

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Терапевтических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА В
ПРОФИЛАКТИКЕ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 31.01.01 Лечебное дело
4 курса группы 03051520
Юнаковской Ирины Викторовны**

Научный руководитель
преподаватель Кривенко Т.М.

Рецензент
Заведующая отделением профилактики
ОГБУЗ «Городская поликлиника г.
Белгорода», поликлиническое отделение № 2
Шепелева Елена Николаевна

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА	6
1.1. Исторические аспекты онкологии. Причины и факторы риска, влияющие на развитие опухоли желудка	6
1.2. Особенности психологии больных с опухолью желудка	10
1.3. Клиническая картина и ранняя диагностика опухоли желудка	12
1.4. Роль фельдшера в профилактике раннего выявления опухоли желудка	17
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА	23
2.1. Результаты собственного исследования	23
2.2. Рекомендации для населения по снижению риска возникновения опухоли желудка	33
2.3. Рекомендации фельдшеру по работе с населением для снижения риска возникновения опухоли желудка	35
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	39

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Опухоль желудка – опаснейшее онкологическое заболевание, которое обнаружить на ранней стадии проблемно. Боль в эпигастральной области, тошнота и рвота могут быть проявлением гастрита или язвы желудка, и люди, имеющие данные диагнозы, не сразу заподозрят что-то серьезное [2, с. 83].

Опухоль желудка имеет всеобщую распространенность. Ежегодно в мире фиксируется около 875 000 новых случаев онкологии, в Российской Федерации – 45 000 случаев. Пик заболеваемости приходится на население в возрасте старше 50 лет.

Изо дня в день онкозаболеваемость непрерывно растёт. В настоящее время опухоль желудка занимает лидирующее 2 место в структуре онкологической заболеваемости после рака легких. Ежегодно в стране регистрируется 48,8 тысяч новых случаев, что составляет более 11% от всех злокачественных опухолей. В подавляющем большинстве стран мира заболеваемость у лиц мужского пола в 2 раза выше (7,9%), чем у лиц женского пола (5,2%). За минувшие 10 лет заболеваемость упала на 24 %.

Опухоль желудка имеет плохой прогноз: 5-ти летняя выживаемость составляет 11-15 %. Плохие показатели данной заболеваемости установлены в странах Азии, Южной Америке, странах бывшего СССР - 30 случаев на 100 тысяч человек.

Своевременное выявление онкологии представляет важную роль в формировании прогноза. В странах Европы, для которых характерна ранняя диагностика, от опухоли желудка удаётся излечить каждого четвёртого пациента.

Позднее выявление заболевания является одной из основных причин смертности пациентов с опухолью желудка. Вследствие этого, своевременная диагностика и профилактика рака весьма актуальны на сегодняшний день, так как позднее клиническое обследование во многих случаях показывает

значительное сокращение продолжительности жизни, вопреки лечению [11, с. 123].

Опухоль желудка - одна из самых частых и распространенных заболеваний, с которой встречаются медицинские работники в своей работе. Она предоставляет страдания многим больным, поэтому фельдшер должен проводить обширные профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости, а так же профилактику осложнений, диспансеризацию и оказывать квалифицированную медицинскую помощь [18, с. 400].

Объект исследования: профессиональная деятельность фельдшера.

Предмет исследования: диагностика факторов риска и профилактика опухоли желудка.

Цель дипломной работы: проанализировать деятельность фельдшера в выявлении факторов риска и профилактике опухоли желудка.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи:**

1. Изучить историю вопроса;
2. Выявить факторы риска развития опухоли желудка;
3. Изучить раннюю диагностику заболевания и психологические особенности больных;
4. Проанализировать основные методы профилактики опухоли желудка;
5. Провести анкетирование с целью выявления уровня знаний населения о возможных факторах риска и профилактике заболеваний желудочно-кишечного тракта.

В соответствии с намеченной целью и задачами исследования были определены следующие **методы исследования:**

- научно-теоретический анализ медицинской литературы;
- эмпирический метод;
- сравнительный метод;
- метод обобщения.

Теоретическая значимость заключается в расширении представлений о возможных факторах риска развития заболевания, а также изучение методов профилактики.

Практическая значимость заключается в составлении рекомендаций по профилактике опухоли желудка.

База исследования: ОГБУЗ «Городская поликлиника г. Белгорода», поликлиническое отделение № 2, отделение профилактики.

Время исследования: 2018 - 2019 гг.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА

1.1. Исторические аспекты онкологии. Причины и факторы риска, влияющие на развитие опухоли желудка

Онкология является одной из самых молодых наук, развитие которой произошло в XX веке. Ее главными задачами являются обнаружение причин новообразований, разработка методов профилактики, раннего выявления и удачного лечения. Опухоли сопровождали не только людей, но и животных, растения на протяжении всего существования на земле [12, с. 10].

Развитие онкологии в Древнем Египте. Гиппократ (460 г. до н. э. - 377-356 гг. до н. э.) называл рак греческим словом «каркинос» из-за внешнего вида на срезе. Ученый изучал только те новообразования, которые были видны на поверхности тела человека. Лечение заключалась в четырех основных «соках» тела человеческого (черная и желтая желчь, кровь и слизь).

Гиппократ говорил: «В зависимости от того, какой «сок» преобладает в пациенте, ему назначались диета, кровопускание, слабительное». В дальнейшем было установлено, что опухоль может образоваться в любом месте организма.

Развитие онкологии в России. На Руси часто встречались упоминания о новообразованиях еще в XVII веке. Сохранилось и описание применявшихся лекарственных трав (крапива, подорожник, лук, хрен, мать-и-мачеха, полынь). В источнике здравия пишется: «рак излечивает особенное лекарство из свежей натертой моркови» [12, с. 32].

После того, как в медицине был создан микроскоп, его использование позволило распознать, что опухоль понемногу распространяется по человеческому организму через лимфатические узлы (метастазы).

Хирургическое лечение онкологии большого успеха не принесло – люди погибали не столько от рака, как от инфекций из-за несоблюдения условий гигиены [18, с. 121].

Из-за появления анестезии и асептики в XIX веке хирургическое вмешательство – стало главным методом лечения онкологических заболеваний.

В конце XIX века была создана первая неинвазивная методика лечения новообразований. Это поспособствовало тому, что хирурги начали лечить заболевание совместно с радиологами, работать с больными в больницах, а также накапливать данные и на основе их производить статистические расчеты.

Вирус Энштейна-Барра был описан в 1964 году вирусологами Майкл Энтони Эпштейн и Ивонна Барр, который известен как вирус герпеса человека четвертого типа. Он стал самым первым открытым онковирусом человека [1, с. 100].

В Петербургской медико-хирургической академии, руководимой Михаилом Матвеевичем Рудневым, интенсивно развивалось учение о злокачественных новообразованиях.

Завершением работ, посвященных выявлению рака, была положительная экспериментальная работа М.А. Новинского «перевивка злокачественных опухолей от взрослых собак щенкам».

Развитие онкологии тесно связано с Николаем Петровым, Александром Богомольцем, Ростиславом Кавецким, Николаем Краевским.

Первое онкологическое учреждение в России было открыто в 1903 году в Москве (НИИ имени П. А. Герцена). Подобное учреждение было построено и в Санкт-Петербурге в 1926 году (НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова).

Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина появился в Москве в 1951 году. В настоящее время онкодиспансеры и научные центры работают по всей стране [1, с. 132].

На сегодняшний день онкология продолжает бурно совершенствоваться. Система онкологической помощи государственных учреждений, а также частных, предоставляет обратившимся за помощью больным, современные и качественные методы ранней диагностики, эффективные профилактические мероприятия и успешные методики лечения опухолей. Нынешний уровень

развития науки онкологии, разрешает обществу смело и без страха глядеть в будущее, и надеяться на полное выздоровление.

В заключение мы хотели бы сказать, что история развития онкологии полна событиями, людьми, которые внесли огромный вклад и полностью отдают себя решению тяжелейших проблем онкологии.

Рак желудка - одна из самых распространенных и опасных злокачественных опухолей человека [9, с. 33]. Опухоль выявляется в антральном отделе, в теле желудка, в кардиальном отделе, а также может поражать сразу несколько отделов желудка и распространяться на соседние органы.

Как стало известно, если в хромосомах происходит определенная мутация, то нормальная здоровая клетка перерождается в раковую [9, с. 75].

Причина злокачественной трансформации клеток желудка остается до сих пор не выясненной, несмотря на все успехи нашей медицины в изучении опухоли. На сегодняшний день определена лишь группа факторов риска, которые могут спровоцировать опасное заболевание при неблагоприятном стечении обстоятельств.

В настоящее время широко обсуждаются вопросы взаимосвязи развития рака желудка с такими факторами, как различные диеты, состав питьевой воды, образом жизни, профессиональной деятельностью.

К экзогенным факторам риска можно отнести: курение, особенности питания (высокое содержание консервантов в продуктах, недостаток молочных продуктов, фруктов, овощей, употребление крепких алкогольных напитков, нерегулярное питание, употребление очень горячей пищи, неправильный способ ее приготовления), контакт с химическими канцерогенами, воздействие физических канцерогенных факторов, ионизирующее излучение [2, с. 66].

Контакт с химическими и физическими канцерогенами обычно связан с профессиональной деятельностью в промышленной сфере. Все это оказывает негативное влияние на слизистую оболочку желудка, что приводит к развитию хронических заболеваний, которые в дальнейшем перерождаются в онкологию.

К факторам риска эндогенного происхождения относят: хронические заболевания желудка (хронический атрофический гастрит, язва желудка, пернициозная анемия, аденоматозные полипы и полипоз желудка, дисплазия, геликобактериоз, болезнь Менетрие), состояния после операции на желудок по Бильрот – II и первая группа крови [3, с. 143].

Можно выделить следующие группы пациентов, с повышенным риском развития рака желудка, которые должны находиться под диспансерным наблюдением:

1) На сегодняшний день широко обсуждается роль *Helicobacter pylori* (НР). В.Л. Marshall в 1983 году обнаружил и описал *Helicobacter pylori*, после чего была установлена прямая связь в этиологии хронического неиммунного антрального гастрита. После этого открытия, исследователей заинтересовала возможная связь, наличие НР, с возникновением рака желудка.

