

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ
«МУРМАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

**УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ
С РАКОМ ЖЕЛУДКА В ОТДЕЛЕНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ТЕРАПИИ**

Выполнила:

Золотавина Наталья Николаевна

Студент 1 группы 4 курса

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Руководитель:

Бельская Елена Анатольевна

Мурманск

2022

Проверено руководителем

Бельской Еленой Анатольевной

(дата)

(подпись преподавателя)

Защита ВКР

(дата)

(оценка)

(подпись преподавателя)

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
1. Теоретические аспекты онкологических заболеваний ЖКТ на примере рака желудка	
1.1. Определение и классификация рака желудка	7
1.2. Предрасполагающие факторы возникновения рака желудка	9
1.3. Клиническая картина и лечение рака желудка	11
1.3.1. Методы лечения рака желудка	13
1.4. Профилактика онкологических заболеваний.....	18
2. Практический анализ участия медицинской сестры при уходе за больными раком желудка в паллиативном отделении.	
2.1. Эпидемиологическая обстановка по онкологическим заболеваниям в Мурманской области	20
2.2. Задачи и принципы деятельности паллиативного отделения	22
2.3. Решение задач сестринской помощи с учетом потребностей и проблем больных раком желудка	24
3. Заключение.....	33
4. Список литературы	36
5. Приложение.....	40

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.

Опухоли кишечного тракта занимают значительное место, как в онкологической статистике, так и в статистике смертности от онкологических заболеваний. Наиболее распространёнными среди опухолей ЖКТ являются злокачественные новообразования желудка и толстой кишки, а среди них лидирующее место принадлежит аденокарциномам. 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.

В последние 30 лет наметился значительный прогресс в лечении данных патологий: новые технологические решения позволяют изготавливать современные хирургические инструменты, совершенствуется хирургическая техника, усложняется фармацевтическое производство. В результате этого растет выживаемость пациентов.

Патология занимает

3 место в мире по уровню смертности от онкозаболеваний: ежегодно от нее умирает 800 000 человек. По статистике выздоравливают 30% пациентов с раком желудка. Метастазы выявляют у 80-90% больных. При ранней диагностике 6-месячная выживаемость – 65%, при поздней – 15%. На практике чаще выявляется на 4-й стадии. У 1 из 50 больных с диспепсией диагностируют рак желудка.

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.

Актуальность работы заключается в том, что по данным Росстата, рак желудка продолжает занимать 2-е место в структуре заболеваемости россиян. В мире ежегодно регистрируется 952 тыс. случаев рака желудка и 723,1 тыс. смертей. В структуре заболевших его доля составляет 8,5 % у мужчин и 4,8 % – у женщин. В 2021 г. в России зарегистрирован 37 851 новый больной раком желудка (в 2020 г. – 38 318). С 2015 по 2020 г. в России абсолютное число вновь выявленных больных раком желудка снизилось на 9,0 % у мужчин и 7,3 % у женщин. Среди всех злокачественных новообразований на долю рака желудка приходилось 7,9 % у мужчин и 5,1 % у женщин. В возрастной группе 15–39 лет рак желудка занимал у мужчин 5-е ранговое место (4,5 %), в возрастной группе 40-54 года. – 2-е (8 %), в группе 55 лет и старше – 3-е место (7,9-8,8 %). У женщин рак желудка занимал 5-е место в группе 55-69 лет (4,5 %) и 3-е место в возрастной группе 70-84 года (7,3 %) и 85 лет и старше (8 %).

В 2020 г. в России от рака желудка умерли 30 409 человек. В структуре умерших доля рака желудка составила 10,6 % (3-е место после рака легкого и колоректального рака). С увеличением возраста рак желудка переходит с 6-го в 15-39 лет (7,2 %) на 4-е место в 40-54 года (8,8 %), а затем на 3-е в 55-69 лет (9,7%) и 70 лет и старше (11,5 %). Стандартизованные показатели смертности от рака желудка в России в 2015 г. (18,0 и 7,3 на 100 000 соответственно у мужчин и у женщин) снизились на 19,7 % и 20,7 %. Среди регионов России максимальные показатели смертности от рака желудка зарегистрированы в Республике Тыва (41,9 на 100 000 у мужчин и 16,4 на 100 000 у женщин; мировой стандарт), а также у женщин в Чукотском автономном округе (17,8 на 100 000). Минимальные показатели по смертности от рака желудка в России были отмечены в республиках Кабардино-Балкария (10,2 у мужчин) и Алтай (3,5 у женщин) [11].

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

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

В структуре смертности населения Мурманской области лидируют ЗНО органов пищеварения (42,9%), на 2 месте – ЗНО органов дыхания (17,6%), на 3 месте – ЗНО женской репродуктивной сферы (13,3%). По отдельным локализациям лидируют опухоли органов дыхания (трахеи, бронхов, легкого), желудка, толстой кишки, поджелудочной железы, молочной железы

Цель дипломной работы - рассмотреть участие медицинской сестры в организации ухода за пациентами с раком желудка в отделении паллиативной терапии.

Задачи:

1. Провести литературный обзор медицинских и социальных аспектов рака желудка;
2. Рассмотреть этиологию, клиническую картину, особенности диагностики, методы обследования, принципы лечения и профилактики рака желудка;
3. Рассмотреть влияние территориального фактора на частоту возникновения заболевания;
4. Провести анализ динамики данных по заболеваемости и распространенности онкологических заболеваний;
5. Провести наблюдение за участием медицинской сестры в организации ухода за пациентами с раком желудка в отделении паллиативной терапии.

Объект исследования - организация ухода за пациентами с раком желудка в отделении паллиативной терапии.

Предмет исследования - участие медицинской сестры в организации ухода за пациентами с раком желудка в отделении паллиативной терапии.

Методы исследования:

1. Изучение научной и специализированной работы по теме.
2. Наблюдение.
3. Анализ и синтез полученных результатов.

База исследования: Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кольская Центральная Районная больница»

Практическая значимость заключается в подробном анализе литературы по теме работы и анализе качества жизни пациентов с раком желудка, что позволит в дальнейшем скорректировать работу медицинской сестры по участию в организации ухода и внести в неё элементы, повышающие качество жизни пациентов с раком желудка. Что, в свою очередь, полностью отвечает курсу развития современной медицины.

Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы, приложений.

1. Теоретические аспекты онкологических заболеваний органов пищеварения на примере рака желудка

1.1. Рак желудка, определение, классификация.

Рак желудка – злокачественная опухоль, формирующаяся из клеток внутреннего слизистого слоя желудочной стенки.

По мере увеличения она прорастает в средний мышечный и внешний серозный слои, соседние и отдаленные органы. Чаще возникает у мужчин. Средний возраст больных 38 лет.

В зависимости от типа клеток опухоли различают плоскоклеточный и железистый рак – аденокарциному. Плоскоклеточный рак развивается из клеток слизистой пищевода, локализуется в верхнем отделе желудка и встречается редко – примерно у 1% пациентов группы.

Аденокарцинома развивается из клеток слизистой желудка в любой части органа. По строению бывает тубулярной, папиллярной и муцинозной.

По степени злокачественности и распространенности процесса различают стадии заболевания:

- 0 – единичные атипичные клетки обнаруживают только в верхнем слое слизистой желудка;
- I – клетки опухоли поражают слизистый и подслизистый слои желудочной стенки.

I стадия делится на подстадии:

- IA – поражен только подслизистый слой;
- IB – поражен также мышечный слой желудка, выявлены метастазы в 1-2 близлежащих лимфоузлах.

II стадия делится на подстадии:

- IIA – опухоль распространяется:
 - o на подслизистый или мышечный слои желудочной стенки, в 1-2 близлежащих лимфоузлах выявлены метастазы;
 - o подслизистый слой с метастазами в 3-6 близлежащих лимфоузлах.
- IIB – опухоль распространяется:
 - o на внешний слой желудочной стенки;
 - o субсерозный слой ткани под внешней оболочкой с метастазами в 1-2 близлежащих лимфоузлах;
 - o мышечный слой желудочной стенки с метастазами в 3-6 близлежащих лимфоузлах;

о подслизистый слой желудочной стенки с метастазами в 7 или более близлежащих лимфоузлах.

III стадия делится на подстадии:

• IIIA – опухоль распространяется:

о на внешний слой желудочной стенки с метастазами в 1-2 близлежащих лимфоузлах;

о серозный слой ткани под внешней оболочкой с метастазами в 3-6 близлежащих лимфоузлах;

о мышечный слой желудочной стенки с метастазами в 7 или более близлежащих лимфоузлах.

