государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Ростовской области «Таганрогский медицинский колледж»

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

**ПМ.01 Проведение профилактических мероприятий**

**Роль медицинской сестры в профилактике онкологических заболеваний репродуктивной системы женщины**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Автор работы: студент специальности 34.02.01 Сестринское дело  группы 2 М |
|  | Руководитель: |
|  |  |

2024

**СОДЕРЖАНИЕ**

[ВВЕДЕНИЕ 2](#_Toc155948355)

[1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ 2](#_Toc155948356)

[1.1.Онкологические заболевания репродуктивной системы женщин: определение и классификация заболевания 2](#_Toc155948357)

[1.2.Этиология и патогенез заболевания 2](#_Toc155948358)

[1.3.Лечение и профилактика заболевания 2](#_Toc155948359)

[2.АНАЛИЗ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН 2](#_Toc155948360)

[2.1. Результаты анкетирования взрослого населения с целью выявления факторов риска и информированности о профилактике 2](#_Toc155948361)

[2.2.Анализ результатов анкетирования 2](#_Toc155948362)

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 2](#_Toc155948363)

[Список литературы 2](#_Toc155948364)

[ПРИЛОЖЕНИЕ А 2](#_Toc155948365)

# ВВЕДЕНИЕ

Примерно каждая пятая женщина в России с онкологическим диагнозом страдает от поражения репродуктивной системы.

Большинство онкологических процессов в организме запускает дисбаланс половых гормонов – гестагенов и эстрогенов. В числе дополнительных факторов риска, которые создают благоприятные условия для развития новообразований стоить отметить:

-менструальные циклы без образований яйцеклеток;

-избыточную массу тела, поскольку жировая ткань является дополнительным источником эстрогенов;

-слишком ранее начало позднее завершение цикла (ранее 12 и позже 55 лет).

На сегодняшний день общепризнанна приоритетная роль профилактике в борьбе против рака репродуктивной системы женщин.

Под профилактикой рака понимают систему комплексной профилактики злокачественных новообразований: доклиническую (первичную) профилактику, клиническую (вторичную), противорецидивную (третичную).

Главную роль в снижении онкологической заболеваемости должна играть первичная профилактика онкологических заболеваний. Первичная профилактика представляет собой систему регламентированных государством социально-гигиенических мероприятий и усилий самого населения, которые направлены на предупреждение возникновения злокачественных опухолей и предшествующих им предопухолевых состояний путем устранения, нейтрализации и ослабления воздействия неблагоприятных факторов окружающей человека среды и образа жизни, а также путем повышения неспецифической резистентности организма.

Большую роль в данном процессе играет настойчивая и целенаправленная противораковая просветительская работа медицинской сестры первичного звена здравоохранения среди населения.

Основными направлениями профессиональной деятельности медицинских сестер в области первичной профилактики онкологических заболеваний являются:

-борьба с табакокурением;

-рационализация питания;

-повышение физической активности и борьба с избыточной массой тела;

-уменьшение воздействия канцерогенных химических и физических факторов (производство, природная среда, жилище);

профилактика воздействия инфекционных канцерогенных факторов.

Это – главные направления, позволяющие медицинской сестре в рамках первичной профилактики добиться реального снижения онкологической заболеваемости населения.

Цель курсовой работы изучение роли медицинской сестры в профилактике онкологических заболеваний репродуктивной системы женщины.

Задачи исследования:

1. Изучить клиническую картину, этиологию и патогенез заболевания;

2. Изучить диагностику и лечение заболевания;

3. Провести анализ роли медицинской сестры в профилактике онкологических заболеваний репродуктивной системы женщины.

Предмет исследования -пациенты с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

Объект исследования - профессиональная деятельность медицинской сестры при онкологических заболеваний репродуктивной системы женщины.

Методы исследования: Изучение состояния проблемы по результатам научно-теоретического анализа медицинской литературы по данной теме. Сбор информации (по данным официальной статистики). Эмпирический метод, анализ результатов.

Работа состоит из введения, 2 глав, заключения, списка литературы.

# 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ

## 1.1.Онкологические заболевания репродуктивной системы женщин: определение и классификация заболевания

Особенности клеточного строения органов репродуктивной системы женщин часто становятся причиной атипичного разрастания тканей и появления новообразований добро- или злокачественного характера. К сожалению, последние имеют заметный приоритет: около 17% всех случаев онкологических заболеваний у женщин приходится именно на репродуктивную систему. Проблему немало осложняет бессимптомное протекание большинства заболеваний на начальных стадиях, когда прогноз лечения благоприятен в более чем 95% случаев. Кроме того, негативную роль играет отказ пациенток добровольно проходить профилактические осмотры, на которых несложно выявить начало развития раковой опухоли с помощью обычного мазка. Большинство онкологических процессов в организме запускает дисбаланс половых гормонов – эстрогенов и гестагенов. Он может быть как абсолютным, так и относительным, когда при количественных показателях в пределах нормы отношение указанных гормонов сохраняется на высоком уровне [1].

