

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В
ПРОФИЛАКТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ**

Дипломная работа студентки

**Очно-заочной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051580
Бессоновой Лидии Ивановны**

Научный руководитель
преподаватель Яворская О.В.

Рецензент
Главная медицинская сестра
ОГБУЗ «Белгородский онкологический
диспансер»
Кузмичева Г.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| ВВЕДЕНИЕ..... | 3 |
| ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ..... | 6 |
| 1.1. Общая характеристика, классификация и этиология онкологических заболеваний кожи..... | 6 |
| 1.2. Клиническая характеристика и диагностика патологии..... | 10 |
| 1.3. Организация лечебно-профилактической помощи при онкологических заболеваниях кожи | 13 |
| ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ | 17 |
| 2.1. Организационная характеристика базы исследования – ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер»..... | 17 |
| 2.2. Анализ статистических показателей распространенности онкологических заболеваний кожи | 18 |
| 2.3. Результаты социологического исследования «Оценка уровня информированности населения в вопросах профилактики онкологических заболеваний кожи»..... | 23 |
| 2.4. Направления повышения эффективности сестринской профилактической помощи онкологических заболеваний кожи..... | 38 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 40 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ..... | 42 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ..... | 44 |

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования профилактики онкологических заболеваний кожи определена тем, что в последние годы отмечается тенденция к росту патологии. В общей структуре онкологической заболеваемости в России злокачественные новообразования кожи занимают 3 место (от 10,4% до 12%). Среди показателей онкологической заболеваемости граждан Российской Федерации (РФ) рак кожи находится у мужчин на 2-ом месте (после рака легкого), у женщин – на 2-ом месте после рака молочной железы [1, с.46].

Ежегодно в России регистрируется более 50 тысяч новых случаев рака кожи. За последние 10 лет заболеваемость возросла на 30%, ежегодный прирост (в среднем) составляет 5%. Наибольшие показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи в РФ регистрируются в Южном Федеральном округе: Республике Адыгея, Астраханской области, Ставропольском и Краснодарском крае. Рост заболеваемости во многом предопределяется региональными климатическими особенностями (высокой инсоляцией), так и сложившейся демографической ситуацией (увеличение контингентов лиц старшего и преклонного возраста), но в не меньшей мере – улучшением прижизненной диагностики рака, а также истинным ростом заболеваемости [8, с.5-14].

Возраст является одним из основных факторов, с которым наиболее отчетливо связано развитие заболевания. Рак кожи встречается преимущественно в пожилом возрасте. По данным Черенкова В.Г. (2015), почти у каждого второго человека старше 65 лет может развиваться рак кожи, и у каждого четвертого он прогрессирует. Даже с учетом низкой смертности высокая заболеваемость обуславливает значительное число пациентов, погибающих от рака. Несмотря на его визуальную доступность, высоким остается удельный вес запущенных форм злокачественных новообразований кожи среди впервые обратившихся к врачам пациентов, как взрослого, так и

детского населения. В связи с высокой заболеваемостью злокачественными опухолями кожи актуален вопрос дальнейшего изучения и информирования населения о факторах риска, способствующих возникновению данной патологии, широкого проведения профилактических мероприятий [6, с.81].

В этих условиях задачами первостепенной важности являются непрерывное наблюдение за динамикой показателей здоровья пациентов различных возрастных групп, выявление тенденций роста заболеваемости, что необходимо для принятия обоснованных решений, определения стратегии, разработки и постоянного совершенствования механизмов, обеспечивающих улучшение здоровья населения, оценки эффективности проводимых профилактических мероприятий, способствуя совершенствованию онкологической помощи. Совершенствование отдельных компонентов организации противораковой борьбы, направленных на снижение заболеваемости злокачественными опухолями и смертности от них, увеличение числа выздоровевших и обеспечение им полноценной жизни, несомненно, одна из главных задач практического здравоохранения [12, с.59].

Основой профилактики и необходимым условием в лечении онкологических заболеваний кожи является защита кожи от чрезмерного воздействия ультрафиолетового облучения. Для этого необходимо активно проводить санитарно-просветительскую работу среди населения, целью которой является разъяснение причин, вызывающих онкологические заболевания кожи и обучение мероприятиям, направленных на их устранение. Как правило, подобные мероприятия проводит медицинская сестра. Это не только проведение занятий с пациентами, уже имеющими онкологические заболевания кожи, но и создание наглядных информационных материалов (санбюллетеней, тематических брошюр, плакатов и других наглядных материалов), а также подготовка материалов для освещения данной проблемы через местные средства массовой информации (газеты, радио, телевидение).

Цель дипломной работы - определение профессиональных и общих компетенций медицинской сестры в профилактике онкологических заболеваний кожи.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи**:

1. Провести теоретический анализ литературы, периодических медицинских изданий и других информационных источников по вопросу распространенности онкологических заболеваний кожи.

2. Проанализировать организационную характеристику и статистические показатели ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер».

3. Провести социологическое исследование «Оценка уровня информированности населения в вопросах профилактики онкологических заболеваний кожи», по результатам которого разработать рекомендации по совершенствованию профилактики патологии.

Для решения поставленных задач использовали **объект исследования** - мероприятия профилактики онкологических заболеваний кожи.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ медицинской литературы и периодических изданий по теме дипломной работы;

- организационный (сравнительный, комплексный) метод;

- статистические - статическая обработка информационного массива;

- социологические - анкетирование, интервьюирование.

Предмет исследования - профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике онкологических заболеваний кожи.

Теоретическая значимость работы состоит в определении распространенности онкологических заболеваний кожи, совершенствования мероприятий профилактики среди пациентов различных возрастных групп.

Практическая значимость заключается в определении профессиональных и общих компетенций сестринского персонала в совершенствовании мероприятий профилактики онкологических заболеваний кожи.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

1.1. Общая характеристика, классификация и этиология онкологических заболеваний кожи

В настоящее время различают множество разновидностей злокачественных заболеваний кожи, и все они значительно отличаются как по своей природе, так и по тяжести течения заболевания. Некоторые разновидности рака кожи встречаются редко или у определенных категорий населения, другими формами могут болеть люди разного возраста и пола.

Рак кожи – это злокачественная опухоль многослойного плоского эпителия. Чаще развивается на открытых участках кожи, локализуясь на лице, больше всего подвержены поражению нос и лоб, а также уголки глаз и уши. На теле образуется довольно редко, на туловище, руках и ногах опухоли встречаются не чаще в 10% случаев. Стоит отметить, что мгновенно болезнь не появляется, до этого ей в обязательном порядке предшествуют некоторые кожные изменения [5, с.36].

В зоне риска заболеваемости патологией находится любой человек, но, тем не менее, чаще всего заболевание поражает пожилых людей старше 60 лет, которые обладают светлой кожей и большое количество времени проводят на солнце. Это довольно распространенная патология и если исходить из статистики, то она занимает третье место среди всех видов онкологии.

Классификация. Среди онкологических заболеваний кожи различают базалиомы, плоскоклеточный рак, меланомы или спиналиоиды, аденокарциномы, и такие формы заболевания, которые развиваются из придатков кожи.

Базальноклеточный рак кожи - это наиболее распространенный и наименее опасный вид злокачественных опухолей кожи. Его частота составляет

75% от всех онкологических заболеваний кожи. Болезнь может развиваться годами, следовательно, клинические симптомы могут долго не проявляться. Положительный момент патологии заключается в том, что такой вид опухолей не дает метастазов, однако он способен разрушать кожные покровы и мышцы. Если учесть, что подобные опухоли в 90% случаев локализуются на коже лица, это делает их весьма опасными.

Плоскоклеточный рак кожи развивается из плоских клеток эпидермиса и отличается более агрессивным, нежели базалиома, течением и более быстрым развитием. Данный вид рака отличается быстрым развитием и способностью метастазировать. Поэтому такие опухоли нужно диагностировать на ранних стадиях, когда еще болезнь не распространилась по организму.

Меланома – это наиболее злокачественная из всех опухолей кожи, развивающаяся из пигментных клеток, которые вырабатывают меланин. Меланома кожи чаще обнаруживается в возрасте 30-50 лет. Имеет большой риск распространения на внутренние органы. Часто при обнаружении ее на глубоких стадиях прогноз неблагоприятен [3, с.62].

Классификация рака кожи по стадиям:

I стадия - опухоль или язва не более 2 см в диаметре, ограниченная эпидермисом и собственно дермой, совершенно подвижная вместе с кожей и без метастазов;

II стадия - опухоль или язва более 2 см в диаметре, прорастающая в толщу кожи, без распространения на подлежащие ткани. В ближайших регионарных лимфатических узлах может быть один небольшой подвижный метастаз;

III стадия:

1) значительных размеров ограниченно подвижная опухоль, проросшая в толщу кожи и подлежащие ткани, но не перешедшая еще на кость или хрящ, без определяемых метастазов;

2) такая же опухоль или меньших размеров, но при наличии множественных подвижных или одного малоподвижного метастаза.

IV стадия:

1) опухоль или язва, широко распространяющаяся по коже, проросшая в подлежащие мягкие ткани, хрящевой или костный скелет;

2) опухоль меньших размеров при наличии неподвижных регионарных или отдаленных метастазов.

Классификация рака кожи по системе TNM:

T – первичная опухоль:

- T_{1s} – рак insitu;

- T₀ – первичная опухоль не определяется;

- T₁ – опухоль 2 см или меньше в наибольшем измерении, строго поверхностная или экзофитная;

- T₂ – опухоль более 2 см, но не более 5 см в наибольшем измерении или опухоль с незначительной инфильтрацией дермы, независимо от величины;

- T₃ – опухоль более 5 см в наибольшем измерении или опухоль, глубоко инфильтрирующая дерму, независимо от величины;

- T₄ – опухоль, прорастающая хрящ, мышцы или кость.

- N – лимфатические узлы:

- N₀ – лимфатические узлы не прощупываются;

- N₁ – увеличенные смещаемые лимфатические узлы на стороне поражения:

- N_{1a} – увеличенные лимфатические узлы расцениваются как не пораженные метастазами;

- N_{1b} – увеличенные лимфатические узлы расцениваются как пораженные метастазами;

- N₂ – увеличенные смещаемые лимфатические узлы с противоположной или с обеих сторон:

а) N_{2a} – увеличенные лимфатические узлы расцениваются как не пораженные метастазами;

- N_{2b} – лимфатические узлы расцениваются как пораженные метастазами;

- N₃ – несмещаемые увеличенные лимфатические узлы.

- М – отдаленные метастазы:
- М₀ – нет признаков отдаленных метастазов;
- М₁ – имеются отдаленные метастазы (включая поражение лимфатических узлов, не являющиеся регионарными для данной локализации опухоли) [3, с.81].

В этиологии рассматриваемой патологии существуют факторы риска развития рака кожи:

- наследственность – наличие рака кожи в предыдущих поколениях у кого-то в семье;
- светлая кожа, склонная к быстрому обгоранию на солнце, к появлению веснушек;
- светлые волосы, голубой или зеленый цвет глаз;
- генетические расстройства, например, альбиносы;
- большое количество родинок, большие или необычной формы родинки, рубцы, трофические изменения кожи;
- предраковые состояния кожи в анамнезе и/или перенесенный ранее рак кожи;
- злоупотребление солнечными лучами;
- длительное проживание в такой климатической зоне, где постоянно светит солнце, или же в высокогорных районах;
- непосредственное воздействие канцерогенных веществ на кожу (каменноугольная смола и сажа, парафин, мазут, креозот и др.);
- приём медикаментозных средств, повышающих чувствительность кожи к солнечному излучению (таким примером могут стать некоторые группы антибиотиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, оральные контрацептивы у женщин);
- снижение иммунных функций организма - онкологи сегодня все чаще говорят о том, что рака можно избежать лишь одним способом - восстанавливать и укреплять защитные функции иммунной системы в общем, и противоопухолевый иммунитет в частности [9, с.113].

1.2. Клиническая характеристика и диагностика патологии

Клиническая характеристика базальноклеточного рака кожи зависит от его формы. Различают узловую, рубцовую, язвенную и поверхностную формы базалиомы (Приложение 1). Большинство пациентов, у которых диагностировали данное заболевание, отмечали, что на протяжении нескольких месяцев и даже лет у них развивалось новообразование, которое сопровождалось зудом.