Helicobacter pylori по классификации Всемирной организации здравоохранения относится к группе I – видимые канцерогены [16, с. 151]. Конечно, наличие или отсутствие инфицирования НР является не единственным фактором риска в развитии рака желудка, но существенно влияет на среду, способствующую запуску канцерогенного механизма;

2) Наличие хронического атрофического гастрита. Данное заболевание, как правило, сопровождается наличием пернициозной анемии. Этот комплекс патологии увеличивает риск возникновения рака желудка в 2-3 раза;

3) Пищевод Буррета (это одно из серьезных осложнений, обнаруживается цилиндрический эпителий вместо плоского многослойного в слизистой оболочке пищевода нехарактерный для нормы) – ассоциируется с повышением риска частоты развития рака;

4) Доброкачественные заболевания желудка – гиперпластические полипы и аденоматозные [16, с. 300]. Если последние малигнизируются достаточно редко, то аденоматозные узлы имеющие размер более 2 см имеют высокий потенциал к злокачественной трансформации;

5) Язвенная болезнь желудка. По мнению различных исследований, риск возникновения рака желудка у пациента с язвенной болезнью, увеличивается максимально в 1,8 раз. Небольшое количество пациентов может иметь синдром генетической предрасположенности. Если имеется «семейная история» рака желудка, необходимо быть настороженным и проходить регулярные медицинские обследования у врача.

1.2. Особенности психологии больных с опухолью желудка

Все больные онкологией встречаются на своем жизненном пути различные психологические расстройства. Ведь онкология влечет за собой огромную стрессовую нагрузку на психику человека [14, с. 55].

Древний лекарь Гален, ещё издавна заметил, что счастливые и жизнерадостные люди страдают от злокачественных новообразований очень редко, чем находящиеся многократно в стрессовом состоянии. Поэтому многие врачи, после Галена, относили проблему онкологии к жизненным неудачам.

Главной причиной возникновения психологических отклонений является само заболевание, которое своей невозвратностью и степенью тяжести порождает массу психологических реакций больных. Задача заключается в необходимости успокоить пациента и подготовить его к предстоящему лечению, внушив веру в излечимость заболевания, так как психологическое состояние в большей степени влияет на исход заболевания.

Больные онкологией желудка испытывают стресс, связанный со злокачественным новообразованием, необходимостью продолжительного обследования, нахождением в стационаре, операцией, проведением лучевой терапии и химиотерапии [14, с. 128]. При общении с пациентом нужно стараться уменьшить стрессовое состояние. Это положительно влияет на общее состояние пациента, течение болезни и реабилитацию.

Когда возникают подозрения об онкологии, пациент всячески избегает встреч с доктором и гонит от себя эту плохую мысль.

Психологическую причину позднего обращения к врачу необходимо учитывать при проведении профилактической работы с пациентом. «Раннее выявление рака» - девиз, под которым не должны проводиться профилактические осмотры и диспансерное наблюдение населения [8, с. 23].

В случае возникновения подозрений на опухоль желудка, доктор обязан убедить пациента победить страх смерти, самообман, лучше ложная тревога, чем бесполезное лечение. К психологическим особенностям таких пациентов необходимо внимательно относиться уже с самых первых дней.

Медицинским работникам следует не затягивать с обследованием, постараться проявить активность в отношении больного и не упускать его из виду.

Если больной отказывается от обследования или лечения, то врачи-онкологи сообщают ему о подозрении на онкологическое заболевание. Ни в коем случае нельзя сообщать пациенту о его диагнозе в резкой и открытой форме [8, с. 48].

При прохождении лечения необходимо пациентам объяснить причины появления симптоматики. Если этого не сделать, то больным будет казаться, что им не могут помочь.

Психологическая помощь онкобольному, оказываемая во время лечения, способствует лучшему приспособлению к болезни и преодолению последствий.

Пройдя определенный срок лечения, большее число больных возвращаются к прежней жизни и чувствуют себя здоровыми или наоборот, состояние может ухудшиться. Женщинам приходится особенно трудно, потому что переживают утрату привлекательности.

Главной задачей фельдшера является старание поддержать надежду через беседу на тему прогноза болезни и благоприятного исхода.

Когда пациент психологически подготовлен и существует возможность продления жизни или излечения болезни, тогда необходимо сообщить о диагнозе [14, с. 235].

1.3. Клиническая картина и ранняя диагностика опухоли желудка

Клиническая картина опухоли желудка основывается на выявлении симптоматики заболевания: анамнестических данных, жалоб больного, осмотра, физикальных методов обследования (перкуссии и пальпации). Когда опухоль достигает больших размеров, тогда появляется выраженная и весьма разнообразная симптоматика [10, с. 342].

Основной проблемой является скрытое течение опухоли желудка в начальной стадии, так как жалобы больных ничем не отличаются от заболеваний желудка воспалительного или функционального характера.

Самым частым симптомом является боль. Иногда она сопутствует с некоторыми хроническими желудочными заболеваниями, а в других ситуациях тесно связана с опухолью и появляется при прорастании или сдавлении нервных стволов.

На ранних стадиях рака боль слабо выражена, возникает после приема плохо перевариваемой пищи и проявляется в виде чувства тяжести или полноты в эпигастральной области. Так как эти ощущения непостоянны, больные не всегда обращают значительное внимание и упускают этот период при описании динамики развития онкологии [11, с. 428].

Болевые ощущения при развитых формах опухоли желудка приобретают более свойственный характер. Данный характер боли практически всегда сохраняется длительное время. В некоторых случаях ее интенсивность постепенно нарастает, становится очень сильной и мучительной, что плохо купируется лекарственными препаратами.

Боль чаще всего возникает в эпигастральной области. Она может локализоваться под мечевидным отростком, в правом или левом подреберьях и представляет собой разлитой характер.

При прорастании опухоли за пределы желудка, боль может отдавать в спину, лопатку, грудину или левую руку. Интенсивность может меняться на протяжении суток, но она постоянная.

Чувство переполнения желудка и отрыжка воздухом, а в дальнейшем тухлым, это симптомы, которые должны насторожить больного [13, с. 280]. Рвота наблюдается редко и возникает, когда сужается просвет желудка опухолью. Такие признаки как тошнота, отрыжка, изжога, встречаются при опухоли желудка часто, но определенных особенностей не имеют.

Опухоль желудка характеризуется симптомами: снижение аппетита, похудание, общая слабость, беспричинная утомляемость, депрессия, тревога, а также потеря интереса ко всему, что окружает.

Сниженный аппетит встречается часто. У одних больных появляется отвращение к мясным продуктам, у других утрачивается чувство голода, и они не получают насыщения от пищи [13, с. 300].

Похудание может возникнуть без причины и довольно часто на поздних стадиях рака может дойти до кахексии. На ранних стадиях снижение массы тела встречается лишь у 25-35% больных. У больных с лишним весом определить потерю массы трудно.

Заподозрить злокачественную опухоль можно, если у желудочного больного за несколько месяцев снизилась масса тела на 5 килограммов. Но забывать не стоит, что и постоянный вес не исключает опухоль.

Беспричинная слабость, утомляемость, снижение трудоспособности часто встречаются у больных раком желудка. На протяжении всего времени или в конце рабочего дня больной хочет прилечь и отдохнуть. При сборе анамнеза фельдшер обязан расспросить больного о наличии данных признаков и об их динамике [16, с. 205].

К симптомам, которые являются трудноуловимыми, относят депрессию, утрату интереса ко всему окружающему и отчужденность. Больной о таких жалобах не сообщает врачу, потому что встречаются редко, но нужно запомнить, что именно психическая депрессия появляется на ранних стадиях опухоли желудка.

Множество симптомов усложняет определение опухоли желудка. Доктор может установить правдивый диагноз, только тогда, когда опухоль достигнет

больших размеров и будет отчетливо выражена симптоматика заболевания [13, с. 350].

В 1947 году А. И. Савицкий начальные клинические проявления объединил в «синдром малых признаков» рака желудка и включил в них:

- нарушение общего самочувствия больного, проявляющееся беспричинной слабостью, снижением трудоспособности, моментальной утомляемостью;

- психическую депрессию, заключающуюся в потере радости, интереса ко всему окружающему, апатию;

- беспричинное снижение аппетита, иногда до полной потери или отвращения к еде;

- проявления «желудочного дискомфорта», то есть потерю чувства насыщения от съеденной пищи, особенно, если сочетается с ощущением переполнения желудка, распираания газами, тяжестью или болью в эпигастральной области;

- бледность кожи и слизистых, сопровождающиеся немотивированным быстрым похуданием.

А. И. Савицкий говорил: «синдромом малых признаков я привлекал внимание врачей к первым, трудно определяемым проявлениям заболевания». Он подчеркнул, что этот синдром может проявиться как у полностью здорового человека, так и у желудочного больного [1, с. 296]. Больных с хроническими заболеваниями желудка необходимо тщательно расспрашивать об изменениях симптомов, которые составляют синдром малых признаков.

В настоящее время проблема раннего выявления опухоли желудка далека от разрешения. Учитывая наблюдаемую во всем мире тенденцию к росту заболеваемости раком желудка, проблема диагностики опухолей небольших размеров становится весьма актуальной.

На современном уровне диагностика опухоли желудка состоит в выявлении опухоли и степени распространения опухолевого процесса [6, с. 260].

Физическое исследование состоит из осмотра, пальпации, перкуссии, местного статуса и зон отдаленного метастазирования (пальпация надключичных областей, пупочной области и печени).

Проводя осмотр, выявляют недостаток массы тела больного, бледность слизистых и кожных покровов, желтушность кожи (когда метастазы поражают печень), иногда при пальпации определяется образование в области эпигастрия, а в правом подреберье наблюдается патологическое увеличение печени. Если произошло метастазирование, то пальпируются увеличенные надключичные лимфатические узлы слева [7, с. 65].

Лабораторные исследования включают исследование периферической крови, желудочного сока, кала на скрытую кровь. Определяют анемию, повышенную скорость оседания эритроцитов, повышение в крови уровня онкомаркеров СА 242, СА 19-9 (раковые антигены) в 21% случаев, РЭА (раковоэмбриональный антиген) в 45 - 55%, а также в кале положительную реакцию на скрытую кровь.

Для того, чтобы диагностировать опухоль желудка на ранних стадиях применяют рентгенологический, ультразвуковой, эндоскопический и лапароскопический методы, которые предназначены не только для установления начального диагноза, но и для уточнения распространенности опухоли в эпигастральной области.

Фиброгастродуоденоскопия в 90-95% случаев совместно с гистологическим исследованием позволяет определить опухоль желудка [15, с. 77]. Она назначается для лиц, у которых присутствуют факторы риска или симптоматика, дающая основание для предположения о наличии рака желудка. Данное обследование проводят под наркозом. Даже самое малейшее изменение слизистой оболочки желудка требует проведения обширной биопсии.

Эндоскопическое ультразвуковое исследование позволяет определить глубину проникновения метастазов в стенку желудка, а также в прилегающие структуры. С помощью гистологического исследования определяют форму и тип опухоли, а также степень ее распространения. Результаты данного

исследования могут быть ложноотрицательными при раке-скирре, потому что чувствительность эндоскопического исследования не больше 30-70%.

Рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью позволяет выявить экзофитные и эндофитные образования, а также определить расположение и размеры опухоли, дополняя или заменяя эндоскопическое исследование [17, с. 180]. Деформация рельефа слизистой, и местное отсутствие перистальтических волн являются признаками опухоли желудка. Бариевая взвесь обволакивает слизистую желудка, что помогает показать присутствующие аномалии, так как рентгеновские лучи не могут пройти через данную пленку.

