

**ВСЕРОССИЙСКИЙ МОЛОДЕЖНЫЙ КОНКУРС ПО ПРОБЛЕМАМ КУЛЬТУРНОГО
НАСЛЕДИЯ, ЭКОЛОГИИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ
«ЮНЭКО»**

Направление: МЕДИЦИНА И ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

**Тема: ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ
СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ
ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

Соискатель: Полихрониди Анастасия Константиновна

Научный руководитель: Егорова Наталья Александровна

Место выполнения работы: Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Краснодарский краевой базовый медицинский колледж» министерства здравоохранения Краснодарского края

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| АННОТАЦИЯ..... | 3 |
| ВВЕДЕНИЕ | 4 |
| ГЛАВА 1. ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ..... | 6 |
| 1.1. Рак вульвы..... | 6 |
| 1.2. Рак шейки матки | 8 |
| 1.3. Рак тела матки | 11 |
| 1.4. Рак яичников | 14 |
| ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ..... | 18 |
| 2.1. Характеристика базы исследования..... | 18 |
| 2.2. Анализ статистических данных по распространённости злокачественных опухолей женских половых органов в Российской Федерации и Краснодарском крае | 19 |
| 2.3. Определение и ранжирование факторов риска злокачественных опухолей женских половых органов..... | 20 |
| 2.3.1. Анализ медицинских карт амбулаторных больных..... | 20 |
| 2.4. Разработка плана сестринского ухода при злокачественных опухолях женских половых органов на конкретном клиническом примере..... | 22 |
| 2.5. Определение осведомленности пациентов о методах профилактики злокачественных опухолей женских половых органов по результатам анкетирования..... | 25 |
| 2.5.1. Разработка анкеты и анкетирование пациенток..... | 25 |
| 2.5.2. Анализ результатов анкетирования..... | 27 |
| 2.6. Разработка памятки по профилактике злокачественных опухолей женских половых органов для пациентов..... | 28 |
| ВЫВОДЫ..... | 29 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 30 |
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ..... | 32 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ..... | 33 |

АННОТАЦИЯ

Работа посвящена исследованию теоретических и практических аспектов сестринского ухода и наблюдения при злокачественных опухолях женских половых органов. Показана актуальность проблемы и возможные пути решения.

Работа состоит из титульного листа, содержания, аннотации, введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы, приложения.

Во введении аргументируется актуальность темы работы, устанавливаются цели и задачи исследования.

В первой главе рассматриваются: характеристика злокачественных заболеваний женских половых органов, их клиника, диагностика, методы лечения и профилактики, проведен анализ литературных источников по теме исследования.

Во второй главе проведен анализ медицинской документации по выявлению факторов риска злокачественных опухолей женских половых органов; разработан план деятельности медицинской сестры при уходе за пациентками со злокачественными опухолями женских половых органов; проведено анкетирование пациентов об осведомлённости о методах профилактики злокачественных опухолей женских половых органов.

При выполнении работы использованы учебники, монографии, периодические издания, в которых данная тема анализировалась различными авторами.

ВВЕДЕНИЕ

Ежегодно в мире регистрируется 12,7 млн новых случаев рака, из них более 1 млн приходится на заболевания женской половой сферы. Смертность при раке шейки матки составляет 52%, при раке тела матки – 33%, при раке яичников – 63%.

Актуальность проблемы злокачественных заболеваний женской половой системы определяется омоложением контингента больных, страдающих опухолями репродуктивной системы, при этом большинство пациенток трудоспособного возраста, что представляет угрозу репродуктивной функции женского населения Российской Федерации. Рак тела матки, рак шейки матки, рак яичников в сумме достигают 35% от всех онкологических заболеваний у женщин. В России в 21 веке ежегодно диагностируют до 15 тыс. новых случаев рака шейки матки или 7% от общего числа онкобольных. Пятилетняя выживаемость при I стадии рака шейки матки равна 88,8%, а при IV только 7,8%. Онкозаболевания яичников в России находятся на 7 позиции среди злокачественных заболеваний у женщин. Рост числа злокачественных новообразований гинекологической сферы у женщин и омоложение пациенток вызывают увеличение количества пациентов с психопатологическими расстройствами, что, в свою очередь, влечет снижение качества жизни онкологических больных.

Объект исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры при уходе за пациентами со злокачественными опухолями женских половых органов.

Предмет исследования: нормативная документация, регламентирующая ведение гинекологических больных, статистические данные по частоте больных со злокачественными опухолями женских половых органов в РФ, Краснодарском крае, городе Краснодаре, медицинские карты амбулаторных больных, данные анкетирования пациенток, литература по теме исследования.

Цель работы: исследование особенностей сестринского ухода и наблюдения при злокачественных опухолях женских половых органов.

Задачи исследования:

1. Провести анализ литературы по теме исследования.
2. Закрепить, углубить, систематизировать знания по сестринскому уходу при злокачественных опухолях женских половых органов, подтвердить освоение видов деятельности, общих и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС СПО по специальности 34.02.01. Сестринское дело.
3. Дать характеристику базы исследования.
4. Провести анализ статистических данных по распространенности злокачественных опухолей женских половых органов в Российской Федерации и Краснодарском крае.
5. Провести анализ медицинских карт амбулаторных больных.
6. Разработать план сестринского ухода при злокачественных опухолях женских половых органов на конкретном клиническом примере.
7. Определить степень осведомленности пациентов о методах профилактики злокачественных опухолей женских половых органов по результатам анкетирования.
8. Разработать памятку по профилактике злокачественных опухолей женских половых органов для пациентов.

Методы исследования:

- теоретический анализ литературных источников по теме исследования;
- метод научного исследования (анализ статистических данных);
- метод социологического опроса (анкетирование);

– методы математической статистики (вычисление процентных соотношений).

Практическая значимость работы: данное исследование позволило углубить, расширить, закрепить знания об особенностях сестринского ухода и наблюдения при злокачественных опухолях женских половых органов.

Подтверждено освоение видов деятельности, общих и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС СПО по специальности 34.02.01 Сестринское дело.

Разработана памятка «Профилактика рака шейки матки».

Полученные материалы могут быть использованы в учебном процессе медицинского колледжа при изучении ПМ 02. МДК 02.01.Р.5 «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояния в акушерстве и гинекологии».

ГЛАВА 1. ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

1.1. Рак вульвы

Злокачественные опухоли вульвы составляют 2–5% среди злокачественных онкогинекологических заболеваний, занимая четвертое место после РШМ, рака эндометрия и рака яичников. В США ежегодно выявляют около 4000 больных раком вульвы, и 850 женщин умирают от этого заболевания.

Эпидемиология рака вульвы изучена недостаточно. В развитых странах заболеваемость находится на уровне 3–5%. Средний возраст больных раком вульвы составляет 65–68 лет. Пик заболеваемости приходится на 75 лет. У женщин репродуктивного возраста злокачественные новообразования вульвы диагностируют крайне редко.

Несмотря на то, что рак вульвы можно обнаружить при осмотре, более 60% пациенток поступают на лечение уже с III–IV стадиями заболевания. У большинства больных злокачественная опухоль развивается на фоне предшествующих заболеваний и состояний (атрофический и склеротический лишай, атрофия вульвы), которые имеют выраженную симптоматику, что должно было бы создавать условия для своевременной диагностики и профилактики рака. Это свидетельствует о недостаточном внимании, уделяемом гинекологами общей лечебной сети лечению фоновых и предраковых заболеваний вульвы, низкой онкологической настороженности и низком уровне санитарно-просветительской работы среди населения.

Факторы риска:

1. Пожилой возраст: 75 % больных старше 50 лет; 65 % больных старше 70 лет.
2. Инфекция, вызываемая вирусом папилломы человека.
3. Частая смена половых партнеров.
4. Курение.
5. Ожирение.
6. Артериальная гипертензия.
7. Сахарный диабет.
8. Низкий социально-экономический статус.
9. Меланома или атипичные невусы кожи вне вульвы.
10. Злокачественные опухоли других половых органов.

Основные *причины* развития рака вульвы — нейроэндокринные нарушения, возникающие в постменопаузе. Определённое значение имеет снижение уровня рецепторов к эстрогену в тканях вульвы. У подавляющего числа пациенток злокачественная опухоль возникает на фоне возрастных инволютивных изменений вульвы. Этот процесс проходит несколько этапов: возрастная инволюция кожи и слизистой оболочки, дистрофические изменения, на фоне которых формируются участки пролиферации, развитие дисплазии и трансформация в преинвазивный и инвазивный рак [2,13].

Заболевают в основном женщины 60-69 лет. Чаще рак вульвы поражает большие половые губы, периуретральную область и заднюю спайку, в последнюю очередь вовлекается мочеиспускательный канал.

Клиническая картина. Если опухолям вульвы не предшествовали нейродистрофические процессы, то на ранних стадиях заболевания симптомы выражены незначительно и проявляются зудом, жжением, а затем развитием небольшой язвы.

По мере прогрессирования заболевания выраженность этих симптомов увеличивается. При инфильтрации подлежащих тканей появляются боли в области промежности, рези и жжение при мочеиспускании, особенно при инфильтрации наружного отверстия мочеиспускательного канала. Образование значительного массива опухоли приводит к появлению обильных зловонных выделений с примесью крови, кровотечению.

При развитии рака на фоне дистрофических изменений ведущим симптомом является зуд – приступообразный, усиливается ночью. Изменения кожи и слизистой оболочки соответствуют клиническим проявлениям крауроза и лейкоплакии вульвы. Очаги лейкоплакии уплощаются, грубеют, возникает уплотнение подлежащего пласта кожи, на поверхности лейкоплакии организуется язва с плотными краями.

Отмечается частое и быстрое метастазирование, что связано с развитой лимфатической сетью вульвы. Сначала поражаются паховые, затем - подвздошные и поясничные лимфатические узлы. Отмечено поражение последних с противоположной стороны в связи с обилием анастомозов между внутри- и внеорганными лимфатическими сосудами.

Диагностика. При осмотре наружных половых органов следует обратить внимание на размеры первичного очага, фон, на котором развивалась злокачественная опухоль, локализацию процесса, характер роста опухоли, состояние подлежащих тканей. Влагалищно-абдоминальное и ректо-вагинальное исследования проводят с целью исключения метастатического характера опухоли и установления степени распространенности процесса.

Определяют состояние лимфатических узлов в паховой, бедренной и подвздошной областях. В диагностике также используются вульвоскопия, цитологическое исследование отпечатков с опухоли, гистологическое исследование материалов биопсии, УЗ-томография паховых, бедренных и подвздошных лимфатических узлов, по показаниям – цистоскопия, экскреторная урография, рентгенография грудной клетки, цитологическое исследование пунктатов из лимфатических узлов [3,15].

Лечение. При лечении преинвазивного рака вульвы методом выбора является вульвэктомия или криодеструкция у молодых женщин. У больных микроинвазивным раком показана простая вульвэктомия.

При I стадии (опухоль диаметром до 2 см, ограниченная вульвой, регионарные метастазы не определяются) лечение хирургическое. Производят радикальную вульвэктомию. При отсутствии противопоказаний операцию дополняют пахово-бедренной лимфаденэктомией. При локализации опухоли в области клитора производят радикальную вульвэктомию и пахово-бедренную лимфаденэктомию.

При наличии противопоказаний к хирургическому лечению назначают лучевую терапию.

При II стадии (опухоль диаметром более 2 см, ограниченная вульвой, регионарные метастазы не определяются) производят радикальную вульвэктомию и пахово-бедренную лимфаденэктомию.

После операции осуществляют облучение зоны вульвэктомии. При наличии противопоказаний к комбинированному лечению проводят сочетанное лучевое лечение по радикальной программе. В области регионарных паховых лимфатических узлов проводится дистанционная гамма-терапия.

