ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S TUMORIMA ŽELUCA

Gulam, Cvita

Undergraduate thesis / Završni rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:018045

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Cvita Gulam

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S TUMORIMA ŽELUCA

Završni rad

Split, 2014.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Cvita Gulam

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S TUMORIMA ŽELUCA

Završni rad

Mentor:

Doc.dr.sc., Željko Šundov,dr.med.

Split, 2014.

ZAHVALA

Zahvaljujem doc.dr.sc. Željku Šundovu na stručnoj pomoći, susretljivosti i savjetima pri izradi ovog završnog rada.

Zahvaljujem svojoj obitelji i dragim prijateljima.

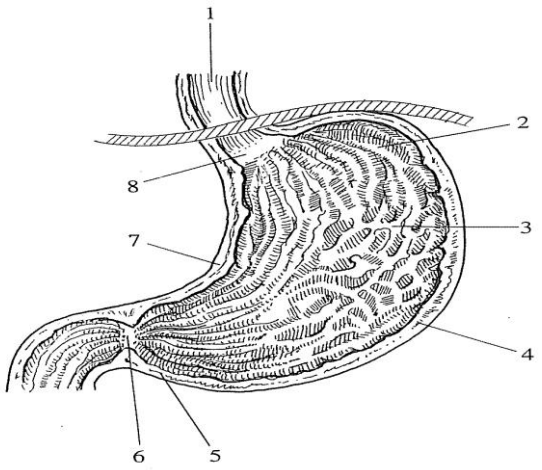
SADRŽAJ

1. UVOD **1**
1.1.Epidemiologija **2**
1.2.Etiologija **2**
1.2.1. Širenje tumora 4
1.3. Patologija **4**
1.4. Klinička slika **5**
1.5. Dijagnostički postupak **6**
1.6. Diferencijalna dijagnoza **8**
1.7. Određivanje kliničkog stadija bolesti **8**
1.8. Liječenje **9**
1.8.1.Kirurško i endoskopsko liječenje 9
1.8.2.Kemoterapija 11
1.8.3. Radioterapija 11
1.9. Prognoza bolesti **12**
1.10. Praćenje bolesnika **12**
2. CILJ RADA **13**
3. IZVORI PODATAKA I METODE **14**
4. REZULTATI **15**
5. RASPRAVA **18**
5.1. Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju bolesnika s tumorom želuca **19**
6. ZAKLJUČAK **22**
7. LITERATURA **24**
8. SAŽETAK **25**
9. SUMMARY **26**
10. ŽIVOTOPIS **27**

1. UVOD

Želudac je proširenidio probavnog sustava smješten između jednjaka i tankog crijeva. Želudac kemijski i mehanički priprema hranu za probavu i prelazak u početni dio tankog crijeva koji se naziva duodenum (1). Među svim dobroćudnim i zloćudnim tumorima želuca, rak ili karcinom želuca ima najznačajnije mjesto. Pod nazivom rak želuca podrazumijeva se adenokarcinom. To je tumor koji potječe od žljezdanih stanica sluznice želuca i zauzima 95% među svim zloćudnim tumorima želuca. Ostali rjeđi oblici uključuju limfome (potječu od stanica limfnog tkiva) i sarkome (potječu od stanica vezivnog tkiva u koje spadaju mišići, masno tkivo i krvne žile) (2). Velika učestalost karcinoma želuca u mnogim zemljama svrstava ga na peto mjesto najčešćih zloćudnih bolesti sa više od 951,000 novooboljelih u 2012.godini. U Europi, u 2012.godini smješten je na visoko šesto mjesto sa više od 139,000 novooboljelih (3).

Međutim, pojavljivanje i smrtnost su posljednjih desetljeća u većini zemalja u opadanju. Postoje velike razlike između pojedinih zemalja. Odavno je poznato da je najveća učestalost u Japanu, Koreji, nekim dijelovima Kine, te u Čileu i Islandu, što se povezuje s prehranom i utjecajima okoline. Bolest je 1,5-2 puta češća u muškaraca, a pojavljuje se najčešće nakon 50. godine života (2).



Slika 90. Želudac:
1. jednjak, 2. dno želuca, 3. tijelo želuca, 4. velika krivina, 5. vratarnik, 6. otvor vratarnika (pilorus), 7. mala krivina, 8. želučani ulaz (kardija)

Slika 1. Želudac

Izvor: Keros, Andreis, Gamulin, Anatomija i fiziologija, Naklada Školska knjiga, Zagreb, 2006, 13;146

1.1. Epidemiologija

Iako mu se učestalost smanjuje, karcinom želuca je po učestalosti peti zloćudni tumor u svijetu, od kojeg godišnje umre 650,000 ljudi (5). Dvaput je češći u muškaraca nego u žena, većinom se javlja u dobi od 50. do 70.godine života (6). Karakteristična je visoka incidencija pojedinih naroda (Japan, Kina, Rusija i Čile), što je najvjerovatnije posljedica povezanosti tumora sa dijetalnim navikama (vrlo začinjena i dimljena hrana). U zapadnoeuropskim zemljama incidencija se kreće između 10 i 15 novooboljelih na 100.000 stanovnika u godini dana (5).

Incidencija karcinoma želuca u Hrvatskoj je posljednjih tridesetak godina u opadanju, iako još uvijek drži visoko mjesto i kreće se oko 30/100.000 stanovnika u muškoj populaciji, dok je u žena incidencija niža i kreće se oko 23/100.000 (7). U razdoblju od 2007. do 2011.godine ukupan broj muškaraca oboljelih od karcinoma želuca iznosio je 2973. U istom razdoblju broj novooboljelih žena od karcinoma želuca iznosio je 1902.

Ukupan broj oboljelih od karcinoma želuca u 2011.godini iznosio je 987 novooboljelih od čega 602 muškarca (5%) od čega su smrtni ishod imala 450 muškaraca, a žena 385 (4%) od čega sa smrtnim ishodom 345(8).