Такая техника обследования применяется для распознавания опухоли на ранних стадиях. После попадания раствора бария в желудок вводится тонкая трубка для вдувания воздуха, что дает возможность увидеть самые малейшие аномалии. Это обследование проводится не очень часто, в отличие от эндоскопии.

Ультразвуковое исследование, компьютерная томография или магниторезонансная терапия органов брюшной полости позволяют выявить наличие метастазов и определить наибольшую степень поражения стенки желудка [18, с. 165]. Снимки компьютерной томографии могут помочь определить уместно ли хирургическое вмешательство при данном заболевании.

При помощи лапароскопии определяют степень вовлечения желудка в опухолевый процесс, а также присутствие асцита, в этом случае выполняют прицельную биопсию с предстоящим морфологическим исследованием.

Позитронно - эмиссионная томография (ПЭТ). Для проведения данного вида обследования применяют специальный радиоактивный сахар, который вводится внутривенно. Через определенный промежуток времени опухолевые клетки впитывают в себя большее количество сахара, а специальная камера с легкостью определяет области, где образовалась онкология [7, с. 80].

ПЭТ передает важную информацию обо всем теле больного, а также способствует определению размеров опухоли, которая распространилась за границы желудка и при которой невозможно хирургическое лечение. Когда

раковые клетки распространяются, но непонятно, в какие органы, то применяют данное обследование.

1.4. Роль фельдшера в профилактике раннего выявления опухоли желудка

В настоящее время опухоль желудка в большей части случаев диагностируется поздно — в III и даже IV стадиях болезни. Главными причинами поздней диагностики является скрытое течение заболевания и недостаточное внимание больных к появившимся симптомам данной болезни [1, с. 306].

Чтобы защититься от возникновения онкологического заболевания, такого как опухоль желудка, необходимо соблюдать простые профилактические меры. Они направлены на устранение факторов, способствующих возникновению этой патологии.

На сегодняшний день факторы риска при развитии рака уже полноценно изучены, что разрешает вести целенаправленную профилактическую работу.

Огромную значимость имеет правильное рациональное питание. Существует огромное количество обоснованных рекомендаций ведущими центрами исследования рака, поэтому не нужно придерживаться специальной «противораковой диеты». Если их правильно соблюдать, то можно на треть сократить риск развития практически всех онкологических заболеваний [4, с. 504].

Огромное значение в профилактике занимает окружающая нас среда (воздействие радиации, вредных веществ на заводах и в быту), а также образ жизни, который мы ведем (низкая двигательная активность, курение табака, злоупотребление алкогольными напитками).

Если всё время уклоняться от своевременного профилактического обследования для выявления заболевания на ранних стадиях, то все эти знания не принесут большой пользы и не излечат.

Как показывает практика, необходимо обращать внимание на изменения состояния организма, прислушиваться к врачу и получать объяснение по поводу появившейся симптоматики [5, с. 10]. Здесь в основном все: продолжительная субфебрильная температура тела, к которой большинство больных привыкают, не задумываясь о ее последствиях, снижение массы тела, извращение вкусовых качеств (отвращение к мясным блюдам), астения, кишечные нарушения (запоры, поносы, иногда с появлением примеси крови).

Все перечисленные симптомы через некоторое время могут перейти в неутешительную клиническую картину опухоли желудка. Все отклонения в изменении состоянии здоровья, для подтверждения диагноза требуют объяснения и целесообразного обследования [6, с. 18].

Наша роль заключается в необходимости уделять внимание профилактике рака желудка на фоне атрофического гастрита. Следует уточнить причину повторных обострений и, постаравшись устранить их, добиться максимального излечения от воспалительного процесса.

Всем больным необходимо проконсультироваться с гастроэнтерологом. Это будет иметь большое значение не только с точки зрения профилактики, но и с точки зрения ранней диагностики онкологического заболевания [10, с. 894]. Так же роль заключается в том, чтобы объяснить пациентам, как важно раз в год проходить фиброгастроскопические исследования.

Итак, основные способы профилактики рака желудка. Их главная цель – снизить повреждающее действие на слизистую оболочку желудка, стабилизировать состояние и наладить микрофлору:

- откажитесь от курения табака, алкоголя и других вредных привычек. Никакие фильтры не убергут слизистые оболочки желудка;
- своевременно пролечивайте хронические воспалительные заболевания, предшествующие онкологии этого органа;
- особое внимание уделяйте профилактике рака желудка в пожилом возрасте. Средний возраст обнаружения первичных опухолей 62-63 года;

- поддерживайте полную физическую активность, гуляйте на свежем воздухе, занимайтесь физической культурой;
- измените пищевой рацион, предпочтение блюдам, приготовленным в жидком, вареном и пареном виде;
- употребляйте в рационе белое мясо птицы или рыбу, откажитесь от красного мяса и жирных мясных блюд;
- откажитесь от копченых продуктов и различных полуфабрикатов;
- полностью откажитесь от пищи из мяса, приготовленной на открытом огне. Количество канцерогенов при данном способе приготовления очень высоко;
- откажитесь от еды, приготовленной в кипящем масле;
- употребляйте больше фруктов и овощей. Съедайте в день 1-2 яблока, и проблем с желудком у вас не будет [18, с. 532]. Самая полезная для желудка черная кислая ягода, например, смородина или жимолость;

Авиценна говорил, что питание откладывает неизменный отпечаток на состояние нашего здоровья, поэтому следует придерживаться диеты при установлении диагноза – опухоль желудка. Питание для пациентов должно учитывать следующее соотношение пищевых веществ: 15% белков, 30% жиров и 55% углеводов [6, с. 700].

Когда человек хочет избежать рецидивов раковой патологии, уменьшить симптомы заболевания органа, нужно серьезно пересмотреть свой режим питания. Что при этом нужно делать? Главное условие, это то, что пища при раке желудка не должна содержать канцерогенных веществ.

Придерживаться нужно следующих правил. Уменьшить объем употребляемых порций, при этом принимать пищу можно до 10 раз в сутки.

Следить за температурой пищи, нельзя есть очень горячие или холодные блюда. Усваивается хорошо еда, близкая по температуре к нормальной, человеческой. Пища должна быть хорошо пережевана, без крупных кусочков [13, с. 354]. Это уменьшает нагрузку на желудок и способствует правильному усвоению питательных веществ.

Продукты готовить на пару или варить. Жареные блюда вызывают раздражение слизистой оболочки желудка.

Употреблять только свежеприготовленные блюда. Увеличить объем исключительно «легкой» пищи растительного происхождения. Овощи и фрукты в свежем или вареном виде содержат клетчатку, способствующую правильному освобождению органа. Ферменты и витамины, содержащиеся в растительных продуктах, ограничивают распространение злокачественных клеток [11, с. 429].

Питание при раке должно быть с минимальным количеством соли и состав жира не должен превышать 30%, причем основная часть жиров должна поступать из растительных продуктов.

Особенно сложно организовать питание при раке желудка 4 степени с метастазами. В таких случаях больные часто вообще отказываются от приема пищи.

Что рекомендуется есть больным раком желудка. Человек с таким диагнозом, как злокачественная опухоль, должен хорошо знать, что ему можно есть, а от чего нужно отказаться [5, с. 19]. Такое знание поможет составить полноценное меню, которое удовлетворило бы вкусовые потребности больного и одновременно служило бы средством восстановления сил.

Разрешается употреблять овощные и молочные супы, компоненты которых должны быть протертыми. Сырые и сваренные всмятку яйца, нежирные сорта мяса и рыбы, нежирный творог. Хлеб из муки высшего сорта, желателно не свежий, кисели из фруктов и ягод, сливочное масло.

Для выздоровления больным нужно есть как можно больше спелых овощей, фруктов и ягод.

Рекомендуется отдавать предпочтение плодам с красной и желтой кожицей, так как в них содержатся каротиноиды, оказывающие противоопухолевое действие в организме человека.

Сдерживают действие раковых клеток вещества – антоцианы, которыми богаты свекла, краснокочанная капуста и баклажаны [3, с. 421].

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

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

В жирных и пережаренных блюдах задерживаются канцерогены, а грубая, соленая и горячая еда раздражающе действует на слизистую оболочку желудка [1, с. 333]. Кофе, крепкий чай, газированные напитки, алкоголь, должны быть полностью исключены из меню больного раком желудка.

Профилактика опухоли желудка – важная и эффективная мера предотвращения страшнейшего недуга. Соблюдать правила профилактики онкологии желудка или игнорировать их – осознанный выбор каждого.

Из теоретического анализа деятельности фельдшера в профилактике опухоли желудка, можно сделать следующие выводы:

1. Обобщая теоретические аспекты по проблеме исследования, нами было выявлено: опухоль желудка представляет собой злокачественное новообразование, растущее из эпителиальных клеток слизистой оболочки желудка. На сегодняшний день, существует тенденция к «омоложению» этого опасного заболевания;

2. Основным клиническим признаком — является боль, проявляющаяся в виде чувства тяжести, полноты в эпигастральной области. Однако она может локализоваться под мечевидным отростком, в правом или левом подреберьях и представлять собой разлитой характер;

3. Анализируя медицинскую литературу и научные статьи, нам удалось изучить особенности психологического состояния онкологических больных. Однако ответная реакция человеческого организма на лечение во многом зависит от веры больного в эффективность лечения, поддержки родственников и доверия к врачам;

4. Исходя из всего вышеперечисленного, основным направлением нашей работы, является ознакомление населения с данным вопросом. Во-первых,

нужно проводить беседы о ведущих факторах развития опухоли желудка. Во-вторых, пропаганда здорового образа жизни, т. е мотивация населения;

5. Самый важный метод в борьбе с опухолью желудка - ранняя диагностика, которая является ключевым фактом в лечении, что значительно повышает уровень качества жизни человека. Она должна стоять на первом месте, потому что лучше исключить патологию, чем бороться с ней;

6. Для проведения эффективной профилактики, необходимо вовремя выявлять людей с высоким риском развития онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Необходимо тщательно обследовать и проводить профилактические консультирования, а также мотивировать их к своевременному прохождению диспансеризации 1 раз в год;

7. Нами было выявлено, что на стабилизацию состояния онкологических больных, способствуют особенности питания вовремя или после лечения опухоли желудка. Важным является обеспечение больного необходимым объемом калорий и питательных веществ.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА

2.1. Результаты собственного исследования

В исследовании применялся метод – анкетирование, для чего заранее нами была подготовлена анкета с целью выявления ведущих факторов риска, способствующих возникновению опухоли желудка.

Исследование проводилось в три этапа. Первый этап заключался в самостоятельном ответе респондентов на вопросы, представленные в анкете. На втором этапе они возвращали заполненные анкеты. А третий этап заключался в проведении статистической обработки результатов, с последующим их анализом.

