Министерство здравоохранения Хабаровского края

Краевое государственное бюджетное учреждение

среднего профессионального образования

«Хабаровский государственный медицинский колледж»

ЦМК «Терапевтические дисциплины»

Курсовая работа

Особенности сестринской помощи при раке желудка

Хабаровск 2014

Оглавление

Введение

1. Этиология и патогенез

1.2 Классификация

1.2.1 Макроскопическая классификация

1.2.2 Международная гистологическая классификация принята ВОЗ в 1977 г.

1.2.3 Классификация по глубине инвазии

1.3 Метастазирование

1.4 Клиника

1.5 Прогноз при раке желудка

1.6 Диагностика

1.7 Лечение

1.8 Осложнения

1.9 Профилактика

2. Сестринская помощь при раке желудка

2.1 Основные проблемы пациентов с синдромом новообразований

2.2 Особенности ухода за больными раком желудка

Выводы

Заключение

Список литературы

Введение

Рак - это злокачественная опухоль из эпителиальной ткани, обладающая автономным прогрессирующим ростом. В зарубежной литературе термин "рак" нередко используется для обозначения всех злокачественных опухолей, независимо от их тканевого состава и происхождения. Развивается из-за аномального и неконтролируемого деления клеток, которые начинают поражать и разрушать окружающие ткани. Распространение раковых клеток (метастазирование) происходит через кровоток, лимфоток, через плевральную и брюшную полости, при этом в организме больного вторичные опухоли могут развиваться вдали от места возникновения первичной опухоли. Каждая раковая опухоль обладает своими собственными характеристиками, склонностью к появлению метастазов и ведет себя в организме человека по-своему; например, костное метастазирование чаще всего наблюдается при раке груди, но очень редко при раке яичника. Существует множество факторов, которые могут привести к развитию у человека раковой опухоли: например, табакокурение чаще всего вызывает рак легких, а радиационное излучение приводит к образованию некоторых видов костных сарком и лейкемии; известны различные вирусы, которые стимулируют рост опухолей. Генетические факторы также вносят существенный вклад в развитие у человека рака.

Заболеваемость злокачественными опухолями непрерывно растёт. Ежегодно в мире регистрируется порядка 6 миллионов новых случаев заболевания злокачественными опухолями. Наиболее высокая заболеваемость среди мужчин отмечена во Франции (361 на 100 000 населения), среди женщин в Бразилии (283,4 на 100 000). Отчасти это объясняется старением населения. Следует отметить, что большинство опухолей развивается у лиц старше 50 лет, а каждый второй онкологический больной старше 60 лет.

Смертность от онкологических заболеваний занимает в мире второе место после заболеваний сердечно-сосудистой системы. Одно из наиболее распространённых злокачественных заболеваний - рак желудка.

Рак желудка представляет собой злокачественную опухоль, развивающуюся из клеток слизистой оболочки желудка. В структуре онкологической заболеваемости и смертности населения России рак желудка занимает второе место после рака легкого. Ежегодно в нашей стране учитывается 48,8 тыс. новых случаев этого заболевания, что составляет немногим более 11% от всех злокачественных опухолей. Около 45 тысяч россиян ежегодно умирают от рака желудка. В подавляющем большинстве стран мира заболеваемость мужчин в 2 раза выше, чем у женщин.

Цель исследования: Изучение сестринской помощи при гломерулонефрите.

Задачи:

Для достижения данной цели исследования необходимо изучить:

− Этиологию предрасполагающие факторы данного заболевания;

− Клиническую картину и особенности диагностики данного заболевания;

− Принципы оказания первичной медицинской помощи при данном заболевании;

− Методы обследования и подготовку к ним;

− Принципы лечения и профилактики данного заболевания;

− Манипуляции, выполняемые медицинской сестрой;

− Особенности сестринской помощи при данной патологии.

Для достижения данной цели исследования необходимо проанализировать:

− Тактику медицинской сестры при осуществлении сестринской помощи пациентам с данной патологией;

Практическое значение курсовой работы:

Подобное раскрытие материала, по теме «Сестринская помощь при раке желудка» которое позволит повысить качество сестринской помощи.

