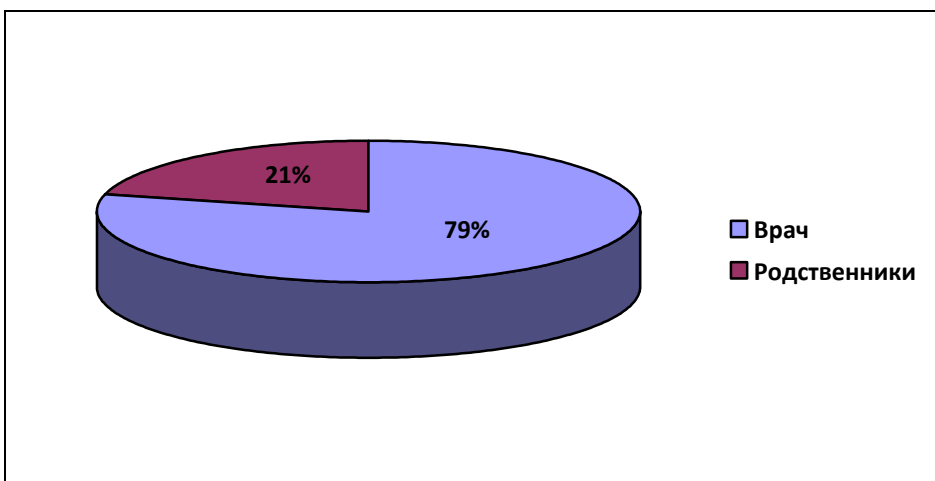


Рис. 17. Источник информации о диагнозе.

Очень важно было выяснить достаточно ли информированны пациенты медицинской сестрой при подготовке к исследованиям. 54% ответили утвердительно, 18% – негативно и 28% удовлетворены частично (рис. 18).

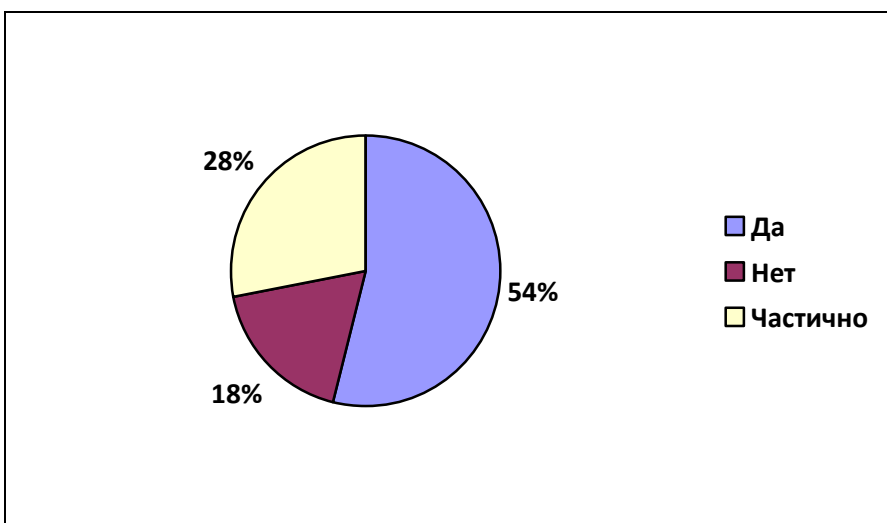


Рис. 18. Полнота информированности пациентов при подготовке к исследованиям.

60% респондентов ответили, что довольны действиями медицинской сестры во время лечения. 21% пациентов частично довольны помощью, оказываемой медицинской сестрой. 19% пациентов высказали недовольство по этому поводу (рис. 19).

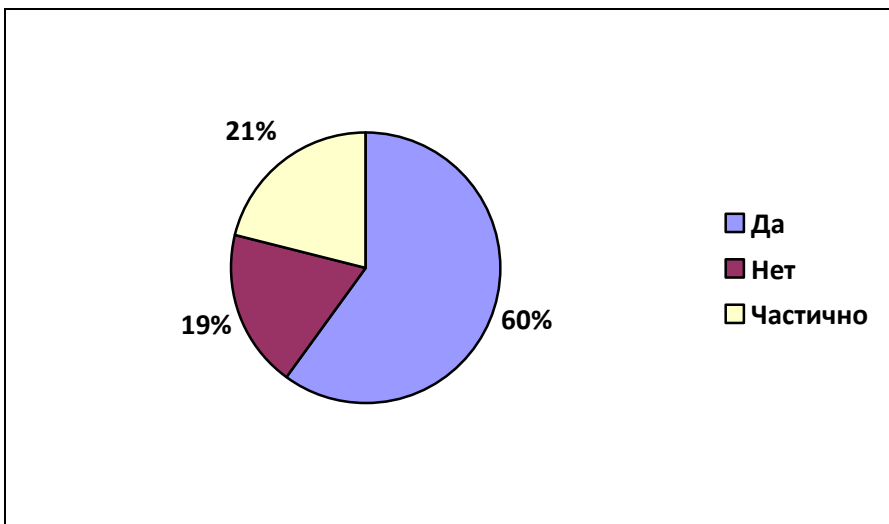


Рис. 19. Удовлетворенность пациентов действиями медицинской сестры во время лечения.