Если рассматривать все злокачественные гинекологические заболевания, важно подчеркнуть, что рак имеет разные типы и симптомы. Злокачественные клетки могут возникать:

В области [шейки матки](https://oncology-spb.ru/zabolevaniya/onkoginekologiya/rak-sheyki-matki), протекая стадийно – от дисплазии клеток и карциномы in situ, когда поражение ограничено только поверхностным эпителием, до инвазивного рака, поражающего все слои клеток, распространяющегося вглубь.

В области [слизистой оболочки матки](https://oncology-spb.ru/zabolevaniya/onkoginekologiya/rak-tela-matki), формируя карциному эндометрия. Клетки опухоли распространяются в тело матки и окружающие ткани, метастазируют в яичники и лимфоузлы, отдаленные органы.

В теле [яичников](https://oncology-spb.ru/zabolevaniya/onkoginekologiya/rak-yaichnikov) – обычно рак развивается в форме овариальной карциномы. Это одна из самых агрессивных форм рака половой сферы, он поражает ткани яичников и окружающие клетки, лимфатические узлы, метастазирует в печень и легкие.

В области [вульвы](https://oncology-spb.ru/zabolevaniya/onkoginekologiya/rak-vulvy) – возникает карцинома клеток кожи в зоне преддверия влагалища. Изначально изменения локализованы в поверхностных тканях, постепенно проникая вглубь.

Относительно редкими формами онкологии гениталий считаются [рак влагалища](https://oncology-spb.ru/zabolevaniya/onkoginekologiya/rak-vlagalishcha) и [маточных труб](https://oncology-spb.ru/zabolevaniya/onkoginekologiya/rak-matochnoy-truby). Особая форма рака – это пузырный занос с развитием хориокарциномы, опухоли из тканей плодного яйца (трофобласта).

Хотя признаки рака по гинекологии могут определяться у любой женщины, даже не имеющей каких-либо проблем с репродуктивной сферой, есть определенные факторы риска, повышающие вероятность онкологии:

-избыточный вес и ожирение, так как клетки жировой ткани гормоноактивны;

-раннее начало месячных и их позднее завершение, указывающее на гомональные изменения;

-ановуляция (отсутствие выхода яйцеклеток из яичников).

Для развития рака матки выделяют ряд дополнительных факторов риска:

-наступление менопаузы после 50 лет;

-нерожавшие женщины;

-гипертензия и диабет;

-нарушения менструального цикла с обильными и нерегулярными кровотечениями.

Для рака шейки матки дополнительными факторами риска считаются большое количество половых партнеров и половые инфекции, повышающие шансы на заражение ВПЧ [10].

Рак в гинекологии обычно описывается по системе TNM. Заглавные буквы означают характеристики самой опухоли – Т (tumor) со стадиями рака от Т1 до Т4, в зависимости от размеров.

Выделяют стадии Тх – когда опухоль невозможно распознать:

-Тis – для карциномы в шейке матки;

-Т1 – опухоль небольших размеров, не выходящая за пределы зоны возникновения;

-Т2 – опухоль входит в соседние зоны органа;

-Т3 – поражения органов малого таза;

-Т4 – поражения отдаленных органов.

Второй пункт оценки – это лимфоузлы N (nodus):

-стадия 0 – поражения не определяются;

-стадия 1 – есть поражения регионарных лимфоузлов.

М – это метастазирование:

-стадия Мх – нет данных о поражении;

-стадия М0 – нет отдаленных метастазов;

-стадия М1 – отдаленные метастазы выявлены.

Прогноз в отношении гинекологического рака зависит от того, в какой стадии выявлена опухоль. Если это рак шейки матки в стадии неинвазивной карциномы, возможно полное излечение при удалении зоны поражения. В первой стадии рака процент полного излечения достигает 80%, если это не агрессивные и быстрорастущие опухоли.

Хуже прогнозы при поражении лимфоузлов и прорастании рака в соседние органы, особенно при метастазах. В этих случаях операция и последующее лечение направлено на повышение качества жизни и ее продолжительности.

## 1.2.Этиология и патогенез заболевания

К женской половой сфере относятся вульва, влагалище, шейка матки, тело матки, яичники. Злокачественные опухоли репродуктивной системы являются наиболее частыми в структуре онкологических заболеваний женщин.

Суммарная доля данного вида опухолей составляет 35% [14].

Наружными половыми органами являются промежность и половые губы. Опухоли данной локализации являются наружными. Зачастую данные опухоли обнаруживаются в запущенной стадии вследствие позднего обращения женщин к врачу. Средний возраст больных раком данной локализации к моменты выявления заболевания самый большой (68лет) в сравнении с возрастом, при котором выявляются опухоли репродуктивной системы иных локализаций.