При III стадии (ограниченное местное распространение и регионарные смещаемые метастазы) производят радикальную вульвэктомию и пахово-бедренную лимфаденэктомию, дополняемую по показаниям подвздошной лимфаденэктомией с последующим дистанционным

облучением зоны вульвэктомии. При противопоказаниях к комбинированному лечению – сочетанная лучевая терапия по радикальной программе.

При значительном местном или местно-регионарном распространении опухоли перед операцией проводят дистанционное облучение вульвы, внутритоплостную гамма-терапию с последующей радикальной вульвэктомией и пахово-бедренной лимфаденэктомией, дополняемой по показаниям подвздошной лимфаденэктомией. После операции проводят облучение зоны вульвэктомии.

При противопоказаниях к комбинированному лечению показана сочетанная лучевая терапия по радикальной программе.

При IV стадии (распространение опухоли на верхнюю часть уретры, и (или) мочевого пузыря, и (или) прямую кишку, и (или) кости таза с наличием или отсутствием регионарного метастазирования) проводят лучевую терапию по индивидуальной программе, дополняемую полихимиотерапией (фторурацил, винкристин, блеомицин, метотрексат) [6,19].

Профилактика. Рак вульвы редко развивается на фоне здоровых тканей. Ему предшествуют и сопутствуют дисплазия и (или) преинвазивный рак.

Поэтому первичной профилактикой рака вульвы служат выявление во время профилактических осмотров (1 раз в полгода) фоновых дистрофических процессов, уточнение гистологического строения измененных тканей, адекватное лечение фоновых процессов, выявление и хирургическое лечение дисплазии, преинвазивного рака наружных половых органов.

1.2. Рак шейки матки

Рак шейки матки является наиболее распространенным злокачественным заболеванием, диагностируется с частотой 8-10 случаев на 100 тыс. женщин.

Рак шейки матки чаще наблюдается в перименопаузальном периоде (32,9%), в возрасте 30-39 лет он встречается реже; пик заболеваемости приходится на возраст 40-60 лет, а при преинвазивном раке – на 25-40 лет [2,18].

Факторы риска развития рака шейки матки

1. Родовая травма, воспаление и травма после аборт (что приводит к деформации, нарушению трофики и иннервации тканей), ранняя половая жизнь, беспорядочные половые связи, частая смена половых партнеров, фактор смегмы у сексуального партнера (считается, что смегма накапливается под крайней плотью, содержит канцерогенные вещества); вирусные инфекции (ВПГ, тип 2, ВПЧ).

2. Профессиональные вредности (табачное производство, горнорудная и угольная промышленность, нефтеперерабатывающие заводы) также играют роль в возникновении заболевания шейки матки.

3. Наследственность (считают, что риск возникновения заболевания увеличивается в 1,6 раза у женщин с такой предрасположенностью).

4. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки.

По морфологическому строению различают плоскоклеточный рак шейки матки (85-90%), железистый (10-15%) и смешанный (20%). По степени дифференцировки выделяют высокодифференцированную, умеренно дифференцированную, низкодифференцированную формы [2,17].

Классификация рака шейки матки по стадиям:

- 0 стадия – преинвазивный (внутриэпителиальный) рак, карцинома *in situ*.

- I а стадия – опухоль ограничена шейкой матки, инвазия в строуму не более 3 мм, диаметр опухоли не более 10 мм - микрокарцинома.
- I б стадия – опухоль ограничена шейкой матки с инвазией более 3 мм. Инвазивный рак.
- II а стадия – рак инфильтрирует влагалище, не переходя на нижнюю его треть (влагалищный вариант), или распространяется на тело матки (маточный вариант).
- II б стадия – рак инфильтрирует параметрий на одной или обеих сторонах, не переходя на стенку таза (параметральный вариант).
- III а стадия – рак инфильтрирует нижнюю треть влагалища или имеются метастазы в придатках матки; регионарные метастазы отсутствуют.
- III б стадия – рак инфильтрирует параметрий на одной или обеих сторонах до стенки таза или имеются регионарные метастазы в лимфатических узлах таза, или определяются гидронефроз и нефункционирующая почка, обусловленная стенозом мочеточника.
- IV а стадия – рак прорастает мочевого пузыря или прямую кишку.
- IV б стадия – определяются отдаленные метастазы за пределами таза.

Клиническая картина.

Основные симптомы: ациклические (контактные) кровянистые выделения, бели (частично с прожилками крови), при распространении опухоли – боли. Тупые ноющие (чаще ночные) боли в нижних отделах живота, быстрая утомляемость, раздражительность характерны для пре- и микроинвазивного рака шейки матки. При прогрессировании процесса могут возникать угрожающие жизни кровотечения. При распространении процесса на мочевой пузырь и прямую кишку появляются упорный цистит, запор; при сдавлении мочеточников раковым инфильтратом возможны нарушения пассажа мочи, гидро- и пионефроз.

Метастазы рака шейки матки и их диагностика. Метастазирование рака шейки матки происходит преимущественно по лимфатической системе, в конечной стадии заболевания лимфатический путь распространения раковой опухоли может сочетаться с гематогенным. Наиболее часто рак шейки матки метастазирует в легкие, печень, кости, почки и другие органы [16].

Диагностика. При осуществлении независимых вмешательств сестринского процесса медицинская сестра должна подготовить акушеру-гинекологу необходимый инструментарий, стерильный материал для осмотра шейки матки в зеркалах, для проведения ректовагинального, ректоабдоминального исследований; при зависимых сестринских вмешательствах медицинская сестра по указанию врача готовит все необходимое для проведения простой и расширенной кольпоскопии и при необходимости – биопсии шейки матки.

При осмотре шейки матки в зеркалах при экзофитной форме рака шейки матки обнаруживаются бугристые образования красноватого цвета с участками некроза серого цвета. Опухоль напоминает цветную капусту. Для эндофитной формы характерны увеличение и уплотнение шейки матки, изъязвление в области наружного зева.

При раке шеечного канала на поверхности шейки матки особых видимых глазом изменений нет. При распространении процесса на влагалище отмечаются сглаживание складок, белесоватость стенок.

При ректовагинальном и ректоабдоминальном исследовании уточняют степень распространения процесса на параметральную клетчатку, стенки влагалища, малого таза.

При кольпоскопии определяются штопорообразные сосуды, расположенные по периферии красноватых просовитых разрастаний с кровоизлияниями. *При пробе Шиллера* устанавливают границы патологически измененных участков шейки матки, негативные к раствору Люголя.

Расширенная кольпоскопия позволяет обнаружить подозрительные участки для биопсии шейки матки, гистологического исследования полученной ткани. Биопсию следует проводить широко, клиновидно иссекая скальпелем патологически измененный участок шейки матки в пределах здоровой ткани.

Медицинская сестра объясняет правила подготовки к исследованию на ВПЧ методом ПЦР-диагностики, что представлено в приложении 1.

Лечение инвазивного рака

I стадия – комбинированное лечение в 2 вариантах: дистанционное или внутриматочное облучение с последующей расширенной экстирпацией матки с придатками или расширенная экстирпация матки с последующей дистанционной терапией. При наличии противопоказаний к хирургическому вмешательству показана сочетанная лучевая терапия (дистанционное и внутриматочное облучение).

II стадия – в большинстве случаев применяется сочетанный лучевой метод; хирургическое лечение показано больным, у которых лучевая терапия не может быть проведена в полном объеме, а степень местного распространения опухоли позволяет провести радикальное оперативное вмешательство.

III стадия – лучевая терапия в сочетании с общеукрепляющим и дезинтоксикационным лечением.

IV стадия – симптоматическое лечение.

Прогноз. 5-летнее выживание больных микрокарциномой составляет 80-90%, раком шейки матки I стадии – 75-80%, II стадии – 60%, III стадии – 35-40% [4,13].

Лечение больных раком шейки матки при беременности отличается рядом особенностей, поскольку она стимулирует рост клеток злокачественного роста.

Обнаружение преинвазивного рака в I триместре беременности является показанием к ее прерыванию с обязательным выскабливанием шеечного канала и последующей конизацией шейки матки; во II и III триместрах возможно сохранение беременности до срока родов с динамическим кольпоскопическим и цитологическим контролем. При I и II стадиях рака в I и II триместрах производят расширенную экстирпацию матки с придатками с последующей лучевой терапией; в III триместре беременности лечению рака шейки матки предшествует кесарево сечение. Больным раком III стадии в I и II триместрах производят прерывание беременности или ампутацию тела матки с последующей лучевой терапией, в III триместре беременности – кесарево сечение, ампутацию тела матки, сочетанную лучевую терапию.

После проведения хирургического лечения без использования адъювантной химиотерапии необходимо наблюдать за больной не реже 1 раза в 3 мес с проведением клинического, ультразвукового и иммунологического (определение уровня онкомаркеров в сыворотке крови) исследования [4,20].

Профилактика

1. Проведение медицинской сестрой и всем медицинским персоналом мероприятий, направленных на устранение факторов риска развития рака шейки матки.

2. Профосмотры женщин, начиная с начала половой жизни, включая цитологический скрининг и кольпоскопию.

3. Профилактика родового травматизма.

4. Санитарно-просветительская работа о вреде аборта, современных методах контрацепции, ИППП (ВПГ, ВПЧ и др.).

5. Вакцинация женщин до начала половой жизни рекомбинантной вакциной гардасил. Вакцинация способна предотвратить большинство случаев рака шейки матки, вызываемых ВПЧ 6, 11, 16 и 18 типов.

6. Соблюдение санитарных норм на вредных производствах.

1.3. Рак тела матки

Пик заболеваемости раком тела матки приходится на 50-60 лет. В пожилом и старческом возрасте заболеваемость раком тела матки остается высокой.

В группу риска развития рака матки входят женщины с нейрообменными нарушениями: диэнцефальным синдромом, ожирением, сахарным диабетом, гипертонической болезнью и др.; гормонально-зависимыми нарушениями функции женских половых органов: ановуляцией, гиперэстрогенией, бесплодием; гормонально-активными опухолями яичников, секретирующими эстрогены, которые в 25% случаев сопровождаются раком эндометрия; отказом от лактации, кратковременной лактацией; отсутствием половой жизни; отсутствием беременностей и родов; отягощенной наследственностью; поздним наступлением менархе, поздним наступлением менопаузы (в возрасте старше 50-52 лет); применением для лечения эстрогенных препаратов без дополнительного назначения гестагенов [5,14].

Классификация рака тела матки по стадиям:

- 0 стадия – преинвазивная карцинома (синоним: атипическая гиперплазия эндометрия).
- I стадия – опухоль ограничена телом матки, регионарные метастазы не определяются. Ia – опухоль ограничена эндометрием; Ib – инвазия в миометрий до 1 см; инвазия в миометрий более 1 см, но нет прорастания серозной оболочки.
- II стадия – опухоль поражает тело и шейку матки, регионарные метастазы не определяются.
- III стадия – опухоль распространяется за пределы матки, но не за пределы малого таза.
- IIIa стадия – опухоль инфильтрирует серозную оболочку матки и (или) имеются метастазы в придатках матки и (или) в регионарных лимфатических узлах таза.
- IIIб стадия – опухоль инфильтрирует клетчатку таза и (или) имеются метастазы во влагалище.
- IV стадия – опухоль распространяется за пределы малого таза и (или) имеется прорастание мочевого пузыря и (или) прямой кишки.
- IVa – опухоль прорастает мочевой пузырь и (или) прямую кишку;
- IVб – опухоль любой степени местного и регионарного распространения с определяемыми отдаленными метастазами.