• IIIB – опухоль прорастает:

о в близлежащие органы – селезенку, печень, диафрагму, почку, надпочечник, поджелудочную железу, поперечно-ободочную или тонкую кишку с метастазами в 1-2 близлежащих лимфоузла;

о во внешний слой желудочной стенки с метастазами в 3-6 близлежащих лимфоузлах.

• IIIC – опухоль прорастает:

о в близлежащие органы – селезенку, печень, диафрагму, почку, надпочечник, поджелудочную железу, поперечно-ободочную или тонкую кишку с метастазами в 3 и более лимфоузла;

о во внешний слой желудочной стенки с метастазами в 7 и более близлежащих лимфоузла.

• IVC – опухоль за счет метастазирования распространяется в отдаленные органы и ткани – печень, яичники, надключичные лимфоузлы и т.п.

1.2. Предрасполагающие факторы возникновения рака желудка

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. Отмечается прямая корреляционная связь частоты возникновения рака желудка с содержанием в почве меди, молибдена, кобальта и обратная — цинка и марганца. Существуют данные о зависимости рака желудка от инфицированности *Helicobacter pylori*. Считается статистически доказанным, что у инфицированных хеликобактером пилори повышен риск развития рака желудка.

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

В большинстве случаев рак желудка развивается на фоне длительно существующих предопухолевых состояний слизистой. Что означает морфологически подтвержденное замещение нормальной слизистой на диспластическую. Предраковыми заболеваниями желудка называют состояния, которые со временем могут переходить в рак или на их фоне чаще развивается рак. К таким заболеваниям относят хроническую язву желудка, полипы желудка, гипертрофический гастрит Менетрие, пернициозная (В12 — дефицитная) анемия, хронический гастрит со сниженной кислотностью желудка. Кроме того, риск злокачественной опухоли желудка выше у лиц, перенесших удаление части желудка из-за какой-то другой болезни. На вероятность возникновения заболевания влияют:

- наличие близких родственников с раком желудка в анамнезе;
- полипы желудка или аденоматозный полипоз;
- язвенная болезнь и хронический гастрит;
- повышенный уровень *Helicobacter Pylori*;
- дуодено-гастральный рефлюкс;
- кишечная метаплазия – замещение желудочного эпителия кишечным;
- неправильное питание – большое количество соленой, острой и копченой пищи, животных жиров, низкое содержание овощей и фруктов;
- недостаток витамина С;
- употребление низкокачественных и просроченных продуктов;
- курение и избыточное потребление алкоголя;
- возраст старше 60 лет, особенно у мужчин;
- срок 5-10 лет после операции на желудке.

Основные причины развития рака желудка.

Основные причины -это все то, что увеличивает вероятность развития рака у человека. И хотя факторы риска зачастую влияют на развитие заболевания, большинство из них непосредственно не вызывают онкологию. Знание своих факторов риска и обсуждение их с врачом может помочь вам сделать более осознанный выбор образа жизни и медицинского обслуживания.

Следующие факторы повышают риск развития рака:

1. Возраст. Новообразование чаще всего возникает у людей старше 55 лет. Большинство пациентов, у которых диагностирован рак желудка, старше 60-70 лет.

2. Пол. У мужчин вероятность развития онкологии в два раза выше.

3. Бактерии. Довольно распространенная бактерия, называемая *Helicobacter pylori*, или *H. pylori*, вызывает воспаление и язву желудка. Она также считается одной из основных причин онкопроцесса. Существует анализ на *H. pylori*, инфекцию можно лечить антибиотиками.

4. Семейный анамнез/ генетическая предрасположенность. Люди, у которых родитель, ребенок или родной брат/сестра болели онкологией, отличаются более высоким риском заболевания. Некоторые наследственные генетические нарушения, такие как наследственный диффузный рак желудка, синдром Линча, наследственный рак молочной железы и яичников и семейный аденоматозный полипоз, повышают риск развития опухоли.

5. Расовая / этническая принадлежность. Онкология чаще встречается у чернокожих, латиноамериканцев и азиатов, чем у белых.

6. Диета. Диета с высоким содержанием соли связана с повышенным риском развития онкопроцесса. Сюда входят продукты, сохраняемые путем сушки, копчения, соления или маринования, а также продукты с высоким содержанием соли. Употребление в пищу свежих фруктов и овощей может способствовать снижению риска.

7. Проведенные ранее операции или состояние здоровья. Люди, перенесшие операцию на желудке, пернициозную анемию или хлоргидрию, имеют повышенный риск развития онкологии. Пернициозная анемия — это значительное уменьшение количества эритроцитов, вызванное тем, что желудок не способен правильно усваивать витамин В12. Хлоргидрия — это недостаток соляной кислоты в желудочном соке.

8. Профессиональные факторы. Воздействие определенных видов пыли и паров повышает риск развития патологии.

9. Табак и алкоголь. Употребление табака и злоупотребление алкоголем может повысить риск развития рака желудка.

10. Ожирение. Избыточная масса тела повышает риск развития онкологии у мужчин. Непонятно, увеличивает ли ожирение риск развития рака желудка у женщины.

1.3. Клиническая картина и лечение рака желудка

Основные симптомы зависят от места размещения опухоли в организме. Если онкозаболевание возникло в верхнем отделе, который примыкает к пищеводу, у больных возникает обильное выделение слюны, проблемы с движением грубой пищи.

Дискомфорт при глотании повышается, т. к. просвет пищевода сужается. Часто появляются рвотные позывы и срыгивание, давление в сердце или в области груди, между лопатками, пища застаивается в области пищевода, это вызывает его расширение. Если рак расположен в нижней части желудка, возникает тяжесть в области живота, рвота с выделением переваренной пищи. [5, стр.11]

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

Можно выделить основные симптомы наличия злокачественного новообразования в желудке

Общие:

- низкая работоспособности и утомляемость;
- снижение веса;
- вялость и тоскливость;
- чувство слабости,
- анемия.

Местные признаки:

- пропало удовольствие во время еды и после нее;
- полное отсутствие или ухудшение аппетита, отказ от некоторых продуктов питания;
- появление рвотных позывов, частое чувство тошноты;
- повышение температуры.

Специфические симптомы:

- рвотные массы и жидкий стул с выделением черной гущи – обусловлено наличием внутреннего кровотечения;
- затруднено продвижение пищи – характерно для опухоли начального отдела пищевода и желудка;
- рвота по утрам вчерашней пищей – из-за сужения происходит застой пищи в просвете желудка, характерно для рака антрального отдела.

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

Таким образом, рак желудка – крайне опасное заболевание, обнаружение которого на ранней стадии проблематично. Боль в животе и тошнота могут быть признаками гастрита или язвы желудка, и не всегда люди, имеющие эти диагнозы, могут заподозрить

что-то более серьезное. А во многих случаях рак желудка начинается и вовсе бессимптомно. Чтобы обезопасить себя от тяжелой болезни, необходимо регулярно проходить фиброгастроскопию и отказаться от вредных привычек и тяжелой пищи. Первые признаки заболевания – дискомфорт и боль в области желудка, диспепсия.

Кроме них на ранних стадиях возникают :

- изжога;
- тошнота;
- снижение аппетита;
- ощущение вздутия после еды;
- дискомфорт в верхней части живота;
- повышенная утомляемость, слабость.

На более поздних стадиях симптомы рака желудка:

- рвота;
- кал черного цвета;
- отрыжка;
- чувство переполненного желудка;
- боли в животе;
- желтуха;
- асцит – увеличение объема живота из-за скопления жидкости;
- потеря веса.

Без лечения возможны осложнения рака желудка – кровотечения, перфорация опухоли, желудочная непроходимость, флегмона.

1.3.1. Методы лечения рака желудка

«Стандарт оказания медицинской помощи» означает лучшие из известных методов лечения. В качестве онкологической помощи рекомендуются также клинические исследования. Они помогают проверять новый подход к лечению. Врачи хотят узнать, является ли это лечение безопасным, эффективным и, возможно, более приемлемым, чем стандартное. Клинические исследования могут проверять лекарственную новинку, комбинацию проверенных методик или вариации дозировок стандартных препаратов или других методов лечения. Клинические исследования являются вариантом онкопомощи на каждой стадии процесса. Ваш врач может помочь вам рассмотреть все варианты терапии.

