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 2-1-2  Прокопенко Екатерина Сергеевна | |
|  | | Руководитель:  Рачковская Татьяна Николаевна | |
|  |  | |

2024

**СОДЕРЖАНИЕ**

[ВВЕДЕНИЕ 3](#_Toc155948355)

[1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ 6](#_Toc155948356)

[1.1.Онкологические заболевания репродуктивной системы женщин: определение и классификация заболевания 6](#_Toc155948357)

[1.2.Этиология и патогенез заболевания 9](#_Toc155948358)

[1.3.Лечение и профилактика заболевания 14](#_Toc155948359)

Выводы первой главы……………………………………………………………19

[2.АНАЛИЗ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН 20](#_Toc155948360)

[2.1. Результаты анкетирования взрослого населения с целью выявления факторов риска и информированности о профилактике 20](#_Toc155948361)

[2.2.Анализ результатов анкетирования 21](#_Toc155948362)

2.3 Рекомендации для женского населения по профилактике онкологических заболеваний репродуктивной системы женщины.………………………………29

Выводы второй главы……………………………………………………………30

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 32](#_Toc155948363)

[Список литературы 33](#_Toc155948364)

[ПРИЛОЖЕНИЕ А 36](#_Toc155948365)

# ВВЕДЕНИЕ

Сегодня каждая пятая женщина в России с онкологическим диагнозом страдает от поражения репродуктивной системы. А умирает от этого вида онкологии-44000 женщин ежегодно. При этом, существуют эффективные меры диагностики и лечения. Рост числа онкологий связывается с малой активностью женщин в профилактике такого рода заболеваний. Между тем, благоприятный исход зависит именно от того, насколько своевременно пациентка обратилась к врачу.

Наибольший удельный вес в структуре онкологической заболеваемости женщин имеют злокачественные новообразования органов репродуктивной системы (40,1%); рак молочной железы (22,1%) является здесь ведущей онкологической патологией, опухоли половых органов составляют 18,0% всех злокачественных новообразований у женщин.

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 общепризнана приоритетная роль профилактики 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 - изучить роль 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 анкетирование и, на его основе, анализ роли медицинской сестры в профилактике онкологических заболеваний репродуктивной системы женщины.

4. Сделать выводы на основе собранных данных и разработать рекомендации для практического здравоохранения.

Объект исследования – профилактика онкологических заболеваний репродуктивной системы женщины.

Предмет исследования – роль медсестры в профилактике онкологических заболеваний репродуктивной системы женщины.

Гипотеза – активная роль медсестры в профилактике онкологических заболеваний репродуктивной системы женщины позволяет существенно снизить количество заболевающих данным видом онкологии.

Методы исследования: Изучение состояния проблемы по результатам научно-теоретического анализа медицинской литературы по данной теме (сбор информации), анализ, синтез, обобщение, эмпирический метод (анкетирование).

Практическая значимость – полученные результаты могут быть использованы в практическом здравоохранении.

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.

Самое распространенное онкологическое заболевание среди женщин-рак молочной железы. В 2020 году, по данным Всемирной организации здравоохранения, во всем мире выявили 2.3 млн случаев.

В Российской Федерации в 2023 г. выявлено 77 тыс. новых случаев рака молочной железы (РМЖ)[1]. Около трети больных (29,7%) поступают на лечение с III–IV стадией заболевания, а смертность в течение первого года с момента установления диагноза достигает 6,4%. Ежегодно в России от РМЖ умирают более 22,7 тыс. женщин. В структуре смертности от злокачественных процессов доля РМЖ составляет 17,1% [2–4].

Повышение риска РМЖ зависит от самых разнообразных факторов. К их числу относят репродуктивный анамнез (раннее менархе, поздняя менопауза, бесплодие), активность яичников — длительный репродуктивный период (число овуляций более 350–400), генетические особенности, характер питания и специфические эндокринные факторы. В случае с РМЖ, проблема состоит в том, что заболевания молочных желез-доброкачественные или злокачественные- на первых порах протекают бессимптомно. Однако, каждая десятая россиянка игнорирует обращение к врачу. При этом, выявленный на ранней стадии РМЖ излечивается в 98 % случаев.

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.

Таким образом, можно говорить о том, что на репродуктивную систему у женщин приходится около 17% всех случаев рака, который имеет разные типы и симптомы и может локализовываться в различных областях половой сферы женщины. Также известно, что существует ряд факторов риска, повышающих вероятность онкологии, таких как: избыточный вес, ановуляция, поздняя минопауза, гипертензия и диабет, а также, факторы риска окружающей среды. И, наконец, рак характеризуется стадийностью, в гинекологии описываемой по системе TNM, и его прогноз напрямую зависит от того, в какой стадии выявлена опухоль.

