

Предмет: Медсестринство в онкології
Спеціальність: Сестринська справа

Практичне заняття № 5

Тема: Рак шлунка, стравоходу, поперечної ободової кишки.

Актуальність теми: В останнє десятиліття в Україні захворювання раком органів шлунково-кишкового тракту вийшли на друге місце, поступючись лише захворюванням раком легень. Біля 80% хворих виявляється на пізніх стадіях, а тому летальність до року досягає 70%. У той же час є основні умови для раннього і своєчасного виявлення цього тяжкого захворювання.

Навчальні цілі:

Знати: правила підготовки хворих до операції, догляду за хворими у післяопераційному періоді, догляду за жовчними норицями.

Вміти: проводити обстеження у разі підозри на рак стравоходу, шлунка, поперечно-ободової кишки, печінки та підшлункової залози, застосовувати положення медсестринського процесу при пухлинах шлунково-кишкового тракту, печінки та підшлункової залози.

Виховна мета: засвоїти навчки хворих у разі підозри на рак органів шлунково-кишкового тракту, печінки та підшлункової залози.

Практичні навички та професійні вміння

- вміти підготувати хворих до обстеження в разі підозри на рак шлунка, стравоходу, поперечної ободової кишки;
- вміти підготувати хворих до операції, догляд у післяопераційний період
- вміти пальпувати лімфатичні вузли у хворого;
- догляд за хворими після пункційної біопсії лімфатичного вузла;
- здійснювати медсестринський процес під час догляду за хворими;

Алгоритм обстеження хворих з підозрою на рак стравохода

1. Скарги

- Дисфагія (стиснення за грудиною, за грудинний біль) при ковтанні твердої їжі/рідкої їжі
- Зригування (непостійне/після кожного прийому)
- Стравохідне блювання, яке полегшує стан хворого (відразу при локалізації пухлини у верхній третині стравоходу, через 1-2 години після їжі - в середній або нижній частині стравоходу)
- Відрижка повітрям і набридлива гикавка (рак нижньої третини стравоходу і кардії)
- Зниження апетиту
- Відраза до м'ясних продуктів

2. Об'єктивні дані

- Блідість / землисто-сірий колір шкіри
- Схуднення/ракова кахексія
- Неприємний запах із рота (кокосмія)
- Збільшені надключичні та шийні лімфатичні вузли справа (метастази)
- Щільна, з нерівною поверхнею печінка (метастази)
- Блювотиння складається з пережованої, але не перетравленої їжі

3. Діагностичні дослідження:

- Лабораторне дослідження крові (загальний (анемія, збільшена ШОЕ), біохімічний аналізи, коагулограма, RW, ВІЛ) та сечі.
- Реакція на приховану кров у калових масах
- Езофагогастроскопія / рентгенологічне дослідження стравоходу і шлунка.

- УЗД органів черевної порожнини та заочеревинного простору
- Біопсія (забір матеріалу на гістологічне дослідження).

Алгоритм обстеження хворих з підозрою на рак шлунка

1. Цілеспрямований збір анамнезу (зміна симптомів у динаміці, синдром «малих ознак», передракові захворювання шлунка)

Синдром малих ознак (О. І. Савицький):

- зміна самопочуття хворого, що з'являється за кілька тижнів чи навіть місяців до звернення до лікаря і виражається в безпричинній загальній слабкості, зниженні працездатності, швидкій втомлюваності;
- невмотивоване стійке зниження апетиту або повна втрата його аж до відрази до їжі;
- явища "шлункового дискомфорту": втрата фізіологічного почуття задоволення від прийняття їжі, відчуття переповнення шлунку, навіть після невеликої кількості їжі, а також почуття тяжкості, розпирання, іноді болючості в надчеревній ділянці, зрідка нудота й блювота;
- безпричинне прогресуюче схуднення, що супроводжується блідістю шкірних покривів, не пов'язане з іншими захворюваннями;
- психічна депресія - втрата радості життя, інтересу до навколишнього, до праці, апатія, відчуженість.

2. Безпосереднє обстеження пацієнта

2.1. Специфічні симптоми:

- втрата ваги
- відсутність/зниження апетиту
- підвищення температури тіла
- загальна слабкість.

2.2. Неспецифічні симптоми:

- нудота і блювання: перекриття пухлиною досить великих розмірів виходу з шлунка;
- біль в животі: періодичний (після прийому їжі) тупий, тягучий, ниючий біль в епігастрії; постійний біль (при проростанні пухлиною сусідніх органів, або внаслідок приєднання супутніх запальних процесів)
- блювання з'їденою напередодні їжею (за один - два дні) виникає при пухлинах антрального (вихідного) відділу шлунка, на межі з дванадцятипалою кишкою блювання застійним вмістом викликає тяжкі відчуття і призводить до виснаження хворого
- чорний рідкий стілець і блювання «кавовою гущею» (наявність кровотечі з пухлини) Швидке насичення, відчуття переповнення шлунку, дискомфорт і важкість після прийому їжі, відрижки, посилення печії
- утруднення проходження їжі, іноді до повної неможливості проходження рідини (при раку початкового відділу шлунка і стравоходу)
- зниження тургору шкіри

2.3. Симптоми процесу, що далеко зайшов:

- збільшення живота в розмірах (збільшення печінки/асцит)
- пальпована пухлина
- блідість, жовтяниця шкірних покривів (анемії наступає)
- збільшення пахвових і надключичних лімфатичних вузлів зліва (ураження метастазами).

3. Діагностичні дослідження

3.1. Лабораторні дослідження,

- Загальний аналіз сечі і крові (зниження рівня гемоглобіну, прискорена ШОЕ) в крові, порушення роботи нирок).
- Аналіз калу на приховану кров (при підозрі про кровотечі з пухлини).