Узловая форма базалиомы является самой распространенной и чаще имеет вид небольшого узла на поверхности, который немного кровоточит, и по своей форме напоминает жемчужину. Новообразование достигает диаметра от 5 до 10 мм, консистенция его плотная, в центре есть небольшое углубление.

Поверхностная форма базалиомы чаще всего располагается на теле, а не на лице. Заболевание чаще развивается достаточно медленно, и отличается наименьшей степенью злокачественности в сравнении с другими формами базалиом. Поверхностная форма - это бляшка на теле, от 10 до 30 мм в диаметре. Края ее приподняты, четко выделяются и выглядят так, будто сделаны из воска. Поверхность бляшки неоднородная, она покрыта корочками и эрозиями.

Рубцовая форма базалиомы представляет собой рубец, плотной консистенции серовато – розового цвета, по краям заметен перламутровый оттенок. Периферийные участки рубца покрыты эрозиями и корочками коричневого цвета. По мере роста новообразования часть эрозий замещается рубцовой тканью, а часть переходит на здоровые участки. Таким образом, заболевание распространяется.

Узловая и поверхностная формы базальноклеточного рака кожи могут сопровождаться появлением язв. Язвенная форма поражает не только кожу, но и мышцы, и кости. Сама язва имеет форму округлую или неправильную, дно ее неровное, бугристое, темного, почти черного цвета, края валикообразные.

Плоскоклеточный рак кожи характеризуется быстрым развитием и ростом новообразования в виде опухоли или язвы. По мере роста опухоли, а растёт она и вглубь и в стороны, к симптомам присоединяется воспалительный процесс, который сопровождается болевыми ощущениями.

Язвенная форма при плоскоклеточном раке кожи выглядит как образование в форме кратера, достаточно глубокое и углубляется ещё больше по мере развития новообразования. Из глубины его выделяется зловонное слизистое содержимое с примесью крови. Края язвы по форме напоминают валик, они крутые, плотные и приподняты над поверхностью здоровых тканей. Рост язвенной формы происходит и в глубину, и по поверхности кожи.

Узелковая форма плоскоклеточного рака выглядит как соцветие цветной капусты, или как гриб на толстой ножке. Новообразование может быть красного или коричневого цвета. Поверхность его покрывают эрозии. Такая форма рака отличается быстрым прогрессированием и прорастанием в ткани.

Плоскоклеточный рак кожи также может иметь вид бляшки или рубца, но гораздо реже. Бляшка обычно имеет плотную консистенцию и поверхность, усеянную мелкими бугорками. Она может кровоточить и довольно быстро прорастает в глубокие слои кожи. Если же плоскоклеточный рак появляется на рубце, то он может покрываться язвами и трещинами, уплотняться [5, с.246].

Клиническая характеристика меланомы варьируется в зависимости от разновидности. Самой частой является поверхностно-распространенная форма, которая развивается из невусов (родинок). Как правило, такая форма характеризуется длительным периодом назревания патологических клеток и затем стремительным развитием новообразования, в течение 1-2 месяцев. Этой форме меланомы подвержены в одинаковой степени и мужчины, и женщины среднего возраста. Расположение поверхностной меланомы преобладает у мужчин чаще на спине, а у женщин на голених.

Узловая, или нодулярная форма меланомы – это более агрессивная разновидность с неблагоприятным, как правило, прогнозом. Если изучить наглядно этот рак кожи, на увеличенной фотографии будет видно, что чаще

всего он характеризуется образованием узелка темно-синего цвета. Также по форме данная опухоль может напоминать полип или купол. Узловая меланома быстро прогрессирует, поражая глубокие слои кожи.

Лентиго-меланома – это форма рака кожи, встречающаяся преимущественно в пожилом возрасте. Для нее характерно появление на коже пятнышек темно-синего или коричневого цветов, небольшого, до 3 мм, диаметра.

Для развития любого вида меланомы характерны такие симптомы, как жжение, зуд в области новообразования. Также опухоль может мокнуть, кровоточить, а по мере поражения более глубоких слоев кожи, доставлять болевые ощущения. Как правило, меланомы возникают из невусов, которые находятся на открытых участках кожи, или в тех местах, которые часто травмируются одеждой. Когда меланома начала развиваться, малейшее прикосновение к невусу вызывает его кровоточивость. Этот признак является весьма тревожным, однако следует обратить внимание и на другие признаки. Насторожить должно любое изменение родинки - рост, изменение контура или цвета – что угодно, что покажется подозрительным [11, с.147].

Диагностика. Пациенты с подозрением на онкологическое заболевание кожи должны быть проконсультированы дерматоонкологом. Врач проводит осмотр образования и других участков кожи, пальпацию регионарных лимфоузлов, дерматоскопию. Определение глубины прорастания опухоли и распространенности процесса может быть произведено при помощи ультразвукового исследования (УЗИ). Для пигментных образований дополнительно показана сиаскопия.

Окончательно подтвердить или опровергнуть диагноз рака кожи может только цитологические и гистологическое исследование. Цитологическое исследование производится путем микроскопии специально окрашенных мазков-отпечатков, сделанных с поверхности раковых язв или эрозий. Гистологическую диагностику рака кожи проводят на материале, полученном после удаления новообразования или путем биопсии кожи. Если целостность

кожи над опухолевым узлом не нарушена, то взятие биопсийного материала осуществляется пункционным методом. По показаниям производят биопсию лимфатического узла. Гистология выявляет наличие атипических клеток, устанавливает их происхождение (плоские, базальные, меланоциты, железистые) и степень дифференцировки [9, с.4].

При диагностировании рака кожи в некоторых случаях следует исключить его вторичную природу, то есть наличие первичной опухоли внутренних органов. Особенно это касается аденокарцином кожи. С этой целью проводится УЗИ органов брюшной полости, рентгенография легких, компьютерная томография почек, контрастная урография, сцинтиграфия скелета, магнитно-резонансная и компьютерная томография головного мозга и другие инструментальные исследования. Эти же обследования необходимы в диагностике отдаленных метастазов или случаев глубокого прорастания рака кожи.

1.3. Организация лечебно-профилактической помощи при онкологических заболеваниях кожи

Выбор способа лечения рака кожи определяется в соответствии с его видом, распространенностью процесса, степенью дифференцировки раковых клеток. Учитывается также локализация рака кожи и возраст пациента.

Основная задача в лечении рака кожи – это его радикальное удаление путем хирургического иссечения патологически измененных тканей с захватом видимо здоровых тканей на 1-2 см. Операция проводится при помощи неодимового или углекислотного лазера, что уменьшает кровотечение во время операции и дает хороший косметический результат [2, с.14].

В отношении небольших по размеру опухолей (до 1-2 см) при незначительном прорастании рака кожи в окружающие ткани могут применяться электрокоагуляция, кюретаж или удаление лазером.

Работникам химической промышленности и лицам, связанным с радиоактивным излучением, необходимо соблюдать правила безопасности и использовать защитные средства [14, с.117-119].

Обязательным направлением профилактики является наблюдение пациентов, имеющих предраковые заболевания кожи. Регулярные осмотры дерматолога или дерматоонколога в таких случаях направлены на своевременное выявление признаков перерождения заболевания в рак кожи. Предупреждение трансформации меланоопасных невусов в рак кожи заключается в правильном выборе лечебной тактики и способа их удаления.

По степени повышения онкологического риска, определяющей разную периодичность обследования, группы делят на несколько категорий:

- практически здоровые люди, имеющие наследственную или приобретенную формы порфирии;
- практически здоровые люди, подвергающиеся воздействию канцерогенных факторов (имеющие профессиональные канцерогенные вредности);
- люди, страдающие хроническими заболеваниями (хроническим дерматитом, псориазом, длительно незаживающими свищами и язвами кожи);
- больные с факультативными предраковыми заболеваниями (солнечный и старческий кератоз, кератоакантома, кожный рог);
- больные с облигатными предраковыми заболеваниями (болезнью Боуэна, эритроплазией Кейра, пигментной ксеродермой, болезнью Педжета).

В группах риска практически здоровых и лиц с хроническими заболеваниями кожи диспансерный осмотр проводится 1 раз в год. Лицам с факультативными предраками осуществляется лечение с активным наблюдением путем их осмотра 2 раза в год. При необходимости к осмотру и лечению привлекается онколог и хирург, при показаниях проводится морфологическое исследование образования. Пациенты с облигатными предраковыми поражениями кожи должны направляться на обследование, лечение и последующее наблюдение к онкологу [17, с.42-46].

Прогноз. Показатели летальности при раке кожи являются одними из самых низких в сравнении с другими онкологическими заболеваниями. Прогноз во многом зависит от вида рака кожи и степени дифференцировки опухолевых клеток. Базально-клеточный рак кожи имеет более доброкачественное течение без метастазирования. При адекватно проведенном своевременном лечении плоскоклеточного рака кожи выживаемость пациентов составляет 95%. Наиболее неблагоприятный прогноз у пациентов с меланомой, при которой пятилетняя выживаемость составляет лишь 50% [16, с.42].

Таким образом, на основании проведенного теоретического анализа литературы и периодических изданий, можем сделать следующие выводы:

1. Рак кожи – это злокачественная опухоль многослойного плоского эпителия. Клинические формы патологии значительно отличаются как по своей природе, так и по тяжести течения заболевания. Некоторые разновидности рака кожи встречаются редко или у определенных категорий населения, другими формами могут болеть люди разного возраста и пола, что определяется множеством этиологических факторов.

2. Клиническая картина рака кожи зависит от его формы, и диагностируется по данным исследований: дерматоскопии, гистологического и цитологического исследований, по показаниям – УЗИ.

3. Выявление заболеваний в начальной стадии - это гарантия эффективного лечения и вторичной профилактики онкологических заболеваний кожи. Первичные профилактические мероприятия заключаются в защите кожи от воздействия неблагоприятных химических, радиационных, ультрафиолетовых, травматических, термических и других воздействий.

Следовательно, проведение профилактических мероприятий сестринской службой определяется распространенностью онкологических заболеваний кожи, серьезностью прогноза и возможностью устранения распространенных этиологических факторов.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

2.1. Организационная характеристика базы исследования – ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер»

Пациентам с онкологическими заболеваниями кожи г. Белгорода и Белгородской области лечебно-профилактическая помощь оказывается в ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер».

Структура ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» включает следующие подразделения: поликлиника; клиничко-диагностическая лаборатория; диагностические отделения; круглосуточный стационар; внутрибольничная аптека.

Амбулаторно-поликлиническая помощь в рамках специализированной медицинской помощи включает:

- консультативную помощь населению при новообразованиях различных локализаций;
- диагностику и лечение новообразований по направлениям: онкология, онкогинекология, онкоурология, онкостоматология, лор-онкология, химиотерапия, радиология, дневной стационар противоопухолевой лекарственной терапии, отделение амбулаторной рентгенотерапии;
- проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление ранних и скрытых форм онкозаболеваний и факторов риска злокачественных новообразований;
- организацию дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, в том числе обеспечение необходимыми лекарственными средствами;

- установление медицинских показаний и направление в другие учреждения государственной системы здравоохранения для получения специализированных видов медицинской помощи;

Ежегодно в поликлинике получают амбулаторную помощь свыше 160 тысяч жителей области, выполняется более 36 тысяч оперативных вмешательств, более 1000 манипуляций.

В лечебных отделениях круглосуточного стационара оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь пациентам с новообразованиями различного генеза. Стационарная помощь пациентам с раком кожи оказывается: в отделении опухолей костей, кожи, мягких тканей, молочной железы; в отделении противоопухолевой лекарственной терапии; в отделении анестезиологии и реанимации; в радиотерапевтическом отделении; в отделении лучевого лечения больных всех опухолевых локализаций, кроме гинекологических.

2.2. Анализ статистических показателей распространенности онкологических заболеваний кожи

Статистический анализ данных ЗНО кожи в ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» проводится по 2 нозологическим группам: ЗНО кожи (без меланомы) и, собственно, меланома кожи. В Белгородской области показатели заболеваемости ЗНО кожи (без меланомы) превышают показатели РФ (12%), так в 2017 г. – 18%, в 2018 г. отмечается увеличение до 20,3%.