## 1.2.Этиология и патогенез заболевания

Рак молочной железы (РЖМ). Основное звено патогенеза- усиление выработки эстрогенов и уменьшение их утилизации. Типы РМЖ бывают узловыми и диффузными (по степени злокачественности). Наименее агрессивной считается узловая опухоль, а наиболее агрессивной- диффузная. Почти все раки молочной железы возникают из клеток железистого эпителия, выстилающего альвеолярные и дольковые молочные протоки, и поэтому представляют собой типичные аденокарциномы. Правда, при скрининге особенно часто обнаруживаются настоящие внутрипротоковые карциномы in situ ( DSIS). Большинство первичных раков к моменту постановки диагноза инвазируют строму железы ( инвазивная карцинома). Начальные стадии рака груди характеризуются наличием небольшой безболезненной опухоли в виде плотного узла.

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 моменту 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 климактерическом периоде и менопаузе.

Рак шейки матки является наиболее частой локализацией опухолей женской репродуктивной системы. Он занимает 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].

Таким образом, все опухоли репродуктивной системы женщины можно разделить на наружные и внутренние. Известно, что возраст больных раком наружной локализации – самый большой в сравнении с другими. А наиболее частым является рак шейки матки среди всех опухолей женской репродуктивной сферы, уступая только раку молочной железы. Ключевая роль в канцерогенезе этой онкологии – ВПЧ, высокоонкогенные серотипы которого (16, 18) в 95% случаев приводят к малигнизации. Также следует отметить, что к раку шейки матки применяется классификация по двум системам – FIGO и TNM (от стадии in situ(I) до распространения метастазов в отдаленные области (IV). Самой частой причиной смерти по сравнению с другими опухолями является рак яичников, источником которых могут быть кисты. Наиболее важно здесь то, что во всех видах рака какие-либо клинические проявления возникают именно при прогрессировании заболевания.

## 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.

В случае с раком молочной железы, «золотым стандартом» диагностики считается маммография. Женщины в возрасте от 40 лет должны проходить ее каждые 2 года, если отсутствуют факторы риска, и ежегодно- при их наличии.

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.

Активный 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.

Таким образом, для диагностики рака репродуктивной системы женщины, помимо осмотра на гинекологическом кресле, необходимы такие исследования, как: маммография, мазок по Папаниколау, кольпоскопия, биопсия, УЗИ трансвагинальным способом. После этого диагноз нужно еще подтвердить. В лечении же наибольшую эффективность показали: лучевая, химиотерапия, иммунотерапия и гормональная терапия. Лечение напрямую зависит от своевременности диагностики. Профилактика состоит из нескольких компонентов:

1. Приведение образа жизни к менее рискованному.
2. Исключение канцерогенных факторов.
3. Регулярное приведение скрининга – выявления бессимптомного рака путем профилактических осмотров у врача.

**Выводы первой главы**

1. Рак имеет разные типы и симптомы и может локализовываться в области молочных желез, шейки матки, вульвы, в теле матки, в теле яичников.
2. Рак характеризуется стадийностью. Для РШМ, как наиболее распространенного, приняты классификации стадийности: FIGO и TNM (от рака in situ (I) до метастазирования в отдаленные органы(IV))
3. Существует ряд факторов риска, повышающих вероятность онкологии: вредные привычки, наследственность, поздняя менопауза, поздние роды, ВПЧ, имеющиеся кисты, а также, факторы риска окружающей среды.
4. Для успешного лечения необходимо выявить опухоль на ранней стадии. Чем раньше обнаружен патологический процесс, тем лучше прогноз.
5. Для своевременной диагностики рака крайне важна профилактика, нацеленная на два главных направления:

- исключение факторов риска путем приведения образа жизни к более здоровому;

- регулярность обследования у врача-гинеколога (проведение скринингов)

# 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 большинство респондентов получало необходимую информацию от медсестры о проведении регулярных медицинских осмотров (62% против 38% неинформированных). Отсюда можно сделать вывод, что в большинстве случаев медицинская сестра уделяет внимание информированию о необходимости своевременных обследований пациентов, рис.2.1.

