

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 ОПУХОЛЕЙ МУЖСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ**

Дипломная работа студента

**очной формы обучения
специальности 31.02.01 Лечебное дело
4 курса группы 03051521
Мухумаева Максима Мухумаевича**

Научный руководитель
преподаватель Кривенко Т.М.

Рецензент
Заведующая организационно-
методическим отделом
ОГБУЗ «Белгородский онкологический
диспансер» Лактионова Н.А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА МУЖСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ	6
1.1.История вопроса.....	6
1.2.Факторы риска и причины возникновения опухоли половой системы у мужчин	9
1.3.Симптомы малых признаков заболевания.....	10
1.4.Ранняя диагностика заболеваний	12
1.5.Профилактические мероприятия	19
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО РОССИИ	25
2.1. Анализ статистических показателей распространенности онкологических заболеваний мужской половой системы.....	25
2.2. Социологическое исследование «Оценка уровня здоровья и выявление факторов риска развития онкологических заболеваний у мужчин»	26
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	38
ПРЕДЛОЖЕНИЕ	40
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	41
ПРИЛОЖЕНИЯ	43

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. В наше время онкологические заболевания остаются в центре внимания медиков всего мира из-за постоянного роста, прогрессирующего заболеваемости злокачественными опухолями и смертности от них. Это обусловлено в первую очередь несовершенством первичной и вторичной профилактики, а также несвоевременной диагностикой и, в следствии, недостаточной эффективностью лечения.

В медицине есть такое понятие – «онкологическая настороженность», то есть врач или фельдшер любого лечебно-профилактического учреждения должен при осмотре пациента исключить симптомы, указывающие на онкологическую патологию. Ранняя диагностика злокачественных новообразований зависит главным образом от онкологической настороженности врачей общей практики, фельдшеров и их знаний, дальнейшей тактики в отношении больного [4, с. 32].

Постоянная работа лечебных учреждений с населением, направленная на раннее выявление злокачественных новообразований, является важным компонентом, способным повысить уровень ранней диагностики рака различных локализаций.

Совершенствование санитарно-просветительной работы, диспансеризации населения, своевременное обращение пациентов при подозрении на различную патологию, применение комплексного обследования населения, улучшат своевременную диагностику злокачественных новообразований и как правило результаты лечения.

Таким образом, основной задачей фельдшера в его работе по профилактике онкологической патологии является своевременное распознавание и профилактика предопухолевых состояний, на фоне которых развивается рак, а

также ранняя диагностика злокачественных новообразований для дальнейшего успешного лечения онкологических заболеваний [4, с. 116].

Проблема исследования определяется тем, что в настоящее время роль фельдшера отведенная на раннюю диагностику и своевременную профилактику до конца не изучена. С учетом этого был сделан выбор темы данного исследования.

Объект исследования: роль фельдшера по диагностике и профилактике новообразований в лечебно-профилактических учреждениях.

Предмет исследования: особенности работы фельдшеров по профилактике и диагностике новообразований у пациентов.

Цель исследования – определить особенности работы фельдшера по профилактике и диагностике злокачественных новообразований у мужчин.

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

1. Выявление основных проблемы в особенностях диагностики и профилактики злокачественных новообразований;
2. Изучение влияния факторов риска на образование онкологических заболеваний;
3. Анализ связи между умением фельдшеров своевременно диагностировать злокачественные новообразования, а также своевременно осуществлять профилактику предопухолевых состояний и качественным оказанием медицинских услуг.

Методы исследования:

- теоретический: анализ информации литературных источников по теме исследования;
- эмпирический: статистическая обработка данных, анкетирование, анализ, наблюдение.

Гипотеза: знание фельдшерами особенностей диагностики и профилактики новообразований снижает уровень заболеваемости.

Теоретическая значимость заключается в углубленном изучении теоретического материала по диагностике и профилактике злокачественных новообразований.

Практическая значимость определяется тем, что проведен анализ профессиональной деятельности фельдшеров, направленной на диагностику и профилактику новообразований, также разработаны соответствующие рекомендации и предложения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА МУЖСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

В последние годы в России, как и в других странах мира, происходит активный рост встречаемости новообразований, а в частности заболевание раком предстательной железы, причем значительная доля приходится на 3-4 стадии заболевания.

1.1. История вопроса

Первые упоминания онкологии встречаются в папирусе Эдвина Смита — медицинском тексте Древнего Египта, который датируется 16 веком до нашей эры. Этот папирус можно полистать и почитать. Случай № 45 как раз описывает злокачественные опухоли. Там же отмечается, что метода лечения нет.

Гиппократ (400 лет до нашей эры) первым стал различать доброкачественные и злокачественные опухоли. По мнению автора «тело человека содержит четыре жидкости — слизь, жёлтую чёрную желчь, а также кровь — а любой дисбаланс приводит к заболеваниям. Считалось, что причина злокачественных опухолей - скопление черной желчи в определенном месте» [2, с. 6].

Конечно, никакой черной желчи в организме человека нет, но теория о том, что опухоли распространяются по организму, оказалась верной. Злокачественные клетки со временем отделяются от опухоли и дают метастазы.

Врачи и знахари пользовались гуморальной теорией более 1300 лет. В течение этого периода вскрытия были запрещены по религиозным соображениям, что ограничивало изучение опухолей. Доступными методами лечения в древние времена и Средневековье были хирургия, прижигание, кровопускание и обряды [1, с. 16].

Еще очень недавно онкология была практически смертельным заболеванием. До середины двадцатого века единственным методом лечения злокачественных опухолей была хирургия, позволявшая излечивать некоторых больных с ранними стадиями опухолей из-за своевременной диагностики, однако хирургия излечивала далеко не всех с ранними стадиями — у многих больных после, казалось бы, полного удаления опухоли через некоторое время появлялись метастазы, которые нечем было лечить.

В России в начале двадцатого века фактически не существовало специализированной онкологической помощи населению. В 1903 г. по инициативе профессора Левшина в Москве на частные пожертвования купца Морозова было построено лечебное заведение для лечения больных опухолями («Морозовский институт»), а в 1911 г. в Петербурге была открыта на пожертвования купца Елисеева небольшая больница по уходу за онкологическими больными. Эти две больницы и представляли из себя «онкологическую службу» страны [3, с. 9].

В это же время Николай Николаевич Петров, профессор военно-медицинской академии и военно-полевой хирург, доказывал необходимость выделения онкологии в самостоятельную дисциплину. В 1910 г. он опубликовал блестящую по новизне трактовок и глубине анализа монографию «Общее учение об опухолях (патология и клиника)». А следом вышла вторая книга «Химические и биологические способы распознавания раковой болезни» (1914 г.). Фактически этими трудами был заложен фундамент для дальнейших практических и научных разработок в стране.

В 1911 г. во «Врачебной газете» Николай Николаевич писал: «Предупреждение опухолей - область, целиком относящаяся к задачам будущего и почти не имеющая за собой прошлого и настоящего». Это по существу была заявка на создание принципиально нового научного и практического направления в российской медицине. В эти же годы Петровым была сформулирована концепция о полиэтиологической природе злокачественного

роста, позднее опубликованная в более полном виде в отдельном издании [4, с. 26].

Николай Николаевич всегда придерживался идеи об отсутствии фатальности опухолевого процесса, и был глубоко убежден, что рак не только может быть излечим, но и предупрежден. По мнению автора Петрова Н.Н. «проведение в жизнь программы профилактики рака можно осуществить только при условии создания специального центра, который будет решать, как практические, так и научные задачи». И Петрову всё-таки удалось добиться создания в Ленинграде онкологического центра, хотя за окном стояли нелегкие для страны 20-е годы [4, с. 30].

В 1927 г. в двух крупнейших поликлиниках Ленинграда были открыты консультативные приемы по онкологии, а при центральной коммунальной поликлинике была организована областная диагностическая станция. Институту удалось в течение 1931-1933гг. развернуть городскую сеть онкологических пунктов - по одному на 10 районов города. Помимо консультативной работы, противораковые пункты проводили организационную и просветительную работу, а также диспансеризацию опухолевых больных через сестер-обследовательниц [5, с. 13].

Самой главной задачей, стоящей перед онкологической сетью, была санитарно-просветительная работа среди населения и популяризация знаний по профилактике опухолей. Были изданы брошюры Н.Н. Петрова «Что надо знать о раке» и «Простое слово о раке», был отпечатан плакат-обращение к населению составлявший около 10000 экземпляров. Петров читал лекции по радио для населения, в общей и специальной медицинской прессе печатались статьи, освещающие современное состояние важнейших проблем онкологии. Для более глубокого изучения клинических вопросов институтом издается под редакцией проф. Н.Н. Петрова подробное руководство «Клиника злокачественных опухолей» в двух томах изданное в 1932 г. [5, с. 25].

Исходя из вышеперечисленного можно с уверенностью сказать, что создание современной онкологической профилактики и ранней диагностики основано благодаря всем этим людям и их открытиям.

1.2. Факторы риска и причины возникновения опухоли половой системы у мужчин

Одной из главных причин возникновения онкологических заболеваний различного характера, являются факторы риска. Основными факторами риска развития рака в мире являются употребление табака, употребление алкоголя, нездоровое питание и отсутствие физической активности; они же представляют собой основные четыре общих фактора риска возникновения других неинфекционных заболеваний [6, с. 53].

Факторами риска развития онкологии мужской половой системы также могут являться некоторые хронические инфекции, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов. Канцерогенные инфекции, в том числе, вирус папилломы человека, вирус гепатита В, вирус гепатита С и вирус Эпштейна-Барра были названы причиной примерно 15% случаев онкологии, диагностированных в 2012 г. [1, с. 13].