Среди мужского населения первое место в структуре заболеваемости по Белгородской области занимает так же ЗНО кожи (без меланомы) – 16,5% в 2018 году (15,4% -2017 г). Этот показатель в среднем по РФ равен 10,1%.

Среди женского населения наблюдается та же картина – лидирует рак кожи (без меланомы) –23,6% в 2018 году (20,2% – 2017 г), показатель по РФ – 14,4%.

Таблица 1.

Зарегистрировано всего больных с ЗНО кожи в 2015-2017 гг.

| Год | Зарегистрировано ЗНО кожи (всего) | ЗНО кожи без меланомы | Меланома | Состоит на учете с меланомой кожи (чел.) |
|-------------|-----------------------------------|-----------------------|------------|--|
| 2015 | 1287 (19,7%) | 1144 (17,5%) | 143 (2,2%) | 967 |
| 2016 | 1301 (19,1%) | 1180 (17,4%) | 121 (1,7%) | 912 |
| 2017 | 1328 (19,9%) | 1201 (18,0%) | 127 (1,9%) | 1041 |

Таблица 2.

Численность контингентов больных за 2017-2018 гг.

| Год | Меланома кожи | | Другие ЗНО кожи | |
|-------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|
| | Абсолютное число | На 100 тыс. населения | Абсолютное число | На 100 тыс. населения |
| 2017 | 1041 | 67,2 | 5305 | 342,2 |
| 2018 | 1090 | 70,1 | 5784 | 372,5 |
| | прирост 49 | Прирост 2,9 | прирост 479 | прирост 30,3 |

Среди больных, находящихся под наблюдением онкодиспансера, состоящих на учете более 5 лет, наблюдается рост диспансерной группы (Рис. 1), (Рис. 2).

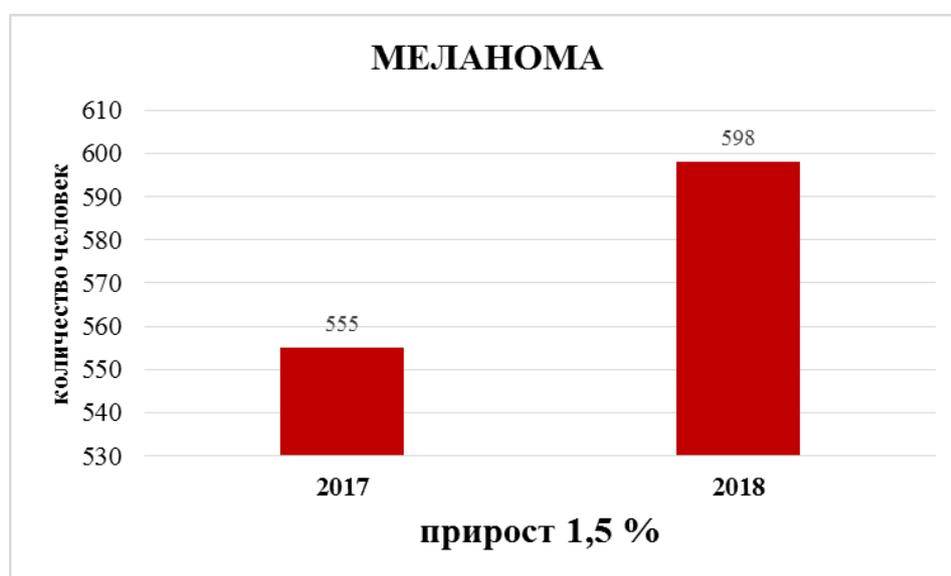


Рис. 1. Показатели заболеваемости меланомой в Белгородской области за 2017-2018 гг.



Рис. 2. Показатели заболеваемости другими ЗНО кожи в Белгородской области за 2017-2018 гг.

Основные показатели онкологической помощи населению Белгородской области по ЗНО кожи представлены в таблицах 3-4.

Таблица 3.

Показатели заболеваемости меланомой кожи

| Год | Заболеваемость на 100 тыс. | Доля 1-2 стадии (%) | Доля 4 стадии (%) запущенность | Смертность на 100 тыс. | Пятилетняя выживаемость (%) | Выявлено активно (%) |
|------|----------------------------|---------------------|--------------------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------|
| 2015 | 9,3 | 70,6 | 7,7 | 3,0 | 52,1 | 37,7 |
| 2016 | 7,8 | 81,8 | 5,7 | 3,1 | 55,9 | 38,4 |
| 2017 | 8,2 | 77,7 | 8,6 | 2,6 | 53,3 | 25,8 |
| 2018 | 7,2 | 83,0 | 8,8 | 1,6 | 54,8 | 29,1 |

Таблица 4.

Показатели заболеваемости другими ЗНО кожи

| Год | Заболеваемость на 100 тыс. | Доля 1-2 стадии (%) | Доля 4 стадии (%) запущенность | Смертность на 100 тыс. | Пятилетняя выживаемость (%) | Выявлено активно (%) |
|------|----------------------------|---------------------|--------------------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------|
| 2015 | 74,1 | 70,6 | 0,1 | 1,9 | 27,1 | 41,2 |
| 2016 | 76,2 | 81,8 | --- | 0,7 | 29,6 | 39,6 |
| 2017 | 77,4 | 99,1 | 0,1 | 0,4 | 26,7 | 39,2 |
| 2018 | 92,4 | 98,5 | 0,4 | 1,0 | 29,6 | 38,6 |

В ходе статистического анализа определена отрицательная динамика снижения диагностики ЗНО при профилактических осмотрах, так в 2015 году этот показатель составлял 37,7 % к 29,1% в 2018 году (меланома) (Таблица 3). По другим ЗНО кожи (без меланомы) наблюдается аналогичная картина: в 2018 году – 38,6% (2015 г. – 41,2%) (Таблица 4).

Возможно, это свидетельствует о снижении уровня проведения профосмотров в части дерматоонкологии в Белгородской области. Но из общего числа активно выявленных случаев ЗНО наибольший удельный вес составляют, именно, ЗНО кожи – 38,6% (2018); 39,2% (2017) (Таблица 4).

О своевременности выявления злокачественных опухолей свидетельствует доля больных с 1-2 стадиями заболевания к общему числу больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО. В 2018 году удельный вес больных с впервые в жизни установленным диагнозом меланома кожи 1-2 стадии составил 83% (70,6% – 2015 г.) (Таблица 3).

Удельный вес больных с впервые в жизни установленным диагнозом другие ЗНО кожи с 1-2 стадией в 2018 году составил 98,5% (70,6% – 2015 г.) (Таблица 4).

Неблагоприятными показателями являются рост и общий показатель запущенности, включающий 3 стадию ЗНО кожи (без меланомы) – 0,4 % (2018) к 0,1% (2015) (Таблица 4).

По меланоме кожи запущенность составляет: в 2018 году – 8,8% (7,7% за 2015 год) (Таблица 3).

Среди причин запущенности лидируют – несвоевременное обращение за медицинской помощью (46,7%) и скрытое течение болезни (41%). Ошибки диагностики и длительность обследования составляют менее 5 %.

Анализ летальности больных в течение года с момента установления диагноза следующий: ЗНО кожи (без меланомы) на 1000 тыс. населения – 1,0 (2018 г.); 1,9 (2015 г.) (Таблица 4).

Показатели по меланоме кожи: 1,6 (2018) – 3,0 (2015) (Таблица 3).

Проанализированные статистические данные свидетельствуют о снижении одногодичной летальности при ЗНО кожи.

Важным критерием деятельности онкологической службы является диспансерное наблюдение и контроль причин смерти онкологических больных.

В Белгородской области существует трехуровневая система оказания медицинской помощи населению по профилю «Онкология».

На первом уровне первичную медико-санитарную помощь оказывают врачи центров общей практики, фельдшера и акушерки ФАПов, смотровых кабинетов, участковые врачи терапевты, педиатры, гинекологи и другие специалисты. Они выявляют риск развития онкологических заболеваний; проводят диспансерные осмотры различных контингентов населения; первичное обследование больного при подозрении на наличие онкологического заболевания, дообследование больных, комплекс мероприятий по социальной реабилитации больных с распространенными формами онкологических заболеваний, организуют оказание психологической помощи онкологическим больным и членам их семей, организуют консультации и семинары для родственников, осуществляющих уход за паллиативными больными.

Медицинские работники центров общей врачебной практики оказывают медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с рекомендациями врачей-онкологов и врачей специалистов, а так же проводят первичный скрининг на предмет выявления онкологических заболеваний видимых локализаций, направляют на маммографические, флюорографические, лабораторные обследования (маркеры опухолевого роста) и др.

На втором уровне – в рамках неотложной и плановой медико-санитарной помощи – оказывается терапевтическая, хирургическая, онкологическая и паллиативная помощь – врачами-онкологами первичных онкологических кабинетов (ПОК) и врачами специалистами стационаров учреждений здравоохранения области.

На третьем уровне (ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» и ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа») осуществляется специализированная медицинская помощь взрослому населению со злокачественными новообразованиями.

В целом необходимо отметить, что онкоэпидситуация в Белгородской области на протяжении последних 10 лет остается достаточно стабильной, но наблюдается ежегодный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями. На сегодняшний день остаются проблемные вопросы в работе службы по снижению смертности от ЗНО, поэтому особое внимание в перспективе будет уделяться повышению доли активно выявленных случаев ЗНО, качеству и эффективности диспансеризации населения с целью выявления предраковых заболеваний, онконастороженности у медицинских работников, повышению уровня информированности населения о ЗНО, полному охвату групп риска скрининговыми обследованиями, повышению уровня прижизненной диагностики злокачественных новообразований.

Все перечисленные мероприятия включены в План по профилактике, раннему выявлению и снижению смертности от новообразований, в том числе и злокачественных и утверждены на федеральном уровне.

2.3. Результаты социологического исследования «Оценка уровня информированности населения в вопросах профилактики онкологических заболеваний кожи»

На следующем этапе работы проведено социологическое исследование с целью выяснения осведомленности пациентов в вопросах профилактики ЗНО кожи и факторах риска возникновения данной патологии. Социологическое исследование проводилось в два этапа: на первом – анкетированием было предложено ответить на вопросы анкеты, представленной в приложении 2. В опросе приняли участие 40 человек, заполняя анкету методом выборочных

ответов: «Да», «Нет», «Затрудняюсь ответить». После чего с каждым респондентом была проведена санитарно-просветительская беседа о факторах, влияющих на развитие ЗНО кожи, вредных воздействиях и профилактике рассматриваемой патологии. В проведении бесед применялись подготовленные наглядные пособия по профилактике ЗНО кожи, умению определить свой фототип, и с соответствии с фототипом – профилактические мероприятия (Приложение 3). После информирования пациентам вновь предлагалось ответить на вопросы анкеты.

На первый вопрос анкеты «Вы осматриваете свою кожу регулярно и внимательно?» уже на первом этапе анкетирования большинство пациентов (70%) ответили утвердительно (Рис. 3).

