

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 Терапевтических дисциплин

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ЛЕГКИХ

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 31.01.01 Лечебное дело
4 курса группы 03051520
Ковалевой Дарьи Сергеевны**

Научный руководитель
преподаватель Кривенко Т.М.

Рецензент
Заведующая отделением профилактики
ОГБУЗ «Городская поликлиника № 2
г. Белгорода», поликлиническое отделение № 2
Шепелева Елена Николаевна

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ЛЕГКИХ	5
1.1. История развития заболевания рака легких	5
1.2. Понятие и этиология рака легких.....	6
1.3. Факторы риска развития рака легких.....	10
1.4. Клиническая картина заболевания опухоли легких.....	122
1.5. Общие принципы ранней и своевременной диагностике рака легких	166
1.6. Дифференциальная диагностика опухоли легких	188
1.7. Профилактические мероприятия	19
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РОЛИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ РАКЕ ЛЕГКИХ	244
2.1. Результаты анкетирования	244
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	333
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	366
ПРИЛОЖЕНИЕ	38

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данной темы состоит в том, что рак легких является одной из самых распространенных злокачественных опухолей. Он является одной из главных причин смертности на земле. В среднем на 100 зарегистрированных случаев этого заболевания 72 человека умирают в течение первого года после постановки уточненного диагноза. По статистике каждый 14-й человек сталкивается с этим ужасным заболеванием в своей жизни. Раком легких чаще всего страдают пожилые люди. Примерно 70% всех случаев обнаружения опухоли наблюдается у людей старше 65 лет. У людей моложе 45 лет редко находят такие новообразования, их доля в общей массе больных раком составляет примерно 3% [1, с. 10].

Рак лёгкого — довольно частое онкологическое заболевание. Примерно в 60% случаев опухоль лёгких диагностируют при проявлении симптомов заболевания, когда уже имеются отдалённые метастазы. После постановки клинического диагноза, пятилетняя выживаемость больных составляет всего около 10—16%. В то же время при обнаружении опухоли на ранних стадиях, когда ещё возможно полное ее удаление, прогноз значительно улучшается и пятилетняя выживаемость превышает 60%. Поскольку именно резекция опухоли определяет дальнейшие прогнозы, то скрининг - это одно из сложных мероприятий, которое способно снизить смертность по данному заболеванию. Однако в основном, надежды связаны с программой первичной профилактики рака лёгкого, которые направлены на борьбу с курением, загрязнением воздуха и профессиональными вредностями. Национальные организационные программы по борьбе с курением приводят к довольно серьезному снижению распространённости, к уменьшению заболеваемости и смертности от опухоли легких [1, с. 15].

Объект исследования: профессиональная деятельность фельдшера.

Предмет исследования: диагностика факторов риска и профилактика опухоли легких.

Цель дипломной работы: проанализировать деятельность фельдшера в выявлении факторов риска и профилактике опухоли легких.

Задачи исследования:

1. Изучить историю данного заболевания;
2. Выявить вероятные факторы риска развития опухоли легких;
3. Изучить методы ранней диагностики;
4. Проанализировать основные методы профилактики опухоли легких;
5. Провести анкетирование с целью выявления уровня знаний населения о возможных факторах риска и профилактике опухоли легких.

Методы исследования:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы;
2. Эмпирический метод;
3. Сравнительный метод;
4. Метод обобщения.

Теоретическая значимость заключается в расширении представлений о возможных факторах риска развития заболевания, а также изучение методов профилактики.

Практическая значимость исследования заключается в составлении рекомендаций по профилактике заболевания опухоли легких.

Время исследования: 2019 год.

ГЛАВА 1. ТЕОРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ЛЕГКИХ

1.1. История развития заболевания рака легких

Первые запутанные описания рака легкого относят к концу 19 века. В 1903 году российский и советский патологоанатом кондиционалистом, доктор медицинских наук и профессор, танатолог и заслуженный деятель науки РСФСР Г. В. Шор в своей диссертации привел описание только 14 больных.

Начиная, с 20 века появилась выраженная мысль к росту данной патологии и в настоящее время в некоторых странах рак занимает ведущее место по сравнению с опухолями других локализаций. История развития хирургии рака легкого непосредственно связана с историей развития грудной хирургии. В 1881 г. немецкий медик, врач-хирург и по совместительству профессор Фемистокл Глюк в эксперименте над животными доказал возможность проводить операции на легких.

В 1889 г. русский врач, академик медицины, профессор Императорской Военно-медицинской академии Н. А. Вельяминов произвел успешное удаление части легкого по поводу актиномикоза, которое характеризуется образованием гранулематозных очагов, в различных тканях и органах животного и человека [16, с. 156].

В 1901 г. в Алексеевской земской больнице В. М. Чекан провел резекцию легкого по поводу заболевания, такого как саркомы.

Наиболее подробные экспериментальные исследования того времени по хирургии легких были реализованы Ф. Р. Киевским, который на протяжении десяти лет занимался резекцией желудка у животных. В 1905 г. он издал в Варшаве на русском языке свою диссертацию «К учению о резекции легких», которую защищал в Петербургском университете.

В 1910 году, немецкий хирург, уролог и профессор Гамбургского университета Герман Кюммель, впервые провел полное удаление легкого у человека по поводу рака легкого. Больной умер на 6 сутки от отека оставшегося легкого.

В 1922 г. на пятнадцатом съезде российских хирургов, русский ученый, хирург и создатель советской клинической школы С. И. Спасокукоцкий сделал обобщающий доклад: «К вопросу о диагностике и терапии опухолей грудной клетки».

В 1933 г. американский хирург Грэм Хэнкок впервые успешно удалил легкое, которое было поражено раком, у врача 48 лет. После операции мужчина прожил еще более 20 лет. Аналогичную операцию в Советском Союзе в 1937 г. выполнил А. В. Вишневский.

К 1947 г. по данным А. Н. Бакулова в мире уже было выполнено 670 операций по полному удалению легкого (пневмонэктомий) по различным заболеваниям легких. В настоящее время операции на легких проводятся с большой успешностью и с высоким процентом выздоравливающих больных [16, с. 157].

1.2. Понятие и этиология рака легких

Рак легких (бронхогенная карцинома) – развивается из ткани легких и образует злокачественное новообразование. Не смотря на достаточно быстрый прогресс медицинских технологий, смертность от этого заболевания в настоящее время все еще очень высока (87% от числа заболевших). В современном мире рак легких среди всех онкологических заболеваний занимает верхнюю строчку. Согласно статистики, эта онкология поражает мужчин в восемь раз чаще, чем женщин, причем было отмечено, что чем старше возраст, тем гораздо выше уровень заболеваемости.

Развитие рака легкого неодинаково при опухолях разной гистологической структуры. Для дифференцированного плоскоклеточного рака характерно медленное течение, недифференцированный рак развивается быстро и дает обширные метастазы [3, с. 63].

Самым злокачественным течением обладает мелкоклеточный рак легкого: развивается скрытно и быстро, рано метастазирует, имеет плохой прогноз.

Чаще опухоль возникает в правом легком — в 52%, в левом легком — в 48% случаев. Основная группа заболевших — длительно курящие мужчины в возрасте от 50 до 80 лет, эта категория составляет 60-70% всех случаев рака легких, а летальность — 70-90%.

По данным некоторых исследователей структура заболеваемости разными формами этой патологии в зависимости от возраста выглядит следующим образом:

- до 45 — 10% всех заболевших;
- от 46 до 60 лет — 52% заболевших;
- от 61 до 75 лет — 38% заболевших.

До последнего времени рак легких считался преимущественно мужским заболеванием. В настоящее время наблюдается учащение заболеваемости женщин и снижение возраста первичного выявления болезни [5, с. 80].

В зависимости от расположения первичной опухоли выделяют:

Центральный рак. Он располагается в главных и долевых бронхах.

Периферический. Эта опухоль развивается из мелких бронхов и бронхиол.

1. Мелкоклеточный рак (встречается реже) является очень агрессивным новообразованием, так как очень быстро может распространиться по всему организму метастазируя в другие органы. Как правило мелкоклеточный рак встречается у курильщиков, причем к моменту постановки диагноза, у 60% пациентов наблюдается широко распространенное метастазирование.

2. Немелкоклеточный (80–85% случаев) – имеет негативный прогноз, объединяет несколько форм морфологически сходных видов рака со схожим строением клеток.

- центральный – поражает главные, долевыe и сегментарные бронхи;
- периферический – поражение эпителия более мелких бронхов, бронхиол и альвелол;
- массивный (смешанный).

Прогрессирования новообразования проходит три этапа:

- Биологический – период между появлением новообразования и проявлением первых симптомов.
- Бессимптомный – внешние признаки патологического процесса не проявляются вовсе, становятся заметными только на рентгенограмме.
- Клинический – период, когда появляются заметные симптомы при раке, что становится стимулом для спешки к врачу [8, с.52].

Развитие заболевания непосредственно связано с факторами окружающей среды, условиями производства, вредными привычками и индивидуальным образом жизни. Канцерогенное действие на лёгочную ткань оказывают многие химические вещества: некоторые простые органические вещества, входящие в состав продуктов термической обработки угля и нефти (смолы, различные газы и другие вещества), металлы и их соединения (мышьяк, хром и т.д.). Среди факторов риска необходимо отметить: генетический, а также эндогенные факторы (возраст старше 50 лет, хронические лёгочные и эндокринные заболевания) и экзогенные (курение, загрязнение окружающей среды). Опухоль чаще возникает в правом лёгком (61%), больше в верхней доле легкого. К основным причинам онкологии относят канцерогены, ионизирующее излучение и вирусные инфекции. Их воздействие вызывает нарастающие изменения ДНК в бронхиальном эпителии. Чем больше тканей повреждено, тем выше риск развития опухоли [5, с. 342-343].