Из злокачественных опухолей мужских половых органов рак предстательной железы является самым частым. В развитых странах заболеваемость раком предстательной железы занимает 2-3-е место после рака желудка и легких, в России - 4-е место. Заболеваемость раком предстательной железы имеет явную тенденцию к росту. По приросту заболеваемости этот вид опухоли занимает первое место. У всех мужчин имеется риск развития рака предстательной железы, однако некоторые факторы могут повышать вероятность возникновения этого заболевания. Риск развития рака предстательной железы увеличивается с возрастом. У мужчин, отец или брат

которых перенесли рак предстательной железы, имеется большая вероятность такого заболевания. Рак предстательной железы чаще встречается среди афроамериканских мужчин по сравнению с белыми мужчинами, объяснений этому не существует. Пища с высоким содержанием жиров играет роль в развитии этого вида рака. Рак предстательной железы возникает преимущественно у мужчин старше 65 лет [6, с. 137].

Опухоли яичка составляют 5% всех урологических злокачественных образований у мужчин фертильного периода. Основное количество заболеваний приходится на возраст от 14 до 44 лет, от начала половой активности до начала ее спада. Именно в этом возрасте опухоли яичка и паратестикулярных тканей составляют основную причину смерти от злокачественных опухолей. Среди факторов риска можно назвать крипторхизм, травму яичка, наличие у кровных родственников рака такой локализации, рак одного из яичек, другие герминогенные опухоли. Должно настораживать в плане опасности развития рака яичка, обнаружение атипичных половых клеток и множественные диспластические невусы [7, с. 67].

1.3.Симптомы малых признаков заболевания

Синдром малых признаков включает в себя 5 групп симптомов. Каждый из этих симптомов ничего не значит сам по себе, многие из них проявляются при заболеваниях, не имеющих никакого отношения к онкологии. Они характерны для 0-2 стадии онкологических заболеваний и проявляются в 80-90% случаев [2, с. 46].

О синдроме можно говорить тогда, когда выявляются 3-4 симптома из разных групп без видимой причины. Например, если пациент начал заниматься фитнесом и сел на правильную диету и при этом потерял 10% массы тела - это не симптом, а если присутствует большая потеря массы тела за короткое время

нужно насторожиться. Это однозначный повод пройти полное обследование [8, с. 13].

Перейдём к самим симптомам. 1я группа: «утомляемость». Данные признаки расположены в порядке усиления.

Если пациент не может выполнить хотя бы один пункт из перечисленных, то это свидетельствует о наличии у него данного симптома:

- 1) Подняться на 3й этаж без остановки и одышки;
- 2) Пройти 1500 метров без остановки и одышки;
- 3) Плотно пообедать, не покрывшись испариной и без необходимости полежать (это означает наполнение 2/3 желудка, т.е. около 2х литров)
- 4) Выполнить акт дефекации, без физической потребности полежать и отдохнуть после него;
- 5) Выполнить акт мочеиспускания (не держась за что-нибудь рукой или сидя).

2я группа: «снижение работоспособности». Пациенты не могут выполнять действия, которые всегда без проблем выполнялись до этого. Для кого-то это подъём на 5 этаж без лифта, для кого-то жим лёжа 100 кг, всё напрямую зависит от физической подготовки пациента, привычек и других факторов. Думаю, каждый человек точно знает свою «норму» [8, с. 86].

3я группа: нарушение сна. Подобные нарушения могут быть характерны для людей с нестабильной психикой и для людей с нарушенным суточным ритмом

- 1) Невозможность заснуть;
- 2) Очень быстрое погружение в сон, но пробуждение через 30 минут и не возможность заснуть;
- 3) Весь день сонливость и невозможность заснуть ночью;
- 4) Пациент спит 6-8 часов, но не высыпается;
- 5) Пациент не может самостоятельно проснуться через 6-8 часов;
- 6) Невозможность заснуть после пробуждения среди ночи.

4я группа: нарушение обмена веществ. При условии, что не принимаются гормональные препараты, и пациент резко не изменял свой образ жизни, характер и объём питания.

- 1) Потеря 10% массы тела за месяц;
- 2) Потеря 20% массы тела за 0,5 года [7, с. 136].

5я группа: нарушение характера питания.

1) Нарушение аппетита. Пациент не принимает в пищу даже любимые блюда, либо они не вызывают у него никакого удовольствия;

2) Извращение вкуса. Пациенту хочется есть глину, мел, резину, железо и любые другие несъедобные объекты;

3) Пищевые извращения. Например, такие как: торт с кетчупом, чай с сахаром и солью, селёдка с малиновым вареньем;

4) Пациент принимает пищу не потому что получает от этого удовольствие, а потому что вот-вот упадёте в голодный обморок [8, с. 95].

1.4.Ранняя диагностика заболеваний

Рак – это обобщенное название многочисленных онкологических заболеваний, поражающих любой орган или ткань. В качестве синонимов к слову «рак» применяются также термины «злокачественная опухоль», «новообразование». Суть патологии заключается в том, что в единичной клетке нарушается ДНК – биологическая информация наследственного характера. Клетка начинает бесконтрольно делиться, образуя массу ткани, называемую опухолью.

Злокачественная опухоль – это патологическое автономное прогрессирующее разрастание аномальных клеток, проникающих и распространяющихся в прилежащие ткани. Опухоль имеет не только

собственные клетки, но и защитную оболочку (строму), а также кровеносные сосуды [8, с. 12].

Существует два компонента раннего выявления рака.

Ранняя диагностика. При раннем выявлении рака высока вероятность положительных результатов при эффективном лечении, повышается вероятность дожития, снижается заболеваемость и стоимость лечения. Раннее выявление рака и отсутствие задержек в оказании помощи могут позволить добиться значительных улучшений в жизни больных [9, с. 14].

Ранняя диагностика состоит из трех этапов, которые должны осуществляться в комплексе и своевременно:

- 1) Информационно-разъяснительная работа и доступ к медико-санитарной помощи;
- 2) Клиническая оценка, постановка диагноза и определение стадии;
- 3) Доступ к лечению.

Ранняя диагностика актуальна при любых обстоятельствах и важна при большинстве видов рака. В отсутствие ранней диагностики болезнь диагностируется на поздних стадиях, когда радикальное лечение зачастую уже не может помочь. Возможна разработка программ, направленных на уменьшение задержек и препятствий для медико-санитарной помощи и позволяющих пациентам получать лечение своевременно [9, с. 16].

Скрининг. Цели скрининга заключаются в выявлении людей с нарушениями, позволяющими предполагать определенные раковые заболевания или предрак, и быстром направлении таких людей для диагностирования и лечения.

Эффективность программ скрининга при выявлении определенных типов рака обеспечивается использованием целесообразных тестов, их эффективным применением, увязкой с другими этапами процесса скрининга и контролем качества. Как правило программа скрининга является гораздо более сложным медико-санитарным мероприятием, чем ранняя диагностика [10, с. 6].

Злокачественные новообразования развиваются в два этапа: доклинический и клинический. Длительное течение патологии без проявления каких-либо симптомов ее присутствия называется доклиническим периодом. По времени этот этап составляет 75 % от общей продолжительности существования злокачественных клеток. В этот период чаще всего развивается ранний рак. Но иногда скрыто прогрессируют и большие по размеру опухоли.

В клинический период рак начинает проявляться внешними симптомами. Их много, они разнообразны, но неспецифичны: каждый симптом онкологической патологии также бывает признаком неопухолевого заболевания. Поэтому диагностировать злокачественное новообразование сложно. Одновременно с этим при раке наблюдаются характерные симптомы, подсказывающие врачу присутствие опухоли в организме, так как новообразование постепенно увеличивается, вызывает отравление продуцируемыми токсинами, нарушает работу пораженного органа. В связи с этим существует пять клинических явлений, которые служат основой для определения онкологической патологии: обтурация, деструкция, компрессия, интоксикация, опухолевидное образование [11, с. 26].

Закупоривание (обтурация). Это явление происходит в основном при опухолях полых (имеющих полость внутри) органов, но бывает и в других органах. Растущее новообразование сужает просвет внутри или сдавливает его извне, нарушая проходимость. Признаки непроходимости, связанные с закупориванием, часто являются основными в клинической картине патологии, но у каждого органа они свои, например, сдавление мочеиспускательного канала при опухолях предстательной железы вызывает острую задержку мочи;

Формирование закупоривания просвета в большинстве случаев идет постепенно. Поэтому признаки рака нарастают поступательно. Но иногда непроходимость возникает внезапно. Также бывают случаи, когда проходимость просвета восстанавливается частично или полностью несмотря на то, что рак

прогрессирует. Это случается, если опухоль распадается. Спазм или воспаление слизистой прекращаются.

Насколько выражены будут симптомы рака, связанные с обтурацией, зависит от формы роста опухоли. В этом отношении прослеживается следующая закономерность: в органах с полостью крупного диаметра закупоривание наблюдается раньше и более выражено при врастании злокачественных клеток в соседние ткани [10, с. 32].

Разрушение (деструкция). Явление разрушения характерно для изъязвленных и растущих внутрь полости органа раковых опухолей. Новообразование распадается под влиянием какого-нибудь фактора механического характера. Например, плотное содержимое органа задевает, травмирует мягкую опухолевую массу. При этом повреждаются сосуды опухоли, открывается кровотечение [10, с. 34].

Обычно истечение крови незначительное, так как повреждаются мелкие сосуды. Возникает кровотечение периодически, но может продолжаться длительно, повторяться часто. Это приводит к анемии – снижению концентрации гемоглобина в крови, что проявляется следующими симптомами: побледнение кожи, головокружение, падает артериальное давление, слабо прощупывается пульс, тон сердца приглушен. Если разрывается крупный сосуд, возникает сильное кровотечение, которое сложно остановить. Симптомы деструкции свойственны новообразованиям внутренних органов [10, с. 36]

Компрессия (сдавливание). Это явление связано с давлением раковых клеток на нервные волокна, окружающие ткани и органы. Проявляется по двум позициям: боль, нарушение работы органа.

