**ПМ 02 МДК 01 Сестринский уход в терапии**

**Тема: "Сестринский процесс при раке желудка"**

Рак желудка — злокачественное опухоль желудка, развивающаяся из эпителиальной ткани, занимает одно из первых мест среди злокачественных заболеваний. К экзогенным факторам риска относят: особенности почвы, состава воды, пищевые добавки с нитратами. Способствуют развитию рака желудка преобладание в пищевом рационе копченостей, специй, очень горячей, жирной пищи, частое употребление крепких алкогольных напитков. Эндогенные факторы риска рака желудка: иммунодефицит, полипы желудка, хронический атрофический гастрит. Метастазы распространяются лимфогенным, гематогенным и регионарным (прорастание) путем.

Клиника. Зависит от:

* формы заболевания (диспептическая; болевая; лихорадочная; анемическая; кахектическая; смешанная);
* стадии болезни (I стадия — небольшая, четко отграниченная опухоль, локализованная в толще слизистого и подслизистого слоя. Метастазов нет. II стадия — опухоль, вросшая в мышечные слои стенки желудка, но не проросшая серозный слой и не спаянная с соседними органами. Желудок подвижен. Метастазы в ближайших зонах, подвижные, одиночные. III стадия — опухоль значительных размеров, выходит за пределы желудка, вросшая в соседние органы и спаявшаяся с ними. Подвижность резко ограничена. Множественные регионарные метастазы. IV стадия — опухоль любых размеров при наличии отдаленных метастазов);
* периода (ранний, явных клинических признаков, терминальный);
* осложнений (кровотечение, перфорация, стеноз привратника, сепсис).

У 2-5% больных отмечается бессимптомное начало болезни, опухоль выявляется при достижении огромных размеров. В 80% случаев заболевание начинается с синдрома малых признаков: немотивированная слабость, повышенная утомляемость, желудочный дискомфорт после еды, потеря аппетита, похудание. Затем присоединяется быстрое насыщение после приема малого количества пищи, чувство переполнения желудка после еды, отрыжка «тухлым», черный стул, лихорадка. На этой стадии характерно отсутствие каких-либо закономерностей в клинических проявлениях рака желудка.

При развившемся раке желудка отмечается: потеря веса, ухудшение аппетита, отвращение к мясной пище, тошнота, рвота, кровотечение желудочное или кишечное, признаки анемии. Часто пальпируется опухоль. Многообразие клинических проявлений рака желудка на этой стадии зависит от: локализации опухоли, формы роста опухоли (экзофитная, эндофитная), распространенности процесса. Рак кардиального отдела в начале болезни часто протекает бессимптомно, затем присоединяются признаки нарушения проходимости пищи по пищеводу (дисфагия, рвота сразу после приема сухой, плохо прожеванной пищи). Рак большой кривизны в основном проявляется признаками анемии и обнаруживается, когда опухоль достигает больших размеров. При раке пилорического отдела основным симптомом является рвота, возникающая через несколько часов после еды, развивается прогрессирующее снижение массы тела, иногда более чем на 10 кг в месяц. В заключительной стадии болезни больных беспокоят сильные, нестерпимые, изнуряющие боли в эпигастрии, позвоночнике, костях, суставах, правом подреберье, в животе. Отмечается анорексия, рвота после каждого приема пищи, непереносимость запахов пищи, сильнейшая слабость, пролежни. Кожа становится сухой, морщинистой, землисто-серого цвета.

Для диагностики рака применяется гастродуоденоскопия с прицельной биопсией и, реже, контрастное рентгенологическое исследование (определяется дефект наполнения). Искусственное контрастирование достигается путем введения в полость контрастного вещества или газа, например сульфата бария. Выступающая в просвет органа опухоль создает на его контуре «дефект наполнения».

При лабораторном исследовании: в крови выявляются признаки анемии, увеличение СОЭ. В желудочном содержимом обнаруживается молочная кислота, отсутствие соляной кислоты, атипичные клетки. В кале постоянно обнаруживается скрытая кровь.

Проблемы:

* боль в области желудка;
* нарушение аппетита;
* желудочный дискомфорт;
* давление, чувство переполнения в желудке после еды;
* отрыжка тухлым;
* дисфагия;
* тошнота;
* рвота;
* похудание.

Уход и лечение. 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; подготовку к дополнительным исследованиям; оказание помощи при рвоте, желудочном кровотечении; соблюдение деонтологических правил при уходе за больными; профилактику пролежней. 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.

Режим и диета зависят от стадии развития злокачественной опухоли и метода лечения. Пища дается механически и химически щадящая, малыми порциями не реже 4 раз в сутки. В начале болезни медицинская сестра проводит подготовку больных к дополнительным исследованиям (лабораторные методы исследования крови, кала, мочи, желудочного содержимого), инструментальные методы (УЗИ, ФГС, рентгенологические). Особые трудности ухода в неоперабельной стадии: обеспечивается личная гигиена, самообслуживание, кварцевание, проветривание, влажная уборка палат, уход за кожей, слизистыми, промежностью при нарушении физиологических отправлений, профилактика пролежней; деонтологические аспекты работы с больными и их родственниками.