# 1. Этиология и патогенез

Этиология рака желудка, как и рака других органов, остается до сих пор невыясненной. Для возникновения рака желудка в качестве причины могут быть привлечены все те же факторы, которые приводятся в современной онкологии; имеют значение нейропсихические и непосредственные пищевые факторы, а также режим питания. Вопрос о генетических влияниях остается пока в сфере предположений.

Патогенез рака желудка представляется в настоящее время изученным более подробно. Ныне стало общепринятым то представление, что рак желудка развивается на фоне предшествующих изменений эпителия и всей его слизистой оболочки. Изменения эти существуют предварительно неопределенный отрезок времени, редко ничем себя не проявляют, а чаще уже и до возникновения рака наблюдаются симптомы, свойственные другим заболеваниям желудка. В результате повторных операций установлено, что в течение 5 - 7 - 10 и более лет многие доброкачественные заболевания желудка превращаются в рак. Их в настоящее время объединяют в группу так называемых предраковых болезней желудка.

К предраковым заболеваниям желудка относятся: хронический атрофический гастрит с секреторной недостаточностью (главным образом “гастриты перестройки”), полипов и язва желудка. У больных раком желудка хронический гастрит наблюдается в 97%. Ряд исследователей считает однако, что взаимосвязь гастрита и рака не доказана.

Различают три варианта взаимоотношений при обсуждении роли гастрита в возникновении рака желудка:

) случайное совпадение двух, независимых друг от друга процессов (гастрита и рака) у одного и того же больного

) предшествующее развитие гастрита и возможная в силу этого предрасполагающая - предраковая - роль его в возникновении опухолевого роста и последующее проявление гастритических изменений в результате существования раковой опухоли. Рак желудка на фоне ахлоргидрии встречается чаще, чем на фоне гиперхлоргидрии (70%). Особенно важно, однако, то, что развитию рака из гастрита благоприятствует не столько секреторный фон, сколько наличие гистологических изменений слизистой типа гастрита «перестройки».

. Полипоз желудка, несомненно, имеет связь с последующим развитием раковой опухоли в нем. Наблюдается озлокачествление полипов в 12 - 50%.

При гистологическом исследовании препаратов желудка после резекции по поводу полипоза в 24,2% случаев наблюдался переход полипов в рак или сочетание рака и полипоза. В рак чаще превращаются полипы желудка аденоматозного строения как без воспалительных явлений, так и с длительным воспалительным процессом в них. Описаны примеры, когда после резекции желудка по поводу полипа или язвы в культе желудка развивался рак. Это обстоятельство говорит о том, что гастрит, полипоз и язва желудка являются промежуточными этапами единого процесса при условии продолжающегося действия канцерогенов на оставшуюся часть желудка.

Рак желудка может развиваться внутристеночно (в стенке желудка), переходить на соседние органы и образовывать метастазы. Направление распространения раковой опухоли идет главным образом от пилорического отдела желудка к кардиальному, следуя за током лимфы. Возможно распространение опухоли и на начальную часть двенадцатиперстной кишки, но это имеет место сравнительно редко.

Литературные данные о частоте различных локализаций рака в разных отделах желудка разноречивы:

) рак в пилорической части наблюдается в 60 - 70%;

) рак малой кривизны (средний отдел) - в 10 - 15%;

) рак кардиальной части - в 8 - 10%;

) рак передней и задней стенок - в 2 - 5%;

) рак большой кривизны (средний отдел) - около 1%;

) рак дна желудка - 1%;

) диффузная распространенность рака с захватом большей части или всего желудка наблюдается в 3,5%.

Практически важно знать, что раковой опухоли желудка присущ разный тип роста: экзофитный, эндофитный и смешанный. Наиболее частыми из них являются опухоли со смешанным типом роста, с неодинаковым экзофитно-эндофиным ростом опухоли в различных ее участках.