3.2. Інструментальні дослідження

- ФЕГДС (фіброезофагогастродуоденоскопія). За допомогою даного дослідження можна оглянути ракову пухлину, оцінити її розташування, розміри і форму, взяти зразок пухлини для аналізу
- УЗД черевної порожнини, лімфатичних вузлів, органів малого тазу (візуалізація пухлини і ураження лімфовузлів, підшлункової залози і ін.)
- Біопсія.

Алгоритм обстеження хворого з підозрою на пухлину товстої кишки

1. Анамнез:

- наявність у предків і найближчих родичів підтвердженого раку товстої кишки, поліпів чи інших злоякісних пухлин;
- наявність у пацієнта хронічних (передракових) захворювань товстої кишки;
- наявність специфічних «кишкових» скарг.

2. Огляд і клінічне обстеження:

- огляд шкірних покривів і слизових оболонок;
- пальпація периферичних лімфовузлів (надключичні, пахові, стегнові, пахові);
- пальпація органів черевної порожнини в чотирьох положеннях: на боці, на спині, на животі (асцит, гепатомегалія, пухлинні утворення в черевній порожнині і т.і.);
- перкусія й аускультация легень;
- пальцеве дослідження прямої кишки в трьох положеннях: на животі, на спині, під час натуження;
- у жінок — огляд молочних залоз і консультація гінеколога.

3. Лабораторні дослідження:

- загальний і біохімічний аналізи крові;
- визначення рівня ракового ембріонального антигену;

4. Інструментальне обстеження:

- колоноскопія;
- іригоскопія;
- рентгенографія органів грудної клітки;
- УЗД органів черевної порожнини;
- КТ органів черевної порожнини і грудної клітки (за показаннями);
- радіоізотопне сканування скелета;
- КТ або МРТ головного мозку (при наявності неврологічних симптомів).

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ШЛУНКА

Рентгеноскопія (просвічування рентгенівським випромінюванням) і **рентгенографія** (фотографування за допомогою рентгенівського випромінювання) відносяться до важливих методів дослідження травного каналу. Для дослідження порожнистих органів (шлунка, кишок, жовчного міхура, ниркових мисок), які утворюють на екрані порівняно густу однорідну тінь, використовують контрастні речовини.

Рентгенологічне дослідження шлунка з застосуванням суспензії сульфату барію (контрастної речовини) дає змогу визначити форму, величину, положення, рухомість шлунка, виявити локалізацію виразки та інші патологічні утворення. Метою підготовки є звільнення шлунка від вмісту і газів.

I. Місце проведення:

стаціонар, домашні умови, рентгенологічний кабінет.

II. Оснащення робочого місця:

1. Медична карта стаціонарного пацієнта або амбулаторна карта пацієнта.
2. Барієва суміш.
3. Склянка.
4. Стерильний лоток.
5. Стерильний шприц ємністю 2 мл з голкою.

6. Стерильний пінцет.
7. Стерильні ватні кульки.
8. 0,1% розчин атропіну сульфату в ампулах.
9. 70° етиловий спирт у флаконі.

III. Попередня підготовка до виконання навичку:

напередодні:

медична сестра поліклініки повинна:

- виписати амбулаторному пацієнту, направлення в рентгенологічний кабінет,
- пояснити мету дослідження, проінформувати про правила підготовки до процедури,
- дати заявку в рентгенологічний кабінет;

медична сестра стаціонару повинна:

- зробити вибірку з листів призначень, кому із пацієнтів призначене лікарем дане дослідження,
- попередити пацієнта про дату обстеження і проінформувати його про мету та правила підготовки до процедури,

дати заявку в рентгенологічний кабінет.

В день дослідження:

- амбулаторному пацієнту з'явитися в рентгенологічний кабінет на призначений день і годину з направленням та амбулаторною картою для запису результатів дослідження;
- стаціонарному пацієнту з'явитися в рентгенологічний кабінет у супроводі медичної сестри відділення, яка відносить медичну карту стаціонарного пацієнта сама.

IV. Основні етапи виконання навичку:

1. Якщо у пацієнта проблема: постійні закрепи або метеоризм, необхідно пояснити йому особливості дієти. Протягом 2-3 днів до дослідження з харчового раціону вилучити ті продукти, які спричиняють метеоризм, дають велику кількість шлаків (бобові, капуста, картопля, чорний хліб, солодощі та інші).
2. Напередодні проінформувати пацієнта, що останній прийом легкої низькокалорійної вечері повинен бути не пізніше 20-ї години. Наніч порекомендувати випити склянку кефіру.
3. Уранці в день обстеження пацієнт не повинен приймати їжу, лікарські препарати, пити, палати. Дослідження проводиться натще.
4. При деяких захворюваннях шлунка і дванадцятипалої кишки рентгенологічному обстеженню заважають накопичені в них рідини і слиз. В такому випадку за призначенням лікаря слід у пацієнта відкачати шлуночко-вий вміст через зонд, при необхідності промити шлунок. Промивну рідину показати лікарю або рентгенологу.
5. Іноді, за призначенням рентгенолога, для усунення спазмів і посилення перистальтики шлунка пацієнту вводять підшкірно 0,5-1 мл 0,1% розчину атропіну сульфату.
6. В рентгенологічному кабінеті за вказівкою рентгенолога пацієнт випиває 200 г барієвої суміші.
7. Пацієнту з уповільненою евакуацією вмісту шлунка, яка буває при розвитку стенозу пілоруса та атонії шлунка призначається повторне обстеження на другий і третій день для визначення добового залишку контрастної маси в шлунку. В такому випадку дуже важливо точно дотримуватися терміну повторного огляду.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО ІРИГОСКОПІЇ

Іригоскопія - це рентгенологічне дослідження товстої кишки під час її заповнення рентгеноконтрастною суспензією. Іригоскопія застосовується для виявлення органічних захворювань товстої кишки.