1.2. Etiologija

S nastankom karcinoma želuca povezujemo mnoge etiološke čimbenike, ali za samo manji broj njih ta je povezanost dokazana. Patogeneza je, sigurno, multifaktorijalna. Prihvaćeno je postojanje postupnog slijeda histoloških promjena

želučane sluznice od atrofičnog gastritisa preko intestinalne metaplazije, displazije visokog stupnja do adenokarcinoma želuca(5).

Brojni rizični faktori podijeljeni su u nekoliko skupina i prikazani su u tablici 1.

Tablica 1. Rizični faktori za nastanak adenokarcinoma želuca.
Izvor: Boris Vucelić i suradnici, Gastroenterologija i hepatologija- Tumori želuca, Medicinska naklada, Zagreb, 2002; 30; 549.(5)

1. Sigurni (preporuka – redovne kontrole) – visoki stupanj displazije – familijarna adenomatozna polipoza – adenomi želuca – Barrettov jednjak	4. Mogući – Peutz-Jeghersov sindrom – Ménétrierova bolest – hamartomi – niski standard – pušenje – veliki unos jako soljene i dimljene hrane – neadekvatno čuvanje hrane – mala količina voća i povrća – prekomjerno uživanje alkohola
2. Sigurni – intestinalna metaplazija – kronični atrofični gastritis – infekcija s *Helicobacter pylori* – hereditarni nepolipozni karcinom kolona	
3. Vjerojatni – stanje nakon djelomične resekcije želuca – perniciozna anemija	5. Upitni – hiperplastični polipi – benigni ulkusi želuca

Sigurno su rizični faktori čija prisutnost zahtjeva redovne kontrole navedeni pod točkom 1., a to su: visok stupanj displazije, familijarna adenomatozna polipoza, adenom želuca i Barrettov jednjak. Među sigurnim rizičnim faktorima navode se: intestinalna metaplazija, kronični atrofični gastritis, infekcija s Heliobacter plyori i hereditarni nepolipozni kolorektalni karcinom. Bolesnici s reseciranim želucem zbog benignih bolesti imaju nakon 15-20 godina, 50-70 puta veći rizik od nastanka adenokarcinoma na batrljku želuca. Pernicitozna anemija rijetka je bolesti, ali povećava rizik od nastanka tumora želuca(5).

Danas se smatra da je karcinom želuca bolest stanovnika nižeg socioekonomskog statusa što se objašnjava neadekvatnom prehranom bogatom nitratima, a siromašnom prirodnim antioksidansima, češćom uporabom dimljene, soljene i sušene hrane, većim brojem pušaća i dr.(9).

1.2.1. Širenje tumora

1. Lokalno širenje prema jednjaku i rjeđe distalno na dvanaesnik, te infiltracija susjednih organa (gušterača, jetra, slezena, mezenterij poprečnog kolona i u samo debelo crijevo).
2. Limfogeno širenje u okolne i udaljene limfne čvorove.
3. Hematogene metastaze nastaju preko portalne vene u jetri s kasnijim širenjem u pluća, kosti i mozak.
4. Transperitonealno širenje s pojavom metastatskih čvorova na visceralnom i parijentalnom peritoneju i stvaranjem ascitesa(10).

1.3. Patologija

Najčešći zloćudni tumor želuca je adenokarcinom i on se susreće u 90 posto slučajeva, a ostala dva tipa zloćudnih tumora koja se češće pojavljuju jesu ne-Hodgkinovi limfomi i leiomiosarkomi. Općenito je prihvaćeno da je većina adenokarcinoma vezana uz postojanje displazije želučane sluznice, bilo da prethodi nastanku karcinoma ili se nalaze istodobno. Displaziju dijelimo na blagu, umjerenu i tešku. Rizik od nastanka karcinoma malen je u prva dva oblika displazije, a visok kod teške displazije želučane sluznice.

Prema histološkoj podjeli po Laurenu(1965.) razlikujemo dva tipa karcinoma: intestinalni i difuzni tip.

Intestinalni tip se pojavljuje na maloj krivini i antrumu želuca, češći je kod osoba nižeg socijalnog ekonomskog statusa, a prethodi mu dugotrajni prekarcinozni

proces. Difuzni tip nije vezan uz postojanje premalignih stanja, javlja se po cijelom želudcu i ima lošiju prognozu.

Gastrointestinalni stromalni tumori čine najveću skupinu primarnih neepitelnih tumora želuca, a najčešće se spominju leiomiomi i leiomiosarkomi.

Maligni limfomi želuca čine 5 posto svih zloćudnih tumora želuca. Mnogo su češći ne-Hodgkinovi od Hodgkinovih limfoma.

Karcionoid želuca obično je oštro ograničen tumor pokriven sluznicom (5).

1.4. Klinička slika

Simptomi bolesti su, kao i u većine zloćudnih bolesti, u izravnoj povezanosti s njezinom proširenošću. U ranoj fazi, kada je bolest kirurški kurabilna, simptomi su, u pravilu, odsutni. U nekih bolesnika mogu postojati znakovi bolesti slični ulkusnoj bolesti: osjećaj punoće i težine u gornjem dijelu abdomena, mučnina, povraćanje, anoreksija i umjerena bol u epigastriju. U slučaju lokalno uznapredovale bolesti simptomi su prisutni kod gotovo svih bolesnika. Javljaju se kao posljedica invazije želučane stijenke ili lokoregionalnih metastaza, a očituju se u obliku boli u abdomenu, gubitka tjelesne težine u 50 posto oboljelih, disfagije (ako je tumor smješten u predjelu kardije). Rjeđe se pojavljuje gastrointestinalno krvarenje, jače izražena anemija ili prisutnost tumorske mase u gornjem dijelu abdomena. Ponekad prvi simptomi mogu biti uvjetovani pojavom metastaza. Tu spada opstruktivna žutica, ascites, bol u kostima, dispneja kod zahvaćenosti pleure ili pluća, neurološki simptomi kod metastaza na mozgu ili ginekološki problemi kod metastaze u jajnicima.