Анкетирование респондентов в количестве 50 человек, проводилось с целью определения уровня знаний, населения города Белгорода, о факторах риска возникновения и развития заболеваний желудочно-кишечного тракта, а также об их профилактике. 48% опрошенных составили женщины, 52% - мужчины (Рис. 1).

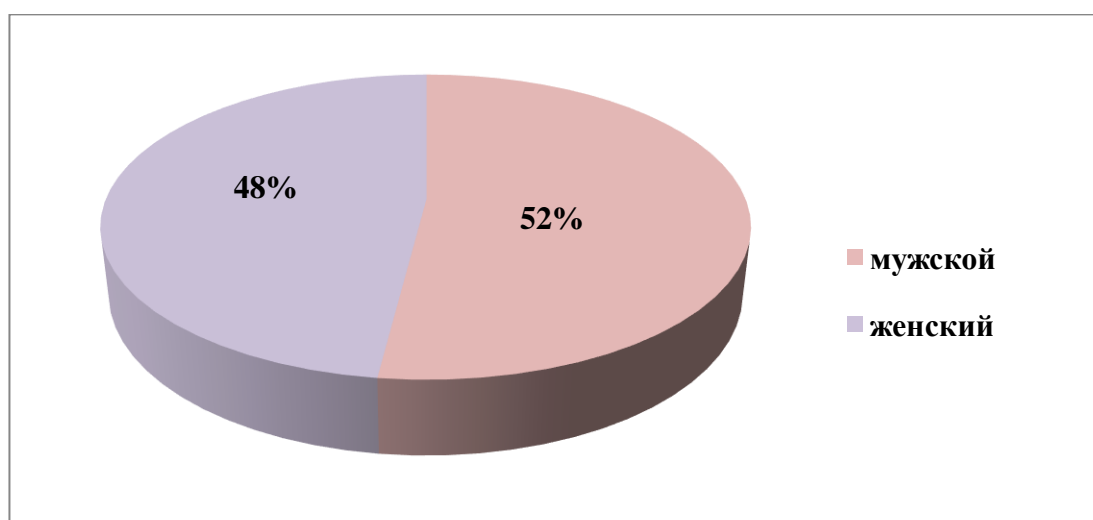


Рис. 1. Половая принадлежность респондентов

Анкетирование проводилось среди представителей различных возрастных групп. 16% респондентов указали свой возраст в группе до 20 лет, 20% от 20 до

30 лет, 24% составили респонденты в возрасте от 30 до 50 лет, 20% от 50 до 70 лет и 20% старше 70 лет (Рис. 2).

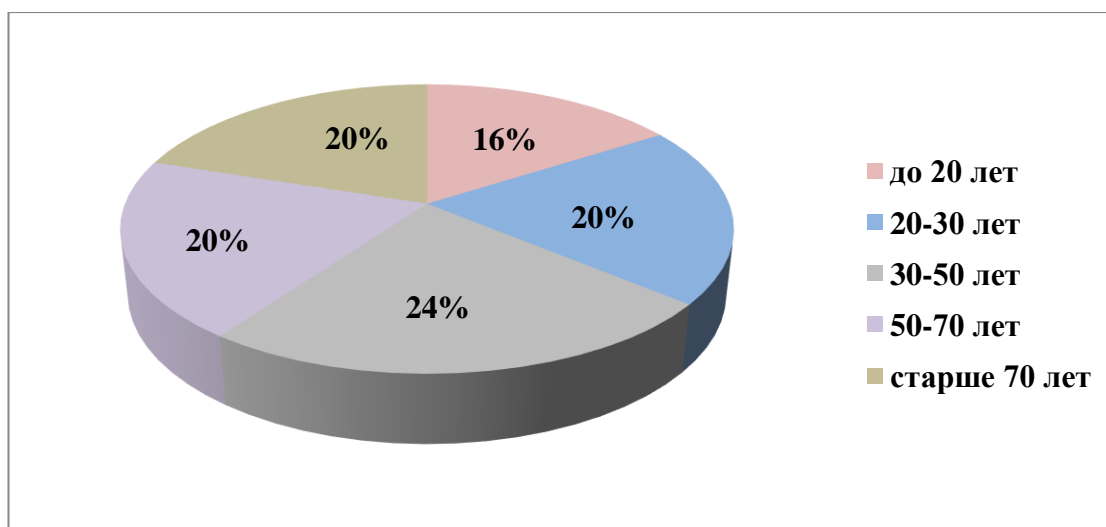


Рис. 2. Возраст респондентов

52% анкетированных респондентов отрицают наличие у них вредных привычек, а 48% на вопрос ответили утвердительно (Рис. 3).

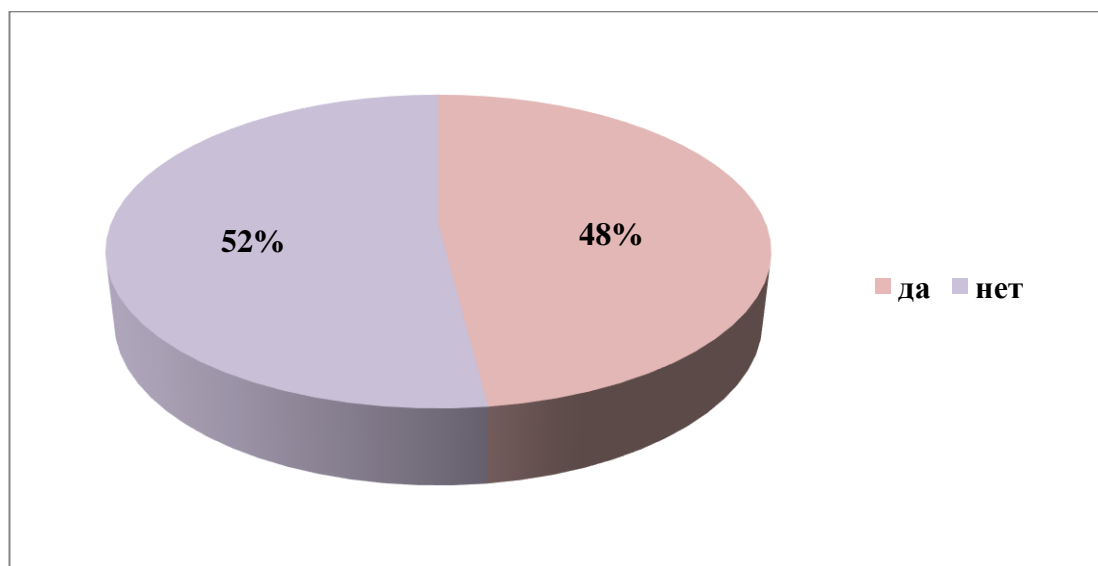


Рис. 3. Наличие вредных привычек у респондентов

В опросе о том, как часто Вы употребляете жареную, острую и копченую пищу 32% анкетированных респондентов ответили редко, 1 раз в неделю, 12% - иногда, 1-2 раза в неделю, 24% - практически каждый день и 32% опрошенных исключили из своего рациона такую пищу (Рис. 4).

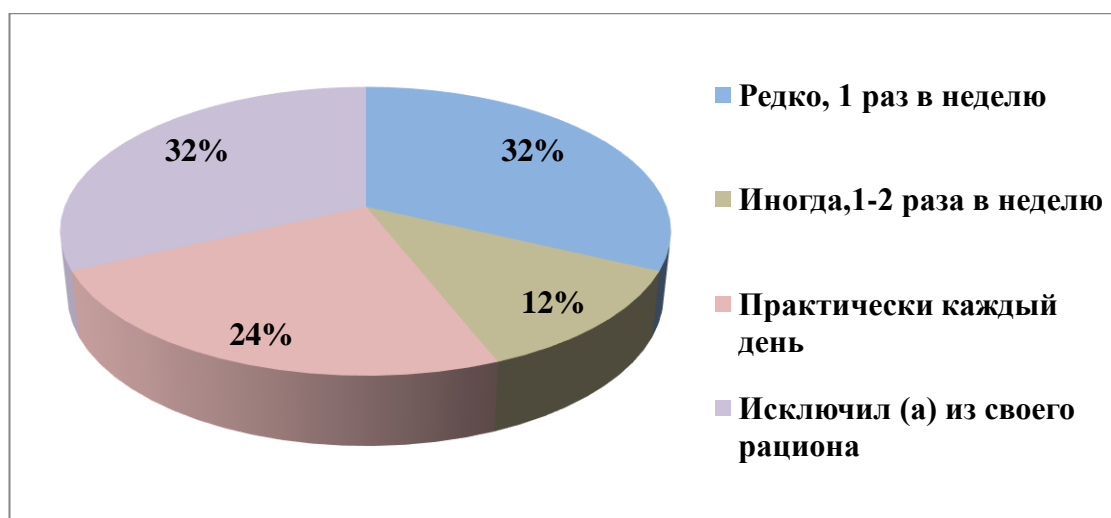


Рис. 4. Пищевые предпочтения респондентов

При проведении анкетирования 24% респондентов ответили, что обращают внимание на содержание жира и пищевых добавок в продуктах при покупке или при приготовлении пищи, чтобы определить степень вредности покупаемого или приготавливаемого продукта, 60% - никогда не обращают внимание, а 16% - не всегда обращают внимание, так как затрачивается определенное количество времени на поиски «здоровых» продуктов (Рис. 5).

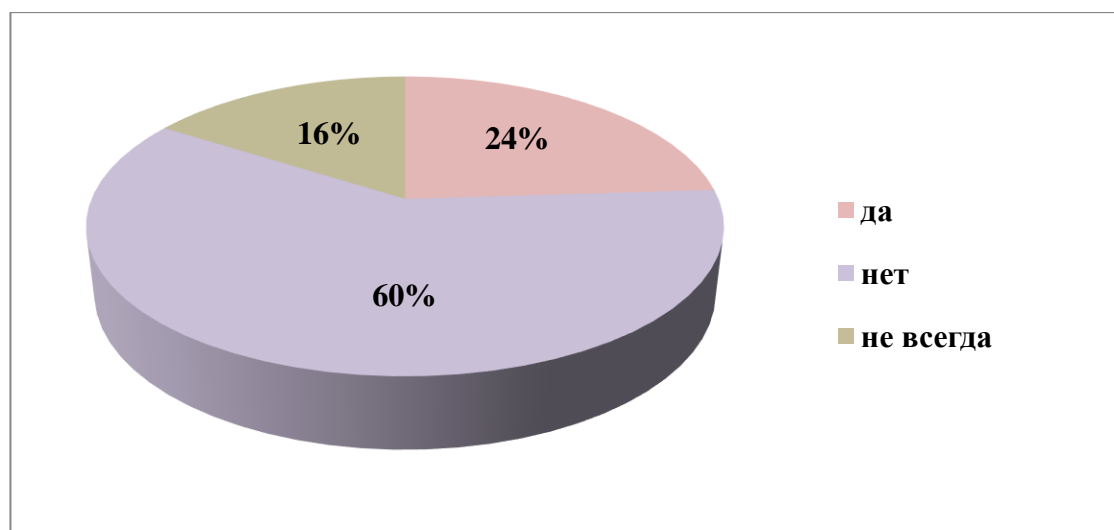


Рис. 5. Определение уровня жира и пищевых добавок в продуктах, употребляемых респондентами

По вопросу, имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, можно сделать следующий вывод, что 28% респондентов подсаливают пищу,

т.к. она приобретает определенные вкусовые качества, 48% не подсаливают и 24% имеют привычку, иногда подсаливать приготовленную пищу (Рис. 6).