Классификация рака матки по системе TNM:

T - первичная опухоль

- T_{is} - преинвазивная карцинома (карцинома *in situ*).
- T₀ - первичная опухоль не определяется (полностью удалена при кюретаже).
- T₁ - карцинома ограничена телом матки.
- T_{1a} - полость матки до 8 см.
- T_{1b} - полость матки более 8 см.
- T₂ - карцинома распространяется на шейку матки, но не за пределы матки.
- T₃ - карцинома распространяется за пределы матки, включая влагалище, но остается в пределах малого таза.

- T₄ - карцинома распространяется на слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки и (или) выходит за пределы малого таза.

- T_x - недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

N - регионарные лимфатические узлы таза

- N₀ - метастазы в регионарных лимфатических узлах не определяются.

- N₁ - имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах таза.

- N_x - Недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

M - отдаленные метастазы

- M₀ - нет признаков отдаленных метастазов.

- M₁ - имеются отдаленные метастазы.

- M_x - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

В каждом клиническом наблюдении символы T, N и M группируют, что позволяет провести следующую аналогию с клинико-анатомической классификацией по стадиям: стадия 0 - T_{is}; стадия I - T₁N₀M₀; стадия II - T₂N₀M₀; стадия III - T₃N₀M₀; стадия IV - T₄ и (или) M₁ при любых значениях T и N [6,13].

Рак тела матки распространяется преимущественно по лимфатическим путям, реже – гематогенно и имплантационно.

У 10-12% больных в опухолевый процесс вовлекаются трубы и яичники. Частой локализацией метастазов являются стенки влагалища, легкие и брюшина. Отдаленные метастазы обнаруживаются в пахово-бедренных или поясничных лимфатических узлах, в печени и костях. Метастазированию рака эндометрия при различных его локализациях придается принципиальное значение, так как оно учитывается при определении объема предстоящей операции.

Существуют 2 патогенетических варианта развития рака тела матки.

Первый наблюдается у 60-70% больных раком тела матки, характеризуется сочетанием эндокринно-метаболических расстройств (ожирение, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, бесплодие).

Для 2-го варианта, наблюдаемого у 30-40% больных, характерно отсутствие эндокринно-обменных расстройств и симптомов гиперэстрогении. Рак матки развивается на фоне атрофии эндометрия, гипоестрогении, фиброза стромы яичника. У таких больных выявлены нарушения в адаптационном гомеостазе, приводящие к иммунодепрессии. Опухоль при 2-м варианте, как правило, низкодифференцированная, обладает большой автономностью развития, высокой способностью к метастазированию, низкой чувствительностью к гестагенам, эффективность лечения ниже, чем при 1-м патогенетическом варианте.

К фоновым заболеваниям тела матки относятся железистая гиперплазия эндометрия, железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия. К предраку тела матки относятся рецидивирующая гиперплазия эндометрия, атипическая гиперплазия эндометрия.

Клиническая картина. На ранних стадиях заболевание протекает бессимптомно. Основными симптомами являются кровянистые выделения из половых путей, бели и боли.

Наиболее частым признаком рака тела матки служат кровянистые выделения из половых путей (преимущественно меноррагии или менометроррагии). Весьма характерными симптомами рака тела матки являются кровянистые выделения, возникающие в менопаузе или постменопаузе. Сначала кровянистые выделения периодически повторяются после физического напряжения, дефекации, влагалищного исследования, полового акта (контактные кровотечения), позднее они приобретают постоянный сукровичный характер, возможно маточное кровотечение.

Бели при раке тела матки обильные, жидкие, серозные, гнойные, цвета «мясных помоев» или с примесью крови. Появление обильных серозных белей у женщин пожилого возраста без сопутствующих воспалительных заболеваний матки, придатков, влагалища, шейки матки почти патогномонично для рака тела матки.

Боли являются поздним симптомом заболевания. Чаще они локализуются в нижних отделах живота и в пояснично-крестцовой области, носят схваткообразный или постоянный характер. Схваткообразные боли обусловлены спастическими сокращениями мускулатуры матки вследствие затрудненного оттока распадающихся опухолевых масс или obturации внутреннего зева и цервикального канала растущей опухолью. При поражении опухолью лимфатических узлов, сдавлении (компрессии) и воспалении запирающего или седалищного нерва боли приобретают постоянный характер. Иногда больные жалуются на зуд наружных половых органов, повышение температуры тела, учащенное мочеиспускание.

Диагностика. Важное значение имеет комплексное обследование больных.

При сборе анамнеза обращают внимание на особенности менструальной и репродуктивной функции, наличие ациклических маточных кровотечений, особенности течения перименопаузального периода, время наступления менопаузы; на массу тела родившихся детей; наличие в анамнезе нарушений углеводного и жирового обмена, послеродовых эндокринных заболеваний, эндокринного бесплодия, сахарного диабета, ожирения, гипертонической болезни, полипоза матки, железистой или атипической гиперплазии эндометрия, миомы матки.

Общий осмотр. При осмотре отмечают окраску кожных покровов, форму живота, наличие метеоризма. При пальпации и перкуссии ориентировочно уточняют локализацию, величину, контуры, консистенцию, подвижность опухоли, признаки асцита. Определяют степень ожирения.

Ректовагинальное исследование. Матка в начале заболевания может быть неизменной, увеличенной или уменьшенной. По мере развития опухоли она увеличивается и становится округлой формы. Увеличение матки в старческом возрасте сочетается с инволюцией наружных половых органов и сенильным (старческим) кольпитом. Матка может быть дряблой, плотной, слегка болезненной, чаще – безболезненной, ограниченной в подвижности. По мере развития опухоли возникает инфильтрация клетчатки, которая распространяется к стенкам малого таза и смещает матку в сторону инфильтрата. Плотные увеличенные придатки характерны для метастазов рака в яичники [7,20].

Дополнительные методы диагностики

1. При УЗИ органов малого таза выявляют увеличение толщины слизистой оболочки, а также участки истончения эндометрия.

2. С помощью КТ определяют локализацию, размеры, плотность опухоли, сдавление или прорастание опухолью окружающих тканей, состояние лимфатических узлов, наличие метастазов в печени и головном мозге.

3. При цитологическом исследовании аспирата эндометрия получают аспират шприцем Брауна или вакуум-аппаратом, цитощеткой.

4. Гистологическое исследование под контролем гистероскопии.

5. Гистеросальпингография и гистероцервикография.

6. Рентгенологическими признаками рака тела матки являются изменение формы матки и контура ее полости, образование в матке центральных или краевых дефектов наполнения. Выделяют 3 рентгенологические формы рака тела матки: экзофитная, эндофитная, смешанная. Лимфография играет значительную роль в выборе метода лечения и объеме оперативного вмешательства (объем лимфаденэктомии) [8,20].

Лечение. При лечении используют хирургический, комбинированный методы и сочетанную лучевую терапию.

Хирургическое лечение как самостоятельный метод применяется редко - на ранних этапах развития опухолевого процесса (I стадия) и при расположении опухоли в области дна матки.

Комбинированный метод включает хирургический и лучевой компоненты в следующих вариантах: операция – послеоперационное облучение; предоперационное облучение – радикальная операция.

Сочетанная лучевая терапия предусматривает использование внутриматочной и дистанционной гамма-терапии. Показания к сочетанной лучевой терапии: I-IV стадии рака тела матки, наличие противопоказаний к хирургическому или комбинированному методам с учетом общего состояния, отказ больной от хирургического вмешательства.

Лечение в зависимости от стадии

Гормональная терапия в качестве самостоятельного метода показана при атипичной гиперплазии эндометрия. Как компонент комплексного лечения она применяется при противопоказаниях к хирургическому и лучевому лечению, метастазах рака тела матки в легкие и кости.

Лечение гестагенами эффективно при 1-м патогенетическом варианте развития опухоли, высоко- и умеренно дифференцированных формах рака эндометрия. Применение гестагенов противопоказано при выраженной сердечно-сосудистой недостаточности и тяжелом состоянии.

Назначение гестагенов целесообразно в комплексе комбинированного лечения до операции; в плане сочетанной лучевой терапии подключают также антиэстрогены (тамоксифен), торемифен (фарестон). Антиэстрогены назначают для повышения чувствительности аденокарциномы к прогестагенам.

Химиотерапия (метатрексат, 5-фторурацил, циклофосфан и др.) проводится при противопоказаниях к хирургическому и лучевому лечению, но может быть назначена также после хирургического или лучевого лечения. На фоне комплексного лечения назначают иммуномодуляторы [5,9,12].

Профилактика. Первичная профилактика заключается в раннем выявлении и адекватном лечении нейроэндокринно-обменных нарушений (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ожирение), в связи с чем, медицинская сестра должна проводить санитарно-просветительскую работу среди женщин о рациональном питании, режиме труда и отдыха, необходимости своевременного лечения соматической патологии.

Необходимы своевременное выявление, лечение, диспансеризация пациенток с фоновыми, предраковыми и гиперпластическими процессами эндометрия, в связи с чем медицинская сестра проводит беседу с женщинами о необходимости лечения выявленных заболеваний; посещения гинеколога – 1 раз в 3 мес для динамического наблюдения. Перед плановыми операциями на матке по поводу миомы в плане предоперационного обследования и онконастороженности обязательно тщательное диагностическое выскабливание матки (для исключения рака эндометрия).

1.4. Рак яичников

По частоте эта патология занимает 3-е место в структуре онкогинекологической заболеваемости и 1-е – в структуре смертности от онкологических заболеваний. 5-летняя выживаемость при раке яичников составляет 15-25%. Заболеваемость начинает увеличиваться в возрасте старше 40 лет и продолжает нарастать до 80 лет. Высок риск развития рака яичников в период постменопаузы [4,11].

Факторы и группы риска развития рака яичников:

1. Нарушения менструальной функции (раннее менархе, раннее или позднее наступление менопаузы).
2. Женщины, не жившие половой жизнью, не беременевшие, беременевшие, но не рожавшие.
3. Кровотечения в постменопаузе.
4. Больные, длительно находящиеся на диспансерном учете по поводу миомы матки, особенно субсерозной формы.
5. Образования в малом тазу неясной этиологии.
6. Хронические воспаления придатков матки.
7. Ранее оперированные в пре- и постменопаузе по поводу доброкачественных опухолей других локализаций с оставлением или резекцией одного или обоих яичников.
8. Леченные по поводу рака молочной железы.
9. Отягощенная наследственность.
10. Осложнения беременности (гестозы, инфекции), приводящие к возможным антенатальным поражениям фолликулярного аппарата яичников плода и создающие в последующем риск развития рака яичников.

Патогенез.

В настоящее время этиология и патогенез рака яичников изучены недостаточно. Злокачественные опухоли яичников разнообразны по своему гистогенезу. Ведущей является теория дисгормональных опухолей яичников. В ней основная роль отводится гонадотропной гиперстимуляции яичников. Сочетание опухолей яичника и рака молочной железы, рака тела матки, гиперпластических процессов в эндометрии также позволяет отнести рак яичников к гормонально-зависимым опухолям и подтверждает роль эндокринно-обменных нарушений в патогенезе рака яичников с отягощенной наследственностью.

Классификация рака яичников

Различают 4 стадии рака яичников.

1. Стадия I - опухоль в пределах одного яичника.
2. Стадия II - опухоль поражает и другой яичник, матку, одну или обе маточные трубы.
3. Стадия III - распространение на параметральную тазовую брюшину; метастазы в регионарные лимфатические узлы, сальник, асцит.
4. Стадия IV - поражение опухолью мочевого пузыря, прямой кишки; диссеминация опухоли по брюшине за пределами малого таза и отдаленные метастазы; асцит.

Принято различать первичный, вторичный (рак в кистоме) и метастатический рак яичников.

Первичный рак яичников (4-5% злокачественных опухолей яичника) возникает из элементов яичника без предшествующих доброкачественных образований, опухоль с самого начала носит злокачественный характер.