Budući da ne postoji tipična klinička slika tumora želuca, što se pogotovo tiče ranog karcinoma želuca, potrebno je sve bolesnike sa suspektnim tegobama, posebno s neodređenim tegobama u gornjem dijelu abdomena koje traju dulje od dvadesetak dana, uputiti na gastroskopiju(5).

1.5. Dijagnostički postupak

Dijagnostički postupak započinje osobnom i obiteljskom anamnezom. Klinički pregled bolesnika u ranijoj fazi bolesti uglavnom je urednog nalaza. Bolesnici s uznapredovalom bolesti često su blijedi, pothranjeni, a palpabilna tumorska masa u gornjem abdomenu loš je prognostički znak. Ona pripada ili primarno tumoru ili metastatskim promjenama. Karcinomski ascites također je loš prognostički znak.

Laboratorijski nalazi su od male koristi u ranoj fazi bolesti, a u kasnijoj se fazi može naći anemija, pozitivan test na okultno krvarenje, znakovi kolestaze, elektrolitski disbalans i hipoproteinemija.

Pažljivim pregledom mogu se naći udaljeni metastatski limfni čvorovi: lijevo supraklavikularno, lijevo aksilarno i paraumbilikalno.Ginekološkim pregledom mogu se naći metastaze na ovarijima.

Karcinom želuca najčešća je visceralna maligna bolest u koje se kao paraneoplastični sindrom javlja acanthosis nigricans (pojava hipertrofičnih pigmentiranih kožnih promjena vidljivih osobito u aksilama).

Endoskopski pregled želuca nužan je u svih bolesnika koji se javljaju na pregled s tegobama koje mogu pobuditi sumnju na karcinom želuca. U osoba s manje tipičnim tegobama radiološki pregled je često prva dijagnostička pretraga.

Klasifikacija karcinoma želuca na osnovi endoskopske slike često se susreće u radiološkim i endoskopskim opisima tumorskih promjena. Najčešće je upotrebljavana Bormannova makroskopska klasifikacija koja razlikuje četiri tipa tumora: tip I- polipoidni tip, tip II- ulceriformni tip, tip III- ulceroinfiltrativni tip i tip IV- infiltrativni tip. I unatoč nekim suprostavljenim mišljenjima, opće prihvaćeno je da makroskopski izgled tumora ne može biti prognostički kriterij bolesti.

Nakon postavljene dijagnoze bolesti potrebno je učiniti dodatnu obradu radi procjene stadija bolesti i odluke o načinu liječenja. Laboratorijski nalazi, ultrazvuk abdomena i rentgen pluća mogu upozoriti na postojanje metastaza. Ako se tim pretragama ne nađu znakovi postojanja metastatske bolesti, preporučuje se učiniti još CT abdomena, eventualno CT pluća i po mogućnosti endoskopsku ultrasonografiju

želuca.Kompjutoriziranom tomografijom abdomena mogu se isključiti udaljene promjene.

Endoskopski ultrazvuk je od posebne dijagnostičke vrijednosti u određivanju kliničkog stadija bolesti, jer daje vrlo dobar uvid u dubinu invazije tumorskog procesa u želučanoj stijenci i moguće postojanje metastaza u perigastričnim limfnim čvorovima na udaljenosti do 5 cm od vrha aparata.

I unatoč svim današnjim sofisticiranim dijagnostičkim postupcima, ponekad će ipak tek laparotomija definitivno odrediti operabilnost tumora(5).



Slika 2. Karcinom želuca (endoskopski nalaz)
Izvor: *Boris Vucelić i suradnici, Gastroenterologija i hepatologija- Tumori želuca, Medicinska naklada, Zagreb, 2002; 30; 551(5).*

1.6. Diferencijalna dijagnoza

Karcinom želuca treba razlučiti od ulkusne bolesti, benignih tumora, i drugih malignih tumora želuca. Na osnovi kliničke slike, u ranoj fazi bolesti, to je gotovo nemoguće. Endoskopski pregled želuca s uzimanjem uzoraka za histološku i eventualno citološku analizu, u pravilu, će bit dostatan za rješenje problema(5).

1.7. Određivanje kliničkog stadija bolesti

Najvažniji pokazatelj u procjeni prognoze bolesti i odabiru optimalnog liječenja je klinički i patološki stadij bolesti. Najčešće upotrebljavana klasifikacija bolesti jest ona koju je načinio American Joint Comittee for Cancer (AJCC), temeljena na TNM-klasifikaciji.

Tablica 2. Tablični prikaz TNM-klasifikacije i stadija bolesti raka želuca
Izvor: *Vucelić B.i suradnici, Gastroenterologija i hepatologija-Tumori želuca, Medicinska naklada, Zagreb, 2002; 30; 552(5).*

Tablica 30-3. Tablični prikaz TNM-klasifikacije i stadija bolesti raka želuca

		M0				M1	klasifikacija
		N0	N1	N2	N3		
M0	Tis	0	–	–	–	–	stadiji
	T1	IA	IB	II	IV	IV	
	T2	IB	II	IIIA	IV	IV	
	T3	II	IIIA	IIIB	IV	IV	
	T4	IIIA	IIIB	IV	IV	IV	
M1		IV	IV	IV	IV	IV	
klasifikacija		stadiji					

Klasifikacija primarnog tumora T zasnovana je na dubini invazije tumorskog procesa u želučanu stijenku.

Tis označava tumor smješten u površinskom dijelu sluznice, T1 tumor u mukozi i submukozi, T2 tumor koji prodire u muskulaturu propriju. T3 tumor probija serozu, ali ne i okolne strukture, a ako su one zauzete tumorom, govorimo o stadiju 4.