# 1.2 Классификация

.2.1 Макроскопическая классификация

Макроскопически различают три типа роста рака желудка. С ними можно связать особенности клинической симптоматики заболевания и характер метастазирования.

Экзофитный (полиповидный, грибовидный, блюдцеобразный, и бляшковидный) рост опухоли характеризуется четкими границами. Новообразование имеет вид полипа, гриба или бляшки. При изъязвлении такой опухоли её центр принимает вид блюдца. На расстояние более 2-3 см от видимого края опухоли раковая инфильтрация обычно не распространяется.

Наиболее злокачественно протекает рак желудка, отличающийся эндофитным (инфильтративным) типом роста. Эти опухоли не вдаются в просвет органа и не имеют четких границ. Инфильтративные карциномы стелются вдоль стенки желудка, главным образом по подслизистому слою, богатому лимфатическими сосудами, и чаще метастазируют. Складки слизистой оболочки желудка при этом расправляются, сглаживаются. При микроскопическом исследовании удалённого препарата клетки рака можно обнаружить на расстоянии 5-7 см от предполагаемой границы опухоли.

При смешанном типе сочетаются признаки экзо -, и эндофитного роста. В этих случаях течение заболевания определяет инфильтративный компонент опухоли.

1.2.2 Международная гистологическая классификация принята ВОЗ в 1977г.

1. Аденокарцинома

А) папилярная

Б) тубулярная

В) муцинозная

Г) перстневидноклеточная

. Железисто-плоскоклеточный рак

. Плоскоклеточный рак

. Недифференцированный рак

. Неклассифицируемый рак

По степени дифференцировки опухолевых клеток международная классификация предусматривает высоко-, умеренно-, и низкодифференцированные виды аденокарциномы. Следует отметить, что в пределах одной опухоли могут обнаруживаться участки различного строения и разной степени дифференцировки. Это объясняется сложностью строения слизистой оболочки желудка, способностью её камбиальных клеток дифференцироваться в морфологически и функционально различные клеточные элементы.

1.2.3 Классификация по глубине инвазии

- Ранний (Early) .Растёт в слизистом и подслизистом слое от 5 мм до 3 см.

Продвинутый («Запущенный», Advanced). Прорастает вглубь, в мышечный слой.

1.3 Метастазирование

Рак желудка метастазирует преимущественно лимфогенным путем. Возможно так же гематогенный, контактный или имплантационный пути распространения опухоли. Кроме того, встречаются различные комбинациивсех трех путей метастазирования.

Чаще отмечается следующая последовательность метастазирования: сначала поражаются регионарные лимфатические барьеры (лимфатические узлы, расположенные в связках желудка), затем лимфатические узлы, сопровождающие крупные артерии, питающие желудок, потом забрюшинные и органы брюшной полости. Гематогенным путём в большей степени поражаются печень, легкие, позвоночник.

.4 Клиника

Клинические проявления рака желудка весьма разнообразны и зависят от размеров и формы роста опухоли, ее локализации, стадии заболевания, а также от фона, на котором возникло опухолевое поражение.

Условно можно выделить местные и общие проявления болезни. К местным симптомам относят тупую боль в верхней части живота, тошноту, рвоту, отрыжку, снижение аппетита вплоть до отвращения к некоторым видам пищи (мясные блюда), тяжесть в надчревной области после еды, желудочный дискомфорт, быструю насыщаемость при приеме пищи, дисфагию.

Общие проявления рака желудка - немотивированная общая слабость, похудение, снижение работоспособности, утомляемость, вялость, апатия, реже - раздражительность, возбудимость. Иногда эти симптомы являются первыми признаками поражения.

На ранних стадиях развития рака желудка довольно длительное время клинические проявления болезни отсутствуют или нерезко выражены, и это является главной причиной позднего обращения пациента к врачу. По современным данным, до 80 % больных поступают в стационар с поздними стадиями рака желудка.

