**ШЕНТАЛИНСКИЙ ФИЛИАЛ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «ТОЛЬЯТТИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**КМО**

Тема: ***«Рак пищевода, желудка, кишечника»***

**ПМ 02 Участие в лечебно – диагностическом и реабилитационном процессах**

 **МДК 02.01.12 «Сестринский уход в онкологии»**

**ДЛЯ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

34.02.01 «Сестринское дело»

Преподаватель: Павлова Н.В.

**ШЕНТАЛА**

**2021 г.**

|  |  |
| --- | --- |
| ОДОБРЕНАЦМК «Общепрофессиональных  дисциплин и профессиональных модулей» Протокол № \_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021г. Председатель ЦМК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Павлова Н.В.   | Составлена в соответствии с требованиями ФГОС к содержанию и уровню подготовки выпускников по специальности: 34.02.01 «Сестринское дело»  Зав. отделом по УР«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.С. Кузьмина |

Методист:

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021г

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.Д. Богданова

**Пояснительная записка**

КМО по теме «***Рак пищевода, желудка, кишечника***» рассчитан согласно тематическому плану по МДК **02.01.12 Сестрински уход в онкологии** на 6 часов, из них 2 часа теории, 4 часа практики. Эти занятия проводятся в кабинете «Основы сестринского дела». Данный раздел соответствует требованию государственного образовательного стандарта для средних специальных медицинских учреждений и является обязательным по специальности «Сестринское дело» 34.02.01.

В комплексное методическое обеспечение входят следующие материалы: методические разработки теоретического и практического занятия для преподавателя, а также методическая разработка практического занятия для студентов, тестовый контроль, дидактический раздаточный материал, комплекс ситуационных задач по теме.

**После изучения данной темы студент должен достигнуть уровня усвоения:**

**иметь практический опыт:**

**–**  осуществления ухода за пациентами при различных заболеваниях и состояниях;

-  проведения реабилитационных мероприятий в отношении пациентов с различной патологией

**уметь:**

**-**  готовить пациента клечебно-диагностическим вмешательствам;

-       осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях;

-       консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;

-       осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях ПМСП и стационара;

-        осуществлять фармакотерапию по назначению врача;

-        проводить комплексы упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;

-        проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;

-    осуществлять паллиативную помощь пациентам;

-    вести утвержденную медицинскую документацию;

**знать:**

- причины, основные клинические проявления и симптомы заболеваний;

- возможные осложнения и их профилактику;

- методы диагностики проблем пациента;

- организацию и оказание сестринской помощи;

- подходы к лечению, уходу, принципам рационального и диетического питания;

- пути введения лекарственных препаратов

- роль сестринского персонала при проведении реабилитационных процессов – виды, формы и методы реабилитации

- правила использования оборудования, аппаратуры, изделий медицинского назначения

Для контроля знаний студента используются комплекты тестовых заданий, ситуационных задач.

 При изучении данной темы формируются общие и профессиональные компетенции:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.3. Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.5. Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь

***Оснащение занятия:***

*Средства обучения:*

 - учебник (Учебник А.С. Владимирова «Онкология для фельдшера» ,Ростов- на- Дону «Феникс », 2005).

 - алгоритмы практических манипуляций;

 - плакат «Диагностика рака ЖКТ»,

 - фантомы, .

 - медицинский инструментарий и материалы (емкости для сбора биологических жидкостей, пеленки, салфетки, ватные шарики, емкости, , предметные стекла, документация (учебная история болезни, лист направления на морфологические исследование).

***Средства контроля:***

 - тестовые задания,

 - ситуационные задачи.

**Методическая разработка темы 1**

***«Рак пищевода, желудка, кишечника»***

***Организационные формы:***

 1.Теоретическое занятие – 2 (90 мин)

2. Практическое занятие - 4 (180 мин)

**Целью и задачей настоящего КМО на тему** «***Рак пищевода, желудка, кишечника***» является:

***Образовательная:*** повторить и обобщить материал по теме «***Рак пищевода, желудка, кишечника***», активизировать внимание; выявление готовности студентов успешно применять полученные знания.

***Развивающая:***

1) формирование у студентов клинического мышления, развитие мыслительных процессов;

2) вооружение студентов способами познавательной деятельности.

3) развивать творческое воображение, логику, наблюдательность.

***Воспитательная:***

1) выработка у студентов чувства ответственности, чувства долга и морали.

2) воспитывать умение у студентов работать индивидуально и в команде;

3) выработка умения объективно оценивать ответы своих товарищей, конкурировать с партнерами, коллегиально принимать решение.

***Форма работы***: индивидуальная, парная.

***Тип занятия:*** совершенствование умений; проверка и закрепление знаний, умений, навыков.

 ***Вид традиционного занятия***: практическое.

***Место проведения:*** кабинет практических манипуляций.

***Оснащение занятия:***

***Средства обучения***

 - учебник (Учебник А.С. Владимирова «Онкология для фельдшера» ,Ростов- на- Дону «Феникс », 2005).

 - алгоритмы практических манипуляций;

 - плакат «Диагностика рака ЖКТ»

 - фантомы, .

 - медицинский инструментарий и материалы (емкости для сбора биологических жидкостей, пеленки, салфетки, ватные шарики, емкости, , предметные стекла, документация (учебная история болезни, лист направления на морфологические исследование).

***Средства контроля:***

 - тестовые задания,

 - ситуационные задачи.

 ***Межпредметные связи***

**Истоки**:

1. Анатомия и физиология человека

2. МДК 02.01.01 С/у в терапии.

3. МДК 02.01.07 Клиническая фармакология

4. МДК 04.03 Технология оказания медицинских услуг.

5. Пройденный лекционный материал по данной теме.

***Ввнутрипредметные связи***

**Истоки:** (темы данного предмета).

1.Методы обследования пациентов.

2.Строение желудочно- кишечного тракта.

**Выход:** Практическое применение данной темы.

***Методы проведения:*** репродуктивный, продуктивный.

**Приложение 1**

**Лекционный материал**

**Рак пищевода** – это онкологическое заболевание, при котором на стенке пищевода появляется злокачественная опухоль. Болезнь распространена довольно широко и занимает шестое место среди раковых опухолей. Первыми признаками болезни являются затруднения при глотании грубой пищи, вызванные сужением пищевода.
 От рака пищевода чаще страдают люди пожилого возраста. Среди больных больше мужчин. Это связано с тем, что появлению опухоли способствует курение и употребление крепких спиртных напитков. Такие вредные привычки повышают риск развития болезни в десятки раз.
 Раковые опухоли чаще всего возникают в среднем и нижнем отделах пищевода. Самая распространенная форма рака пищевода развивается из клеток плоского эпителия. На втором месте аденокарцинома, которая образуется из железистых клеток. В 10% случаев эта форма рака сопровождается опухолью в ротовой полости: рак губы, неба, миндалин, гортани.

**Причины рака пищевода**

Возникновение рака пищевода могут спровоцировать множество факторов.

1. Наследственная предрасположенность. Ученые выявили связь рака пищевода с мутацией гена р53. При этом в организме начинает вырабатываться аномальный белок, который не выполняет свою функцию защиты тканей пищевода и кишечника от злокачественных опухолей.

