

Содержание

Введение	4
Глава I. Теоретическая часть.....	6
1.1 Этиология и патогенез.....	6
1.2 Стадии рака желудка.....	7
1.3 Метастазы.....	7
1.4 Клиника.....	8
1.5 Диагностика.....	10
1.6 Лечение.....	11
Глава II. Практическая часть.....	13
Заключение.....	20
Библиографический список.....	21
Приложение 1 Диаграмма локализаций рака желудка.....	22
Приложение 2 Памятки Подготовка пациента к исследованиям.....	23
Приложение 3 Локализация злокачественных новообразований у всех пациентов отделения.....	25
Приложение 4 Анкетирование онкоскрининг (рак желудка).....	26
Приложение 5 Стандарт-схема сестринской карты стационарного больного.....	27
Приложение 6 Алгоритм мытья рук гигиеническим способом Схема EN1500.....	34
Приложение 7 Алгоритм взятия крови системой вакутейнер.....	35
Приложение 8 Классификация отходов	38
Приложение 9 Беседа о диете.....	39
Брошюра по питанию для пациента после резекции желудка.....	43
Приложение 10 Алгоритм постановки в/м инъекции.....	44
Приложение 11 Рекомендации по предотвращению тошноты и рвоты.....	46
Приложение 12 Беседа о полноценном питании.....	47
Приложение 13 Основная нормативно-правовая документация, используемая в работе.....	49

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.

Заболеваемость злокачественными опухолями непрерывно растёт. Ежегодно в мире регистрируется порядка 6 миллионов новых случаев. Следует отметить, что большинство опухолей развивается у лиц старше 50 лет, а каждый второй онкологический больной старше 60 лет.

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

В структуре онкологической заболеваемости и смертности населения России рак желудка занимает второе место после рака легкого.

Около 45 тысяч россиян ежегодно умирают от рака желудка. Удельный вес данной опухоли в структуре онкологической патологии составляет 12,3%, и среди смертей от злокачественных заболеваний - 16,3%. В среднем, в России ежедневно выявляется 144 новых случая рака желудка.

Считаю тему курсовой работы актуальной, т.к. квалифицированная работа медицинской сестры по уходу уменьшают количество осложнений и степень их тяжести, а, зачастую предотвращают летальный исход.

Цель исследования: показать особенности ухода за пациентом с раком желудка после проведения химиотерапии.

Объект - особенности сестринского ухода за пациентами после проведения химиотерапии.

Предмет- процесс организации работы медицинской сестры за пациентом с раком желудка после проведения химиотерапии.

Исходя из поставленной цели, были выведены следующие задачи

Задачи:

1. Провести анализ теоретических источников по заболеванию.
2. Выделить, особенности ухода за онкологическими больными раком желудка после проведения химиотерапии.
3. Применить практические навыки за уходом за пациентом.
4. Разработать рациональный план сестринского ухода за онкологическими больными раком желудка после проведения химиотерапии.
5. Разработать рекомендации по соблюдению диеты для пациента и родственников.

Методы исследования, которые будут использованы в этой работе:

- Библиографический анализ литературы и материалов сети Internet.
- Эмпирический – наблюдение.
- Выделение и синтез главных компонентов.

Практическая значимость работы заключается в том, что полученный во время прохождения преддипломной практики практический опыт я смогу использовать в своей профессиональной деятельности.

В первой главе работы рассмотрены теоретические аспекты особенностей данного заболевания, в которое входят: Этиология и патогенез, стадии, метастазирование, клиника, диагностика, лечение.

Во второй главе отражена работа медицинской сестры по уходу за пациентами с онкологией желудка после проведения химиотерапии.

Работа представлена на 50 страницах, имеет содержание, введение, 2 главы, заключение, список использованных источников, 13 приложений

Глава I. Теоретическая часть

1.1 Этиология и патогенез

Этиология: Причина заболевания неизвестна. Отмечают повышение частоты рака среди членов одной семьи (на 20%), а также среди лиц с группой крови А, что предполагает наличие генетического компонента. Определенное этиологическое значение имеют хронические заболевания слизистой желудка, дефицит витамина С, консерванты, нитрозамины. Среди факторов, способствующих развитию рака желудка, называются особенности диеты и факторы окружающей среды, курение, инфекционный и генетический факторы.

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.

Патогенез: 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, полипов и язва желудка. У больных раком желудка хронический гастрит наблюдается в 97%.

1.2. Стадии рака желудка

- 0 стадия- рак не распространяется за пределы слизистой оболочки и имеет все шансы на благоприятный исход лечения при своевременной диагностике;
- 1 стадия- опухоль поражает слизистый слой, проникая в подслизистый, возможно в мышечные слои стенок желудка. Допустимо поражение нескольких лимфатических узлов (не всегда). Пятилетняя выживаемость на 1 стадии составляет 80 % пациентов;
- 2 стадия- новообразование поражает мышечный, субсерозный, а иногда и серозный слой желудка, поражены регионарные лимфоузлы, до 15 штук. Прогноз на выздоровления существенно снижается и составляет не более 40%;
- 3 стадия- злокачественная опухоль проникает сквозь всю стенку желудка, поражает множество лимфоузлов. Прогноз неблагоприятный, выживаемость не более 20%;
- 4 стадия- последняя, самая запущенная форма. Опухоль заполняет собой желудок, поражает лимфоузлы, соседние ткани и метастазирует в отдалённые органы. Выживаемость не превышает 5%, лечение носит паллиативный характер для поддержания жизнедеятельности пациента.

1.3. Метастазы

Метастазы - это отсевы из основной опухоли, имеющие её структуру и способные расти, нарушая функцию тех органов, где они развиваются.

Рак желудка метастазирует преимущественно лимфогенным путем. Возможно так же гематогенный, контактный или имплантационный пути

распространения опухоли. Кроме того, встречаются различные комбинации всех трех путей метастазирования.

Лимфогенный путь:

- Д1- лимфоузлы пилоантрального отдела по ходу а.и v. gastricae dextrae, a.gastroepiploicae dextrae;
- Д2- лимфатические узлы по ходу левой желудочной и селезеночной артерии,
- Д3- лимфатические узлы в области гастродуоденальной связки, чревного ствола, парааортальной, общей печеночной артерии;
- Д4- надключичные лимфоузлы (метастазы Вирхова) Контактно-имплантационный путь (по брюшине)

Интраперитонеально — имплантационный путь (метастазы Шницлера в дугласовом пространстве, Крукенберга в яичниках)

Через лимфопути круглой связки печени в пупок

Гематогенный путь — в печень, поджелудочную железу, надпочечники, почки и др.

1.4. Клиника

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

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, кислотная изжога, тошнота, периодическое набухание живота, желудочный

дискомфорт, быструю насыщаемость при приеме пищи, дисфагию. Опухоль может явиться источником кровотечения, которое проявляется черным стулом, рвотой типа кофейной гущи.

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. Признаками запущенности болезни являются доступные осмотру и пальпации метастазы.

Частота различных локализаций рака в разных отделах желудка (Приложение 1):

Рак-пилорического отдела-желудка проявляется симптомами, обусловленными сужением выхода из желудка и нарушением эвакуации его содержимого. Наиболее частыми симптомами являются тяжесть, чувство распираания в надчревной области после приема пищи. Характерно также чувство быстрого насыщения после приема пищи. Нередким симптомом рака пилорического отдела желудка является боль, которая обычно бывает постоянной, усиливающейся после. 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.

Рак проксимального отдела желудка длительное время протекает бессимптомно. Первым и наиболее частым симптомом является боль в надчревной области и за мечевидным отростком. Нередко боль иррадирует в левое плечо и межлопаточное пространство, в левую половину грудной клетки. 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. Нередко

первым симптомом рака тела желудка является профузное желудочное кровотечение.