Обзор лечения

Междисциплинарная команда составляет общий план лечения. При раке желудка в такие команды могут входить следующие врачи:

- Гастроэнтеролог – специализируется на желудочно-кишечном тракте, в частности, на желудке и кишечнике;
- Хирург или хирург-онколог – специализируется на лечении рака с помощью хирургического вмешательства;
- Онколог – специализируется на лечении рака с помощью медикаментов;
- Онколог-радиолог – специализируется на лечении рака с помощью лучевой терапии;
- Гистолог – специализируется на интерпретации лабораторных анализов и оценке клеток, тканей и органов для диагностики заболевания;
- Радиолог – специализируется на использовании визуальных методов для диагностики заболевания.

Основной метод лечения рака желудка – хирургический. Лучевую и химиотерапию проводят дополнительно для повышения эффективности лечения. В качестве монотерапии при раке желудка они малоэффективны и назначаются, если операция противопоказана.

Хирургическое лечение.

Хирургическое лечение проводят на всех стадиях рака желудка: на ранних для радикального удаления опухоли и полного восстановления пациента, на поздних – чтобы улучшить качество жизни больного и уменьшать выраженность симптоматики. Объем операции зависит от злокачественности и распространенности новообразования, возраста и состояния здоровья пациента.

Гастрэктомия – удаление всего желудка с опухолью, окружающей жировой клетчаткой и регионарными лимфоузлами. В ходе вмешательства возможна частичная либо полная резекция пораженных соседних органов. После иссечения формируют искусственное соустье – аностомоз – между пищеводом и тонким кишечником. Резекция желудка дистальная либо проксимальная – удаление пораженной верхней либо нижней части с клетчаткой и регионарными лимфоузлами.

Эндоскопическая резекция желудочной слизистой – удаление пораженного участка слизистой через проколы без разрезов. Эффективна на начальной стадии онкопроцесса, а также у пожилых и ослабленных больных, которым из-за состояния противопоказана полноценная операция.

Паллиативное стентирование – установка специального стента, обеспечивающего просвет желудка. Показано больным на поздних стадиях для обеспечения беспрепятственного пищеварения.

Гастроэнтероаностомоз – паллиативная хирургическая помощь для восстановления просвета выходного отверстия из желудка в кишечник.

Химиотерапия.

Лечение с помощью лекарственных препаратов, разрушающих раковые клетки либо блокирующих их деление. Введение одновременно нескольких таких медикаментов – полихимиотерапия – позволяет снизить дозировки каждого из них и негативные побочные эффекты лечения, повысить его эффективность. Назначается перед хирургической операцией либо после нее.

Лучевая терапия.

Использование рентгеновских лучей для разрушения клеток опухоли или замедления ее роста. Показано до или после операции, при метастазах в лимфоузлах, на поздних стадиях и при невозможности хирургического лечения. Для точной фокусировки (чтобы убивать опухоль, не воздействуя на близлежащие ткани) используют КТ-разметку. Таргетная терапия – это лечение, направленное на специфические гены, белки или тканевую среду рака, способствующую росту и выживанию рака. Таргетная терапия блокирует рост и распространение раковых клеток, одновременно ограничивая повреждение здоровых.

Не все опухоли имеют одинаковые мишени. Чтобы разработать наиболее действенное лечение, врач проводит анализы для определения генов, белков и других факторов вашей опухоли.

При лечении рака желудка применяется следующая таргетная терапия:

- HER2-таргетная терапия. Некоторые виды рака могут вырабатывать слишком много белка, называемого вторым рецептором фактора роста эпидермиса (HER2). Такой вид рака называется HER2-положительным раком.

- Антиангиогенная терапия. Направлена на остановку ангиогенеза, то есть, процесса создания новых кровеносных сосудов. Для развития опухоли нужны питательные вещества, поставляемые по кровеносным сосудам. Поэтому целью антиангиогенной терапии является «истощение» опухоли.

Иммунотерапия

Биологическая терапия (другое название) предназначена для повышения естественной защиты от рака. В ней используются вещества, вырабатываемые организмом

или произведенные в лаборатории для улучшения, направления или восстановления функции иммунной системы.

Разные виды иммунотерапии могут вызывать разные негативные реакции. К общим побочным эффектам относятся кожные реакции, гриппоподобные симптомы, диарея и изменение веса.

В настоящее время вопрос о необходимости радикальной хирургической резекции с обширным удалением лимфоузлов у пациентов с ранним раком остается дискуссионным. Очевидно, что увеличение выживаемости больных благодаря проведению радикального хирургического лечения нивелируется высокой послеоперационной летальностью. Диагностика ранних форм рака желудка открывает возможности принципиально новых подходов к их лечению, в частности применению различных эндоскопических вмешательств, таких как эндоскопическая резекция слизистой оболочки, лазерная деструкция, фотодинамическая терапия.

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

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

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

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

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

- 1) глубина инвазии опухоли в пределах слизистой оболочки желудка;
- 2) интестинальный тип рака;
- 3) отсутствие регионарных метастазов;
- 4) макроскопическая форма роста Па, Пб, Пс (без изъязвления слизистой);

5) размеры опухоли не более 2 см в диаметре при форме роста Па и Пб и не более 1 см при типе Пс.

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

Помимо эндоскопической резекции слизистой оболочки, в ряде случаев методом выбора может быть эндоскопическая лазерная деструкция опухоли. К недостаткам этого метода относятся полное разрушение опухолевой ткани и невозможность оценки удаленного участка, как при эндоскопической резекции слизистой оболочки желудка. В то же время эндоскопическая лазерная деструкция обладает определенными преимуществами, так как может применяться в тех случаях, когда технически невозможно провести петлевую электрорезекцию опухоли, а также у тяжелых соматических больных (повышенная опасность кровотечения, цирроз печени, почечная недостаточность, сердечная недостаточность). У ряда больных ранним РЖ применяется метод фотодинамической терапии, основанный на цитотоксическом действии ряда фотосенсибилизаторов, которые при введении в организм относительно селективно накапливаются в опухолевых клетках и переходят в возбужденное состояние при воздействии света определенной длины волны. Образующиеся при этом свободные радикалы и синглетный кислород, взаимодействуя со структурами опухолевой клетки, приводят ее к гибели. Преимуществом фотодинамической терапии по сравнению с лазерной деструкцией является применение для воздействия на опухолевую ткань низкоинтенсивного лазерного излучения, исключающего опасность термической перфорации стенки и избирательность поражения. К недостаткам следует отнести накопление и достаточно длительное сохранение фотосенсибилизатора в коже, что может вызывать общее фототоксическое действие в виде солнечного ожога. [9, стр.11] Следует еще раз подчеркнуть, что перечисленные методы лечения раннего рака становятся возможными лишь при условии его успешной диагностики. Так, в Японии благодаря применению высокоинформативных диагностических методов, включающих хромоскопию, эндоскопическое ультразвуковое сканирование, ангиографию, удается точно разграничить опухоли с локализацией в слизистой оболочке и под слизистой оболочке до операции. Это приводит к сокращению неоправданного радикализма в лечении раннего рака с использованием внутри слизистой резекции или экономной хирургической резекции опухолей, растущих в пределах слизистой оболочки и имеющих менее 2 см., в диаметре. Подобная стратегия пока не применяется на Западе из-за отсутствия

перечисленных диагностических возможностей. рак желудка пищеварительный

Большинство ранних РЖ, которые удается диагностировать в Западных странах, представляют собой изъязвленные опухоли с фиброзом под слизистой и мышечной оболочек, что затрудняет разграничение опухолей в зависимости от степени их распространения в стенке желудка. По этой причине большинство пациентов с диагностированным ранним РЖ подвергаются радикальному хирургическому лечению с обширной резекцией лимфоузлов, что ведет к высокой летальности и инвалидности. Несмотря на многочисленные сложности диагностики и лечения ранних стадий злокачественных опухолей пищевода и желудка, в настоящее время в мире все шире с успехом применяется эндоскопическая резекция слизистой оболочки при лечении раннего рака пищевода и желудка, главным осложнением при этом является возникновение кровотечений (до 25% случаев). В России также уже имеется успешный опыт лечения раннего рака пищевода и желудка. Таким образом, традиционный взгляд на рак пищевода и желудка как на фатальное заболевание устаревает, а неблагоприятный прогноз перестает быть неизбежностью.

Прогноз зависит от стадии онкопроцесса – насколько обширно и глубоко поражена желудочная стенка, поражены ли лимфоузлы и есть ли метастазы, а также от возраста и общего состояния здоровья пациента. При ранней диагностике и качественном лечении шанс на полное выздоровление значительно выше.