Метою підготовки до процедури є повне звільнення товстої кишки від за-лишків їжі, рідини, газів, слизу. Слід відмітити, що підготовка пацієнта потребує від медичної сестри і від нього

самого значних зусиль, так як у пацієнта можуть виникнути психологічні проблеми.

I. Місце проведення:

стаціонар, домашні умови, рентгенологічний кабінет.

II. Оснащення робочого місця:

1. Медична карта стаціонарного пацієнта або амбулаторна карта пацієнта.
2. Порційна вимога з вказаним індивідуальним харчуванням пацієнта, якому призначене дане дослідження.
3. Карболен або відвар ромашки.
4. Рицинова (касторова) олія у флаконі.
5. Кухоль Есмарха.
6. Перекип'ячена вода кімнатної температури.
7. Барієва суміш.
8. Клейонка.
9. Клейончастий фартух.
10. Стерильні гумові рукавички.
11. Стерильний лоток.
12. Стерильна газовивідна трубка.
13. Стерильний вазелін у флаконі.

III. Попередня підготовка до виконання навичку:

- аналогічна підготовці пацієнта до рентгенологічного дослідження шлунка
- особливістю підготовки є те, що медична сестра стаціонару за 3 дні до обстеження повинна дати заявку на харчоблок, вказуючи специфіку харчування пацієнта протягом цих днів.

IV. Основні етапи виконання навичку:

1. За три доби до дослідження з харчового раціону пацієнта виключити продукти, які сприяють утворенню газів у кишках (свіже молоко, чорний хліб, бобові, картоплю, капусту, солодощі тощо). Пацієнт повинен приймати їжу, яка легко засвоюється, дає найменшу кількість шлаків і не подразнює слизову оболонку кишок.
2. Для зменшення метеоризму протягом трьох днів призначити пацієнту карболен (по 2 таблетки тричі на день) або теплий відвар ромашки (200-250 г протягом дня). Відвар ромашки готують так: 1 столову ложку сухої ромашки заварити однією склянкою окропу, настояти протягом 30 хвилин і процідити.
3. Якщо у пацієнта наявний стійкий закреп, протягом трьох днів призначити проносне (екстракт крушини, ревінь). Запам'ятайте! Для очищення кишок сольові проносні не призначають, тому що вони подразнюють слизову оболонку кишок і сприяють розвитку метеоризму.
4. Дати пацієнту рекомендації по виконанню ранкової гімнастики, навчити його робити масаж живота при стійких закрепах.
5. Попередити пацієнта, що за 1 добу до обстеження він повинен припинити прийом медикаментів, які знижують тонус і перистальтику кишок (атропіну сульфат, папаверину гідрохлорид тощо).
6. Напередодні дослідження після обіду дати пацієнту випити 30-40 г рицинової (касторової) олії.
7. На ніч товстий кишечник промити за допомогою двох очисних клізм. Клізми робити з проміжком часу в 30-40 хвилин.
8. Уранці за 2,5-3 години до обстеження дати пацієнту легкий сніданок, щоб викликати рефлекторне переміщення вмісту з тонкої кишки в товсту.
9. Через 30 хвилин після сніданку зробити одну очисну клізму, ще через 30 хвилин - другу (остання - за 1,5-2 години до обстеження).
10. При ознаках метеоризму за 30-40 хвилин до дослідження ввести пацієнту газовивідну трубку, яку видалити перед тим, як він піде в рентгенологічний кабінет.
11. За призначенням рентгенолога у рентгенологічному кабінеті з кухля Есмарха в пряму кишку пацієнта ввести барієву суміш. Контрастну суміш підготувати з розрахунку 250-300 г

сульфату барію на 1-1,5 л теплої води. Для кращого вивчення рельєфу слизової оболонки товстої кишки до барієвої суміші додати танін (10 г на 1 л води).

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ.

Високоінформативні *ультразвукові методи діагностики*, які ґрунтуються на здатності різних тканин і середовищ організму по-різному відображувати ульт-тразвукові хвилі, що проходять через них, дуже широко використовуються для діагностики захворювань органів травлення.

За допомогою ультразвукової діагностики можна визначити форму, положення, розміри, структуру різних органів черевної порожнини - жовчного міхура, печінки, підшлункової залози. Дослідження дозволяє виявити конкременти, пухлини, кісти, абсцес та іншу патологію.

Метою підготовки пацієнта до ультразвукового дослідження є повне звільнення кишок від газів, тому що вони утруднюють огляд внутрішніх органів.

I. Місце проведення:

стаціонар, домашні умови, кабінет ультразвукової діагностики.

II. Оснащення робочого місця:

1. Медична карта стаціонарного пацієнта або амбулаторна карта пацієнта.
2. Карболен в таблетках.
3. Кухоль Есмарха.
4. 1-1,5 л перекип'яченої води кімнатної температури.
5. Стерильний вазелін у флаконі.
6. Стерильний одноразовий шпатель.
7. Стерильні гумові рукавички.
8. Клейонка.

III. Попередня підготовка до виконання навичку: напередодні:

медична сестра поліклініки повинна

- виписати пацієнту направлення в кабінет УЗД;
- проінформувати його про правила підготовки до процедури; дати заявку в кабінет УЗД;

медична сестра стаціонару повинна:

- зробити вибірку з листів призначень, кому із пацієнтів призначене лікарем дане обстеження,
- попередити пацієнта про дату обстеження і проінформувати його про правила підготовки до процедури,
- дати заявку в кабінет УЗД.

В день дослідження:

- амбулаторному пацієнту з'явитися в кабінет УЗД на призначений день і годину з направленням і з амбулаторною картою для запису результатів дослідження;
- стаціонарному пацієнту з'явитися в кабінет УЗД у супроводі медичної сестри відділення, яка відносить медичну карту стаціонарного пацієнта сама.