Рак большой кривизны 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.

Проращение 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 обтурационной кишечной непроходимости - вздутием живота, усилением перистальтики, схваткообразной болью, урчанием в животе, затруднением отхождения стула и газов.

1.5. Диагностика

Ряд обследований, позволяющих выявить рак желудка(Приложение 2):

- Ведущим исследованием в данном случае является видеоэзофагогастродуоденоскопия. Этот метод исследования позволяет детально осмотреть слизистую оболочку пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки и обнаружить опухоль, определить её границы.
- Рентгеноскопия желудка - один из старых методов исследования. В большей степени позволяет оценить функциональные возможности органа. Позволяет заподозрить рецидив опухоли после операции на желудке.

- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости позволяет выявить косвенные признаки опухоли желудка.
- Компьютерная томография брюшной полости позволяет более детально интерпретировать выявленные по УЗИ изменения.
- Эндоскопическое ультразвуковое исследование используется при подозрении на подслизистые опухоли желудка, растущие в толще его стенки.
- Диагностическая лапароскопия. Используется исследование в неясных случаях, а также 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.

1.6.Лечение

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

Существует несколько вариантов операции на желудке:

- Удаление части органа - резекция желудка.
- Гастрэктомия - удаление всего желудка целиком с последующим формированием «резервуара» из петель тонкого кишечника.
- Комбинированные расширенные операции - с удалением части близлежащих, вовлеченных в опухоль органов.
- Выведение гастростомы - формирования отверстия в желудке на живот, 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.

Часто операция дополняется специальным противоопухолевым лечением:

Химиотерапия - это внутривенное введение токсичных химических веществ с целью уничтожить микроскопические метастазы, которые глазом обнаружить не удалось во время операции.

Опыт показал, что химиотерапия может облегчить симптомы у некоторых больных раком желудка, особенно в тех случаях, когда рак распространился в другие области тела.

Лучевое лечение при раке желудка не используется так как желудок подвижен в брюшной полости и опухоли этого органа к облучению не чувствительны.

Глава II. Практическая часть

Базой прохождения преддипломной практики являлась ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер «Филиал №2», химиотерапевтическое отделение с 22.04.19г. по 18.05.19г .

«Филиал № 2» оказывает специализированную медицинскую помощь пациентам нашего города, а также районов: Каменского, Камышловского, Богдановичского, Пышминского, Сухоложского и Талицкого.

ГБУЗ СО «СООД» «Филиал № 2» состоит из 2-х корпусов (главного и лучевого), соединенных теплым переходом.

Отделение противоопухолевой лекарственной терапии.

Оказывает лечебную и консультативную помощь пациентам с злокачественными новообразованиями.

Руководство работой отделения осуществляется заведующей отделением и старшей медсестрой.

Отделение рассчитано на 26 коек.

Отделение оснащено и оборудовано, а соответствии с санитарными правилами и нормами. Имеется вытяжной шкаф в процедурном кабинете. Имеются также в оснащении 2 инфузомата для круглосуточных инфузий химиопрепаратов, также в отделении имеются ординаторская, кабинет старшей медсестры отделения, процедурный кабинет, туалет и столовая.

Госпитализация больных в стационар осуществляется по направлению врача химиотерапевта.

Пациентам проводятся все современные методы химиотерапии в стационаре, включая высокодозную ПХТ с последующим назначением колони стимулирующих препаратов. В отделении проводится неоадьювантное, адьювантное лекарственное противоопухолевое лечение, больным с запущенными формами злокачественных новообразований паллиативное

противоопухолевое лекарственное лечение, в соответствии с показаниями. Также проводится симптоматическое лечение больным с осложнениями после проведенного курса поли химиотерапии.

Комфортабельное пребывание в стационаре обеспечивает квалифицированный персонал. В целях обеспечения дальнейшего наблюдения за больными, при выписке из стационара выдается справка-выписка с рекомендациями по дальнейшему лечению, питанию и диспансерному наблюдению у врача-онколога.

Основной принцип отделения-Уважение ценности и достоинства каждого пациента.

Перед тем, как приступить к практической деятельности, инженер по охране труда провел вводный инструктаж. После его прохождения меня распределили на рабочее место в химиотерапевтическое отделение.

Перед работой старшая медицинская сестра провела инструктаж по технике безопасности на рабочем месте.

В первый день практики старшая медицинская сестра познакомила меня со структурой отделения.

Мой рабочий день длился с 8:00 до 15:45.

В настоящее время в отделении находятся 26 человек с такими заболеваниями как: (Приложение 3).

- С злокачественным новообразованием молочной железы 10 человек
- С злокачественным новообразованием сигмовидной кишки 2 человека
- С злокачественным новообразованием легкого 3 человека
- С злокачественным новообразованием поджелудочной железы 2 человека
- С злокачественным новообразованием мочевого пузыря 1 человек
- С злокачественным новообразованием пищевода 1 человек
- С злокачественным новообразованием желудка 6 человек
- С злокачественным новообразованием анального канала 1 человек

Перед началом работы переодевалась в медицинский костюм, надевала

шапочку, маску и нестерильные перчатки. Соблюдения инфекционной безопасности.

Чтобы выяснить у пациентов, находящихся на лечении в химиотерапевтическом отделении, что предшествовало и как развивалось заболевание, я провела анкетирование по онкоскринингу рака желудка (Приложение 4).

В данном анкетировании участие принимало 7 человек в возрасте от 49 до 72 лет. В роду были люди со злокачественными образованиями у 60% респондентов, у 40% - нет. У 60% человек были какие-либо заболевания ЖКТ (полипы, язва или гастрит). Всех опрашиваемых беспокоили быстро наступающая слабость, утомляемость, повышенная потливость, бледность кожных покровов, беспричинное похудение, иногда они испытывали снижение или отсутствие аппетита и боли в эпигастральной области.

4.05.2019 г. под наблюдение мной был взят пациент Г (69 лет), который поступил в отделение для диагностики и химиотерапии. Пациент был прооперирован по поводу рака желудка – субтотальная дистальная резекция по Бальфуру с лимфодиссекцией Д2 в 15.01.19 году и от 22.01.19г. был поставлен диагноз инфильтративная карцинома желудка. С учетом диагноза, стадии заболевания- показаны курсы ад.ПХТ. Госпитализирован для проведения 3 курса ад.Пхт.

Мною была написана сестринская история болезни (Приложение 5). Совместно с медсестрой определили проблемы пациента:

Настоящие проблемы пациента: боли и рези в эпигастральной области, слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела, тошнота.

Потенциальные: ухудшение состояния пациента, связанное с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности, желудочным кровотечением и перитонитом.

Приоритетная проблема пациента: сильные боли в эпигастральной области.

Цели: краткосрочная уменьшение интенсивности болей со дня поступления и к концу недели;

Долгосрочная - уменьшение интенсивности болей со дня поступления и к моменту выписки.

Под наблюдением медицинской сестры я соблюдая нормативы по дезинфекции и стерилизации, асептики и антисептики, перед манипуляциями обрабатывала руки на гигиеническом уровне с помощью жидкого мыла «Бразол» и антисептика «Стериллиум» (Приложение 6). После под наблюдением медсестры выполняла забор крови данному пациенту из вены на биохимическое исследование (Приложение 7), после проведения инъекции я утилизировала отходы класса «А» (не соприкасающиеся с кровью) и отходы класса «Б» (опасные отходы) в специальные пакеты в соответствии с СанПиНом 2.1.7.728-99 (Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений) (Приложение 8).

По результатам анализа лечащий врач назначил курс химиотерапии с расчетом дозировки.

Выполнила постановку катетера для постоянного доступа к венозному кровотоку.