Пятилетняя выживаемость:

- у пациентов с 1-й стадией – 80%, из них 70% полностью выздоравливают;
- у больных со 2-й стадией – 56%, из них полностью выздоравливает 50%;
- у пациентов с 3-й стадией – 38%, из них полностью выздоравливает 25%;
- у больных с 4-й стадией – 5%, из них полностью выздоравливают 1,4%.

Если пациент прожил 5 лет после окончания лечения рака желудка, дальнейший прогноз улучшается. Риск рецидива зависит от стадии и обширности метастаз. Он выше через 2 года и снижается после 5-летней ремиссии.

1.4 Профилактика

Важнейшим в деле профилактики онкологических заболеваний представляется оздоровление окружающей среды, улучшение качества питания и ведение здорового образа жизни, способствующего длительному повышению противоопухолевой устойчивости. Высокий уровень иммунитета позволяет человеку довольно длительное время оставаться здоровым, даже в условиях неблагоприятной экологической обстановки.

- Важнейшим шагом в профилактике онкологических заболеваний является

отказ от курения табака (активного, пассивного) и недопущение употребления электронных систем доставки никотина, некурильных табачных изделий, применения средств, которые используются для вдыхания продуктов горения, нагревания или испарения табака, а также вдыхания различных смесей (в том числе кальянов).

- Злоупотребление алкоголем является фактором риска развития многих типов рака, включая рак полости рта, глотки, гортани, пищевода, печени, ободочной и прямой кишки, молочной железы. Риск развития рака напрямую зависит от количества употребляемого алкоголя. Риск развития некоторых типов рака (например, рака полости рта, глотки, гортани и пищевода) у людей, употребляющих алкоголь в больших объемах, значительно возрастает, если при этом они являются заядлыми курильщиками.

Существует связь между излишним весом /ожирением и многими типами рака, такими как рак пищевода, ободочной и прямой кишки, молочной железы, матки и почек.

Сбалансированное потребление здоровой пищи, включающее: уменьшение потребления насыщенных жиров и отказ от трансжиров; обязательное включение в ежедневный рацион более 500 г овощей и фруктов, обеспечивающих организм растительной клетчаткой, витаминами и веществами, обладающими антиканцерогенным действием (к ним относятся: желтые и красные овощи, содержащие каротин (морковь, помидоры, редька и др.), фрукты, содержащие большое количество витамина С (цитрусовые, киви и др.), капуста (особенно брокколи, цветная и брюссельская), чеснок и лук); регулярное употребление продуктов из цельных зерновых злаковых культур, орехов; ограничение (отказ от) потребления копченой и нитрит-содержащей пищи.

Регулярная умеренная и интенсивная физическая активность (более 30 минут в день) и поддержание нормальной массы тела наряду со здоровым питанием значительно снижают риск развития рака.

Здоровый сон (7-8 часов в сутки) и тренировка стрессоустойчивости – это повышение защитных сил организма, необходимое для профилактики онкологических заболеваний.

Воздержание от длительного пребывания на солнце. Ультрафиолетовое (УФО) излучение и, в частности, солнечное излучение является канцерогенным для человека, вызывая все основные типы рака кожи, такие как базальноклеточная карцинома, плоскоклеточная карцинома и меланома. Использование солнцезащитных средств и защитной одежды, позволяет избежать чрезмерного воздействия УФО и является эффективной профилактической мерой. Испускающие УФО устройства для искусственного загара в настоящее время также рассматриваются как фактор риска.

Защита против некоторых вирусов, вызывающих рак (вакцинация против вируса

гепатита В, который вызывает рак печени; против вируса папилломы человека (HPV), который вызывает рак шейки матки).

В рамках профилактического осмотра проводятся:

-в возрасте от 65 до 75 лет включительно - исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом 1 раз в год; осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов; скрининг на выявление злокачественных новообразований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в возрасте 45 лет – эзофагогастродуоденоскопия.

На втором этапе диспансеризации с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) при наличии медицинских показаний в соответствии с клиническими рекомендациями по назначению врача-терапевта, врача-дерматовенеролога, врача-хирурга или врача-колопроктолога проводятся:

а) исследования на выявление злокачественных новообразований легкого: рентгенография легких или компьютерная томография легких;

б) исследования на выявление злокачественных новообразований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки:

эзофагогастродуоденоскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара);

в) исследования на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки: ректороманоскопия; колоноскопия);

г) исследование на выявление злокачественных новообразований кожи и (или) слизистых оболочек:

д) осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия).

Выявление онкологических заболеваний на ранних стадиях дает возможность раннего начала лечения, что, в свою очередь, приносит хорошие результаты и увеличивает шансы на выздоровление. Живут 5 лет и более с момента установления диагноза ЗНО на всех стадиях в Мурманской области 59,2 % пациентов. На начальной стадии практически все опухоли поддаются терапии, причем в 70% случаев их можно вылечить хирургическим путем. Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация проводятся в амбулаторно- поликлинических медицинских учреждениях (отделениях) первичного звена по месту жительства (прикрепления).

II Практический анализ участия медицинской сестры в уходе за больными раком в паллиативном отделении.

2.1 Эпидемиологическая обстановка по онкологическим заболеваниям в Мурманской области.

В 2021 году в Мурманской области выявлено 3288 случаев ЗНО, из них более 25% составляют ЗНО органов пищеварения, среди которых лидируют ЗНО ободочной кишки (244 случая), прямой кишки (195 случаев), желудка (152 случая) и поджелудочной железы (126 случаев).

Отмечается не только высокая заболеваемость в этой группе ЗНО, но и смертность, которая в Мурманской области занимает первое место среди других локализаций и составляет 42% среди впервые выявленных ЗНО в 2021 году.

Рост заболеваемости главным образом связан с изменением характера питания, уменьшением в рационе растительной пищи, увеличением потребления животных жиров, а это, как показали исследования, увеличивает риск развития как доброкачественных, так и злокачественных опухолей.

Основными причинами возникновения злокачественных новообразований (ЗНО) в Мурманской области считаются:

- физические факторы – канцерогены, такие как ультрафиолетовое, ионизирующее излучение и др.;
- химические канцерогены, такие как асбест, компоненты табачного дыма, афлатоксины (загрязнители пищевых продуктов), мышьяк (загрязнитель питьевой воды) и др.;
- биологические канцерогены, такие как инфекции, вызываемые некоторыми вирусами, бактериями или паразитами и др.
- С возрастом заболеваемость раком возрастает, вероятнее всего, из-за накопленных рисков развития некоторых онкологических заболеваний

Первичная специализированная помощь пациентам с онкологическими заболеваниями оказывается в поликлиническом отделении ГОБУЗ "Мурманский областной онкологический диспансер", 15 первичных онкологических кабинетах (ПОК), 2 первичных онкологических отделениях (ПОО) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению. В ГОБУЗ "Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина" организован ЦАОП. Для детей на базе ГОБУЗ "Мурманская областная детская клиническая больница" организован детский консультативный онкологический

кабинет.

Специализированная онкологическая помощь оказывается в ГОБУЗ "Мурманский областной онкологический диспансер", г. Мурманск, ГОБУЗ "Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина", г. Мурманск, ГОБУЗ "Мурманская областная детская клиническая больница", г. Мурманск, ФГБУЗ "Мурманский многопрофильный центр имени Н.И. Пирогова" Федерального медико-биологического агентства, г. Мурманск.

В условиях дневного стационара оказание онкологической помощи организовано в ГОБУЗ "Мурманский областной онкологический диспансер", г. Мурманск, ГОБУЗ "Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина", г. Мурманск, ГОАУЗ "Мончегорская центральная районная больница", г. Мончегорск.

В рамках проекта "Создание эффективной системы оказания паллиативной медицинской помощи на территории региона ("Паллиативная помощь")", а также реализованы следующие мероприятия:

- Создан организационно-методический центр на функциональной основе по оказанию паллиативной помощи на базе ГОБУЗ "Кольская центральная районная больница", г. Кола.
- Открыты и функционируют отделения паллиативной медицинской помощи взрослым на базе ГОБУЗ "Кольская центральная районная больница", г. Кола (на 23 койки) и ГОБУЗ "Апатитско-Кировская центральная городская больница", г. Апатиты (10 коек).
- Открыто и функционирует отделение паллиативной медицинской помощи детям на базе ГОБУЗ "Мурманская областная детская клиническая больница", г. Мурманск (2 койки).

2.2. Задачи и принципы деятельности паллиативного отделения.