1. В крови больного раком пищевода часто обнаруживается вирус папилломы человека (ВПЧ). Это дает основание предположить, что именно этот возбудитель вызывает мутацию в клетках пищевода.
2. Травмы пищевода, вызванные инородными телами или проглатыванием жесткой пищи, способствуют перерождению клеток эпителия.
3. Ожоги пищевода. Это может быть и пристрастие к слишком горячей пище, и случайное употребление прижигающих жидкостей, которые вызывают химический ожог пищевода. Чаще всего это щелочи, последствия проглатывания которых могут проявиться через много лет.
4. Неправильное питание. Диета, насыщенная острыми маринованными блюдами, плесневыми грибами, нитратами. Плохо влияет на пищеварительную систему недостаток свежих овощей и фруктов, а также селена и других веществ.
5. Авитаминозы. Недостаток витаминов А, В, Е приводит к тому, что кожа и слизистые покровы теряют естественную защиту. Их клетки перестают выполнять свои функции и начинают перерождаться.
6. Употребление алкоголя один из основных факторов риска. Люди, страдающие алкоголизмом, болеют раком пищевода в 12 раз чаще. Крепкие алкогольные напитки обжигают слизистую и истончают ее, разрушая верхний слой клеток.
7. Курение признанная причина разных форм рака. В табачном дыму содержатся канцерогенные вещества, которые вызывают изменения в клетках эпителия. У курильщиков вероятность появления опухоли пищевода возрастает в 4 раза.
8. [Ожирение](https://www.polismed.com/subject-izbytochnyjj-ves-ozhirenie.html). Лишний вес повышает давление в брюшной полости и провоцирует рефлюкс – заброс пищи из желудка в пищевод. Это вызывает ожог клеток соляной кислотой, содержащейся в желудочном соке.

**Виды рака пищевода**

Для выбора правильной тактики лечения необходимо сначала определиться, к какому виду относится данная раковая опухоль. Для того чтобы наиболее точно описать новообразование существует несколько классификаций.

**По форме роста опухоли**

1. Экзофитные опухоли, растущие в просвет пищевода и возвышающиеся над слизистой оболочкой.
2. Эндофитные опухоли, растущие в подслизистом слое, в толще стенки пищевода.
3. Смешанные опухоли склонны к быстрому распаду и появлению на их месте язвы.

**По морфологии (строению) опухоли**

1. **Плоскоклеточный рак** – опухоль развивается из клеток плоского эпителия.
 Разновидности:
	* **поверхностный***,* в виде эрозии или бляшки на стенках пищевода. Отличается более легким течением, не достигает больших размеров.
	* **глубоко-инвазивный**, поражающий глубокие слои пищевода. Может иметь форму гриба или язвы. Склонен к образованию метастазов в трахею, бронхи и сердце.
2. **Аденокарционома** – опухоль, которая развивается из желез, вырабатывающих слизь. Относительно редкая форма, которая протекает несколько тяжелее, чем плоскоклеточный рак. Обычно располагается в нижних отделах пищевода рядом с желудком. Его возникновению способствует состояние, при котором плоские клетки слизистой заменяются клетками схожими на те, что выстилают тонкий кишечник – пищевод Барретта.

**По расположению опухоли**

1. Рак верхней части пищевода – 10%
2. Рак средней части пищевода – 35%
3. Рак нижней части пищевода – 55%

**Степени рака пищевода**

**0 стадия**. Раковые клетки лежат на поверхности пищевода и не проникают вглубь его стенок.
**I стадия**. Опухоль растет вглубь слизистого слоя, но не затрагивает мышечный. Метастазы отсутствуют. Больной не ощущает никаких признаков болезни, но опухоль хорошо видна при проведении эндоскопии.
**II стадия**.В некоторых случаях может проявляться нарушение глотания, но чаще болезнь протекает бессимптомно.
Подстадия IIА. Опухоль проросла в мышечный и соединительнотканный слой пищевода, но не затронула окружающие органы и не образовала метастазы.
Подстадия IIВ. Опухоль проросла в мышечную оболочку пищевода, но не поразила наружный слой, однако в ближайших лимфоузлах образовались метастазы.
**III стадия**. Выражены нарушения глотания, потеря веса и другие признаки рака. Опухоль проросла насквозь все слои пищевода. Она пустила метастазы в окружающие органы и ближайшие лимфатические узлы.
**IV стадия**. Если метастазы обнаруживаются в отдаленных лимфатических узлах и органах, независимо от размера опухоли, диагностируется IV стадия. На этом этапе лечение затруднено и прогноз неблагоприятный.

**Симптомы рака пищевода**

На начальных этапах, когда опухоль еще незначительных размеров, человек не ощущает никаких признаков болезни.
 Первым симптомом рака пищевода является *дисфагия* – **затруднение при глотании**. Появляется ощущение, что проглоченная порция застряла в пищеводе и ее необходимо запить большим количеством воды. В отличие от сужения пищевода при спазме, в этом случае нарушение глотания ощущается постоянно и усиливается со временем.
 Некоторые не придают значения такому симптому. Но если провести тщательное обследование на этом этапе, то больной имеет хорошие шансы на выздоровление.
 Появляются ***боли за грудиной***, вызванные тем, что опухоль зажимает чувствительные нервные окончания, которыми пронизаны все органы. Часто это говорит о том, что опухоль распространилась за пределы пищевода. Больной может ощущать чувство сдавливания в груди или резкую жгучую боль, возникающую во время еды. В редких случаях сначала появляется боль, а потом нарушения глотания.
 Постепенно опухоль увеличивается в размерах и сужает просвет пищевода. Человек испытывает **неприятные ощущения во время еды**, он вынужден отказаться от грубой пищи: мясо, яблоки, хлеб. Больной начинает употреблять полужидкие перемолотые блюда: каши, супы-пюре. Но из-за того, что просвет пищевода постепенно сужается, остается возможность глотать только жидкость: бульон, молоко, кисель. Человек почти полностью отказывается от еды и это вызывает *сильное истощение*. Организм не получает достаточное количество пищи, начинается сильное похудение. Больной ощущает постоянный голод и *сильную слабость*.

**Пищеводная рвота** или срыгивание возникает в результате закупорки пищевода, и пища возвращается обратно.
 Застой остатков пищи в пищеводе вызывает **неприятный запах изо рта**, который особенно заметен по утрам. Язык обложен, больной жалуется на *тошноту*.
 Если опухоль распространилась на другие органы грудной полости, то возникают характерные симптомы. Если метастазы (вторичные раковые опухоли) возникли в легких, то появляются тупые ***боли в груди, одышка, кашель, набухание надключичной ямки***.
 Если опухоль проросла в возвратный нерв или метастазы распространились на голосовые связки, то наблюдается **осиплость голоса**.
 В результате общей реакции организма на раковую опухоль незначительно поднимается температура до 37,5. У больных отмечается **упадок сил и апатия, быстрая утомляемость**.

**Диагностика рака пищевода**

Если возникло подозрение на рак пищевода, то врач назначает исследование для подтверждения диагноза, определения местоположения опухоли, ее степени и наличия метастазов.

**Рентгенологическое обследование.**
Для того чтобы получить точную картину изменений в пищеводе больному дают выпить контрастное вещество – жидкий барий. Он обволакивает стенки пищевода и орган хорошо видно на снимке. Таким образом, можно выявить сужение просвета пищевода, утолщение или истончение стенок, язву. Выше сужения обычно заметно расширение пищевода.
**Эзофагоскопия.**
С помощью эндоскопа, тонкой трубки, на конце которой есть крошечная камера, можно осмотреть пищевод изнутри. Трубку осторожно вводят больному через рот, а картинка выводится на экран монитора. При этом удается увидеть все изменения на слизистой оболочке, отличить спазм пищевода от раковой опухоли. Эндоскоп позволяет не только определить размеры поражения, но и взять образец ткани для биопсии.
**Бронхоскопия.**
Эндоскоп вводят в дыхательные пути, чтобы определить состояние голосовых связок, трахеи и бронхов. Это делается для выявления метастазов в дыхательных органах.
**Компьютерная томография (КТ).**
Метод основан на действии рентгеновских лучей. Датчик вращается вокруг пациента, лежащего на специальном столе, и делает множество снимков. Потом они сопоставляются в компьютере, и таким образом удается составить подробную картину изменений во внутренних органах. Этот метод позволяет оценить размеры опухоли и прорастание рака в близлежащие органы. А также наличие метастазов в лимфатических узлах и отдаленных органах.
**Ультразвуковое исследование (УЗИ)**.
Пациент лежит на кушетке, а врач водит датчиком по животу. На кожу наносится специальный гель, чтобы улучшить проводимость ультразвука. Излучатель посылает звуковые волны высокой частоты, а датчик улавливает эти волны, отраженные от внутренних органов. Из-за того, что разные ткани по-разному поглощают излучение, удается выявить опухоль. УЗИ помогает определить ее размер и наличие вторичных новообразований в брюшной полости и лимфоузлах.
**Лапароскопия**.
Суть этой диагностической процедуры в том, что в брюшной стенке делается прокол в районе пупка. В отверстие вводят тонкую гибкую трубку лапароскопа. На ее конце имеется сверхчувствительная камера и инструменты для проведения манипуляций. Начиная с печени поочередно, по часовой стрелке, проводят осмотр всех органов брюшной полости, берут материал для исследования клеток новообразования – биопсия и пункция опухоли. Процедура выполняется в том случае, когда другие методы диагностики не позволили определить распространенность опухоли и ее строение.