Задачей последнего вопроса было выяснить информированность пациентов о питании при раке желудка и поведении после выписки из стационара. 52% пациентов ответили на этот вопрос что «да», 25% – «нет» и 23% – «частично» (рис. 20).

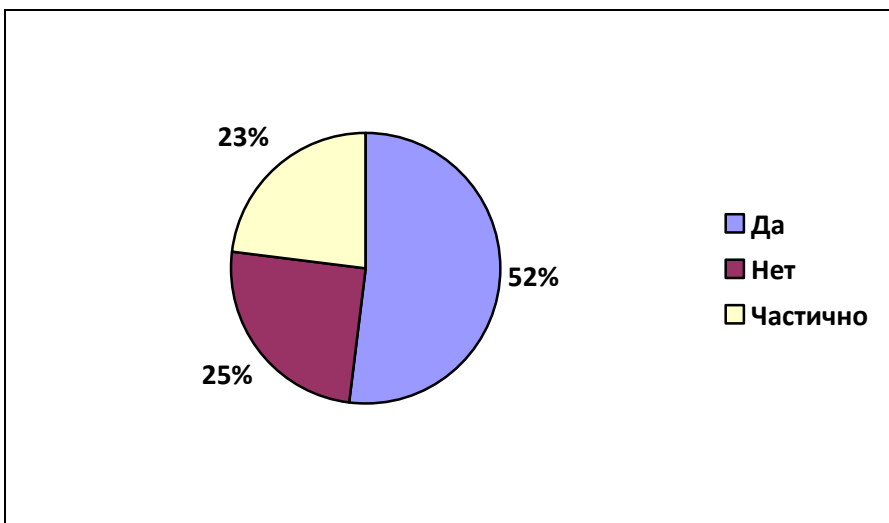


Рис. 20. Информированность пациентов о питании при заболевании и поведении после выписки из стационара.

По результатам проведенного исследования проблем пациентов, а так же факторов риска развития рака желудка, составлены рекомендации для улучшения работы медицинской сестры с пациентами при раке желудка.

Для предотвращения осложнений и улучшения качества жизни пациентов при раке желудка следует:



- создавать комфортные условия для пациентов;
- в полном объеме информировать пациента при подготовке к лабораторным и инструментальным методам исследования;
- проводить беседы с пациентом о значимости диеты при заболевании;
- своевременно проводить оценку качества своей деятельности и при необходимости производить корректировку;
- проведение обучения родственников уходу за пациентами.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рак желудка остается чрезвычайно острой проблемой. Смертность за последние годы в нашей стране и в мире не снизилась. Выявляемость ранних форм, с одной стороны, низкая, однако, с другой стороны, является единственным шансом на выздоровление. Клинические проявления раннего рака желудка не являются специфичными и часто скрываются под симптомы других желудочно-кишечных заболеваний и даже маскируются под болезни других органов.

Скрининговые программы, проводимые в экономически развитых странах, являются дорогими, а в условиях современной действительности скрининг рака желудка должен постоянно проводиться хотя бы в группах фоновых и предраковых заболеваний. В этой связи требуется популяризация знаний среди населения Российской Федерации (включая телевидение, радио, распространение буклетов и т.д.). Особая роль в профилактике и диагностике должна отводиться терапевтам, гастроэнтерологам, среднему медицинскому персоналу. Действенной мерой профилактики рака желудка может служить изменение образа жизни. При выявлении заболевания больные должны как можно раньше направляться для лечения в специализированных учреждениях.

При семейном раке желудка должно проводиться медикогенетическое консультирование родственников.

Очень важная роль в профилактике и лечении онкологических заболеваний отводится именно медицинской сестре. Медицинская сестра осуществляет контроль основного заболевания, помогает справиться пациенту с сопутствующими патологиями (боль, слабость, кахексия, лихорадка, рвота, анемия). На всех этапах она осуществляет активное медицинское сопровождение, паллиативную помощь, психологическую и социальную поддержку. Также медсестра играет важную роль в жизни родственников пациентов, оказывая физическую и моральную поддержку.

Проанализировав полученные данные, можно сделать вывод о том, что большинство пациентов имеют факторы риска, способствующие возникновению рака желудка. Так же отмечается большая доля вредных привычек, что говорит о недостаточной первичной профилактике. Поэтому необходимо обучать правильному питанию здоровых пациентов, проводить беседы о негативном влиянии вредных привычек. Осуществлять своевременную диспансеризацию пациентов входящих в группу риска.