Отделение паллиативной терапии предназначено для оказания психологической и социальной поддержки онкологическим больным в конечной стадии заболевания, а также психологической и социальной помощи членам их семей в период болезни и после утраты.

Задачами отделения паллиативной помощи являются:

- оказание паллиативной помощи, медико-социальной реабилитации и психологической поддержки онкологическим больным на поздних стадиях заболевания и их родственникам;
- повышение доступности специализированной паллиативной помощи и квалифицированного ухода в стационаре и на дому;
- купирование болевого синдрома и другой отягощающей симптоматики;
- оказание психотерапевтической помощи больным в стационаре и на дому, психологической поддержки родственникам;

- обучение родственников пациента навыкам ухода за инкурабельными онкологическими больными IV клинической группы;
- создание службы добровольных помощников (волонтеров), обеспечивающих безвозмездный уход за пациентами в домашних условиях и в стационаре;
- привлечение внимания государственных, коммерческих, общественных и религиозных организаций к проблемам онкологических больных поздних стадий;
- воспитание в обществе гуманного отношения к физическим и психологическим страданиям умирающих пациентов и др.

В отделении паллиативной помощи приняты и неукоснительно выполняются следующие принципы деятельности отделения:

- бесплатность оказания паллиативной помощи;
- общедоступность и равнодоступность помощи в стационаре и на дому;
- гуманность к страданиям пациентов и их родственников;
- открытость диагноза при условии готовности пациента принять его;
- отсутствие невыполнимых обещаний пациентам и их родственникам;
- насколько это возможно, полное удовлетворение физических, психологических, духовных и религиозных запросов пациентов;
- максимальное приближение условий пребывания больных в стационаре к домашним;
- работа в команде: заведующий отделением, лечащий врач, психолог, медсестра, младшая медсестра, социальный работник, пациент и его близкие.

Для оптимизации клиничко-диагностического процесса отделение использует клиническую, диагностическую и материально-техническую базу многопрофильной больницы.

Отбор на госпитализацию пациентов из медучреждений прикрепленной территории осуществляется врачами выездной службы отделения паллиативной помощи и согласовывается с заведующим отделением.

Основными показаниями для госпитализации являются: наличие выраженного болевого синдрома, необходимость подбора симптоматической терапии и неблагоприятные социальные условия.

Борьба с болью является лишь частью всестороннего подхода к оказанию медицинской помощи больным со злокачественными опухолями. За этой группой больных, особенно в терминальной стадии заболевания, «необходим постоянный уход, чтобы обеспечить им наилучшее, насколько это возможно, качество жизни».

«Постоянный уход», в соответствии с рекомендациями экспертов ВОЗ, «включает уход за онкологическим больным, начиная с первого медицинского обследования и постановки

диагноза, оценку состояния больного и его лечение, а также за больным в терминальной стадии болезни, независимо от того, где больной находится — дома или в больнице.

Основными целями постоянного ухода являются:

- облегчение страданий пациента от болей и других мучающих симптомов;
- психологическая помощь больному;
- создание системы поддержки больного, помогающей ему жить настолько возможно деятельно перед лицом надвигающейся смерти;
- психологическая помощь членам семьи больного во время болезни и после тяжелой утраты».

Для онкологического больного программа постоянного ухода включает эффективный контроль боли (Приложение 1), что достигается подбором адекватной дозы ненаркотических и наркотических анальгетиков, которые не только устраняют боль, но и сводят до минимума их побочное действие и не усиливают другие симптомы болезни. Программа постоянного ухода направлена на предотвращение социальной изоляции онкологического больного.

2.3 Решение задач сестринской помощи с учетом потребностей и проблем больных раком желудка.

Эффективное решение задач сестринской помощи возможно, если будет обращено внимание на удовлетворение нарушенных потребностей и обусловленных ими проблем больного и его семьи.

Наиболее частыми потребностями умирающих от рака желудка являются:

- контроль над проявлениями болезни;
- ощущение безопасности;
- желание чувствовать себя нужным и никому не быть в тягость;
- человеческое общение, контакты, благосклонность;
- разъяснение симптомов и особенностей болезни;
- возможность обсуждать процесс умирания;
- желание, несмотря на любое настроение, быть понятым;
- возможность принимать участие в решениях (чувство собственного достоинства), возможность давать и брать.

Основные причины нарушения потребностей и возникновения проблем пациентов с раком желудка:

- тяжесть состояния и ужас от диагноза неизлечимого заболевания, в том числе «рак», который для большинства людей равнозначен смертному приговору без указания срока его выполнения;

- бытующее мнение о «заразности рака»;
- неуверенность в своем будущем;
- недостаток знаний и информации;
- наличие физических проблем, таких как постоянные боли, тошнота, рвота, одышка, сердцебиение, кашель, резкая общая слабость, снижение и отсутствие аппетита, наличие стомы и др.;

- стресс, обусловленный пребыванием в стационаре, смертью соседа по палате, особенно со сходным заболеванием;

- отсутствие друзей, родных;
- финансовые затруднения;
- неблагоприятные жилищно-бытовые условия;
- побочные эффекты проводимого лечения;
- неподвижность и постоянное пребывание в постели;
- сопутствующие заболевания.

Наиболее частые симптомы онкологических больных, нуждающихся в паллиативной помощи:

Симптомы	Процентное содержание
Боль	77
Анорексия	71
Диспноэ	67
Кашель	51
Запоры	50
Слабость	47
Тошнота или рвота	40
Отеки, асцит или плевральный выпот	31
Бессонница	29
Недержание мочи или катетеризация	23
Дисфагия	23
Пролежни	-
Катетеризация	14
Сонливость	10
Параличи	8
Желтуха	6
Колостомия	5
Диарея	4
Фистула	1

Наиболее важные синдромы у больных в терминальной стадии опухолевого процесса:

- образование патологических выпотов в серозных полостях;
- сдавливание опухолью (или метастазами) верхней и нижней полой вены;
- повышение внутричерепного давления в результате опухолевого процесса (первично или метастазы);
- компрессия спинного мозга;
- геморрагический синдром;
- острая и хроническая анемия;
- опухолевые язвы, чаще кожи и слизистых оболочек;
- бактериальная, вирусная и грибковая инфекция как осложнение опухолевого процесса.

В своей работе медицинская сестра использует методологию сестринского процесса. Эти знания сестра использует в информировании пациента, обучая его и руководя им или направляя его. В настоящее время применяется теория Вирджинии Хендерсон. В рамках этой теории Хендерсон попыталась выделить основные человеческие потребности, на удовлетворение которых и должен быть нацелен уход за пациентом. В числе таких потребностей:

1. Дыхание
2. Питание и употребление жидкости
3. Физиологические отправления
4. Двигательная активность
5. Сон и отдых
6. Способность самостоятельно одеваться и раздеваться
7. Поддержание температуры тела и возможность ее регулирования
8. Соблюдение личной гигиены
9. Обеспечение собственной безопасности
10. Общение с другими людьми, возможность выражать свои эмоции и мнение
11. Возможность соблюдать обычаи и обряды согласно вероисповеданиям
12. Возможность заниматься любимой работой
13. Отдых и развлечения
14. Потребность в получении информации

Хендерсон известна так же своим определением сестринского ухода: "Уникальная функция медсестры заключается в оказании помощи индивиду, больному или здоровому, в выполнении таких мероприятий, содействующих сохранению или восстановлению здоровья, которые он мог бы обеспечить себе сам, если бы имел необходимые для этого силы, волю и знания"

Сестринский процесс - научный метод организации и оказания сестринской помощи, выполнения плана ухода за терапевтическими пациентами, исходя из определенной ситуации, в которой находятся пациент и медицинская сестра.

Цель сестринского процесса:

- своевременно выявлять настоящие и потенциальные проблемы;
- удовлетворять нарушенные жизненно важные потребности пациента;
- оказывать психологическую поддержку пациенту;
- поддерживать и восстанавливать независимость пациента в удовлетворении ежедневных потребностей его повседневной деятельности.

Сестринский процесс при раке желудка.

I этап: сестринское обследование (сбор информации)

При расспросе пациента медсестра выясняет:

- отсутствие физиологического чувства удовлетворения от насыщения пищей,
- чувство переполнения и распирания в эпигастральной области,
- ощущение тупой боли как симптом рака желудка,
- снижение или отсутствие аппетита,
- отказ от некоторых видов пищи (мясо, рыба),
- иногда наблюдаются тошнота, рвота.