Заболевание продолжительное время развивается скрытно. Опухоль начинает формироваться в железах, слизистой, но очень быстро происходит разрастание метастазов по всему телу.

Курение табака на сегодняшний день — основная причина опухоли лёгкого. По сравнению с некурящими людьми, у курильщиков риск развития опухоли превышает примерно в 20 раз. Сигаретный дым содержит более 75 известных канцерогенов. Кроме того, такое вещество как никотин подавляет иммунную систему, что способствует появлению злокачественной опухоли в тканях. В развитых странах почти 86 % случаев смертельного исхода такого заболевания вызваны курением. Среди мужчин, которые курят, пожизненный риск развития рака составляет 18,5 %, среди курящих женщин — 13 %. Этот риск значительно ниже у некурящих людей: 1,8 % - у мужчин и у женщин - 1,6 %.

Курящие женщины, которые получают гормональную терапию, имеют высокий риск смерти от заболевания рака лёгкого. В исследовании, проведённом в 2010 году, было показано, что женщины, принимающие гормоны, имеют на 60 % выше вероятность смерти от рака, чем женщины, которые принимают плацебо [5, с. 34].

У людей, которые имеют стаж курения, увеличивается вероятность развития опухоли лёгкого. Если человек бросает курить, эта вероятность значительно уменьшается, так как пораженные лёгкие восстанавливаются, и загрязняющие частицы удаляются. Кроме того, есть исследования, что опухоль лёгких у людей, которые никогда не курили, имеет лучший прогноз, чем у тех, кто курит. И поэтому курящие пациенты, на момент установления диагноза, имеют меньшую выживаемость, чем те, которые бросили курить.

Пассивное курение — одна из причин опухоли лёгкого у некурильщиков. Исследования, которые проводились в Великобритании, США, Австралии и Европе показали повышение сравнительного риска среди тех, кто подвергается пассивному курению. Последние исследования показали, что выдыхаемый дым

более опасен, чем вдыхание его из фильтра сигареты. 15-20 % больных раком лёгкого никогда не курили [8, с. 150].

Радон – бесцветный газ, не имеющий запаха. Радиоактивное излучение способно вызывать мутации, которые иногда приводят к возникновению злокачественных новообразований. Воздействие радона — вторая причина заболевания, после курения. Концентрация радона в атмосфере зависит от местности и состава основных пород камней и почвы. Радон — большая проблема, и здания должны быть хорошо снабжены вентиляционной системой для снижения его концентрации.

Вирусы, которые способны вызывать опухоль лёгкого у животных, могут вызывать его и у человека. К таким вирусам относят: вирус папилломы человека, ВК вирус и цитомегаловирус. Эти вирусы могут влиять на клеточный цикл и подавлять регулируемый процесс программируемой клеточной гибели, способствуя неконтролируемому делению клеток (апоптоз).

Пылевые частицы. Американское общество рака провели исследования и выявили прямую связь воздействия пылевых частиц с опухолью лёгких. Например, если концентрация пыли в воздухе повышается только на 1 %, то риск развития заболевания возрастает на целых 15 %. Кроме того, было замечено, что важен и размер самих частиц пыли, так как ультрадисперсные частицы способны проникать в самые глубокие ткани лёгкого [6, с. 98].

1.3. Факторы риска развития рака легких

К фактору риска, так же, относится курение – активное и пассивное.

Вдыхание канцерогенов. Около 80% всех случаев заболеваний связано с действием канцерогенов, которые содержатся в табачном дыме. При выкуривании одной и более пачек сигарет в день вероятность рака легких возрастает в 100—125 раз.

К раку легкого имеет самое непосредственное отношение - загрязнение атмосферы. Повышенный риск рака отмечен у рудокопов, красильщиков, металлургов, столяров и людей, работающих на урановых рудниках. У рабочих угольных шахт отмечается более частое заболевание раком легких.

По данным международного агентства по изучению рака, к канцерогенам заболевания относят – хром и некоторые его соединения, асбест, хлорметиловый эфир, мышьяк и его соединения, смолы и др.

Установлено, что уровень загрязнения воздуха 3,5 – бензопиреном является одним из показателей риска повышенного числа случаев бронхогенного рака у городского населения.

Заслуживают внимания исследования рабочих газов на заводах, где применяется устаревшая технология, где концентрация канцерогенных углеводородов превышает предельно допустимую дозу - более чем в 100 раз [6, с. 99].

Хронические воспалительные изменения легких, метаплазию и дисплазию бронхов относят к раковым заболеваниям, когда риск возникновения рака резко увеличивается. По данным доктора биологических наук, профессора В. А. Степанова, у 25% больных, которые имеют хронические заболевания легких, отмечена метаплазия эпителия различной степени. Исследование различных участков легких, пограничных с опухолевыми узлами, выявило некоторую связь воспалительно-регенеративной пролиферации (разрастание ткани организма путем размножения клеток делением) с развитием рака легких. Изучение протоколов вскрытия умерших от данного заболевания с целью установления зависимости рака от различной природы хронических заболеваний конкретно указанного органа выявило, что развитие рака легкого наблюдалось в 49,5% случаях хронического воспалительного процесса в бронхах и легочной ткани. Анализ данных литературы показывает, что основными критериями определения степени онкологического риска для опухоли легкого являются: генетическая предрасположенность и

модифицирующие факторы риска - экзогенные (курение, загрязнение окружающей среды канцерогенами и проф. вредности) и эндогенные (возраст старше 40 лет и хронические заболевания легких) [3, с. 431-432].

Состояние иммунитета организма - это решающий фактор патогенеза рака легкого. С целью профилактики опухоли легких, особенно предупреждения развития заболевания у лиц с повышенным риском, рекомендуют применение в диете витамина А, при котором отмечаю обратную зависимость между частотой возникновения рака легкого и употреблением с пищей витамина А при всех уровнях активности курения [5, с. 354].

1.4. Клиническая картина заболевания опухоли легких

Опухоли лёгких могут быть доброкачественными и злокачественными, а также метастатическими. Доброкачественные опухоли не разрушают, не инфильтрируют ткани и не дают метастазов. Злокачественные опухоли прорастают в окружающие ткани и дают метастазы (пример, рак лёгкого). На рак лёгкого приходится более 90% всех лёгочных новообразований и 28% от всех летальных исходов, возникающих в результате опухолевых заболеваний у человека. Это самая частая злокачественная опухоль у мужчин (35% всех опухолей) и женщин (30%) в возрасте 45-70 лет (у женщин рак лёгкого по частоте стоит на третьем месте после рака молочной железы и рака шейки матки). Проблема курения как основного фактора риска рака лёгкого. До последнего времени рак легких считался преимущественно мужским заболеванием. В настоящее время наблюдается учащение заболеваемости женщин и снижение возраста первичного выявления болезни [11, с. 101].

Первые симптомы рака легкого часто не имеют прямой связи с дыхательной системой. Пациенты длительно обращаются к разным специалистам иного профиля, долго обследуются и, соответственно, получают

неправильное лечение. В зависимости от расположения первичной опухоли выделяют: центральную и периферическую опухоль.

При центральном раке легкого - опухоль расположена в проксимальных (центральных) отделах бронхиального дерева, наблюдаются следующие симптомы: кашель, кровохарканье, в некоторых случаях повышение температуры и одышка, связанные с закупоркой бронха опухолевыми массами.

При периферическом раке (сформируется в боковых отделах легких, медленно прорастает) – симптомов долгое время может не быть, они появляются при значительном местном распространении, вовлечении соседних органов и структур, прорастания бронхов.

Этот тип локализации рака лёгкого чаще выявляется при профилактическом обследовании (рентгенографии или компьютерной томографии).

Клинические проявления рака легких зависят от первичного расположения новообразования. На начальном этапе чаще всего заболевание протекает бессимптомно. На более поздних стадиях могут появиться общие и специфические признаки рака [4, с. 180].

Ранние, первые симптомы рака легких не специфичны, и обычно не вызывают тревоги, к ним относятся: немотивированная усталость, снижение аппетита, может наблюдаться незначительная потеря массы тела, кашель, специфические симптомы (кашель с «ржавой» мокротой), одышка.

Кровохарканье присоединяются на более поздних стадиях. Болевой синдром свидетельствует о включении в процесс близлежащих органов и тканей.

Специфические симптомы рака легкого:

- Кашель – беспричинный, приступообразный, изнуряющий, но не зависящий от физической нагрузки, иногда с зеленоватой мокротой, которая может указывать на центральное расположение опухоли;

- Одышка. Нехватка воздуха и одышка сначала появляются в случае напряжения, а с развитием опухоли беспокоят больного даже в лежачем положении;

- Болевые ощущения в груди. Когда опухолевый процесс затрагивает плевру (оболочка легкого), где находятся нервные волокна и окончания, у пациента развиваются мучительные боли в грудной клетке. Они бывают острыми и ноющими, беспокоят постоянно или зависят от дыхания и физического напряжения, но чаще всего они расположены на стороне пораженного легкого;

- Кровохарканье. Обычно встреча врача и пациента происходит после того, как с мокротой изо рта и носа начинает выходить кровь. Данный симптом говорит о том, что опухоль начала поражать сосуды;

сухой кашель, слабость, потеря аппетита, недомогание, повышение температуры, головная боль [13, с. 285].