Тщательный расспрос больного позволяет при раннем раке желудка выявить ряд симптомов, которые могут насторожить врача в отношении злокачественного поражения. Почти 1/3 больных жалуется на умеренную тупую боль в надчревной области, усиливающуюся или возникающую после приема пищи, что связано с имеющимся у значительного числа пациентов хроническим атрофическим гастритом. Реже больные отмечают симптомы желудочного дискомфорта - отрыжку воздухом, изжогу, тяжесть в надчревной области.

Рак пилорического отдела желудка проявляется симптомами, обусловленными сужением выхода из желудка и нарушением эвакуации его содержимого. Наиболее частыми симптомами являются тяжесть, чувство распирания в надчревной области после приема пищи. Характерно также чувство быстрого насыщения после приема пищи. Довольно быстро присоединяется отрыжка воздухом, а позднее пищей. При выраженном нарушении эвакуации содержимого из желудка и брожении пищи возникают отрыжка «тухлым», рвота непереваренной пищей, съеденной за много часов (иногда за 2-3 сут) до рвоты.

Нередким симптомом рака пилорического отдела желудка является боль, которая обычно бывает постоянной, усиливающейся после еды вследствие увеличения перистальтической активности. В этих случаях боль принимает схваткообразный характер, достигая максимальной интенсивности вскоре после приема пищи. При пилорической локализации рака отмечается довольно быстрое прогрессирование как местных, так и общих симптомов заболевания; больные обезвоживаются, худеют.

Изъязвление опухоли нередко сопровождается кровотечением, проявляющимся кровавой рвотой или меленой. Значительно чаще отмечают скрытое кровотечение из распадающейся опухоли, не манифестирующее изменением окраски кала, или примесь крови в рвотных массах. Тем не менее небольшие (до 50-70 мл в сутки) скрытые кровотечения быстро приводят к довольно выраженной анемии. Большие, распадающиеся раковые опухоли нередко сопровождаются субфебрильной (реже фебрильной) температурой тела. Это связано как со всасыванием из распадающейся опухоли белковых продуктов, так и с ее инфицированием.

Рак проксимального отдела желудка длительное время протекает бессимптомно. Первым и наиболее частым симптомом является боль в надчревной области и за мечевидным отростком. Нередко боль иррадиирует в левое плечо и межлопаточное пространство, в левую половину грудной клетки. В ряде случаев при раке кардиальной части боль носит приступообразный характер по типу стенокардии, что может быть причиной диагностических ошибок.

При распространении опухоли на кардиологическое кольцо и брюшную часть пищевода появляется дисфагия.

Рак тела желудка характеризуется чаще всего длительным латентным течением. На первый план выступают общие симптомы заболевания. Местные симптомы появляются довольно поздно при достижении опухолью значительных размеров. Нередко первым симптомом рака тела желудка является профузное желудочное кровотечение.

Рак большой кривизны и дна желудка также протекает без характерной клинической симптоматики. Местные проявления болезни определяются лишь в поздних стадиях развития ракового процесса. При распространении рака дна желудка на кардиальную часть его и брюшную часть пищевода развивается дисфагия.

Прорастание рака большой кривизны желудка в поперечную ободочную кишку приводит к формированию желудочно-толстокишечного свища. Клинически это осложнение проявляется в виде поноса с примесью непереваренной пищи, рвоты желудочным содержимым с запахом каловых масс. Иногда опухоль желудка, прорастая в толстую кишку (без образования свища), суживает ее просвет, что проявляется симптомами хронической частичной (реже полной) обтурационной кишечной непроходимости - вздутием живота, усилением перистальтики, схваткообразной болью, урчанием в животе, затруднением отхождения стула и газов.

Рак культи желудка длительное время не вызывает какой-либо клинической симптоматики или протекает под маской тех или иных постгастрорезекционных расстройств. Больные часто обращаются к врачу за помощью уже в запущенной стадии заболевания.

# 1.5 Прогноз при раке желудка

Прогноз наиболее благоприятен при начальном раке и 1 стадии опухолевого процесса, выживаемость достигает 80- 90% . При 2-3 стадиях прогноз зависит от количества метастазов в региональных лимфатических узлах, прямо пропорционален их числу. При 4 стадии прогноз крайне неблагоприятный и надежда на выздоровление может быть только в случае полного удаления опухоли в результате расширенных операций.