N označuje status limfnih čvorova pa o N0 govorimo kada limfni čvorovi nisu zauzeti tumorskim tkivom, N1 predstavlja zahvaćenost limfnih čvorova udaljenih do 3 cm od ruba tumora, a N2 pozitivne limfne čvorove udaljene više od 3 cm od ruba tumora. N3 predstavlja metastaze u limfnim čvorovima koji nisu resektabilni.

M ili metastaze mogu biti odsutne ili prisutne, pa govorimo o MO ili M1. Najčešće je riječ o metastazama u jetri, plućima, peritoneju i kostima. Na osnovi podataka iz TNM klasifikacije određuju se stadiji bolesti od do IV.

Ovisno o kliničkom stadiju bolesti može se predvidjeti i petogodišnje preživljavanje bolesnika koje se kreće od 2 posto za klinički stadij IV. i do 100 posto za klinički stadij 0 (5).

1.8. Liječenje

Pristup liječenja karcinoma želuca može biti kirurški, kemoterapijski i radioterapijski. Ipak, valja naglasiti da mogućnost izlječenja pruža samo radikalni kirurški zahvat. Primjenom citostatika može se postići dulja ili kraća remisija uznapredovale bolesti, ali ne i izlječenje(5).

1.8.1.Kirurško i endoskopsko liječenje

Budući da se bolest u većine bolesnika otkrije u uznapredovalom stadiju, rezultati liječenja nisu zadovoljavajući. Prema podatcima europskih autora, petogodišnje preživljavanje operiranih bolesnika iznosi 15-20 posto, dok su rezultati u Japanu zbog sustavno organiziranog ranog otkrivanja bolesti bolji te petogodišnje

preživljavanje iznosi oko 60 posto. Po suvremenim načelima onkološke kirurgije treba težiti radikalnoj resekciji želuca što podrazumijeva uklanjanje tumora daleko u zdravo tkivo, uklanjanje limfnih čvorova I. i II. reda, velikog i malog omentuma i slezene, posebno ako je tumor smješten u gornjoj i srednjoj trećini želuca, jer je tada vjerojatnost pozitivnih limfnih čvorova u hilusu slezene velika. Osim proširenosti bolesti važna je i Laurenova histološka podjela na difuzni i intestinalni tip. Difuzni tip učestaliji je u mlađih osoba, obilježen je invazivnim rastom, rubovi tumora su nepravilni, nerijetko je multifokalan te češće zahvaća limfne čvorove i omentum (5). Zbog toga je prognoza bolesnika s difuznim tipom lošija od onih s intestinalnim tipom. Zbog navedenih karakteristika difuznog tipa bolesti, bez obzira na veličinu i lokalizaciju karcinoma, potrebno je učiniti totalnu gastrektomiju uz limfadenektomiju D2, omentektomiju velikog i malog omentuma i splenektomiju. Za razliku od difuznog, intestinalni tip karakterističan je za stariju životnu dob, češći je u muškaraca, a granica tumora prema zdravoj stijenci želuca je oštra (6). Kod intestinalnog raka želuca lokaliziranog u prepiloričnoj regiji dopuštena je visoka, subtotalna resekcija želuca s limfadenektomijom I. i II. skupine limfnih žlijezda, omentektomijom sa splenektomijom ili bez nje, a ovisno o nalazu limfnih žlijezda u hilusu. U svim ostalim lokalizacijama intestinalnog karcinoma, od angulusa do kardije, treba učiniti totalnu gastrektomiju, omentektomiju, limfadenektomiju i splenektomiju(5).

Dob bolesnika, eventualne prateće bolesti i lokalna proširenost ne trebaju biti kontraindikacija za radikalnu operaciju. Rekonstrukcijsku metodu uspostave kontinuiteta probavnog trakta nakon gastrektomije odabrat će kirurg na osnovi intraoperativnog nalaza i vlastitog iskustva, poštivajući najnovija saznanja u kirurgiji karcinoma želuca. I u bolesnika s uznapredovalom primarnom bolesti ili s lokoregionalnim, pa čak i udaljenim metastazama, kirurški pristup (npr.palijativna resekcija želuca) katkad može znatno poboljšati bolesnikovo opće stanje, posebno ako je riječ o postojećem ili prijetećem krvarenju ili o opstrukciji tumorom. Endoskopski pristup u liječenju karcinoma želuca rezerviran je za bolesnike u kojih kurativna ili palijativna resekcija želuca nije moguća. Primjena lasera ili elektrokauterizacije može u određenih bolesnika dovesti do prolaznog poboljšanja isto kao i ugradnja stentova u slučaju stenoza. Ovi zahvati mogu se višekratno ponavljati te poboljšavaju kvalitetu života, ali i duljinu preživljavanja (5).

1.8.2.Kemoterapija

Brojni citostatici i kombinacije citostatika ispitane su u bolesnika s karcinomom želuca, neke s više, a neke s manje uspjeha. Najviše upotrebljavani citostatici su 5-fluoruracil, doksorubicin, epirubicin, cisplatin i dr. Objektivna remisija bolesti primjenom pojedinačnih citostatika kreće se između 15 i 25 posto. Najčešće su to djelomične remisije bolesti, što nije zadovoljavajući rezultat.

Za metastatsku i lokalno uznapredovalu bolest u novije vrijeme stoje nam na raspolaganju ponajprije dvije skupine kombinacija citostatika. Jednu čine kemoterapijski protokoli bazirani na biokemijskoj modulaciji 5-fluorouracila, a drugu skupinu čine protokoli bazirani na cisplatinu. Pri kliničkom vrjednovanju kombinacija citostatika potrebno je imati na umu da je odgovor na liječenje bolji u bolesnika koji imaju lokalno uznapredovalu bolest od skupine bolesnika s udaljenim metastazama. Realno je očekivati povoljan odgovor na primijenjenu kemoterapiju u 40 posto liječenih bolesnika. Važna je i spoznaja da kemoterapija u bolesnika s karcinomom želuca dovodi i do ublažavanja simptoma bolesti (bol, anoreksija, disfagija) i poboljšanja općeg stanja i kvalitete života.