Для улучшения показателей вторичной профилактики следует больше общаться с пациентом, осуществлять психологическую поддержку, достаточно информировать пациента на всех этапах диагностики и лечения заболевания, осуществлять паллиативную помощь.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Онкология: учебник [Электронный ресурс] / Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 920 с.: ил.
2. Стрюк Р.И. Внутренние болезни: Учебник: Электронный ресурс / Р.И. Стрюк, И.В. Маев; Р.И. Стрюк, И.В. Маев. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 496 с.
3. Справочник: сестринское дело [Электронный ресурс] / сост. Т.С. Щербакова. - 10-е изд., стер. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2014. - 601 с. - ISBN 978-5-222-22740-4.
4. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях : учебное пособие для студентов образовательных учреждений среднего профессионально образования [Электронный ресурс] / Э.В. Смолева и др. - Ростов н/Д : Феникс, 2017. - 368 с. - ISBN 978-5-222-28896-2: 747-00.
5. Сестринский уход в онкологии [Электронный ресурс]: учебник для академического бакалавриата / отв. ред. В. А. Лапотников. – 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: Издательство Юрайт, 2019. - 288 с. - <https://biblionline.ru/bcode/434245/> ISBN 978-5-534-07131-3
6. Фармакотерапия хронического болевого синдрома у онкологических пациентов [Электронный ресурс] / А. Д. Каприн и др. - М.: МНИОИ им. П. А. Герцена, 2015.
7. Орлова, Т. В. Особенности общения медсестры с умирающими пациентами // Медицинская сестра. — 2015. — №1. — С. 28—33.
8. Павлова, Т. А. Терминальный период в жизни человека // Медицинская сестра. — 2015. — №4. — С. 8—11.
9. Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта. Сибирский онкологический журнал. 2017
10. <https://okgastro.ru/zheludok/607-stadii-i-stepeni-raka>

11. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность). Филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 250 с.- илл. 2017.

12. <https://www.no-onco.ru/lechenie-raka/rak-zheludka/statistika-raka-zheludka.html>

13. [https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\\_gastroenterologia/stomacs-cancer](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/stomacs-cancer)

14. <https://nnood.ru/wp-content/uploads/2017/04/Dieta-dlya-bolnykh-s-rakom-zheludka>

## **ПРИЛОЖЕНИЕ**

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### Уважаемые пациенты!

Просим Вас принять участие в социологическом опросе. Внимательно прочитав каждый вопрос, выберите один из ответов, который наиболее Вам подходит.

Информацию, которую Вы сообщите, является конфиденциальной и не будет использована без Вашего согласия.

- 1) **Укажите Ваш пол:** а) муж; б) жен;
- 2) **Возраст:** а) до 30 лет; б) 30-40; в) 40-50; г) старше 50;
- 3) **Место жительства:** а) город; б) село;
- 4) **Условия проживания:** а) квартира; б) свой дом; в) съемная квартира;
- 5) **Вы работаете:** а) да; б) нет; в) пенсионер;
- 6) **Ваша работа связана:** а) с физической нагрузкой; б) умственный труд;
- 7) **Наличие профессиональных вредностей:** а) ненормированный рабочий день; б) работа связана с командировками; в) работа связаны с вдыханием вредных веществ;
- 8) **Часто ли Вы переживаете:** а) да; б) нет; в) иногда;
- 9) **Сколько раз в день питаетесь:** а) регулярно 1-2 раза; б) 3 раза и чаще; в) нерегулярно;
- 10) **Часто ли Вы употребляете горячую пищу, напитки:** а) часто; б) редко;
- 11) **Укажите Ваши пищевые предпочтения:** а) жирная пища; б) жареная пища; в) копченые продукты; г) консервированные продукты; д) частое употребление фастфуда; е) разнообразное питание (в том числе много овощей и фруктов);
- 12) **Вы курите:** а) да; б) нет; г) курил раньше;
- 13) **Как часто употребляете алкоголь:** а) часто; б) редко; в) не употребляю;
- 14) **Как долго Вы болеете:** а) менее года; б) год; в) более года;
- 15) **Вас беспокоит тошнота, рвота:** а) часто; б) редко; в) нет;
- 16) **Отмечается ли у Вас снижение веса за период заболевания:** а) да; б) нет;
- 17) **Вас беспокоят боли в области желудка:** а) да; б) нет; в) иногда;
- 18) **У Вас отмечается:** а) снижение аппетита; б) повышение аппетита; в) аппетит не изменился; г) отмечается извращение вкуса (отвращение к какой-то еде);
- 19) **Откуда Вы получили информацию о своем заболевании:** а) врач; б) родственники;
- 20) **Достаточно ли Вы получили информации от медицинской сестры при подготовке к исследованиям:** а) да; б) нет; в) частично;
- 21) **Довольны ли Вы действиями медицинской сестры во время лечения:** а) да; б) нет; в) частично;
- 22) **Достаточно ли Вы информированы о питании при Вашем заболевании, поведении после выписки из стационара:** а) да; б) нет; в) частично.

**Благодарим за сотрудничество!**