Рак желудка, в отличие от других злокачественных опухолей, опасен местным возвратом заболевания (рецидивом) как в стенках удаленного органа так и в самой брюшной полости. Метастазирует рак желудка чаще в печень и по брюшине (имплантационные метастазы), в лимфатические узлы брюшной полости, реже в другие органы (надключичные лимфатические узлы, яичники, легкие). Метастазы - это отсевы из основной опухоли, имеющие её структуру и способные расти, нарушая функцию тех органов, где они развиваются. Появление метастазов связано с закономерным ростом опухоли: ткань растет быстро, питания хватает не всем ее элементам, часть клеток теряет связь с остальными, отрывается от опухоли и попадает в кровеносные сосуды, разносится по организму и попадает в органы с мелкой и развитой сосудистой сетью (печень, легкие, головной мозг, кости), оседают в них из кровотока и начинают расти, образуя колонии- метастазы. В некоторых случаях метастазы могут достигать огромных размеров (более 10 см) и приводить к гибели больных от отравления продуктами жизнедеятельности опухоли и нарушения работы органа.

Рецидивы заболевания очень плохо поддаются лечению, в некоторых случаях возможны повторные операции.

# 1.6 Диагностика

Ряд обследований, позволяющих выявить рак желудка:

Ведущим исследованием в данном случае является видеоэзофагогастродуоденоскопия (ФГДС). Этот метод исследования позволяет детально осмотреть слизистую оболочку пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки и обнаружить опухоль, определить её границы и взять кусочек для исследования под микроскопом.

Метод безопасен и хорошо переносится пациентами. При выявлении небольших опухолей в начальной стадии, возможно их удаление через тот же аппарат с применением короткодействующего внутривенного наркоза.

Всем пациентам после 50 лет, а так же страдающим хроническими гастритами и имеющими в анамнезе язву желудка, необходимо ежегодно выполнять гастроскопию (от латинского «гастер»- желудок, «скопия»- осматривать) с целью выявления опухолевой патологии на ранней стадии.

Рентгеноскопия желудка - один из старых методов исследования. В большей степени позволяет оценить функциональные возможности органа. Позволяет заподозрить рецидив опухоли после операции на желудке. Эффективен при инфильтративных формах рака, когда результаты биопсии могут быть отрицательны, безопасен для больного и не несет большой лучевой нагрузки.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости позволяет выявить косвенные признаки опухоли желудка (симптом объемного образования в верхней половине живота), прорастание опухоли в подлежащие органы (поджелудочную железу), метастатическое поражение печени, близлежащих лимфатических узлов, наличие жидкости в животе (асцит), метастатическое поражение серозной оболочки внутренних органов (брюшины).

Компьютерная томография брюшной полости позволяет более детально интерпретировать выявленные по УЗИ изменения - исключить или подтвердить метастазы во внутренних органах.

Эндоскопическое ультразвуковое исследование используется при подозрении на подслизистые опухоли желудка, растущие в толще его стенки, при выявлении ранних раков для оценки глубины прорастания в опухоли в стенку органа.

Диагностическая лапароскопия - операция, выполняемая под внутривенным наркозом через проколы в брюшной стенке, куда вводится камера для осмотра органов брюшной полости. Используется исследование в неясных случаях, а так же для выявления прорастания опухоли в окружающие ткани, метастазах в печень и по брюшине и взятия биопсии.

Исследование крови на онкомаркеры - белки, вырабатываемые только опухолью и отсутствующие в здоровом организме. Для выявления рака желудка используются Са 19.9, РЭА, Са 72.4. Но все они обладают низкой диагностической ценностью и используются обычно у пролеченных пациентов с целью выявления метастазирования в возможно ранние сроки.