II этап: определение нарушенных потребностей и проблем пациента

Возможные нарушенные потребности:

физиологические:

- Есть (изжога, тошнота, потеря аппетита)
- Двигаться (слабость, вялость);
- Спать (боли)

Возможные проблемы пациента:

физиологические:

- ощущение вздутия живота после еды;
- периодические боли в животе, ноющие, тянущие, тупые (под левым краем ребер), чаще возникающие после еды;
- легкую тошноту;
- потерю аппетита;
- изжогу;
- затрудненное глотание;
- рвота кровью или кровь в стуле.

психологические:

- депрессия из-за приобретенного заболевания;
- страх неустойчивости жизнедеятельности;
- недооценка тяжести состояния;
- дефицит знаний о болезни;
- дефицит самообслуживания;
- уход в болезнь;
- изменение образа жизни

социальные:

- утрата трудоспособности,
- материальные трудности в связи со снижением трудоспособности;
- социальная изоляция.

духовные:

- дефицит духовного участия.

приоритетные:

- боль в эпигастральной области.

потенциальные:

- риск развития осложнений.

III этап: планирование сестринских вмешательств

Медицинская сестра совместно с пациентом и его родственниками формулирует цели и планирует сестринские вмешательства по приоритетной проблеме.

Цель сестринских вмешательств заключается в способствовании выздоровлению, недопустимости развития осложнений и перехода в более тяжелое течение.

IV этап: реализация сестринских вмешательств

Сестринские вмешательства:

- зависимые (выполняются по назначению врача): обеспечение приема лекарственных препаратов, выполнение инъекций и т.п.;
- независимые (выполняются медсестрой без разрешения врача): рекомендации по диете, измерение АД, пульса, ЧДД, организация досуга пациента и другие;
- взаимозависимые (выполняются медицинской бригадой): обеспечение консультации узких специалистов, обеспечение проведения исследований.

V этап: оценка эффективности сестринских вмешательств

Медицинская сестра оценивает результат вмешательств, реакцию пациента на меры оказания помощи, ухода. Если поставленные цели не достигнуты, медсестра корректирует план сестринских вмешательств.

При составлении плана паллиативной помощи она учитывает факторы, которые определяют исходный (базовый) статус больного и помогают объективно оценить его динамику (Приложение 2 и 4):

- общее состояние пациента (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое);
- аппетит, возможность принимать достаточное количество пищи и жидкости, определение того, к чему сохранен аппетит и что не вызывает отвращения, тошноты, рвоты;
- функционирование выделительных систем, необходимость коррекции;
- состояние дыхательной и сердечно-сосудистой системы (частота дыхания, кашель, мокрота, интенсивность хрипов, частота сердечных сокращений, уровень артериального давления);
- качество сна;
- возможность активно двигаться применительно к обычному уровню самообслуживания, привычному семейному и социальному уровню активности;
- реальная структура самообслуживания;
- эффективность системы терморегуляции, возможность корректировки дефекта;
- привычный уровень гигиены, возможность его поддерживать, забота о внешнем виде;
- ощущение безопасности в бытовом, социальном и медицинском планах;
- оценка опасности окружающего мира и себя по отношению к нему;
- существующий уровень коммуникаций, формы и механизмы общения;
- отношение к религии (конфессия, личная значимость, духовный наставник);
- профессиональная деятельность (степень значимости и реализованности, возможность и желание продолжать работать);
- хобби, увлечения, пристрастия;
- степень информированности, желание получать информацию или отказ от нее.

Терминальной стадия жизни онкологического больного во многом отличается от терминального периода жизни пациентов с болезнями сердца, печени, почек и т.д. Медицинская сестра должна знать особенности течения онкологического заболевания инкурабельных больных:

- длительность периода умирания;
- сохранность сознания и критики до самого последнего этапа жизни, часто до конца;
- тяжесть симптомов, особенно боли;
- последние дни жизни больной проводит, как правило, дома.

Составление карты «предпочтений пациента». (Приложение 3) При поступлении пациента в отделение паллиативной помощи медицинская сестра составляет карту «предпочтений пациента». В карте отражено что и в какое время пациент выполняет: просыпается, умывается, бреется, когда принимает душ, какое время дня любит, любимое занятие, любимая еда и напитки, в какое время ложится спать, курение и др. В карте отмечается, нужна ли больному помощь в проведении гигиенических процедур и в приеме пищи. Медицинская сестра объясняет и показывает ему, как пользоваться предметами ухода, кнопкой вызова, совместно с пациентом вырабатывает распорядок дня. Составление такой карты облегчает планирование ухода, позволяет избежать дублирования в сборе информации, обеспечивает преемственность в проведении ухода.

Основные положения, которые следует выполнять при проведении паллиативной помощи:

- эффективное устранение или уменьшение тягостных симптомов заболевания требует согласованной и постоянной работы бригады врачей и медицинских сестер. Необходимо, чтобы одна бригада специалистов направляла, консультировала и координировала проведение паллиативной помощи на всех ее этапах. Многочисленные посещения разнообразных специалистов в различных лечебно-профилактических учреждениях не способствуют эффективной паллиативной помощи. Больному и его семье должно быть хорошо известно, к кому они могут обратиться в экстренном случае;
- оценка симптомов должна предшествовать лечению. Учитывая, что проявления заболевания у больных в терминальной стадии злокачественного образования отличаются большим разнообразием, детальная оценка состояния больного и имеющихся у него симптомов должна предшествовать построению плана паллиативной помощи и его осуществлению;
- конкретный симптом может вызываться несколькими причинами, и необходимо определить, какие из этих причин поддаются устранению и затем устранить их. Это позволяет достичь значительного облегчения страдания, несмотря на то что прогрессирование злокачественного процесса не остановлено;
- поскольку симптомы заболевания могут быть связаны не только с опухолью, но и с другими причинами (лечение, сопутствующие заболевания, осложнения и др.), то варианты паллиативной помощи могут изменяться;
- в начале лечения медицинская сестра должна согласовать с врачом, как объяснить больному причины появления каждого симптома. Знание этих причин больным, как свидетельствует практика, снижает отрицательное психологическое воздействие пугающих его симптомов. Если этого не будет сделано, то больной будет продолжать считать, что тяжесть состояния от него

скрывают. Такое представление усиливает тревогу и беспокойство больных, потому что им кажется, что даже медицинские работники не знают, что происходит, и не могут помочь;

- необходимо обсуждать с больным выбор лечения и план сестринских мероприятий, привлекать больного к решению вопроса о приоритетности того, что должно быть сделано в первую очередь. Необходимо обсуждать определенные вопросы, связанные с выполнением паллиативного лечения, которые «будучи проигнорированы и не обсуждены, наносят удар по самолюбию больного. Пациента травмирует пренебрежительное отношение со стороны персонала»;

- контакт с близкими родственниками больного даст возможность заручиться их поддержкой и улучшить планирование борьбы с симптомами. Это особенно важно, когда больной находится дома. Привлекая родственников к оказанию помощи, необходимо учитывать согласие на это больного и то, что они не должны играть ведущую роль при принятии решений. «Всегда, когда возможно, желания пациента должны иметь приоритет» (ВОЗ, 1987 г.);

- лечение в целях облегчения боли и других тягостных симптомов не должно ограничиваться только приемом лекарств. Например, рвота и тошнота могут провоцироваться запахами экскрементов, пищи, дезинфицирующих средств, дезодорантов и др. Устранение запахов, своевременная уборка помещения и пищи со стола могут уменьшить проявления мучительных симптомов;

- медикаментозное лечение постоянно появляющихся, усиливающихся симптомов должно проводиться на основе их предупреждения, а не только при их появлении. Соблюдение этого принципа особенно важно при применении анальгетиков и обезболивании. Введение лекарств «по потребности», а не регулярно на профилактической основе не позволяет облегчить страдания больного;

- лечение должно проводиться как можно проще;

- лечащий персонал должен советоваться с коллегами в трудных ситуациях. Это особенно важно, если персонал не имеет достаточного опыта в ведении пациентов с запущенной стадией рака или никогда не встречался с конкретным симптомом. Многие пациенты страдают от тошноты, рвоты, запоров потому, что ни они, ни их близкие не были обучены приемам их устранения. С другой стороны, иногда возможно лишь минимальное облегчение, в этом случае главная цель работы персонала заключается в том, чтобы изменить образ жизни больного;

- ни пациент, ни лечащий персонал не должны терять надежду. Больной и его близкие должны быть убеждены не только словами, но и реальными действиями медицинского персонала в том, что для этого будет сделано все возможное;

- необходим постоянный контроль над выполнением плана паллиативной помощи. Больному и родственникам необходимо дать конкретные, понятные для них рекомендации. Если сказать больному, что он может принимать лекарства в таких количествах и так часто, как хочет, это, как правило, вызывает у него беспокойство, снижает эффективность устранения симптомов, приводит к появлению нежелательных эффектов. Больной и его семья должны знать названия лекарств, показания для их использования, возможные побочные явления, время приема и дозы. Больной и его семья должны понимать и строго выполнять после обучения медицинской сестрой предписанные ею рекомендации по уходу;

- нежелательные эффекты, особенно на лекарственную терапию, сохранение тяжелых симптомов, хотя было обещано их устранение или уменьшение, могут подорвать доверие больного и его семьи к персоналу. Возможность появления нежелательных эффектов требует постоянного контроля проводимой паллиативной помощи. Выполнение плана сестринской помощи должно оцениваться через регулярные промежутки. Особенно это важно при оценке контроля над болью.