Наиболее частыми субъективными симптомами являются зуд и раздражение, наличие болезненной язвы или опухоли и упорные болевые ощущения, может наблюдаться болезненное мочеиспускание [18].

Как самостоятельное заболевание – рак влагалища встречается редко, главным образом у женщин в климктерическом периоде и менопаузе.

Рак шейки матки является наиболее частой локализацией опухолей женской репродуктивной системы. Он занимает 1-2-е место среди опухолей женской половой сферы. Развивается на фоне предраковых и доброкачественных процессов женской половой сферы.

В канцерогенезе ключевая роль отводится папилломавирусной инфекции, которая обладает тропностью к эпителию шейки матки.

Серотипы ВПЧ высокого онкогенного риска обнаруживаются в 95% случаев рака шейки матки:

-при плоскоклеточном цервикальном раке чаще выявляется ВПЧ 16 типа;

-при аденокарциноме и низкодифференцированной форме - ВПЧ 18 типа.

Серотипы ВПЧ «низкого» онкогенного риска (6, 11, 44) и среднего риска (31, 33, 35) преимущественно вызывают образование плоских и остроконечных кондилом, дисплазию и редко – рак шейки матки.

Вероятность развития рака шейки матки больше у женщин, часто меняющих половых партнеров и пренебрегающих барьерным методом контрацепции. Также, при раннем начале сексуальной жизни (в возрасте 14-18 лет) незрелы эпителий шейки матки обладает высокой восприимчивостью к воздействию повреждающих агентов.

По гистологическому типу, согласно двум видам эпителия, выстилающего шейку матки, выделяют плоскоклеточный цервикальный рак с локализацией в эктоцервиксе (85-95%) и аденокарциному, которая развивается из эндоцервикса (5-15%).

Плоскоклеточный рак шейки матки, в зависимости от степени дифференцировки, может быть низкодифференцированным, неороговевающим, ороговевающим.

К редким гистотипам рака шейки матки относят мукоэпидермоидная, мелкоклеточная, светлоклеточная и иные формы. С учетом типа роста выделяют экзофитные формы рака шейки матки и эндофитные, которые встречаются реже и имеют худший прогноз.

В клинической гинекологии для оценки распространенности применяют классификацию рака шейки матки по 2 системам: FIGO, принятой Международной федерацией акушеров и гинекологов, и ТNМ (где T – распространенность опухоли; N – вовлеченность регионарных лимфоузлов; M – наличие отдаленных метастазов).

Стадия 0 (FIGO) или Тis (ТNМ) расценивается как преинвазивный или внутриэпителиальный рак шейки матки (in situ).

Стадия I (FIGO) или T1 (ТNМ) - опухолевая инвазия ограничивается шейкой матки, без перехода на ее тело.

I A1 (T1 А1) – микроскопически определяемый рак шейки матки с глубиной инвазии до 3 мм с горизонтальным распространением до 7 мм;

I A2 (T1 А2) – прорастание опухоли в шейку матки на глубину от 3 до 5 мм с горизонтальным распространением до 7 мм.

I B1 (T1 В1) – макроскопически определяемый цервикальный рак, ограниченный шейкой матки, либо микроскопически выявляемые поражения, превышающие IA2 (T1А), не превышающее в максимальном измерении 4 см;

I B2 (T1 В2) - макроскопически определяемое поражение, превышающее в максимальном измерении 4 см.

Стадия II (FIGO) или T2 (ТNМ) характеризуется распространением рака за пределы шейки матки; нижняя треть влагалища и стенки таза интактны.

II A (T2 А) – опухоль инфильтрирует верхнюю и среднюю треть влагалища или тело матки без прорастания параметрия;

II B (T2 В) – опухоль инфильтрирует параметрий, но не доходит до стенок таза.

Стадия III (FIGO) или T3 (ТNМ) характеризуется распространением рака за пределы шейки матки с прорастанием параметрия до стенок таза либо вовлечением нижней трети влагалища, либо развитием [гидронефроза](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_urology/hydronephrosis).

III A (T3 А) – опухоль захватывает нижнюю треть влагалища, но не прорастает в стенки таза;

III B (T3 В) – опухоль переходит на стенки таза либо вызывает гидронефроз, или вторичное поражение почки.

Стадия IV А (FIGO) или T4 (ТNМ) характеризуется распространением рака шейки матки в смежные органы либо распространением за пределы таза. Стадия IV B (T4 M1) свидетельствует о наличии отдаленных [метастазов](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/oncologic/metastases).

Клинические проявления при карциноме in situ и микроинвазивном раке шейки матки отсутствуют. Возникновение симптоматики и жалоб свидетельствует о прогрессировании опухолевой инвазии. Наиболее характерным проявлением рака шейки матки служат кровянистые выделения и кровотечения: контактные (после спринцевания, осмотра гинеколога, полового акта), постменапаузальные, межменструальные, меноррагии [4,7].