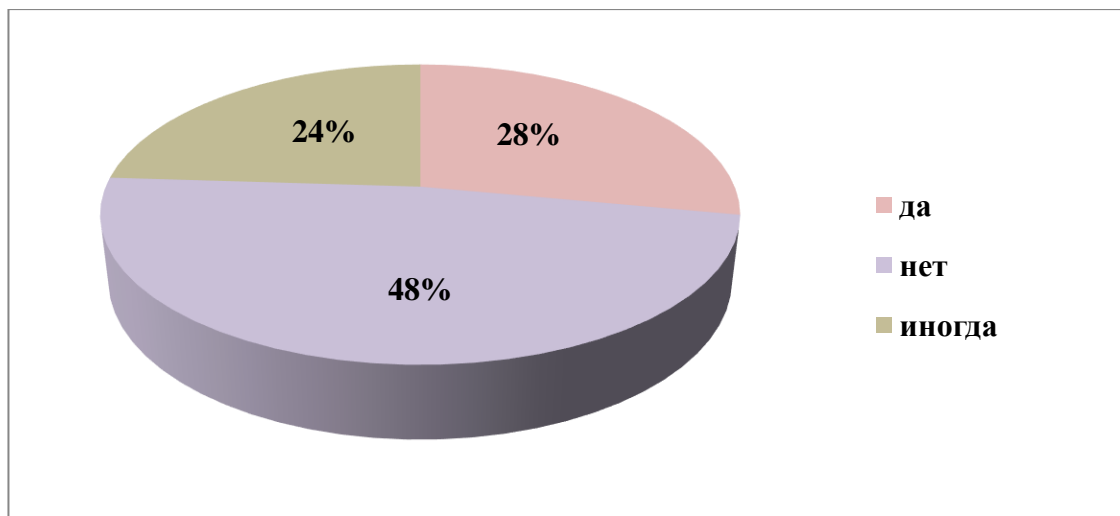


Рис. 6. Сравнительный анализ по привычке подсаливать приготовленную пищу

Ежедневно 28% респондентов в своем пищевом рационе употребляют консервированные продукты, копченые колбасные изделия и полуфабрикаты, т.к. считают их необходимыми в своем питании, 20% анкетированных употребляют 2-3 раза в неделю, 16% - 1 раз в неделю, стараются вообще не употреблять такие продукты 24% респондентов и лишь 12% не употребляют продукты, влияющие на слизистую желудка (Рис. 7).

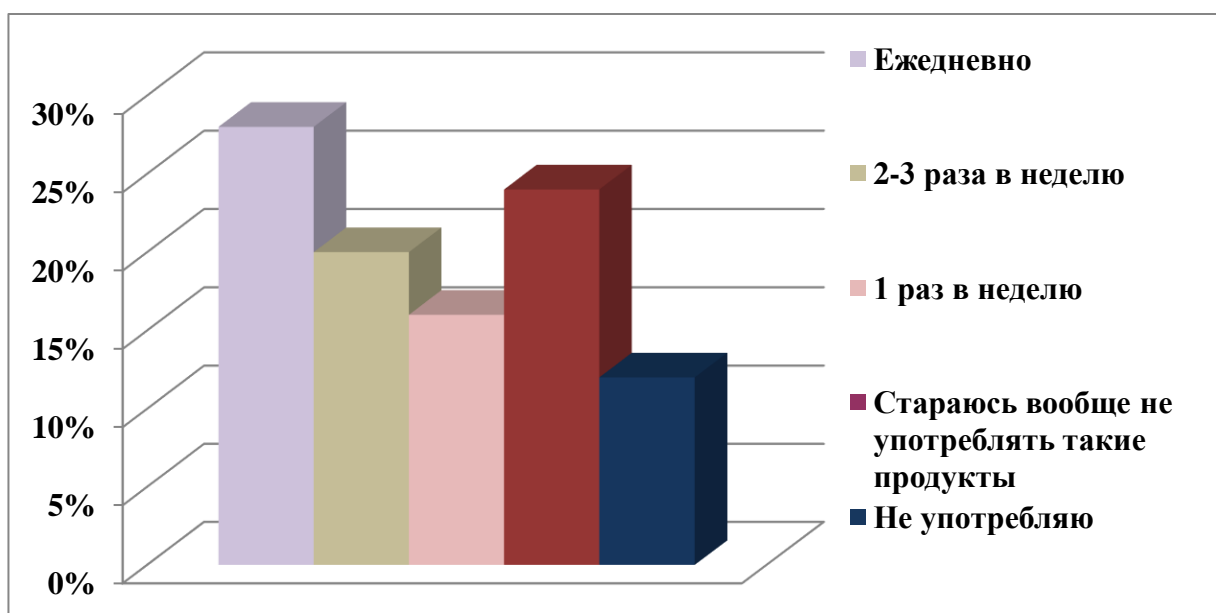


Рис. 7. Употребление респондентами консервированных продуктов, копченых колбасных изделий и полуфабрикатов

На вопрос, как часто Вы употребляете фастфуды, чипсы, картошку фри 32% анкетированных респондентов ответили, что не употребляют вообще, так как эти продукты не приносят никакой пользы для организма. 4% употребляют ежедневно и считают вкусной едой, 12% - употребляют 2-3 раза в неделю, 32% - 2-3 раза в месяц и считают, что никаких серьезных осложнений после приема такой пищи не произойдет и 20% - принимают данные продукты очень редко (Рис. 8).

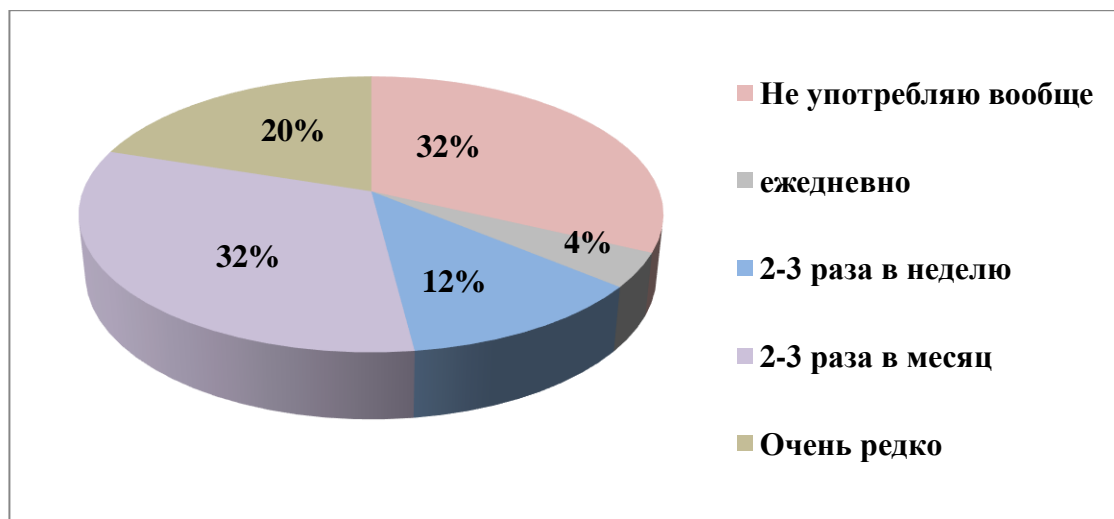


Рис. 8. Частота употребления фастфудов, чипсов и картошки фри респондентами

Из 100% опрашиваемых респондентов 16% ответили, что имеют такое заболевание желудка как атрофический гастрит, 20% имеют язвенную болезнь, полипы желудка наблюдаются у 20%, 36% затрудняются ответить и 8% имеют другие заболевания желудка, такие как прободная язва или опухоль (Рис. 9).

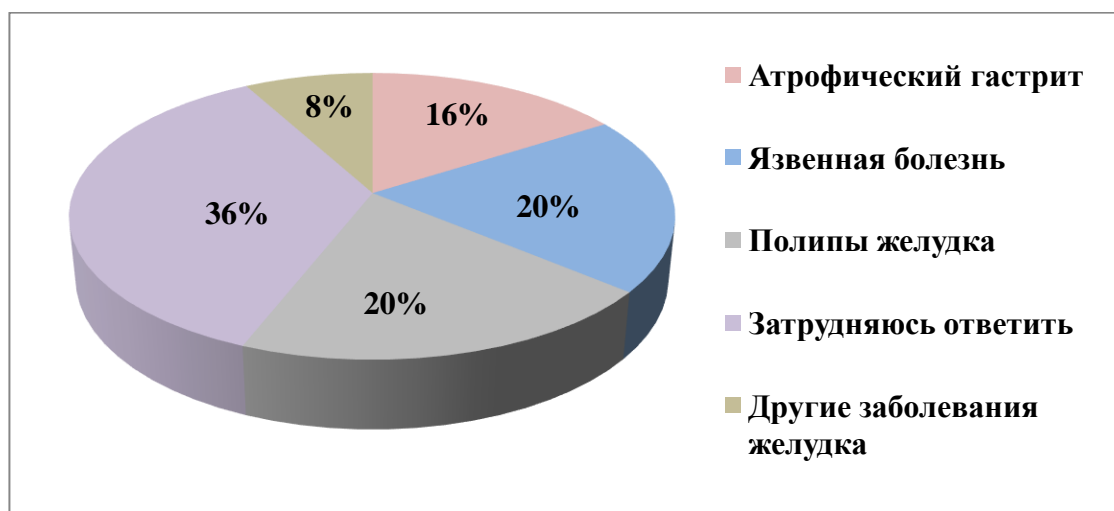


Рис. 9. Хронические заболевания желудка у респондентов

На вопрос как Вы думаете, могут ли злокачественные новообразования передаваться по наследству, 44% анкетированных респондентов ответили утвердительно, 36% ответили нет, объяснив тем, что данное заболевание не может передаваться по наследству, а 20% респондентов затруднились ответить (Рис. 10).