Своевременно и правильно выполняла назначения врача: транспортировала пациента на ультразвуковое исследование брюшной полости, создала условия пациенту для покоя, уделяла повышенное внимание (беседовала с ним о снижении его тревожности по поводу исхода заболевания), сочувствовала, обеспечила соблюдение режима, рассказала пациенту про назначенный ему диетический стол №1 (Приложение 9). Рекомендовала пациенту питаться часто, но небольшими порциями (6-7 раз в сутки по 100 граммов), мягкой полужидкой пищей.

Ежедневно, для улучшения состояния пациента, я производила проветривание палаты, 1 раз в неделю помогала в смене постельного белья.

Контролировала температуру, массу тела, пульс, АД, стул, цвет мочи.

Записывала результаты в температурный лист

По назначению врача, под наблюдением медсестры по схеме (Приложение 10) выполняла внутримышечную инъекцию кеторола 2мг.

Под наблюдением подключила в/в капельно

- раствор Натрия хлорида 500мл с химеопрепаратом:
- Цисплатинум 158мг
- Ондонситрон 16мг
- Фторурацил 1850мг

После проведения инъекции я утилизировала отходы класса «А» (не соприкасающиеся с кровью) и отходы класса «Б» (опасные отходы) в специальные пакеты в соответствии, с СанПиН 2.1.7.728-99 (Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений).

Оценка: пациент отметит улучшение самочувствия, снизится интенсивность болей после введения обезболивающего препарата.

Цель достигнута: интенсивность болей снизилась.

7.05. 2019 г.

Состояние: улучшилось, удовлетворительное, интенсивность болей снизилась

Жалобы: слабость, незначительная боль в эпигастральной области, отсутствие аппетита, снижение массы тела, тошнота и рвота после химиотерапии

АД = 139/80 мм.рт.ст., пульс 76 уд/мин хорошего наполнения и напряжения, ЧДД=17/мин.

Краткосрочная цель: снизить и предотвратить тошноту и рвоту после химиотерапии.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб на чувство тошноты и рвоты к моменту выписки.

Совместно с медсестрой обеспечивала физический и психический покой пациенту, обеспечила пациента емкостью для собирания рвотных масс (тазик), попросила пациента после рвоты прополоскать полость рта водой комнатной

температуры, после рвоты дала пациенту прохладное питье, предложила пациенту легкоусвояемую пищу (полужидкую калорийную, малыми порциями). Транспортировала пациента до рентген кабинета и обратно.

2 раза в день измеряла и заносила в температурный лист значений PS, АД, ЧДД, температуру, выполняла назначения врача. По назначению врача проводила струйное вливание ондонсинтрона 16мг и в/в капельно фторурацила на растворе Натрия хлорида. Дала рекомендации по предотвращению тошноты и рвоты (Приложение 11).

Оценка: Через 3 дня, соблюдая рекомендации, у пациента снизился рвотный рефлекс и наблюдается улучшение психологического состояния

14.05.2019 г.

Состояние:улучшилось

Жалобы:слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела.

АД= 125/76 мм.рт.ст., пульс = 72 уд/мин хорошего наполнения и напряжения, ритмичный, ЧДД=15/ мин.

Приоритетная проблема пациента:отсутствие аппетита

Краткосрочная цель:пациент осознает важность полноценного питания к концу недели лечения.

Долгосрочная цель:масса тела пациента не уменьшится к моменту выписки.

Под наблюдением медсестры я проводила с пациентом беседы о необходимости полноценного питания для улучшения здоровья(Приложение 12), с помощью родственников разнообразила меню, учитывая вкусы пациента и назначенную врачом диету, предлагала пациенту жидкость каждый час (тёплая кипячёная вода, некрепкий чай, щелочная минеральная вода).Рекомендовала пациенту питаться часто, но небольшими порциями (6-7 раз в сутки по 100 граммов), мягкой полужидкой калорийной пищей.Для повышения аппетита у пациента я ежедневно проводила беседы о правилах питания при его заболевании, также проводила беседы с родственниками,в которых советовала совершать прогулки на свежем воздухе, приносить

пациенту любимую еду, настраивать его на дальнейшее выздоровление.

С разрешения врача совместно с медсестрой включила в рацион травяной чай для возбуждения аппетита, мясные и рыбные бульоны, регулярно проветривала палату перед кормлением пациента, тщательно следила за состоянием полости рта пациента (дважды в день чистить зубы, очищать язык от налёта, полоскать рот после приёма пищи растворами слабых антисептиков).

Учитывала количество съеденной пищи и выпитой жидкости ежедневно, один раз в 3 дня взвешивала пациента.

Оценка: Через 3 дня у пациента улучшился аппетит.

По мере улучшения состояния данного пациента, которого я взяла под наблюдение, я увидела, что цели, которые я ставила на протяжении всего моего наблюдения, были выполнены, и к моменту выписки пациента появилась надежда на полноценную жизнь.

В отделении в настоящий момент лечатся пациенты с раком желудка (6 человек). По статистическим данным за 2018 год в отделении проходили лечение 1072 человек. Из них с раком желудка-6,3% человек.

Заключение

Работая над дипломной работой, я пришла к выводу, что медицинская

сестра является важным звеном в оказании помощи. Поэтому она должна обладать высоким профессиональным мастерством, владением в совершенстве навыками, необходимыми для проведения всех назначений врача выдержка, терпение, решительность, чуткость и человеколюбие.

При качественном проведении всех медицинских манипуляций будет скорейшее улучшение состояния пациента и его выздоровление и появится стремление к жизни. Сестринская помощь нужна для того, чтобы помогать пациенту решать возникающие проблемы, не допускать ухудшения состояния и возникновения новых проблем.

Я выделила следующие особенности сестринского ухода за пациентом с раком желудка:

- Психологический аспект в работе с пациентом и его родственниками.
- Постоянно совершенствоваться в своей работе.
- Соблюдение клинической гигиены медперсонала.
- Помогать в кормлении, следить за точным соблюдением диеты.
- Соблюдение лечебно-охранительного и санитарно-эпидемического режимов.
- Осуществление ухода за больными, с тошнотой и рвотой.
- Осуществление ухода за больными, с отсутствием аппетита.

Из практических наблюдений я получила огромный опыт при объективном осмотре пациента, реализуя план сестринского ухода. Прodelывая всю работу, я опиралась на свои знания, использовала сестринский процесс при работе с пациентами. Заканчивая свою работу, я могу сказать, что овладела всеми необходимыми медицинской сестре умениями и навыками при работе с пациентами.

Библиографический список

1. Василенко И.В., Садчиков В.Д., Галахин К.А. Предрак и рак желудка: этиология, патогенез, морфология, лечебный патоморфоз, 2014;

2. Елисеев А.Г. Большая медицинская энциклопедия: в 30 т. – Калининград: Мастерская «Коллекция»; Москва: АРИА-АиФ, 2014. – Т.6: жел-инф. – 218с.;
 3. Сельчук В.Ю., Никулин В.Ю. Рак желудка, 2015;
 4. Трапезников Н.Н., Поддубная И.В. Справочник по онкологии, 2013;
- Интернет ресурсы:
1. <https://works.doklad.ru/view/6ruddhQdnRY.html>
 2. http://studentlib.com/chitat/kurovaya_rabota_teoriya-149219-osobnosti_sestrinskoy_pomoschi_pri_rake_zheludka.html
 3. <https://kurovaya-businessplan.ru/gotovye-raboty/kataloggotovrabot/katalog-gotovyx-rabot/kurovaya-rabota-sestrinskiy-uhod-pri-rake-zheludka-v-16124.html>
 4. http://med-books.by/referati_onkologiya/6791-referat-rak-zheludka.html
 5. <http://www.14crp.by/vrach-sovetuet/290-profilaktika-raka-zheludka>
 6. <http://vpcgb.ru/profilaktika-onkologicheskikh-zabolevaniy/profilaktika-raka-zheludka/>
 7. <https://med.vesti.ru/articles/zabolevaniya/simptomy-raka/>
 8. https://studbooks.net/2473237/meditsina/sestrinskaya_pomosch_rake_zheludka
 9. <http://xn----8sbaraautcw0b4e.xn--p1ai/>



Памятки

«Подготовка пациента к исследованиям»

Подготовка к ФГДС

Памятка для пациента в подготовке к ФГДС

- Последний прием пищи не позднее 21 часа.
- **Исследование проводится утром натощак.**
- Во время исследования пациент будет лишен возможности говорить и проглатывать слюну.