Признаки рака легкого у мужчин

- Кашель изнуряющий, частый — это один из первых признаков рака легких. Впоследствии появляется мокрота, цвет ее может стать зеленовато – желтым. При физическом труде или переохлаждении приступы кашля усиливаются. При кашле, помимо мокроты могут появиться выделения в виде кровяных сгустков.

- При дыхании появляется свист, одышка;
- В зоне груди появляется болевой синдром. Его можно считать признаком онкологии при присутствии двух первых симптомов;
- Приступы апатии, учатившаяся потеря сил, возросшая утомляемость;
- При нормальном питании больной резко худеет;
- При отсутствии воспалительных процессов, простудных заболеваний температура тела повышена;
- Голос становится сиплым, связано это с повреждением нерва гортани;
- Со стороны новообразования может появляться боль в плече;

- Проблемы с глотанием. Связано это с поражением опухолью стенок пищевода и дыхательных путей;

- Слабость мышц. На этот симптом пациенты, как правило, не обращают внимание;

Головокружение, нарушение сердечного ритма [11, с. 102].

Рак легких у женщин. Важные признаки рака легких у женщин – неприятные ощущения в области грудной клетки. Они проявляются в разной интенсивности в зависимости от формы заболевания. Дискомфорт становится особенно сильным, если в патологический процесс вовлекаются межреберные нервы. Он практически не поддается купированию и не покидает пациента.

Наряду с распространенными симптомами, имеют место признаки рака легких у женщин: изменения голосового тембра (хрипота), увеличение лимфоузлов, нарушения глотательной функции, болевые ощущения в костях, частые переломы, желтуха – при метастазировании в печень [4, с. 179].

Наличие одного или нескольких признаков, характерных для единой категории заболеваний дыхательных органов должно стать причиной немедленного обращения к специалисту.

При выявлении симптоматики, фельдшер должен дополнить собираемые им сведения следующей информацией:

- отношение к курению при легочных симптомах;
- наличие онкологических заболеваний у кровных родственников;
- постепенное усиление одного из вышеуказанных симптомов (является ценным дополнением, так как свидетельствует о медленном развитии заболевания, характерном для онкологии);

острое усиление признаков на фоне хронического предшествующего недомогания, общей слабости, снижении аппетита и массы тела – это также вариант канцерогенеза [13, с. 286-287].

1.5. Общие принципы ранней и своевременной диагностике рака легких

До 60% онкологических поражений легких выявляются во время профилактической флюорографии, на разных стадиях развития. Диагностика при подозрении на рак легкого включает в себя: общеклинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, цитологические исследования мокроты, смыва с бронхов, плеврального экссудата, оценку физикальных данных, рентгенографию легких в 2-х проекциях, линейную томографию, КТ легких, бронхоскопию (фибробронхоскопию), плевральную пункцию (при наличии выпота), диагностическую торакотомию, прескаленную биопсию лимфоузлов [7, с. 63].

Основа диагностики опухоли легких - это сбор анамнеза клинических симптомов в сопоставлении с результатами рентгенологического исследования. У мужчин старше 45 лет, в особенности курящих, появление рецидивирующей пневмонии позволяет предположить опухоль легких.

Объективное обследование (наружный осмотр, перкуссия, аускультация) при опухоли имеет второстепенное значение, особенно при распознавании ранних форм заболевания. На поздних стадиях в клинической картине центрального рака появляются симптомы, свидетельствующие об его распространении за пределы пораженного легкого с вовлечением в процесс плевры, диафрагмального нерва, а также метастазах в отдаленных лимфатических узлах и органах. В таких случаях методы физикального исследования могут играть главную роль.

Осмотр больного позволяет выявить: асимметрию грудной клетки и отставание одной из половин при дыхании, увеличение надключичных лимфоузлов, расширение шейных вен [15, с. 402].

Пальпация дает возможность выявить: увеличение печени и периферических лимфоузлов.

Перкуссия помогает определить: полное или частичное закрытие просвета бронха и наличие жидкости в плевральной полости.

Аускультация позволяет установить: ослабленное дыхание в зоне закрытия просвета бронха (ателектаза) и хрипы.

Периферический рак легкого в течение длительного периода протекает, без каких-либо симптомов, и, как правило, клинически его распознают довольно таки на поздних стадиях заболевания.

Первичная диагностика. При центральной форме опухоли проводят общеклиническое обследование и рентгенологическое исследование органов грудной клетки: рентген в двух проекциях; контрастное исследование пищевода (для оценки состояния лимфатических узлов) и компьютерную томографию грудной клетки.

Проводят цитологическое исследование мокроты (5-6 анализов).

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства и надключичных зон [15, с. 403].

При периферической форме опухоли легких осуществляют так же общеклиническое обследование и рентгенологическое исследование: рентгенографию грудной клетки в двух проекциях; контрастное исследование пищевода; компьютерную томографию грудной клетки; цитологическое исследование мокроты (5—6 анализов).

Бронхологическое исследование с получением материала для морфологической верификации – это зондирование бронхов под рентгенологическим контролем, катетеризационная биопсия и пункция лимфатических узлов.

Так же проводят чрескожную пункцию опухоли, ультразвуковое исследование забрюшинного пространства, органов брюшной полости и надключичных зон.

Все данные обследования не всегда дают возможность проверить диагноз и установить степень распространения опухоли. Для точной диагностики

необходимо применение специальных дополнительных методов диагностики [12, с. 255].

Дополнительные методы исследования. Рентгенологическое исследование: рентгеноскопия - изучение функциональных симптомов, подвижности тени по отношению к другим органам и структурам; бронхография; ангиография; рентгенография грудной стенки; компьютерная томография головного мозга и других органов [12, с. 256].

Раннее диагностирование дает надежду на излечение. Самым надежным способом в данном случае является рентген легких. Уточняют диагноз при помощи эндоскопической бронхографии. С ее помощью можно определить размеры и местоположение опухоли. Кроме того, обязательно проводится цитологическое исследование – биопсия.

1.6. Дифференциальная диагностика опухоли легких

Дифференциальная диагностика проводится с абсцессом легких, пневмонией, туберкулезом, доброкачественной опухолью легких и лимфогранулематозом.

Хроническая пневмония. Центральная форма опухоли легких отличают от хронической пневмонии - повторные и частые обострения, легко поддающиеся терапии, наличие инфильтрата в легком оставшегося после обострения, обнаружение в мокроте атипических клеток, признаки поражения бронхов опухолью, которые выявляются с помощью бронхоскопии. Гистологическое исследование опухоли, помогает поставить точный диагноз [2, с. 105].

Наиболее труден дифференциальный диагноз между периферической карциномой, туберкулемой, доброкачественной опухолью и кистой легких. При туберкулезе до ее распада и прорыва в бронх, когда в мокроте появляются микобактерии туберкулеза, а рентгенологически выявляется кавернозный

туберкулез в легком, дифференциальный диагноз может быть проведен только по результатам пункционной биопсии опухоли.

Доброкачественная опухоль легких. Долгое время протекает бессимптомно, их случайно выявляют на рентгенологическом исследовании. Отличают их от периферической карциномы очень медленный рост и четкие контуры. Однако окончательный диагноз возможен только на основании гистологического или цитологического исследования.

Бронхогенная киста имеет круглую форму с ровными и четкими границами, в большинстве случаев ее выявляют в молодом возрасте. При инфицировании и сообщении с бронхом, киста содержит воздух и жидкость.

Осложнения: легочное сердце, бронхообструкция, кровотечение и метастазирование [10, с. 209-210].

1.7. Профилактические мероприятия

Такое заболевание часто диагностируют на поздних стадиях, поскольку заболевание долгое время может протекать в скрытой форме бессимптомно. Профилактика бронхогенной карциномы особенно необходима тем, кто находится в группе риска – людям старше 40 лет, заядлым курильщикам и тем, у кого в роду есть онкологические больные. В этом случае необходимо проходить диагностику на рак легких ежегодно. Международное агентство по изучению рака утверждает, что правильная и своевременная профилактика способна в 2 раза уменьшить число онкологических заболеваний.

В первую очередь — устранить или хотя бы значительно снизить воздействие внешних факторов, негативно влияющих на состояние здоровья. На государственном уровне для улучшения экологической обстановки действуют специальные программы по борьбе с загрязнением воздуха и оптимизации условий труда на вредных производствах [17, с. 94].

Профилактика рака легкого основывается на пропаганде здорового образа жизни. Прежде всего, нужно следовать простым, но очень действенным правилам:

- полностью откажитесь от курения – постепенно дыхательная система, а в особенности легкие, очистится и восстановится, что позволит снизить риск онкологии лёгких;

- откажитесь от других вредных привычек, например, употребления алкоголя. Они значительно снижают иммунитет и увеличивают вероятность развития различных новообразований;

- если вы в группе риска по неблагоприятным факторам производства, минимизируйте контакт с тяжёлыми металлами и асбестовой пылью, при работе во вредных цехах используйте средства защиты дыхательных органов (маски, респираторы и пр.);

- подумайте о смене работы, если она связана с вдыханием отравляющих веществ, которые способствуют отравлению организма и возникновению новообразований;

- питайтесь рационально, больше фруктов и овощей. Не ешьте жареную, жирную пищу и фастфуды – это источники канцерогенов. Диетологи разрабатывают специальные варианты меню, предотвращающие развитие злокачественных патологий. В них включают полезные для здоровья продукты: нежирное белое мясо (курица, индейка), морская нежирная рыба, орехи и злаки, сухофрукты и цитрусовые, натуральный тёмный шоколад, зелень и томаты;

- своевременно лечите воспалительные заболевания лёгких;

- контролируйте свой вес – ожирение увеличивает риск развития опухолей в несколько раз. Откажитесь от продуктов с углеводами (выпечка, сладости, газированные напитки с высоким содержанием глюкозы пр.);

- больше двигайтесь, ведь гиподинамия приводит к застойным явлениям в лёгких, что может спровоцировать развитие опухоли;

- делайте утреннюю зарядку и ходите пешком в умеренном темпе не менее получаса ежедневно на свежем воздухе - это укрепит иммунитет, улучшит кровообращение и снизит уровень сахара в крови;

- регулярно и тщательно проветривайте помещения, ведь в них накапливается патогенная микрофлора, способная вызвать рост злокачественных клеток в организме [9, с. 16-18].