Može se zaključiti da se danas kemoterapija u bolesnika s karcinomom želuca rutinski primjenjuje u lokalno uznapredovaloj ili metastatskoj bolesti i da su rezultati liječenja bolji nego u bilo kojeg drugog karcinoma probavnog sustava (5).

1.8.3. Radioterapija

Radioterapija u liječenju bolesnika s karcinomom želuca ima više nego skromnu ulogu jer je adenokarcinom želuca izuzetno radiorezistentan tumor. Ne postoje studije koje bi sigurno dokazale vrijednost radioterapije u lokalnog recidiva bolesti ili u metastatske bolesti. Njezino je mjesto za sada samo palijativna primjena, u kontroli boli i eventualno krvarenja (5).

1.9. Prognoza bolesti

TNM klasifikacija i stadiji bolesti najbolji su prognostički pokazatelji. Bolesnici s ranim karcinomom želuca imaju vrlo dobru prognozu i vrlo visok postotak petogodišnjeg preživljenja, a bolesnici ostalih stadija bolesti u kojih su odstranjene sve vidljive tumorske tvorbe mogu imati dobru prognozu. Lošu prognozu imaju tumori kardije i gornje trećine želuca, kao i tumori visokog TNM-stadija. Općenito uzevši, uz iznimku Japana, prognoza bolesnika je loša, jer se bolest, u pravilu, otkrije u III. ili IV. stadiju (5).

1.10. Praćenje bolesnika

Bolesnici liječeni od tumora želuca moraju se redovito kontrolirati kod kliničkog onkologa. U prvoj godini kontrole je potrebno raditi tri puta, a sastoje se od kliničkog pregleda, endoskopije, CT- pregleda abdomena, KKS-a, DKS-a i biokemijskih pretraga krvi, te prema potrebi, a temeljeno na navedenim nalazima, drugim pretragama(9).

2. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada prikazati učestalosti oboljevanja od tumora želuca u Splitsko-dalmatinskoj županiji, prema dobnim skupinama i spolu, u razdoblju od 5 godina (2007.-2011.godine), te prikazati važnost uloge medicinske sestre u zbrinjavanju bolesnika s tumorom želuca.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

U ispitivanje su uključeni svi bolesnici koji su oboljeli od zloćudnih tumora želuca u Splitsko-dalmatinskoj županiji u razdoblju od 2007.-2011 godine. Za prikupljanje podataka korišteno je istraživanje Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

4. REZULTATI

U razdoblju od 2007. do 2011. godine u Splitsko-dalmatinskoj županiji ukupno je 345 bolesnika oboljelo od zloćudnih tumora želuca.

Tablica 2. Prikaz ukupnog broja bolesnika oboljelih od zloćudnih tumora želuca u SD županiji u razdoblju 2007.-2011. godine.

	Broj
Ukupan broj bolesnika oboljelih od zloćudnih tumora želuca	345

Tablica 3. Prikaz podjele prema spolovima

Spol	**Broj**	**%**
Muško	206	59,8
Žensko	139	40,3
Ukupno	345	100

Od ukupnog broja bolesnika(345), oboljelih muškaraca je 206 što iznosi 59,8%, a oboljelih žena 139 odnosno 40,3%.

Tablica 4. Prikaz udjela oboljelih od zloćudnih tumora želuca prema dobnim skupinama kod muškaraca

Dob	Broj	%
‹29	0	0
30-34	1	0,5
35-39	0	0
40-44	2	1
45-49	4	2
50-54	13	6,3
55-59	14	6,8
60-64	17	8,2
65-69	36	17,5
70-74	38	18,4
75-79	38	18,4
80-84	27	13,1
85+	16	7,8

Iz tablice osam zaključujemo da se zloćudni tumori želuca javljaju u bolesnika starije životne dobi. U dobi preko pedeset godina primjećuje se lagani porast te se zloćudni tumori želuca najučestalije javljaju u dobi od 65 do 79 godine i to u 54.3 % slučajeva. Najčešće se javlja u dobi od 70-79 (36,8%).

Tablica 5. Prikaz udjela oboljelih od zloćudnih tumora želuca prema dobnim skupinama kod žena

Dob	Broj	%
‹29	0	0
30-34	1	0,7
35-39	2	1,4
40-44	4	2,9
45-49	5	3,6
50-54	5	3,6
55-59	8	5,8
60-64	10	7,2
65-69	13	9,4
70-74	21	15,1
75-79	26	18,8
80-84	27	19,4
85+	18	13

Iz tablice osam zaključujemo da se zloćudni tumori želuca javljaju u bolesnica starije životne dobi. U dobi preko 65 godina primjećuje se lagani porast te se zloćudni tumori želuca učestalije javljaju u dobi od 70 do 84 godine i to u 53,3% slučajeva. Najčešće se javlja u dobi od 75-84 (38,2%).

5. RASPRAVA

Zloćudni tumori predstavljaju značajan javnozdravstveni problem stanovništva Hrvatske. Drugi je najvažniji uzrok smrti iza bolesti srca i krvnih žila. Ukupan broj novodijagnosticiranih bolesnika u 2011.godini s invazivnim rakom (bez raka kože) bio je 20 510 i to 11 191 muškaraca i 9 319 žena. Stopa incidencije je iznosila 478,7/100 000; 541,6/100 000 za muškarce i 420,0/100 000 za žene. Odnos M:Ž je 55:45. U Hrvatskoj je 2011. godine od raka umrlo 13 645osoba, 7 865 muškaraca i 5 780 žena. Stope mortaliteta bile su 318,4/100 000; odnosno 380,5/100 000 (M) i 260,5/100 000 (Ž). Odnos M:Ž je 58:42(8) .