Подготовка пациента к УЗИ брюшной полости

Подготовка пациента к УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка) и почек.

Цель:

Обеспечить качественную подготовку к исследованию, информирование и обучение пациента, устранение метеоризма для проведения эффективного исследования.

Последовательность действий:

- 1. Исключить из питания в течение 3 дней до исследования газообразующие продукты, таблетированные слабительные.**
- 2. Принимать при метеоризме по назначению врача активированный уголь.**
- 3. Исключить прием пищи за 18-20 ч до исследования.**

Подготовка пациента к эндоскопическому исследованию

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

- ✓ проинформировать, что исследование проводится утром натощак (последний прием пищи накануне не позднее 21 ч), а также о том, что во время исследования он будет лишен возможности говорить и проглатывать слюну;
- ✓ проследить, чтобы пациент снял перед исследованием съемные зубные протезы и принес в эндоскопический кабинет полотенце;
- ✓ по назначению врача эндоскопического кабинета за 15—20 мин до исследования проводится премедикация.



Подготовка пациента к КТ

Как подготовиться к КТ органов брюшной полости с контрастом? (За 10 — 12 часов до обследования):

**последний прием пищи не позже
20.00**

**1 ампулу препарата
«Триумбрат» или «Урографин»
— 20 мл, развести в 800 мл воды
(4 стакана)**

**1 стакан — в 21.00
2 стакан — в 23.00
3 стакан — в 7.00 (в день
обследования)
4 стакан — перед обследованием**

Как подготовиться к КТ органов брюшной полости с контрастом? (За 2 — 3 часа до обследования)

**1 ампулу препарата «Триумбрат»
или «Урографин» развести в 1 л воды**

**пить за час до обследования каждые
15 мин**

**Например: обследование назначено
на 15.00**

**14.00 — 200 мл
14.15 — 200 мл
14.30 — 200 мл
14.45 — 200 мл
15.00 — 200 мл**

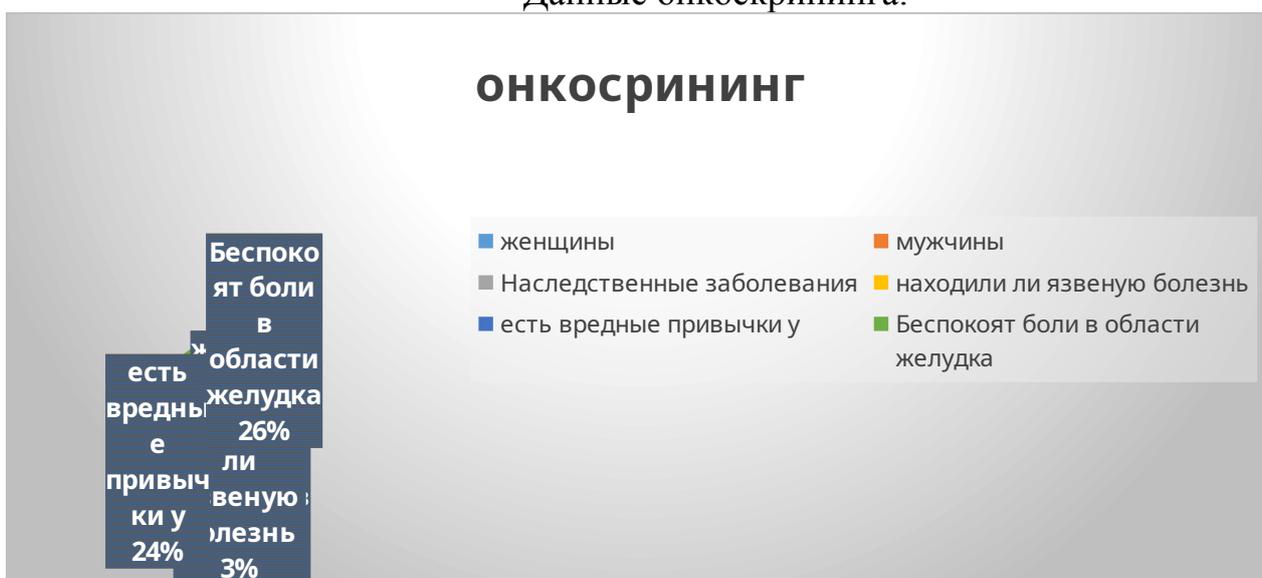
Локализация злокачественных новообразований у всех пациентов отделения



Анкетирование онкоскрининг (рак желудка)

1. Ваш возраст и пол.
2. Есть ли в роду больные со злокачественными опухолями.
3. Ваш вес (масса тела).
4. У вас находили полипы в желудке?
5. У вас находили язвенную болезнь: желудка или 12-перстной кишки?
6. Вас беспокоит быстро наступающая слабость, утомляемость?
7. Вы отмечаете у себя бледность или пожелтение кожных покровов?
8. Вы похудели в последнее время без причины?
9. Вы курите (или курили, но бросили), ваше отношение к алкоголю?
10. Вы отмечаете появление узлов (увеличение железок) в последнее время (на шее, в подмышечных впадинах, в паху или других местах)?
11. Вас беспокоят боли, застревание пищи, ощущение инородного тела в горле или пищеводе при глотании?
12. Вас беспокоят боли в области желудка?
13. Вас беспокоит беспричинное отсутствие аппетита или отвращение к еде вообще?

Данные онкоскрининга:



Стандарт-схема сестринской карты стационарного больного

1. Наименование лечебного учреждения - ГБУЗ «Свердловский областной онкологический диспансер» филиал № 2
2. ФИО – Г.
3. Пол – мужской.
4. Возраст – 69 лет.
5. Постоянное место жительства: село Курьи.
6. Место работы/профессия: пенсионер.
7. Кем направлен больной: ГАУЗ СО Сухоложская районная больница, направлен в стационар онкологом.

Сбор данных

Причина обращения: боли и рези в эпигастральной области, слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела, тошнота. Желание вылечиться и быть здоровым.

Жалобы пациента в настоящий момент: боли и рези в эпигастральной области, слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела, тошнота.

1. Анализ заболевания:

Когда началось заболевание: Больной был прооперирован по поводу рака желудка – субтотальная дистальная резекция по Бальфуру с лимфодиссекцией Д2 в 15.01.19 году и от 22.01.19 был поставлен диагноз инфильтративная карцинома желудка. С учетом диагноза, стадии заболевания- показаны курсы ад.ПХТ. Сопутствующая болезнь Гипертоническая болезнь 3ст.

Как началось: ухудшения появились примерно 2 месяца назад с болей, резей в области желудка, снижения массы тела, снижения аппетита.

Госпитализирован в онкологическое отделение №1 для диагностики и химиотерапии.

Проводимые исследования: ФГДС, рентген

Лечение и его эффективность: в Сухоложской районной больнице были назначены препараты, такие как: Альмагель, Де-нол, но улучшения не последовало.

2. История жизни:

Условия, в которых рос и развивался (бытовые условия) - рос и развивался по возрасту; условия труда, окружающая среда – полевые работы трактористом

Перенесенные заболевания, операции: аппендицит (15 лет), аллергический анамнез отрицает, больной не курит и не употребляет алкоголь. Наличие наследственных заболеваний отрицает.