Данные мероприятия являются основным предупреждением развития заболевания. Также существует и вторичная профилактика, направленная на регулярные обследования различных возрастных категорий граждан. Один раз в год проводится рентгенография органов грудной клетки, а для курильщиков еще и бронхоскопия. Для лиц, входящих в группу риска, используют низко дозовую компьютерную томографию, которая позволяет выявить новообразование в лёгких на ранних стадиях.

Ежедневные, простые профилактические мероприятия:

- пейте очищенную воду не менее 2-х литров в день;
- предпочтите обычную соль йодированную;
- пейте ежедневно свекольный сок, который должен после отжима постоять 20 минут;
- принимайте льняное масло по 15 гр. перед завтраком и на ночь перед сном;
- делайте дыхательную гимнастику;
- давайте себе умеренные физические нагрузки каждый день;
- ходите в лес и дышите свежим воздухом, плавайте в бассейне [14, с. 320-321].

Учитывая все теоретические аспекты, которые были предоставлены по данному заболеванию, а точнее раку легких, были сделаны следующие выводы:

1. История развития хирургии рака легких связана с историей развития грудной хирургии. В 1881 г. профессор Фемистокл Глюк доказал возможность проводить операции на легких. Уже в 1889 г. русский врач Н. А. Вельяминов

провел успешное удаление легкого. В 1933 году впервые было произведено успешное полное удаление легкого, пораженное раком, американским хирургом Гремом Хэнкоком. После операции пациент прожил еще более 20-ти лет. Далее аналогичные операции проводились в Советском Союзе в 1937 году А. В. Вишневым. И в настоящее время данные операции проходят на более высоком уровне, довольно успешно и с высоким процентом выздоравливающих больных, что очень важно;

2. Опухоль легких – злокачественное новообразование, которое развивается из эпителия бронхов. К основным причинам развития такого заболевания относят: канцерогены (табачный дым), ионизирующее излучение и вирусную инфекцию. У людей с приличным стажем курения, заболеваемость намного выше, чем у некурящих;

3. К факторам риска заболевания так же относят курение, но уже не только активное, но и пассивное. Так же играет большую роль: загрязнение атмосферы, различные токсичные газы на заводах, хронические воспалительные заболевания легких, возраст старше 40 лет;

4. Опухоль легких имеет 4 стадии, каждая стадия ухудшает состояние пациента по-разному. В основном заболевание проявляется такими симптомами как: одышка, кашель сухой, затем с прожилками крови и боль в груди. Далее следуют недомогание, ухудшение состояния, потеря веса и повышенная температура тела. Для опухоли легких добавляют нарушение обмена кальция, дерматит и деформация пальцев по типу «барабанных палочек»;

5. Основной диагностикой является анализ клинических симптомов в сопоставлении с результатами рентгенологического исследования. У мужчин, которые курят, появление рецидивирующей пневмонии позволяет предположить опухоль легкого. Объективное обследование позволяет выявить асимметрию грудной клетки и отставание одной половины при дыхании, увеличение надключичных лимфоузлов. При аускультации ослабление дыхания

в зоне ателектаза и хрипы. Основные методы исследования – рентгенография в двух проекциях и компьютерная томография грудной клетки;

6. Дифференциальную диагностику опухоли легких проводят с такими заболеваниями как: пневмония, абсцесс легкого, туберкулез, доброкачественная опухоль и лимфогранулематоз. Наиболее затруднен диагноз между периферической карциномой, туберкулемой, доброкачественными опухолями и кистами легкого. Дифференциальный диагноз может быть проведен только на основании пункционной биопсии опухоли в легком. Ряд возможных осложнений – бронхообструкция, легочное сердце, кровотечение и метастазирование;

7. Опухоль легких может протекать довольно долго бессимптомно и часто диагностируется на поздних стадиях. Профилактика особенно необходима тем, кто находится в группе риска – людям старше 40 лет, заядлым курильщикам и тем, у кого в роду есть онкологические больные. В первую очередь нужно снизить воздействие внешних факторов на организм. Так же профилактика основывается на пропаганде здорового образа жизни. Должна осуществляться и вторичная профилактика, направленная на регулярные медицинские обследования различных возрастных категорий граждан.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РОЛИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ РАКЕ ЛЕГКИХ

2.1. Результаты анкетирования

Анкетирование проводится с целью изучения знаний населения о возможных факторах риска и профилактике заболевания опухоли легких. Общее количество респондентов составило 30 человек.

В результате анкетирования на данный вопрос, респонденты ответили следующим образом, самый большой процент взял возраст от 31 до 49 лет - 47%, до 30 лет – 5%, от 50 до 59 лет оказалось 31% и более 60 лет 17% (Рис. 1).

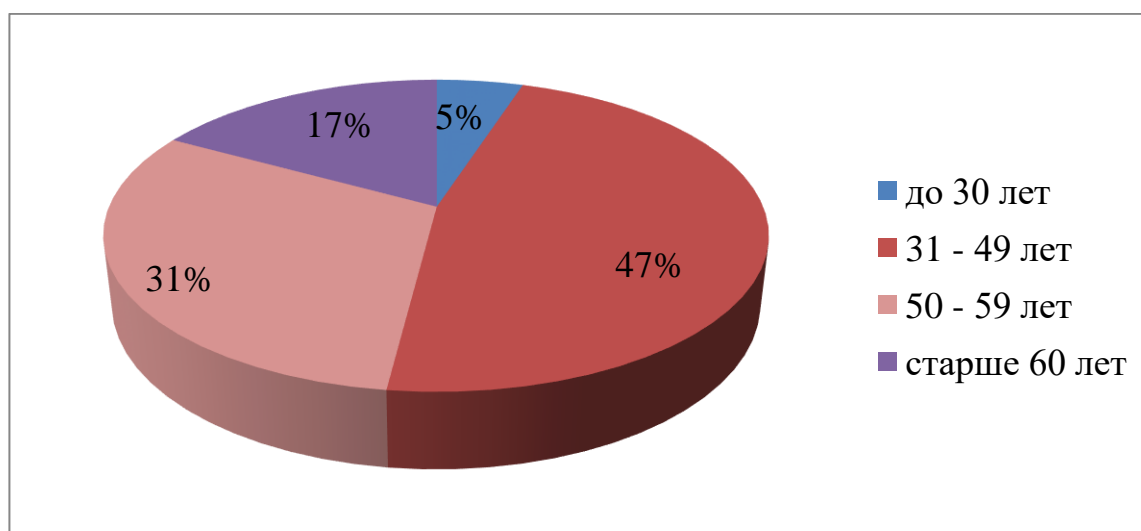


Рис. 1. Распределение по возрасту

В результате анкетирования респондентов, были получены следующие результаты. Больше половины – 60% оказались лица мужского пола, но лиц женского пола так же достаточно много. На 25 опрошиваемых 40% женщин, а это почти половина. Здесь можно сказать, что риск заболевания среди женщин в настоящее время увеличивается (Рис. 2).

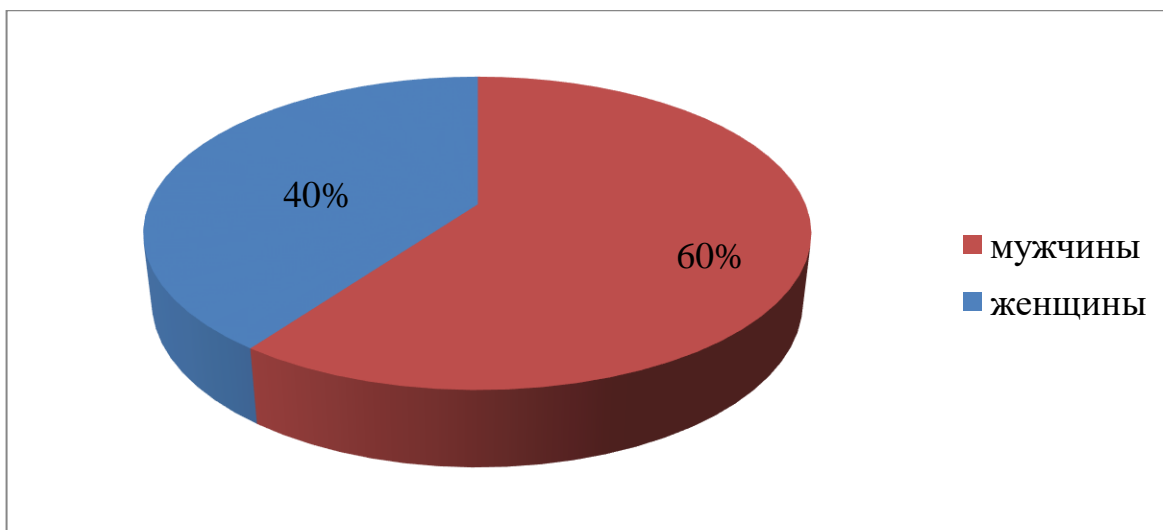


Рис. 2. Распределение по полу

В ходе анкетирования респондентов оказалось, что у 28% опрошенных это контакт с пылью, у 32% это воздействие с химическими веществами, всего лишь 16% людей сказали, что работают в условиях сырости и холода и 24% ответили, что не имеют никаких профессиональных вредностей (Рис. 3).