Рис. 2.1 Информированность о медосмотрах

Приоритетным направлением профилактической работы является разъяснительная работа медицинского персонала на местах, в особенности, в женской консультации.

Следующая диаграмма наглядно демонстрирует, что около половины анкетируемых были ознакомлены с основными данными по здоровью женской половой сферы (56% против 44% неинформированных). Мы видим, что около половины медсестер не уделяют внимания санитарно-просветительской работе на тему женского здоровья. Рис. 2.2

Рис. 2.2 Информированность о здоровье женской половой системы

Следующая диаграмма показывает, что большинство опрошенных (55%) ответили утвердительно на вопрос об информированности на тему онкологии женской репродуктивной системы (не информированы 45%). Мы можем предположить, что в большинстве случаев медсестры дают пациентам необходимую информацию на тему женской онкологии. Рис. 2.3

Рис. 2.3 Информированность об онкологии женской репродуктивной системы

Из данной диаграммы следует, что в подавляющем большинстве случаев (81% ответивших утвердительно против 19%) медсестра доводит до пациентов важность обращения к врачу при каких-либо изменениях в женских физиологических процессах. Рис 2.4

Рис. 2.4 Информированность об онконастороженности

При оценке эффективности профилактики онкологии женской репродуктивной системы важное место занимает наличие либо отсутствие вредных привычек. Просветительская работа медсестры имеет в этом случае ведущее значение. Следующая диаграмма позволяет увидеть, что большинство анкетированных получали от медсестры информацию о вреде курения (75% против 25%). Рис 2.5

Рис 2.5 Информированность о факторе риска – курении

Алкоголь – фактор риска, повышающий вероятность онкологии. Информированность населения об этом является важным звеном в цепочке профилактических мероприятий. Следующая диаграмма показывает, что из числа респондентов информированы медсестрой по этой теме только 19% (против 81%).Из этого следует, что в большинстве случаев медсестры не уделяют теме алкоголя должного внимания. Рис 2.6

Рис 2.6 информированность о факторе риска – алкоголе

Стресс, - также, серьезный канцерогенный фактор, который необходимо избегать. Из диаграммы видно, что с большей частью опрошенных не проведена беседа по данной теме (только 37% информированы). Здесь, как и в предыдущем вопросе прослеживается недостаточность внимания к данному аспекту проблемы онконастороженности. Рис 2.7

Рис 2.7 Информированность о факторе риска – стрессе.

Следующий вопрос, а именно, подход к образу жизни, как мы видим, освещался медсестрами для большинства опрошенных. Из диаграммы мы можем сделать вывод, что данной теме медперсонал удаляет достаточное внимание (87% информированных). Рис 2.8

Рис 2.8 Информированность о пользе ЗОЖ.

Следующая диаграмма показывает, что для большинства анкетируемых информация, полученная от медсестры по теме профилактики женской онкологии, оказалась важна. Данный вопрос – один из ключевых в нашей работе, поскольку напрямую иллюстрирует, насколько важна просветительская деятельность медицинской сестры (87% ответили утвердительно). Рис 2.9

Рис 2.9 Оценка пользы от информированности.

Женская консультация – первое и самое важное место, где женщина может получить информацию о проблеме, потенциальных рисках и возможности их профилактики. Опрос показал, большинство респондентов отвечают утвердительно на вопрос наличия в их консультации какого-либо ориентира в виде печатной информации (81% против 19%). Рис. 2.10

Рис 2.10 Анализ санпросвет-работы женской консультации.

Профосмотры обладают наибольшей информативностью для первоначального выявления большинства возможных отклонений. В том числе и онкологии. Опрос показал, что профосмотрам подвергается большинство респондентов – 69% (против 31%). Рис. 2.11

Рис 2.11 Анализ организации медсестрой профосмотров.

Проанализировав результаты анкетирования, мы можем сказать, что подавляющее количество вопросов, связанных с факторами риска онкологии, медсестрами освещается. Неудовлетворительные показатели выявились в нескольких случаях. Это вопрос о вреде алкоголя, а также, вопрос о факторе стресса. Этим темам медсестрами было уделено недостаточно внимания. Санпросвет – работа в виде наличия печатной информации показала хороший процент. Профосмотрам подвергнуто около двух третей респондентов, что демонстрирует достойный результат, однако, нужно стремиться к большему охвату.

Таким образом, важнейшую 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 широкой 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.

**2.3 Рекомендации для женского населения по профилактике онкологических заболеваний репродуктивной системы женщины.**

1. Развивать активную жизненную позицию в отношении своего здоровья

2. Вести здоровый образ жизни. Отказаться от вредных привычек. Заниматься спортом.