IV. Основні етапи виконання навичку:

1. За три доби до дослідження з харчового раціону пацієнта виключити продукти, які сприяють утворенню газів у кишках (свіже молоко, чориний хліб, бобові, картоплю, капуста, солодоші тощо). Пацієнт повинен приймати їжу, яка легко засвоюється, дає

найменшу кількість шлаків і не подразнює слизову оболонку кишок.

2. Для зменшення метеоризму протягом трьох днів призначити пацієнту карболен (по 2 таблетки тричі на день) або відвар ромашки (200-250 г протягом дня). Відвар ромашки готують так: 1 столову ложку сухої ромашки заварити однією склянкою окропу, настояти

- протягом 30 хвилин і процідити.
3. Напередодні дослідження ввечері поставити очисну клізму (при закрепах).
 4. Проінформувати пацієнта, що дослідження проводиться натще; уранці не можна приймати їжу, лікарські препарати, пити, палити.
 5. Попередити пацієнта, щоб на дослідження він взяв з собою рушник.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЇ. АСИСТУВАННЯ ЛІКАРЮ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ПРОЦЕДУРИ

Езофагогастродуоденоскопія - це ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки, яке дозволяє уточнити патологічний процес цих органів, діагностувати джерела гострих кровотеч, брати матеріал для гістологічного дослідження, проводити видалення поліпів, вводити лікарські препарати безпосередньо на місце ураження. Дане дослідження проводиться за допомогою сучасних ендоскопів, які мають можливість фотографувати з отриманням якісних ілюстрацій для уточнення діагнозу. Проведення езофагогастродуоденоскопії протипоказане при: звуженні стравоходу, вираженій серцево-легеневій недостатності, інфаркті міокарду, вираженій деформації хребта, загрози зубів, психічних розладах.

I. Місце проведення:

ендоскопічний кабінет.

II. Оснащення робочого місця:

1. Медична карта стаціонарного пацієнта або амбулаторна карта пацієнта.
2. Гастроскопічний стіл.
3. Езофагогастродуоденоскоп і приналежності до нього.
4. Стерильний шприц ємністю 5 мл з голками.
5. Стерильний пінцет.
6. Стерильні ватні кульки.
7. 0,1% розчин атропіну сульфату в ампулах.
8. 50% розчин анальгіну в ампулах.
9. 2% розчин тримекаїну у флаконі.
10. 70° етиловий спирт у флаконі.
11. Рушники (індивідуальний для пацієнта та індивідуальний для медичної сестри).
12. Стерильні гумові рукавички.
13. В ендоскопічному кабінеті має бути аптечка з серцево-судинними засобами, збуджуючими дихальний центр і десенсибілізуючими препаратами.

III. Попередня підготовка до виконання навичку:

- заздалегідь провести психологічну підготовку пацієнта, у доступній формі пояснити йому необхідність та послідовність проведення процедури.
- пояснити пацієнту, що від його поведінки залежатиме безпечність проведення езофагогастродуоденоскопії;
- роз'яснити правила підготовки до даного дослідження.

IV. Основні етапи виконання навичку:

a) підготовка пацієнта до дослідження:

1. Напередодні, о 18 годині прийняти легку вечерю.
2. На дослідження в ендоскопічний кабінет з'явиться уранці натще, з рушником.
3. За призначенням лікаря при необхідності за 15-20 хвилин до дослідження провести премедикацію: 0,5 мл 0,1% розчину атропіну сульфату ввести підшкірно, 2 мл 50% розчину анальгіну ввести внутрішньом'язово. Доцільність попереднього введення знеболюючих засобів, вид і дозу лікар вирішує індивідуально.
4. Безпосередньо перед процедурою запропонувати пацієнту виїняти знімні зубні протези (при їх наявності); розстебнути стискаючий одяг.
5. Здійснити анестезію слизової оболонки ротоглотки 2% розчином тримекаїну (лідокаїну,

- дикаїну, новокаїну) шляхом зрошення.
6. Запропонувати пацієнту лягти на лівий бік (на гастроскопічному столі) із витягнутою лівою ногою, а праву ногу зігнути в колінному та кульшовому суглобах.
 7. Під голову пацієнта підкласти валик, підстелити рушник.
 8. Порекомендувати пацієнту зафіксувати руки таким чином, щоб вони не заважали лікарю виконувати дослідження.
 9. Попросити пацієнта спокійно лежати, рівномірно дихати, не ковтати слину, і не розмовляти під час обстеження.
- б) асистування лікарю під час проведення езофагогастродуоденоскопії:**
1. Зафіксувати голову пацієнта в такому положенні, щоб глотка та стравохід утворювали пряму лінію.
 2. Слідкувати за положенням ротоблокатора (загубника).
 3. Спостерігати за загальним станом пацієнта під час проведення процедури, оцінюючи колір шкірних покривів, частоту пульсу, правильність положення його на столі.
 4. Езофагогастродуоденоскопію лікар-ендоскопіст виконує в стерильних гумових рукавичках. Медичній сестрі при виконанні таких маніпуляцій як: ін'єкція, фіксація ендоскопа у необхідній позиції, участь у проведенні біопсії, виконанні лікувальних втручань руки слід додатково двічі помити з милом під проточною водою, витерти індивідуальним рушником і одягнути стерильні гумові рукавички.
 5. Порекомендувати пацієнту після проведення процедури протягом 1-2 годин не приймати їжу (до повного відновлення ковтання), а якщо проводилася біопсія, то протягом 24 годин не приймати гарячу їжу. Не сідати за кермо автомобіля.
 6. Провести дезінфекцію і стерилізацію ендоскопа згідно з інструкцією.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО КОЛОНОСКОПІЇ

Колоноскопія застосовується для діагностики захворювань товстої кишки. Цей метод дає змогу виявити патологічні зміни на слизовій оболонці товстої кишки (набряк, гіперемію, краплинні крововиливи, ерозії, виразки, новоутворення). Крім того, метод колоноскопії дозволяє вести спостереження за доб-роякісними пухлинами, проводити прицільну біопсію на всьому протягу товстої кишки.