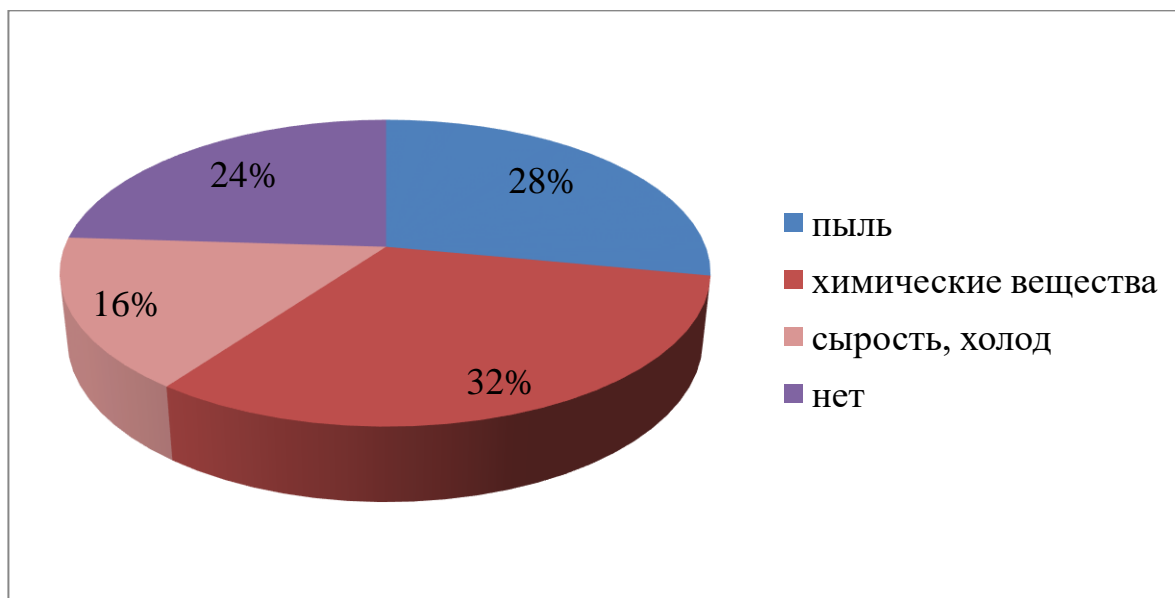


Рис. 3. Профессиональные вредности

В ходе анкетирования, на данный вопрос о курении респонденты ответили таким образом, 79% людей курят и 21% не имеют дела с курением (Рис. 4).

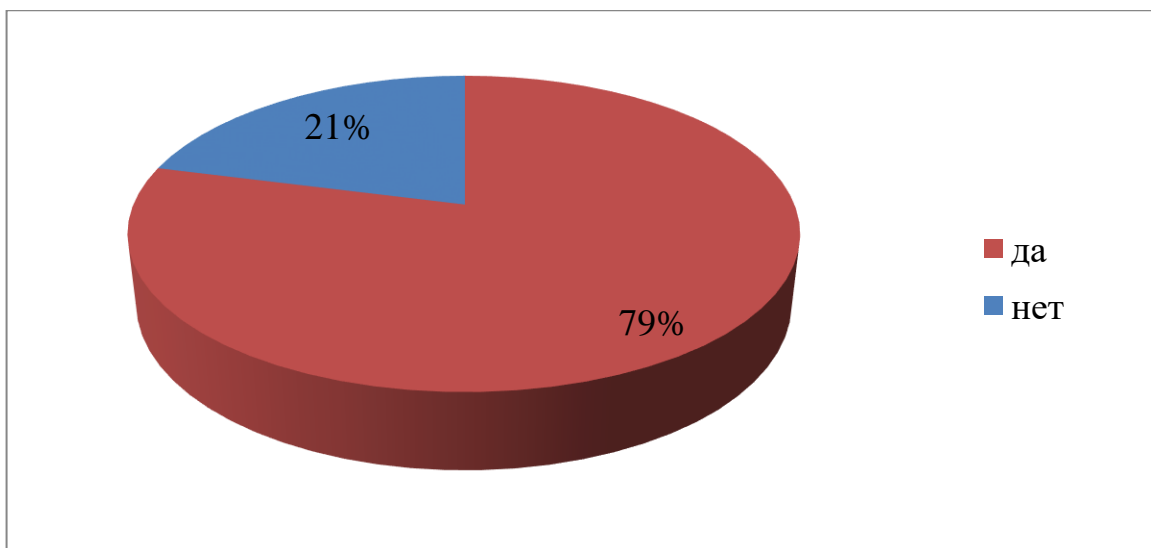


Рис. 4. Курение респондентов

По данному вопросу были полученные следующие результаты, 5% респондентов выкуривают по 2 сигареты в день, 19% до 10 сигарет в день. Пачка в день уходит у 69% опрошенных и 7% респондентов выкуривают до 2х пачек в день (Рис. 5).

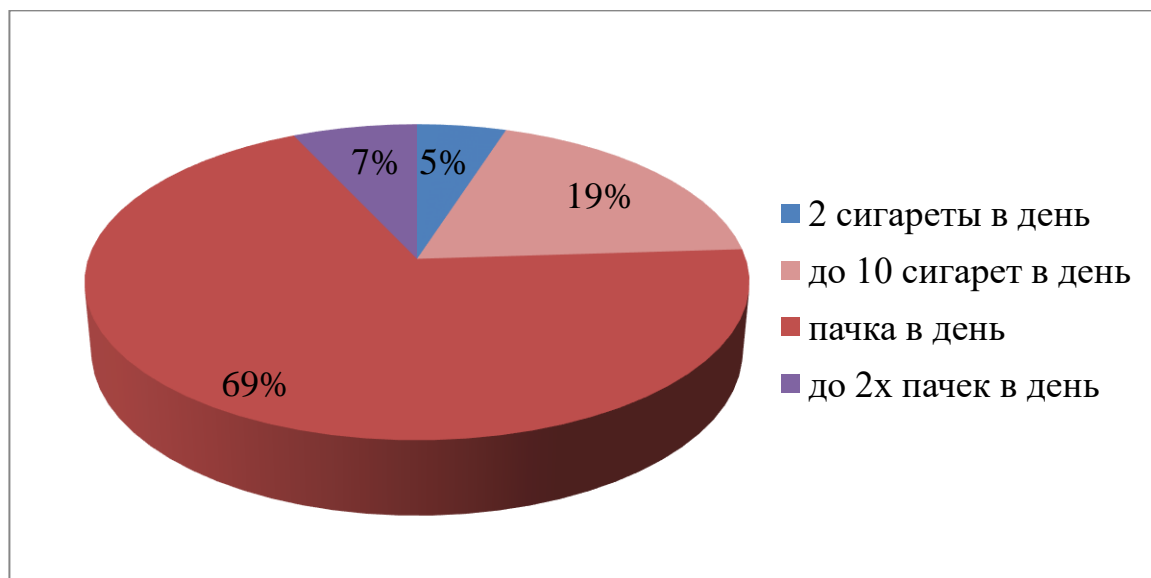


Рис. 5. Количество выкуренных сигарет в день

В ходе анкетирования, на данный вопрос респонденты ответили следующим образом, 1% имеют стаж всего лишь 1 год, у 11% уже 5 лет, 18% имеют стаж от 6 до 15 лет и самый высокий процент взял стаж больше 15 лет – 73% (Рис. 6).

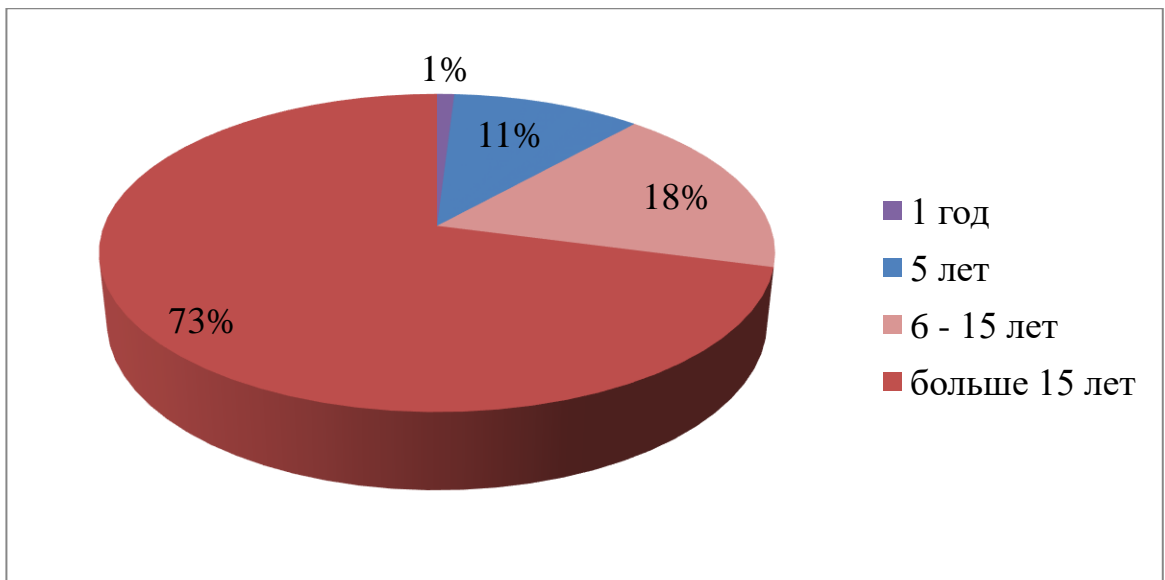


Рис. 6. Стаж курильщика

По данному вопросу, о наличии хронических заболеваний у респондентов, были получены следующие результаты – 59% отметили, что у них есть в анамнезе хронические заболевания легких, 26% затруднились с ответом и только 15% ответили отрицательно (Рис. 7).

