

## РАК ЖЕЛУДКА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ. ВУТ. ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛЕ ГАСТРОЭКТОМИИ

**В. Н. Шаденко**, магистрант ГИУСТ БГУ  
*Научный руководитель:*  
кандидат медицинских наук,  
доцент **Э. Э. Вальчук** (РНПЦ МЭ и Р)

**Цель:** Раскрыть и подчеркнуть значимость вопроса о распространенности и последствиях такого заболевания, как рак желудка.

### Задачи:

1. На основании статистических данных показать место данного заболевания среди других видов рака в Республике Беларусь и в других странах.

2. Осветить сроки временной утраты трудоспособности при постановке диагноза «Рак желудка» при различной степени тяжести.

3. Рассмотреть существующие ограничения в трудовой деятельности человека, перенесшего гастрэктомию.

В настоящее время проблема онкологических заболеваний занимает одно из лидирующих положений, уступая место лишь сердечно-сосудистой патологии.

За последние 10 лет количество заболевших раком в Беларуси увеличилось с 33 тысяч до 42 тысяч, а всего количество заболевших составляет 242 298 пациентов.

Медики отмечают, что рак чаще поражает людей пенсионного возраста (69 %).

Не очень оптимистичны и прогнозы: если количество больных раком будет увеличиваться такими же темпами, как сейчас, то через 20 лет в Беларуси будет регистрироваться более 78 тысяч случаев рака в год.

В структуре заболеваемости злокачественными образованиями у мужчин на 1-м месте рак легкого (18 %), на 2-м – рак кожи (14 %), следом идут заболевания предстательной железы, желудка, толстого кишечника и почек. У женщин наиболее уязвима кожа (20 %), молочная железа (18 %) и кишечник (11 %) [1].

Особое внимание онкологи уделяют раку шейки матки и раку желудка – число пораженных этими видами рака в Беларуси в последнее время стремительно возрастает.

Во многих странах рак желудка до сих пор уверенно держит первое место. Ежегодная заболеваемость в мире – около 800 тысяч новых случаев и около 600 тысяч смертей. Чаще болеют люди после 50 лет и в данной категории преобладают мужчины.

Самая высокая выживаемость после обнаружения рака желудка наблюдается в Японии. Связано это со скрининговыми осмотрами, дающими раннее выявление заболевания.

Наиболее часто раковые опухоли локализуются в:

- пилороантральном отделе желудка – до 60 %;
- средней трети желудка по малой кривизне – 10–15 %;
- кардиальном отделе – 8–10 %;
- на передней и задней стенках – 2–5 %;
- по большой кривизне – 2 %;
- диффузные раки тела желудка – 2–5 % [2].

Все эти цифры красноречиво свидетельствуют об актуальности данной проблемы, как в нашей республике, так и в других странах мира. И эта проблема требует скорейшего решения на всевозможных уровнях, т. к. влечет за собой глобальные последствия: социальные, экономические, психологические и др.

При постановке диагноза «Рак желудка» устанавливается временная утрата трудоспособности (далее – ВУТ). При радикальном лечении в ранних стадиях процесса без выраженных последствий ВУТ – в пределах до 10 мес, при III и IV стадиях – до 4 мес. В случае отказа от радикального лечения или его невозможности, а также после паллиативных операций ВУТ – до 2 мес.

Несомненно, пройдя через сложную операцию по поводу рака желудка и ряд реабилитационных мероприятий, человек уже не может вести такой образ жизни, как до болезни. Это касается и характера питания, и режима сна и отдыха, а также недуг влечет за собой определенные противопоказания и ограничения в трудовой деятельности.

Больным, оперированным по поводу рака желудка, противопоказаны:

- все виды работ со значительным физическим напряжением, т. е. труд III и IV категорий тяжести;
- все виды работ, препятствующие соблюдению режима питания (частого и дробного);
- работа с токсичными веществами и ионизирующей радиацией, источниками инфракрасного излучения и электромагнитного поля радиочастот, вибрацией;
- монотонный труд с заданными темпом и ритмом производства, вынужденным положением тела, с частыми наклонами туловища;
- при развитии астеноневротического синдрома труд с выраженным нервно-психическим напряжением (принятие ответственного решения в короткий отрезок времени при поступлении множественной информации) [3].

В заключение хочется добавить, что людей, нуждающихся в помощи, много, и с каждым годом их число растет. Проблему необходимо решать на высоком уровне. Оказание помощи можно разделить на 4 уровня:

- 1) профилактический;
- 2) лечебный;

- 3) реабилитационный;
- 4) содействие в трудоустройстве [4].