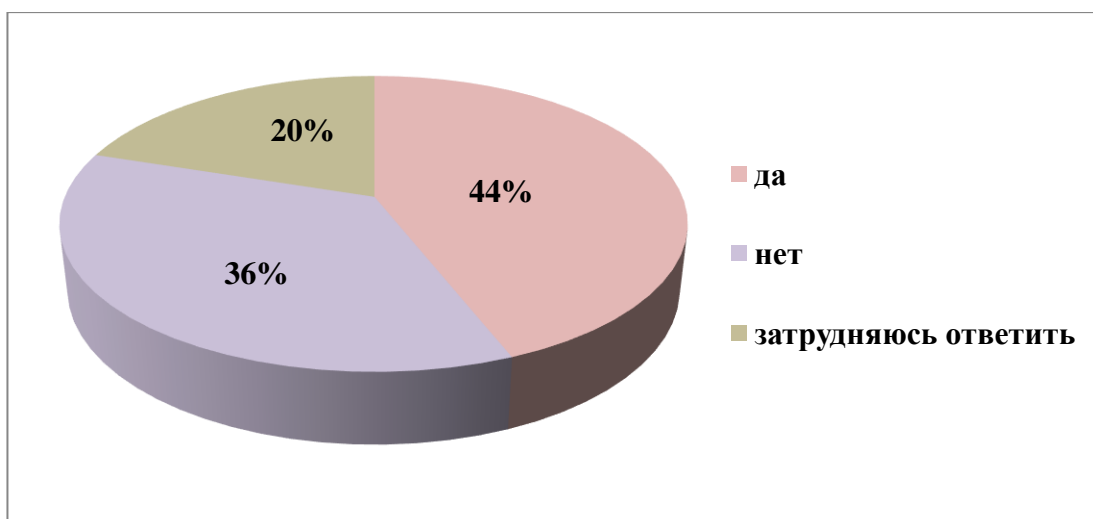


Рис. 10. Наследственная предрасположенность к онкологии желудка

В опросе о том, была ли диагностирована опухоль желудка у кого-нибудь из Ваших родственников, 44% анкетированных ответили утвердительно, указав при этом возраст больных 30-50 лет, 36% ответили, что не имеют родственников с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, а 20% респондентов затруднились ответить (Рис. 11).

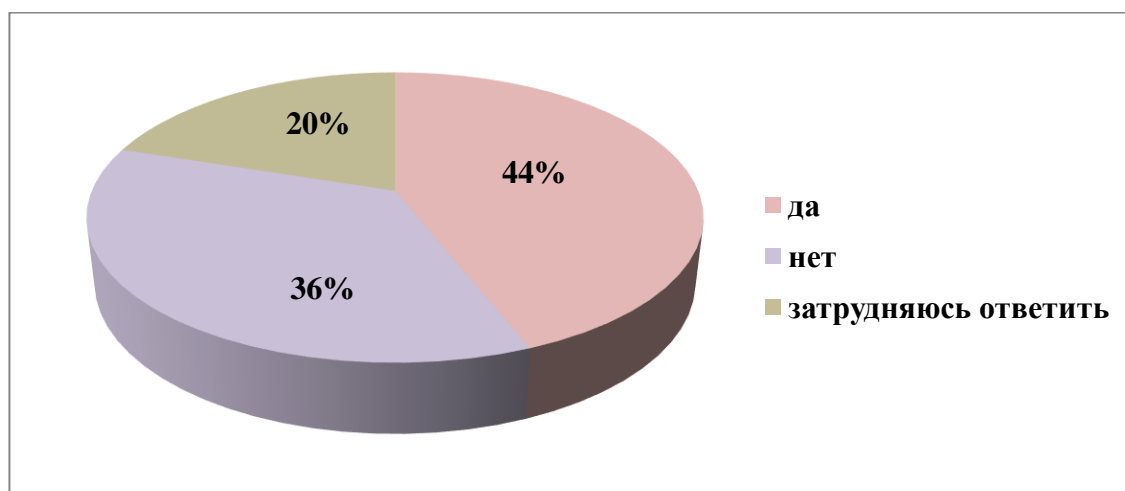


Рис. 11. Наличие у кровных родственников респондентов заболеваний желудка

При анализе ответов на вопрос можно сделать следующие выводы: 12% респондентов проходят медицинский осмотр 1 раз в полгода, 24% анкетируемых 1 раз в год и считают это самым оптимальным вариантом, 12% - 1 раз в 3 года, 16% посещают по состоянию здоровья, т.к. ничего не беспокоит. 20% - посещают очень редко, 12% вообще не ходят, предпочитают заниматься самолечением и 4% респондентов затруднились ответить (Рис. 12).

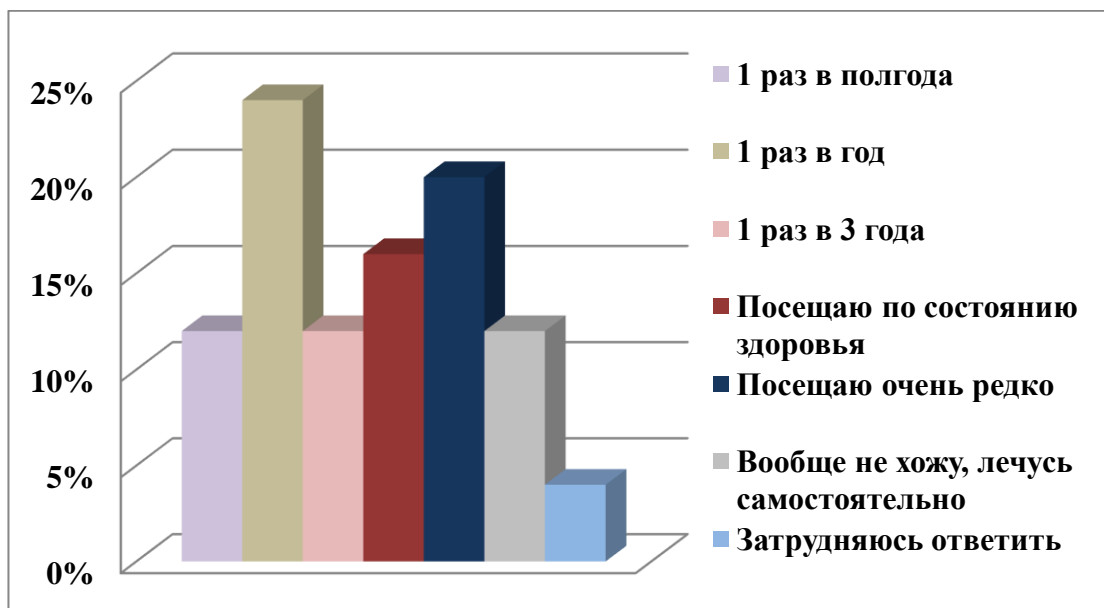


Рис. 12. Частота прохождения медицинских осмотров респондентами

24% респондентов считают, что у них нет времени на регулярное прохождение медицинских осмотров из-за плотного рабочего графика, у 28% анкетируемых отсутствует желание, 28% испытывают страх перед онкологическим заболеванием, они считают, что это приговор, 16% затруднились ответить и 4% респондентов не нуждаются в регулярных осмотрах (Рис. 13).

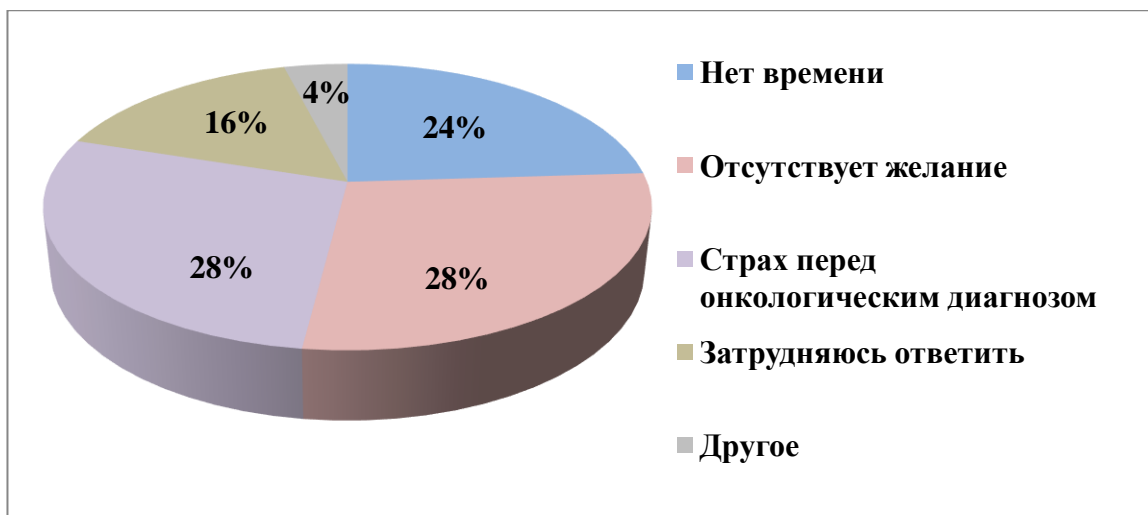


Рис. 13. Причины отказа от прохождения медицинских осмотров респондентами

На вопрос о том, помогут ли ранняя диагностика и лечение опухоли в ее скорейшем излечении 64% респондентов ответили положительно, 28% анкетированных считают, что не помогут и лишь 8% затруднились в ответе. Данные представлены в диаграмме (Рис. 14).

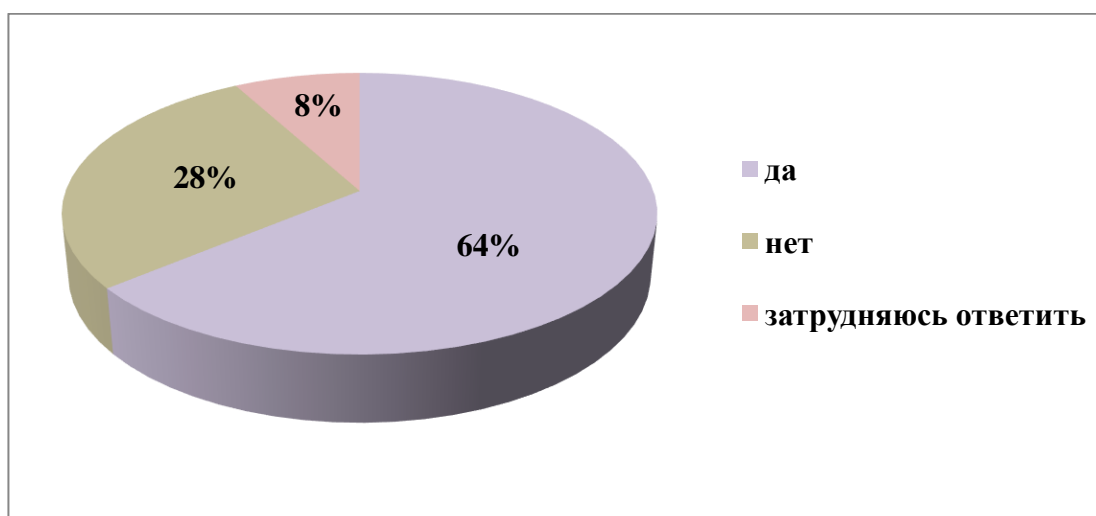


Рис. 14. Польза ранней диагностики и лечения опухоли желудка, по мнению респондентов

Пройдя анкетирование, мы узнали, что 40% респондентов готовы изменить свой пищевой рацион ради здоровья, с отдачей предпочтения блюдам, приготовленным на пару, в жидком и вареном виде, 32% не готовы пойти на

такие радикальные изменения, 24% хотели бы, но не могут отказаться от любимой и не здоровой пищи и 4% затруднились в своем ответе (Рис. 15).