Протипоказання до проведення колоноскопії: гострі захворювання органів черевної порожнини, недостатність кровообігу II та III стадії, інфаркт міокарду, гемофілія.

Метою підготовки до процедури є повне звільнення товстої кишки від залишків їжі, рідини, газу, слизу.

I. Місце проведення:

ендоскопічний кабінет.

II. Оснащення робочого місця:

1. Медична карта стаціонарного пацієнта або амбулаторна карта пацієнта.
2. Порційна вимога з вказаним індивідуальним харчуванням пацієнта, якому призначене дане дослідження.
3. Кушетка.
4. Колоноскоп.
5. Стерильні гумові рукавички.
6. Клейончастий фартух.
7. Клейонка.
8. Кухоль Есмарха.
9. Перекип'ячена вода кімнатної температури.
10. Газовивідна трубка.
11. Стерильна вазелінова олія у флаконі.
12. Рицинова олія у флаконі.
13. Стерильні шприци ємністю 2-5 мл з голками.
14. Стерильні ватні кульки.

15. 70° етиловий спирт у флаконі.

16. Медикаментозні препарати за призначенням лікаря.

III. Попередня підготовка до виконання навичку:

- оскільки колоноскопію проводять, як правило, після іригоскопії (щоб вірно орієнтуватися в анатомо-топографічних особливостях товстої кишки) попередню підготовку дивись навик "Іригоскопія".

IV. Основні етапи виконання навичку:

1. За 3 доби до дослідження виключити з харчового раціону продукти, які спричиняють газоутворення.
2. Для зменшення метеоризму протягом 3 днів призначити пацієнту карболен (по 3 таблетки тричі на день).
3. Відрегулювати щоденні випорожнення, при стійких закрепах щоденно проносні.
4. Напередодні дослідження після обіду (о 15 годині) прийняти 50 г рицинової олії.
5. На ніч перед дослідженням поставити пацієнту дві очисні клізми з проміжком часу в 30-40 хвилин; промити кишечник до "чистих" промивних вод;
6. Вранці в день дослідження поставити пацієнту очисну клізму за 2 години до колоноскопії.
7. При метеоризмі застосувати газовивідну трубку на 30-40 хвилин перед дослідженням.
8. В ендоскопічний кабінет з'явитися натще.
9. За 30 хвилин до дослідження провести пацієнту премедикацію: ввести 1 мл 0,1% розчину атропіну сульфату або 1 мл 0,2 % розчину платифіліму гідротартрату підшкірно; 1 мл 2% розчину промедолу або 2 мл 50% розчину анальгін у внутрішньом'язово.
10. Лікар-ендоскопіст перед введенням колоноскопа проводить пальцеве обстеження прямої кишки і огляд заднього проходу на виявлення тріщин, геморою. Положення пацієнта вказує лікар.
11. Для проведення колоноскопії запропонувати пацієнту лягти на лівий бік з зігнутими в колінах та підігнутими до живота ногами.
12. Після подолання ректосигмоїдального відділу товстої кишки, пацієнту запропонувати лягти на спину, і в такому положенні лікар-ендоскопіст проводить колоноскопію. Слідкувати за станом пацієнта під час проведення колоноскопії.
13. Після виконання процедури провести дезінфекцію колоноскопа згідно з інструкцією.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО РЕКТОРОМАНОСКОПІЇ

Ректороманоскопія проводиться з допомогою ректороманоскопу для визначення захворювань прямої і сигмовидної кишок.

Показання до даного дослідження: наявність болю в прямій кишці, виділення гною, крові, слизу із неї; проведення біопсії слизової оболонки нижніх відділів товстої кишки, а також напередодні лікувальних ректальних процедур.

Протипоказання: гострі запальні процеси в ділянці заднього проходу, рубцеві звуження прямої кишки.

Ректороманоскоп складається із трьох трубок, завдовжки 20-30 см, діаметром 2 см, які мають обтуратори-мандрени з оливою на кінці. На оглядових трубках є поділки, а на кінцях - нарізка для нагвинчування головки. Кожна трубка має провідник, в який вставляється електрична лампочка. На зовнішньо-боковій поверхні головки є кран для приєднання гумової трубки від насоса. Прилад вмикається в електромережу.

I. Місце проведення:

ендоскопічний кабінет.

II. Оснащення робочого місця:

1. Медична карта стаціонарного пацієнта або амбулаторна карта пацієнта.
2. Перев'язувальний стіл.

3. Ректороманоскоп із приналежностями.
4. Стерильний вазелін у флаконі.
5. Рицинова олія у флаконі.
6. Кухоль Есмарха.
7. 1-1,5 л перекип'яченої води кімнатної температури.
8. Клейонка.
9. Клейончастий фартух.
10. Стерильні гумові рукавички.