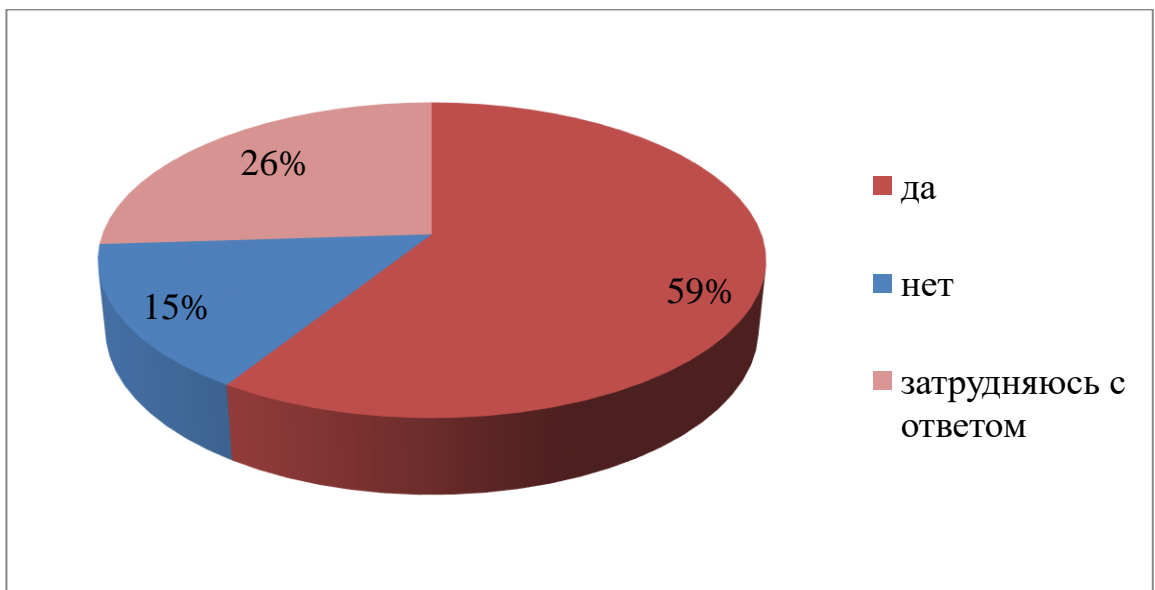


Рис. 7. Хронические заболевания дыхательной системы

В результате анкетирования респондентов, на данный вопрос мы получили следующие результаты ответов – самый большой процент взял ответ «нет» это 73%, 16% затруднились с ответом и только у 11% близкие родственники болели и болеют опухолью легких (Рис. 8).

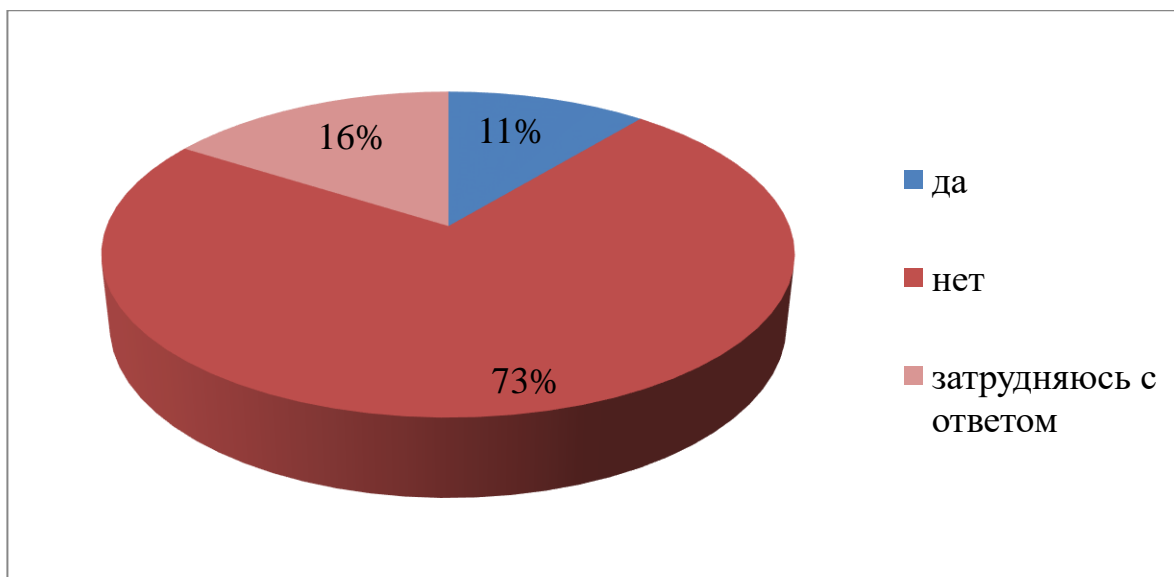


Рис. 8. Наличие заболевания опухоли легких у родственников респондентов

Результаты анкетирования респондентов, по данному вопросу о стрессах, были получены следующие – самый большой процент ответили, что не испытывают эмоциональное напряжение. 17% опрошиваемых испытывают стрессы, но могут его контролировать, 9% затруднились с ответом и 8% имеют дело со стрессами (Рис. 9).

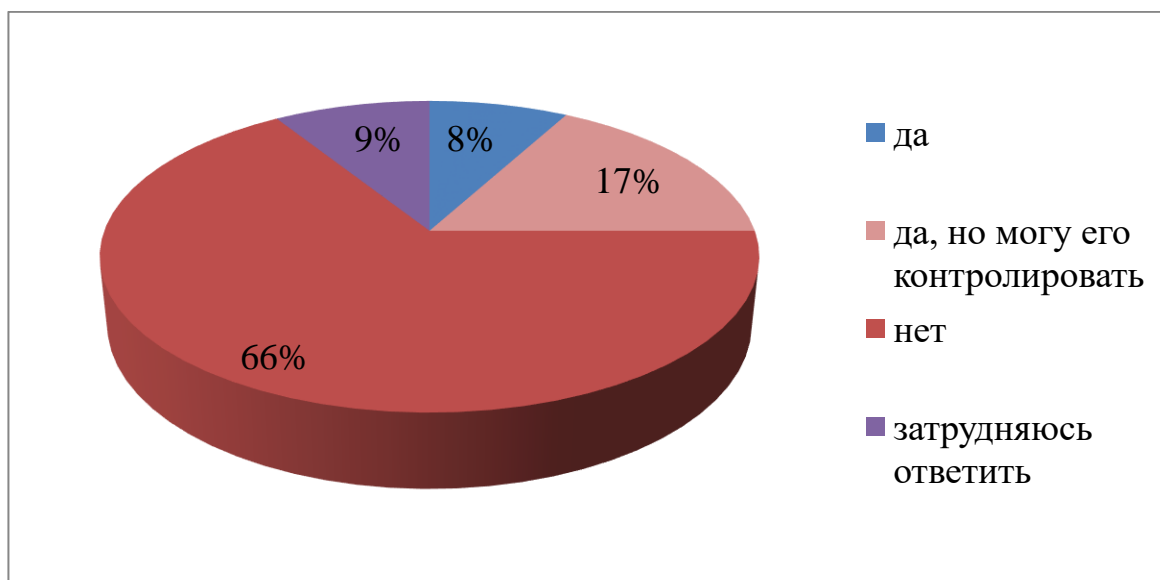


Рис. 9. Эмоциональное напряжение (стрессы)

В ходе анкетирования, мы получили следующие сведения по данному вопросу – 52% ответили на вопрос верно, что флюорографию нужно проходить 1 раз в год. 36% считают что данную процедуру следует проходить 2 раза в год,

8% затруднялись с ответом, а 4% и вовсе ответили, что процедуру нужно проходить 1 раз в 2 года (Рис. 10).