При сдавливании чаще бывают болевые ощущения. Появляются они не сразу, возникают только при увеличении опухоли в размерах, ее прорастании или давлении на нервные окончания.

Сначала боль ощущается слабо, носит тупой, ноющий характер. Далее она усиливается, не прерывается, становится острой, а при прогрессировании

опухоли до поздней стадии – нестерпимой. Боль при онкологических процессах определенного органа разная [11, с. 31].

Интоксикация (отравление). Раковые клетки нарушают обмен веществ – ферментный, углеводный, белковый, гормональный. Это вызывает интоксикацию. Симптомы ее разнообразны, но в основном это: отсутствие аппетита, потеря массы тела, слабость общего характера. Проявление этих клинических признаков усиливается по мере нарастания массы злокачественных клеток, соответственно они типичны для поздних стадий патологии.

Однако встречаются и наблюдения, когда отсутствие аппетита, потеря массы тела, слабость общего характера проявляются и при малых размерах злокачественных опухолей. Поэтому при беспричинном, немотивированном возникновении подобных симптомов важно проконсультироваться со специалистом, который назначит обследование, чтобы вовремя обнаружить опухоль [9, с. 73].

Опухольевидное образование. Образование опухоли может быть видимым или прощупываться, обнаруживая достоверный признак развития онкологического процесса. Доступная на ощупь раковая опухоль безболезненна, плотной бугристой структуры. Опухольевидное образование не имеет прочной защитной оболочки, поэтому оно движется вместе со смещающимися соседними тканями. Но если злокачественные клетки проникли в неподвижные органы или в кости, опухоль также становится неподвижной.

Описанные пять явлений называют наиболее типичными признаками рака. Однако имеются и иные проявления, по которым можно предположить присутствие злокачественных клеток в организме [11, с. 43].

Нарушение специфических функций органов. Немало раковых клеток нарушают основную работу органов. Также большие новообразования, их метастазы могут косвенно влиять на организм и провоцировать симптомы, нетипичные для определенного рака, так как происходит глубокий сдвиг биохимических параметров в организме: образование тромбов, кожная сыпь,

снижение концентрации глюкозы в крови, повреждение почек, расстройства системы циркуляции крови. Эти клинические симптомы иногда проявляются первыми на начальной стадии роста опухоли как результат иммунных реакций организма.

Рак редко возникает в совершенно здоровом организме. Значительное воздействие на симптомы оказывают протекающие до рака болезни и присоединяющееся инфицирование. Предшествующая патология, как правило, маскирует признаки озлокачествления и осложняет процесс его распознавания, так как создается ложное впечатление запущенности болезни.

В качестве примера можно привести рак яичка. Клетки перерождаются при орхите. Боли и расстройства работы железы у пациентов с этим диагнозом присутствуют не долго. Озлокачествление клеток органа чуть меняет картину жалоб – боль преследует постоянно, носит ноющий, разлитой характер, появляются симптомы отравления токсинами. Но подметить эту разницу сложно [11, с. 96].

Затруднения аналогичного принципа наблюдаются и при обнаружении рака толстой кишки у тех, кто страдает ее воспалением – хроническим колитом. В таких ситуациях следует насторожиться, если в испражнениях обнаружится небольшое количество крови или в одном и том же месте периодически возникает урчание и вздутие в брюшной полости. Когда опухоль распадается и изъязвляется, бывают наблюдения присоединения инфицирования. Изменяются биологические показатели крови, учащается пульс, поднимается температура. Это явление характерно при карциномах лёгкого, когда закупоривание бронха приводит к спаданию лёгкого, в этом месте органа возникает очаговая пневмония. Однако часто это диагностируется как респираторная инфекция или туберкулез [10, с. 102].

Признаки системного действия опухоли на организм. Главным условием успешного лечения злокачественных опухолей является ранняя диагностика. Для повышения осведомленности в отношении начальных признаков рака ниже

будут перечислены симптомы, которые должны насторожить человека при их появлении:

- 1) Необъяснимая слабость, усталость, недомогание, чувство общего дискомфорта;
- 2) Появление уплотнений под кожей или на коже, в первую очередь у мужчин в паху;
- 3) Увеличение лимфатических узлов;
- 4) Примеси крови, гноя, слизи в фекалиях, в моче;
- 5) Длительные боли в области брюшной полости, в других местах;
- 6) Потеря аппетита;
- 7) Непроходящий кашель, чувство нехватки воздуха в течение долгого времени;
- 8) Изменение тембра голоса, осиплость, хрипота;
- 9) Длительно незаживающие ранки или язвочки;
- 10) Длительное немотивированное повышение температуры тела до 38° С, озноб, лихорадка (временное повышение температуры);
- 11) Изменение ритма опорожнения кишечника;
- 12) Внезапное кровотечение;
- 13) Изменение внешнего вида и размера родинок;
- 14) Ночная потливость;
- 15) Необъяснимая (без специальных мероприятий для похудения) внезапная потеря веса более 5 кг за относительно короткий промежуток времени [12, с. 73].

Резкое похудение (раковая кахексия) при онкологическом заболевании происходит даже с теми пациентами, которые не страдают при этой патологии нарушением нормального пищеварения. Общее истощение возникает из-за снижения не только жировой, но и мышечной ткани одновременно. И этим резкая потеря веса отличается от той, что возникает при проведении диет, длительного голодания [11, с. 105].

При появлении этих признаков нужно немедленно обратиться к врачу. Диагностирование злокачественного новообразования предполагает сбор анамнеза, уточнение процесса прогрессирования патологии, а также причин ее возникновения. Пациента осматривают, по возможности пальпируют сам орган, вторичные очаги поражения. Проводится обследование с помощью приборов, специального медицинского оборудования, чтобы обнаружить новообразование или его теневую проекцию, а также взять биологический материал для исследования микроскопического состава раковых клеток.

Смертность от онкологических заболеваний можно снизить, если выявлять и лечить их на ранних стадиях [10, с. 116].

1.5.Профилактические мероприятия

С каждым годом число онкологических больных постоянно растет. Такую тенденцию специалисты связывают с различными обстоятельствами: увеличением продолжительности жизни, загрязнением окружающей среды, вредными привычками, гиподинамией, наследственностью и другими причинами [13, с. 26-27].

Высокая смертность от онкологических заболеваний в первую очередь связана с поздним обращением больного к врачу, когда болезнь уже сложно поддается лечению. Отметим, что достижения современной медицины позволяют диагностировать и полностью лечить рак на ранних стадиях, а также устранять множество предопухолевых состояний. В борьбе с раком в развитых странах огромная роль отводится первичной и вторичной профилактике онкологических заболеваний [12, с. 16].

Первичная профилактика онкологических заболеваний позволяет снизить вероятность развития злокачественного процесса на 70-90%.

Под первичной профилактикой рака понимают предупреждение предопухолевых изменений путем устранения неблагоприятных факторов окружающей среды, коррекции образа жизни, а также повышения резистентности организма.

Первичная профилактика рака осуществляется по таким направлениям:

Онкогигиеническая профилактика. Это комплекс мер по устранению воздействия на человека канцерогенных (вызывающих рак) веществ. Список источников канцерогенов довольно обширен. Одним из ведущих факторов развития онкологических заболеваний является курение. В табачном дыме содержится более 3500 химических соединений, среди которых множество полициклических ароматических углеводородов, нитросодержащих веществ и ароматических аминов, являющихся сильными канцерогенами. По данным медицинской литературы, около 90% рака легкого у мужчин вызвано именно курением. Также курение способствует развитию рака пищевода, мочевого пузыря и поджелудочной железы. Никотин и компоненты табачного дыма признаны провокаторами развития рака легких. Причем обнаружена непосредственная ассоциация количества выкуренных сигарет с вероятностью развития рака легочной локализации. Даже пассивных курильщиков считают группой риска, т.к. частота развития рака легких у родственников курильщиков в два раза больше, чем у обычных людей. Кроме того, курение напрямую связано с раком матки, бронхов, гортани, ротовой полости, мочевого пузыря, пищевода [12, с. 38].

Разумная инсоляция. К сожалению, модный загар не всегда сопряжен с привлекательностью и здоровьем. Излишнее воздействие ультрафиолета (как естественного, так и искусственного) на кожу может вызвать трансформацию ее клеток, итогом которых окажутся меланома или немеланомный рак кожи (плоскоклеточный, базальноклеточный). Длительное лежание на пляже или частые походы в солярий особенно опасны для светлокотых людей и тех, чей

семейный анамнез отягощен кожными онкологическими заболеваниями [13, с. 43].

Алкоголь. Развитию рака также способствует чрезмерное употребление алкоголя. Так, при систематическом употреблении более 120 г чистого алкоголя в день вероятность развития рака пищевода увеличивается в 101 раз. При этом риск развития патологии при сочетании алкоголизма с курением [13, с.46].

Психогигиена. Давно установлена четкая взаимосвязь между психическим здоровьем человека и злокачественными заболеваниями. Нервно-психические травмы, эмоциональная подавленность и депрессия повышают вероятность развития злокачественного процесса в любой части организма [12, с. 40].