Velika učestalost zloćudnih tumora želuca u mnogim zemljama svrstava ga na peto mjesto najčešćih zloćudnih bolesti sa više od 951,000 novooboljelih u 2012.godini. Zloćudni tumor želuca je smješten na visokom šestom mjestu najčešćih tumora u Europi s više od 139,000 novooboljelih u 2012.godini(3). U Hrvatskoj se, prema podacima Registra za rak dijagnosticira gotovo 900 novih slučajeva zloćudnih tumora želuca svake godine. Ipak incidencija je u opadanju (2).

U razdoblju od 2007.do 2011. godine ukupan broj muškaraca oboljelih od zloćudnih tumora želuca iznosio je 2 973. Broj novoobljelih muškaraca u 2007.godini je 626, u 2008.godini 617, 2009. godini 590, 2010. godini 538, te u 2011.godini 602 novooboljela. U istom razdoblju broj novooboljelih žena od zloćudnih tumora želuca iznosio je 1 902. Broj novoobljelih žena u 2007.godini je 396, u 2008.godini 391, 2009. godini 376, 2010. godini 354, te u 2011 godini. 385.

Ukupan broj oboljelih od zloćudnih tumora želuca u 2011.godini iznosio je 987 novooboljelih od čega 602 muškarca (incidencija 29,1%) od čega su smrtni ishod imala 450 muškaraca, a žena 385 (incidencija 17,4%), od čega sa smrtnim ishodom 345 žena. Kod muškaraca u 2011.godini zloćudni tumori želuca nalaze se na visokom na 6. mjestu sa stopom incidencije 29,1. a kod žena se nalazi na 7. mjestu s incidencijom od 17,4%(8).

U razdoblju od 2007. do 2011. godine u Splitsko-dalmatinskoj županiji ukupno je oboljelo 345 osoba. U 2011.godini broj oboljelih iznosio je 71, od čega 34 muškarca i 37 žena. Incidencija javljanja iznosi 15,6 posto. Zadarska županija je jedina sa nižom stopom incidencije te iznosi 14,1 posto. Broj oboljelih je 24, od čega 13 muškaraca i 11 žena. Među županijama sa nižom stopom incidencije su Istarska županija sa incidencijom 17,3 posto, Šibensko-kninska sa incidencijom 17,4 posto, te Ličko-senjska sa 17,9 posto. Županija koja bilježi najveću incidenciju je Virovitičko-podravska sa 37,7 posto, a prate je Međimurska županija sa 35,1 posto, Krapinsko-zagorska sa 30,9 posto, te Vukovarsko-srijemska sa 30,6 posto (8).

Za razliku od Hrvatske broj oboljelih u Ujedinjenom Kraljevstvu u 2011. godini je 7,089 bolesnika. Od ukupnog broja novooboljelih, 4,615 odnosno 65% je broj oboljelih muškaraca, dok je žena 2,474 odnosno 35%. Incidencija zloćudnih tumora želuca u UK kreće se oko 15/100.000 stanovnika u muškoj populaciji, dok je u žena incidencija niža i kreće se oko 8/100.000. Incidencija zloćudnih tumora želuca je povezana i s godinama. U Splitsko-dalmatinskoj županiji zloćudni tumori želuca javljaju se u bolesnika starije životne dobi. U dobi preko pedeset godina primjećuje se lagani porast te se zloćudni tumori želuca učestalije javljaju u dobi od 65 do 79 godine i to u 54.3 % slučajeva. Najčešće se javlja u dobi od 70-79 (36,8%). Kod žena se također javlja u starijoj životnoj dobi. U dobi preko 65 godine primjećuje se lagani porast te se zloćudni tumori želuca učestalije javljaju u dobi od 70 do 84 godine i to u 53,3% slučajeva. Najčešće se javlja u dobi od 75-84 (38,2%). U UK se incidencija također povećava s godinama. Tako je u razdoblju od 2009. do 2011. godine više od 51% slučaja zloćudnih tumora želuca dijagnosticirano kod muškaraca i žena preko 75 godina. Incidencija lagano raste oko 60-64 godine dok je najveće u dobi preko 85 godina(3).

5.1. Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju bolesnika s tumorom želuca

Zdravstvena njega je samostalna djelatnost medicinskih sestara koja se može definirati kao primjena znanosti i umijeća koja se bavi praksom, istraživanjem i teorijom. Medicinska sestra osim što je član tima koji izvodi dijagnostički, odnosno terapijski zahvat, te sudjeluje u liječenju, provodi i zdravstvenu njegu bolesnika.

Individualan program zdravstvene njege zahtjeva od medicinske sestre holistički pristup bolesnom čovjeku, pojedincu, obitelji ili skupini.

Već prva spoznaja da postoji mogućnost da netko boluje od tumora razvija stres, koji je kasnije praćen raznolikim depresivnim krizama. Sve se još više pogoršava s potrebom kirurških zahvata ili tijekom dodatne radioterapije i/ili kemoterapije, posebice zbog dobro poznatih neugodnih nuspojava takvog liječenja. Upravo iz tog razloga važna je uloga medicinske sestre te njen pristup bolesniku. Kvalitetna komunikacija preduvjet je mogućnosti provođenja sigurne i učinkovite zdravstvene njege. Međutim, postoje prepreke koje mogu otežati razgovor između medicinske sestre i bolesnika. Zato je važan razgovor o bolesnikovom cjelokupnom stanju. Uzajamno povjerenje bolesnika i medicinske sestre doprinosi uspješnom provođenju zdravstvene njege. Time uklanjamo bolesnikov strah, potištenost i sva negativna emocionalna stanja koja se mogu javiti pri saznanju o teškoj bolesti.Od medicinske sestre se očekuje profesionalnosti, razumijevanje osobnih ljudskih potreba, empatija te etičko ponašanje prema bolesniku.