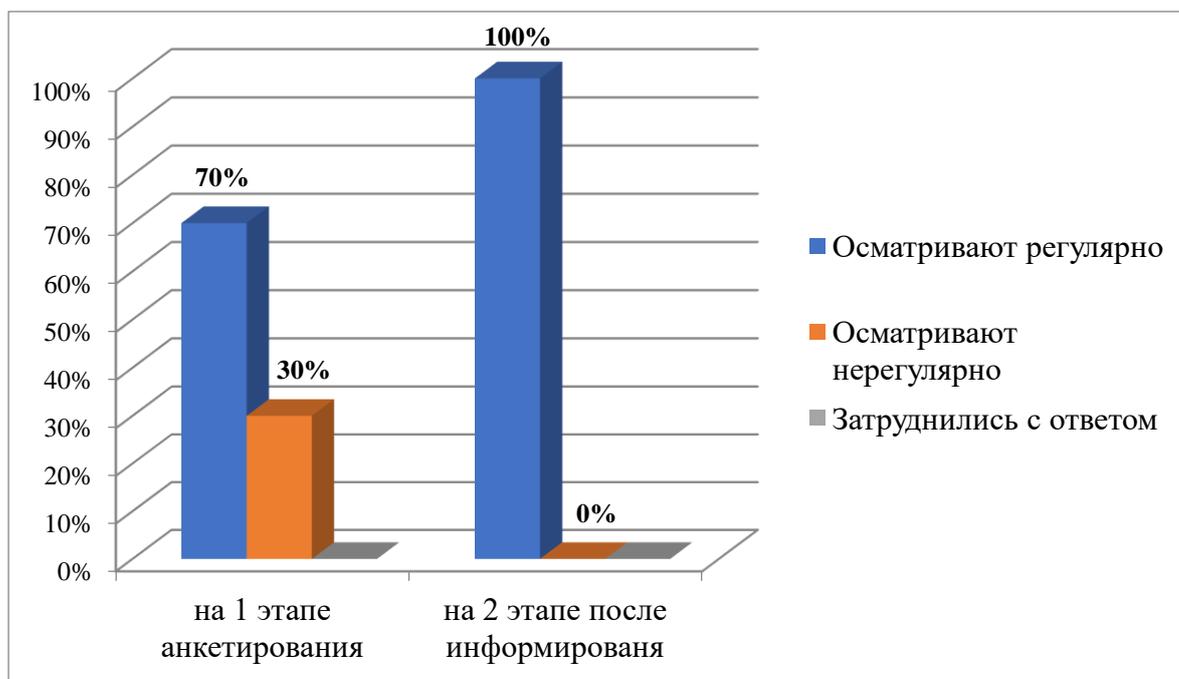


Рис. 3. Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «Вы осматриваете свою кожу регулярно и внимательно?»

После проведения санитарно-просветительской работы все пациенты утвердительно ответили о необходимости регулярного и внимательного осмотра кожи.

Обязательным условием профилактики ЗНО кожи является самообследование уже имеющихся на теле родинок, невусов, пигментных /

родимых пятен. По результатам опроса большинство пациентов (75%) имеют большое (более 5) количество родинок на коже, что определяет необходимость информирования респондентов в проведении профилактических мероприятий рассматриваемой патологии (Рис. 4).

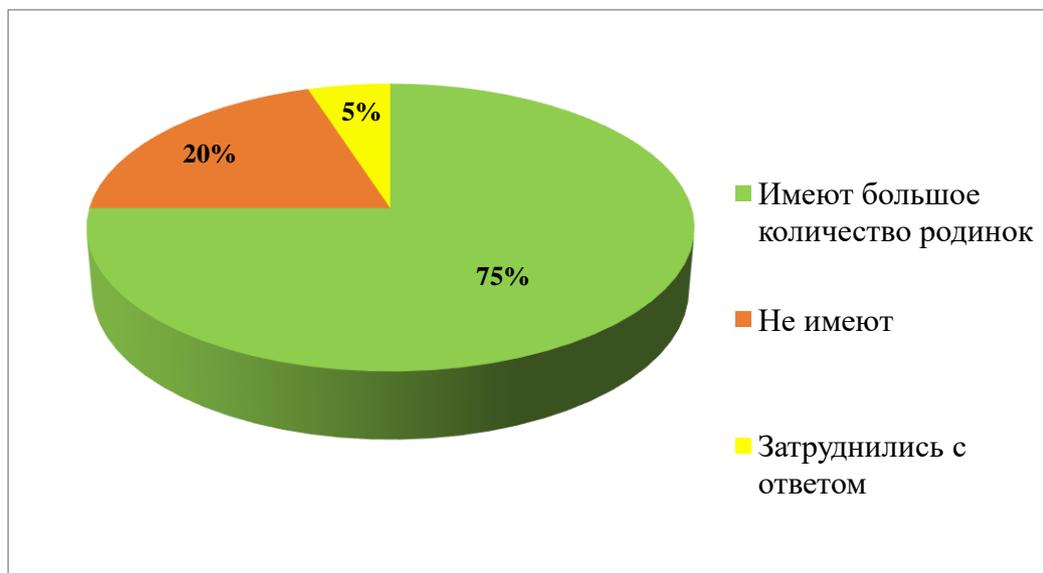


Рис. 4. Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «Имеете ли Вы большое (более 5) количество родинок на коже?»

На следующий вопрос «Есть ли у Вас на коже родинки более 0,5 см в диаметре?» половина опрошенных (50%) ответили утвердительно) (Рис.5).

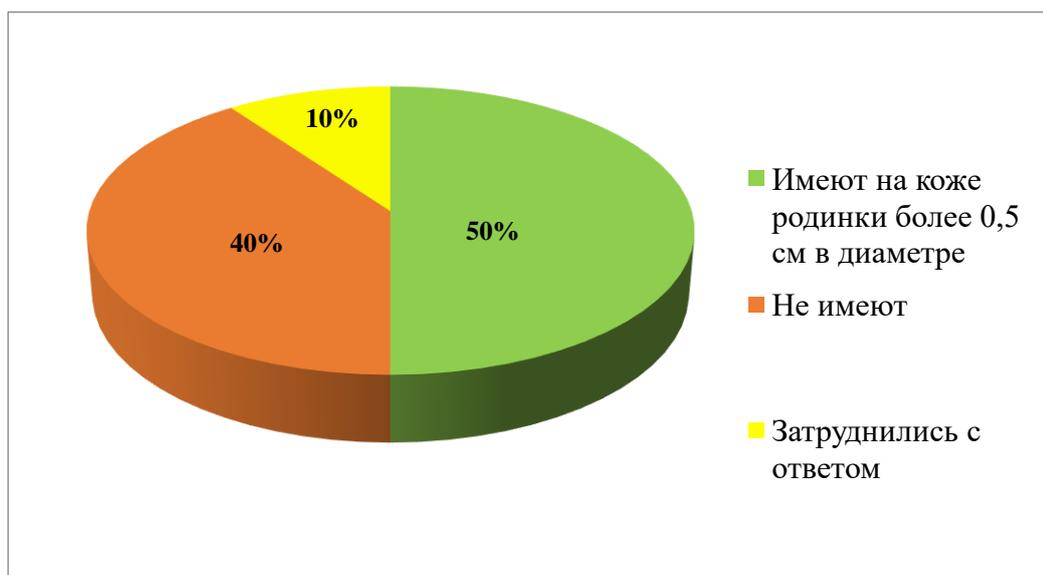


Рис. 5. Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «Есть ли у Вас на коже родинки более 0,5 см в диаметре?»

По результатам исследования более, чем у половины опрошенных (65%) нет родинок, которые часто травмируются, но 25% пациентов утвердительно ответили на данный вопрос. И 10% респондентов затруднились с ответом на данный вопрос, что, возможно, свидетельствует о том, что они не очень внимательно осматривают родинки (Рис.6.).

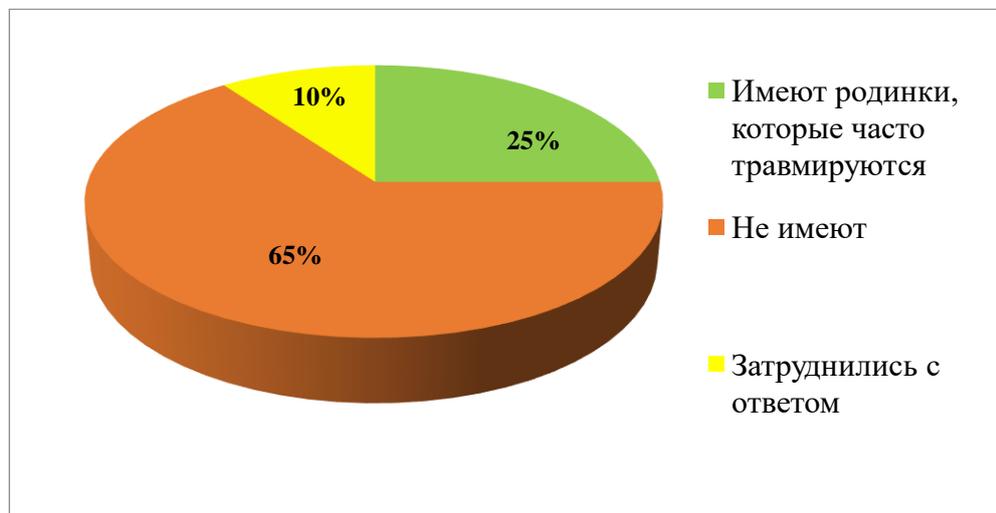


Рис. 6. Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «У Вас есть родинки, которые часто травмируются?»

Требуют внимания результаты исследования, что у 25% опрошенных отмечались видоизменения (размера, цвета) имеющихся родинок, и 20% пациентов затруднились ответить на данный вопрос (Рис.7).

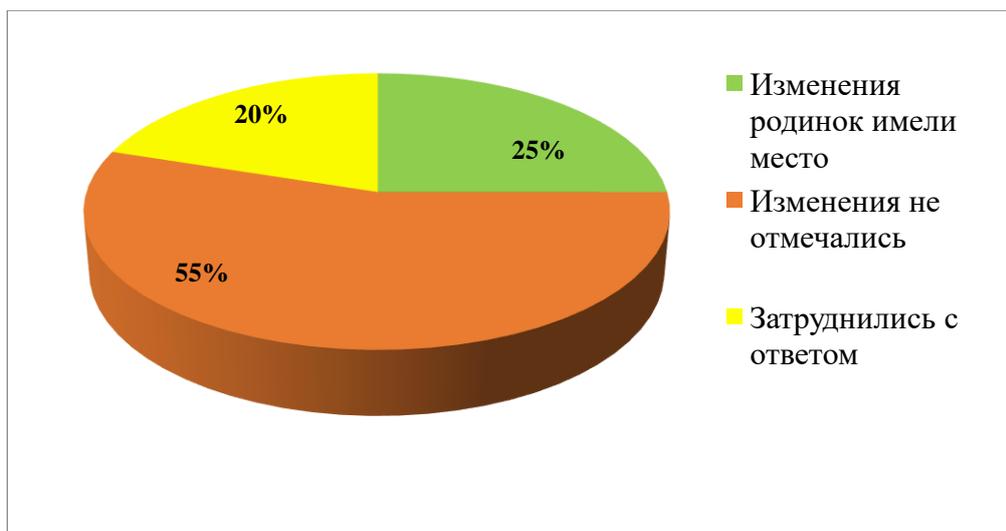


Рис. 7. Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «Не замечали ли Вы, что имеющиеся у вас родинки видоизменились (размер, цвет)?»

Такие изменения, как шелушение и/или зуд в области родинок отмечали 5% опрошенных (Рис.8).

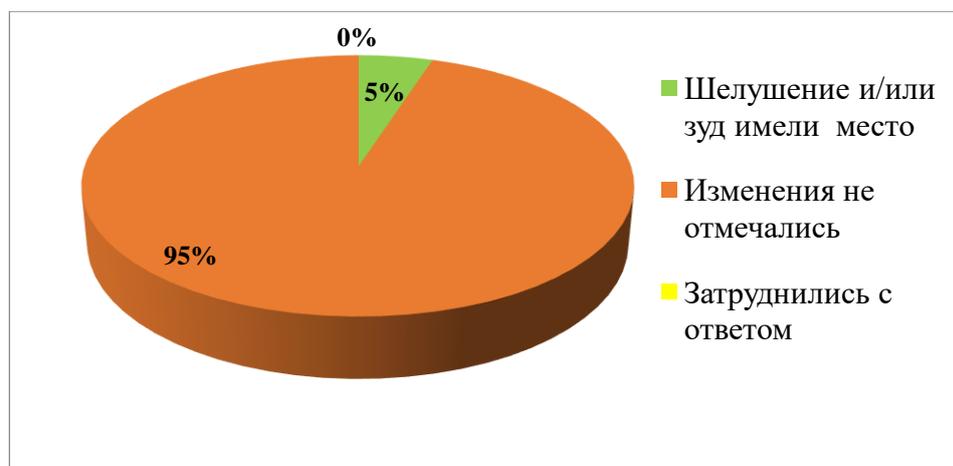


Рис. 8. Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «Не замечали ли Вы шелушение и/или зуд в области родинки / родинок?»