Сбалансированная диета. В развитии раковых заболеваний важную роль играет характер питания. Отмечено, что чрезмерное употребление мясных продуктов и жареных блюд увеличивает риск появления злокачественных новообразований. В профилактических целях рекомендуется обогатить рацион питания продуктами растительного происхождения с высоким содержанием витаминов А, С и Е, обладающих антиоксидантным и онкопротекторным действием. Для защиты от возможного развития рака нужно в первую очередь исключить из своего питания те блюда и продукты, компоненты которых признаны потенциальными канцерогенами. Ими являются: жареные блюда(особенно раба и мясо), т.к. в ходе жарки из пищевых белков образуются вредоносные фенолы, крезолы и индолы; мясные и рыбные копчености из-за появления в них канцерогенов-полициклических углеводов; продукты, богатые животными насыщенными жирами; чрезмерный калораж, т.к. избыточная энергоценность может спровоцировать возникновение опухолей кишечника, простаты, матки; алкоголь (его компоненты и производные угнетают процесс нейтрализации канцерогенов в печени, снижает противоопухолевую способность иммунитета, приводит к гормональному дисбалансу у женщин, ведущему к раку груди, и является непосредственным печеночным канцерогеном); соль при ее суточном потреблении свыше 12 г., тогда она

повышает вероятность рака пищевода и желудка; нитраты, которые в человеческом организме превращаются в нитриты, а они трансформируются в канцерогенные нитрозосоединения. Наряду с этим следует активно включать в свое питание продукты, содержащие факторы, способные блокировать или устранить канцерогены. Такими «спасителями» считаются: клетчатка, т.к. она ускоряет транзит пищи по кишке, уменьшая продолжительность ее контакта с потенциальными канцерогенами, и способствует выработке кишечными бактериями бутирата, нейтрализующего вредные агенты (ее много в бобовых, попкорне, многих овощах, фруктах, крупах, ягодах, водорослях); антиоксиданты: витамин А, каротиноиды, токоферол, селен, аскорбиновая кислота, блокирующие свободные радикалы (содержатся в помидорах, зеленой фасоли, спарже, дыне, моркови, зеленом луке, тыкве, шпинате, брокколи); йод, т.к. его нехватка сопряжена с новообразованиями щитовидной железы (источник йода - ламинария и др. водоросли); глюконозолаты, уменьшающие риск рака любой локализации (содержатся в хрене, горчице, репе, брюкве, редике); полифенолы, способные снизить риск рака пищевода (содержатся в бобовых и зеленом чае); докозогексоеновая и эйкозопентаеновая кислоты (ими богаты морепродукты, рыба и мясо морских животных). Биохимическая профилактика. Целью биохимической профилактики является нейтрализация бластоматозного эффекта канцерогенных веществ с помощью химических и/или биологических препаратов. Так, например, одним из примеров биохимической профилактики является использование специальных препаратов для очистки воды от загрязнений тяжелыми металлами и иными канцерогенными соединениями [12, с. 46].

Медико-генетическая профилактика. Возможности современной медицины позволяют выделять семьи с неблагоприятной наследственной предрасположенностью и иммунологической недостаточностью, что увеличивает риск появления злокачественных опухолей. Таким людям

рекомендуется избегать контактов с канцерогенами и вести здоровый образ жизни [13, с. 76].

Вакцинация. Некоторые виды рака (например, рак шейки матки) развиваются вследствие вирусной инфекции. На сегодняшний день разработана вакцина от некоторых видов вируса папилломы человека, вызывающих рак шейки матки [13, с. 83].

Отказ от самолечения. К сожалению, недоверие и боязнь докторов нередко приводят к лечению у шарлатанов или самолечению, источником которого все чаще служит интернет. А это не всегда является безопасным мероприятием. Некоторые биологические добавки содержат сомнительные ингредиенты или компоненты, стимулирующие активность и рост всех клеток (включая опухолевые) [12, с. 71].

Вторичная профилактика. Вторичная профилактика рака представляет собой медицинские мероприятия, направленные на диагностику предопухолевых состояний, а также выявление онкологических заболеваний на ранних стадиях, что обеспечивает высокую эффективность как химиотерапевтического, так и хирургического лечения опухоли. Необходимо проходить своевременное профилактическое обследование и осмотр специалистами, например, всем мужчинам старше 35 лет надо ежегодно делать тест на определение в крови простат-специфического антигена, количество которого в крови резко возрастает при развитии злокачественного новообразования предстательной железы. Следует 1 раз в год обращаться в смотровой кабинет, для проведения профилактического осмотра, обязательно включающего пальцевое исследование предстательной железы через прямую кишку [12, с. 83].

На основании многолетних наблюдений онкологи разработали целые программы обследования различных органов (рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, радиоизотопных, лабораторных и др.), нацеленные на своевременное обнаружение онкологических процессов у

населения. Ведь при раннем выявлении эти коварные заболевания довольно успешно лечатся. Так, всем женщинам (даже при отсутствии какой-либо симптоматики) необходимо регулярно, как минимум 1 раз в год, посещать гинеколога. А каждому человеку, достигшему 45-летия, следует определять скрытую кровь в кале. При ее наличии необходимо более тщательное эндоскопическое исследование кишки. При наличии отягощенной наследственности регламентированные обследования проводятся на 5 лет раньше. Если же у пациента обнаружены предраковые метаплазии, то он должен посещать врача и обследоваться еще чаще. Некоторую диагностическую ценность имеют и анализы на онкомаркеры- белки, продуцируемые опухолями. Существуют онкомаркеры, специфичные для определенных видов и локализаций рака. Однако онкомаркеры могут увеличиваться и при доброкачественных опухолях, аутоиммунных, инфекционных процессах и других состояниях [13, с. 91].

Выводы: Исходя из проведенного нами анализа научной литературы, можно с уверенностью сказать, что, выполняя все вышеперечисленные правила любой человек может снизить риск возникновения онкологических заболеваний, а также помочь медицинским работникам своевременно диагностировать предраковые состояния или обнаружить новообразования в их начальных стадиях.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО РОССИИ

2.1. Анализ статистических показателей распространенности онкологических заболеваний мужской половой системы

Труд медицинских работников принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека, главной целью которой является – здоровье пациентов. Изучение состояния здоровья мужчин с онкологическими заболеваниями в России началось в 1903 году. Результаты научных исследований, касающихся мужской половой системы, свидетельствуют, что проблема заключается в повышенном риске развития различных онкологических заболеваний. Только злокачественное заболевание простаты составляет 14% от числа всех заболевших [4, с. 8].

На момент 2013 года онкологические заболевания занимали второе место среди причин смертности населения Российской Федерации. Заболеваемость в России на 100 тысяч населения составляла 13,6 человека, ежегодно в России выявляли 1,73 миллионов новых пациентов.

Профессионализм медицинских работников в России имеет тенденцию к росту, именно из-за своевременной диагностики и профилактики результаты по онкологической заболеваемости на момент 2018 года составили: 11,4 человека, на 100 тысяч населения Россиян, а количество ново выявленных составило 1,67 миллионов пациентов [2, с. 11].

Таким образом, представленные статистические показатели, подтверждают положительное влияние профессиональной деятельности медицинских работников в диагностике и профилактике онкологических заболеваний, на снижение заболеваемости. Это и доказывает актуальность проводимого нами исследования.

2.2. Социологическое исследование «Оценка уровня здоровья и выявление факторов риска развития онкологических заболеваний у мужчин»

Для диагностики онкологических заболеваний среди мужчин нами было проведено социологическое исследование среди 78 респондентов разных регионов страны. Социологический опрос мы провели с помощью анкеты, содержащей 17 вопросов, объединенных по 5 категориям: общие данные, оценка собственного здоровья, выявление факторов риска, клинических проявлений и проведения профилактических и диагностических мероприятий онкологических заболеваний. При обработке результатов исследования, в некоторых вопросах мы разделили респондентов по возрасту:

первая группа – мужчины до 35 лет, вторая группа – мужчины от 36 и более.

Разделение респондентов на группы направлено на проведение сравнительного анализа диагностики факторов риска онкологической патологии, а также состояния здоровья мужчин.

По результатам ответа на первый вопрос «Как Вы оцениваете общее состояние своего здоровья?» определено: 27% считают свое здоровье отличным, 34% - хорошим, 30% - скорее плохим, чем хорошим, 9% - плохим (рис. 1).

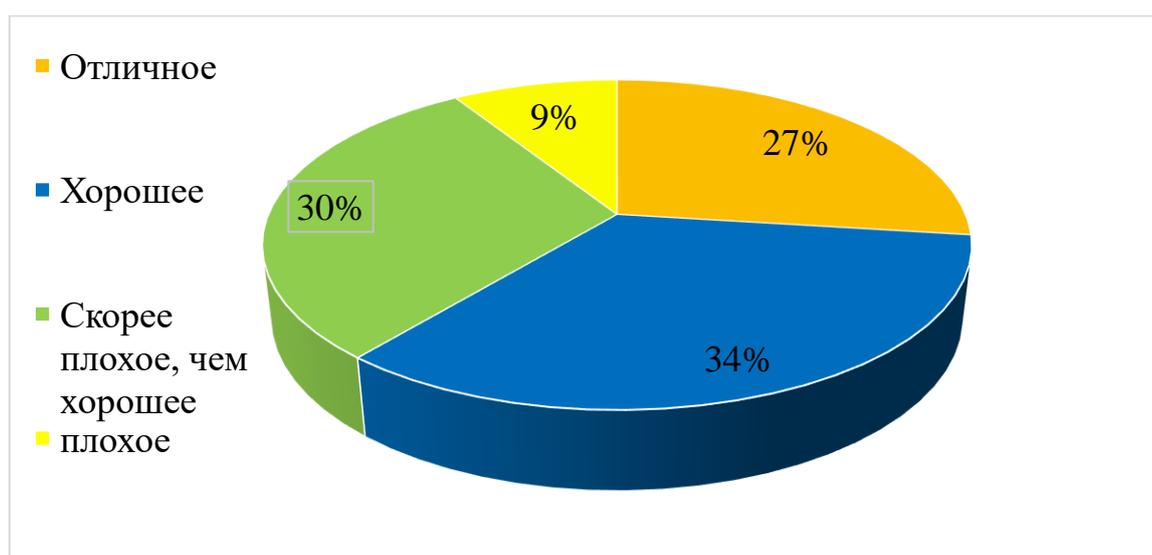


Рис.1. Оценка уровня собственного здоровья

После чего нами определено наличие онкологической патологии мужской половой системы: количество респондентов с наличием онкологической патологии мужской половой системы составило-55%, 7%-в стадии ремиссии, 38%-страдают онкологией других органов (рис.2).