Больные отмечают возникновение белей, водянистых, жидких, прозрачного или желтоватого цвета влагалищных выделений, обусловленных лимфореей. При распаде раковой опухоли выделения принимают гноевидный характер, зачастую имеющих цвет «мясных помоев» и зловонный запах.

При распространении опухоли в нервные сплетения или стенки таза возникают боли в животе, в крестце, под лоном, или во время полового акта.

В случае метастазирования рака шейки матки в тазовые лимфаузлы и сдавливания венозных сосудов могут наблюдаться отеки ног и наружных гениталий.

Если опухолевая инфильтрация затрагивает мочевой пузырь или кишечник, развиваются нарушения мочеиспускания и дефекации, возникает гематурия или примесь крови в кале, иногда возникают влагалищно-пузырные и влагалищно-кишечные свищи [20].

Рак яичников занимает 5 место по частоте среди онкологических заболеваний женской половой сферы и является наиболее частой причиной смерти по сравнению с другими опухолями указанной локализации.

В России в 2023 году было зарегистрировано 12700 новых случаев рака яичников, и 7945 смертей. Источником рака яичника могут являться кисты. К группе риска принадлежат нерожавшие женщины, а также женщины с 5-ю и более беременностями. Повышенный риск заболеть раком яичников имеют женщины с онкологией яичников или груди среди близких родственников. На ранних стадиях рак этой локализации ничем себя не проявляет, в дальнейшем появляются боли в животе, происходит его увеличение, скопление жидкости в брюшной полости, нарушается функция мочевого пузыря, кишечника, повышенная утомляемость. По некоторым данным, рождение ребенка и грудное вскармливание является основным методом профилактики рака яичников[12,18].

## 1.3.Лечение и профилактика заболевания

Для диагностики рака репродуктивной системы женщины осмотра на гинекологическом кресле является не достаточным. Признаки и симптомы, которые вызывают опасения у женщин, также не являются поводом для постановки диагноза. В обязательном порядке назначаются следующие виды исследований:

[РАР-тест (мазок по Папаниколау).](https://new.nmicr.ru/patsientam/diagnostika/kliniko-diagnosticheskaya-laboratoriya/) Информативен в диагностировании опухоли на ранней стадии развития. Оптимальное время для осуществления с– за5 дней до или через 5 дней после менструации.

Кольпоскопия, биопсия. Осуществляется если у женщины уже диагностирована эрозия шейки матки или выявлены любые изменения в клетках эпителия шейки матки. Позволяет выявить рак на ранней стадии развития, что гарантирует сохранение функциональности женской репродуктивной системы после лечения.

Ультразвуковое исследования трансвагинальным способом. Врач имеет возможность установить не точную локализацию опухоли, но и ее размеры. Данный метод дает возможность поставить диагноз рак, даже если признаки и симптомы заболевания отсутствуют.

Для подтверждения диагноза женщина направляется на дополнительное обследование – пункция заднего свода влагалища, компьютерная томография, выскабливание слизистой матки, ультразвуковое исследование брюшного пространства. Только после уточнения диагноза и получения оценки опухоли женской репродуктивной системы врач начинает разрабатывать тактику лечения рака.

Оптимальным методом лечения рака женской репродуктивной системы считается удаление опухоли и последующая медикаментозная терапия. Последняя нужна для уничтожения оставшихся атипичных клеток и предупреждения рецидива заболевания – полностью удалить новообразования является проблематичным.

Схему лечения рака женской репродуктивной системы составляют с учетом опухоли, общего состояния женской репродуктивной системы, местом ее локализации, стадии заболевания. Самыми эффективными являются:

-лучевая терапия – воздействию подвергается весь орган и снаружи и изнутри, зачастую используется комбинированный метод;

-химиотерапия – уничтожаются клетки выявленной опухоли и метастазы, даже если они не были диагностированы;

-иммунотерапия – борется с патогенными клетками, которые могут долгое время «маскироваться» под здоровые;

-гормональная терапия – рак не может прекратить свое развитие при сохраненном дисбалансе гормонов, зачастую для женской репродуктивной системы организуют искусственный климакс, чтобы опухоль прекратила свой рост и атрофировалась [5,11].

Паллиативное лечение назначается, когда рак был диагностирован на поздних стадиях развития и хирургическое удаление опухоли не дает положительной динамики. Врачи в таком случае подбирают лечение, которое направлено на облегчение состояния женщины – признаки и симптомы становятся маловыраженными. Однако данная терапия никак не приостанавливает рост новообразования.

Злокачественные образования в женской репродуктивной системе имеет вариативные прогнозы. Если рак был диагностирован на ранней стадии, то вероятность полного выздоровления составляет 80%. Однако, уже вторая стадия, когда поражаются лимфатические узлы, имеет сомнительный прогноз, а четвертая с распространением атипичных клеток по внутренним системам и органам – неблагоприятной.