**Профилактический уровень.** Сюда мы можем отнести профилактические беседы по здоровому питанию и образу жизни среди людей разной возрастной категории, проведение конкурсов на знание теоретических основ, прочтение лекций, демонстрацию видеороликов, пропагандирующих здоровый образ жизни и отказ от вредных привычек. Также распространение буклетов, листовок и календарей с полезной информацией в лечебных учреждениях в местах общественного питания.

**Лечебный уровень.** На этом уровне необходим индивидуальный подход к каждому пациенту, внимательное обследование при первых жалобах или подозрениях на наличие онкологического заболевания.

Немалое значение имеет и желание самого пациента на выздоровление, его вера в положительный исход лечения, любовь к жизни.

**Реабилитационный уровень.** На более высокий уровень следует поднять качество реабилитационных мероприятий, их доступность, как для сельского, так и для городского населения. Ведь место проживания зачастую играет решающую роль в вопросе реабилитации. Порой человек не может получить комплекс необходимых мероприятий только потому, что у него нет возможности добратся из глубинки в районный центр.

В 2011–2012 гг. нами были проведены исследования и на их основании мы получили следующие цифры: городских жителей – 82,3 %, сельских – 17,7 %. Среди них мужчин – 51,4 %, женщин – 48,6 %.

**Содействие в трудоустройстве.** Каждый человек имеет право на полноценную жизнь. В это понятие входит и семья, и положение в обществе, и общение с друзьями и коллегами, и достойная работа, которая позволит человеку с ограниченными возможностями быть конкурентно способным на рынке труда.

Для того, что бы человек «не потерялся» в этом мире, ему необходимо помочь сделать первый шаг в изменившуюся для него жизнь. Создать опору, от которой он сможет оттолкнуться и реализовать себя во всех отношениях.

### Литература

1. Смычек, В. Б. Современные аспекты инвалидности / В. Б. Смычек. – Минск : БГАТУ, 2012. – 198 с.
2. Савельев, В. С. Хирургические болезни / В. С. Савельев. – М., 2006. – Т. 1. – С. 87–89.
3. Лильин, В. А. Детская реабилитология / В. А. Лильин. – Минск : Литтерра, 2011. – 348 с.
4. Гаин, Ю. М. Болезни оперированного желудка : лекция / Ю. М. Гаин. – Минск, 2001. – 22 с.

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В УСЛОВИЯХ ДОМА-ИНТЕРНАТА

*О. С. Сачек, магистрант ГИУСТ БГУ  
Научный руководитель:  
кандидат медицинских наук,  
доцент К. Э. Зборовский (ГИУСТ БГУ)*

Старение – это неизбежный, закономерный процесс снижения адаптационных возможностей организма, способствующий развитию возрастной патологии. Однако старость может быть разной. Несмотря на приобретенные заболевания, финансовые проблемы и трудности взаимопонимания с молодым поколением, старость может быть золотым периодом жизни, во время которого человек анализирует опыт жизни, делится им с другими, может достаточно времени посвятить своему духовному развитию.

Использование различных социальных технологий, направленных на гармонизацию личности пожилого человека, помогающих ему принять собственную старость и разработать концепцию этого отрезка жизни приводит к повышению количества активных, деятельных пожилых людей, являющихся полноценными и полезными членами общества [1, с. 31–32].

С увеличением доли пожилых людей в значительной мере обострилась необходимость расширения и укомплектования высокопрофессиональными кадрами службы социальной помощи пожилым людям, создание достойных условий проживания, медицинского обслуживания, выделения средств на пенсионное обеспечение.

Социальная помощь в зависимости от потребностей каждого человека может оказываться на различных уровнях – на дому, в условиях территориальных центров социального обслуживания, отделениях дневного пребывания либо стационарных условиях.

Одним из примеров оказания социальных услуг пожилым людям служит ГУ «Дом-интернат для пенсионеров и инвалидов». В данном учреждении проживает 392 человека, из них только 55 человек моложе 50 лет.

Специалисты, обслуживающие пожилых людей и инвалидов, в процессе своей работы ежедневно сталкиваются с трудностями психологического характера.

Поступающие на проживание пожилые люди практически не имеют никакой мотивации к самостоятельным действиям, не настроены на реабилитацию, не желают участвовать в активной и творческой жизни интерната. Зачастую это не столько пассивная жизненная позиция, сколько проявления нервно-психических заболеваний, вероятность которых к пожилому возрасту увеличивается.