III. Попередня підготовка до виконання навичку:

- підготовка пацієнта до дослідження проводиться аналогічно навичку "Колоноскопія";
- перевірити справність освітлювальної системи ректороманоскопа;

IV. Основні етапи виконання навичку:

1. При закрепах підготувати пацієнта розпочати за 3-4 дні до дослідження. Дати рекомендацію щодо дієти (див. навик "Д"), призначити щоденно по 30-50 г рицинової олії, а щовечора - ставити очисні клізми (1-2).
2. Якщо фізіологічні відправлення товстої кишки не порушені, то достатньо однієї клізми напередодні ввечері і вранці за 2 години до проведення обстеження.
3. В ендоскопічний кабінет з'явитися натще.
4. Безпосередньо перед дослідженням в ендоскопічному кабінеті застелити перев'язувальний стіл простирадлом, допомогти пацієнту прийняти колінно-ліктьове або колінно-плечове положення: пацієнт стає на коліна на стіл, щоб ступні звисали з його країв, а ліктями або плечима упирається в стіл.
5. Можливе інше положення пацієнта: на правому боці з трохи піднятим тазом.
6. Накрити сидниці пацієнта серветкою з отвором для ануса.
7. Подати лікарю інструменти для дослідження, в разі необхідності – для біопсії.
8. Після проведення процедури ректороманоскоп продезінфікувати і простерилізувати згідно з інструкцією.

Передопераційна підготовка онкологічних хворих

Передопераційна підготовка онкологічних хворих залежить від обсягу наступної операції, локалізації пухлини, стадії поширення, характеру уражених органів і тканин, віку і стану хворого.

1. Передопераційна підготовка повинна бути інтенсивною і нетривалою.
2. Передопераційна підготовка полягає в загальнозміцнюючому лікуванні, поповненні організму білковими препаратами, рідиною, вітамінами, в застосуванні тонізуючих засобів, а при наявності звуження вихідного відділу й застої у шлунку неперетравлених харчових мас - щоденне промивання шлунка слабким розчином соляної кислоти.
3. Операцію виконують тільки після необхідної нормалізації функцій внутрішніх органів, стабілізації клінічних і біохімічних показників крові і покращення загального стану хворого.
4. Перед операцією на органи черевної порожнини хворому ставлять очисну клізму ввечері напередодні операції.
5. При підготовці хворих до операції на товстому кишечнику:
 - за 2 дні до операції дають 1-2 рази проносне,
 - за день до операції хворий приймає рідку їжу і йому призначають 2 клізми,
 - вранці в день операції роблять ще одну клізму.

Особливості догляду в післяопераційний період

- В перші години після операції на шлунку необхідно вести спостереження за показниками пульсу та артеріального тиску.
- Якщо у хворого виникне блювання кров'ю, необхідно терміново повідомити лікаря (може знадобитись низка заходів, аж до повторного оперативного втручання).

- До приходу лікаря медсестра повинна повернути голову хворого набік, покласти на епігастральну ділянку холод (лід), ввести гемостатичні препарати (хлористий кальцій, дицинон, вікасол).
- На 3-ю добу можуть з'явитись скарги на важкість в епігастральній ділянці, відрижка і блювання. Зазначені ознаки виникають внаслідок набряку анастомозу, при парезі кукси шлунка, яка переповнюється рідиною (шлунковим соком, кров'ю, дуоденальним вмістом). Допомога зводиться до розвантаження кукси шлунка шляхом евакуації вмісту через назогастральний зонд.
- Медична сестра повинна забезпечити харчування хворих після операції на шлунку. В перші 2-3 дні - голодний стіл, тобто всередину хворий нічого не отримує. Здійснюється парентеральне харчування.
- З появою перистальтики на 3-4 день дозволяється пити близько 2 склянок води, чаю, настою шипшини невеликими ковтками.
- В наступні дні при неускладненому перебігу призначають індивідуальний стіл: масло, сире яйце, кисіль, нежирний бульйон.
- Далі дієта поступово розширюється з переходом на звичайний для шлункових хворих стіл (№1а, 1б, 1).
- Необхідно враховувати ситуацію "малого шлунка" або повної його відсутності і забезпечувати прийняття теплої їжі невеликими порціями кожні 2г

Увага! Всі призначення, що стосуються харчування хворого, після операції дає лікар-куратор. Порушення режиму харчування може призвести до виникнення таких тяжких ускладнень, як неспроможність анастомозу і перитоніт.

ДОГЛЯД ЗА ПАЦІЄНТАМИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ Стадії післяопераційного періоду

- Перша стадія триває 2—3 доби. У разі неускладненого перебігу післяопераційного періоду пацієнт скаржиться на незначний біль у рані, зниження апетиту, субфебрильну температуру тіла. При операціях на порожнистих органах з'являються метеоризм, інколи утруднене сечовипускання. У цій стадії показані застосування знеболювальних засобів, ліжковий режим, голод або обмеження вживання їжі.
- Друга стадія продовжується з 3—4-го до 7—9-го днів і характеризується процесами загоєння ран і поступовою нормалізацією порушених функцій. У цей період показані застосування стимулюючої терапії, поступове розширення дієти і режиму. На 7—10-у добу у пацієнтів знімають шви з післяопераційних ран.

Особливості догляду в післяопераційний період

- В перші години після операції на шлунку необхідно вести спостереження за показниками пульсу та артеріального тиску.
- Якщо у хворого виникне блювання кров'ю, необхідно терміново повідомити лікаря (може знадобитись низка заходів, аж до повторного оперативного втручання).
- До приходу лікаря медсестра повинна повернути голову хворого набік, покласти на епігастральну ділянку холод (лід), ввести гемостатичні препарати (хлористий кальцій, дицинон, вікасол).
- На 3-ю добу можуть з'явитись скарги на важкість в епігастральній ділянці, відрижка і блювання. Зазначені ознаки виникають внаслідок набряку анастомозу, при парезі кукси шлунка, яка переповнюється рідиною (шлунковим соком, кров'ю, дуоденальним вмістом). Допомога зводиться до розвантаження кукси шлунка шляхом евакуації вмісту через назогастральний зонд.
- Медична сестра повинна забезпечити харчування хворих після операції на шлунку. В перші 2-3 дні - голодний стіл, тобто всередину хворий нічого не отримує. Здійснюється парентеральне харчування.
- З появою перистальтики на 3-4 день дозволяється пити близько 2 склянок води, чаю, настою шипшини невеликими ковтками.