**Лечение рака пищевода**

Существует несколько направлений лечения рака пищевода. Это операция, лучевая терапия, химиотерапия. Они могут использоваться как по отдельности, как и совместно. Схема лечения больного определяется индивидуально, исходя из особенностей болезни, расположения опухоли и стадии рака.
**Операция**

Хирургическое лечение применяют в том случае, когда опухоль находится в нижней или средней части пищевода. Его преимущество в том, что в ходе операции удается восстановить просвет пищевода и нормализовать питание.
Первый тип операций: вырезают пораженный участок пищевода, отступая вверх и вниз не менее чем по 5 см. Иногда при этом удаляют и верхний отдел желудка. Оставшуюся часть пищевода подшивают к желудку.
Второй тип операций выполняется при раке среднего отдела пищевода. На передней брюшной стенке создают отверстие в желудок для питания через зонд. После этого полностью удаляют пищевод. Часто одновременно удаляют и пораженные раком лимфатические узлы. Если операция прошла успешно, и не обнаружились метастазы, то примерно через год создают искусственный пищевод из участка тонкого кишечника. Такое растянутое во времени лечение проводят потому, что больной может не пережить обширного вмешательства.

**Эндоскопические операции.**

 Этот вид хирургического лечения менее травматичен. Он используется на более ранних стадиях развития опухолей. Существует несколько вариантов этой процедуры. Эндоскоп вводится в пищевод через рот. На его конце прикреплена камера для видеоконтроля над операцией, хирургическая петля или лазер. Для расширения просвета пищевода проводится бужирование с помощью специальных гибких цилиндрических инструментов. При правильно подобранном лечении 70% больных возвращают способность питаться твердой пищей.

**Лучевая терапия**

У некоторой группы больных с раком пищевода хорошие результаты дает дистанционная гамма-терапия. Она может применяться самостоятельно или курсами до и после операции. Облучение опухоли ионизирующей радиацией приводит к приостановлению роста и деления раковых клеток. Рак постепенно уменьшается в размерах.

Излучение разрывает связи в молекулах ДНК, которые отвечают за передачу генетической информации дочерним клеткам. Лучевая терапия не так опасна для окружающих здоровых тканей в связи с тем, что она действует преимущественно на раковые клетки, которые активно делятся.

Хорошо себя зарекомендовала комбинация лучевой терапии с химиотерапией. Опухоли значительно уменьшаются в размерах, снижается вероятность появления метастазов. Этот метод используют для лечения больных, которым невозможно сделать операцию.

**Химиотерапия**

Химиотерапия – это воздействие на клетки раковой опухоли токсинами и ядами. Они приводят к остановке роста новообразования и гибели его клеток. Отдельное использование препаратов химиотерапии оказалось недостаточно эффективно. Химиопрепараты: Виндезин, Фарморубицин, Митомицин, Блеомицин, 5-фторурацил улучшают состояние больного и продолжительность жизни на 15-20%. В то время как в комбинации с лучевой терапией эффективность лечения достигает 45%.

**Комбинированный метод**

Курс химиотерапии и лучевой терапии проводится за 2-3 недели перед операцией. Такая схема позволяет значительно повысить шансы на успех лечения.

Большое внимание уделяется подготовке больных к операции. Пациенты бывают сильно истощены, поэтому им ежедневно вводят витамины, питательные жидкости, белковые препараты. Если возможно питание через рот, то дают небольшие порции белковой высококалорийной пищи, соки, морсы. В другом случае больного кормят через зонд.

**Каков прогноз при раке пищевода?**

Полное излечение от рака пищевода возможно. Чем раньше пациент обратился за помощью, тем выше шансы, что опухоль удастся полностью уничтожить и не допустить рецидивов.
Рак пищевода имеет относительно медленное течение и, по сравнению с другими онкологическими заболеваниями, и среднюю степень злокачественности. Часто болезнь проявляет себя только на поздних стадиях и когда больной обращается за помощью, то заболевание уже запущено. Если его не лечить, то прогноз всегда неблагоприятный и срок жизни составляет около 6-8 месяцев. От момента возникновения болезни продолжительность жизни без лечения составляет 5-6 лет.
Если опухоль сильно разрослась и пустила метастазы, то оперировать ее уже нет смысла. В этом случае лучевая терапия продлевает жизнь до 12 месяцев в 10% случаев. Современные методики позволяют улучшить эти показатели.

У больных, которым сделали операцию и провели курс химио- и лучевой терапии, выживаемость более 5 лет составляет:
на I стадии более 90%;

* на II стадии — 50%;
* на III стадии — около 10%.

***Рак желудка (РЖ)***

В мире рак желудка (РЖ) занимает четвертое место среди всех злокачественных образований. Эта патология имеет высокий показатель смертности, что выводит ее на второе место в структуре онкологической смертности после рака легких. В течение последних 50 лет заболеваемость и смертность от РЖ снизилась во всем мире, особенно в экономически развитых странах. Причиной тому улучшение социально-экономических условий и увеличение употребления в пищу свежих фруктов, витаминов и овощей. Симптомы рака желудка на ранней стадии у женщин будут идентичны проявлениям заболевания на начальных стадиях у мужчин.

**Причины**

Причина развития рака желудка, как и любой онкологии, не установлена. Выделяют множество факторов, предрасполагающих к развитию РЖ. Риск развития заболевания увеличивается при частом употреблении в пищу копченого мяса и рыбы, длительно хранящихся продуктов, острых и пряных приправ.

Канцерогенными являются также пищевые добавки, прежде всего нитраты, которые используются в качестве консервантов. Также нитраты содержатся в овощах, которые выращивают при избытке минеральных удобрений. Сами по себе нитраты не приводят к развитию рака, но при превращении в нитриты становятся канцерогенными. Это превращение происходит под воздействием специфических бактерий, которые появляются в желудке при условии пониженной кислотности. В противовес этому продукты, богатые аскорбиновой кислотой, могут играть роль ингибитора развития болезни.

**Клинические проявления**

Заболевание протекает на разных стадиях одинаково как у мужчин, так и у женщин. Начальные формы РЖ не имеют каких-либо специфических симптомов. Клинические проявления соответствуют симптомам тех заболеваний (хронический гастрит, полипы или язвенная болезнь желудка), на фоне которых возникла опухоль. В случае развития рака без предшествующих заболеваний желудка наблюдается постепенное нарастание симптомов, иногда с короткими периодами затишья. В случае возникновения болезни на фоне предшествующего заболевания желудка пациенты предъявляют жалобы на усиление симптомов, наблюдавшихся ранее. Изменение характера симптомов, которые приобрели для пациента уже привычное течение, является очень тревожным сигналом.

* форма и локализация опухоли в желудке;
* строение и скорость развития новообразования;
* стадия процесса;
* темпы метастазирования;
* развитие осложнений.