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

4. Посещать лекции «Женское здоровье. Профилактика рака молочной железы». Ежемесячно проводить самообследование молочных желез.

5. Обязательно посещать профилактические осмотры.

6. Уделить внимание серьезному канцерогенному фактору – стрессу и, необходимости его избегать.

7. Прислушиваться к рекомендациям медицинской сестры в вопросах профилактики онкологических заболеваний репродуктивной системы женщины.

В ходе исследования была разработана памятка «Профилактика рака репродуктивной системы женщины», Приложение Б.

**Выводы второй главы**

На основе анализа практической части работы можно сделать следующие выводы:

1. Санитарно-просветительская работа медсестрами проводится и затрагивает большую часть вопросов, необходимых в профилактической деятельности.
2. Неудовлетворительные показатели выявились в нескольких случаях. Это вопрос о вреде алкоголя, а также, вопрос о факторе стресса. Этим темам было уделено недостаточно внимания.
3. Санпросвет-работа в виде наличия печатной информации показала хороший процент.
4. Профосмотрам подвергнуто около двух третей респондентов, что демонстрирует достойный результат, однако, нужно стремиться к большему охвату.
5. Подавляющее большинство анкетированных женщин положительно оценило важность профилактической работы медицинской сестры.
6. Работа медицинской сестры- важнейшее звено первичной профилактики онкологических заболеваний репродуктивной системы женщины, поскольку ее просветительская деятельность является ключевой в вопросе информационного сопровождения населения.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение следует отметить, что рак органов репродуктивной системы занимает лидирующее место в печальном списке онкопатологий и с каждым годом страшный диагноз ставят все большему количеству женщин. По словам онкологов, еще тридцать лет назад опасное заболевание у молодых женщин встречалось достаточно редко, сегодня же, средний возраст пациенток – от 35 до 55 лет.

Ежегодно в мире регистрируется 470 тысяч новых случаев заболевания раком шейки матки, что составляет 14,2% от числа всех злокачественных новообразований у женщин. И, как и с любыми другими онкопатологиями, большое значение в успешном исходе зависит от того, когда был обнаружен недуг.

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.

И именно поэтому особенно важно информационное сопровождение женщины,- работа медицинской сестры.

Как показало проведенное исследование, большинство факторов риска- это те факторы риска, на которые можно повлиять. Вредные привычки, образ жизни, психологическая и половая гигиена, стрессоустойчивость-это то, с чем можно и нужно работать. А своевременно полученная от медсестры информация- всегда шанс успешной диагностики. Изучение медсестрой этиологических и патогенетических особенностей заболевания, методов их диагностики и профилактики, а также, внедрение знаний и активного участия в санитарно-просветительскую работу- вероятно, спасут не одну жизнь.

В работе проанализирована классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика онкологических заболеваний репродуктивной системы женщин. Были поставлены цель и задачи, определены объект и предмет исследования.

На основании вышеизложенного, можно говорить о том, что роль медицинской сестры в профилактике онкологических заболеваний репродуктивной системы женщины в данном исследовании -определена и изучена. Гипотеза подтверждена. Следовательно, цель исследования- достигнута.

# 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. Информировала ли вас медсестра о необходимости регулярных медосмотров?

a) да б) нет

2. Проводила ли с вами разъяснительную работу медсестра в консультации на тему здоровья женской половой сферы?

a) да б) нет

3. Рассказывала ли вам медсестра об онкологии женской репродуктивной системы?

a) да б) нет

4. Рекомендовала ли Вам медсестра обращаться к врачу в случае задержки, отсутствии цикла , либо изменения его частоты?

a) да б) нет

5. Получали ли Вы рекомендации от медсестры об отказе от курения?

a) да б) нет

6. Проводила ли медсестра с вами беседу о вреде алкоголя?

a) да б) нет

7. Рассказывала ли вам медсестра, что стресс-серьезный фактор риска онкологии женской репродуктивной системы?

a) да б) нет

8. Объясняла ли Вам медсестра важность рационального подхода к питанию и двигательной активности?

a) да б) нет

9. Можете ли Вы сказать, что информация о профилактике онкозаболеваний женской репродуктивной системы, полученная от медсестры, была для вас полезной?

a) да б) нет

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

a) да б) нет

11. Организует ли медсестра на Вашем рабочем месте профосмотры?

a) да б) нет

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Памятка