Требуют внимания результаты ответов респондентов на вопрос анкетирования: «Не замечали ли Вы появление на коже узелковых, бородавчатых образований, изъязвлений, долго незаживающих трещин?»: большинство (85%) анкетированных ответили отрицательно, но были и положительные ответы – 15% (Рис.9).

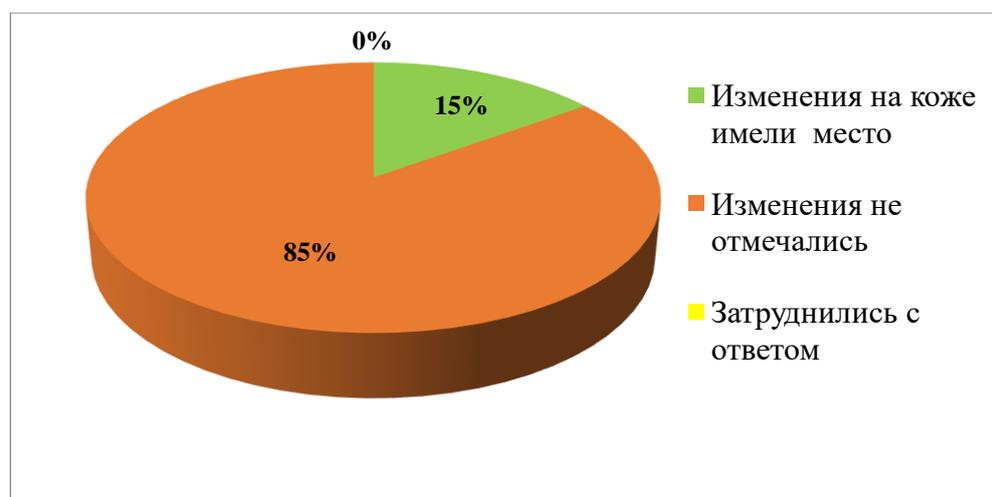


Рис. 9. Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «Не замечали ли Вы появление на коже узелковых, бородавчатых образований, изъязвлений, долго незаживающих трещин?»

Ответившим положительно на данный вопрос необходимо пройти консультацию дерматоонколога, так как риск развития злокачественных новообразований у респондентов, давших положительный ответ, возрастает многократно. В свою очередь, выявление ЗНО кожи на ранних этапах, это повышение шансов на полное излечение.

Следующие вопросы анкеты предлагались респондентам с целью выявления умений определить свой фототип, мероприятий по защите кожи от инсоляции в зависимости от фототипа.

На вопрос «Вы умеете определить фототип кожи?» больше половины опрошенных (60%) ответили отрицательно, положительно – 25% респондентов, затруднились с ответом – 15% пациентов. После информирования респондентов с предоставлением памяток о фототипах кожи, ознакомления с ними, и разъяснения, уже 90% пациентов ответили положительно и только 10% затруднились ответить на данный вопрос, отрицательных ответов не было. Это, безусловно, свидетельствует о пользе санитарно-просветительской работы в профилактике ЗНО кожи (Рис. 10).

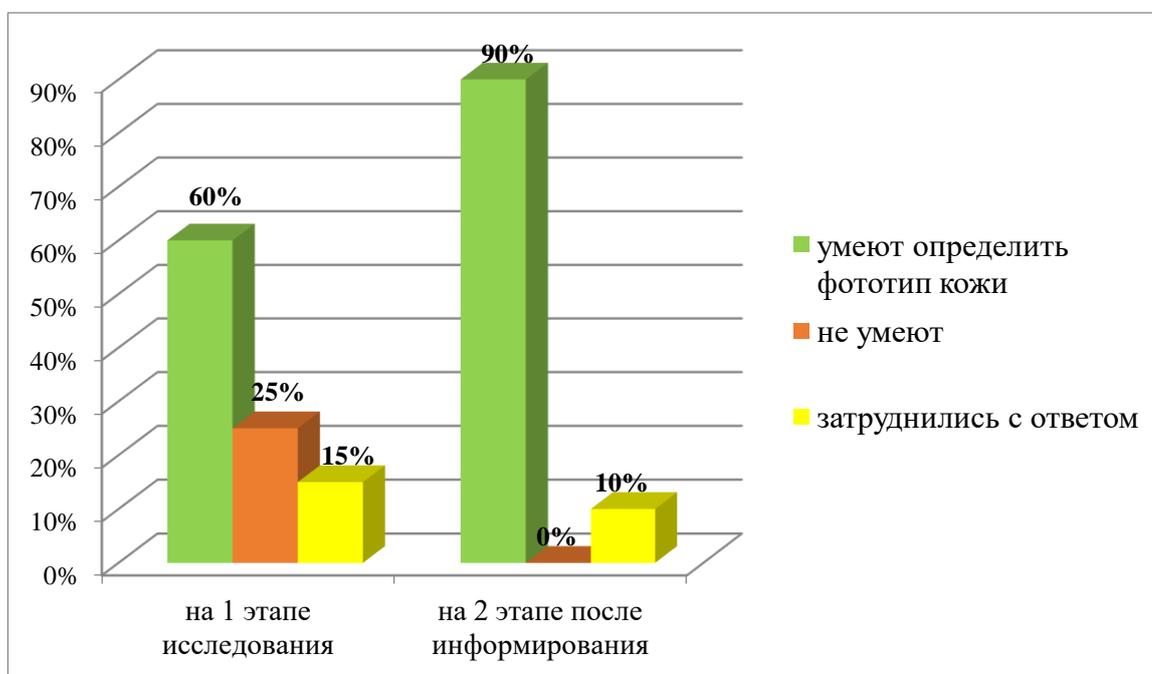


Рис. 10. Распределение ответов респондентов в умении определить свой фототип кожи

Знали свой фототип кожи на 1 этапе исследования только 25% респондентов, 50% опрошенных ответили отрицательно и 25% - затруднились с ответом. Эти данные свидетельствуют о низкой осведомленности пациентов в вопросах профилактики ЗНО кожи. Положительно, что после второго этапа анкетирования 90% смогли определить свой фототип (Рис.11).

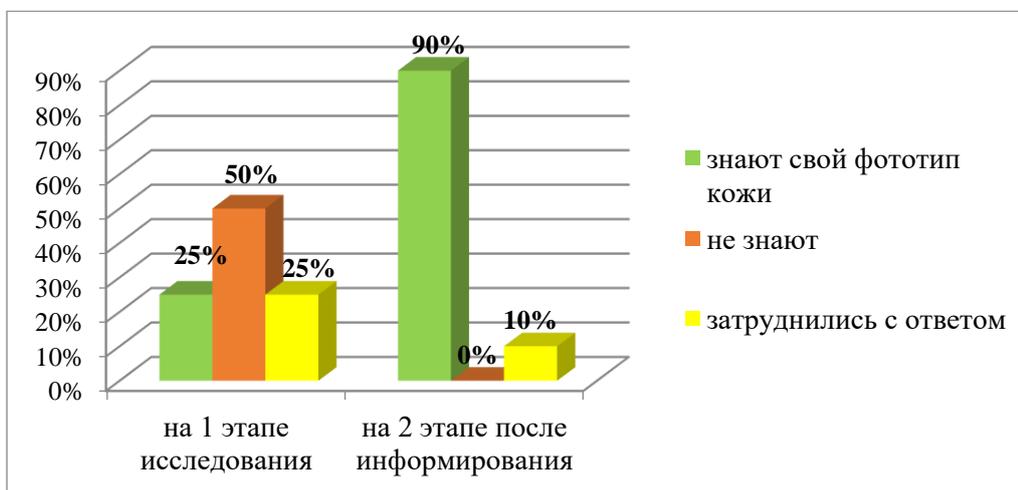


Рис. 11. Распределение ответов респондентов на вопрос «Знаете ли Вы свой фототип кожи?»

Неблагоприятно, что большинство (70%) респондентов ответили отрицательно на вопрос «Вы проводите профилактические мероприятия по защите кожи в соответствии с Вашим фототипом?» (Рис. 12).

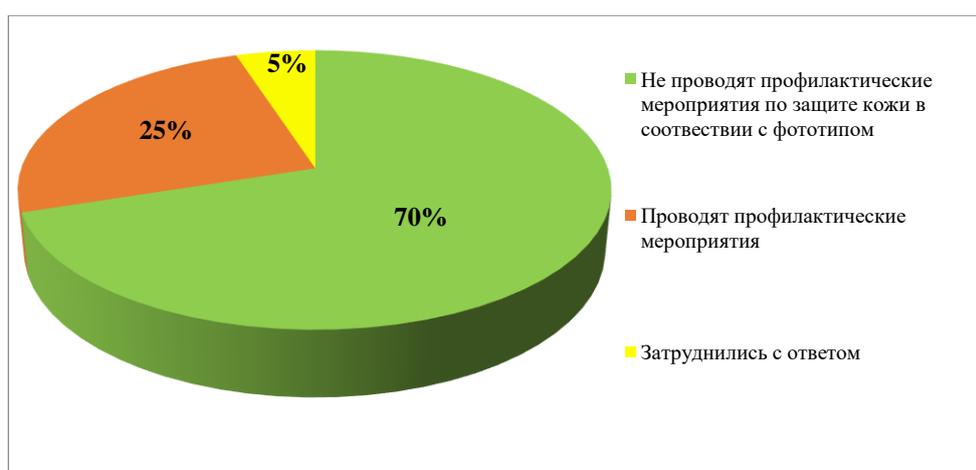


Рис. 12. Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «Вы проводите профилактические мероприятия по защите кожи в соответствии с Вашим фототипом?»

Требуют внимания результаты исследования, что больше половины (55%) ответили утвердительно вопрос «Ваша кожа склонна к солнечным ожогам?» (Рис. 13).

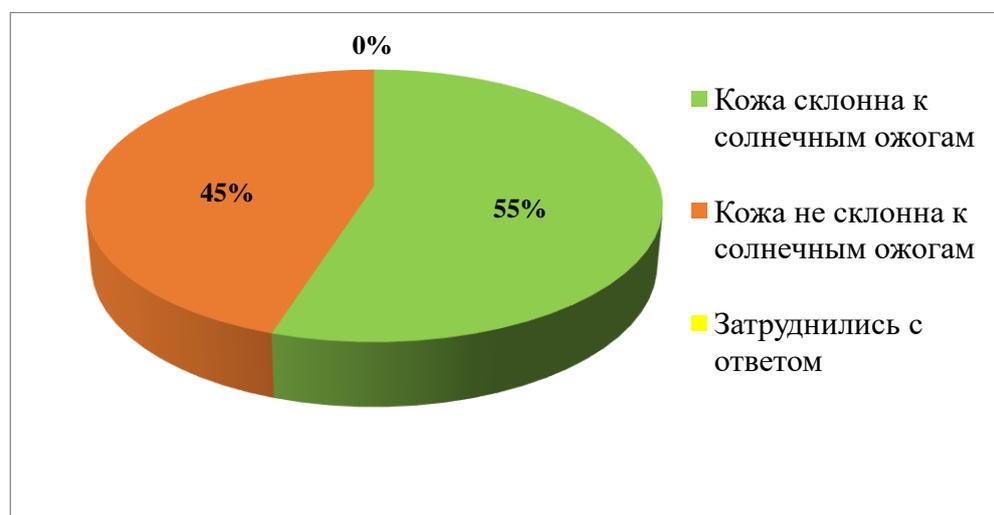


Рис. 13. Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «Ваша кожа склонна к солнечным ожогам?»

Перенесенные в детстве ожоги – это фактор риска развития ЗНО кожи во взрослом возрасте. 55% опрошенных положительно ответили на вопрос «Получали ли вы солнечные и другие виды ожогов в детском возрасте?», что свидетельствует о наличии фактора риска (Рис.14).