Эффективность лечения репродуктивной системы женщин напрямую зависит от своевременной диагностики заболевания. Оно считается излечимым, рак уже давно перестал быть приговором – современные методы позволяют не только полностью избавиться от злокачественной опухоли, но и в большинстве случаев сохранить функции женской репродуктивной системы.

Профилактика онкологического заболевания имеет два направления:

-Изменение образа жизни на менее рискованный;

-ранее выявление онкологической патологии, предраковых и фоновых заболеваний и их лечение;

-также большое значение имеет адекватный объем терапии при выявленном раке. Это позволит увеличить срок ремиссии или избежать рецидива;

-здоровый образ жизни. Существенно снизит вероятность столкнуться со смертельной патологией здоровый образ жизни;

-отказ от вредных привычек [10].

Для снижения риск развития онкозаболеваний нужно отказаться от алкогольных напитков или контролировать их количество. Алкогольные напитки увеличивают риск развития злокачественных образований репродуктивной системы женщин.

Курение также относится к предрасполагающим факторам малигнизации тканей. Например, ежедневно выкуривая пачку сигарет женщина повышает вероятность рака в 10 раз.

Полноценный ночной сон – регулярное переутомление рано или поздно приведет к снижению защитных сил организма. При этом повышаются шансы столкнуться с онкологическими заболеваниями [2,9].

Спокойное эмоциональное состояние является залогом здоровья женщины. Стрессовая ситуация является сильнейшим ударом по иммунитету. Эмоциональная перегрузка является пусковым механизмом для развития рака репродуктивной системы.

Полноценное питание:

Ежедневно нужно употреблять кисломолочные продукты, свежие фрукты и овощи.

Активны образ жизни – является прекрасным профилактическим средством против онкологии. Ожирение существенно увеличивает шансы столкнуться с раковым заболеванием репродуктивной системы. Несложная гимнастика позволит не только сделать фигуру совершенной, но и поправить здоровье.

Физические нагрузки, которые соответствуют возрасту женщины, улучшают кровообращение и метаболизм в тканях. Вследствие чего все системы организма начинают работать правильно, выводя токсины, которые зачастую становятся причиной раковых заболеваний.

Чистота половых отношений: Частая смена половых партнеров предрасполагает заражению венерическими инфекционными агентами.

Также, при отсутствии применения барьерных средств защиты, женщина подвергает себя дополнительному риску возникновения нежелательной беременности. Следовательно, в результате травматизации в процессе аборта значительно увеличивается вероятность раковой трансформации клеток внутренних половых органов. Для снижения риска рака репродуктивной органов, рекомендуется родить в первый раз не позднее 30 лет.

[6,17].

Защита от ультрафиолетового излучения. Первые солнечные лучи весной – настоящая радость для многих. Но природное явление может запустить развитие смертельно опасного процесса в организме. Чтобы этого не допустить, стоит ограничивать пребывание под открытым солнцем.

Регулярные медицинские осмотры. Даже если в рацион входят только правильные продукты, профилактика онкологии невозможна без регулярных посещений терапевта. Даже если ничего не беспокоит, периодически необходимо сдавать на исследование кровь, проверять состояние легких. Это позволит выявить патологию на ранней стадии. Если пришлось столкнуться с тем или иным заболеванием, ни в коем случае нельзя начинать терапию без консультации врача.

Регулярное проведение медицинских осмотров и посещение специалистов при любых, даже незначительных, жалобах – лучшая профилактика онкологии [14].

Сегодня практически все виды рака успешно лечатся. Но важно выявить опухоль на ранней стадии. Чем раньше обнаружен патологический процесс, тем успешнее будет лечение и лучше прогноз.

Одним из эффективных путей снижения смертности от рака является скрининг. Скрининг — это выявление бессимптомного рака путем профилактических осмотров у врача. То есть необходимо посещать специалиста даже при отсутствии жалоб.

# 2.АНАЛИЗ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН

## 2.1. Результаты анкетирования взрослого населения с целью выявления факторов риска и информированности о профилактике

Профилактика рака делится на первичную и вторичную. Первичная профилактика — это комплекс мероприятий, который предотвращает развитие ракового процесса и включает в себя, например, консультирование по вопросам здравоохранения и просвещение, экологический контроль и безопасность продукции. Вторичная профилактика — это комплекс мероприятий, ведущих к выявлению и контролю раковых или предраковых процессов при их локализации, то есть скрининг, раннее выявление и эффективное лечение. Риск развития онкологии существует на протяжении всей жизни для всех, хотя он может варьировать по интенсивности в разных группах. Совместно первичная и вторичная профилактика должны быть объединены в оптимальные стратегии на протяжении всей жизни, которые лучше всего понимаются и оцениваются в соответствии с определенными базовыми концепциями эпидемиологии рака [9].