Влияние каждого из этих факторов может по-разному отражаться на развитии симптомов, усиливая проявление одних, уменьшая или полностью перекрывая другие. Все это в конечном счете изменяет клиническую картину болезни.

* болевой;
* желудочного дискомфорта;
* диспептический (дисфагия, нарушения эвакуации из желудка);
* анемический.

**Болевой синдром**

Боль в животе — характерный симптом РЖ, хотя он редко бывает первым признаком. Часто только спустя многие месяцы после проявлений желудочного дискомфорта присоединяется боль. У пациентов наблюдается боль со следующими признаками:

* тупого или ноющего характера;
* разной интенсивности, чаще всего незначительная;
* локализация — обычно эпигастральная область;
* несвязанная с приемом пищи;
* не имеет периодичности и сезонности.

Эти признаки отличают ее от боли при хроническом гастрите и язвенной болезни. В случае рака кардиального отдела желудка одним из первых проявлений возможно появление в левой половине грудной клетки боли, которая симулирует приступы стенокардии и может стать причиной для диагностической ошибки. Когда в опухолевый процесс вовлекается клетчатка забрюшинного пространства и поджелудочная железа, боль опоясывающего характера значительно усиливается и иррадиирует в спину.

**Диспептический синдром**

Вторым по значимости среди местных проявлений является диспептический синдром, находящийся в прямой зависимости от расположения первичной опухоли. Чаще всего наблюдается синдром на фоне опухолей нижней трети тела желудка, когда в результате сужения привратника нарушается продвижение пищи из желудка. С ростом опухоли и прогрессированием сужения выходного отдела желудка отрыжка воздухом с неприятным запахом и едой заменяется рвотой употребленной пищей, застойным желудочным содержимым. Позже присоединяются общие симптомы, которые связаны с дисбалансом белкового и водно-электролитного обменов.

Расстройство акта глотания (дисфагия) — это наиболее характерный симптом для рака, который располагается в кардиальном отделе желудка. Хотя он не может расцениваться как раннее проявление болезни. Часто дисфагия сопровождается слюнотечением, которое в ряде случаев способно появляться раньше дисфагии.

**Анемия**

При наличии рака желудка у каждого четвертого или пятого пациента развивается В12-дефицитная и/или железодефицитная анемия. Причиной этого явления (наряду с возможной хронической кровопотерей) является влияние продуктов распадающейся опухоли на эритроциты, угнетение кроветворения в результате атрофии слизистой оболочки желудка и, как следствие, отсутствие соляной кислоты и потеря желудком способности синтезировать фактор Кастла. Последний участвует в усваивании витамина В12, который так необходим для образования форменных элементов крови.

**Другие признаки рака желудка**

Чаще всего РЖ проявляется снижением массы тела, особенно если болезнь сопровождается сужением привратника. С прогрессированием процесса усиливается выраженность симптомов болезни. У отдельных пациентов со злокачественными новообразованиями желудка в результате распада опухоли, интоксикации отмечается повышение температуры тела. При прощупывании живота обнаружение новообразования в эпигастрии является важным местным признаком опухоли желудка.

Первые признаки болезни обнаруживаются при условии, если:

* опухоль разрастается до таких размеров, что начинает препятствовать эвакуации содержимого желудка (феномен обтурации);
* при распаде опухоли из поврежденных сосудов начинается кровотечение, которое приводит к постоянно нарастающей анемии (феномен деструкции);
* в результате попадания в кровоток продуктов распадающейся опухоли и токсинов микроорганизмов при развитии инфекции в тканях самой опухоли или в прилежащих к ней тканях развивается интоксикация (феномен интоксикации);
* опухоль начинает прорастать в соседние ткани и органы, нарушая их функционирование.

Иногда первыми признаками болезни могут быть случайно обнаруженные отдаленные метастазы. Излюбленными места метастазирования являются надключичные лимфатические узлы слева (метастазы Вирхова), Дутласово пространство (метастаз Шнитцлера), яичники (метастазы Крукенберга) или пупок (метастаз сестры Мэри Джозеф ).

У 80% пациентов с раком тела желудка имеет место так называемый синдром «малых признаков». Для него характерны:

* быстрая утомляемость, снижение трудоспособности, появление беспричинной слабости;
* депрессия — апатия, потеря интереса к труду и окружающему;
* стойкое немотивированное снижение аппетита, вплоть до его полного отсутствия, чувство отвращения к пище;
* явления желудочного дискомфорта — распирания газами, исчезновение чувства сытости, ощущение переполнения желудка, иногда болезненность в подложечной области, чувство тяжести;
* анемия;
* беспричинное прогрессирующее похудение.
* Вышеперечисленные признаки являются не ранними, а поздними. Они выражены чаще при опухолях тела желудка, при распаде или изъязвлении опухоли, раковой интоксикации или кровотечении.
* Одной из самых неблагоприятных форм опухолей является рак дна желудка. При этой локализации долгое время заболевание протекает бессимптомно. Проявляется клинически лишь тогда, когда опухоль либо врастает в забрюшинное пространство (боли в левом подреберье) или кардиальный сфинктер (дисфагия), либо прорастает диафрагму (симптомы левостороннего плеврита ).
* Часто пациенты обращаются к доктору, когда удается через брюшную стенку прощупать опухоль. В основном таким способом удается обнаружить опухоль, которая расположена в нижней трети тела желудка. Новообразование, локализующееся в дне желудка или у его входа, редко можно прощупать.
* **Диагностика**
* Одним из основных методов диагностики данного онкологического заболевания является ФЭГДС. Это исследование позволяет распознать опухоль, выявить зону охвата стенки желудка процессом и взять биопсию для морфологического исследования (обнаружения непосредственно раковых клеток), что обеспечивает диагностику РЖ до 99% случаев. Для оценки глубины прорастания опухолью стенки органа одновременно при ФЭГДС выполняется внутриполостная эхография (ЭХО-ФЭГДС). Это исследование позволяет определить также возможное распространение опухоли на соседние органы и оценить состояние лимфоузлов около желудка.
* Раньше для выявления опухоли в желудке использовали рентгеноконтрастное исследование с бариевой взвесью. Сейчас используется методика редко.
* Для того чтобы диагностировать метастазы, выполняют ультразвуковое исследование и компьютерную томографию органов брюшной полости, шейно-надключичных зон и забрюшинного пространства. В крайних случаях могут использовать позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ). Но эта методика есть не во всех клиниках и является крайне дорогостоящей.

**Лечение**

Единственным радикальным методом лечения при РЖ остается хирургический. Как самостоятельные методы химиотерапия и лучевая терапия применяются только при наличии противопоказаний к операции. Выделяют несколько вариантов операций:

1. **1.**Удаление части желудка (проксимальная — удаление отдела, ближайшего к пищеводу, дистальная — удаление выходного отдела ). Выполняется при опухолях кардиального или антрального отделов желудка соответственно.
2. **2.**Удаление целиком желудка с последующим формированием из петель тонкого кишечника «резервуара». Проводится при опухолях тела желудка.
3. **3.**Комбинированные расширенные операции — с удалением части близлежащих, вовлеченных в процесс органов (печени, поджелудочной железы, селезенки и других).

Ближайшие результаты оперативного вмешательства РЖ зависят от общего состояния пациента и объема операции. Послеоперационная летальность составляет в среднем 2-5%.

**Прогноз**

После радикального хирургического лечения к 5 годам выживаемость пациентов, в зависимости от стадии болезни, представлена в таблице:

|  |  |
| --- | --- |
| **Распространение опухоли** | **Выживаемость** |
| 1А стадия | Выживают 95% пациентов |
| 1В стадия | Выживают 85% пациентов |
| 2 стадия | Выживают 54% пациентов |
| 3А стадия | Выживают 37% пациентов |
| 3В стадия | Выживают 11% пациентов |
| 4 стадия | Выживают менее 7% пациентов |

**Главным фактором прогноза служит резектабельность опухоли.**Неоперабельные пациенты живут около 3-11 месяцев после подтверждения диагноза.