Виды опухолевого поражения желудка в зависимости от локализации опухоли в органе:

рак кардиального отдела- области пищеводно- желудочного перехода;

рак нижней трети пищевода;

рак тела желудка;

рак антрального отдела желудка(выходного отдела);

рак угла желудка (угол между желудком и двенадцатиперстной кишкой);

тотальное поражение желудка при инфильтративных раках.

Формы рака желудка:

экзофитный рак: опухоль растет в просвет желудка, имея вид полипа, «цветной капусты» или язвы, может быть в виде блюдца и так далее.

инфильтративный рак: как бы «стелится» вдоль стенки желудка.

Стадии рака желудка различаются в зависимости от глубины прорастания стенки органа:

стадия - рак «на месте» - начальная форма рака, ограничен пределами слизистой оболочки, стенку желудка не прорастает;

стадия - опухоль прорастает в подслизистый слой стенки желудка без метастазов в близлежащих лимфатических узлах ;

стадия - растет в мышечную оболочку желудка, имеются метастазы в близлежащих лимфатических узлах;

стадия - опухоль прорастает всю толщу стенки желудка, имеются метастазы в близлежащих лимфатических узлах;

стадия - опухоль врастает в соседние органы: поджелудочную железу, крупные сосуды брюшной полости. Или имеются метастазы в органы брюшной полости (печень, брюшину, яичники у женщин).

# 1.7 Лечение

В лечении рака желудка, как и любого другого рака, ведущим и единственным методом, дающим надежду на выздоровление, является операция.

Существует несколько вариантов операции на желудке:

Удаление части органа - резекция желудка (дистальная- удаление выходного отдела, проксимальная- удаление ближайшего к пищеводу отдела), выполняется при экзофитных опухолях антрального или кардиального отделов желудка соответственно.

гастрэктомия (от латинского «гастр»-желудок, «эктомия»- удаление) - удаление всего желудка целиком с последующим формированием «резервуара» из петель тонкого кишечника, выполняется при опухолях тела желудка (средней части).

Комбинированные расширенные операции - с удалением части близлежащих, вовлеченных в опухоль органов - поджелудочной железы, печени и других.

выведение гастростомы - формирования отверстия в желудке на живот, выполняется при неудалимых опухолях, нарушающих пассаж пищи, для кормления пациентов, с целью облегчить состояние пациента и продлить жизнь.

формирование обходного соустья между желудком и петлями кишечника - создание обходного пути для прохождения пищи, используется при неудалимых опухолях с целью продления жизни пациентов.

Часто операция дополняется еще каким-нибудь специальным противоопухолевым лечением:

при наличии подтвержденных метастазов в близлежащих (региональных) лимфатических узлах обязательно использование профилактической химиотерапии. Химиотерапия - это внутривенное введение токсичных химических веществ с целью уничтожить микроскопические метастазы, которые глазом обнаружить не удалось во время операции.

при выявлении метастазов в других органах (печени, легких, брюшине и так далее) обязательно использование химиотерапии, призванной уменьшить размеры метастазов или полностью уничтожить их.

Лучевое лечение при раке желудка не используется так как желудок подвижен в брюшной полости и опухоли этого органа к облучению не чувствительны. Лучевая терапия может быть использована в послеоперационном периоде, в случае если опухоль удалена не полностью, в зоне резекции при исследовании под микроскопом определяются опухолевые клетки - облучение анастомоза (сформированного соустья) между пищеводом и кишечником.

Самолечение при опухолях желудка недопустимо и опасно, так как может привести к полному нарушению прохождения пищи из желудка в кишечник - стенозу привратника, что в свою очередь приводит больных к гибели от голода. Использовать так называемые «народные средства» тоже не стоит, особенно токсичные, так как многие из них (болиголов, чистотел, чага) могут вызывать отравление организма и ухудшать состояние больных.

Только своевременная и квалифицированная медицинская помощь при как можно раннем обращении позволяет обеспечить выздоровление больного.