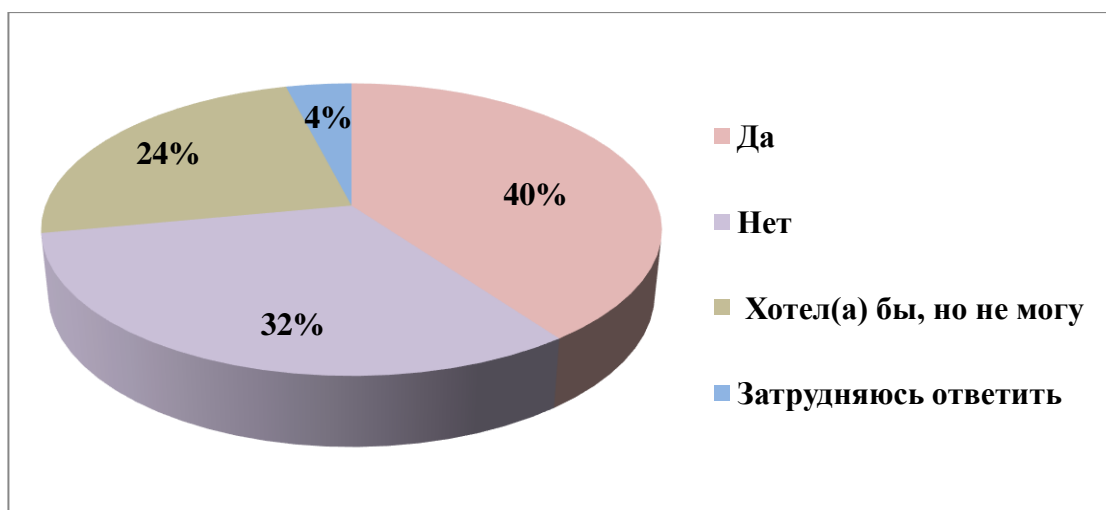


Рис. 15. Особенности пищевого рациона респондентов

Мерой профилактики опухоли желудка является рациональное и здоровое питание, к такому выводу пришли 8% респондентов, 12% считают, что нужны положительные эмоции для предупреждения онкологии, 20% назвали хорошей профилактикой физическую активность, но большее предпочтение респонденты отдали регулярным медицинским осмотрам - 32%, отказаться от вредных привычек для профилактики онкологии желудка готовы 12%, также 12% анкетированных затруднились ответить и 4% выбрали другие меры профилактики (Рис. 16).

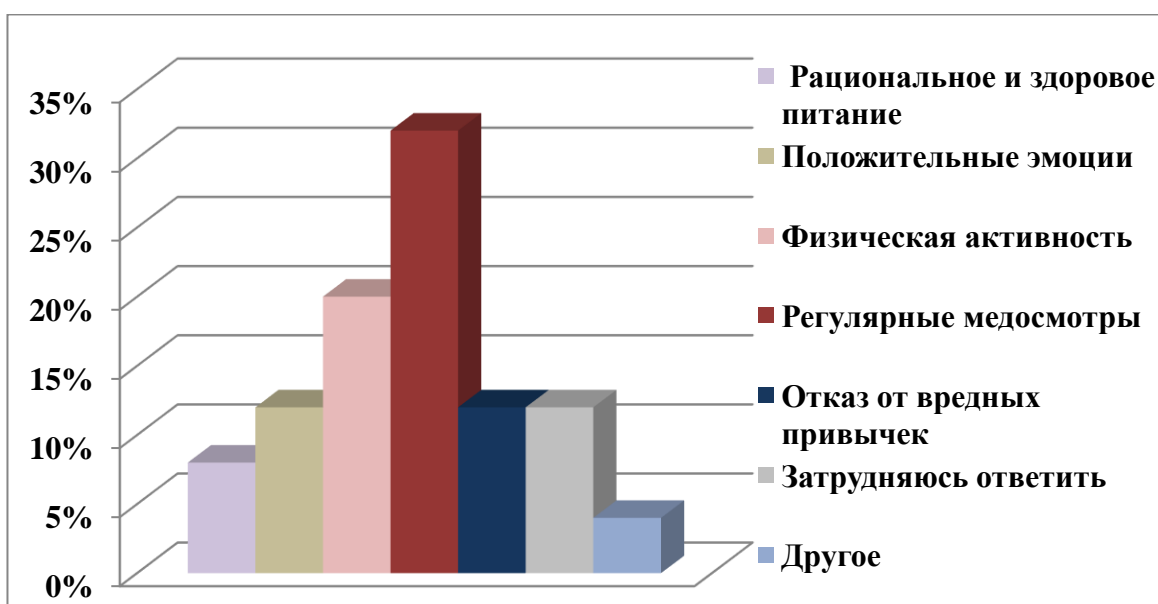


Рис. 16. Меры профилактики опухоли желудка

В вопросе о том, какую дополнительную информацию о профилактике опухоли желудка Вы хотели бы получить 12% опрошенных, отдали предпочтение варианту, как правильно выбрать продукты питания, 24% хотели бы больше узнать о продуктах, против рака, 44% респондентов заинтересовались профилактикой онкозаболеваний, 12% хотели бы подробнее изучить синдром «малых признаков» и 12% уделили бы внимание ранней диагностике (РРис. 17).



Рис. 17. Дополнительная информация

Проанализировав знания респондентов о ведущих факторах риска и профилактике опухоли желудка, были сделаны следующие выводы:

1. В анкетировании приняли участие 50 респондентов разных возрастных групп. Большее количество - 24% составили лица от 30 до 50 лет, а меньшее представили анкетлируемые до 20 лет – 16%, от 20 до 30 лет – 20%, от 50 до 70 лет – 20% и старше 70 лет – 20%. Мужчин и женщин опрошено практически в равной степени;

2. По результатам исследования нами были выявлены ведущие факторы риска развития опухоли желудка у респондентов г. Белгорода. Большее количество опрошенных - 52%, употребляют не здоровую пищу, подсаливают продукты и используют неправильные способы приготовления, а также 48% проанкетированных имеют вредные привычки. Из этого следует сделать вывод,

что вероятность развития опухоли у этих лиц велика. А диета, богатая овощами и фруктами, наоборот, уменьшит риск образования данного заболевания;

3. С учётом того, что 36% респондентов имеют близких родственников, у которых была диагностирована опухоль желудка и 36% не знают о наличии у них хронических заболеваний желудка, то можно предположить, что среди них есть лица, принадлежащие к группе риска, но не знающие и не догадывающиеся об этом;

4. Опираясь на диаграммы 12-16, можно сказать, что главными правилами профилактики являются медицинские осмотры, проводимые 1 раз в год (24%), ранняя диагностика заболеваний (64%), изменение пищевого рациона (40%), а также физическая активность для сохранения здоровья организма (20%);

5. Анализируя ответы респондентов по поводу дополнительной информации по профилактике опухоли желудка, число заинтересованных значительно выросло. 36% хотят знать, как правильно питаться и какие существуют продукты против рака, а большее количество лиц – 44% хотят получить углубленную информацию по профилактике онкозаболеваний. Это связано с тем, что люди хотят предупредить данный недуг, своевременно выявить предрасполагающие предраковые процессы.

2.2. Рекомендации для населения по снижению риска возникновения опухоли желудка

1. Получить объективную оценку состояния своего здоровья – пройти диспансеризацию и если будут даны дополнительные рекомендации, то обязательно следовать им. Так как выявление онкологии на ранней стадии позволит увеличить шансы на успешное лечение и благоприятный прогноз;

2. Определить наличие бактерии Хеликобактер пилори в анализе крови и кала. Следует помнить, что ее роль в патогенезе заболеваний желудка велика и в последующем может перейти в раковую опухоль;

3. Отказаться от вредных привычек. Иногда это является трудным шагом для населения, но он вполне достижим с хорошим планом, группой поддержки. Если вы не курите, то необходимо следить за тем, чтобы не находились рядом в одном помещении среди курящих, так как «пассивное» курение более опасно, чем активное;

4. Поддерживать индекса массы тела (ИМТ) в пределах нормы. Если наблюдается его повышение, то необходимо обратиться к диетологу, для составления плана постепенного снижения веса с учетом индивидуальных особенностей организма человека. Следует помнить, что ожирение создает повышенный риск для возникновения опухоли желудка;

5. Пересмотреть состав своего питания: не употребляйте полуфабрикаты, фастфуды, острую, жирную, соленую, копченую и жареную пищу, избегайте консервантов и красителей. В рационе питания должно быть достаточное количество свежих фруктов и овощей, что поможет снизить риск развития и возникновения опухоли желудка;

6. Ведите активный образ жизни - регулярные физические нагрузки и прогулки на свежем воздухе, не только улучшат работу головного мозга и укрепят вашу иммунную систему, но и позволят избежать стресса;

7. Высыпайтесь. Недостаточное количество полноценного сна увеличивает вероятность развития ожирения, что в свою очередь относится к факторам риска развития опухоли желудка, также снижает моральную устойчивость. Таким образом, не выспавшийся человек более подвержен стрессу, а нервное перенапряжение, как известно, относится к одним из пусковых факторов возникновения онкологии;

8. Не оставайтесь в одиночестве и не замыкайтесь в себе. Проводите больше времени с близкими людьми, гуляйте, ведь движение – жизнь.

2.3. Рекомендации фельдшеру по работе с населением для снижения риска возникновения опухоли желудка

1. Устанавливать доверительные отношения. Доверие населения к фельдшеру – залог успеха в лечении заболевания и более высокие шансы к выполнению рекомендаций;

2. Читать актуальные и новейшие на сегодняшний день медицинские статьи и публикации, касающиеся заболеваний желудочно-кишечного тракта, их ранней диагностики и профилактики. Принимать участие в онлайн – конференциях, семинарах и курсах;

3. Вести санитарно-просветительскую работу с населением, повышать уровень их медицинской активности и информированности о профилактике заболеваний желудочно-кишечного тракта, их симптоматике и возможных осложнениях в случае несвоевременного обращения за медицинской помощью к фельдшеру;

4. Выявлять население, относящееся к группе риска по возникновению опухоли желудка, обучать их навыкам правильного приготовления «здоровой пищи»;

5. Иметь большую настороженность относительно «безболевых» и «атипичных» форм данного заболевания, доверять себе и проявить внимание, если на состояние обратившегося реакция оказываемой медицинской помощи неадекватна (например, не купируется болевой приступ);

6. Не оставлять без внимания и контроля психологическое состояние пациента, а также ощущение ненужности, безнадежности, одиночества, непривлекательности, проблемы с самообслуживанием - это все может только усугубить и привести к ухудшению состояния здоровья человека.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профессиональная деятельность фельдшера в профилактике опухоли желудка, заключается в знании причин и факторов риска, служивших возникновению опухоли желудка, а также профилактике, которая позволяет предупредить развитие опаснейшего заболевания [8, с. 77].