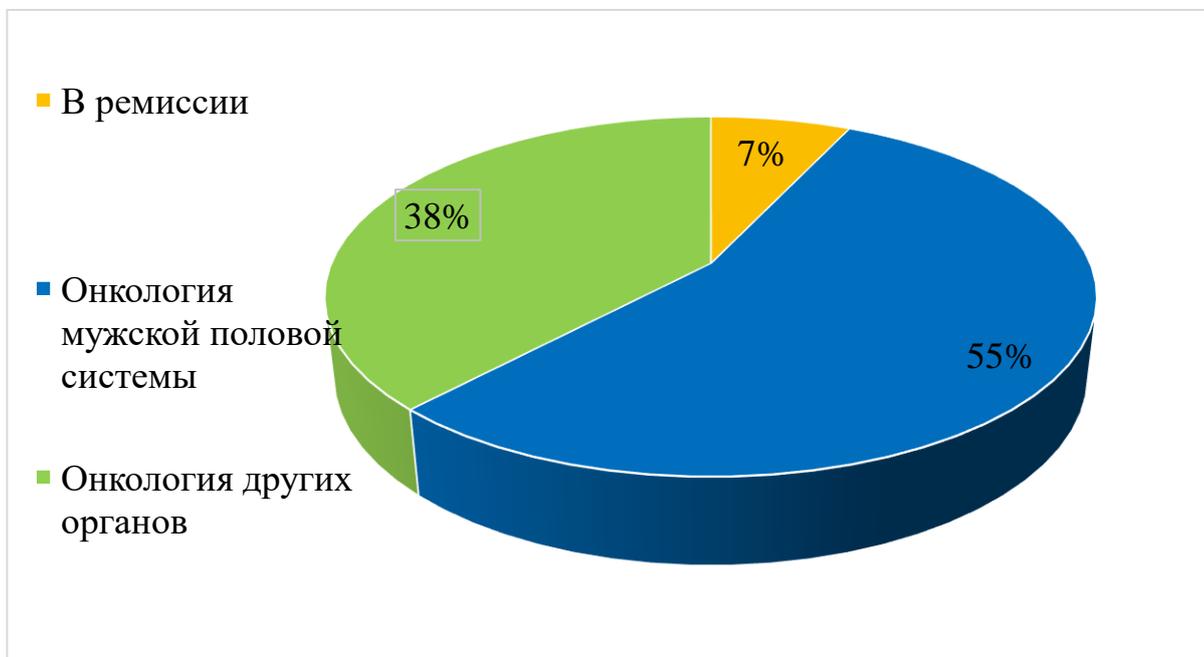


Рис.2. Наличие онкологических патологий

В следующем опросе мы проанализировали продолжительность наличия новообразований у респондентов:

-13% от 1 года до 2 лет, при этом количество респондентов первой группы в этом пункте составило 8 человек, а второй группы всего 2;

-21%- от 3 до 4 лет, в данном пункте 13 человек находилось в 1 группе и 3 человека во 2 группе респондентов;

-28%- от 5 до 6 лет, из первой группы респондентов в данной категории находилось всего 10 человек, а из 2 группы 12;

-38% от 7 лет и более в этой же категории преобладание 2 группы значительно увеличилось, что составило 21 респондент, а 9 респондентов были из 1 группы.

Очевидно прослеживается, что для более старшего поколения характерно долгое наличие заболевания и как (рис.3).

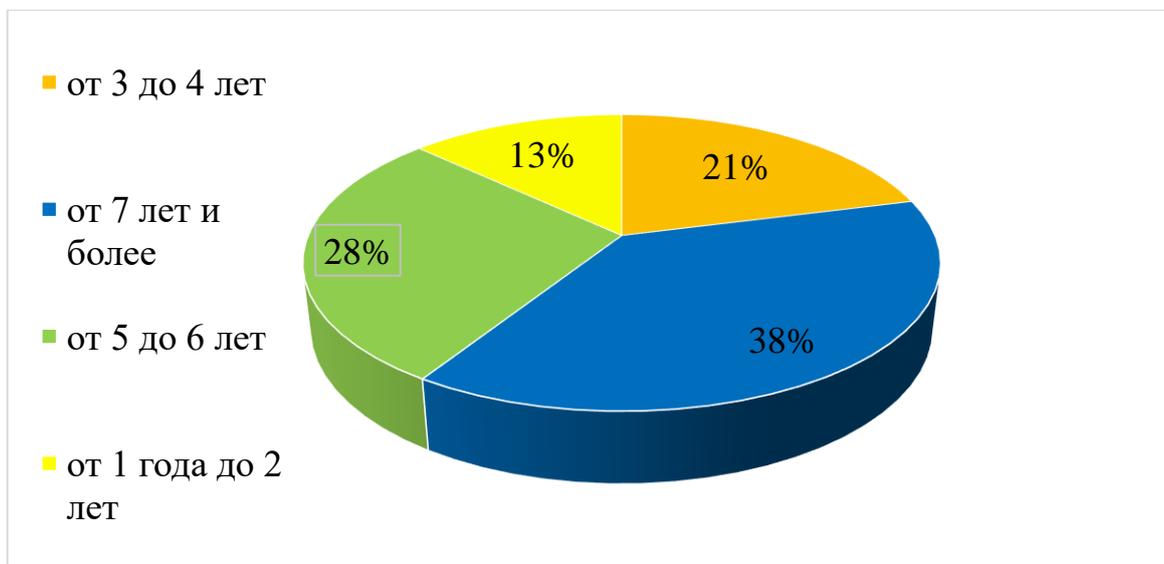


Рис.3. Продолжительность наличия заболевания

Далее мы определили влияние психотравмирующих ситуаций на развитие онкологической патологии у мужчин что составило:

-78% респондентов ответили положительно, из них 29 человек были из 1 группы, а 32 человека из 2 группы;

-22% респондентов ответили отрицательно, среди них 13 человек было из 1 группы респондентов, а 4 из второй (рис.4).

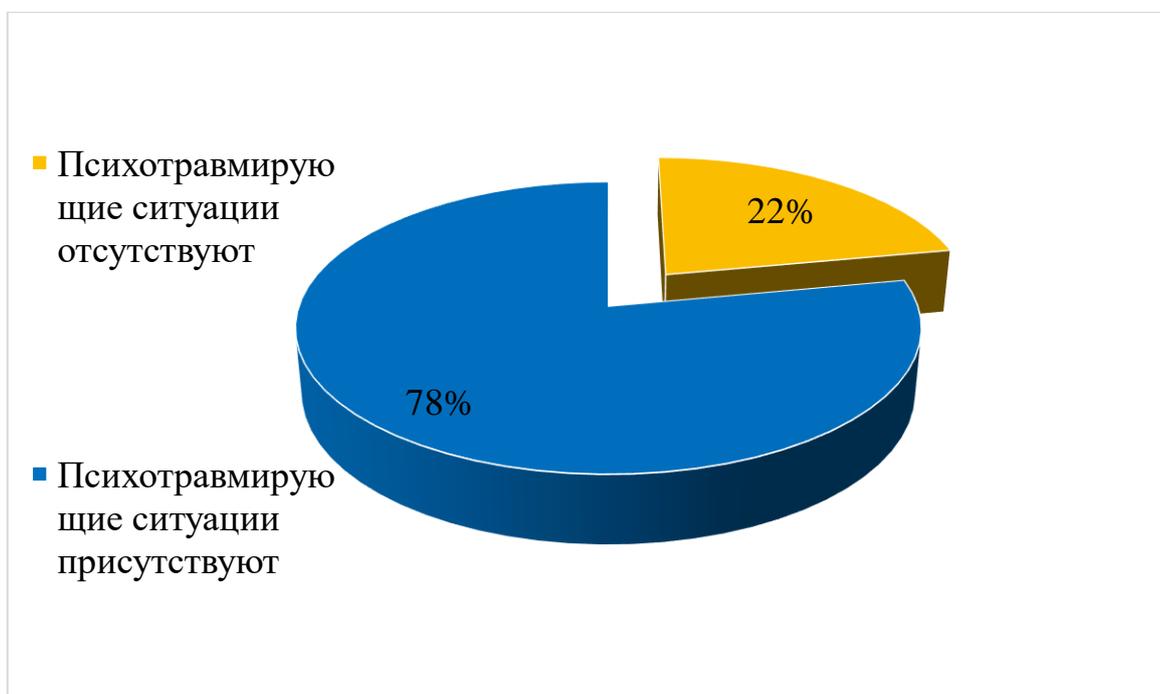


Рис.4. Наличие психотравмирующих ситуаций

В следующем вопросе мы определили характер психотравмирующих ситуаций, влияющих на развитие онкопатологии у мужчин:

-39% респондентов отметили наличие проблем в семье;

-13% респондентов выбрало пункт несчастные случаи;

-40% респондентов отметили негативное влияние проблем на работе.

И только 8 % выбрали пункт «другие ситуации, приводящие к стрессу»

(рис.5).