Медицинская сестра при оказании паллиативной помощи должна руководствоваться следующими принципами:

- оценка состояния и определение приоритетной проблемы должны предшествовать проведению сестринских вмешательств и изменению плана паллиативной помощи;
- необходимо объяснять механизмы развития и проявления симптомов понятными больному словами (если больной желает получить такую информацию);
- помощь должна быть индивидуальной;
- не следует ограничивать помощь только проведением медикаментозного лечения;
- профилактику развития стойких, мучительных симптомов следует проводить заблаговременно;
- осуществлять помощь настолько просто, насколько это возможно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рак желудка остается одной из самых злободневных проблем современной медицины. По современным статистическим данным, умершие от злокачественных новообразований составляют около 1/6 всех умерших. Среди них почти 30% умирают от рака желудка. Это свидетельствует о большой социальной значимости раковых заболеваний вообще и рака желудка в частности. Сегодня стала возможной уверенная диагностика ранних стадий рака желудка. Это обстоятельство приобретает особо важное значение. Так, по данным японских авторов, при расположении рака желудка в пределах слизистой оболочки выживаемость после радикальной операции доходит до 100%; при прорастании опухоли в подслизистый слой этот показатель снижается до 75%; при инвазии рака в мышечную и серозную оболочку желудка выживаемость соответственно составляет не более 25%. Наименьший размер рака желудка, при котором удавалось обнаружить метастазы в лимфатические узлы, был равен 1,3 см в диаметре. При локализации рака только в пределах слизистой оболочки желудка метастазы в 1-2 регионарных лимфатических узлах выявлялись почти в 6% случаев, при проникновении опухоли в подслизистый слой частота метастазирования доходила до 21% и более. Однако глубина проникновения рака в стенку желудка далеко не всегда определяется его размерами. Бывают случаи, когда новообразование достигает 10 см в диаметре и не распространяется за пределы слизистой оболочки желудка. В настоящее время медицина располагает методами исследований (рентгенологический, эндоскопический с прицельной биопсией и последующим морфологическим и цитологическим исследованием), которые позволяют диагностировать рак желудка на самых ранних его стадиях. Других методов достоверной диагностики рака желудка в начальной стадии его развития в настоящее время нет.

Однако наличие аппаратуры, с помощью которой можно распознавать рак на раннем этапе его развития, еще не гарантирует своевременной диагностики. Отсутствие патогномичных симптомов для рака (в том числе раннего) желудка и так называемые клинические маски его проявления, позднее обращение больных к врачу и нередко длительное их обследование приводят к тому, что чаще всего больных оперируют уже в поздней стадии. Поэтому для успешного лечения рака желудка необходимы, помимо наличия специальной аппаратуры, широкие организационные мероприятия, в частности массовые профилактические осмотры населения. Пока нет единой методики проведения таких осмотров. Чаще всего тщательному обследованию подлежат группы повышенного риска, в которые объединены лица с так называемыми предраковыми заболеваниями желудка в возрасте от 40 до 60 лет. Несомненно, что, несмотря на некоторые успехи, система активного выявления случаев раннего рака желудка должна совершенствоваться.

Скрининговые программы, проводимые в экономически развитых странах, являются

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

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

Дальнейшие усилия ученых по изучению причин возникновения рака вообще и рака желудка в частности, разработка новых методов диагностики и лечения рака желудка должны привести к радикальному решению данной проблемы. 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, сестринская помощь нужна для того, чтобы помогать пациенту решать возникающие проблемы со здоровьем, не допускать ухудшения состояния и возникновения новых проблем со здоровьем.

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

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

В данной работе были изучены особенности ухода медицинской сестры за онкологическими пациентами. Актуальность рассматриваемой проблемы чрезвычайно велика и заключается в том, что, в связи с увеличением заболеваемости злокачественными новообразованиями растет потребность в оказании онкологическим больным специализированной помощи, особое внимание уделяется сестринскому уходу, так как медицинская сестра — это не просто помощник врача, а грамотно, самостоятельно работающий специалист.

Подводя итог проделанной работы, можно сделать следующие выводы:

- 1) Нами был проведен анализ факторов риска возникновения онкологических заболеваний. Выявлены общие клинические признаки, изучены современные методы диагностики и лечения злокачественных новообразований.
- 2) В ходе работы была рассмотрена организация оказания медицинской помощи пациентам.
- 3) Изучены статистические данные о заболеваемости злокачественными новообразованиями в Мурманской области.
- 4) Проанализирована деятельность медицинской сестры паллиативного отделения, выявлены особенности сестринского ухода медицинской сестрой за онкологическими больными.

В ходе исследования были использованы статистический и библиографический методы. Проведен анализ двадцати литературных источников по теме исследования, который показал актуальность темы и возможные пути решения проблем по уходу за онкологическими пациентами.

Список использованной литературы.

1. Бердов Б.А. Диагностика и комбинированное лечение рака прямой кишки / Б.А.Бердов, А.Ф.Цыб, Н.И.Юрченко. - М.: Медицина, 2016.
2. Блохин Н.Н. Клиническая онкология / Н.Н.Блохин, Б.Е.Петерсон. - М.: Медицина, 2017.
3. Бохман Я.В. Руководство по онкологии /Я.В.Бохман. - М.: Медицина, 2014.
4. Важенин А.В. Избранные вопросы онкоофтальмологии / А.В. Важенин, И.Е.Панова. – М.: Издательство РАМН, 2016.
5. Гарин А.М. Рак толстой кишки / А.М.Гарин. - М., 2014.
6. Гершанович М.Л. Симптоматическое лечение больных злокачественными новообразованиями в далеко зашедших стадиях / М.Л.Гершанович, М.Д.Пайкин. - Л.: Медицина, 2015.
7. Давыдов М.И. Стандарты лечения больных раком молочной железы / М.И.Давыдов, В.П. Летягин. - М., 2013.
8. Доможирова А.С. Первичные опухоли головного мозга: учеб. пособие / А.С.Доможирова, А.В.Важенин. – Челябинск: Иероглиф, 2017.
9. Жаров А.В. Комбинированные оперативные вмешательства при хирургическом лечении больных раком вульвы: учеб.-метод. пособие. / А.В. Жаров – Челябинск: УГМАДО, 2014.
10. Жаров А.В. Оптимизация лечения больных раком вульвы. / А.В.Жаров, А.В.Важенин – Челябинск: ЮУНЦ РАМН, 2015.
11. Жаров А.В. Оптимизация лимфаденэктомии при хроническом лечении больных раком вульвы: учеб.-метод. пособие. / А.В. Жаров – Челябинск: УГМАДО, 2013.
12. Жаров А.В. Реконструктивно-пластические операции при лечении опухолевой патологии наружных половых органов у женщин: учеб.-метод. пособие. / А.В. Жаров – Челябинск: УГМАДО, 2013.
13. Клиническая маммология. Современное состояние проблемы / Под редакцией Е.И.Камповой, Е.Б.Полевой, С.С. Чистякова. - М.,2016.
14. Кныш В.И. Рак анального канала / В.И.Кныш, Ю.М.Тимофеев. - М., 2017
15. Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями: Руководство / Под ред. В. И. Чиссова. - М.: Медицина, 2014.
16. Краевская И.С. Рак яичника / И.С.Краевская. - М.: Медицина, 2015.
17. Летягин В.П. Лечение доброкачественных и злокачественных заболеваний молочной железы / В.П.Летягин, И.В.Высоцкая, А.А.Легков.- М.:РОНДО, 2017.