Вторичный рак яичников (80-88%) возникает из предшествующих доброкачественных или пограничных эпителиальных опухолей.

Чаще злокачественный рост возникает в серозных папиллярных, реже – в муцинозных кистах яичников.

Метастатический рак яичников (20%) возникает в результате метастазирования злокачественных новообразований различной локализации лимфогенным, гематогенным или имплантационным путем. При этом наблюдаются двусторонние опухоли яичников

преимущественно в молодом возрасте (до 40 лет). В 70% случаев имеет место асцит. Наиболее часто встречаются метастазы опухолей желудочно-кишечного тракта (рак Крукенберга), молочной железы, щитовидной железы, печени, легких, желчного пузыря и др. Метастатический рак следует рассматривать как IV стадию распространения [4,10].

Метастазирование рака яичников. Рак яичников характеризуется быстрым ростом, ранним метастазированием и прорастанием в соседние органы. Метастазирует в лимфатические узлы, сальник, брюшину, внутренние органы. Рак яичников стоит на 1-м месте среди новообразований по обширности метастазирования.

Клиническая картина. Рак яичников на ранних стадиях протекает бессимптомно или имеются симптомы, не характерные для рака яичников (диспепсия, ощущение распирания в животе, тошнота, диарея чередуется с запором), далее отмечается нарушение менструальной функции в виде метrorрагий.

Заболевание протекает агрессивно, с ранним метастазированием.

Клинические симптомы появляются на запущенных, распространенных стадиях процесса, когда больные отмечают быструю утомляемость, слабость, потливость, похудение, ухудшение общего состояния, затруднение дыхания (за счет появления выпота в брюшной полости и плевре).

При больших опухолях с некрозом может быть повышена СОЭ без лейкоцитоза, температура субфебрильная (иногда фебрильная – до 38 °С). Из-за механического действия опухоли на окружающие органы появляются тупые ноющие боли в низу живота, реже – в подложечной области или в подреберье. Боли бывают постоянными, но могут прекращаться на определенный срок, возникает чувство распирания живота. При перекруте ножки опухоли боли появляются внезапно и носят острый характер.

Довольно часто одним из первых признаков заболевания становится увеличение размеров живота за счет как опухолевого образования в малом тазу, так и асцита. При раке, сопровождающемся ранним появлением асцита, как правило, имеется диссеминация имплантатов по брюшине и органам брюшной полости. При перкуссии живота отмечается притупление в отлогих местах.

При запущенных формах рака яичников (III–IV стадия) верхняя половина малого таза частично или полностью заполнена конгломератом узлов опухоли, пальпируется увеличенный в размерах и инфильтрированный большой сальник, обнаруживаются метастазы в пупке, надключичной области, по брюшине заднего маточно-прямокишечного углубления.

При далеко зашедшем процессе нарушается менструальный цикл по типу дисфункциональных маточных кровотечений, уменьшается количество выделяемой мочи, возникает запор.

Бессимптомное течение, быстрое прогрессировать процесса и раннее метастазирование приводят к поздней диагностике рака яичников.

Лечение рака яичников. Применяют комбинированный и комплексный методы. Комбинированный метод лечения включает: хирургическое вмешательство, послеоперационную химиотерапию; предоперационную химиотерапию, хирургическое вмешательство; химиотерапию, лучевое лечение.

Комплексное лечение включает: химиотерапию, хирургическое вмешательство, лучевую терапию (дистанционная рентгенотерапия, дистанционная гамма-терапия, внутриматочная гамма-терапия), гормонотерапию, витаминотерапию, симптоматическую терапию [20].

Выбор метода лечения зависит от стадии заболевания и общего состояния больной. Производят экстирпацию матки с придатками и резекцию большого сальника. Химиотерапия

является ведущим методом лечения рака яичников. Ее назначают как до, так и после радикальных и нерадикальных операций, в качестве самостоятельного метода лечения, с целью профилактики рецидивов и метастазов опухолей яичников, а также в сочетании с лучевой терапией.

Противоопухолевые препараты вводят внутривенно, внутримышечно, внутривнутрибрюшинно, внутривнутриплеврально, эндолимфатически, внутриаартериально. Применяют методы монокимиотерапии, полихимиотерапии, многокурсовой профилактической (противорецидивной) химиотерапии. Из химиопрепаратов используются циклофосфамид, 5-фторурацил, метотрексат, цисплатин, гексаметилмеламин, адриамицин, винкристин, циклофосфан и др.

У больных на фоне химиотерапии могут возникать осложнения, связанные с токсическим, иммуно-депрессивным и местно-раздражающим действием цитостатиков. С токсическим действием препаратов связаны гастрит, энтерит, цистит и др. Эти осложнения могут проявляться тошнотой и рвотой, иногда вынуждающими прекратить лечение. Указанные проявления не зависят от пути введения и наступают через 3-5 ч после приема препарата. Профилактика: прием лекарственного средства вечером.

Лечение. Назначают: бромиды, витамин В₆, антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен, супрастин); в более тяжелых случаях: барбитураты (барбитал-натрий, фенобарбитал, этаминал-натрий), нейролептики (галоперидол, этаперазин, аминазин). Самый действенный противорвотный препарат – надобан (по 5 мл внутривенно или в капсулах внутрь).

Иммунодепрессивное действие проявляется лейкопенией, характерны тромбоцитопения, анемии.

Лечение: витамины С, В₁, В₆, натрия нуклеинат, фолиевая кислота, антигистаминные препараты, аутогемотерапия, пирогенал, гемотрансфузии, глюкокортикоиды в высоких дозах.

При внутривенном введении может наблюдаться местно-раздражающее действие цитостатиков. При случайном попадании этих препаратов под кожу развиваются инфильтраты и некроз подкожной клетчатки, флебиты, флебосклероз.

Профилактика: соблюдение правил введения цитостатиков.

Лечение: спиртовые и мажевые компрессы местно.

Общей профилактикой всех осложнений является тщательное обследование больной до начала лечения, строго индивидуальный подбор препаратов и доз, путей введения [5,19] .

Профилактика. Всем женщинам необходимо 2 раза в год проходить профилактический осмотр у гинеколога. Медицинская сестра должна проводить санитарно-просветительскую работу среди населения о необходимости профосмотров, о методах контрацепции, профилактике абортов, ИППП.

Рак яичников является гормонально-зависимой опухолью. В современном обществе стремление к ограничению рождаемости приводит к росту числа женщин, не имеющих детей. Отказ от родов увеличивает риск рака яичников. Первые роды до 20-24 лет снижают риск развития гормонально-зависимых опухолей. Оральные контрацептивы снижают относительный риск развития злокачественных новообразований яичников; необходимо формировать группы наблюдения, своевременно лечить и регулярно наблюдать женщин из групп риска развития рака яичников (профосмотры с УЗИ малого таза). При наличии опухоли придатков матки своевременно должен решаться вопрос об оперативном лечении, желательно с цитологической диагностикой во время операции. Женщины после нерадикальных органосохраняющих операций с оставлением обоих, одного или части яичника должны находиться на диспансерном учете. Каждой женщине, особенно старше 40 лет, 1 раз в год должно проводиться УЗИ малого таза.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

2.1. Характеристика базы исследования

Женская консультация №2 расположена по адресу: г. Краснодар, ул. Кузнечная 167 и находится в двух зданиях: литер А (постройка 1920 г.) и литер В (1959 г.).

С июля 2015 года женская консультация №2 является структурным подразделением ГБУЗ «Родильный дом города Краснодара», которое образовано путем объединения роддома №4, роддома №1, женских консультаций № 1, 2, 4, 7 в единое консультативно-лечебное учреждение.

ГБУЗ Женская консультация строит свою работу по принципу участкового обслуживания населения проживающего в прикрепленном к ней районе.

Учреждение обслуживает 60600 пациенток, из них фертильного возраста – 27000 женщины.

В структуру женской консультации кроме 14 акушерско-гинекологических кабинетов входят: кабинет специализированного приема по патологии шейки матки, кабинет стоматолога, терапевта, клиническая лаборатория, процедурный кабинет, физиотерапевтический кабинет, дневной стационар на 6 коек, кабинет ВК, регистратура, малая операционная, кабинет УЗ-диагностики, вспомогательные помещения.

Женская консультация оснащена современным УЗ-сканером, фетальным монитором, кольпоскопами, аппаратом «Криодеструктор азотный гинекологический», аппаратом для радиоволновой хирургии, вакуум-эксхолеатором, аппаратами для измерения артериального давления, физиотерапевтической лабораторной аппаратурой, необходимым инструментарием и инвентарем.

Благодаря национальному проекту «Здоровье» и программе «Родовой сертификат» оснащение женской консультации пополнено аппаратом ультразвуковой диагностики «Аloka – 3500», монитором для регистрации КТГ, а также имеется 2 видеокольпоскопа, аппарат для радиоволновой хирургии «Сургитрон».

Женская консультация осуществляет: ведение амбулаторного приема, оказание помощи на дому, своевременное выявление и амбулаторное обследование беременных женщин, профилактику и раннее выявление осложнений беременности, экстрагенитальных и послеродовых заболеваний, выявление беременных из групп повышенного риска и осуществление дифференцированного наблюдения.

Проводятся мероприятия по повышению санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья женщин, профилактики заболеваний передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции, подготовки к беременности и родам, профилактики материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, а также участие в национальном проекте «Здоровье», Федеральной программе «Планирование семьи».

Женская консультация имеет тесные контакты в работе со всеми лечебными учреждениями города – Краевой диагностический центр, СКАЛ, Центр охраны здоровья матери и ребенка, Кубанским государственным медицинским университетом, кожно-венерологическим диспансером, онкологическим диспансером, медико-генетической консультацией и другими лечебными учреждениями города и края.

Учреждению было присвоено почетное звание «Больница доброжелательная к ребенку».

Основной документ, по которому осуществляется работа в женской консультации, Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N

60869). Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология».

2.2. Анализ статистических данных по распространённости злокачественных опухолей женских половых органов в Российской Федерации и Краснодарском крае

В Российской Федерации наибольший удельный вес в структуре онкологической заболеваемости женщин имеют злокачественные новообразования органов репродуктивной системы (39,1%), при этом опухоли половых органов составляют 18,2% всех злокачественных новообразований у женщин.

В России частота рака шейки матки на протяжении последних лет остаётся практически на одном уровне. При этом заболеваемость раком эндометрия (РЭ) за 20 лет выросла на 87,8%, а средний темп прироста составил около 3% в год.

Из всех случаев РЭ свыше 90% приходится на женщин старше 50 лет (средний возраст 63 года). Однако около 5% – пациентки моложе 40 лет, нередко не реализовавшие репродуктивную функцию.

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России рак тела матки составляет 8%, рак шейки матки – 5,2%, рак яичников – 4,2%.

В возрасте до 30 лет наиболее часто развиваются злокачественные опухоли шейки матки (6,3%) и яичника (3,6%).

В возрастной группе 30-59 лет наибольший удельный вес имеют злокачественные новообразования шейки (6,2%) и тела (5,4%) матки.

Динамика заболеваемости женщин злокачественными опухолями половых органов за 2022-2024 гг. в Российской Федерации представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Заболеваемость женщин злокачественными новообразованиями половых органов за 2021-2023 гг. в Российской Федерации

| Диагноз | 2021 | 2022 | 2023 |
|--|------|------|------|
| Всего, тыс. человек из них: злокачественные новообразования шейки и тела матки | 39,7 | 40,9 | 43,9 |
| Злокачественные новообразования яичника | 13,1 | 13,3 | 14,1 |

За 2021-2022 гг. в Российской Федерации отмечается рост заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями шейки и тела матки на 4,2%, а злокачественными новообразованиями яичника на 1%.