- В наступні дні при неускладненому перебігу призначають індивідуальний стіл: масло, сире яйце, кисіль, нежирний бульйон.
- Далі дієта поступово розширюється з переходом на звичайний для шлункових хворих стіл (№1а, 16, 1).
- Необхідно враховувати ситуацію "малого шлунка" або повної його відсутності і забезпечувати прийняття теплої їжі невеликими порціями кожні 2г

Увага! Всі призначення, що стосуються харчування хворого, після операції дає лікар-куратор. Порушення режиму харчування може призвести до виникнення таких тяжких ускладнень, як неспроможність анастомозу і перитоніт.

Назва заходу	Послідовність дій	Обґрунтування
Особливості догляду	У післяопераційній палаті пацієнту надати горизонтального положення без подушки, голову повернути на бік.	Запобігання аспірації блювотними масами.
	2. Через 4—6 год після операції пацієнту підняти головний кінець ліжка.	Для покращення дихання.
	3. Періодично оглядати ліжку, розправляти і проводити заміну білизни. У випадку промокання білизни виділеннями з рани доцільно її замінити.	Забезпечується гігієнічний комфорт пацієнта.
	4. Проводити лікувальну гімнастику. На 1-у добу пацієнт повинен повертатися на бік в ліжку, на 2-у — сидіти, на 3-ю — вставати і ходити по палаті. Виняток становлять пацієнти після обширних операцій, які змушені тривалий час дотримуватися постільного режиму.	Запобігання ускладненню з боку серцево- судинної і дихальної систем.
	5. Вправи для стоп і кистей призначають на 1-у добу, на 2-у — згинання ніг у колінах, повертання на бік і підняття таза, на 5—7-у — вправи для верхніх і нижніх кінцівок, діафрагми і м'язів черевної стінки.	Покращується кровообіг, запобігання ускладненням.
	6. Стежити за дотриманням пацієнтом голодної дієти протягом 2—3 діб.	Запобігання ускладненням травного каналу.
	7. Проводити інфузійну терапію. Її якісний склад залежить від характеру оперативного втручання і стану пацієнта. У 1-у добу призначають не менше 2 л рідини.	Нормалізується водно-сольовий склад крові.
	8. Проводити знеболювальну терапію протягом 3—4 діб у повному обсязі. У подальшому анальгетики вводити за показаннями. Застосування знеболювальних засобів запобігає розвитку легеневих ускладнень, оскільки дає змогу пацієнту перші години після операції глибоко і повноцінно дихати. Часті ін'єкції наркотичних засобів спричинюють нудоту і блювання. Тому ефективною і фізіологічною є комбінація наркотичних, антигістамінних і седативних засобів, наприклад: 1 мл 1 % промедолу, 1 мл 1% розчину	Досягається зняття болю і нормалізація функції органів і систем. Усуваються ускладнення дихальних шляхів. Усуваються ускладнення.

	димедролу, мл 50 % розчину анальгіну 2—3 рази на день.	
	9. Спостерігати за діурезом. Інколи виникає рефлекторна затримка сечовипускання, особливо в чоловіків похилого та старечого віку. У таких випадках потрібно: - поставити теплу грілку на ділянку сечового міхура; - відкрити водопровідний кран; - з дозволу лікаря допомогти пацієнту встати з ліжка; - за відсутності ефекту від вищеназваних заходів виконати катетеризацію.	Виявляється і усувається гостра затримка сечовипускання.
	10. У 1-у добу після операції звертати увагу на стан асептичної пов'язки, яка має бути сухою і чистою. За відсутності ускладнень перев'язку рани проводять на 2-у добу. Тампони з рани видаляти не пізніше ніж через 48 год після їх ослизнення або проводити їх заміну.	Досягається контроль за загоюванням рани.
	11. Шви на тулубі знімають на 7—10-у добу, а в дітей на 5-у, в осіб старшого і похилого віку — на 12-у добу. При лапаротомії шви іноді знімають у два етапи: спочатку, на 7—8-у добу, знімають через один шов, а потім, на 9—10-у — решту.	Термін зняття швів залежить також від локалізації рани.
	12. Проводити догляд за мікроіригаторами і дренажами. Дренажі видаляють після припинення їхнього функціонування.	Забезпечується раннє виявлення ранових ускладнень, евакуація ранового вмісту.
	13. Регулярно проводити профілактику пролежнів.	Покращується кровопостачання стиснених тканин.

ОБСТЕЖЕННЯ ПЕРИФЕРИЧНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ

Метод обстеження	Послідовність дій	Обґрунтування
Огляд	<p>I. Забезпечення належних умов при огляді пацієнта:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Приміщення має добре освітлюватися. 2. Температура приміщення в межах 18—22 °С. <p>3. Відсутність сторонніх осіб.</p>	<p>Достовірне оцінювання видимих змін тканин та лімфатичних вузлів.</p> <p>Створення комфортних умов для пацієнта, запобігання напруженню м'язів, змін з боку шкіри, що пов'язані з дією холоду.</p> <p>Забезпечення конфіденційності інформації щодо стану здоров'я пацієнта</p>