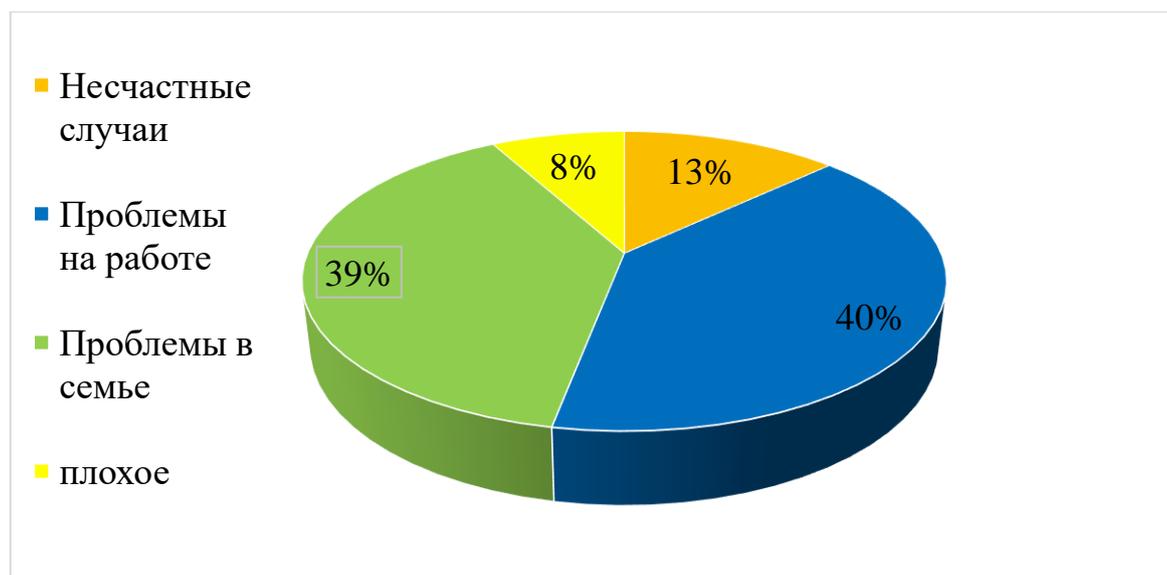


Рис.5. Характер психотравмирующих ситуаций

Следовательно, можно сделать вывод, что в зависимости от возраста и от характера стресса прослеживается влияние психотравмирующих ситуаций на развитие мужской онкологии.

Далее мы выяснили у респондентов присутствуют ли профессиональные вредности в их сфере труда:

- 69% респондентов ответили положительно, в их профессиональной деятельности есть факторы риска, влияющие на развитие мужской онкологии;

-31% респондентов ответил отрицательно

Это доказывает, что профессиональные вредности оказывают негативное влияние на образование онкологических заболеваний мужской половой системы (рис.6).

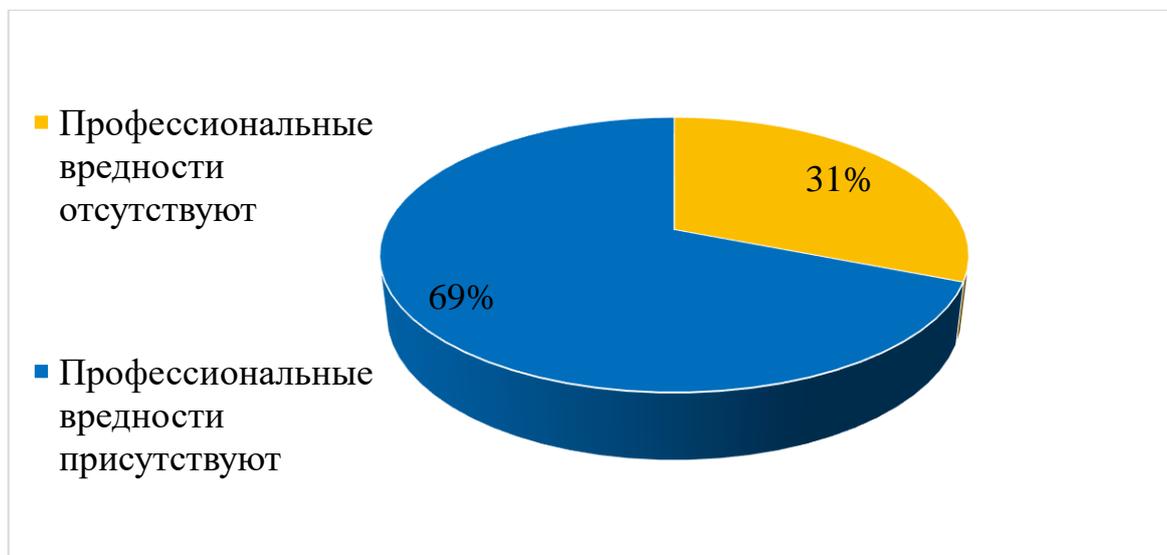


Рис.6. Наличие профессиональных вредностей

После этого мы определили какие именно профессиональные вредности присутствуют у респондентов:

- 29% отрицает наличие профессиональных вредностей;
- 31% отмечают влияние излучения;
- 13% отмечают влияние канцерогенов и 27% респондентов отмечают наличие влияния химических веществ (рис.7).

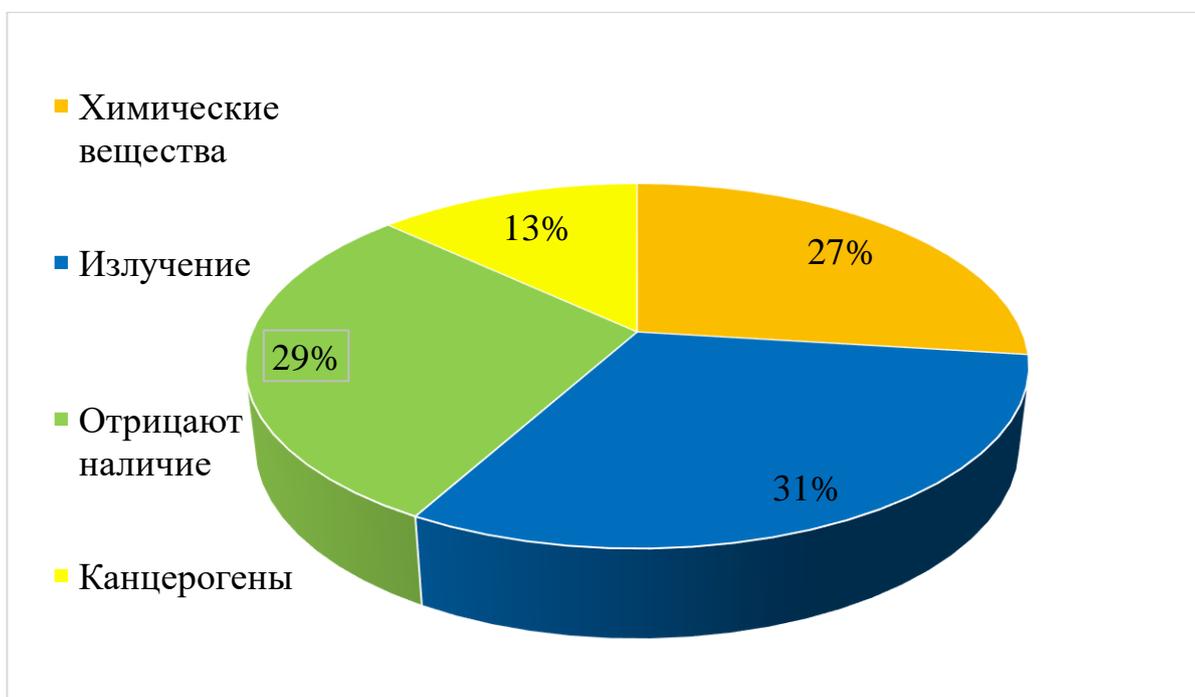


Рис.7. Характер профессиональных вредностей

Исходя из этих данных можно считать, что данные профессиональные факторы риска оказывают значительно влияние на образование онкологических заболеваний у мужчин

Затем респондентам было предложено ответить на вопрос о наследственности: «Есть ли в Вашей семье родственники, болеющие/ болевшие онкологией? Если да то, какие онкологические заболевания они имеют?»

-72% респондентов отмечает наличие онкологических заболеваний у близких родственников;

-28% отрицают наличие новообразований у близких (рис.8).