3. Физиологические данные:

Сознание ясное, положение в постели активное

Рост: 173 см

Вес: 68 кг

Температура: 36,7 гр. Цельсия

4. Состояние кожи и слизистых:

Нормальная влажность кожи, тургор снижен, цвет кожи – небольшая желтушность.

5. Речь: не нарушена

6. Сон: не нарушен («жаворонок»)

7. Дыхательная система:

Изменения в голосе не наблюдается.

Число дыхательных движений = 18/минуту, дыхание ритмичное, глубокое, экскурсия грудной клетки в полном объеме, симметрична.

Кашель присутствует после приема молочных продуктов, супов.

8. Сердечно-сосудистая система:

Пульс: хорошего напряжения и наполнения, ритмичный

Частота = 98 ударов/минуту

Число сердечных сокращений = 98 уд/минуту

АД = 115/75 мм.рт.ст.

9. Желудочно-кишечный тракт:

Аппетит снижен, глотание нормальное, язык обложен серовато-белым налётом, стул оформлен 1 раз/сут., живот обычной формы, не увеличен в объеме.

10. Мочевыделительная система:

Мочеиспускание свободное 5-7 раз/сут, цвет мочи - соломенно-желтый, прозрачная.

11. Эндокринная система:

Характер оволосения мужской, распределение подкожно-жировой клетчатки равномерное, но ее очень мало.

Нарушенные потребности: есть, двигаться, отдыхать, общаться.

Наблюдение за пациентом

4.05.2019 г.

Настоящие проблемы пациента: боли в эпигастральной области, слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела, тошнота.

Потенциальные: ухудшение состояния пациента, связанное с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности, желудочным кровотечением и перитонитом.

Приоритетная проблема пациента: сильные боли в эпигастральной области.

Цели: краткосрочная - уменьшение интенсивности болей со дня поступления и к концу недели;

Долгосрочная - уменьшение интенсивности болей со дня поступления и к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Своевременно и правильно выполняла назначения врача.	Для эффективного лечения
2. Выполняла забор крови на общий и биохимический анализ.	Для того чтобы врач по результатам смог определить дозировку химиопрепаратов.
3. Выполняла в/м введение	Для уменьшения болей.

Кеторола 2мл.	
4. Выполняла постановку венозного катетера.	Для постоянного доступа к венозному кровотоку.
5. Обеспечила пациенту покой, уделяла повышенное внимание, сочувствие.	Для создания психологической поддержки и комфорта.
6. Обеспечила соблюдение режима.	Для создания физического покоя.
7. Рассказала пациенту про назначенный ему диетический стол №1.	Чтобы не произошло рецидива заболевания и у пациента было сбалансированное питание.
8. Транспортировала пациента до кабинета функциональной диагностики.	Для точного определения состояния брюшной полости.
9. Заправляла капельную систему, по назначению врача: Фторурацил 1850 мг; Цисплатинум 158 мг; Струйно: ондансетрон 16мг.	Для проведения качественного лечения химиопрепаратами (угнетение опухолевых клеток). Для предотвращения рвоты.
10. Обеспечила регулярное проветривание палаты и уборку.	Для предупреждения внутрибольничной инфекции.
11. Контролировала температуру, массу тела, пульс, АД, стул, цвет мочи.	Для контроля состояния.
12. Обучила родственников контакту и уходу за онкологическим больным.	Для профилактики, инфекционных осложнений, аспирации рвотных масс.

Оценка: пациент отметит улучшение самочувствия, снизится интенсивность болей. Цель достигнута: интенсивность болей снизилась.

7.05. 2019 г.

Состояние: улучшилось, удовлетворительное, интенсивность болей снизилась.

Жалобы: слабость, незначительная боль в эпигастральной области, отсутствие аппетита, снижение массы тела, тошнота и рвота после химиотерапии.

АД =139/80 мм.рт.ст., пульс 76 уд/мин хорошего наполнения и напряжения, ЧДД=17/мин

Приоритетная проблема: рвота после химиотерапии

Краткосрочная цель: снизить и предотвратить тошноту и рвоту после химиотерапии.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб на чувство тошноты и рвоты к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечивала физический и психический покой пациенту.	Для оказания врачебной помощи.
2. Обеспечила пациента емкостью для собирания рвотных масс (тазик), попросила пациента после рвоты прополоскать полость рта водой комнатной температуры.	Для собирания рвотных масс, для гигиены полости рта.
3. Обеспечила прохладным питьем.	Для восстановления водного баланса.
4. Предложила пациенту легкоусвояемую пищу (полужидкую калорийную малыми порциями).	Для улучшения пищеварения.
5. Наблюдала за PS, АД, ЧДД и кожными покровами.	Мониторинг состояния.
6. Выполняла назначения врача.	Для обеспечения эффективного лечения.
7. По назначению врача выполняла	Для предотвращения тошноты,

струйное введение : Ондансетрона 16мг.	рвоты.
--	--------

Оценка: Через 3 дня, соблюдая рекомендации, у пациента снизился рвотный рефлекс.

14.05.2019 г.

Состояние:улучшилось.

Жалобы:слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела.

АД= 125/76мм.рт. ст., пульс = 72 уд/мин хорошего наполнения и напряжения, ритмичный, ЧДД=15/ мин.

Приоритетная проблема:отсутствие аппетита

Краткосрочная цель:пациент осознает важность полноценного питания к концу недели лечения.

Долгосрочная цель:масса тела пациента не уменьшится к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Проводила с пациентом беседу необходимости полноценного питания для улучшения здоровья.	Убедить в необходимости принимать пищу.
2. С помощью родственников разнообразила меню, учитывая вкусы пациента и назначенную врачом диету.	Возбудить аппетит.
3. Предлагала пациенту жидкость каждый час (тёплая кипячёная вода, некрепкий чай, щелочная минеральная вода).	Профилактика обезвоживания.
4. Проводила с пациентом беседы о важности приема пищи.	Возбудить аппетит.
5. С разрешения врача включила в рацион травяной чай для	Возбудить аппетит.

возбуждения аппетита, мясные и рыбные бульоны.	Усилить слюноотделение.
6. Регулярно проветривала палату перед кормлением пациента.	Возбудить аппетит.
7. Тщательно следила за состоянием полости рта пациента (дважды в день чистить зубы, очищать язык от налёта, полоскать рот после приёма пищи растворами слабых антисептиков).	Обеспечить возможность принимать пищу
8. Учитывала количество съеденной пищи и выпитой жидкости, водный баланс ежедневно. По возможности один раз в 3 дня взвешивала пациента.	Для эффективности проводимых мероприятий.

Оценка: Через 3 дня у пациента улучшился аппетит

После проведенного лечения пациента выписан и находится в удовлетворительном состоянии.

Приложение 6

Алгоритм мытья рук гигиеническим способом Схема EN1500



Ладонь к ладони, включая запястья



Правая ладонь на левую тыльную сторону кисти и левая ладонь на правую тыльную сторону кисти



Ладонь к ладони рук с перекрещенными пальцами



Внешняя сторона пальцев на противоположной ладони с перекрещенными пальцами



Кругообразное растирание левого большого пальца в закрытой ладони правой руки и наоборот



Кругообразное втирание сомкнутых кончиков пальцев правой руки на левой ладони и наоборот

Алгоритм взятия крови системой вакутейнер

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

II этап аккредитационного экзамена

Специальность: 34.02.01

Сестринское дело

Дата «__» _____ 20__ г.