Рекомендуется проводить обширные профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости, диспансеризацию населения и оказывать высококвалифицированную медицинскую помощь, потому что опухоль желудка приносит страдания не только больным, но и окружающим его людям.

Кроме всего перечисленного, рекомендуется проводить санитарно-просветительную работу на протяжении всего периода лечения и диспансеризации больного, а также работать со здоровым населением и с лицами, относящимися к группе риска. Разъяснительную работу с больными необходимо начинать уже в период предраковых заболеваний, когда имеется явная симптоматика заболевания. Считается, что больные в этот период намного лучше воспринимают советы медицинского работника, с огромным интересом читают научную литературу по профилактике рака желудка. Также необходимо уделять огромное внимание санитарно-просветительной работе родственникам, от которых зависит не только питание, но и правильная организация образа жизни больного [5, с. 12].

В результате проведенного нами исследования было установлено, что на развитие рака желудка огромное влияние оказывают такие факторы риска, как злоупотребление алкогольными напитками, табакокурение, хронические воспалительные заболевания желудка, нерациональное питание. Большую роль в профилактике опухоли желудка имеет постоянное, своевременное диспансерное наблюдение, правильное и здоровое питание, которое должен контролировать средний медицинский работник [5, с. 12].

Цель нашего исследования была достигнута и решались следующие задачи:

1. Изучена история развития онкологии. Она является одной из самых молодых наук, развитие которой произошло в XX веке, главными задачами которой являются обнаружение причин новообразований, разработка методов профилактики, раннего выявления и удачного лечения опухоли;

2. Выявлены ведущие факторы риска развития опухоли желудка у респондентов: неправильное питание, вредные привычки, хронические заболевания желудка, влияние канцерогенов, наследственная предрасположенность, пол и возраст. В то время как заболевание может развиваться и при отсутствии каких-либо факторов риска. Из этого следует сделать вывод, что вероятность развития опухоли у этих лиц велика;

3. Проанализированы основные методы профилактики опухоли желудка (рациональное и здоровое питание, физическая активность, отказ от вредных привычек), самым эффективным методом оказался регулярный медицинский осмотр терапевтом 1 раз в год;

4. Проведено анкетирование с целью выявления уровня знаний, населения города Белгорода, о возможных факторах риска и профилактике заболеваний желудочно-кишечного тракта, в результате которого респонденты проявили интерес к принципам здорового образа жизни.

Таким образом, профессиональная деятельность фельдшера в профилактике опухоли желудка также заключается в разработке следующих предложений:

1. Способствовать распространению, использованию компьютерных и телекоммуникационных технологий для обмена медицинской информацией, для того, чтобы люди, даже в самых отдаленных районах и поселках имели возможность получить консультацию врача в любое время и в любом месте, записаться на приём, не выходя из дома, связаться с высококвалифицированным специалистом, где бы он ни находился;

2. Способствовать распространению телемедицины среди медицинских работников, чтобы они могли быть в курсе всех нововведений в лечении различных заболеваний, а также получить онлайн-консультацию узких специалистов;

3. Широкое внедрение социальной рекламы, баннеров и уголков здоровья, которые спасают жизнь многим людям, вовремя обратившимся за помощью. Они настораживают и пугают, но эти образы надолго остаются в памяти. И, возможно, это единственный шанс, который поможет достучаться до сердец населения и заставить задуматься о здоровье;

4. Заменить во всех районах области устаревшее и неисправное оборудование, на более качественное и современное. Обучить медицинский персонал работе с ним, сформировать определенные навыки в использовании оборудования при различных патологиях;

5. Использовать медицинскими работниками любые шансы для пропаганды здорового образа жизни среди населения районов не только на словах, но собственным примером, а также поведением.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бохман, Я. В. Руководство по онкологии [Текст] / Я. В. Бохман. – М.: Медицина, 2018. – 345 с.
2. Василенко, И. В. Предрак и рак желудка [Текст] / И. В. Василенко, В. Д. Садчиков, К. А. Галахин. – М.: Медицина, 2016. – 115 с.
3. Вельшер, Л. З. Клиническая онкология [Текст]: учеб. пособие / Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 496 с.
4. Ганцев, Ш. Х. Онкология [Текст] / Ш. Х. Ганцев. – М.: Медицинское информационное агентство, 2016. - 516 с.
5. Гарькавая, А. Н. Принципы профилактики онкологических заболеваний [Текст] / А. Р. Гарькавая // Медсестра. - 2017. - № 1. – 20 с.
6. Григорьев, П. Я. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения [Текст] / П. Я. Григорьев. – М.: Медицина, 2016. – 768 с.
7. Грошилина, В. С. Диагностика болезней хирургического профиля [Текст] / В.С. Грошилина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 105 с.
8. Губачев, Ю. М. Психосоматические аспекты онкологических больных [Текст] / Ю. М. Губачев. – М.: Медицина, 2015. – 55 с.
9. Губергриц, М. М. К вопросу об этиологии и патогенезе опухоли желудка [Текст]: учебник / М. М. Губергриц. – М.: Медицина, 2014. – 132 с.
10. Давыдов, М. И. Онкология [Текст]: учебник / М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 920 с.
11. Комаров, Ф.И. Руководство по гастроэнтерологии [Текст] / Ф. И. Комаров. – М.: Медицина, 2017. – 529 с.
12. Косарев, А. А. История развития онкологии: проблемы и перспективы [Текст] / А. А. Косарев. – Тюменский Государственный Медицинский Университет, 2017. – 54 с.
13. Мельников, А. В. Клиника рака желудка [Текст] / А. В. Мельников. – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2014. – 368 с.

14. Островская, И. В. Психология [Текст]: учебник для мед. училищ и колледжей / И. В. Островская. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 251 с.

15. Сивков, И. И. Значение гастроскопии в диагностике рака желудка [Текст] / И.И. Сивков. – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2014. – 108 с.

16. Черенков, В. Г. Клиническая онкология [Текст]: руководство для студентов и врачей / В. Г. Черенков. – М.: Высшая школа, 2014. - 382 с.

17. Черняховская, Н. Е. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки [Текст] / Н. Е. Черняховская, В. Г. Андреев, Д. П. Черепянецов. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. - 192 с.

18. Шайн, А. А. Онкология [Текст]: учебник для студентов медицинских колледжей / А. А. Шайн. – Тюмень: Издат. Центр «Академия», 2014. - 544 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

АНКЕТА

Уважаемые респонденты! С целью выявления уровня информированности населения города Белгорода по вопросам профилактики опухоли желудка, просим Вас ответить на вопросы анкеты (нужное подчеркните). Ваши ответы для нас очень важны.

Анкетирование проводится анонимно.

1. Укажите Ваш пол. *Вариант ответа: женский; мужской*
2. Ваш возраст. *Вариант ответа: до 20 лет; 20-30 лет; 30-50 лет; 50-70 лет; старше 70 лет*
3. Есть ли у Вас вредные привычки (курите, употребляете алкоголь)?
Вариант ответа: да; нет
4. Как часто Вы употребляете жаренную, острую и копченую пищу?
Вариант ответа:
 - Редко, 1 раз в неделю;
 - Иногда, 1-2 раза в неделю;
 - Практически каждый день;
 - Исключил (а) из своего рациона
5. Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и пищевых добавок в продуктах при покупке (на этикетках) или при приготовлении пищи?
Вариант ответа: да; нет; не всегда
6. Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу?
Вариант ответа: да; нет; иногда
7. Как часто Вы употребляете консервированные продукты, копченые колбасные изделия или полуфабрикаты?
Вариант ответа:
 - Ежедневно;
 - 2-3 раза в неделю;
 - 1 раз в неделю;
 - Стараюсь вообще не употреблять такие продукты;
 - Не употребляю
8. Как часто Вы употребляете фастфуды, чипсы, картошку фри?
Вариант ответа:
 - Не употребляю вообще;
 - Ежедневно;
 - 2-3 раза в неделю;
 - 2-3 раза в месяц;
 - Очень редко

9. Имеются ли у Вас данные заболевания желудка, такие как:

Вариант ответа:

- *Атрофический гастрит;*
- *Язвенная болезнь;*
- *Полипы желудка;*
- *Затрудняюсь ответить;*
- *Другие заболевания желудка _____*

10. Как Вы думаете, могут ли злокачественные новообразования передаваться по наследству?

Вариант ответа: да; нет; затрудняюсь ответить

11. У кого-нибудь из Ваших близких родственников (брат, сестра, родители) была диагностирована опухоль желудка?

Вариант ответа: да; нет; затрудняюсь ответить

12. Как часто Вы проходите медицинские осмотры?

Вариант ответа:

- *1 раз в полгода;*
- *1 раз в год;*
- *1 раз в 3 года;*
- *Посещаю по состоянию здоровья;*
- *Посещаю очень редко;*
- *Вообще не хожу, лечусь самостоятельно;*
- *Затрудняюсь ответить;*
- *Другое _____*

13. Что Вам мешает регулярно проходить медицинские осмотры?

Вариант ответа:

- *Нет времени;*
- *Отсутствует желание;*
- *Страх перед онкологическим диагнозом;*
- *Затрудняюсь ответить;*
- *Другое _____*

14. Как Вы считаете, ранняя диагностика и лечение опухоли помогут в ее скорейшем излечении?

Вариант ответа: да; нет; затрудняюсь ответить

15. Готовы ли Вы изменить пищевой рацион, с отдачей предпочтения блюдам, приготовленным в собственном соку, на пару, а также в жидком и вареном виде ради здоровья?

Вариант ответа:

- *Да;*

- Нет;
- Хотел(а) бы, но не могу;
- Затрудняюсь ответить;
- Другое _____

16. Как Вы думаете, какие меры профилактики подходят к данному заболеванию?

Вариант ответа:

- Рациональное и здоровое питание;
- Положительные эмоции;
- Физическая активность;
- Регулярные медосмотры;
- Отказ от вредных привычек;
- Затрудняюсь ответить;
- Другое _____

17. Хотели бы Вы получить дополнительную информацию по профилактике онкологических заболеваний (например, опухоли желудка)?

Вариант ответа:

- Как правильно выбрать продукты питания;
- Продукты, против рака;
- О профилактике онкозаболеваний;
- О синдроме «малых признаков»;
- О ранней диагностике;
- Другое _____

Благодарим за внимание!