	<p>II. Підготовка пацієнта до огляду лімфовузлів: Повідомити пацієнту мету і хід маніпуляції</p> <p>III. Візуальне оцінювання стану лімфатичних вузлів — техніка огляду:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поступово оголюючи тіло пацієнта, оглянути ділянки розміщення периферійних лімфатичних вузлів при прямому, бічному денному освітленні. 2. Звернути увагу на колір шкіри, наявність, розмір збільшених лімфатичних вузлів. Виявити дефекти, виділити та оцінити їх характер 	<p>Забезпечення права пацієнта на отримання інформації</p> <p>Послідовний і повний огляд усіх груп лімфатичних вузлів.</p> <p>Виявлення збільшених, змінених лімфовузлів та ознак їх запалення чи розпаду</p>
Пальпація	<p>Підготовка до маніпуляції — провести гігієнічне оброблення рук, надягти гумові рукавички:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проводити поверхневу пальпацію слід долонною поверхнею пальців рук, а глибоку — кінчиками 2. Пальпацію лімфовузлів проводити в такому порядку: <ul style="list-style-type: none"> - шийні; - піднижньощелепні; - надключичні і підключичні; - пахвові; - ліктюві; - пахвинні; - підколінні. 3. За допомогою пальпаторного обстеження визначають: <ul style="list-style-type: none"> - величину вузлів; - консистенцію; - болючість; - рухомість; - спаяність зі шкірою, між собою, з нижчерозташованими тканинами; - характер поверхні; - флюктуацію; - наявність рубців. 4. Оцінити характер збільшених лімфовузлів: загальний, поширений процес — збільшення кількох груп лімфовузлів, що спостерігається при лімфогранульоматозі, лейкозі, особливо при хронічному лімфолейкозі, синдромі набутого імунodefіциту (СНІД); місцевий процес — локальне збільшення периферійних лімфатичних вузлів, спостерігається за наявності ракових метастазів у цих вузлах (наприклад, метастаз Вірхова є характерним симптомом при раку шлунка. Це щільний збільшений лімфатичний вузол, що пальпується між ніжками груднинно-ключично-соскоподібного м'яза і верхнім краєм ключиці). 	<p>Забезпечення інфекційної безпеки. Забезпечення ефективності пальпації.</p> <p>Забезпечення послідовності пальпації.</p> <p>Забезпечення інформативності пальпації</p> <p>Для диференціальної діагностики лімфаденопатій</p>

Заклучний етап	Зняти рукавички. Провести гігієнічну антисептику рук. Записати отримані дані в медичну документацію.	Забезпечуються документування обстеження.
----------------	--	---

Особливості догляду за хворими з гастростомою

Гастростома (єюностома) накладається для харчування хворих при неоперабельному раку стравоходу чи шлунка, або як етап пластичної радикальної операції на цих органах.

- Трубка для харчування хворого виводиться через спеціальний невеликий розріз поруч з лапаротомною раною.
- Трубка фіксується швом до шкіри.
- Під час перев'язки необхідно стежити, щоб між обома ранами не було зв'язку, пов'язки повинні накладатись окремо.
- При просочуванні між трубкою і рановим каналом в черевній стінці шлункового або кишкового вмісту для попередження мацерації шкіру навколо стоми обробляють розчином фурациліну і змащують цинковою пастою або пастою Лассара.
- Під час маніпуляцій потрібно уважно стежити за положенням трубки, утримувати її на місці, особливо під час зміни фіксуючої тасьми.
- При перев'язці дренаж утримують пінцетом на місці. Крім того, такі дренажі фіксуються швом до шкіри.
- Годують хворого висококалорійною рідкою їжею, яку вливають в стому за допомогою лійки.
- Після годування гастростомічну трубку промивають водою і закривають затискачем.

Догляд за колостомованими хворими.

Колостомія— виведення кінцевого відрізка чи петлі ободової кишки в рану передньої черевної стінки з формуванням постійної чи тимчасової товстокишкової нориці.

Види колостом

Ілеостома розміщується в правій здухвинній ділянці, на передню черевну стінку виводиться здухвинна кишка

Цекостома також локалізується в правій здухвинній ділянці, на передню черевну стінку виводиться сліпа кишка

Трансверзостома може розміщуватися в правому або лівому підребер'ї чи по середній лінії над пупком, формується з попереково-ободової кишки

Сигмостома розташована в лівій здухвинній ділянці формується з сигмоподібної кишки.

Негативні ефекти, спричинені колостомою:

- втрата можливості природного випорожнення
- порушення звичного режиму життя
- втручання в трудову діяльність
- усвідомлення своєї приреченості, каліцтва
- труднощі в регулюванні дефекації

Правила догляду за колостомованими хворими:

- пов'язка повинна бути м'якою (не тиснути на ніжну слизову оболонку кишки)
- марля повинна бути просякнута рідким вазеліном, гліцерином або індиферентною маззю
- запобігання потраплянню калових мас на лапаротомну рану
- туалет колостоми і зміну пов'язок слід проводити за необхідністю
- використання калоприймачів на клейовій основі забезпечує повну герметичність і виключає потрапляння калових мас на пов'язку
- при запаленні шкіри навкруги колостоми (гіперемія, припухлість, болючість) - змазування уражених ділянок цинковою пастою або пастою Лассара.

Основні принципи раціонального харчування стомованих людей

- стомовані люди не потребують спеціальної дієти

- варіюючи свій раціон, пацієнт може відрегулювати частоту актів дефекації до одного-двох разів на добу
- вживати звичну їжу необхідно повільно і ретельно
- уникати стрибкоподібних вживань їжі
- не слід пропускати прийоми їжі чи зменшувати їх кількість.

Література

1. *Дрижак В.І., Домбрович М.І.* Медсестринство в онкології. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2001.
2. *Онкологія: підручник / В.В. Севідов, Н.М. Касевич.* — К.: ВСВ «Медицина», 2015.
3. *Баитан В.П., Одабаи'ян А.Л., Шелешка П.В.* Онкологія. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2003.
4. *Л.М. Ковальчук, О.М. Парійчук, В.В. Романишин та ін.;* за ред. Л.М. Ковальчука Л.М. — 2-е вид. виправл.. — К.: ВСВ «Медицина», 2013.