Nakon uspostavljenog uzajamnog odnosa povjerenja, medicinska sestre utvrđuje potrebe za zdravstvenom njegom, prikupljajući podatke o bolesniku, njegovim navikama i uvjetima u kojima živi. Tada definira ciljeve i planira postupke. Postupci su usmjereni na ublažavanje ili otklanjanje problema. Na kraju provedenih intervencija provodi se evaluacija, planirana i sustavna usporedba aktualnog bolesnikovog stanja i ponašanja po završenoj skrbi sa željenim opisanim, unaprijed definiranim ciljevima.

Medicinska sestra ima važnu ulogu i u prijeoperacijskim pregledima i pravilnim pripremama bolesnika za operacijski zahvat na želucu. To je od velike važnosti jer su prijeoperacijske komplikacije nepredvidljive. Pravilnom pripremom probavnog sustava, edukacijom bolesnika o vježbama disanja, iskašljavanja, vježbama donjih ekstremiteta smanjujemo poslijeoperacijske komplikacije.

U ranom poslijeoperacijskom razdoblju, dok regulatorni i kompenzatorni mehanizmi još nisu uspostavljeni, medicinska sestra sudjeluje u stabilizaciji bolesnika. Medicinska sestra u tom razdoblju potiče bolesnika na vježbe disanja, iskašljavanja, vježbe donjih ekstremiteta te evaluira bolesnikove aktivnosti.

Kod otpusta iz bolnice medicinska sestra treba educirati bolesnikao pravilnom ponašanju. Medicinska sestre mora objasniti bolesniku važnosti pravilne prehrane, provjeriti bolesnikovo znanje i po potrebi dati pisane upute. Ukoliko je kod bolesnika učinjen radikalan zahvat na želucu te ne postoji mogućnost hranjenja oralnim putem nego putem sonde, dužnost medicinske sestre je podučiti bolesnika i njegovu obitelj kako pripremati hranu i hraniti se preko pomagala(11).

Cilj svake medicinske sestre pri zbrinjavanju bolesnika s tumorom želuca trebao bih proizlaziti iz načela zdravstvene njege koje su proizašle iz 14 osnovnih ljudskih potreba V. Henderson."Jedinstvena je uloga medicinske sestre pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi pojedinac obavljao samostalno, kada bi imao potrebu snagu, volju ili znanje. To treba činiti tako da mu se pomogne postati neovisnim što je moguće prije."(12).

U ovom segmentu najvažnije je uspostaviti odnos uzajamnog povjerenja kako bi zdravstvenu njegu provodili na obostrano zadovoljstvo(11).

6. ZAKLJUČAK

Zloćudni tumori predstavljaju značajan javnozdravstveni problem stanovništva Hrvatske. Drugi je najvažniji uzrok smrti iza bolesti srca i krvnih žila(8).

Velika učestalost zloćudnih tumora želuca u mnogim zemljama svrstava ga na peto mjesto najčešćih zloćudnih bolesti sa više od 951,000 novooboljelih u 2012.godini. Zloćudni tumori želuca su smješteni na visokom šestom mjestu najčešćih tumora u Europi s više od 139,000 novooboljelih u 2012.godini(3).

U Hrvatskoj se, prema podacima Registra za rak dijagnosticira gotovo 900 novih slučajeva zloćudnih tumora želuca svake godine(2).

U razdoblju od 2007.do 2011. godine ukupan broj muškaraca oboljelih od zloćudnih tumora želuca iznosio je 2973. U istom razdoblju broj novooboljelih žena od zloćudnih tumora želuca iznosio je 1902.

Ukupan broj oboljelih od zloćudnih tumora želuca u 2011.godini iznosio je 987 novooboljelih od čega 602 muškarca (incidencija 29,1%) od čega su smrtni ishod imala 450 muškaraca, a žena 385 (incidencija 17,4%), od čega sa smrtnim ishodom 345. (8)

U razdoblju od 2007. do 2011. godine u Splitsko-dalmatinskoj županiji ukupno je oboljelo 345 osoba.

Od ukupnog broja bolesnika(345), oboljelih muškaraca je 206 što iznosi 59,8%, a oboljelih žena 139 odnosno 40,3%.

U Splitsko-dalmatinskoj županiji u dobi preko pedeset godina primjećuje se lagani porast te se zloćudni tumori želuca učestalije javlja u dobi od 65 do 79 godine i to u 54.3 %. Najčešće se javlja u dobi od 70-79 (36,8%). Kod žena se također javlja u starijoj životoj dobi. U dobi preko 65 godine primjećuje se lagani porast te se zloćudni tumori želuca učestalije javlja u dobi od 70 do 84 godine i to u 53,3%. Najčešće se javlja u dobi od 75-84 (38,2%).

Zloćudni tumori želuca u svjetskim razmjerima prestavljaju veliki problem, i individualni i javnozdravstveni, posebno u određenim zemljopisnim regijama. Zbog oligosimptomatske kliničke slike u ranoj fazi bolesti, u našoj zemlji nalazimo malen broj dijagnosticiranih zloćudnih tumora želuca, a one koje dijagnosticiraju su u uznapredovaloj fazi. Možemo reći kako je broj zloćudnih karcinoma želuca, za razliku od prijašnjih godina, u opadanju.