**Рак кишечника**

По этой причине вопрос раннего диагностирования выходит на первое место. Что проблематично, ведь ранние симптомы схожи с десятками других заболеваний желудочно-кишечной области. А чем позже начато лечение, тем сложнее избавиться от онкологии. Особенно, если процесс метастазирования (проникновения опухолевых клеток в другие органы), уже начался.

Верную диагностику осложняет тот факт, что опухоль может возникнуть в любом месте достаточно протяженного кишечного тракта. От этого сильно зависит симптоматика и последующее лечение.

Причины рака кишечника

В настоящее время медицина лишь строит предположения о причинах этого онкологического заболевания, основываясь на многолетних статистических данных. Это позволяет определить группы риска и назвать следующие факторы, провоцирующие появления раковых клеток в кишечнике:

* Рацион питания – неверно организованный процесс потребления пищи, когда в рационе преобладают белки и жирыища, может привести к образованию в кишечнике каловых масс, его закупоривающих. В свою очередь, это может привести к механической травме его стенок и последующему возникновению онкологии.
* Генетика - если среди родственников выявлялись случаи кишечного рака, то риск его развития существенно выше. Однако по настоящее время не выделены гены, ответственные за возникновение онкологических заболеваний, не смотря на все успехи генетиков в последние годы.
* Заболевания желудочно-кишечного тракта – к группе риска можно отнести людей, болеющих аденомой, полипами, язвенными колитами или болезнью Крона. Иногда эти болезни оказываются предвестниками раковых состояний. Особенно если пациент по различным причинам запускает их течение. Так, например, полипы, имеющие изначально доброкачественный характер, при отсутствии должного лечения, могут стать злокачественной опухолью.
* Глютен – об этом веществе стало широко известно в последнее десятилетие. Проведенные исследования показывают, что люди с его непереносимостью рискуют заболеть онкологией кишечника при слишком высоком уровне потребления глютена.

Признаки рака кишечника

**Первые признаки**

Проблема практически всех онкологических заболеваний заключается в том, что ранних стадиях их диагностируют только случайно, при обследовании по другим причинам. Из-за этого заболевший теряет драгоценное время, когда недуг можно было бы устранить в зародыше. Существует даже предположение, что раковые клетки выделяют небольшое количество обезболивающих веществ, способствуя позднему их обнаружению. Тем не менее можно выделить следующие первые признаки рака кишечника:

* Энтероколитический – характеризует расстройством стула, которое может выражать в длительных запорах, сменяемых поносом. Живот постоянно вздут, а процесс образования каловых масс нарушен. Этот признак характерен для онкологии левой половины слепой или ободочной кишки.
* Стеноз – это состояние, когда уже сама опухоль препятствует нормальному выведению кала. И поход в туалет представляется проблематичным, а запоры, вздутие и боли в области брюшины становятся постоянными спутниками пациента после акта дефекации.
* Диспепсия – нарушение нормального пищеварительного процесса, когда пациент мучается изжогой, горьким вкусом в полости рта, рвотой.
* Превдоспастия – воспаление в области брюшины, ведущее к изменению нормальной температуры тела, болям и токсикации. Последнее становится причиной плохого самочувствия и постоянной усталости.

**Другие признаки**

* Цистит – наблюдается на более поздних стадиях, когда опухолевые ткани интегрируются в близлежащие органы, в том числе, мочевой пузырь и репродуктивные органы. В этом случаи отмечается болевой синдром при мочеиспускании.
* Иные признаки – человек становится слабым и легко утомляемым, отмечается сухость и бледность кожи, слизистых, изменение температуры тела. При дефекации чувство опустошения кишечника не наступает, а в кале могут наблюдаться следы крови.

Наблюдение данных симптомов не дает четкого диагноза, однако является поводом немедленного обращения к врачу для проведения дополнительной диагностики. Она заключается в сборе соответствующих анализов, а также аппаратном обследовании кишечного тракта.

Виды рака кишечника

Человеческий кишечник делится на несколько отделов, которые называются прямой, толстой и тонкой кишкой. И опухолевые процессы в различных отделах протекают по-разному, со своими симптомами и способами диагностики.

Рак прямой кишки

Прямая кишка соседствует с такими органами, как мочевой пузырь, матка и яичники. Поэтому наличие онкологии в этом отделе вызывает позывы к мочеиспусканию и дефекации, которые чаще всего оказываются ложными. Также может наблюдаться недержание и боли при походе в туалет.

Другими симптомами могут быть выделения из анального прохода и сильные боли перед дефекацией, вызванные поражением нервных окончаний злокачественным новообразованием.

На позднейших стадиях онкология может проникнуть дальше в мышечные волокна, вызывая недержание мочи, каловых масс, газов. А при блокировке опухолью прохода каловых масс наблюдается сильнейшая интоксикация организма, из-за чего болит голова, пациента тошнит.

Рак толстой кишки

Начинается с ноющей боли в подреберье слева или справа. Из-за поражения стенок толстого кишечника вздувается и бурлит живот, а стул становится жидким. С развитием заболевания появляется кишечная непроходимость, так как опухоль перекрывает ход каловых масс. А также наблюдаются тошнота и рвота, причем рвотные массы могут содержать следы каловых. В брюшине концентрируется жидкость, препятствующая нормальной работе близлежащих органов, такое состояние называется асцитом

Рак тонкого кишечника

Симптоматика характеризуется потемнением каловых масс и появлением в них обильных следов крови. У больного меняются вкус и обоняние, теряется аппетит, его тошнит и рвет. Живот постоянно болит, а в кишечнике наблюдаются сильные спазмы. Лечение начинается со строгой диеты, но если симптомы не уходят, врач проводит детальное обследование организма.

Гендерные особенности

Рак кишечника у женщин и у мужчин могут протекать по-разному. В женском теле рядом с ним расположена матка, поэтому при онкологии одного органа может быть затронут и другой. Тогда в моче наблюдается кровь или следы кала, а само мочеиспускание сопровождается болевым синдромом.

Такой же болевой синдром при мочеиспускании может наблюдаться и у мужчин, но связан он с тем, что раковые клетки проникают в предстательную железу.

Стадии рака кишечника

Онкологические заболевания кишечника традиционно делятся на пять стадий. И чем раньше дан старт лечению, тем выше шансы полностью избавиться от онкологии. Но симптомы, заставляющие заболевших обратиться к врачу, появляются только на II или III стадии. А на данных стадиях вылечить пациента гораздо сложнее, так как в опухоли уже запущен процесс метастазирования.

Нулевая стадия

Эта стадия считается предраковой и характеризуется появлением в кишечнике быстро делящихся клеток. Появляются они после перенесенных заболеваний кишечника и раковыми еще не считаются. Превратятся ли они в раковые, зависит от образа жизни пациента и сочетания других факторов. Происходит это примерно в трети случаев.

I стадия

Протекает практически бессимптомно, так как опухоль только-только образовалась и не беспокоит соседние органы. Единственными внешними проявлениями могут быть лишь небольшое расстройство желудочно-кишечного тракта и жидкий стул.

II стадия

Опухоль разрастается, поражая ткани кишечника на всю глубину, но метастазы еще не отмечаются. На этой стадии уже возможно появлений болей в брюшине, которые с раком пока не ассоциируются.

III стадия

Ткани, лимфоузлы и органы, расположенные рядом с очагом заболевания уже затронуты, а болевой синдром выражен гораздо сильнее. Появляются и другие характерные симптомы, которые зависят от конкретной формы и места расположения.