# 1.8 Осложнения

Осложнения при раке желудка могут возникнуть в связи с некрозом и воспалительными процессами в самой опухоли. В этих случаях возможны перфорация стенки, кровотечение, перитуморозный гастрит, флегмона желудка. Гораздо чаще осложнения возникают в связи с прорастанием опухолью и ее метастазами прилежащих тканей. При прорастании опухолью головки поджелудочной железы или печеночно-дуоденальной связки развиваются желтуха, асцит, портальная гипертензия. При прорастании поперечной ободочной кишки или корня брыжейки развивается механическая непроходимость кишечника. При разрастании опухоли в пилорическом канале возможно развитие стеноза привратника. Карциноматоз плевры осложняется геморрагическим плевритом или эмпиемой плевры. Но наиболее часто при раке желудка развивается кахексия, обусловленная голоданием больных и выраженной интоксикацией.

# 1.9 Профилактика

Профилактика рака желудка включает правильное и полноценное питание, отказ от курения, своевременное ежегодное обследование желудка, особенно это касается пациентов, имеющих в анамнезе язвенную болезнь и хронические гастриты.

рак желудок болезнь

# 2. Сестринская помощь при раке желудка

Непосредственно перед сестринскими вмешательствами необходимо осуществить расспрос пациента и его родственников о:

− Перенесенных заболеваниях.

− Болях в поясничной области.

− Наличие отеков.

− Повышение АД

− Тошнота, рвота

− Утомляемость, общая слабость

А также провести объективное обследование это позволит оценить физическое и психологическое состояние пациента.

Медсестра обязана информировать пациента и его родственников о сути заболевания, принципах лечения и профилактики, так же информировать пациента перед каждым исследованием ход предстоящей процедуры и подготовку к ним.

# 2.1 Основные проблемы пациентов с синдромом новообразований

Пациентов с онкологическими заболеваниями беспокоят боль, стресс, диспепсические нарушения, расстройства функций кишечника, суженные способности к самообслуживанию и недостаток общения. Постоянное присутствие рядом с больным медсестры приводит к тому, что медсестра становится основным связующим звеном между пациентом и внешним миром. Медсестра видит, что приходится испытывать пациентам и их семьям, и вносит в уход за больными сочувственное понимание.

Главная задача медсестры заключается в том, чтобы облегчить боль и страдания пациента, помочь в выздоровлении, в восстановлении нормальной жизнедеятельности. Способность к выполнению основных элементов самообслуживания у пациента с данной патологией сильно ограничена. Своевременное внимание медсестры к выполнению пациентом необходимых элементов лечения и самообслуживания становится первым шагом к реабилитации.

Важную роль в уходе за пациентами с онкологией желудка играют беседа и совет, который может дать медсестра в определенной ситуации. Эмоциональная, интеллектуальная и психологическая поддержка помогает больному подготовиться к настоящим или к предстоящим изменениям, возникающим из-за стресса, который всегда присутствует при обострении заболевания. Итак, сестринский помощь нужна для того, чтобы помогать пациенту решать возникающие проблемы со здоровьем, не допускать ухудшения состояния и возникновения новых проблем со здоровьем.

# 2.2 Особенности ухода за больными раком желудка

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

Регулярное измерение температуры <http://spb03.com/sovetiblizkim/30/temperaturatela.html> тела позволяет выявить предполагаемый распад опухоли, реакцию организма на облучение. Данные измерения массы тела и температуры должны быть зафиксированы в дневнике наблюдения <http://spb03.com/sovetiblizkim/47/planlistsestrinskogouhoda.html>.

Важен правильный режим питания. Больной должен получать пищу, богатую витаминами и белками, не менее 4-6 раз в день, причем следует обращать внимание на разнообразие и вкусовые качества блюд.

Подопечного с запущенными формами рака желудка следует кормить более щадящей пищей (сметана, творог, отварная рыба, мясные бульоны, паровые котлеты, фрукты и овощи в размельченном или протертом виде и др.) Во время еды обязателен прием 1-2 столовых ложек 0,5-1 % раствора хлористоводородной кислоты.