7. LITERATURA

1. Richards DA, Boehm KA, Anthony SP. Systemic therapy for gastric cancer and adenocarcinoma of the gastroesophageal junction: present status and future directions. Expert Opin Investig Drugs 2007; 16: 1059-1068
2. Troskot B., Gamulin M., Želučani adenokarcinom, Medicus 2006. Vol. 15, 73-87
3. The United Kingdom and Ireland Association of Cancer Registries, Cancer Reasch, Stomach Cancer, 2013; 1; 1-10
4. Keros, Andreis, Gamulin, Anatomija i fiziologija, Naklada Školska knjiga, Zagreb, 2006, 13;146
5. Vucelić B. i suradnici, Gastroenterologija i hepatologija-Tumori želuca, Medicinska naklada, Zagreb, 2002; 30; 548-557.
6. Štulhofer M., Kirurgija probavnog sustava-Kirurgija želuca idvanaesnika, Medicinska naklada, Zagreb, 1999;2; 181-185
7. Živković R., Interna medicina-Bolesti želuca, Medicinska naklada, Zagreb,2001,6;155-156
8. Znaor A., Incidencija raka u Hrvatskoj, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Bilten 36, issn 1333-7777
9. M. Šamija, E. Vrdoljak, Z. Krajina, Klinička onkologija-Tumori probavnog sustava, Medicinska naklada, Zagreb, 2006;6; 214-217.
10. Prpić I., Kirugija za više medicinske škole-Tumori želuca, Medicinska nakalda, Zagreb, 1996, 9;184
11. Fučkar G., Proces zdravstvene njege, Zagreb, 2006; 1;2-32
12. Prlić N.,Zdravstvena njega, Zagreb, 2005; 1; 18

8. SAŽETAK

Među svim dobroćudnim i zloćudnim tumorima želuca, rak ili karcinom želuca ima najznačajnije mjesto. Pod nazivom rak želuca podrazumijeva se adenokarcinom. To je tumor koji potječe od žljezdanih stanica sluznice želuca i zauzima 95% među svim zloćudnim tumorima želuca(2). Velika učestalost zloćudnih tumora želuca u mnogim zemljama svrstava ga na peto mjesto najčešćih zloćudnih bolesti sa više od 951,000 novooboljelih u 2012.godini. U Europi u 2012.godini smješten je na visoko šesto mjesto sa više od 139,000 novooboljelih(3).

CILJ ISTRAŽIVANJA: Cilj završnog rada je prikaz učestalosti oboljevanja od tumora želuca u Splitsko-dalmatinskoj županiji, prema dobnim skupinama i spolu, u razdoblju od 2007.-2011. godine, te prikazati važnost uloge medicinske sestre u zbrinjavanju bolesnika s tumorom želuca.

METODE: U ispitivanje su uključeni svi bolesnici koji su oboljeli od zloćudnih tumora želuca u Splitsko-dalmatinskoj županiji u razdoblju od 2007.-2011. godine. Za prikupljanje podataka korišteno je istraživanje Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

REZULTATI : U razdoblju od 2007. do 2011. godine u Splitsko-dalmatinskoj županiji ukupno je 345 bolesnika oboljelih od zloćudnih tumora želuca. Od ukupnog broja bolesnika(345), oboljelih muškaraca je 206 što iznosi 59,8%, a oboljelih žena 139 odnosno 40,3%. Zloćudni tumori želuca se češće javlja u bolesnika starije životne dobi. U dobi preko pedeset godina kod muškaraca primjećuje se lagani porast te se karcinom želuca najučestalije javlja u dobi od 65 do 79 godine i to u 54.3 % slučajeva. Najčešće se javlja u dobi od 70-79 (36,8%). Kod žena se lagani porast primjećuje u dobi preko 65 godine te se zloćudni tumori želuca učestalije javlja u dobi od 70 do 84 godine i to u 53,3% slučajeva. Najčešće se javlja u dobi od 75-84 (38,2%).

9. SUMMARY

Stomach (gastric) cancer is the most significant among all the benign and malignant stomach tumors. The term „gastric cancer“ refers to adenocarcinoma. It is a tumor which originates from the glandular cells of the stomach lining and takes up 95% of all the malignant tumors of the stomach. (2) Due to high frequency of gastric cancer in many countries, it is the fifth most common malignant disease with over 951,000 new cases in 2012. In Europe in 2012 it was in the sixth place with more than 139,000 new cases. (3)

AIM: The aim of the study is to present the frequency of gastric cancer infection in Split-Dalmatia County, by age groups and gender, in the period of 5 years and to show significance of nures roll in treating on patient with stomach cancer.

METHODS: The study included all patients who suffer from stomach tumors in Split-Dalmatia County in the period from 2007 to 2011 year. The research of the Croatian Institute for Public Health was used for data collection.

RESULTS: In the period from 2007 to 2011 in Split-Dalmatia County total number of patients with gastric cancer was 345. Of the total number of patients (345), there were 206 male patients (59.8%) and 139 female patients (40.3%). Gastric cancer occurs in older patients.

There is a slight increase in stomach cancer rates in people over the age of 50. In 54,3% of cases, gastric cancer occurs between the ages of 65 and 79. It usually occurs between the ages of 70 and 79 (36.8% of cases). A slight increase can be noticed in female patients over the age of 65 years, particularly in the ages between 70 and 84, when gastric cancer occurs in 53,3% of cases. In 38,2% of cases it occurs between the ages of 75 and 84.

10. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Cvita Gulam

Datum i mjesto rođenja: 26.02.1992., Zadar

Adresa: Četvrt kralja Slavca 7, 21 310 Omiš

Mobitel: 095 399 4171

E-mail: cvitazadar@gmail.com

OBRAZOVANJE

2011.-2014. Sveučilište u Splitu, Odjel zdravstvenih studija, smjer : Sestrinstvo

2006.-2010. Medicinska škola "Ante Kuzmanić" Zadar, smjer: medicinska sestra-medicinski tehničar

VJEŠTINE

Vozačka kategorija: B kategorija

Rad na računalu: Aktivno koristi računalo, poznaje rad na MS Office paketu

Strani jezici: Engleski jezik- aktivno