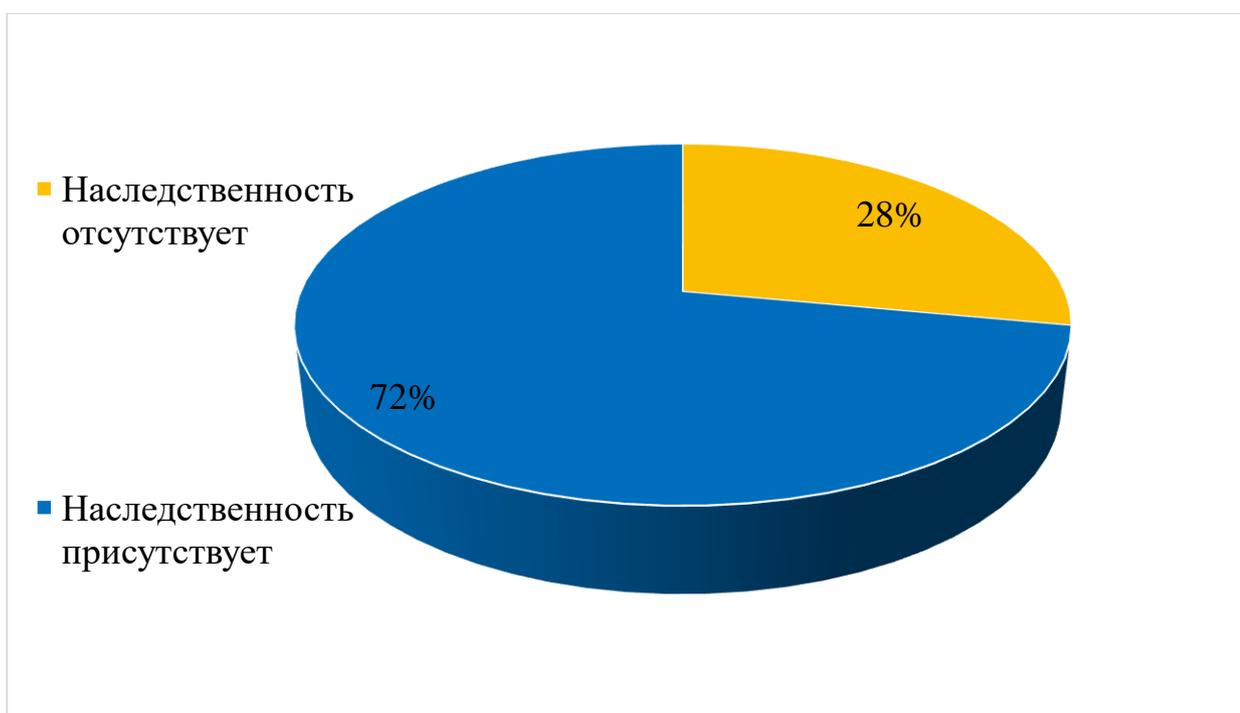


Рис.8. Наличие наследственности

У родственников 56 опрошенных респондентов чаще сего встречались:

У женщин:

-самым большим процентом онкологических заболеваний являлась миома матки- 53%,

-рак молочной железы встречался у 27%

- у 15% от общего количество женщин присутствовали опухоли яичников

- у 5 % женщин были обнаружены опухоли легкого (рис.9).

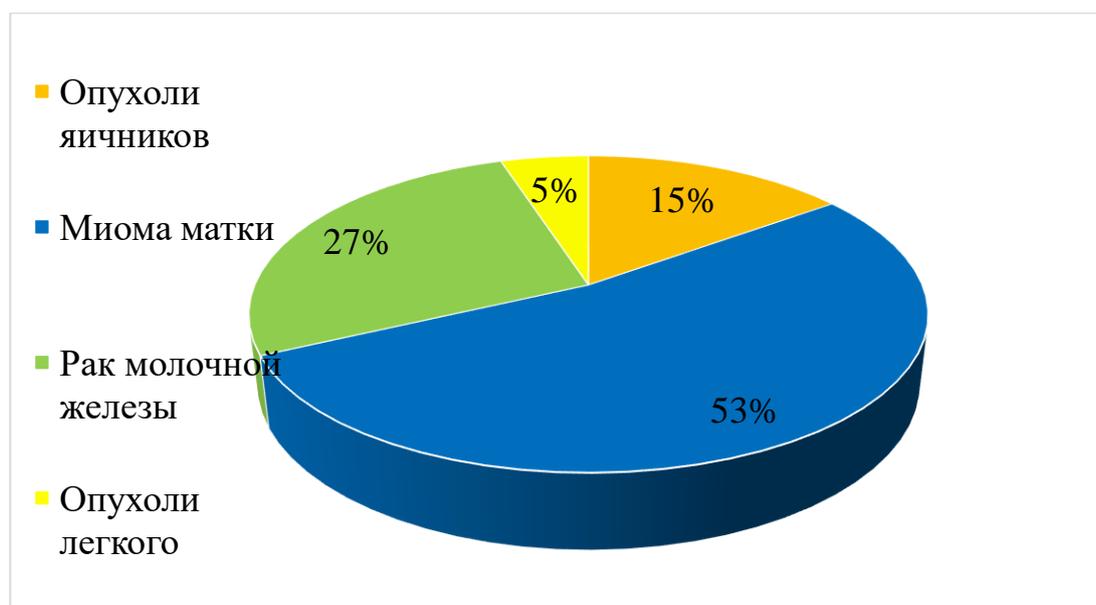


Рис.9. Виды онкологии у родственниц

Среди мужчин же: опухоли простаты составили наибольший показатель 43%, опухоли легкого составили 26%, 13% составили опухоли головного мозга и 18 % составила онкология желудочно-кишечного тракта (рис.10).

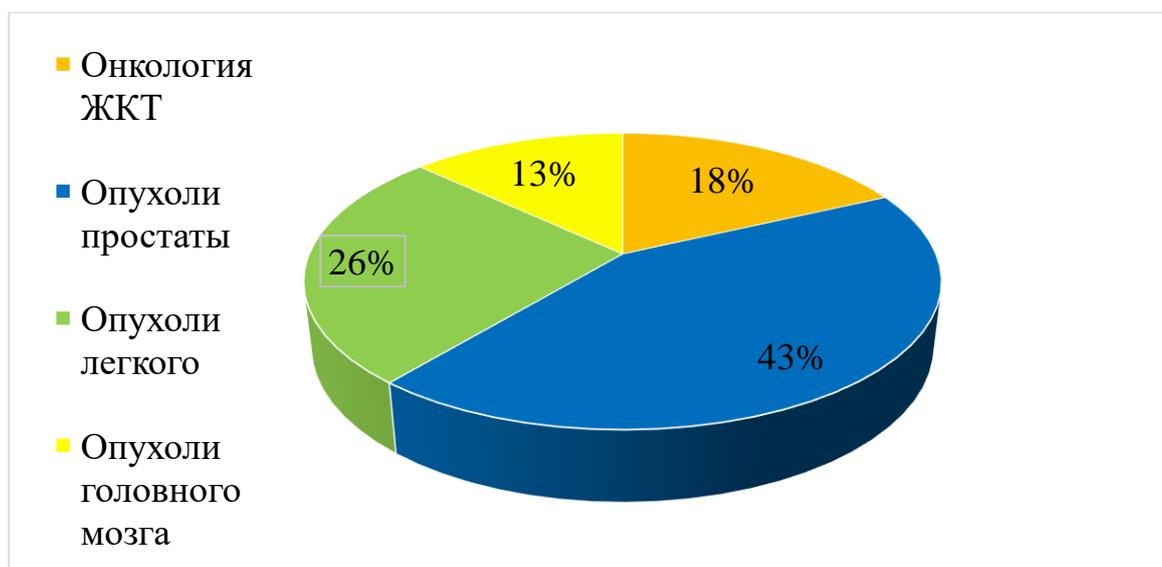


Рис.10. Виды онкологии у родственников мужчин

Данная статистика показывает влияние наследственности на наличие новообразований у мужчин.

После этого респондентам был предложен вопрос: «Следите ли Вы за правильным питанием и соблюдаете ли диету?».

-19% ответили положительно, однако, большинство респондентов ответили отрицательно, что составило 81% от всех опрашиваемых, это доказывает о наличии вреда при несоблюдении правильного режима питания(рис.11).

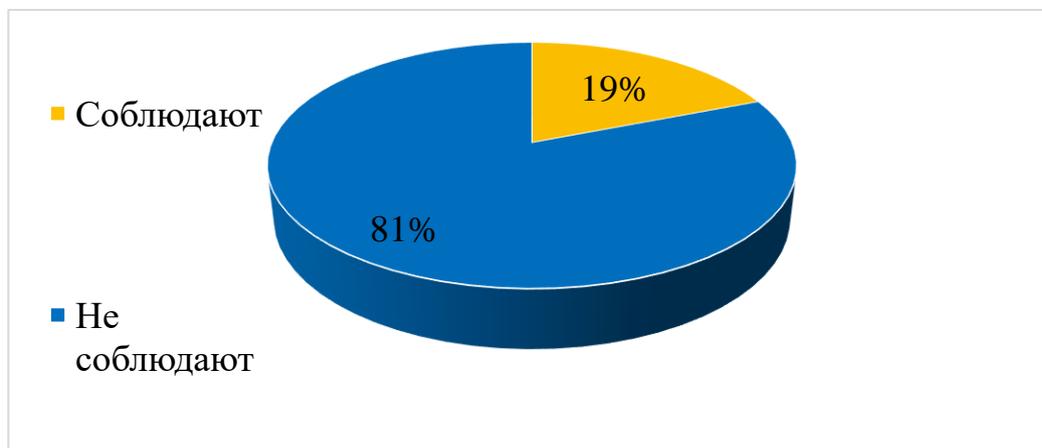


Рис.11. Соблюдение правильного режима питания

Далее мы выявляли наличие вредных привычек у мужчин. Определено, что: у большинства респондентов, а именно у 53% есть вредная привычка по употреблению табака, у 13%- присутствует злоупотребление алкоголем, 14% ведут малоподвижный образ жизни и 20 % отрицают наличие вредных привычек (рис.12).