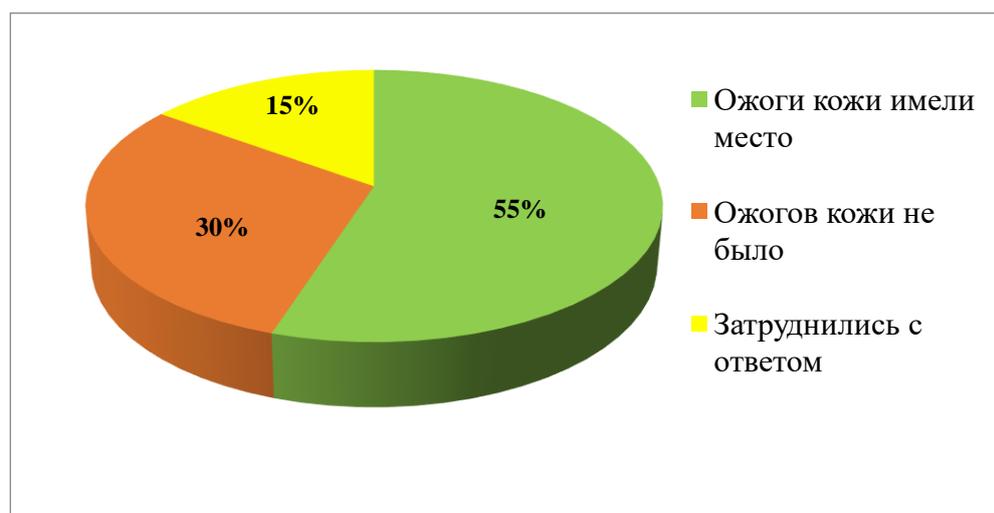


Рис. 14. Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «Получали ли вы солнечные и другие виды ожогов в детском возрасте?»

Одним из первостепенных профилактических мероприятий ЗНО кожи является соблюдение правил пребывания на солнце. Благоприятно, что большинство опрошенных (85%) отрицательно ответили на вопрос «Вы много времени (более 10-12 часов в сутки) проводите на солнце?». Только 10% дали положительный ответ, еще 5% затруднились ответить (Рис. 15).

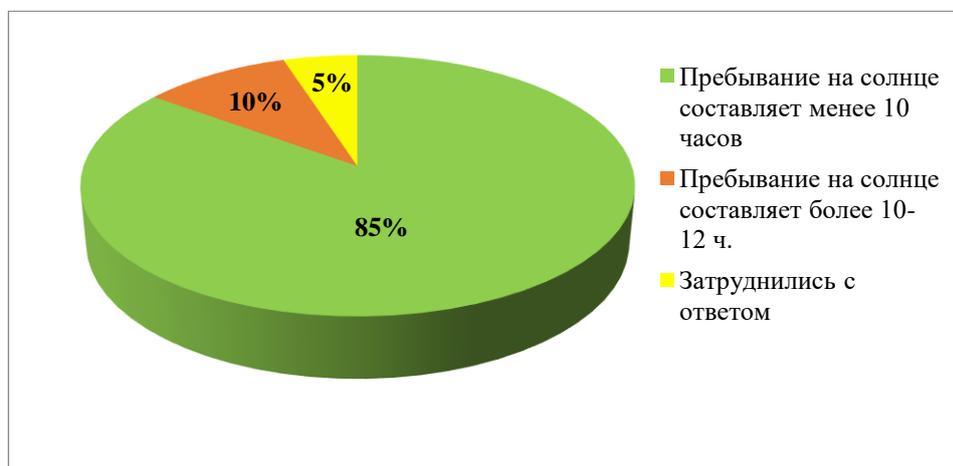


Рис. 15. Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «Вы много времени (более 10 - 12 часов в сутки) проводите на солнце?»

Требует внимания, что 25% респондентов не имеют знаний о том, что загорать в момент пика солнечной активности (с 11.00 до 16.00) запрещено, еще 5 % затруднились ответить (Рис. 16).

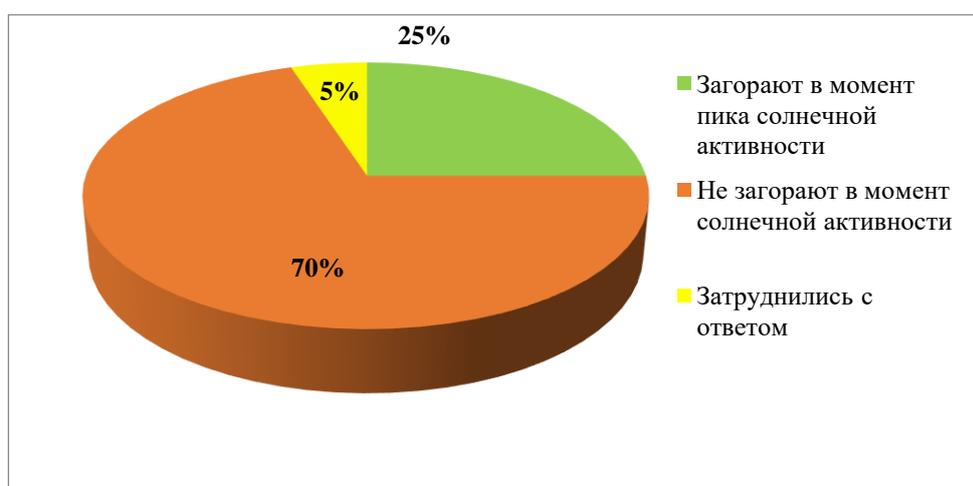


Рис. 16. Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «Загораете ли вы в момент пика солнечной активности (с 11.00 до 16.00)?»

В настоящее время применение средств с солнечными фильтрами не только на пляжах и морском побережье, но и в условиях города обеспечивают максимальную защиту кожи от УФ-излучения. Неблагоприятно, что только 35% опрошенных применяют солнцезащитные средства не только на пляже, но и в повседневной жизни. Большинство респондентов (65%) считают необязательным применение таких средств вне пляжей. После ознакомления с памятками о вреде солнечных ожогов многие анкетированные задумались о применении защитных средств в повседневной жизни, особенно в весенне-летний период, когда УФ-индекс в нашем городе достаточно высок (Рис 17).

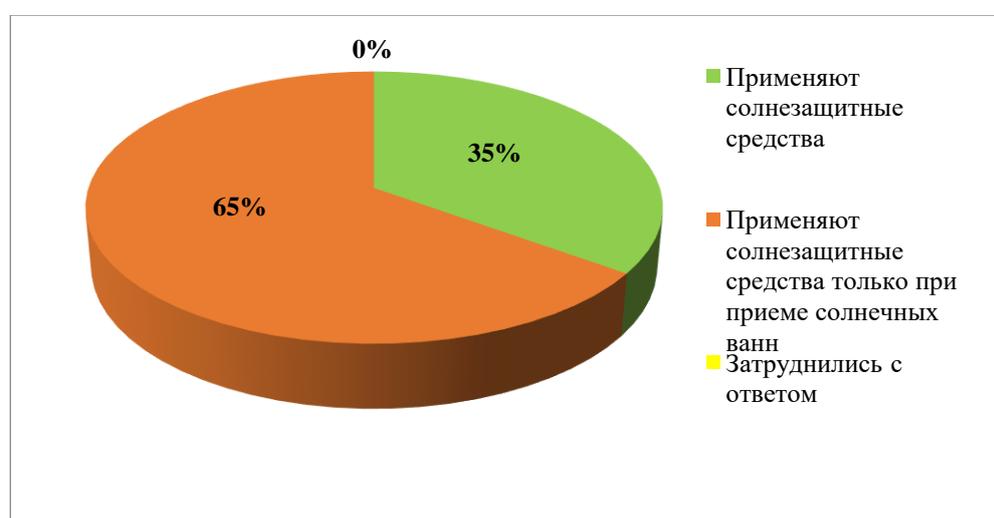


Рис. 17. Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «Вы применяете солнцезащитные средства (крема, лосьоны и др.) только при приеме солнечных ванн?»

Чтобы правильно подобрать защитный лосьон или крем, нужно акцентировать внимание на степени его защиты, фиксируемой на этикетке. В выборе солнцезащитного средства отдают предпочтение средствам с коэффициентом защиты (SPF) от 30 и выше 55% опрошенных. 35% все еще не осознают опасность УФ-излучения и пользуются средствами либо с более низкой степенью защиты, либо не пользуются ими вовсе. Есть те, кто затруднились в ответе на данный вопрос (10%) (Рис.18).

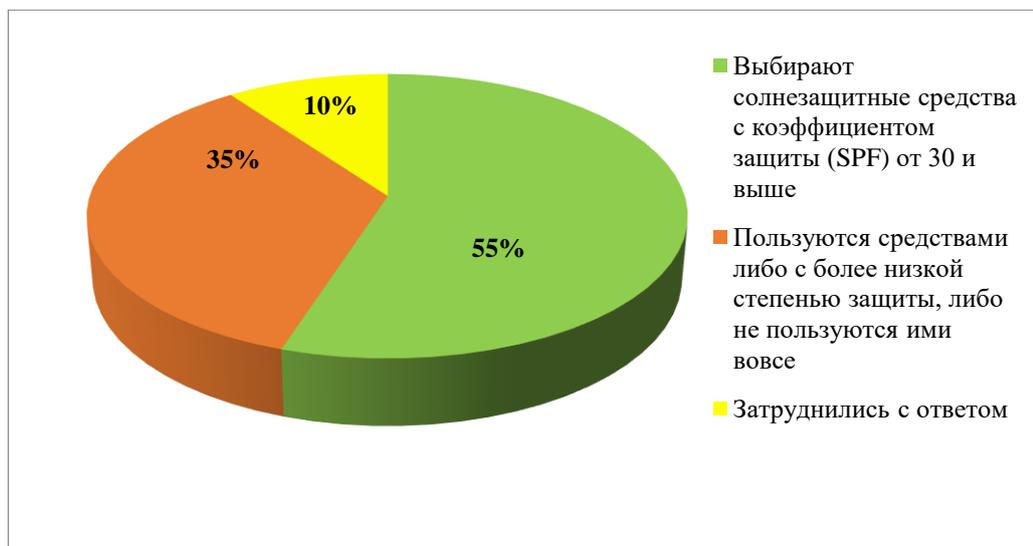


Рис. 18. Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «В выборе солнцезащитного средства Вы отдаете предпочтение средствам с коэффициентом защиты (SPF) от 30 и выше?»

Следующее правило в защите от солнечных лучей - это одежда. На вопрос «На отдыхе в летнее время Вы используете солнцезащитную одежду (легкая одежда, максимально закрывающая тело, с длинными рукавами, длинные юбки, брюки, туники, шарфы)?» больше половины (60%) ответили утвердительно, но 40% не используют солнцезащитную одежду на отдыхе (Рис. 19).

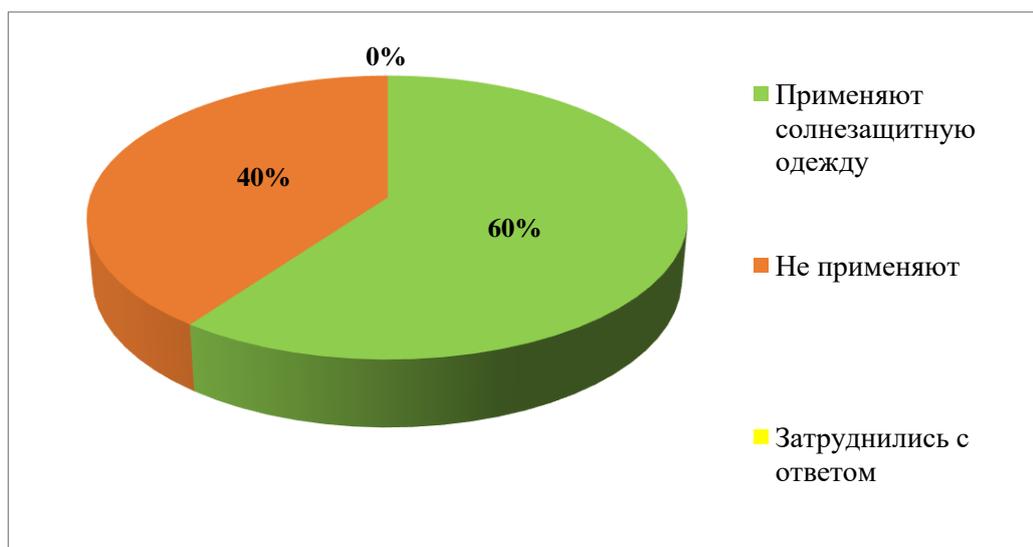


Рис. 19. Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «На отдыхе в летнее время Вы используете солнцезащитную одежду?»