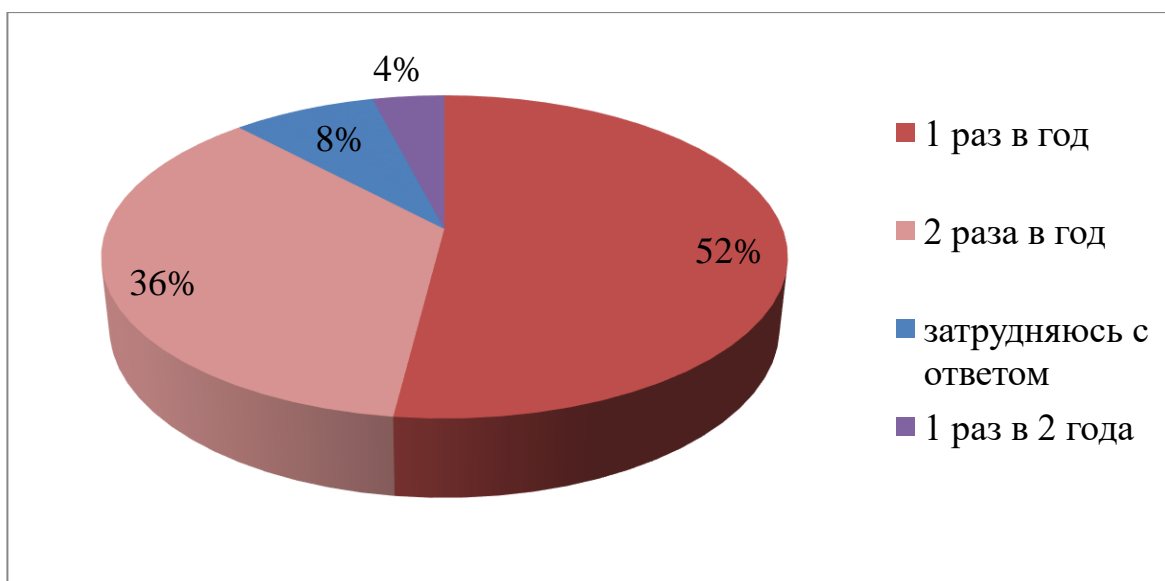


Рис. 10. Флюорография

На вопрос: «Как часто вы проходите флюорографию?», 73% респондента ответили, что они проходят флюорографию 1 раз в год, 12% 1 раза в полгода. 11% проходят только в том случае, когда понадобится и 4% сказали, что не проходят данную процедуру совсем (Рис. 11).

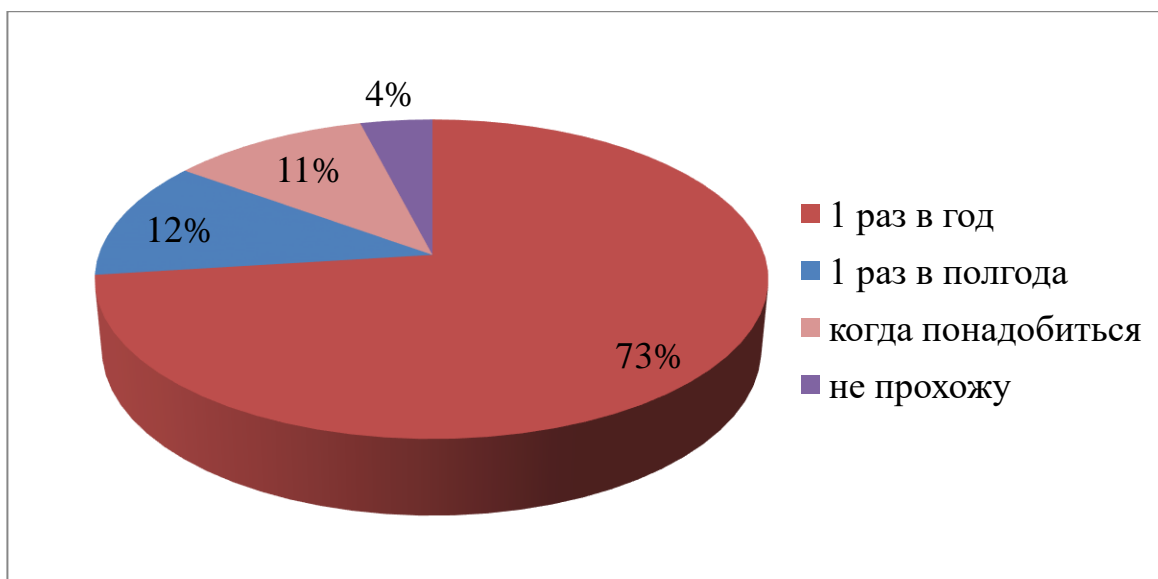


Рис. 11. Прохождение флюорографии респондентами

По вопросу о факторах, которые могут спровоцировать возникновение опухоли в легких, было выявлено – 35% респондентов считают, что ведущим

фактором являются вредные привычки, 21% считают экологию. 20% опрошиваемых ответили, что это могут быть различные затяжные заболевания дыхательной системы. 16% считают, что это различные химикаты и 8% указывают на частые и сильные стрессы.

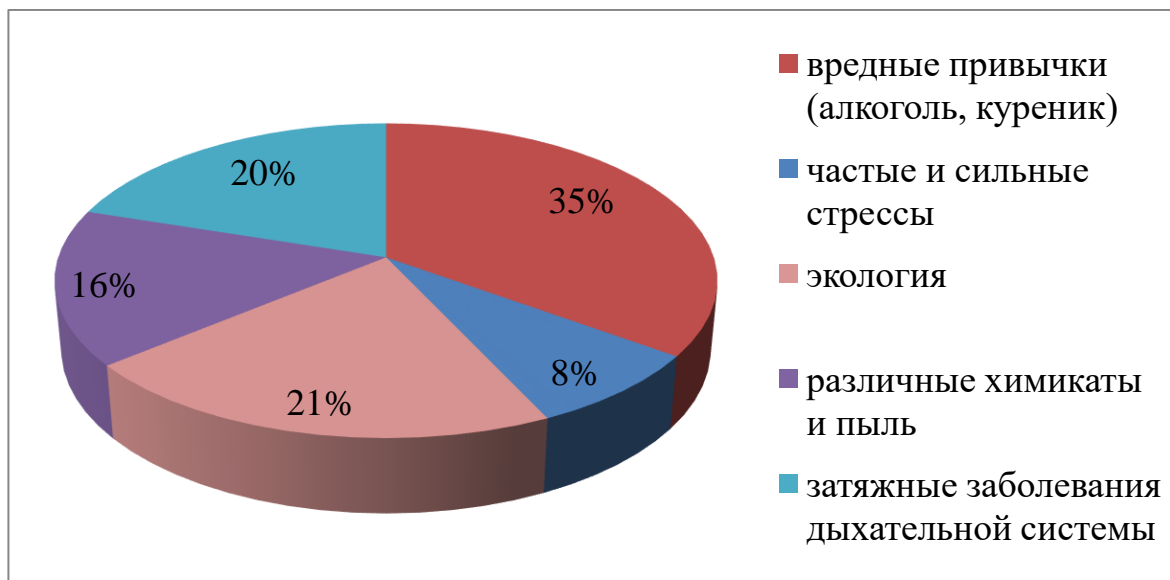


Рис. 12. Факторы, провоцирующие опухоль легких

В ходе анкетирования, по вопросу о желании узнать больше по профилактике заболевания, были получены такие данные, 80% имеют желание знать о профилактике и 20% не хотят (Рис. 13).

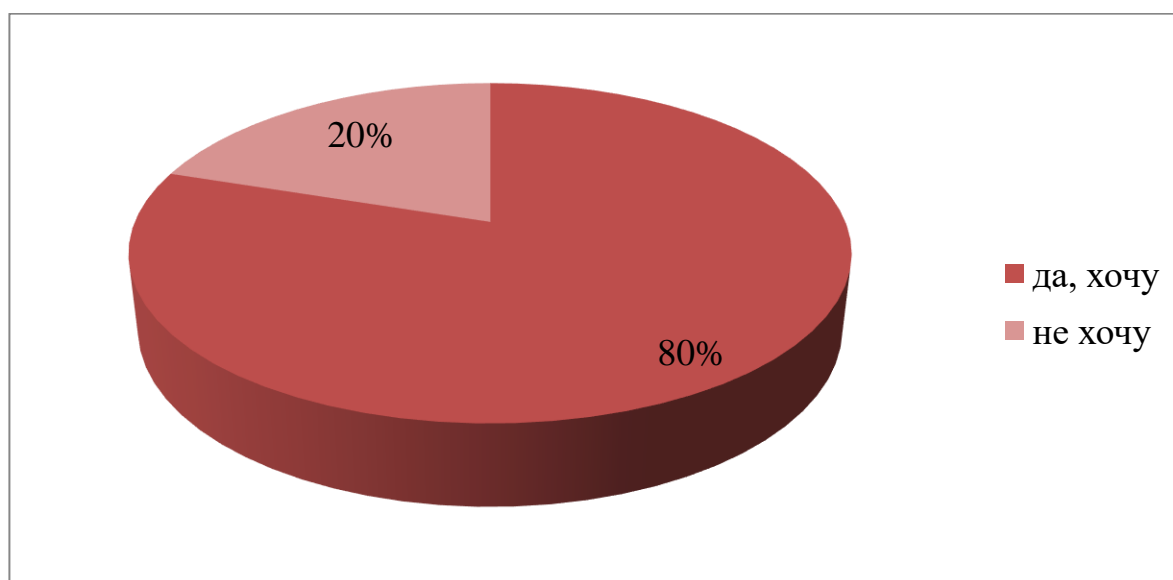


Рис. 13. Желание респондентов знать больше о профилактике опухоли легких

По результатам анкетирования, можно сделать следующие выводы:

1. Большой процент опрошенных составил мужчины – 60%, в распределении по возрасту, мы так же можем увидеть, что 47% составил возраст от 31 до 49 лет. Из этих данных можно предположить, что в группу риска больше входят мужчины в среднем возрасте от 30 до 50 лет;

2. 79% было выявлено людей, которые курят и целых 73% имеют стаж курильщика более 15 лет, в настоящее время на 25 респондентов это довольно большой процент. Так же у 69% уходит в день по пачке сигарет. Из этого следует, что среди людей, которые курят, процент заболеваемости повышается, нежели у не курящих;

3. С учетом того, что есть 15 % опрошенных, которые не имеют хронические заболевания дыхательной системы и у 11% имеются близкие родственники, которые болели или болеют опухолью легких можно сказать, что эти люди могут и не подозревать о значительном риске развития данного заболевания;

4. В вопросах о прохождении флюорографии 52% респондента ответили верно, данную процедуру нужно проходить 1 раз в год и 73% так и поступают. Но есть остальные 48% людей, которые не знают, как часто нужно проходить флюорографию и 27% проходят ее слишком часто, либо не проходят совсем. Следовательно, респонденты не совсем понимают и не знают, для чего нужна эта процедура, сколько раз ее нужно проходить, и в какой степени важны ее результаты;

5. В ходе анкетирования, респондентам были заданы вопросы о факторах риска, провоцирующие опухоль легких. Каждый ответил по-своему и был прав. Такие факторы как: вредные привычки, стрессы, экология, различные химикаты, пыль и затяжные заболевания дыхательной системы могут вызвать возникновение и рост опухоли. Самый большой процент взяли вредные привычки (алкоголь и курение) – 35% и действительно, ведь ведущим фактором считается вред табака, т.е. курение.