Выраженная непроходимость твердой пищи у больных с неоперабельными формами рака кардиального отдела желудка и пищевода требует назначения калорийной и богатой витаминами жидкой пищи (смётана, сырые яйца, бульоны, жидкие каши, сладкий чай, жидкое овощное пюре и др.).

Иногда улучшению проходимости способствует следующая смесь: спирт-ректификат 96 % - 50 мл, глицерин - 150 мл (по одной столовой ложке перед едой). Прием указанной смеси можно комбинировать с назначением 0,1 % раствора атропина по 4-6 капель на столовую ложку воды за 15-20 минут до еды.

Лечение кашля у онкологических больных заключается в устранении его причины, что не всегда возможно при распространенной злокачественной опухоли. Кашель можно облегчить, если устранить присоединившийся воспалительный процесс или заставить кашлевой центр головного мозга не реагировать на раздражение. При скоплении патологической жидкости в плевральной или брюшной полости ее удаление может существенно уменьшить проявления кашлевого рефлекса. Во всех случаях для подбора адекватного способа борьбы с кашлем целесообразно обратиться к врачу.

Основной симптом онкологических больных - слабость.

Нужно помочь пациенту быть максимально активным в течение дня, это даст ему чувство независимости. Контролировать и оценивайть эффективность назначенного лечения, докладывать врачу об изменениях в состоянии пациента:

1. Оказывайте подопечному поддержку, внушайть 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

. Не оставлять подопечного без наблюдения при приеме горячей пищи или питья

. 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.

# Выводы

Проанализировав случаи такого заболевания, как рак желудка, можно сделать выводы: знание этиологии, клинической картины, особенностей диагностики, методов обследования и лечения заболевания, профилактики осложнений, а так же знание манипуляций поможет медицинской сестре осуществлять все этапы сестринского помощи.

Медицинская сестра, в обязанности которой входит уход за больными, должна не только знать все правила ухода и умело выполнять лечебные процедуры, но и ясно представлять какое действие лекарства или процедуры оказывают на организм больного. Лечение болезни главным образом зависит от тщательного правильного ухода, соблюдения режима и диеты. В связи с этим возрастает роль медицинской сестры в эффективности проводимого лечения. Очень важной является и профилактика заболевания: медицинская сестра обучает членов семьи организации ухода за пациентом, режимом питания, отдыха.

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 патогномоничными, но часто скрываются под обычными «желудочными» жалобами. 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 (включая телевидение, радио, распространение буклетов и т.д.) о раке желудка врачей общего профиля и среди населения. Особая роль должна отводиться терапевтам, гастроэнтерологам, эндоскопистам. Действенной мерой профилактики рака желудка может служить изменение образа питания. Больные должны лечиться в специализированных учреждениях. При семейном раке желудка должно проводиться медикогенетическое консультирование родственников.

Проводимые исследования, в том числе и в области лучевой терапии, позволяют надеяться, что в ближайшее время появятся новые стандарты лечения рака желудка.

Углублённо изучив «Сестринскую помощь при раке желудка», проанализировав полученную информацию, мной сделано заключение, что цель работы достигнута.

Полученные знания и умения в ходе написания курсовой работы - необходимые условия оказания сестринской помощи. Написав данную курсовую работу, я больше узнала о данном заболевании и научилась применять свои знания на практике.

Список литературы

1. Важенин А.В. Лучевая диагностика и лучевая терапия. Учебное пособие для студентов ВУЗ, врачей интернов и клинических ординаторов, 2000

. Василенко И.В., Садчиков В.Д., Галахин К.А. Предрак и рак желудка: этиология, патогенез, морфология, лечебный патоморфоз, 2001

. Жолкивер К.С. Значение величины фракции дозы и фактора времени в лучевой терапии. Медицинская радиология, 1986.

. Киселева Е.С. Лучевая терапия злокачественных опухолей: Руководство для врачей, 1996.

. Сельчук В.Ю., Никулин В.Ю. Рак желудка, 2004

. Трапезников Н.Н., Поддубная И.В. Справочник по онкологии, 1996

. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Избранные лекции по клинической онкологии, 2000

. Материалы лекций по патологической анатомии.