Принимая солнечные ванны, используют солнцезащитные зонты, навесы и другие средства 70% респондентов (Рис. 20).

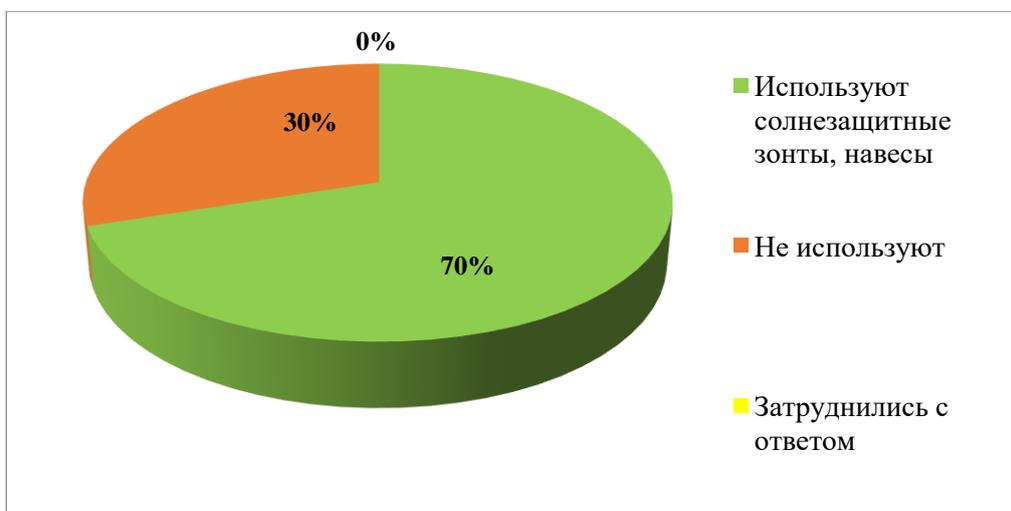


Рис. 20. Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «Принимая солнечные ванны, Вы используете солнцезащитные зонты, навесы и другие средства?»

Далее вопрос «Вы посещаете солярий?» касался еще одного фактора риска возникновения ЗНО кожи. Благоприятно, что подавляющее большинство ответили отрицательно – 85%, лишь 15% респондентов регулярно посещают солярий (Рис. 21).

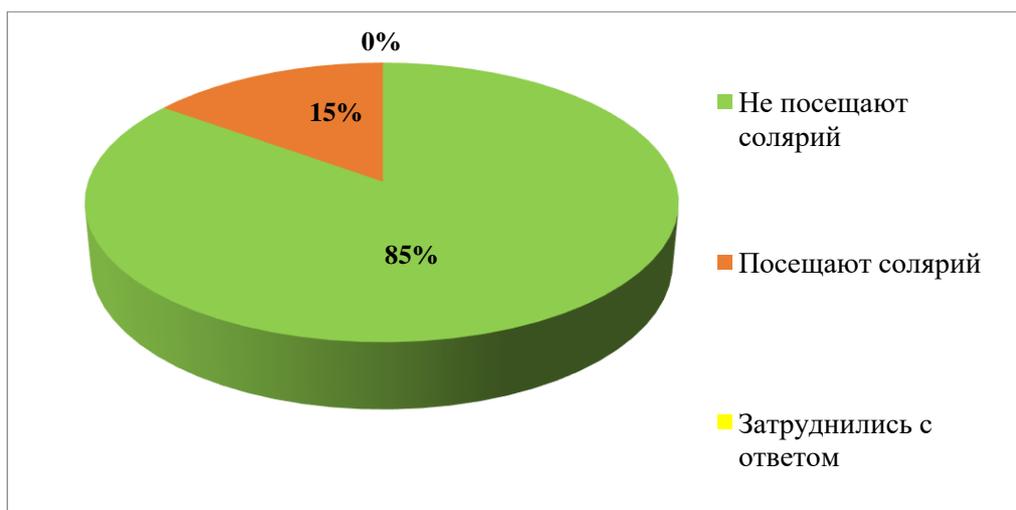


Рис. 21. Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «Вы посещаете солярий?»

По результатам исследования большинство анкетированных (75%) согласны с утверждением, что основным фактором развития рака кожи является избыточное УФ-излучение. Но 20% респондентов затруднились с ответом, а 5% ответили отрицательно, поэтому необходимо проводить санитарно-просветительскую работу более активно по данному вопросу. Так после беседы и изучения наглядных материалов, при повторном тестировании, с правотой данного утверждения согласились 100% респондентов (Рис. 22).

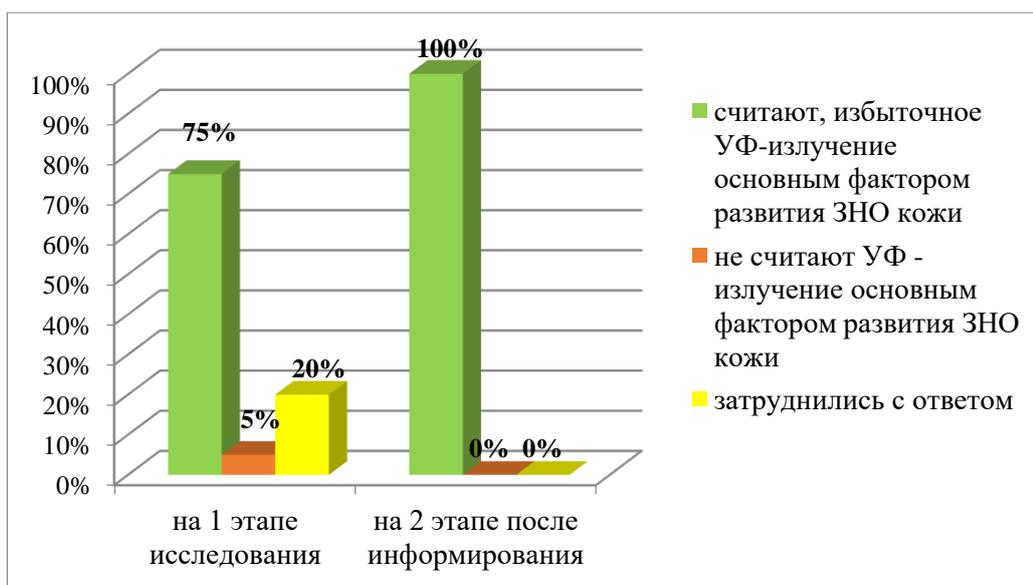


Рис. 22. Основной фактор развития рака кожи

Положительными результатами исследования является то, что 90% респондентов не имеют профессионального контакта с раздражающими кожу веществами (Рис. 23).

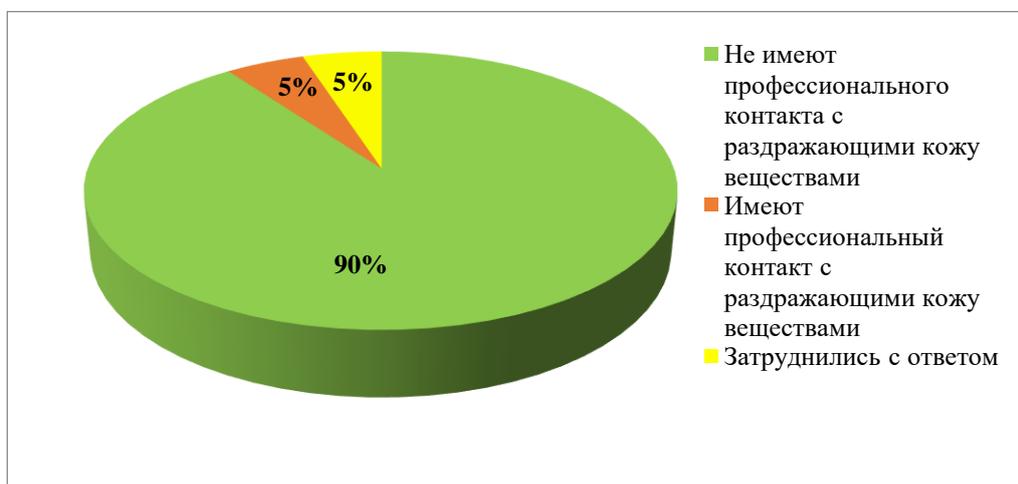


Рис. 23. Профессиональный контакт с раздражающими кожу веществами

Последний вопрос анкеты был задан с целью выяснения семейного анамнеза по распространенности ЗНО кожи. У 75% респондентов не отмечались в семье случаи рака кожи, 20% – затруднились ответить, а у 5% – случаи заболевания имели место (Рис. 24).

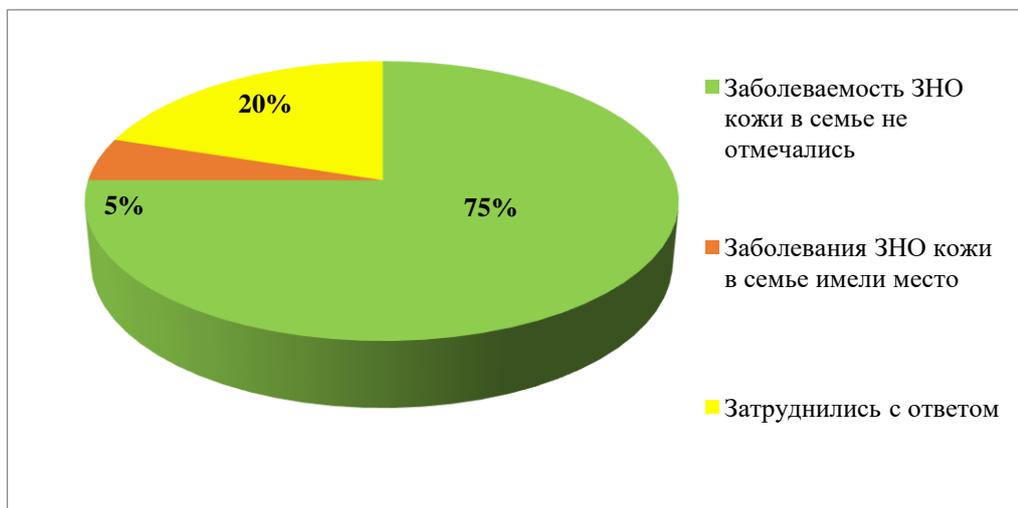


Рис. 24. Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «Были ли у Вас в семье случаи рака кожи или меланомы?»

Таким образом, на основании проведенного социологического исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Благоприятно, что большинство респондентов (70%) проводят осмотр кожи регулярно.

2. При этом среди респондентов определены следующие факторы риска развития ЗНО кожи:

- 75% пациентов имеют большое (более 5) количество родинок на коже;
- у 50% анкетированных родинки имеют размеры более 0,5 см в диаметре;
- у 25% - родинки часто травмируются;
- у 25% опрошенных отмечались видоизменения (размера, цвета) имеющихся родинок;
- шелушение и/или зуд в области родинок отмечали 5% опрошенных;
- 15% респондентов замечали появление на коже узелковых, бородавчатых образований, изъязвлений, долго незаживающих трещин.

3. По данным опроса большинство респондентов (60%) не умели определить свой фототип кожи. Знали свой фототип кожи на 1 этапе исследования только 25% респондентов, 50% опрошенных ответили отрицательно.

4. Неблагоприятно, что большинство (70%) респондентов не проводят профилактические мероприятия по защите кожи в соответствии с своим фототипом. При этом, у 55% респондентов кожа склонна к солнечным ожогам.

5. Отрицательными результатами является и то, что 55% опрошенных получали солнечные и другие виды ожогов в детском возрасте.

6. Благоприятно, что большинство опрошенных (85%) не проводят много времени (более 10-12 часов в сутки) на солнце. Но требует внимания, что 25% респондентов не имеют знаний о том, что загорать в момент пика солнечной активности (с 11.00 до 16.00) запрещено. Кроме того, только 35% опрошенных применяют солнцезащитные средства не только на пляже, но и в повседневной жизни.