Производилось анонимное социологическое исследование с применением специально разработанных анкет среди лиц женского пола возрастной категории от 25 до 50 лет в городе Таганроге на базе Таганрогского Медицинского Колледжа. Всего в опросе участвовало 16 человек.

Обработка результатов анкетирования представлена в таблице 2.1

## Таблица 2.1



## 2.2 Анализ результатов анкетирования

В ходе проводимого социологического исследования выяснилось, что только 69% опрошенных ходят на прием к гинекологу, в то время как 19% не посещают, 12% затруднились с ответом, рис.2.1.

Рис. 2.1 Информированность о медосмотрах

Таким образом большинство респондентов посещают гинеколога не менее одного раза в год.

Следующая диаграмма наглядно демонстрирует, что большинство (63% респондентов) в случае возникновения какого-либо сбоя менструального цикла обращаются к специалисту (против 31% не обращающихся и 6% затрудняющихся ответить). Рис. 2.2

Рис. 2.2 Информированность о здоровье женской половой системы

При оценке эффективности профилактики онкологии женской репродуктивной системы важное место занимает наличие либо отсутствие вредных привычек. Данная диаграмма позволяет увидеть, что подавляющее большинство опрошенных имеют какие-либо вредные привычки (69% против 25% без них. Еще 6% сомневаются) Рис. 2.3

Рис. 2.3 Информированность об онкологии женской репродуктивной системы

Стресс – один из важнейших факторов риска заболеваемости онкологией. В ходе опроса выяснилось, что больше половины респондентов (56%) считают свой образ жизни стрессовым. Рис 2.4

Рис. 2.4 Информированность об онконастороженности

Также, из следующей диаграммы мы можем увидеть, что соотношение женщин, поддерживающих оптимальный баланс питания и двигательной активности, и женщин с дисбалансом вышеуказанного, примерно, одинаков (44% на 44%). Рис 2.5

Рис 2.5 Информированность о факторе риска - курении

Информированность населения является важнейшим звеном в цепочке профилактических мероприятий. Следующая диаграмма показывает, что из числа респондентов не обладают информацией по теме только 19% (против 79%) Рис 2.6

Рис 2.6 информированность о факторе риска - алкоголе

Приоритетным направлением профилактической работы является разъяснительная работа медицинского персонала на местах, в особенности, в женской консультации. Мы видим, что среди наших респондентов только 50% отвечают утвердительно на вопрос о проведении с ними разъяснительной работы. 44% ответили отрицательно (6% затруднились ответить) Рис 2.7

Рис 2.7 Информированность о факторе риска – стрессе.

На следующей диаграмме мы можем увидеть, что из тех, кто получил информацию по профилактике заболеваний репродуктивной системы от медсестры, только 37% выполнили рекомендации в то время, как 38% ответили отрицательно (25% сомневающихся). Рис 2.8

Рис 2.8 Информированность о пользе ЗОЖ.

Женская консультация – первое и самое важное место, где женщина может получить информацию о проблеме, потенциальных рисках и возможности их профилактики. Опрос показал, что лишь 50% респондентов могут ответить утвердительно на вопрос наличия в их консультации какого-либо ориентира в виде печатной информации. Рис 2.9

Рис 2.9 Оценка пользы от инфромированности.

Профосмотры обладают наибольшей информативностью для первоначального выявления большинства возможных отклонений. В том числе и онкологии. Опрос показал, что профосмотрам подвергается объективно малое количество респондентов – 25% (против 44%)

Рис 2.10 Анализ санпросвет-работы женской консультации.

Рис 2.11 Анализ организации медсестрой профосмотров.

Из результатов исследования видно, что у респондентов наблюдается достаточно низкий уровень настороженности и обеспокоенности к собственному здоровью и здоровью репродуктивных органов, при достаточно большом объеме факторов потенцирующих возрастания рисков патологии половой системы и нарушения детородной функции (гиподинамия, хронический стресс, неправильное питание, курение).

Данная сложившаяся ситуация может являться прямым следствием недостаточной просветительской работы среди женщин, возможных последствий для здоровья и низкого уровня осознания проблемы, нежелание трать рабочее или свободное время на прохождение процедур, «простаивания в очередях», что формирует отрицательное влияние социально-гигиенического фактора.

Большую роль в осуществлении профилактических мероприятий в отношении онкологических заболеваний играют медицинские сестры первичной медико-санитарной помощи, которые изучают те или иные особенности образа жизни населения, которые оказывают влияние на развитие наиболее распространенных злокачественных новообразований, и в случае выявления данных факторов приоритетной является пропаганда необходимых знаний среди широко массы населения.

В Национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями на долгосрочный период до 2030 года определены приоритеты, цели и основные направления государственной политики в области борьбы с онкологическими заболеваниями, направленные на снижение общей смертности от онкологических заболеваний, а также на профилактику и снижение уровня инвалидизации при онкологических заболеваниях.