6. По ответам предложивших вопросов респондентам, можно сказать, что многие знают довольно много о таком заболевании как опухоль легких, но есть и процент которые не совсем понимают, о чем речь. Поэтому был задан вопрос о желании опрашиваемых узнать больше по профилактике данного заболевания, 80% хотят знать еще больше информации и 20% думают, что они знают достаточно и потому ответ последовал «не хочу».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профессиональная деятельность фельдшера заключается в ранней диагностике и профилактике рака легких. Заболевание легче предупредить, чем лечить.

Рак легких является одной из основных причин смертности на земле. В ходе написания дипломной работы нам удалось наиболее подробно изучить данное заболевание, его причины возникновения, методы диагностики, а также профилактику заболевания.

Основными причинами возникновения заболевания являются: табакокурение (активное и пассивное); радиоактивное излучение; вирусы, которые способны вызывать рак легких (вирус папилломы человека, JC вирус, BK вирус и цитомегаловирус); пылевые частицы. Анализ данных литературы показывает, что основными критериями определения степени онкологического риска для опухоли легкого являются: генетическая предрасположенность и модифицирующие факторы риска – экзогенные и эндогенные. К экзогенным относятся: курение, загрязнение окружающей среды канцерогенами и профессиональные вредности. К эндогенным: возраст старше 40 лет и хронические заболевания легких. Состояние иммунитета организма – это решающий фактор патогенеза рака легких. Были выявлены общие методы первичной диагностики рака легких: общеклиническое обследование; рентгенография грудной клетки в двух проекциях; компьютерная томография грудной клетки; цитологическое исследование мокроты; бронхография; бронхоскопия.

Выводы:

1. История развития хирургии рака легких связана с историей развития грудной хирургии. Первое оперативное вмешательство по удалению легкого провел русский врач Н.А. Вельяминов. И в настоящее время данные операции

проходят на более высоком уровне, довольно успешно и с высоким процентом выздоравливающих больных, что очень важно;

2. Уровень заболеваемости раком легких зависит от зоны проживания, степени индустриализации, климатических и производственных условий, пола, возраста, генетической предрасположенности и других факторов. К факторам риска заболевания относят курение, но уже не только активное, но и пассивное;

3. Опухоль легких может протекать длительное время бессимптомно и часто диагностируется на поздних стадиях. Профилактика особенно необходима тем, кто находится в группе риска – людям старше 40 лет, курильщикам и тем, у кого отягощен наследственный анамнез;

4. Подводя итог исследовательской части, можно сказать следующее, что большая часть респондентов это 76 %, работают во вредных для здоровья условиях труда, 79 % респондентов курят и у них большой стаж курильщика при этом выкуривают большое количество сигарет в день, все это повышает риск возникновения опухолевых заболеваний легких.

В ходе работы были выделены несколько рекомендаций по профилактике данного заболевания:

1. Отказ от курения и алкоголя;
2. Минимизируйте контакт с тяжелыми металлами и пылью;
3. При работе во вредных условиях (цехи, заводы и т.д.) используйте средства защиты органов дыхания (маски, респираторы и т.д.);
4. Необходимо рациональное питание;
5. Своевременное лечение воспалительных заболеваний легких;
6. Прогулки на свежем воздухе;
7. Вести здоровый образ жизни.

Многие люди в настоящее время, считают поход к врачу пустой тратой времени и даже не задумываются, что их халатное отношение к своему здоровью может привести к необратимым последствиям.

Так же было сделано предложение:

1. Произвести активизацию населения к прохождению необходимых медицинских обследований и диспансеризации.

- Организовать в ЛПУ кабинеты, где будут проводиться лекции о профилактике рака легких;
- Установить в больницах новое оборудование для исследований, усовершенствовать рентген кабинеты, флюорографические кабинеты;
- Вести санитарно-просветительную работу в виде размещения информации на стенгазетах, брошюрах, буклетах;
- Вести широкую пропаганду ведения здорового образа жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бахлаев, И. Е. Рак лёгкого [Текст] / И. Е. Бахлаев, А. П. Толпинский. - Петрозаводск: Учебное издание, 2015 г.– 341 с.
2. Блохин, Н. Н. Наука против рака [Текст] / Н. Н. Блохин. - М.: Знание, 2017. - 32 с.
3. Ваиль, С.С. Роль хронических воспалительных процессов в возникновении рака лёгких [Текст]/ С.С. Ваиль // Вопр. онкологии. – 2014. - № 4. – 564 с.
4. Ганцев, Ш.К. Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов[Текст]/ Ш.К. Ганцев. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2014. - 488 с.
5. Грушко, Я. М. Рак лёгкого и его профилактика [Текст]/ Я.М. Грушко // Вопр. онкологии. – 2015. - № 5. – 721 с.
6. Гуринов, Б.Н. Канцерогенные вещества в воздухе города и меры профилактики [Текст]: в кн.: VIII, т. 2. /Б.Н. Гуринов. – Л.: Междунар. противор. конгресс.2015. - 595 с.
7. Деларю, В.В. Губительная сигарета [Текст]/ В.В. Деларю. - М.: Медицина. 2018. - 64 с.
8. Мерков, А.М. Рак лёгких и курение [Текст]/ А.М. Мерков // Вопр. онкологии. – 2014. - № 5. – 265 с.
9. Орловский, Л. В. Задачи противораковой пропаганды [Текст] / Л. В. Орловский. - М.: В кн.: Сборник материалов по противораковой пропаганде. Ин-т сан. просвещения. 2006. - 23 с.
10. Петров, Н.Н. Профилактика рака и предраковых заболеваний [Текст]/ Н.Н. Петров. - Л.: Медгиз. 2014. - 400 с.
11. Рак легкого: клиника, диагностика, лечение [Текст]/ Е.В. Кижяев [и др.]. – М.: Бином. 2015. - 144 с.

12. Трахтенберг, А.Х. Клиническая онкопульмонология [Текст]/ А.Х. Трахтенберг, В.И. Чиссов. - М.: Гэотар медицина. 2016. - 600 с.
13. Углов, Ф.Г. Рак лёгкого [Текст] / Ф.Г. Углов. - Л.: Знание. 2015, - 356 с.
14. Чаклин, А.В. Краевые особенности распространения злокачественных опухолей [Текст]/ А.В. Чаклин. - Л.: Медгиз. 2017. - 184 с.
15. Чаклин, А. В. Организационные мероприятия по профилактике и ранней диагностике рака лёгких [Текст] / А. В. Чаклин // Вопр. онкологии. – 2015. - № 4. – 538 с.
16. Чиссов, В.И. Онкология [Текст]/ В. И. Чиссов, С. Л. Дарьялова. - М.: Гэотар медицина. 2016, - 560 с.
17. Шабад, Л. М. Вещества в окружающей человека среде и принципы профилактики. [Текст] / Л. М. Шабад. - Л.: В кн.: VIII Междунар. противор. конгресс, т. 2. 20015. – 673 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

АНКЕТА

Уважаемые респонденты! Анкетирование проводится анонимно, с целью изучения знаний населения о возможных факторах риска и профилактике заболевания опухоли легких. Просим Вас отметить соответствующий вам ответ.

1. Укажите Ваш возраст

- а) до 30 лет
- б) 31- 49
- в) 50 – 59
- г) старше 60 лет

2. Ваш пол

- а) женский
- б) мужской

3. Имеются ли у вас профессиональные вредности?

- а) да, укажите _____
- б) нет

4. Курите ли вы?

- а) да
- б) нет

5. Если да, как часто Вы курите?

- а) 2 сигареты в день
- б) до 10 сигарет в день
- в) пачку в день
- г) до 2х пачек в день

6. Ваш стаж курильщика

- а) 1 год
- б) 5 лет

в) 6 – 15 лет

г) более 15 лет

7. Имеются ли у Вас хронические заболевания дыхательной системы?

а) да

б) нет

8. Имеются ли у Вас близкие родственники, которые болеют или болели
опухолью легких

а) да

б) нет

в) затрудняюсь с ответом

9. Испытываете ли Вы сильное эмоциональное напряжение?

а) да

б) да, но могу его контролировать

в) нет

г) затрудняюсь с ответом

10. Как Вы считаете, как часто нужно проходить флюорографию?

а) 1 раз в год

б) 2 раза в год

в) затрудняюсь с ответом

г) ваш вариант ответа _____

11. Как часто Вы проходите флюорографию?

а) 1 раз в год

б) 1 раз в полгода

в) когда понадобится

г) не прохожу

12. Как Вы считаете, какие факторы могут спровоцировать опухоль
легких?

а) вредные привычки (алкоголь, курение)

б) частые и сильные стрессы

в) экология

г) ваш вариант ответа _____

13. Хотите ли Вы знать больше о профилактике заболевания?

а) да, хочу

б) не хочу

Спасибо за участие!