Номер аккредитуемого _____

Проверяемый практический навык: взятие крови из периферической вены

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении да/нет
1.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Сказать	
2.	Попросить пациента представиться	Сказать	
3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	Сказать	
4.	Сообщить пациенту о назначении врача	Сказать	
5.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	
7.	Предложить или помочь пациенту занять удобное положение сидя или лежа на спине	Сказать	
	Подготовка к проведению процедуры		
8.	Проверить целостность упаковки вакуумной системы	Выполнить/Сказать	
9.	Проверить срок годности вакуумной системы	Выполнить/Сказать	
10.	Проверить герметичность упаковки салфеток с антисептиком	Выполнить/Сказать	
11.	Проверить срок годности салфеток с антисептиком	Выполнить/Сказать	
12.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	
13.	Открыть упаковку вакуумной системы, извлечь иглу и держатель	Выполнить	
14.	Взять иглу вакуумной системы одной рукой за цветной колпачок	Выполнить/Сказать	
15.	Другой рукой снять короткий защитный колпачок с резиновой мембраны	Выполнить/Сказать	
16.	Вставить освободившийся конец иглы с резиновой мембраной в держатель и завинтить до упора	Выполнить/Сказать	
17.	Положить вакуумную систему для забора крови в собранном виде на манипуляционный стол	Выполнить	
18.	Поместить упаковку от вакуумной системы в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
19.	Надеть средства защиты (маску одноразовую)	Выполнить	
20.	Надеть очки защитные медицинские	Выполнить	
21.	Надеть нестерильные перчатки	Выполнить	
	Выполнение процедуры		

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении да/нет
22.	Вскрыть поочередно 3 упаковки салфеток с антисептиком	Выполнить	
23.	Попросить пациента освободить от одежды локтевой сгиб руки	Сказать	
24.	Подложить под локоть пациента влагостойкую подушку	Выполнить/Сказать	
25.	Наложить венозный жгут в средней трети плеча на одежду или тканевую салфетку	Выполнить	
26.	Определить пульсацию на лучевой артерии	Выполнить/Сказать	
27.	Попросить пациента сжать кулак	Сказать	
28.	Пропальпировать и осмотреть предполагаемое место венопункции	Выполнить	
29.	Обработать место венопункции (большую площадь) салфеткой с антисептиком в одном направлении	Выполнить	
30.	Обработать место венопункции новой салфеткой с антисептиком в одном направлении	Выполнить/Сказать	
31.	Поместить использованные салфетки с антисептиком в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
32.	Поместить упаковки от салфеток с антисептиком в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
33.	Взять в доминантную руку вакуумную систему и снять цветной защитный колпачок с иглы	Выполнить	
34.	Сбросить защитный колпачок от иглы в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
35.	Натянуть свободной рукой кожу на расстоянии примерно 5 см ниже места венопункции по направлению к периферии, фиксируя вену	Выполнить	
36.	Пунктировать локтевую вену «одномоментно» или «двухмоментно» под углом 10-15° (почти параллельно коже), держа иглу срезом вверх	Выполнить	
37.	Ввести иглу не более чем на 1/2 длины	Выполнить	
38.	Взять не доминантной рукой необходимую пробирку и вставить крышкой в держатель до упора	Выполнить/Сказать	
39.	Развязать/ослабить жгут на плече пациента с момента поступления крови в пробирку	Выполнить	
40.	Попросить пациента разжать кулак	Сказать	
41.	Набрать нужное количество крови в пробирку	Выполнить/Сказать	
42.	Отсоединить пробирку от иглы	Выполнить	
43.	Поставить пробирку в штатив	Выполнить	
44.	Взять в руку салфетку с антисептиком, прижать ее к месту венопункции	Выполнить	
45.	Извлечь вакуумную систему из вены	Выполнить	
46.	Попросить пациента держать салфетку с антисептиком у места венопункции 5-7 минут, прижимая большим пальцем второй руки	Сказать	

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении да/нет
47.	Сбросить вакуумную систему в ёмкость-контейнер для сбора острых отходов класса «Б» с иглосъемником	Выполнить	
48.	Перевернуть (аккуратно) пробирку 5-6 раз	Выполнить/Сказать	
49.	Сбросить упаковку от салфетки в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
50.	Убедиться (через 5-7 минут) в отсутствии наружного кровотечения в области венепункции	Сказать	
51.	Поместить салфетку с антисептиком, использованную при инъекции, в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
	Завершение процедуры		
52.	Снять перчатки	Выполнить	
53.	Поместить перчатки в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
54.	Снять очки	Выполнить	
55.	Поместить очки в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
56.	Снять маску	Выполнить	
57.	Поместить маску в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
58.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	
59.	Узнать у пациента его самочувствие	Сказать	
60.	Промаркировать пробирку	Сказать	
61.	Сделать соответствующую запись о результатах процедуры в журнал учета процедур	Сказать	

ФИО члена АК _____

подпись

_____ отметка о внесении в базу ФИО
(внесен/не внесен)

Классификация отходов

Классификация отходов ЛПУ

- ▶ **Класс А – неопасные отходы (маркировка упаковки – белый):**
 - ▶ Не имели контакта с биологическими жидкостями пациентов, инфекционными больными
 - ▶ Не токсичны
- ▶ **Класс Б – опасные (рискованные) отходы (маркировка упаковки – желтый):**
 - ▶ Потенциально инфицированы (загрязнены кровью, выделениями)
 - ▶ Патолого-анатомические отходы
 - ▶ Органические операционные отходы
 - ▶ Отходы инфекционного, кожно-венерического отделений, в т.ч. пищевые
 - ▶ Отходы микробиологических отделений (3-4 группы патогенности м/о)
 - ▶ Биологические отходы вивариев
- ▶ **Класс В – чрезвычайно опасные отходы (маркировка упаковки – красный):**
 - ▶ Материалы, контактирующие с больными особо опасными инфекциями
 - ▶ Отходы микробиологических отделений (1-4 группы патогенности м/о)
 - ▶ Отходы туберкулезной и микологической больниц
 - ▶ Отходы пациентов с анаэробной инфекцией
- ▶ **Класс Г – близкие к промышленным отходы (маркировка упаковки – черный):**
 - ▶ Просроченные лекарства, диагностические препараты и дезсредства и отходы от них
 - ▶ Химпрепараты (цитостатики и пр.)
 - ▶ Ртутьсодержащие предметы и приборы
 - ▶ Люминесцентные лампы
- ▶ **Класс Д – радиоактивные отходы рентгеновских и радиодиагностических отделений**

Беседа о диете

Цель назначения диеты - умеренное щажение желудочно-кишечного тракта при полноценном питании, уменьшение воспаления, улучшение заживления язв, нормализация секреторной и двигательной функций желудка.

Общая характеристика диеты.

По энергоценности, содержанию белков, жиров и углеводов - это физиологически полноценная диета. Ограничены сильные возбудители секреции желудка, раздражители его слизистой оболочки, долго задерживающиеся в желудке и трудно перевариваемые продукты и блюда. Пищу готовят в основном протертой, сваренной в воде или на пару. Отдельные блюда запекают без корочки. Рыбу и негрубые сорта мяса можно подавать куском. Умеренно ограничена поваренная соль. Исключены очень холодные и горячие блюда.

Режим питания: 5-6 раз в день. Перед сном выпивают молоко, сливки.

Химический состав и энергоценность диеты.

Диета содержит: белки - 90-100 г, жиры - 100 г, углеводы - 400-420 г, поваренную соль - 10-12 г, свободную жидкость - 1,5 л. Калорийность диеты - 2800-3000 ккал. Режим питания: 5-6 раз в день. Перед сном - молоко, сливки

Рекомендуемые и исключаемые продукты и блюда диеты.

Хлеб и мучные изделия. Хлеб пшеничный из муки высшего и 1-го сорта вчерашней выпечки или подсушенный; сухой бисквит, печенье сухое. 1-2 раза в неделю хорошо выпеченные несдобные булочки, печеные пирожки с яблоками, отварным мясом или рыбой и яйцами, джемом, ватрушка с творогом.