Профилактика всех уровней представляет собой одно из основных средств борьбы со злокачественными новообразованиями. Несмотря на значительный прогресс в области изучения причин возникновения злокачественных новообразований и методов их предупреждения, проблемным остается вопрос информационного сопровождения граждан по вопросам профилактики рака в системе профилактической помощи.

Просветительская работа медицинских сестер должна быть направлена и на мотивирование граждан к участию в программах скрининга и других мероприятиях по раннему выявлению злокачественных новообразований, включая в соответствующих случаях обучению методам самообследования. Активная позиция медицинских сестер по просвещению и информированию прикреплённого населения, участие в организации и проведении информационных коммуникативных компаний и медиапроектов, - залог общего успеха профилактического компонента борьбы с онкологическими заболеваниями.

Таким образом, среди комплекса мер, направленных на повышение качества профилактики онкологических заболеваний, роль медицинских сестер – самой многочисленной части кадровых ресурсов в системе здравоохранения играет первостепенное значения, в связи с тем, что медицинская сестра – это жизненно важное звено в оказании всесторонней и эффективной профилактической помощи населению.

Рекомендации для практического здравоохранения:

- Активизировать совместную деятельность средних медицинских работников по формированию активной позиции у женщин к своему здоровью.

-Продолжать проводить лекции на тему: «Женское здоровье. Профилактика рака молочной железы», расширить охват населения г.

-Использовать созданный информационный банк по вопросам профилактики онкологических заболеваний репродуктивной системы женщин (памятки, обучающую презентацию).

- Размещать информацию на сайтах в интернете.

Для женского населения:

-Ввести здоровый образ жизни.

- Активно заниматься самообразованием и повышать уровень осведомленности в вопросах профилактики рака репродуктивной системы.

- Посещать лекции «Женское здоровье. Профилактика рака молочной железы». Убедить женщин перестать бояться. Позиция страуса не приносить плодов, «женщина, ежемесячно занимающаяся самообследованием, знает свои молочные железы лучше любого специалиста» и раньше может заметить малейшие изменения, которые могут в них произойти. В ходе исследования была разработана памятка профилактика рака репродуктивной системы женщин, Приложение Б.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одной из серьёзных проблем современной медицины является рост онкологической заболеваемости у женщин. Кривая онкологических заболеваний неуклонно идёт вверх. Рак репродуктивной системы женщины занимает второе место в структуре онкологических заболеваний, уступая только раку молочной железы.

Ежегодно в мире регистрируется 470 тысяч новых случаев заболевания раком шейки матки, что составляет 14,2% от числа всех злокачественных новообразований у женщин.

Во всех развитых странах уделяется всевозрастающее внимание первичной профилактике онкологических заболеваний. Классическим примером первичной профилактики является вакцинация. На сегодняшний день существуют две вакцины: Гардасил – квадривалентная рекомбинантная вакцина против ВПЧ 6, 11, 16, 18 типов и Церварикс, обеспечивающая защиту против пяти наиболее распространённых типов ВПЧ высокого онкогенного риска (16, 18, 31, 33 и 45). Вакцина наиболее эффективна до полового дебюта.

Основными причинами, влияющими на увеличение заболеваемости раком тела матки, считаются: увеличение продолжительности жизни женщины (рак тела матки – это постменопаузный рак); увеличение количества женщин с нейроэндокринными нарушениями (в настоящее время женщина больше подвержена стрессам, неполностью реализованная детородная функция, отсюда гипотрофия яичников, синдром истощения яичников и, как следствие, патология эндометрия); позднее наступление менопаузы.

Большинство женщин имеет тот или иной фактор риска возникновения опухолей. Возникновение опухоли никогда не происходит на фоне нормально функционирующего эндометрия. Ей предшествуют гиперпластический процесс, аденоматоз или атрофия, т.е. в развитии опухоли можно наблюдать определенные этапы канцерогенеза. Общее состояние больной обычно ухудшается только в запущенных случаях. В основном, почти все пациентки длительное время чувствуют себя здоровыми.

Факторами прогноза при раке тела матки являются: гистологическая структура опухоли и степень её дифференцировки; глубина инвазии в миометрий; распределение опухоли на цервикальный канал, наличие опухолевых клеток в сосудах, метастазы в яичниках. В настоящее время каких-либо опухолевых маркёров для уточнения диагностики рака тела матки не существует.

В работе проанализирована классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика онкологических заболеваний репродуктивной системы женщин, определена роль медицинской сестры в профилактике факторов риска развития заболевания.

При написании работы были поставлены цель и задачи, определены объект и предмет исследования. Была изучена профилактика и заболевания и роль медицинской сестры в профилактике заболевания.