Динамика заболеваемости женщин злокачественными опухолями половых органов за 2021-2023 гг. в Краснодарском крае представлена в таблице 2.

Таблица 2.

Заболеваемость женщин злокачественными новообразованиями половых органов за 2021-2023 гг. в Краснодарском крае

| Диагноз | 2021 | 2022 | 2023 |
|--|------|------|------|
| Злокачественные новообразования шейки матки | 698 | 731 | 737 |

| | | | |
|--|------|------|------|
| Злокачественные новообразования тела матки | 1044 | 1069 | 1078 |
| Злокачественные новообразования яичников | 529 | 531 | 597 |

Показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями женских половых органов в Краснодарском крае остаются относительно стабильными на протяжении последних 3-х лет, и рак эндометрия занимает ведущее место.

2.3. Определение и ранжирование факторов риска злокачественных опухолей женских половых органов

2.3.1. Анализ медицинских карт амбулаторных больных

На базе женской консультации №2 проведено исследование 20 медицинских карт пациенток со злокачественными заболеваниями женских половых органов.

Анализ возраста пациенток показал, что 6 женщин (30%) – в возрасте от 40 до 50 лет, 10 женщин (50%) – от 50 до 60 лет и 4 женщины (20%) старше 60 лет. Данные представлены на рисунке 1.

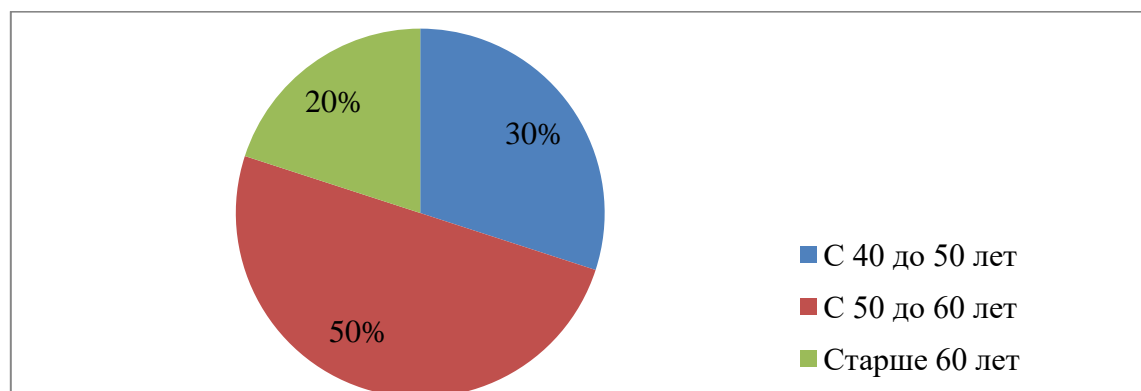


Рис. 1. Возраст пациенток.

Исследование детородной функции пациенток выявило, что 1 роды – у 14 женщин (70%), 2 родов – у 2 женщин (10%) и нерожавших – 4 женщины (20%). Данные представлены на рисунке 2.

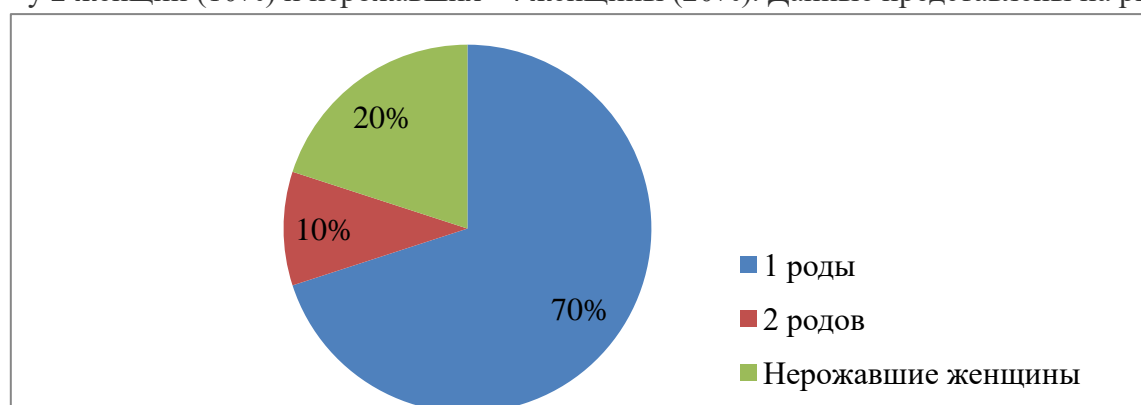


Рис. 2. Детородная функция.

Анализ акушерско-гинекологического анамнеза показал, что у 12 женщин (60%) – аборт, у 4 женщин (20%) – инфекции половых путей, у 2 женщин (10%) – опухоли яичников и у 2 женщин (10%) – полипы эндометрия. Данные представлены на рисунке 3.

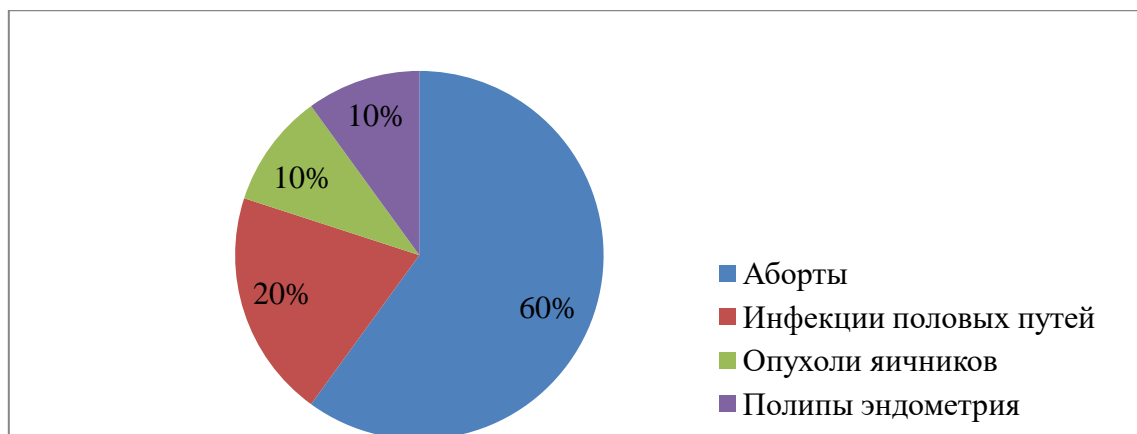


Рис. 3. Акушерско-гинекологический анамнез.

Из соматических заболеваний у пациенток выявлены: сахарный диабет – у 6 женщин (30%), ожирение – у 8 женщин (40%) и гипертоническая болезнь – у 6 женщин (30%), что представлено на рисунке 4.

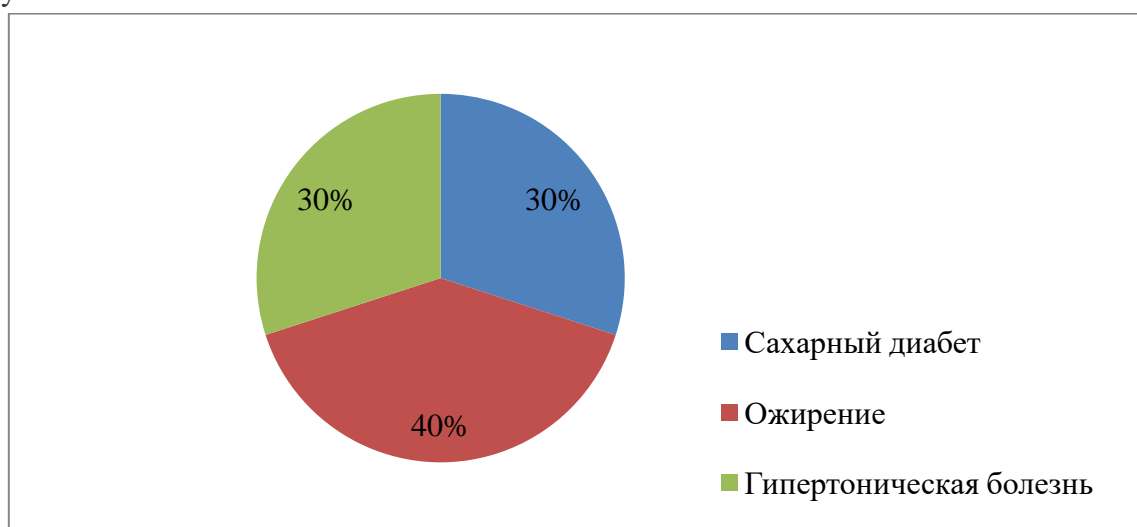


Рис. 4. Соматический анамнез.

6 пациенток (30%) – курящие и 14 пациенток (70%) не курили, что представлено на рисунке

5.

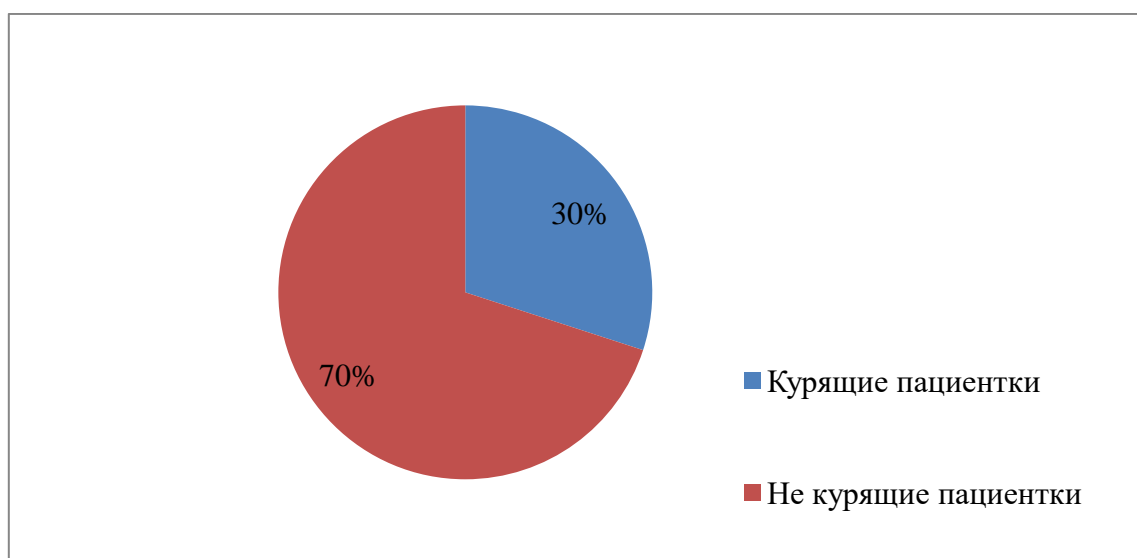


Рис. 5. Частота курящих пациенток.

Анализ структуры злокачественных заболеваний женских половых органов выявил, что у 12 пациенток (60%) – рак эндометрия, у 4 пациенток (20%) – рак шейки матки и у 4 пациенток (20%) – рак яичников, что представлено на рисунке 6.