Принципы и методы лечения больных раком желудка: хирургическое, лучевое, химиотерапевтическое, комбинированное. Химиотерапия является как дополнительным, так и самостоятельным методом. Она более успешна после радикальных операций. Применяется комбинированная терапия: 5-фторурацил + циклофосфан + натулан. В небольшом числе случаев проводится лучевая терапия (при наличии противопоказаний к хирургическому лечению).

При неоперабельных формах рака проводится паллиативное лечение. Назначается полноценное питание. Прием пищи 4 раза в день небольшими порциями. При возникновении рвоты назначаются препараты, регулирующие моторику желудка и двенадцатиперстной кишки (папаверин, но-шпа, галидор, церукал), местные анестетики (0,5% раствор новокаина по 1 ст. л. 3-4 раза в день, анестезин в порошке).

При болях (согласно рекомендациям ВОЗ) последовательно, по мере возрастания интенсивности и отсутствия эффекта от проводимой терапии, назначаются обезболивающие средства по ступеням: 1-я ступень — периферические ненаркотические анальгетики (парацетамол, бруфен и другие нестероидные противовоспалительные средства); 2-я ступень — периферические анальгетики + коанальгетики (транквилизаторы, нейролептики, снотворные, кортикостероиды) + слабые опиоиды (кодеин); 3-я ступень — периферические анальгетики +коанальгетики + сильнодействующие опиаты (морфин) + центрально-действующие анальгетики-опиаты.

Одновременно проводится симптоматическое и детоксикационное лечение.

Все больные нуждаются в психотерапевтической поддержке окружающих. Большая роль в этом принадлежит медсестре. Потребность в поддержке обусловлена страхом и беспокойством в связи с самой болезнью, подавленным настроением, нарушением физических способностей в решении повседневных проблем. Медсестра и родственники помогают повысить у больного настроение, способствуют процессу адаптации и улучшают качество жизни.

Проблемно-ситуационная задача.

Пациент Л., 68 лет, находится на лечении в онкологическом отделении с диагнозом: Рак желудка, 4 стадия. При сестринском обследовании установлены жалобы на: сильную периодическую боль в эпигастральной области, не связанную с приемом пищи, рвоту, слабость, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, похудание, вздутие живота. Пациент адинамичен, подавлен, вступает в контакт с трудом, замкнут.

Объективно: Состояние тяжелое, температура 37,90 С, кожные покровы бледные с

землистым оттенком. Больной резко истощен, тургор снижен. ЧДД 18 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное. Пульс 78 в 1 мин, удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. При пальпации живот болезненный в эпигастральной области, напряжение мышц передней брюшной стенки. Печень плотная, болезненная, бугристая, выступает на 5 см. из-под края реберной дуги.

Задания:

1. Определить потребности, удовлетворение которых нарушено, сформулировать проблемы пациента.

2. Поставить цели и составить план сестринских вмешательств с мотивацией.

Эталон ответа:

1. Нарушены потребности: есть, пить, выделять, быть здоровым, избегать опасности, поддерживать температуру тела, спать, работать. Проблемы настоящие: боль в эпигастральной области, рвота, слабость, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, похудание, вздутие живота. Проблема потенциальная: возможно развитие желудочного кровотечения.

Приоритетная проблема: боль в эпигастральной области.

2. Краткосрочная цель: пациент отметит уменьшение интенсивности болей к 7-у дню лечения. Долгосрочная цель: к моменту выписки у пациента наступит адаптация к состоянию своего здоровья.

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. Своевременно и правильно выполнять назначе- ния врача | Для эффективного лечения |
| 2. Обеспечить пациенту покой, уделять повышенное внимание, сочувствие | Для создания психологической поддержки и комфорта |
| 3. Обеспечить соблюдение постельного режима | Для создания физического покоя |
| 4. Обеспечить высококалорийное, легкоусвояемое богатое белками и витаминами питание | Для улучшения пищеварения |
| 5. Организовать кормление пациента в постели | Для комфортного состояния |
| 6. Помочь пациенту при физиологических отправлениях и гигиенических процедурах; осуществлять профилактику пролежней; своевременно менять постельное и нательное белье | Для поддержания гигиенических условий и профилактики осложнений |
| 7. Обеспечить регулярное проветривание палаты и уборку | Для предупреждения внутрибольничной  Инфекции |
| 8. Контролировать температуру, массу тела, пульс, АД, стул, цвет мочи | Для контроля состояния |
| 9. Оказывать неотложную помощь при рвоте | Для предотвращения аспирации рвотных масс |
| 10. Обучить родственников контакту и уходу за онкологическим больным | Для профилактики пролежней, инфекционных осложнений, аспирации рвотных масс |

Оценка: пациент отметил улучшение самочувствия, значительное уменьшение интенсивности болей. Цель достигнута.

Профилактика. Первичная: исключение вредных привычек, здоровый образ жизни, рациональное питание, правильное и своевременное лечение предраковых заболеваний (полипы желудка и др.). Диспансерное наблюдение за больными с ахилическими гастритами, язвенной болезнью. Вторичная: больные раком желудка находятся на диспансерном учете в онкодиспансере.