# Список литературы

1. Акушерство: национальное руководство/ под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1088 с.
2. Брико, Н. И. Эпидемиология. Учебник / Н.И. Брико, В.И. Покровский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 368 c.
3. Белоусова, А. К. Практические навыки и умение медсестры инфекционного профиля / А.К. Белоусова, Л.А. Сербина. - М.: Феникс, 2021. - 128 c.
4. Барчук А.А., Раскина Ю.В., Смирнова О.В. и соавт. Скрининг онкологических заболеваний на уровне государственных программ: обзор, рекомендации и управление. Общественное здоровье. 2021;1(1):19–31. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-1-1-19-31.
5. Громашевский, Л. В. Общая эпидемиология. Учебник / Л.В. Громашевский. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2019. - 320 c.
6. Захарченко О.О., Терентьева Д.С., Сураева Н.А., Комаров Ю.И. Выявляемость злокачественных новообразований в процессе диспансеризации взрослого населения в Северо-Западном федеральном округе в 2016–2019 годах. Социальные аспекты здоровья населения. 2021;67(6):5. DOI: 10.21045/2071-5021-2021-67-6-5.
7. Кочиева М.Л. Скрининг в онкологии. Современное состояние проблемы. Справочник врача общей практики. 2020;4:4–12. DOI: 10.33920/med-10-2004-01.
8. Морозова, Г. И. Основы сестринского дела. Ситуационные задачи. Учебное пособие / Г.И. Морозова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 240 c.
9. Михайлов, Юрий Охрана труда в медицинских учреждениях / Юрий Михайлов. - М.: Директ-Медиа, 2019. - 605 c.
10. Мурашко, В. В. Общий уход за больными. Учебное пособие / В.В. Мурашко, Е.Г. Шуганов, А.В. Панченко. - М.: Медицина, 2019. - 224 c.
11. Мухина, С. А. Практическое руководство к предмету "Основы сестринского дела" / С.А. Мухина, И.И. Тарновская. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 512 c.
12. Обуховец, Т. П. Основы сестринского дела / Т.П. Обуховец, О.В. Чернова. - М.: Феникс, 2021. - 768 c.
13. Островская, И. В. Основы сестринского дела / И.В. Островская, Н.В. Широкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 320 c.
14. Подгорнова А.А., Степанова А.В., Разумова М.С. Сравнительный анализ злокачественных новообразований у мужчин и женщин в зависимости от локализации по данным Росстата за 2016–2019 гг. В кн.: Материалы II Международной научно-практической конференции «Бородинские чтения», посвященной 85-летию Новосибирского государственного медицинского университета. Новосибирск: ИПЦ НГМУ; 2020;2:120–124.
15. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: Руководство для практических врачей. Под общ. ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова. М.: Литтерра, 2019. – С. 257-705.
16. Татарников, М.А. Охрана труда в медицинских организациях / М.А. Татарников. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 683 c
17. Чимитдоржиева Т.Н. Рак шейки матки у женщин Дальневосточного федерального округа (заболеваемость и смертность). Опухоли женской репродуктивной системы. 2020;16(2):50–54. DOI: 10.17650/1994-4098-2020-16-2-50-54.
18. Чернобровкина А.Е. Вклад диспансеризации взрослого населения в раннее выявление онкологических заболеваний женских половых органов. Профилактическая медицина. 2022;25(1):7–13. DOI: 10.17116/profmed202250117.
19. Чернобровкина А.Е. Место профилактики онкогинекологических заболеваний в работе женской консультации. Профилактическая медицина. 2021;24(11):74–79. DOI: 10.17116/profmed20212411174.
20. Человечкова К.Д., Жербаков А.Ю., Комарова А.Е., Мануева Р.С. Анализ структуры и динамики гинекологической заболеваемости и экстрагенитальной патологии среди сельских женщин. Acta Biomedica Scientifica. 2020;5(5):7–11. DOI: 10.29413/ABS.2020-5.5.1.

# ПРИЛОЖЕНИЕ А

Анкета

«О знании респондентов женской консультации о репродуктивном

здоровье женщин»

Уважаемый (ая) респондент!

Просим вас принять участие в анонимном анкетировании для

выявления вашей осведомленности о репродуктивном здоровье женщин.

Благодарим вас за участие в анкетировании.

1. Ходите ли Вы на прием к гинекологу один раз в год?

2. Обращаетесь ли Вы к врачу в случае задержки, отсутствия цикла, либо изменения его частоты?

3. Имеются ли у Вас какие-либо вредные привычки?

4. Можно ли назвать Ваш образ жизни стрессовым?

5. Считаете ли Вы свой образ питания и двигательной активности рациональным?

6. Знаете ли вы что такое онкология женской репродуктивной системы?

7. Проводила ли с Вами разъяснительную работу медсестра в консультации на тему здоровья женской половой системы?

8. Выполняли ли вы рекомендации медицинской сестры по профилактике заболевания репродуктивной системы?

9. Есть ли в Вашей консультации памятки или санбюллетени на тему женского репродуктивного здоровья?

10. Проводятся ла на Вашем рабочем месте профосмотры?

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Памятка