IV стадия

Данную стадию диагностируют в момент появление метастазов, распространяющихся по всему организму. Опухоль достигает настолько больших размеров, что полностью перекрывает кишечный проход. Каловые массы не могут исторгнуться из организма естественным путем, поэтому токсинами отравляют организм, нарушая, в том числе, нормальную работу других органов.

Выживаемость при раке кишечника

Выживаемость коррелирует с двумя факторами: стадией и пораженностью печени. Так, если печень затронута онкологией, а в очаге заболевания диагностирована IV стадия, то выживает не более 5% пациентов, а срок жизни редко превышает полгода.

Если же болезнь была обнаружена (чаще всего это происходит случайно) на первоначальном этапе, то выживает до 95%, а на II стадии – от 52% до 83%. Третья стадия онкологического заболевания дает 50-процентные шансы на успешное излечение. Все зависит от правильно и вовремя назначенного лечения.

Диагностика рака кишечника

1.**Анализы.** Диагностика кишечной онкологии начинается с анализов. Самым первым из них должен быть анализ кала на предмет наличия следов крови. Помимо этого сдают кровь и мочу, делая развернутый анализ, в том числе, и на онкомаркеры.

* **Колоноскопия или ретроманоскопия.** Проведение подобных процедур ставит своей целью изучение тканей предположительного пораженного органа. В том числе, берутся образцы для последующего проведения биопсии. Люди из группы риска должны обследоваться ежегодно с помощью этих процедур, так реально диагностировать опухоль в момент ее появления.
* **Ирригоскопия.** Если от предыдущих процедур человек по каким-то причинам отказывается, то в кишечник вводят спецраствор, окрашивающий стенки кишок на рентгеновском снимке. Тогда все посторонние новообразования становятся хорошо заметны.
* **Магниторезонансная терапия, компьютерная томография.** Более точная диагностика положения, размеров, степени распространения онкологии. Позволяет составить максимально точный план излечения пациента.

Лечение рака кишечника

Чем раньше начинается лечение, тем выше шанс полностью выздороветь от кишечной онкологии. Различные народные методы могут лишь облегчить симптоматику заболевания на короткий период, никак не замедляя его развитие. Единственный эффективный метод – обратиться к доктору. Да, существует вероятность полностью выздороветь и на последней стадии, но такая вероятность составляет не более 5% от общего числа наблюдений.

Хирургическое вмешательство

Наиболее действенно на первых стадиях. Оперативное вмешательство заключается в удалении пораженного участка кишечника, а места срезов затем сращиваются, и функционал кишечника полностью восстанавливается.

Больший размер новообразования предполагает удаление значительной части кишечника. Здоровая часть выводится наружу с наложением колостомы. Такое состояние пациента дискомфортно и может доставлять болевые ощущения.

Химио- и радиотерапия

Применяется в том случае, когда хирургическое вмешательство уже неэффективно. Задача подобных видов терапии заключается в воздействии на раковые клетки с целью уменьшения их роста и скорости распространения по организму. Недостатками таких методов является ряд побочных эффектов, среди которых тошнота, рвота и выпадение волос.

Профилактика рака кишечника

Профилактика однозначно рекомендована людям в группе риска, но и всем прочим будет нелишне соблюдать правила предупреждения онкологии кишечника.

Основой профилактики является здоровый образ жизни. Это включает в себя двигательную активность и здоровое питание, а также отсутствие вредных привычек. Если говорить о здоровом питании, то для кишечника полезно потребление клетчатки в продуктах, ее содержащих. Особо полезными считаются капуста, цитрусовые, яблоки и различные ягоды. В них содержится клетчатка первого вида, которая бережнее всего относится к желудку и кишечнику.

Другой мерой, если не профилактики, то предупреждения болезни, является периодическое обследование у гастроэнтеролога. Особенно это касается людей из группы риска и людей пожилого возраста.

**Методическая разработка**

**практического занятия для преподавателя.**

***Тема:*** «**Рак пищевода, желудка, кишечника»**

***Организационная форма***:

Практическое занятие – 4часа (180 мин)

***Цели и задачи:***

-**образовательная:**

1. Проведение первичное обследование пациента.

2. Ведения медицинской документации.

3. Провести забор материала для морфологических исследований;

4. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования;

5. Проводить реабилитацию онкологических больных после лечения. Организовать и осуществить уход за пациентами в поздних стадиях опухолевого процесса;

7. Проводить санитарно-просветительскую работу среди населения по профилактике онкологических заболеваний ЖКТ.

5. Решение тестовых заданий, ситуационных задач.

*Выявление готовности студентов успешно применять полученные знания.*

- **развивающая:** 1) формирование у студентов клинического мышления, развитие мыслительных процессов;

2) вооружение студентов способами познавательной деятельности.

3) развивать творческое воображение, логику, наблюдательность.

- **воспитательная:** создание атмосферы доброжелательности, воспитание чувства ответственности, уважения друг к другу, уверенности в себе, взаимопонимания, умения осуществлять самоконтроль, формировать умение отстаивать собственную позицию, воспитывать трудолюбие и прилежание, чувство ответственности за всех и за каждого; воспитывать умение работать индивидуально и в команде; умение объективно оценивать ответы своих товарищей, конкурировать с партнерами, коллегиально принимать решение и т.д.

***Форма работы***: индивидуальная, парная.

***Тип занятия:*** совершенствование умений; проверка и закрепление знаний, умений, навыков.

 ***Вид традиционного занятия***: практическое.

***Место проведения:*** кабинет практических манипуляций.

***Оснащение занятия:***

***Средства обучения***

 - учебник (Учебник А.С. Владимирова «Онкология для фельдшера» ,Ростов- на- Дону «Феникс », 2005).

 - алгоритмы практических манипуляций;

 - плакат «Рак языка», «Рак пищевода», «Рак желудка», «Рак толстого кишечника».

 - фантомы, муляжи по уходу за больным.

 - медицинский инструментарий и материалы (емкости для сбора биологических жидкостей, лотки, шприцы, пеленки, салфетки, ватные шарики, емкости, шприцы, системы для инфузии, бинты, асептические салфетки, 70 спирт,), документация (учебная история болезни, лист направления на морфологические исследование желудочного сока, кала).

***Средства контроля:***

 - тестовые задания,

 - ситуационные задачи.

 ***Межпредметные связи***

**Истоки**:

1. Анатомия и физиология человека

2. МДК 02.01.01 С/у в терапии.

3. МДК 02.01.07 Клиническая фармакология

4. МДК 04.03 Технология оказания медицинских услуг.

5. Пройденный лекционный материал по данной теме.

***Ввнутрипредметные связи***

**Истоки:** (темы данного предмета).

1.Методы обследования пациентов.

2.Строение желудочно- кишечного тракта.

**Выход:** Практическое применение данной темы.

***Методы проведения:*** репродуктивный, продуктивный.

 **План проведения практического занятия**

**Тема: *«*Рак пищевода, желудка, кишечника*»***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Название этапа** | **Содержание этапа** | **Цель** | **Время** |
| 1.**Организационный** |  Отметка присутствующих на занятиях.Объяснить тему и определить цели занятия.  | Мобилизировать внимания студентов. | 2 мин. |
| 2.**Вводное слово****преподавателя.** | Раскрыть актуальность темы. | Активизировать мыслительную деятельность студентов, подготовить к работе. | 3 мин. |
| 3.**Контроль исходного уровня знаний.** | Проводится c помощью устного опроса  Рак языка, рак пищевода, рак желудка, рак толстого кишечника.**См. приложение 1.** | Выяснить степень готовности к занятию и необходимость корректировки. |  20 мин. |
| **4. Педагогический показ** | Словесными, наглядными методами подготавливает к самостоятельной работе. | Подготовка студентов и создание мотивации для самостоятельной работы | 10 мин |
| **5. Самостоятельная работа студентов** | 1) Студенты беседуя друг с другом, проводят обследования больного с раком ЖКТ **( стр.119-130).** Выявляют основные симптомы заболевания, выявляют проблемы и составляют план сестринского вмешательства.2) В практических тетрадях составляют план ухода за пациентами в поздних стадиях опухолевого процесса.3) В практических тетрадях студенты составляют кроссворд из 10 слов.4) В практических тетрадях студенты составляют таблицу препаратов применяемых при лечении онкологии ЖКТ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признаки | Название препарата | Название препарата |
| Фармакологическое действие |  |  |
| Дозировка |  |  |
| Побочные действия |  |  |
| Особенности применения |  |  |