Исключают из диеты: ржаной и любой свежий хлеб, изделия из сдобного и слоёного теста.

Супы. Из разрешенных протертых овощей на морковном, картофельном отваре, молочные супы из протертых или хорошо разваренных круп (геркулес, манная, рис и др.), вермишели с добавлением протертых овощей, молочные

супы-пюре из протертых овощей; суп-пюре из заранее вываренных кур или мяса, из протертых сладких ягод с манной крупой. Муку для супов только подсушивают. Супы заправляют сливочным маслом, яично-молочной смесью, сливками.

Исключают из диеты: мясные и рыбные бульоны, грибные и крепкие овощные отвары, щи, борщи, окрошку.

Мясо и птица. Не жирные, без сухожилий, фасций, кожи у птиц. Паровые и отварные блюда из говядины, молодой нежирной баранины и обрезной свинины, кур, индейки. Отварные блюда, включая мясо куском нежирной телятины, циплят, кролика. Паровые котлеты, биточки, кнели, суфле, пюре, зразы; бефстроганов из вареного мяса. Отварное мясо, запеченое в духовом шкафу. Отварные язык и печень.

Исключают из диеты: жирные или жилистые сорта мяса и птиц, утку, гуся, консервы, копчености.

Рыба. Нежирные виды без кожи, куском или в виде котлетной массы; варится в воде или на пару.

Исключают из диеты: жирную, соленую рыбу, консервы.

Молочные продукты. Молоко, сливки. Некислые кефир, простокваша, ацидофилин. Свежие некислые творог (протертый) и сметана. Творожные блюда: запеченные сырники, суфле, ленивые вареники, пудинги. Неострый сыр тертый, изредка - ломтиками.

Исключают из диеты: молочные продукты с высокой кислотностью, острые, соленые сыры. Ограничивают сметану.

Яйца. 2-3 штуки в день. В смятку, паровой омлет.

Исключают из диеты: яйца вкрутую и жареные.

Крупы. Манная, рис, гречневая, овсяная. Каши, сваренные на молоке или воде, полу вязкие и протертые (гречневая). Паровые суфле, пудинги, котлеты из молочных круп. Вермишель, макароны отварные.

Исключают из диеты: пшено, перловую, ячневую, кукурузную крупу, бобовые.

Овощи. Картофель, морковь, свекла, цветная капуста, ограничено - зеленый горошек. Сваренные на пару или в воде и протертые (пюре, суфле, паровые пудинги). Не протёртые ранние тыква и кабачки. Мелко шинкованный укроп - в супы. Спелые нектислые томаты до 100 г.

Исключают из диеты: белокочанную капусту, репу, брюкву, редьку, щавель, шпинат, лук, огурцы, соленые, квашеные и маринованные овощи, грибы, овощные закусочные консервы.

Закуски. Салат из отварных овощей, мяса, рыбы. Язык отварной; паштет из печени; колбаса докторская, молочная, диетическая; заливная рыба на овощном отваре; икра осетровых, изредка вымоченная нежирная сельдь и форшмак; неострый сыр, несоленая ветчина без жира.

Исключают из диеты: все острые и соленые закуски, консервы, копчености.

Плоды, сладкие блюда, сладости. В протертом, вареном и печеном виде сладкие ягоды и фрукты. Пюре, кисели, муссы, желе, самбуки, компоты (протертые). Меренги, снежки, сливочный крем, молочный кисель. Сахар, мед, нектислое варенье, зефир, пастила.

Исключают из диеты: кислые, недостаточно спелые, богатые клетчаткой фрукты и ягоды, не протёртые сухофрукты, шоколад, мороженное.

Соусы и пряности. Молочный (бешамель) без пассировки муки, с добавлением сливочного масла, сметаны, фруктовые, молочно-фруктовые. Ограниченно - укроп, петрушка, ванилин, корица.

Исключают из диеты: мясные, рыбные, грибные, томатные соусы, хрен, горчицу, перец.

Напитки. Некрепкий чай, чай с молоком, сливками, слабые какао и кофе с молоком. Сладкие соки из фруктов и ягод. Отвар шиповника.

Исключают из диеты: газированные напитки, квас, черный кофе.

Жиры. Сливочное несоленое масло, коровье топленое высшего сорта. Рафинированные растительные масла, добавляемые в блюда.

Исключают из диеты: все другие жиры.

Примерное меню диеты № 1 (протертая)

1-й завтрак: яйцо всмятку, каша рисовая молочная протертая, чай с молоком.

2-й завтрак: яблоко печеное с сахаром.

Обед: суп овсяный молочный протертый, фрикадельки мясные паровые с морковным пюре, мусс фруктовый.

Полдник: отвар шиповника, сухарики.

Ужин: рыба отварная, запеченная под молочным соусом, картофельное пюре, чай с молоком.

На ночь: молоко.

Примерное меню диеты № 1 (не протёртая).

1-й завтрак: яйцо всмятку, каша гречневая рассыпчатая, чай с молоком.

2-й завтрак: творог свежий некислый, отвар шиповника.

Обед: суп картофельный вегетарианский, мясо отварное, запеченное под бешамелью, морковь отварная, компот из разваренных сухофруктов.

Полдник: отвар пшеничных отрубей с сахаром и сухарики.

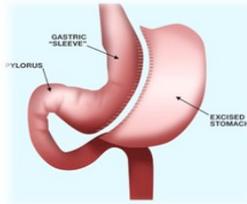
Ужин: рыба отварная, запеченная под молочным соусом, рулет морковно-яблочный, чай с молоком.

На ночь: молоко.



Министерство здравоохранения Свердловской области
Каменск-Уральский филиал
Государственного бюджетного
профессионального образовательного
учреждения «Свердловский областной
медицинский колледж».

«Основные принципы диеты после удаления желудка полностью или частично»



Работу подготовила студентка 491 гр.
Специальности «Сестринское дело»
Кузнецова Татьяна

- Блюда готовят на пару, отваривают или запекают в духовке. Используют протёртые продукты. Пищу тщательно разжевывают, чтобы уменьшить нагрузку на пищеварительный тракт.



- Питаться нужно небольшими порциями 5-6 раз в день. За один приём разрешается не более 200 грамм жидкости, чтобы не нагружать пищеварительный тракт.



- Температура блюд не выше 65 и не ниже 150С.
- Энергетическая ценность рациона – соответствует энергетическим потребностям организма.
- Ограничивают легкоусвояемые быстрые углеводы – сахар, варенье, сладкие каши, мёд.

Меню после удаления желудка:

Из рациона **исключают** мясные, рыбные и грибные бульоны, жирное мясо, сдобу, жареные, солёные, копчёные, острые, маринованные блюда, а также не протёртые сырые овощи и фрукты.



Прежде всего, следует выполнять все рекомендации врача по режиму питания и способам приготовления пищи!

Как правило, **разрешены следующие продукты питания:**

- Овощные супы-пюре, супы с макаронными изделиями и крупами.
- Нежирное мясо, птица (индейка, курица) и рыба (хек, треска, навага, карп, судак). Мясо употребляют в виде фрикаделек, шпоре, паровых котлет, суфле.
- Пюре, суфле и пудинги из моркови, картофеля, цветной капусты, свёклы, кабачков, тыквы.
- Каши на молоке, пудинги из протёртых круп, блюда из макарон, домашней лапши.



- Паровые омлеты, яйцо всмятку.
- Молоко, сметана, творог, сливки, сыр.



- Масло сливочное и растительное.
- Фрукты и ягоды в протёртом или печёном виде.



- Некрепкий чай и кофе с молоком и сливками, фруктовые и овощные соки, отвар шиповника.