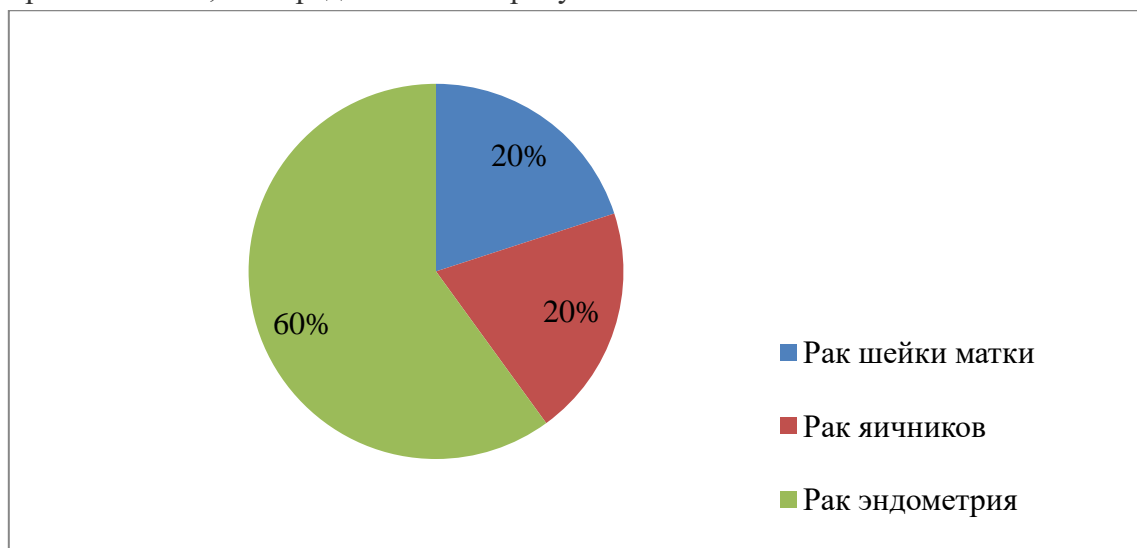


Рис. 6. Частота злокачественных заболеваний женских половых органов.

2.4. Разработка плана сестринского ухода при злокачественных опухолях женских половых органов на конкретном клиническом примере

На прием в женскую консультацию обратилась пациентка 42 лет с жалобами на беспорядочные кровянистые выделения, жидкие водянистые бели с примесью крови.

Анамнез: половая жизнь с 20 лет. Было 2 родов, 6 искусственных медицинских аборт. Последний аборт был 5 лет назад. Не предохраняется, беременность не наступает. Роды и аборты протекали, со слов больной, без осложнений. Последняя менструация – 2 недели назад. В прошлом переболела метрэндометрием. Считает себя больной три месяца.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура в норме. Рс - 76 ударов в минуту, ритмичный, АД 130/90 – 140/80 мм. рт. ст. Кожа и видимые слизистые бледноватые. Функция сердечно-сосудистой системы и органов дыхания без особенностей. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание не нарушено. Функция желудочно-кишечного тракта без патологии.

Шейка при осмотре зеркалами не увеличена, обычной окраски. На передней губе – эрозия размерами в диаметре 1,5 x 1,5 см, ярко красного цвет. Ткани эрозии хрупкие, при контакте крошатся и кровоточат, ткани вокруг эрозии плотные инфильтрированные. При двуручном исследовании матка не увеличена, в нормальном положении, плотно – эластичной консистенции, подвижная, безболезненная. Боковые своды влагалища глубокие, свободные, придатки не определяются.

Предположительный диагноз: рак шейки матки I стадии.

Клинические признаки:

- беспорядочные кровянистые выделения
- жидкие водянистые бели
- эрозия шейки матки с характерными особенностями: ткани эрозии хрупкие, кровоточат при контакте и крошатся, а ткани вокруг эрозии плотные, инфильтрированные.

Собрав анамнез, выявлены факторы риска и проблемы пациентки.

Настоящие проблемы больной:

- беспорядочные кровянистые выделения;
- жидкие водянистые бели;
- тревога больной в отношении возможности злокачественного процесса.

Потенциальные проблемы:

- риск угрозы её жизни;
- риск развития метастазов в соседние и отдалённые органы.

Для уточнения диагноза по назначению врача выписаны направления на дополнительные методы исследования:

- цитологическое исследование соскобов с шейки матки и из шеечного канала;
- расширенную кольпоскопию с пробой Шиллера;
- биопсию с последующим гистологическим исследованием иссеченной ткани;
- раздельное диагностическое выскабливание;
- лимфографию.

Разработан план сестринского ухода за пациенткой, который представлен в таблице 3.

Таблица 3.

План сестринского ухода за пациенткой с раком шейки матки

| Действия медицинской сестры | Мотивация |
|--|--|
| Сообщить врачу о проблемах пациентки | Для назначения дообследования и направления на лечение |
| Успокоить пациентку | Для устранения тревоги |
| Взять мазки на цитологическое исследование по Папаниколау | Для определения атипичных клеток |
| Взять мазки на бактериоскопическое исследование | Для определения микрофлоры |
| Подготовка к расширенной кольпоскопии с биопсией | Для взятия материала на гистологическое исследование |
| Подготовка к раздельному диагностическому выскабливанию | Для взятия материала на гистологическое исследование |
| Направление по назначению врача в онкологический диспансер | Для проведения лечения |

В женской консультации выписаны направления, взяты мазки на микрофлору, на цитологическое исследование, подготовлено оснащение и проведена ассистенция при расширенной кольпоскопии с биопсией.

Перед проведением манипуляций медицинская сестра:

- объясняла *цель* проводимой процедуры;
- рассказывала о *преимуществах* именно этого метода;
- предупреждала о возможных *последствиях* или *побочных эффектах* (проведения или непроведения манипуляции);
- проводила опрос на наличие возможных *противопоказаний* к проведению данной процедуры;

- при необходимости *обучала* (чтобы пациент в дальнейшем мог выполнять самостоятельно);

- после выше перечисленного получала *согласие* или *отказ* от процедуры.

После дополнительного обследования пациентка направлена для лечения в онкологический диспансер с диагнозом: рак шейки матки I стадии.

Одна из основных функциональных обязанностей медицинской сестры в стационаре тщательная подготовка пациентки к проведению диагностических и лечебных гинекологических процедур, уход за больной перед и после операции, участие в проведении лучевой терапии и химиотерапии.

Разработан план сестринского ухода в предоперационном периоде, который представлен в таблице 4.

Таблица 4.

План сестринского ухода в предоперационном периоде

| Действия медсестры | Цель ухода |
|---|--|
| 1. Провести беседу с пациенткой. 2. Познакомить с персоналом, участвующим в операции. | Снижение беспокойства |
| 1. Объяснить правила подготовки к операции. 2. Убедить по возможности в профессиональной компетентности операционной бригады. 3. Дать рекомендации по пищевому и питьевому режиму до операции. 4. Провести беседу с родственниками | Уменьшение страха |
| 1. Обучить пациентку: • упражнениям на дыхание и откашливание; • способам переворачивания и движения в постели. 2. Убедить пациентку в необходимости следовать полученным рекомендациям для профилактики осложнений после операции | Получение необходимой информации до операции |
| 1. Проверить наличие письменного согласия пациентки на операцию. 2. Подготовить пациентку к операции. 3. Проследить за ограничением пищевого и питьевого режимов в течение 10–12 ч до операции. 4. Поставить очистительную клизму накануне и в день операции. 5. Провести санацию влагалища. 6. Проверить аллергологический анамнез. 7. Измерить пульс, артериальное давление (АД), температуру. 8. Ввести в день операции назначенные лекарственные препараты перед анестезией. 9. Наложить (по необходимости) эластичные повязки на нижние конечности. 10. Транспортировка в операционный блок | Отсутствие осложнений в ходе операции |

2.5. Определение осведомленности пациентов о методах профилактики злокачественных опухолей женских половых органов по результатам анкетирования

2.5.1. Разработка анкеты и анкетирование пациенток

Для определения осведомленности пациентов о методах профилактики злокачественных опухолей женских половых органов проведено анкетирование 30 женщин. Анкета содержала 8 вопросов (приложение 2).

По возрасту респонденты распределились следующим образом:

- с 30 до 40 лет – 6 пациенток (20%);
- с 40 до 50 лет – 9 пациенток (30%);
- с 50 до 60 лет – 15 пациенток (50%), что представлено на рисунке 7.

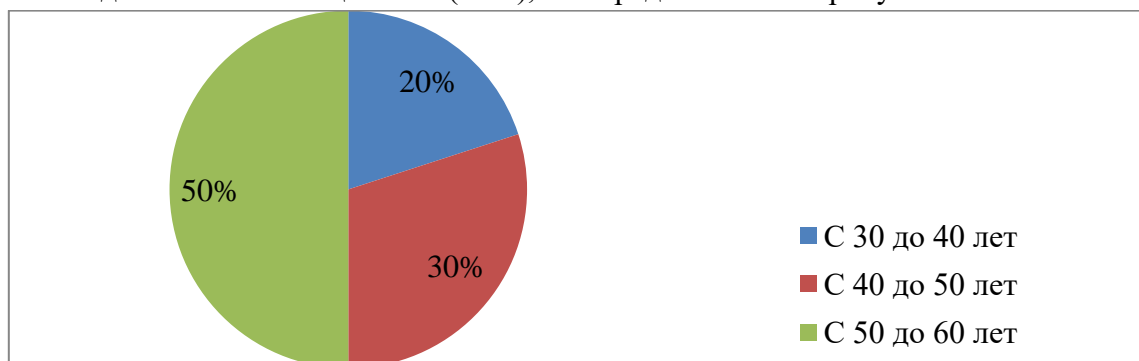


Рис. 7. Распределение респондентов по возрасту.

На вопрос: «Как часто Вы посещаете гинеколога?» ответили «1 раз в год» – 18 респондентов (60%), «1 раз в 2 года» – 9 респондентов (30%), «редко, только если что-то беспокоит» - 3 респондента (10%) (рис. 8).

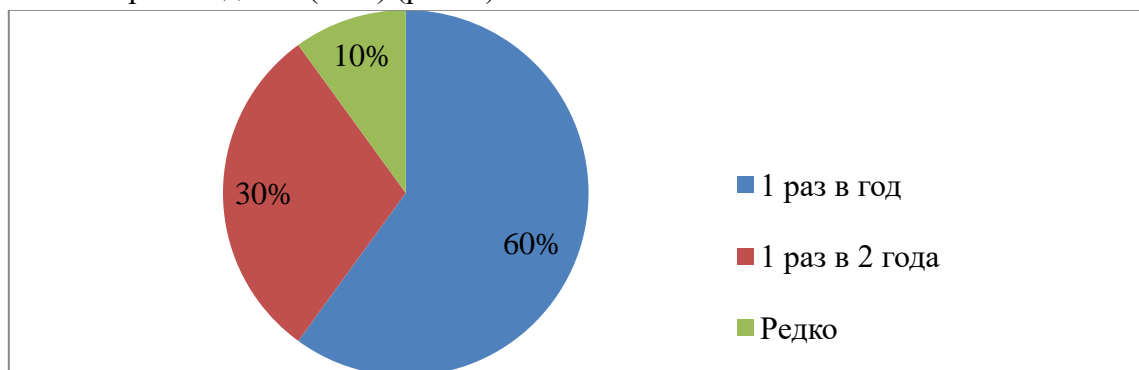
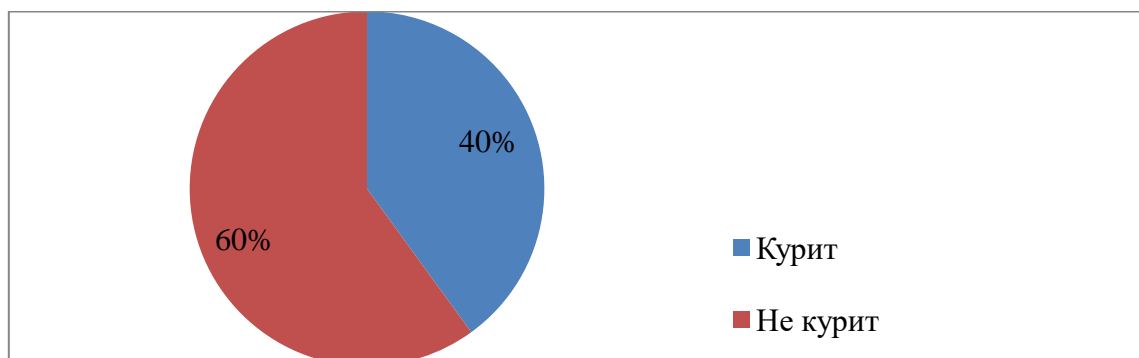


Рис. 8. Частота посещения гинеколога респондентами.