5) В практических тетрадях студенты выписывают рецепты по данным препаратам.**См. приложение № 2**6) С помощью алгоритмов действия студенты отрабатывают манипуляции на фантомах:1. кормление пациента через гастростому,2. подготовка больного к УЗИ брюшной области;3. подготовка больного к эзофагоскопии, ФГДС;**См. приложение № 3** | Выработать умение анализировать ситуацию. Тренировка практических умений и навыков. Выработка умения целенаправленно выбирать нужную информацию, систематизировать ее**,** выделять главное и второстепенное. |  120мин |
| **6.** **Контроль конечного уровня знаний.** | 1.Демонстрация манипуляций на оценку.2. Тестовый контроль «Онкология ЖКТ».**См. приложение № 4** | Выяснить степень достижения цели занятия | 20 мин |
| **7. Заключение.** | Каждому студенту выставляется оценка с обоснованием. Дается домашнее задание « Повторить лекционный материал на тему «**Опухоли пищевода, желудка, кишечника**». | Коррекция и оценка работы. | 5 мин |

**Литература:**

1. Учебник А.С. Владимирова «Онкология для фельдшера» , Ростов- на- Дону «Феникс », 2005

**2.Чернова О.В.** Уход за онкологическими больными. Серия «Ме­дицина для вас». Ростов н/Д: «Феникс», 2002 -224 с.

**Методическая разработка практического занятия для студентов**

***Тема:*** «**Рак пищевода, желудка, кишечника»**

***Организационная форма***:

Практическое занятие – 4часа (180 мин)

***Цели и задачи:***

-**образовательная:**

1. Проведение первичное обследование пациента.

2. Ведения медицинской документации.

3. Провести забор материала для морфологических исследований;

4. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования;

5. Проводить реабилитацию онкологических больных после лечения. Организовать и осуществить уход за пациентами в поздних стадиях опухолевого процесса;

7. Проводить санитарно-просветительскую работу среди населения по профилактике онкологических заболеваний ЖКТ.

5. Решение тестовых заданий, ситуационных задач.

*Выявление готовности студентов успешно применять полученные знания.*

- **развивающая:** 1) формирование у студентов клинического мышления, развитие мыслительных процессов;

2) вооружение студентов способами познавательной деятельности.

3) развивать творческое воображение, логику, наблюдательность.

- **воспитательная:** создание атмосферы доброжелательности, воспитание чувства ответственности, уважения друг к другу, уверенности в себе, взаимопонимания, умения осуществлять самоконтроль, формировать умение отстаивать собственную позицию, воспитывать трудолюбие и прилежание, чувство ответственности за всех и за каждого; воспитывать умение работать индивидуально и в команде; умение объективно оценивать ответы своих товарищей, конкурировать с партнерами, коллегиально принимать решение и т.д.

***Форма работы***: индивидуальная, парная.

***Тип занятия:*** совершенствование умений; проверка и закрепление знаний, умений, навыков.

 ***Вид традиционного занятия***: практическое.

***Место проведения:*** кабинет практических манипуляций.

***Оснащение занятия:***

***Средства обучения***

 - учебник (Учебник А.С. Владимирова «Онкология для фельдшера» ,Ростов- на- Дону «Феникс », 2005).

 - алгоритмы практических манипуляций;

 - плакат «Рак языка», «Рак пищевода», «Рак желудка», «Рак толстого кишечника».

 - фантомы, муляжи по уходу за больным.

 - медицинский инструментарий и материалы (емкости для сбора биологических жидкостей, лотки, шприцы, пеленки, салфетки, ватные шарики, емкости, шприцы, системы для инфузии, бинты, асептические салфетки, 70 спирт,), документация (учебная история болезни, лист направления на морфологические исследование желудочного сока, кала).

***Средства контроля:***

 - тестовые задания,

 - ситуационные задачи.

 ***Межпредметные связи***

**Истоки**:

1. Анатомия и физиология человека

2. МДК 02.01.01 С/у в терапии.

3. МДК 02.01.07 Клиническая фармакология

4. МДК 04.03 Технология оказания медицинских услуг.

5. Пройденный лекционный материал по данной теме.

***Ввнутрипредметные связи***

**Истоки:** (темы данного предмета).

1.Методы обследования пациентов.

2.Строение желудочно- кишечного тракта.

**Выход:** Практическое применение данной темы.

***Методы проведения:*** репродуктивный, продуктивный.

***Программированная инструкция к самостоятельной работе***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Название этапа** | **Описание этапа** | **Цель** | **Время** |
| **1.** | Работа с лекционным материалом, учебниками. | Уважаемые студенты! Вы должны выполнить следующие задания: прочитайте лекционный материал и материал учебника на **стр.119-130.** Выявить основные симптомы заболевания, составить план сестринского обследования больного с раком ЖКТ. | Выработать умение работать с методическим материалом. | 20 мин |
| **2.** | Работа с методическими разработками, учебниками | Уважаемые студенты! Вы должны выполнить следующие задания: прочитайте лекционный материал и материал учебника (стр.**119-130**) составьте план ухода за пациентами в поздних стадиях опухолевого процесса. В практических тетрадях составьте кроссворд из 10 слов по основным терминам, встречающийся в материале.) В практических тетрадях студенты составляют таблицу препаратов применяемых при лечении онкологии ЖКТ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признаки | Название препарата | Название препарата |
| Фармакологическое действие |  |  |
| Дозировка |  |  |
| Побочные действия |  |  |
| Особенности применения |  |  |

5) В практических тетрадях студенты выписывают рецепты по данным препаратам.**См. приложение № 2** | Выработать умение работать с методическим материалом. | 30мин |
| **3.** | Работа с методическими разработками, учебниками. | Уважаемые студенты! Вы должны выполнить следующие задания: прочитайте раздаточный материал и законспектируйте алгоритмы манипуляций.1. кормление пациента через гастростому,2. подготовка больного к УЗИ брюшной области;3. подготовка больного к эзофагоскопии, ФГДС;**См. приложение № 3** | Выработать умение работать с методическим материалом. |  20 мин |
| **4.** | Самостоятельная работа студентов:**1.Дифференциальная диагностика.****2. Изучение и отработка обучающих алгоритмов** **3.** Рецептура4. Решение тестовых заданий. | Студенты проводят субъективное и объективное обследование больных при раке легкомЗаполняют учебные истории болезни, медицинскую документацию.Студенты в кабинете «Сестринское дело» отрабатывают манипуляции.Студенты разбирают материал, выписывают препараты и рецепты, ставят диагнозы. Все это оформляется в письменном виде, для сдачи на проверку преподавателю.**См. приложение № 2**Студенты решают тест с одним вариантом ответа.**См. приложение № 4** | Выработать умение целенаправленно выбирать нужную информацию, систематизировать ее**,** выделять главное и второстепенное.Выработать умение анализировать ситуацию Тренировка практических умений и навыков. Активизация внимания студентов на сам. работу. | 50 мин |

**Задание на дом**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Вопросы самоподготовки** | **Истоки информации** | **Цель деятельности** | **Вопросы самоконтроля** |
| ♦1. Принципы диагностики  | **Литература:**1. Учебник2. Материал лекций. | Знать для практического применения | эзофагоскопия |
| 2.. Клинические проявления . | 1. **Литература:**1. Учебник2. Материал лекций. | Знать для практического применения | Ахилия. |

**Литература:**

1. Учебник А.С. Владимирова «Онкология для фельдшера» , Ростов- на- Дону «Феникс », 2005

**2.Чернова О.В.** Уход за онкологическими больными. Серия «Ме­дицина для вас». Ростов н/Д: «Феникс», 2002 -224 с.

**Приложение 2**

**Уважаемый студенты**

**выполните следующие задания**

по теме «Сестринский уход при раке желудочно – кишечного тракта».