После удаления желудка важно обеспечить достаточное поступление витаминов и микроэлементов. Особенно важны для диеты железо, кальций, витамин D. В них организм в первую очередь нуждается

Алгоритм постановки в/м инъекции

Цель: внутримышечное введение препарата.

Показания: по назначению врача.

Противопоказания: непереносимость лекарственного препарата пациентом.

Места для подкожных инъекций:

- верхний наружный квадрат ягодицы;
- средняя переднебоковая поверхность бедра.

Оснащение:

- накрытый стерильный лоток;
- стерильный шприц с лекарственным веществом;
- стерильные иглы для внутримышечной инъекций (в/м);
- стерильные шарики (3 смоченных спиртом, один сухой);
- спирт 70%;
- перчатки;
- лоток для сбора использованного материала.

Подготовка пациента:

- психологическая подготовка пациента;
- объяснить пациенту смысл манипуляции;
- уложить пациента в удобную позу;
- освободить место для инъекций;

Алгоритм действий:

1. Вымыть руки теплой водой с мылом.
2. Надеть перчатки и обработайте их шариком ос спиртом.
3. Определить место инъекции.
4. Обработать место инъекции стерильным шариком, смоченным 70 - градусным спиртом площадью 10X10 см в одном направлении.
5. Обработать место инъекции вторым стерильным шариком со спиртом площадью 5X5 см в той же последовательности.
6. Выпустить воздух из шприца. Взять шприц в правую руку, расположить его перпендикулярно к поверхности тела пациента, 2-м пальцем придержать поршень, 5-й палец на муфте иглы, остальные пальцы на цилиндре.
7. Растянуть кожу на месте прокола.
8. Ввести быстрым движением иглу под углом 90 градусов на 2/3 длины иглы.
9. Оттянуть поршень на себя, убедится в отсутствии крови в шприце.
10. Ввести медленно лекарственное вещество.
11. Извлечь быстрым движением шприц с иглой.
12. Прижать сухим стерильным шариком место инъекции.
13. Использованные шприц, иглу, шарики, перчатки выбросить в коробку безопасной утилизации (отходы кл. «Б»).

Рекомендации по предотвращению тошноты и рвоты

Рекомендации по предотвращению рвоты

- Профилактика тошноты и рвоты, возникающей при проведении химиотерапии, должна начинаться до начала химиотерапии и проводиться не менее 3 дней после проведения химиотерапии;



- Нельзя есть за два часа до принятия химиотерапевтических препаратов;



- Дневной рацион пищи разбить на меньшие порции и есть чаще;
- Еда должна быть теплой, но не горячей;
- Жирная, соленая, острая, сладкая, жареная пища полностью исключается;



- Жидкость лучше пить за час

до еды; пить надо минеральную воду без газа и соки из яблок и винограда;



- Пить много жидкости, (выпивайте не менее 2-х литров), небольшими количествами в течении дня;
- Полезно слушать легкую музыку, что сможет отвлечь от неприятных симптомов;



- Избегать неприятных запахов,



- Чаще гулять на свежем воздухе и проветривать палату 3 раза/день;
- Сделайте холодный компресс.

При тошноте может подниматься температура. На несколько минут положите на шею, сзади холодного компресса. Это поможет снизить температуру и

успокоить тошноту.

- Выпейте ромашковый чай.



Ромашка — известное народное средство от тошноты. Кроме того, она успокаивает и помогает уснуть. Залейте столовую ложку цветков ромашки стаканом кипятка, дайте настояться пять минут и пейте.

- Не ложитесь.



Когда вы лежите, желудочный сок может подняться по пищеводу, усиливая ощущение тошноты и дискомфорта.

- Если тошнота все-таки появилась, надо делать медленные и глубокие вдохи.



Подготовила студентка 491 гр. Специальности «Сестринское дело»

Кузнецова Татьяна

Беседа о полноценном питании

Здравствуйте, меня зовут Татьяна я студентка медицинского колледжа и сейчас я расскажу вам о правильном, и полноценном питании при резекции желудка.

Главное условие, это то, что пища при раке желудка не должна содержать канцерогенных веществ. Придерживаться нужно таких правил:

- Уменьшить объем употребляемых порций. При этом принимать пищу можно до 10 раз в сутки.
- Следить за температурой пищи. Нельзя есть очень горячие или холодные блюда.
- Пища должна быть хорошо пережевана, без крупных кусочков.
- Продукты готовить на пару или варить.
- Употреблять только свежеприготовленные блюда.
- Нужно отказаться от резких приправ и специй, хотя при питании после резекции желудка при раке полезно употреблять чеснок.

Разрешается употребление таких блюд:

- Овощные и молочные супы, компоненты которых должны быть протертыми;
- Сырые и сваренные всмятку яйца.
- Нежирные сорта мяса и рыбы.
- Нежирный творог.
- Хорошо проваренные каши.
- Хлеб из муки высшего сорта, желательно не свежий.
- Кисели из фруктов и ягод.
- Сливочное масло.
- Жиры растительного происхождения.

Для выздоровления после операции желудка или курса, химио- или терапии больным нужно есть как можно больше спелых овощей, фруктов, ягод.

Рекомендуется отдавать предпочтение плодам с красной и желтой кожицей, так как в них содержатся каротиноиды, оказывающие противоопухолевое действие в организме человека. Сдерживают действие раковых клеток вещества антоцианы, которыми богаты свекла, краснокочанная капуста и баклажаны.

В меню диеты после удаления желудка при раке обязательно должны быть лимоны, апельсины, мандарины. А весной разнообразить меню ранними овощами редиской, огурцами, петрушкой, зеленым луком.

Нужно знать, что даже при тепловой обработке овощей моркови, свеклы, перца, лука, в них сохраняются все полезные вещества.

Противопоказанные продукты при лечении рака желудка

При любой стадии злокачественного новообразования нежелательны продукты с красителями, ароматизаторами и консервантами.

В жирных и пережаренных блюдах задерживаются канцерогены, а грубая, соленая и горячая еда раздражающе действует на слизистую оболочку желудка.

Кофе, крепкий чай, газированные напитки, алкоголь, должны быть полностью исключены из меню больного раком желудка.

Рецидив болезни во многом может быть предупрежден правильным, сбалансированным питанием.

Основная нормативно-правовая документация, используемая в работе

- ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- ФЗ-52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»
- ФЗ-3 «О наркотических средствах и психотропных веществах»
- СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»
- СанПиН 2.6.1.2891-11 "Требования радиационной безопасности при утилизации медицинской техники, содержащей источники ионизирующего излучения
- СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»
- ОСТ 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы»
- СанПиН 2.3.2.1078-01 Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов
- приказ №706 н. «Об утверждении правил хранения лек. средств»
- Приказы, регламентирующие работу с наркотическими и психотропными лекарственными средствами:
- МЗ РФ от 12.11.97 г. №330 - О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических лекарственных средств.
- Постановление Правительства РФ от 06.08.1998 г. (08.12.2011) №892 «Об утверждении правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами»
- Постановление Правительства РФ от 31.12.2009 г. (ред. 16.02.2013) № 1148 «О порядке хранения наркотических средств и психотропных веществ»
- Федеральный Закон РФ о наркотических средствах и психотропных веществах от 08.01.98 г. № 3-ФЗ

- Приказ Минздравсоц. развития России от 12.02.2007 г. (ред. 26.02.2010) №110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий мед. назначения и специальных продуктов питания». (Этот приказ отменяет приказ №328)
- Постановление Правительства РФ от 04.11.2006 №644 (ред. От 16.12.2013) «О порядке представления сведений о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и регистрацией операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ»
- Постановление Правительства РФ от 30.06.1998 (ред. 13.06.2013 г.) №681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ».
- СП 3.1.5.2826 – 10 профилактика ВИЧ-инфекции.