18. Мариенбах Е.Б. Клиническая онкоурология / Е.Б.Мариенбах. - М.: Медицина, 2015.
19. Павлов А.С. Лечение рака легкого / А.С.Павлов. - М.: Медицина, 2014.
20. Павлов А.С. Рак шейки матки / А.С.Павлов, К.Н.Костромина. - М.: Медицина, 2013.
21. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи / А.И.Пачес. - М.: Медицина, 2013.
22. Петерсон Б.Е. Рак легкого / Б.Е.Петерсон. - М.: Медицина, 1971.
23. Петров Н.Н. Злокачественные опухоли / Н.Н.Петров, С.А.Холдин. - Л.: Медгиз, 2014.
24. Применение гипертермии и гипергликемии в лечении злокачественных новообразований / Под ред. И.Г. Жакова. - Минск, 2015.
25. Серебров А.И. Рак матки / А.И.Серебров. - Л.: Медицина, 2016.
26. Симбирцева Л.П. Лимфогранулематоз / Л.П.Симбирцева, Л.Холсти. - М.: Медицина, 2015.
27. Трапезников Н.Н. Опухоли костей / Н.Н.Трапезников. - М., 2016.
28. Трахтенберг А.Х. Рак легкого / А.Х.Трахтенберг. - М.: Медицина, 2017.
29. Фалилеев Г.В. Опухоли шеи / Г.В.Фалилеев. - М.: Медицина, 2014.
30. Федоров В.Д. Рак прямой кишки / В.Д.Федоров. - М.: Медицина, 2013.
31. Фокина Е.А. Диагностика злокачественных и доброкачественных заболеваний шейки матки: учеб.-метод. пособие. / Е.А. Фокина– Челябинск: УГМАДО, 2015.
32. Харченко В.П. Рак желудка / В.П.Харченко, И.В.Кузьмин. – М.: Медицина, 2014.
33. Шаназаров Н.А. Обезболивание онкологического больного на дому: учеб. пособие. / Н.А.Шаназаров, О.М. Губин– Челябинск: УГМАДО, 2012.
34. Шаназаров Н.А. Рак прямой кишки: учеб. пособие. / Н.А. Шаназаров. – Челябинск: УГМАДО, 2013.
35. Шаназаров Н.А. Рак желудка: учеб. пособие / под ред. А.В.Важенина. – Челябинск: УГМАДО, 2011.
36. Шаназаров Н.А. Рак легкого: учеб.-метод. пособие / под ред. А.В.Важенина. – Челябинск: УГМАДО, 2012.
37. Шаназаров Н.А. Рак пищевода: учеб. пособие. / Н.А. Шаназаров– Челябинск: УГМАДО, 2012.
38. Шипилов В.И. Рак мочевого пузыря / В.И.Шипилов. - М.: Медицина, 2016.
39. Бессимптомное течение рака желудка. Шут.С.А., Платошкин Э.Н., Дорогокупец А.Ю.: Проблемы здоровья и экологии, 2019 г.

40. Комбинированное лечение рака желудка. Афанасьев С.Г., Тузиков С.А., Давыдов И.М.: Сибирский онкологический журнал, 2015 г.

41. Хирургическое лечение рака желудка. Рахов С.Б.: Вестник Казахского Национального медицинского университета, 2012 г.

42. Иммуноterapia рака желудка. Мансорунов Д.Ж., Алимов А.А., Апанович Н.В., Кузеванова А.Ю., Богуш Т.А., Стилиди И.С., Карпухин А.В.: Российский биотерапевтический журнал, 2019 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

Карта оценки боли

ФИО _____ возраст _____

Боль со слов пациента

Продолжительность боли

Характер боли (жгучая, режущая, колющая, тянущая.)

Локализация боли

Иррадиация боли

Интенсивность (шкала от 0 до 10 по оценке пациента)

Что предшествует появлению болей (физическая нагрузка, изменение позы, нарушение сна, чувство тревоги и волнения)

Развитие боли на фоне медикаментозного лечения(через какое время после введения препарата)

Отношение пациента к боли (описание со слов больного)

Описание боли со слов родственников

Самочувствие ночью

Продолжительность сна (днем, ночью)

Приложение 2

Примерная сестринская карта Стационарного пациента, нуждающегося в паллиативной помощи

Ф.И.О. _____

Возраст: _____ Пол _____ Палата _____

Вид транспортировки: на каталке, на кресле-каталке, может идти _____

Рост _____ Вес _____

Побочное действие лекарств _____

Врачебный диагноз: _____

Источник информации: пациент, семья, медицинские документы, персонал

Сознание: ясное, спутанное, отсутствует.

Условия труда: _____

Образование _____ Вероисповедание _____

Состав семьи _____

Жилищные условия _____

Жалобы пациента при поступлении: _____

1. Дыхание и кровообращение: Характеристики

дыхания _____ (ритм, ЧДД, глубина, тип дыхания) Кашель _____

Одышка _____ Наличие

трахеостомы _____

Требуется ли специальное положение в постели НЕТ. ДА _____

PS: _____ (ритмичность, ЧСС, наполнение, напряжение)

Артериальное давление: _____

2. Питание:

Аппетит: хороший, снижен, отсутствует _____

ИМТ (масса, кг/рост², м): _____ Диетический стол: _____

Нутритивное питание: _____

Потребление жидкости: _____

Гастростома: Нет. Да, _____

Нарушение глотания: Нет. Да, твердой пищей, жидкой, любой _____

Помощь при кормлении: Не нужна. Нужна, _____

Рвота: Нет. Да, _____ Тошнота: Нет. Да, _____

Наличие зубов. Съёмные протезы. _____

Дополнение: _____

3. Физиологические отправления: Функционирование мочевого пузыря.

Частота: _____ Ночное время: _____

Недержание: _____ Эпизицистостома: Нет. Да, _____ Боль

при мочеиспускании: Нет. Да, _____

Функционирование кишечника. Частота: _____

Метеоризм: _____

Слабительные средства: _____

Колостома: Нет. Да, _____ Илеостома: Нет. Да, _____

_____ Недержание кала: Нет. Да, _____

Нуждается ли в подаче судна: _____

Дополнения: _____

4. Двигательная активность: Передвижение: самостоятельно, с помощью _____, полная зависимость _____

Передвигается: по палате, пределы постели, свободно по отделению.

Риск получения травмы: _____

Положение в постели: активное, пассивное, вынужденное _____

Дополнения: _____

5. Сон, отдых:

Ночной сон: _____

(продолжительность, глубина, возможные нарушения)

Дневной сон: _____

(продолжительность, глубина, возможные нарушения)

Предпочтительный вид отдыха: _____

6. Личная гигиена:

Способность одеваться и раздеваться самостоятельно: _____

Гигиена рта: _____

Способность принимать ванну, душ, _____

Кожные покровы: · цвет: цианоз, гиперемия, бледность,

_____ · эластичность кожи,

тургор: _____ · наличие отеков:

_____ · влажность: сухая, влажная,

нормальная _____

1. Пролежни: Нет. Есть, (стадия, локализация): _____

Раны, повреждения (характер, локализация): _____

2. Поддержание безопасности:

Нарушение зрения: _____

Нарушение слуха: _____

Риск падения: _____

3. Болевой синдром (характер, локализация): _____

4. Психотерапевтическая и консультативная помощь пациенту и родственникам
(возможные проблемы, дефицит знаний и др.): _____

5. Проблемы пациента:

Приоритетные:

Второстепенные:

6. Цель госпитализации:

7. Облегчение боли

8. Уход

9. Симптоматическое лечение

Приложение 3

Карта предпочтений пациента

Ф.И.О. _____

Обычно я предпочитаю... Уточнения: время, продолжительность, частота и т.п.

Необходимость помощи (её характер). Н- помощь не нужна Просыпаться утром в ...

Чистить зубы Умываться Принимать душ, ванну Причесываться Бриться Одеваться

Ухаживать за кожей Ухаживать за стомой Ухаживать за катетером Курить Мой

любимый напиток Мое любимое блюдо Я не люблю пить/есть Мое любимое время

дня Дневной отдых Время прогулки, её продолжительность Смотреть ТВ, слушать

радио, читать книгу Другие предпочтения Перед сном я люблю Дополнения:

Приложение 4

Лист динамического наблюдения за пациентом паллиативного отделения

ФИО пациента _____

Возраст _____ Пол _____

День госпитализации (дата) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

Параметры Температура тела(у/в)

Артериальное давление (у/в)

Стул

Наличие пролежней

Аппетит

Сознание

Физиологические проблемы

Психологические проблемы

Социальные проблемы