1. Составить карту сестринского процесса при заболевании (рак пищевода, желудка, печени, прямой кишки, полипы прямой кишки).

2. Определить все нарушенные потребности при данном заболевании, выявить проблемы и описать сестринский процесс по 3 – м приоритетным проблемам.

3. Составить кроссворд по теме «Сестринский уход при раке желудочно – кишечного тракта (10 слов по горизонтали, 10 по вертикале).

4. Составить таблицу препаратов применяемых при лечении онкологии ЖКТ.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| признаки | (НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА) | НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА) | НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА) | НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА) | НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА) |
| фармакологическое действие |  |  |  |  |  |
| дозировка |  |  |  |  |  |
| побочные действия |  |  |  |  |  |
| особенности применения |  |  |  |  |  |

5. Выпишите рецепты по данным препаратам.

6. Записать в рабочие тетради алгоритм «Кормление пациента с гастростомой, обработка гастростомы» ( стр. 123-124). Подготовка к УЗИ брюшной полости.

**Приложение 3**

**МАНИПУЛЯЦИИ**

**Кормление пациента через гастростому**

**Подготовить:**

- установить с пациентом доверительное отношение;

- объяснить механизм проведения процедуры и получить согласие на ее проведение;

- перчатки;

- [желудочный зонд](https://studopedia.ru/13_65853_zheludochnoe-zondirovanie.html);

- воронка или шприц Жане;

- 30-50 мл кипяченой воды;

- бинт;

- лейкопластырь;

- пробку для зонда;

- емкости с дезинфицирующим раствором;

- стерильные салфетки;

- ножницы;

- гели или мази;

- питательные смеси в количестве 200-500 миллилитров при температура 37-40°С (сладкий чай, морс, сырые яйца, масло, молоко, сливки, фруктовые соки, кисели, питательные смеси, содержащие [белки, жиры и углеводы](https://studopedia.ru/3_187383_obmen-belkov-zhirov-i-uglevodov-v-organizme.html));

- контейнер для мусора и ширму.

**Действие:**

- вымыть (гигиенический уровень), осушить руки и надеть перчатки;

- огородите пациента ширмой, и придать ему положение удобное для кормления (сидя, лежа, положение Фаулера);

- прикрыв грудь салфеткой;

- присоединить воронку или шприц Жане к резиновой трубке;

- малыми порциями (по 50 мл) 6 раз в сутки вводить подогретую пищу в желудок;

- после каждого введения пищи резиновую трубку промывают кипяченой водой в количестве 40-50 миллилитров;

- пережать трубку зажимом;

- отсоединить шприц;

- закрыть трубку пробкой и убедиться, что пациент чувствует себя комфортно;

- поместить использованный инструментарий в емкость с дезинфицирующим раствором;

- снять перчатки и опустить их в контейнер;

- вымыть (гигиенический уровень) и осушить руки;

- заполнить медицинскую документацию.

**Внимание:**

- Нельзя вводить в воронку большое количество жидкости, так как из-за спазма мускулатуры желудка пища может быть выброшена через свищ наружу.

- Иногда пациенту рекомендуется самостоятельно разжевать пищу, затем ее разводят в стакане с жидкостью и уже в разбавленном виде вливают ее в воронку (при таком варианте кормления сохраняется рефлекторное возбуждение желудочной секреции).

**Подготовка больного к узи органов брюшной полости.**

Узи – метод диагностики,основанный на принципе отражения уз волн,передаваемых тканями ос спец датчика- источнка уз- в мегагерцовом диапозоне частоты уз, от поверхностей, обладающих различной проницаемостью для уз волн. степень проницаемости зависит от плотности и эластичности тканей.

Узи применяют для диагностики заболеваний сердца( эхокардиография), и сосудов( допплерография),щитовидной железы органов брюшной полости,почек и органов малого таза(моч пузыря ,матки, яичников\0,глаз, мозга

1.за 3 дня больному назначают диету,исключающуюпищу,богатую растительной клетчаткой,способствующие повышению образованию газов.(исключить ржаной хлеб, картофель,бобовые,молоко,овощи и фрукты. фруктовые соки.

2.накануне исследования не позже 8 часов вечера больному дают лёгкий ужин.исследованияпрводят натощак(больному так же запрещают пить курить- курение вызывает сокращение жёлчного пузыря.

**Подготовка к фиброгастродуоденоскопии (фгдс)**

**Показания:**

заболевания желудка и 12-п.кишки, циррозы печени.

**Противопоказания:**

сужение пищевода или кардиального отдела желудка (опухоль, стеноз),

дивертикулы пищевода,

 левое предсердие),

выраженный кифосколиоз.

**Оснащение:**

полотенце, р-р лидокаина (или аналоги), набор для неотложной помощи при анафилактическом шоке, карта стационарного больного или направление (в амбулаторных условиях)

Методика подготовки:

1. Объяснить пациенту (родственнику) цель и ход предстоящего исследования и подготовки к нему, получить согласие.
2. Проинформировать пациента:
* с 19 час. вечера накануне исследования не есть, не пить, не курить;
* исследование проводится утром натощак;
* для уменьшения болезненных ощущений при введении эндоскопа пациенту будет проведено орошение слизистой глотки анестетиком (лидокаином); уточнить у пациента переносимость лидокаина;
* во время исследования он будет лишен возможности говорить, проглатывать слюну;
* после ФГДС у пациента временно будет затруднена речь и глотание (не принимать пищу в течение 2 часов после исследования, чтобы исключить опасность аспирации пищи или жидкости;
1. Предупредить пациента о месте и времени проведения исследования, необходимости снять зубные протезы перед исследованием, иметь при себе полотенце или впитывающую салфетку.
2. Попросить повторить ход подготовки (при необходимости дать письменную инструкцию)
3. Проводить (транспортировать) пациента в эндоскопический кабинет.
4. Проконтролировать состояние после ФГДС.

8. Сопроводить пациента в палату после исследования.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

**Основная :**

1. Владимирова, Анна Сергеевна. Онкология для фельдшеров : учебное пособие для студентов средних специальных учебных заведений / А. С. Владимирова. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2003. - 189 с. : ил. - (Медицина для вас).

2. Чернова О.В. Уход за онкологическими больными. Серия «Медицина для вас». Ростов н/Д: «Феникс», 2002 -224

**Дополнительная:**

3. Ашрафян, Л.А, Опухоли репродуктивных органов (этиология и патогенез)  Л.А. Ашрафян, В.И. Киселев – Москва, 2019. – 208с.

4. Бахидзе, Е.В. Фертильность, беременность и гинекологический рак / Е.В. Бахидзе – Москва – Санкт-Петербург «Диля», 2019. –285с.

5. Берштейн ,Л.М. Гормональный канцерогенез / Л.М. Берштейн – Санкт-Петербург «Наука», 2020. – 197с.

6.Биссет, Р, Дифференциальный диагноз при абдоминальном ультразвуковом исследовании / Р. Биссет, А. Хан– М., 2020

7. Бохман, Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман– Л.: Медицина, 2020

8. Бохман ,Я.В , Полинеоплазии органов репродуктивной системы / Я.В.Бохман, Е.П. Рыбин – Санкт-Петербург, 2019. –239с.

9. Вишневская, Е.Е. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли женских половых органов [текст] / Е.Е. Вишневская – Минск «Высшая школа», 2002. – 415с.