На вопрос: «Имеете ли Вы вредные привычки (курение)?» – 12 респондентов (40%) ответили положительно и 18 респондентов (60%) ответили отрицательно, что представлено на рисунке 9.



На вопрос: «Знаете ли Вы, что такие заболевания, как ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, являются факторами риска развития злокачественных заболеваний женских половых органов?» – 13 респондентов (43%) ответили положительно и 17 респондентов (57%) ответили отрицательно, что представлено на рисунке 10.

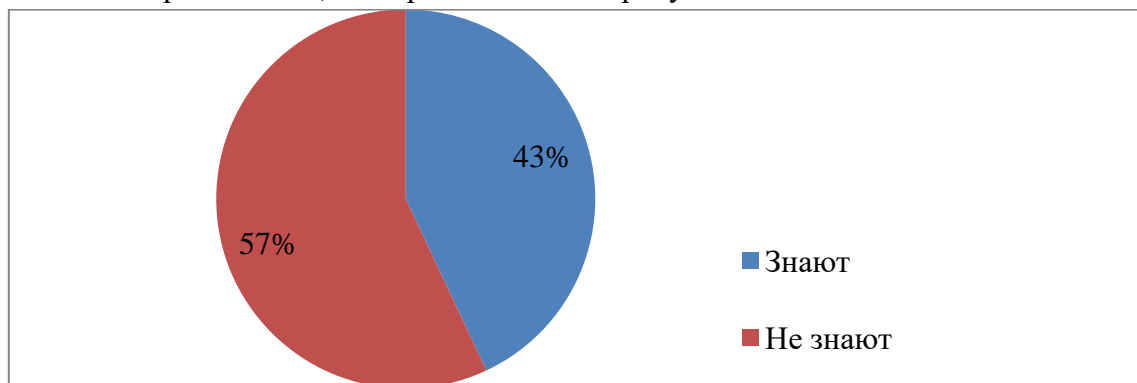


Рис. 10. Осведомленность респондентов о соматических заболеваниях, как факторе риска злокачественных заболеваний женских половых органов.

На вопрос: «Знаете ли Вы, что аборт и отсутствие родов являются факторами риска развития злокачественных заболеваний женских половых органов?» – 15 респондентов (50%) ответили положительно и 15 респондентов (50%) ответили отрицательно, что представлено на рисунке 11.

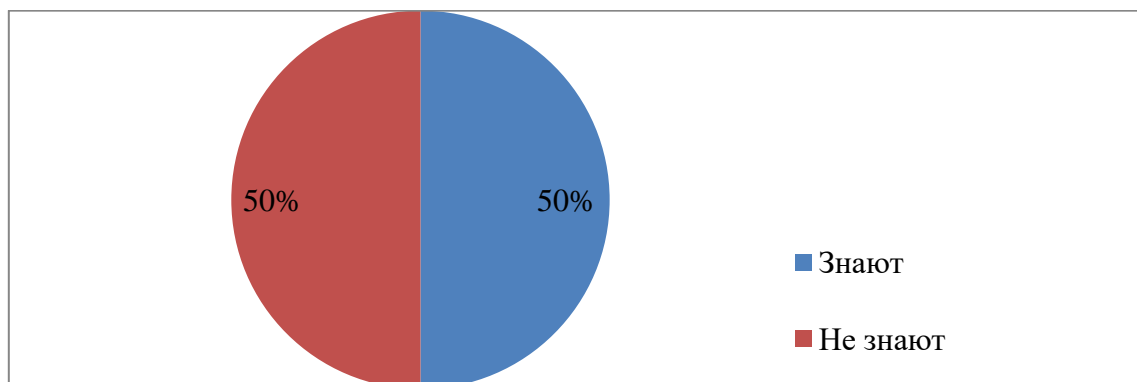


Рис. 11. Осведомленность респондентов об абортах, как факторе риска злокачественных заболеваний женских половых органов.

На вопрос: «Знаете ли Вы, что инфекции передающиеся половым путем являются факторами риска развития злокачественных заболеваний женских половых органов?» – 12 респондентов (40%) ответили положительно и 18 респондентов (60%) ответили отрицательно, что представлено на рисунке 12.

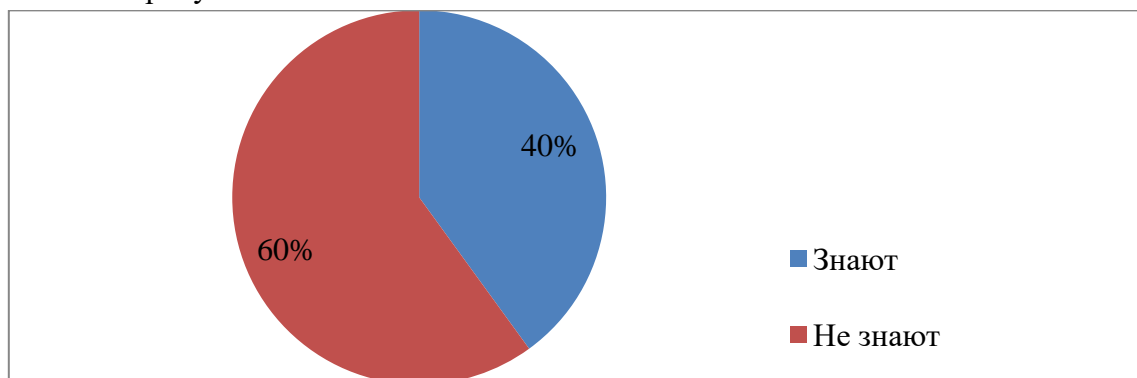


Рис. 12. Осведомленность респондентов об ИППП.

На вопрос: «Знаете ли Вы о вакцинации против ВПЧ (вируса папилломы человека)?» – 19 респондентов (63%) ответили положительно и 11 респондентов (37%) ответили отрицательно, что представлено на рисунке 13.

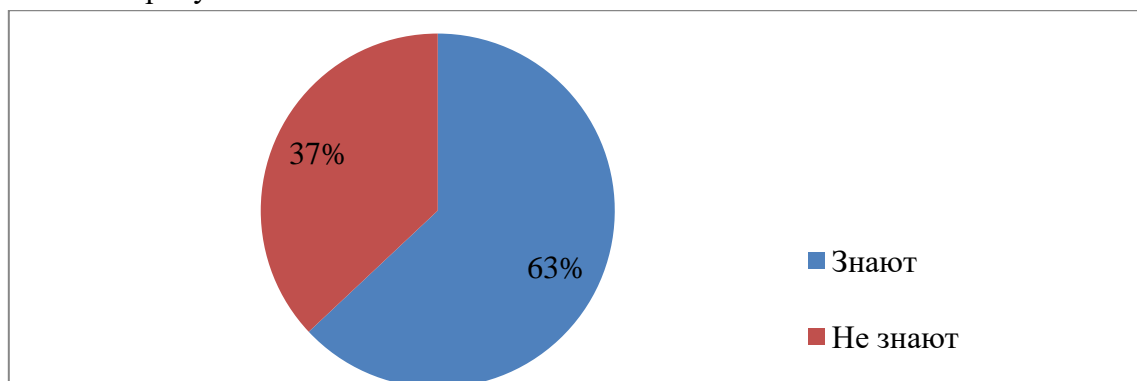


Рис. 13. Осведомленность респондентов о вакцинации против ВПЧ.

На вопрос: «Откуда Вы получали информацию о профилактике злокачественных заболеваний женских половых органов?» – 18 респондентов (60%) ответили, что от медицинских работников и 12 респондентов (40%) ответили, что из просмотра телевизионных передач по медицине, из научно-популярной литературы по здоровому образу жизни, от знакомых. Данные представлены на рисунке 14.

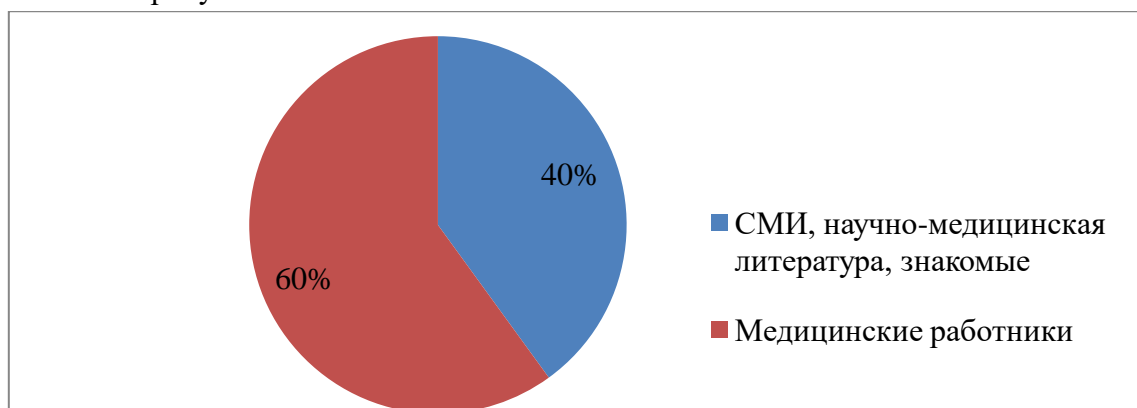


Рис. 14. Источники информации о профилактике злокачественных заболеваний женских половых органов.

2.5.2. Анализ результатов анкетирования

Анализируя данные анонимного анкетирования пациенток женской консультации, сделаны следующие выводы:

1. Половина респондентов были в возрасте от 50 до 60 лет.
2. 60% респондентов регулярно посещали гинеколога с целью профилактического осмотра.
3. 40% респондентов имели вредную привычку – курение.
4. Знали о соматических заболеваниях (ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь), как факторах риска развития злокачественных заболеваний женских половых органов только 43% респондентов.
5. Половина респондентов знали, что аборты являются фактором риска развития злокачественных заболеваний женских половых органов.
6. 40% респондентов знали, что ИППП являются фактором риска развития злокачественных заболеваний женских половых органов.
7. О вакцинации против ВПЧ знали 63% женщин.

8. Большинство респондентов получали информацию по профилактике злокачественных заболеваний женских половых органов от медицинских работников, что составило 60%.

2.6. Разработка памятки по профилактике злокачественных опухолей женских половых органов для пациентов

Профилактическая деятельность медицинской сестры осуществляется в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и регламентируется Приказом Министерства Здравоохранения от 29 октября 2020 г. N 1177н «Об утверждении порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях» [1].

Первичная профилактика направлена на устранение факторов риска и предупреждение возникновения заболевания. К ней относятся:

- санитарно-просветительская работа;
- вакцинопрофилактика против ВПЧ девочек в возрасте от 9 до 13 лет;
- вакцинация мальчиков (при эпидемической необходимости);
- скрининг женщин, получивших вакцину против ВПЧ.

Вторичная профилактика направлена на выявление и лечение предраковых состояний и включает:

- ежегодные профилактические медицинские осмотры женщин;
- цитологический скрининг;
- тесты на выявление ДНК вируса папилломы человека;
- санация половых органов;
- выявление заболеваний, передаваемых половым путем.