7. Среди респондентов распространены следующие профилактические мероприятия защиты от УФ - облучения и развития ЗНО кожи:

- в выборе солнцезащитного средства отдают предпочтение средствам с коэффициентом защиты (SPF) от 30 и выше 55% опрошенных;
- используют солнцезащитную одежду 60% респондентов;
- принимая солнечные ванны, используют солнцезащитные зонты, навесы и другие средства 70% респондентов.

8. Благоприятно, что лишь 15% респондентов регулярно посещают солярий. И по результатам исследования большинство анкетированных (75%) согласны с утверждением, что основным фактором развития рака кожи является избыточное УФ-излучение.

Таким образом, результаты проведенного социологического исследования определяют необходимость разработки направлений профессиональной деятельности медицинских сестер в повышении информированности пациентов в профилактике ЗНО кожи.

2.4. Направления повышения эффективности сестринской профилактической помощи онкологических заболеваний кожи

Для более эффективного оказания сестринской помощи в предупреждении развития ЗНО кожи определены три основных этапа профилактических мероприятий: первичная, вторичная и третичная профилактика. Взаимосвязь данных этапов позволяют не только своевременно выявлять предрасполагающие предраковые и фоновые процессы, но и осуществлять сестринской службой динамическое наблюдение за пациентами всех групп риска.

Первичная профилактика ЗНО кожи и других заболеваний – это система социально-гигиенических мероприятий и усилий самого населения, ориентированных на устранение или снижение негативного влияния факторов окружающей среды, способствующих возникновению заболевания. Учитывая связь между развитием рака кожи, интенсивностью и длительностью ультрафиолетового излучения, канцерогенным эффектом производственных факторов, основные меры первичной профилактики направлены на предупреждение вредных последствий инсоляции и соблюдение техники безопасности на производстве, где имеются канцерогенные вещества.

Большое значение в осуществлении мер первичной профилактики ЗНО кожи имеет информированность населения сестринской службой о причинах его развития и мероприятиях по его предупреждению. Важная роль в этом принадлежит санитарно-просветительной работе, проводимой медицинскими работниками через средства массовой информации.

Вторичная профилактика направлена на раннее обнаружение и своевременное лечение ЗНО кожи и предраковых заболеваний. Она осуществляется медицинскими работниками первичного звена здравоохранения:

- путем раннего выявления рака и предраковых заболеваний во время проведения индивидуальных, комплексных и целевых профилактических осмотров, или по обращаемости пациентов;

- путем формирования групп повышенного онкологического риска с периодическим наблюдением, регулярным обследованием больных и лечением предраковых заболеваний.

В связи с разной вероятностью развития среди населения ЗНО кожи его группы повышенного онкологического риска неоднородны. Они включают в себя и практически здоровых людей, контактирующих с канцерогенами на производстве или имеющих наследственную предрасположенность к развитию заболевания, и лиц, страдающих хроническими или предраковыми заболеваниями кожи.

Третичная профилактика рака направлена на предупреждение возникновения опухоли после ее радикального лечения, раннее выявление и лечение рецидивов заболевания, а также метастатических множественных поражений кожи.

Таким образом, профилактическая деятельность медицинской сестры в профилактике онкологических заболеваний кожи включает:

- участие в организации и проведении регулярных массовых профилактических осмотров населения с целью своевременного выявления рака и предраковых заболеваний кожи;

- диспансерный учет выявленных при профилактических осмотрах больных и контроля за их явкой в лечебное учреждение;

- организацию и проведение санитарно-просветительной работы среди населения;

- направление больных с выявленным раком и облигатным предраком на третий уровень медицинской помощи;

- проведение диспансеризации больных с предраковыми и ЗНО кожи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Онкологические заболевания кожи становятся все более актуальной проблемой клинической и профилактической медицины в связи с реально существующим и прогнозируемым ростом первично регистрируемой заболеваемости. В последнее 10-летие в общей структуре онкологической заболеваемости населения России злокачественные новообразования кожи занимают 3-е место.

В ходе теоретического анализа данных в первой главе дипломной работы представлена общая характеристика, классификация, этиология и клиника онкологических заболеваний кожи, организация лечебно-профилактической помощи пациентам с данной патологией.

В практической части работы представлена организационная характеристика ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер», анализ статистических показателей распространенности онкологических заболеваний кожи. В Белгородской области показатели заболеваемости ЗНО кожи (без меланомы) превышают показатели РФ (12%), так в 2017 г. составили 18%, в 2018 г. отмечается увеличение до 20,3%.

По результатам социологического исследования среди респондентов определены различные факторы риска развития ЗНО кожи, дефицит знаний пациентов в определении своего фототипа и соответствующих профилактических мероприятий по защите кожи. Благоприятно, что большинство респондентов информированы в вопросах вредного влияния УФ – облучения, не проводят много времени (более 10-12 часов в сутки) на солнце. Но требует внимания, что 25% респондентов не имеют знаний о том, что загорать в момент пика солнечной активности (с 11.00 до 16.00) запрещено. Кроме того, только 35% опрошенных применяют солнцезащитные средства не только на пляже, но и в повседневной жизни.

В ходе социологического исследования для информирования респондентов нами применялись наглядные материалы, которые подтвердили, что в профилактике ЗНО кожи (также как и других заболеваний) важная роль принадлежит пропаганде среди населения знаний о клинических проявлениях патологии с тем, чтобы больные обращались к врачу в максимально ранние сроки. Необходимо настойчиво предупреждать пациентов об опасных последствиях инсоляции (особенно это касается блондинов со светлой кожей). Нужно свести к минимуму применение лучевой терапии по поводу различных заболеваний кожи, особенно у молодых людей. Большое значение в профилактике рака кожи имеет также соблюдение техники безопасности на производстве, где имеются канцерогенные вещества. Лица, занятые на таких производствах, должны подвергаться систематическим профилактическим медицинским осмотрам.

На основании результатов исследования разработаны рекомендации по совершенствованию профилактической помощи онкологических заболеваний кожи:

- участие в организации и проведении регулярных массовых профилактических осмотров населения с целью своевременного выявления рака и предраковых заболеваний кожи;
- расширение проведения санитарно-просветительской работы медицинскими работниками, в том числе и медицинскими сестрами;
- направление больных с выявленным раком и облигатным предраком на третий уровень медицинской помощи;
- проведение диспансеризации больных с предраковыми и ЗНО кожи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актуальные проблемы дерматовенерологии [Текст] // материалы конференции / ГОУ ВПО СамГМУ. – Самара: СамГМУ, 2017. – 132 с.
2. Берзин, С.А. Современные проблемы онкологии, организация онкологической помощи [Текст] // С.А. Берзин, С.М. Демидов // Кафедра онкологии Уральской государственной медакадемии, 2015.
3. Гетьман, А.Д. Дерматоскопия новообразований кожи [Текст] // учебное издание для ординаторов, интернов и врачей, проходящих повышение квалификации по специальностям «Онкология», «Дерматовенерология» и «Косметология». – Екатеринбург: Уральский Рабочий, 2015. – 160 с.
4. Горбунова, В.А. Качество жизни онкологических больных [Текст] // М. – 2015. – 82 с.
5. Довгалюк, А.З. Злокачественные новообразования кожи (клиника, диагностика, лечение и вопросы медико-социальной экспертизы) [Текст] // – СпецЛит, 2017. - 272 с.
6. Долженкова, В.В. Информированность населения об онкологической патологии [Текст] // Университетская наука: Взгляд в будущее. Сборник трудов 73-й научной конференции КГМУ и сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН. В 3-х томах. – Курск: КГМУ, 2014. – Т. 1. – С.221.
7. Елькин, В.Д. Практическая дерматология отделения [Текст] // иллюстрированное справочное руководство по опухолям кожи, опухолевидным заболеваниям и связанным с ними синдромам / В.Д Елькин., Л.С. Митрюковский, А.Ю. Лысов – Практическая медицина, 2015. – 480 с.
8. Заридзе, Д.Г. Динамика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований населения [Текст] // Российский онкологический журнал. – 2016. – № 2. – С.5-14.

9. Кунгуров, Н.В. Болезни кожи [Текст] // атлас – МЗ РФ, ФГБУ Урал. НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии МЗ РФ. Екатеринбург: VIP-Урал, 2014. – 176 с.
10. Кусов, В.В. Справочник дерматолога [Текст] // В.В. Кусов, Г.А. Флакс, Ю.К. Скрипкин. – М.: Бином, 2016.
11. Ламоткин, И.А. Онкодерматология [Текст] // атлас. – М.: Лаборатория знаний, 2017. – 878 с.
12. Родионов, А.Н. Справочник по кожным и венерическим болезням [Текст] / СПб.: Питер 2015 – 464 с.
13. Скрипкин, Ю.К. Дерматовенерология. Национальное руководство [Текст] / Ю.К. Скрипкин, Ю.С. Бутов, О.Л. Иванов. / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1024 с.
14. Федотова, Б.Е. Психосоциальные аспекты реабилитации онкологических больных [Текст] / Бюллетень СГМУ. – 2018. – №1. – ст. 117-119.
15. Хмыз, Л.А. Сестринское дело в дерматовенерологии [Текст] / Ростов н/Д.: Феникс, 2015. – 386 с.
16. Червонная, Л.В. Пигментные опухоли кожи [Текст] // М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 226 с.
17. Чиссов, В.И. Разработка высокотехнологических методик профилактики, диагностики и лечения, повышающих качество жизни онкологических больных [Текст] // Отчет по отраслевой программе/ Российский онкологический журнал / М. – 2016. – №6. – с. 42-46.

ПРИЛОЖЕНИЯ



Рис. 1. Базалиома кожи



Рис. 2. Плоскоклеточный рак кожи



Рис. 3. Меланома

Уважаемые пациенты!

Предлагаем Вам уделить 5 минут своему здоровью и ответить на вопросы нашей анкеты!

АНКЕТА
«Оценка уровня информированности населения в вопросах профилактики онкологических заболеваний кожи»

| N п/п | Вопросы анкеты | Ответы | | |
|----------|--|--------|-----|----------------------|
| | | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 1. | Вы осматриваете свою кожу регулярно и внимательно? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 2. | Имеете ли вы большое (более 5) количество родинок на коже? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 3. | Есть ли у вас на коже родинки более 0,5 см в диаметре? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 4. | У вас есть родинки, которые часто травмируются? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 5. | Не замечали ли вы, что имеющиеся у вас родинки видоизменились (размер, цвет)? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 6. | Не замечали ли вы шелушение и/или зуд в области родинки / родинок? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 7. | Не замечали ли вы появление на коже узелковых, бородавчатых образований, изъязвлений, долго незаживающих трещин? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 8. | Вы умеете определить фототип кожи? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 9. | Знаете ли вы свой фототип кожи? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 10. | Вы проводите профилактические мероприятия по защите кожи в соответствии с вашим фототипом? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 11. | Ваша кожа склонна к солнечным ожогам? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 12. | Получали ли вы солнечные и другие виды ожогов в детском возрасте? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |

| | | | | |
|-----|--|----|-----|----------------------|
| 13. | Вы много времени (более 10-12 часов в сутки) проводите на солнце? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 14. | Загораете ли вы в момент пика солнечной активности (с 11.00 до 16.00)? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 15. | Вы применяете солнцезащитные средства (крема, лосьоны и др.) только при приеме солнечных ванн? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 16. | В выборе солнцезащитного средства вы отдаете предпочтение средствам с коэффициентом защиты (SPF) от 30 и выше? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 17. | На отдыхе в летнее время вы используете солнцезащитную одежду(легкая одежда, максимально закрывающая тело, с длинными рукавами, длинные юбки, брюки, туники, шарфы)? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 18. | Принимая солнечные ванны, вы используете солнцезащитные зонты, навесы и другие средства? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 19. | Вы посещаете солярий? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 20. | Вы согласны с утверждением, что основным фактором развития рака кожи является избыточное ультрафиолетовое излучение? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 21. | Имеете ли вы профессиональный контакт с раздражающими кожу веществами? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 22. | Были ли у вас в семье случаи рака кожи или меланомы? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |

Будьте здоровы!