Для проведения санитарно-просветительской работы была разработана памятка «Профилактика рака шейки матки» следующего содержания (приложение 3):

1. Причиной развития рака шейки матки является вирус папилломы человека.
2. Для развития онкологии необходимы сопутствующие факторы: курение, недостаток витаминов А и С, раннее начало половой жизни, заболевания передающиеся половым путем.
3. Профилактика рака шейки матки: барьерный метод контрацепции, ВПЧ-тестирование, санация половых путей, вакцинация против ВПЧ.
4. Рекомендации по возрастной профилактике рака шейки матки:
 - девочкам с 9 до 15 лет вакцинация против ВПЧ проводится трёхкратным введением вакцины (схема вакцинации 0-1-6 месяцев);
 - женщинам в возрасте 21-29 лет – ВПЧ-тестирование. При отсутствии вируса можно провести вакцинацию. При наличии вируса проводится санация половых органов в женской консультации;
 - женщинам в возрасте 30-65 лет проводится ко-тестирование (цитология; жидкостная цитология + ВПЧ-тестирование).

ВЫВОДЫ

1. Выполнен аналитический обзор нормативной документации и литературных источников, который подтвердил значимость и актуальность темы исследования.
2. Систематизированы, углублены, расширены и закреплены знания о сестринском уходе и наблюдении при злокачественных опухолях женских половых органов, подтверждено освоение вида деятельности, общих и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС СПО по специальности 34.02.01. Сестринское дело.
3. Анализ статистических данных по распространённости злокачественных опухолей женских половых органов в Российской Федерации и Краснодарском крае показал, что частота злокачественных опухолей женских половых органов за 2022-2024 гг. остается высокой.
4. Анализ медицинских карт пациенток со злокачественными опухолями женских половых органов выявил, что наиболее частыми факторами риска являются: возраст от 50 до 60 лет, аборты, инфекции половых органов, сахарный диабет, ожирение, курение.
5. Разработанный план сестринского ухода при злокачественных опухолях женских половых органов способствует улучшению качества деятельности медицинской сестры.
6. Выявлена удовлетворительная осведомленность пациенток о методах профилактики злокачественных опухолей женских половых органов, что свидетельствует о профессиональном участии медицинских сестер в проведении санитарно-просветительской работы среди населения.
7. Разработанная памятка «Профилактика рака шейки матки» использована как раздаточный материал при проведении санитарно-просветительской работы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования были изучены теоретические и практические аспекты сестринского ухода и наблюдения при злокачественных опухолях женских половых органов.

Актуальность изученной проблемы чрезвычайно велика, так как, именно рак в последние годы лидирует в списке причин гибели женщин трудоспособного возраста (23,5% смертей от общего числа умерших в этой группе по данным Росстата за 2024 год).

Наибольший удельный вес в структуре онкологической заболеваемости женщин имеют злокачественные новообразования органов репродуктивной системы (39,1%), при этом опухоли половых органов составляют 18,2% всех злокачественных новообразований у женщин.

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России рак тела матки составляет 8%, рак шейки матки – 5,2%, рак яичников – 4,2%.

В возрасте до 30 лет наиболее часто развиваются злокачественные опухоли шейки матки (6,3%) и яичника (3,6%).

В возрастной группе 30-59 лет наибольший удельный вес имеют злокачественные новообразования шейки (6,2%) и тела (5,4%) матки.

В связи с увеличением заболеваемости злокачественными новообразованиями растет потребность в оказании онкологическим больным специализированного сестринского ухода.

Для преодоления негативных тенденций в обеспечении населения современными видами онкологической помощи в нашей стране приняты и реализуются государственные и региональные программы, цель которых – повышение качества и доступности онкологической и паллиативной медицинской помощи.

Одно из важных условий достижения этой цели – высокий уровень профессиональной подготовки медицинских сестер, выполняющих до 60–80 % всей первичной медико-санитарной помощи, особенно в разделах охраны и укрепления здоровья, профилактики заболеваний, реабилитации и паллиативной помощи.

В ходе исследования были выявлены ведущие факторы риска злокачественных опухолей женских половых органов: аборт, мало родов, раннее начало половой жизни, частая смена половых партнеров, ИППП (ВПЧ), ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, курение.

Разработанный план сестринского ухода при злокачественных опухолях женских половых органов способствовал оказанию качественной деятельности медицинской сестры.

Выявлена недостаточная осведомленность пациенток о методах профилактики злокачественных опухолей женских половых органов, что требует от медицинских сестер активизировать санитарно-просветительскую работу.

Разработанная памятка «Профилактика рака шейки матки» может быть использована в профилактической деятельности медицинской сестры.

Таким образом, медицинская сестра, осуществляя сестринский уход и наблюдение при злокачественных опухолях женских половых органов, выполняет следующее:

- оказывает психологическую и медико-социальную помощь больной и членам её семьи;
- информирует пациентов и их родственников о сущности заболевания, методах его диагностики, лечения и реабилитации;
- готовит больных к лабораторным исследованиям, помогает врачу в проведении инструментальных методов диагностики;
- осуществляет предоперационную подготовку и послеоперационный уход за больными, обучает их приёмам самоухода;

- при динамическом наблюдении за пациенткой оценивает её общее состояние, характер выделений из половых путей, болевого синдрома, выделительных функций;
- оказывает пациентке помощь в проведении гигиенических процедур;
- осуществляет мероприятия, направленные на профилактику возникновения пролежней, инфекции органов дыхания и мочевых путей;
- следит за выполнением пациенткой назначений врача, плана лучевого лечения и химиотерапии, выявляет побочные эффекты лекарств и сообщает об этом врачу;
- контролирует проведение заместительной гормональной терапии;
- по назначению врача организует консультации специалистов (эндокринолога, психолога, уролога, психотерапевта и др.);
- составляет план ухода с учетом проблем пациентки, активно привлекая к уходу её родственников, обучая их приемам ухода;
- участвует в проведении санитарно-просветительской работы среди населения о необходимости профосмотров, лечения фоновых и предраковых заболеваний гениталий, о методах контрацепции, профилактике аборт, ИППП.

Цели и задачи исследования выполнены.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ.
2. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»: приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н.
3. Бахидзе Е. В. Фертильность, беременность и гинекологический рак. – М.: Диля, 2019. – 358 с.
4. Бохман, Я.В. Руководство по онкогинекологии. Издательство. - Л.: Медицина, 2020. – 632 с.
5. Венедиктова М. Г., Доброхотова Ю. Э. Онкогинекология в практике гинеколога. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 238 с.
6. Диагностика и лечение злокачественных новообразований: Клинические протоколы /Под ред. В. И. Чиссова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2021. – 246 с.
7. Дикке, Г. Б. Современные подходы к вторичной профилактике рака шейки матки / Г. Б. Дикке// Акушерство и гинекология. – 2020 – № 4 – С. 131-136.
8. Дубровина, С. О. Первичная и вторичная профилактика рака шейки матки //Акушерство и гинекология. – 2020 – № 6 – С. 13-16.
9. Клиническая онкогинекология: в 3 т.: пер. с англ. /Под ред. Ф. Дж. Дисаи, У. Т. Крисмана. – М.: Рид Элсивер, 2021. – Т. 1. – 316 с.; 2012. – Т. 2. – 324 с.; Т. 3. – 348 с.
10. Клиническая онкогинекология: руководство /Под ред. В. П. Козаченко. - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: БИНОМ, 2021. – 546 с.
11. Лучевая диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии: Национальное руководство / Под ред. Л. В. Адамяна, В. Н. Демидова, А. И. Гуса, И. С. Обельчака. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 769 с.
12. Осложнения противоопухолевой терапии /Под ред. М. Л. Гершановича, М. А. Бланка. – СПб.: Роза ветров, 2019. – 178 с.
13. Рак шейки матки /Под ред. И. В. Берлева, А. Ф. Урманчеевой. – Санкт-Петербург: Эко-Вектор, 2021. – 269 с.
14. Рак эндометрия /Под ред. И. В. Берлева, Л. М. Берштейна, А. Ф. Урманчеевой. – Санкт-Петербург: Эко-Вектор, 2021. – 316 с.
15. Рак эндометрия: возможности и перспективы реабилитации / А. Солопова и др. // Врач. – 2020– № 10 – С. 12–14.
16. Рак яичника: современные подходы к классификации, диагностике, стадированию и дифференцированной тактике ведения больных / А. Г. Солопова, В. О. Бицадзе, А. Е. Солопова и др.// Акушерство и Гинекология. – 2021. № 2. С. 55–65.
17. Реабилитация больных пограничными опухолями яичников: Современное видение проблемы /А. Солопова, А. Власина, И. Розанов, В. Москвичева // Врач. – 2022 – № 8 – С. 21-25.
18. Смирнова Л. М. Акушерство и гинекология / Л.М. Смирнова, Р.А. Саидова, С.Г. Брагинская. – М.: Медицина, 2021. – 368 с.
19. Чулкова В. А. Информирование онкологического больного: Учебное пособие. – СПб.: Ладога, 2022. – 149 с.
20. Чулкова В. А., Комяков И. П., Карелов А. Е. Эмоциональное выгорание врачей-онкологов и медицинских сестер онкологической клиники: Учебное пособие. – СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова. – 2020. – 263 с.

Правила подготовки к исследованию на ВПЧ методом
ПЦР-диагностики

Перед взятием мазка необходима подготовка, о которой пациентке сообщает медсестра. К ней относится:

1. Забор материала в первой фазе менструального цикла (сразу после окончания менструаций).
2. За сутки необходимо отказаться от половых контактов.
3. За 3 дня исключить все влагалищные формы лекарственных средств.
4. За 2 дня исключить инструментальные методы исследования с использованием: р-ра уксусной кислоты; р-ра Люголя, геля для УЗИ.
5. Прекратить спринцевание за 3 суток.
6. Перед проведением процедуры провести туалет наружных половых органов.

Анкета

1. Возраст.
2. Как часто Вы посещаете гинеколога? (1 раз в год, 1 раз в 2 года, редко, только если что-то беспокоит).
3. Имеете ли Вы вредные привычки (курение)? (Да, Нет).
4. Знаете ли Вы, что такие заболевания, как ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, являются факторами риска развития злокачественных заболеваний женских половых органов? (Знаю, не знаю).
5. Знаете ли Вы, что аборты и отсутствие родов являются факторами риска развития злокачественных заболеваний женских половых органов? (Знаю, не знаю).
6. Знаете ли Вы, что инфекции передающиеся половым путем являются факторами риска развития злокачественных заболеваний женских половых органов? (Знаю, не знаю).
7. Знаете ли Вы о вакцинации против ВПЧ (вируса папилломы человека)? (Знаю, не знаю).
8. Откуда Вы получали информацию о профилактике злокачественных заболеваний женских половых органов? (От медицинских работников, из просмотра телевизионных передач по медицине, из научно-популярной литературы по здоровому образу жизни, от знакомых).

Памятка «Профилактика рака шейки матки»

Как уберечь себя от рака шейки матки?





Причиной развития рака шейки матки является вирус папилломы человека. Для развития онкологии необходимы сопутствующие факторы, такие как:

-  Курение
-  Недостаток витаминов А и С
-  Раннее начало половой жизни
-  Заболевания, передающиеся половым путем

Профилактика РШМ

-  барьерный метод контрацепции
-  ВПЧ-тестирование
-  санация половых путей
-  вакцинация против ВПЧ



Рекомендации по возрастной профилактике рака шейки матки



9 – 15 лет

вакцинация против ВПЧ

проводится трехкратным введением вакцины

Схема вакцинации: 0 – 1 – 6 месяцев



21 – 29 лет

ВПЧ-тестирование

При отсутствии вируса можно провести вакцинацию

При наличии вируса проводится санация половых органов

проводится в женской консультации



30 – 65 лет

Ко-тестирование (цитология / жидкостная цитология + ВПЧ тестирование)

Материал для ВПЧ тестирования можно собрать самостоятельно с помощью устройства Qvintip