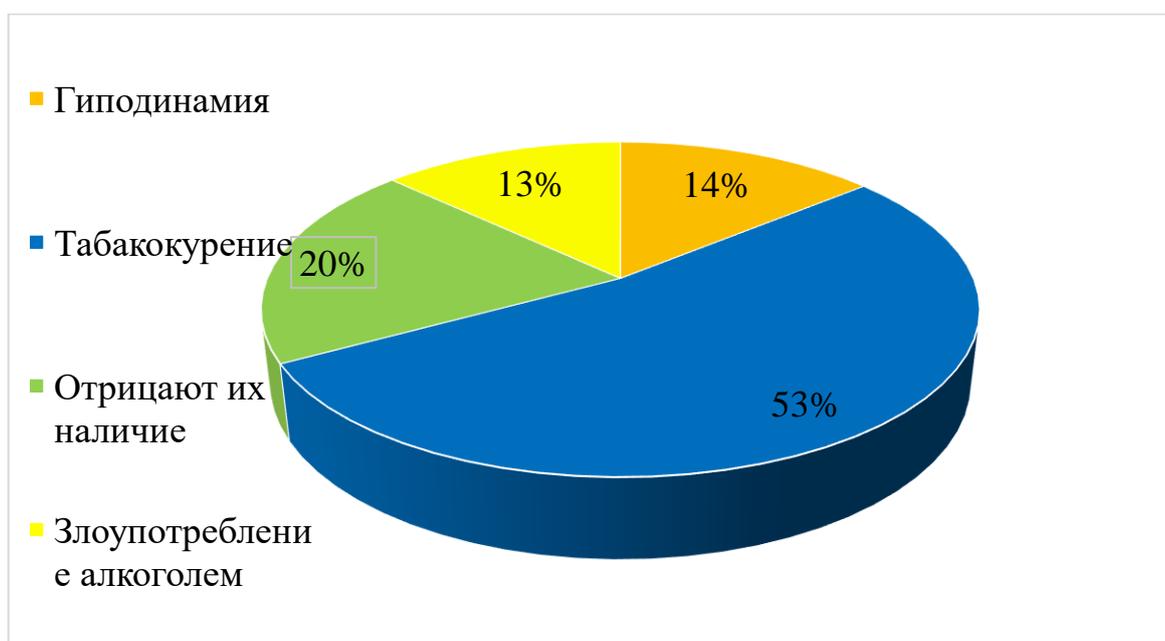


Рис.12. Наличие вредных привычек

Это означает что такой фактор как вредные привычки, оказывает влияние на образование онкопатологий.

Следующим этапом был вопрос о наличии венерических заболеваний 37% испытуемых отмечают то, что переболели венерическими заболеваниями ранее, однако 63% респондентов отрицают этот факт (рис.13).

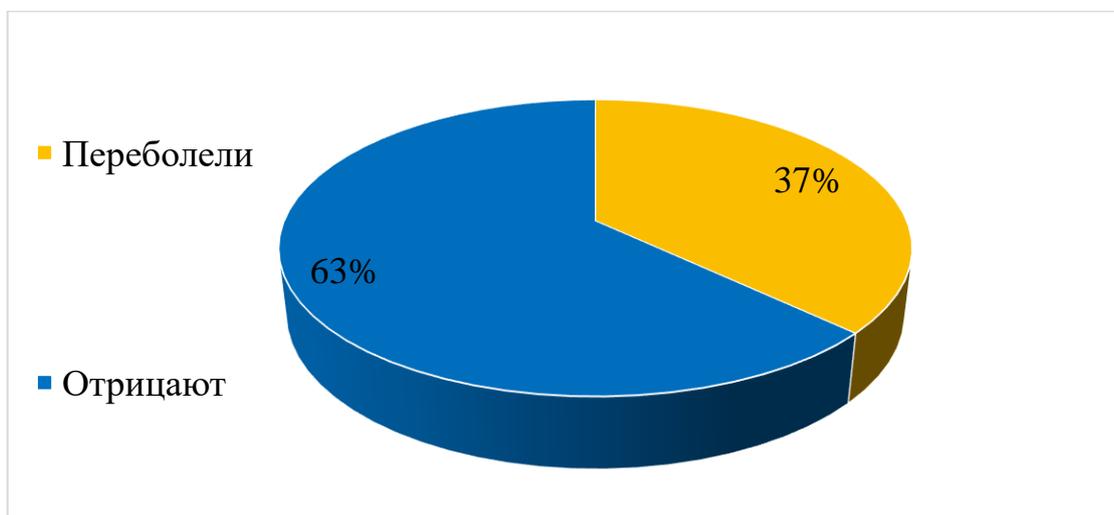


Рис.13. Наличие Венерических заболеваний

Далее мы выяснили у респондентов о том, что приходилось ли им выявлять или находить у себя симптомы малых признаков заболевания:

-78% респондентов отмечали у себя наличие нескольких симптомов, когда как 22 % отрицают их наличие (рис.14).

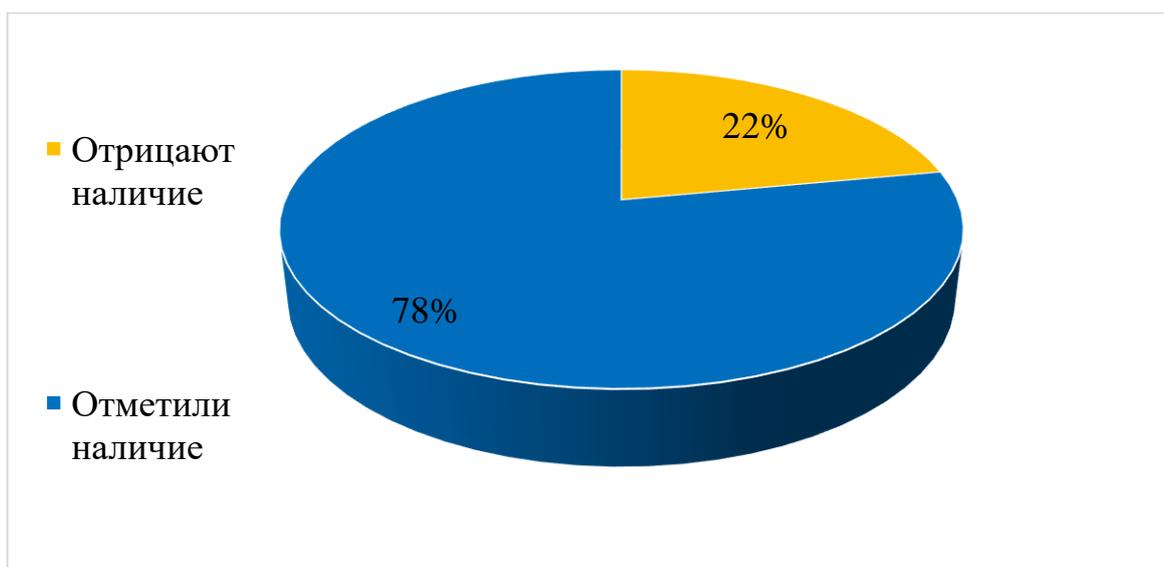


Рис.14. Наличие симптомов малых признаков

После этого мы выяснили степень ответственности за собственное здоровье, узнав проходят ли респонденты диспансеризацию.

Результаты вопроса показали, что 76% респондентов проходят диспансеризацию, из них 44 человека из 2 группы и 16 из 1 группы опрошиваемых, но при этом 24% респондентов не проходит диспансеризацию (рис.15).

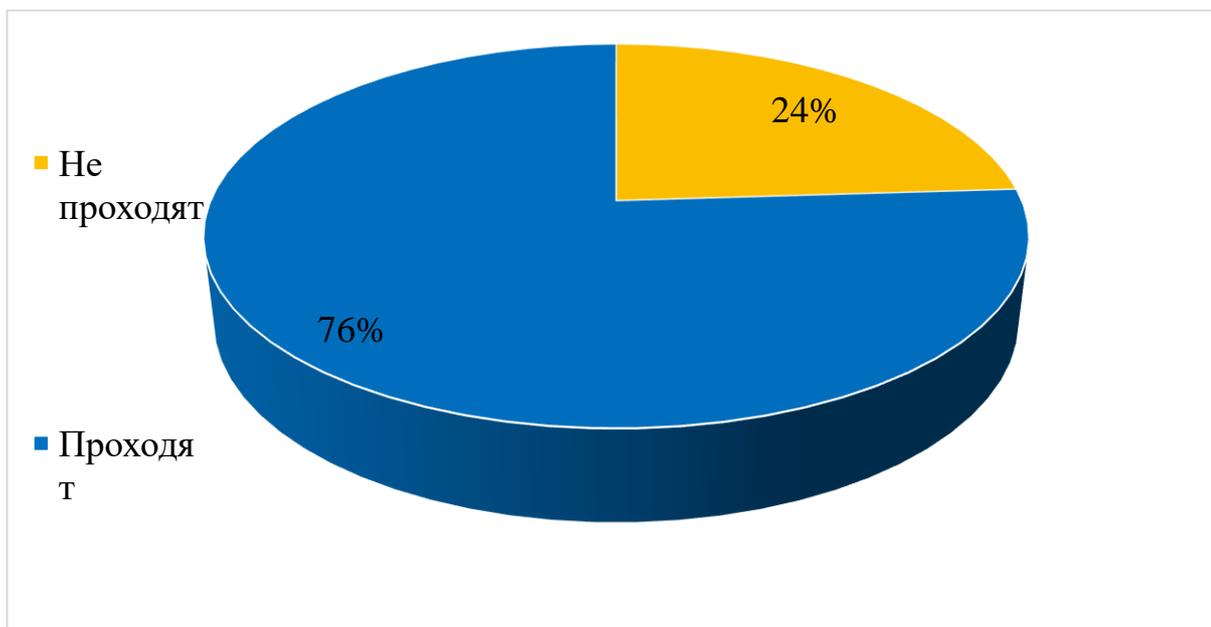


Рис.15. Прохождение диспансеризации

Благодаря этому делаем вывод, что чем старше респондент, тем более ответственно он относится к своему здоровью.

Следующий наш вопрос был направлен на выявление профессиональной деятельности медицинских работников в профилактической сфере, с помощью опроса респондентов:

-77% респондентов подтверждают, что с ними проводились профилактические консультации и беседы, медицинским персоналом;

-23% отрицает проведение данных консультаций.

Из этого можно сделать вывод, что роль медицинского работника в профилактике онкологии очень важна, ведь предупреждение самого заболевания

и предраковых состояний, важнейший аспект онкологической профилактики в целом (рис.16).

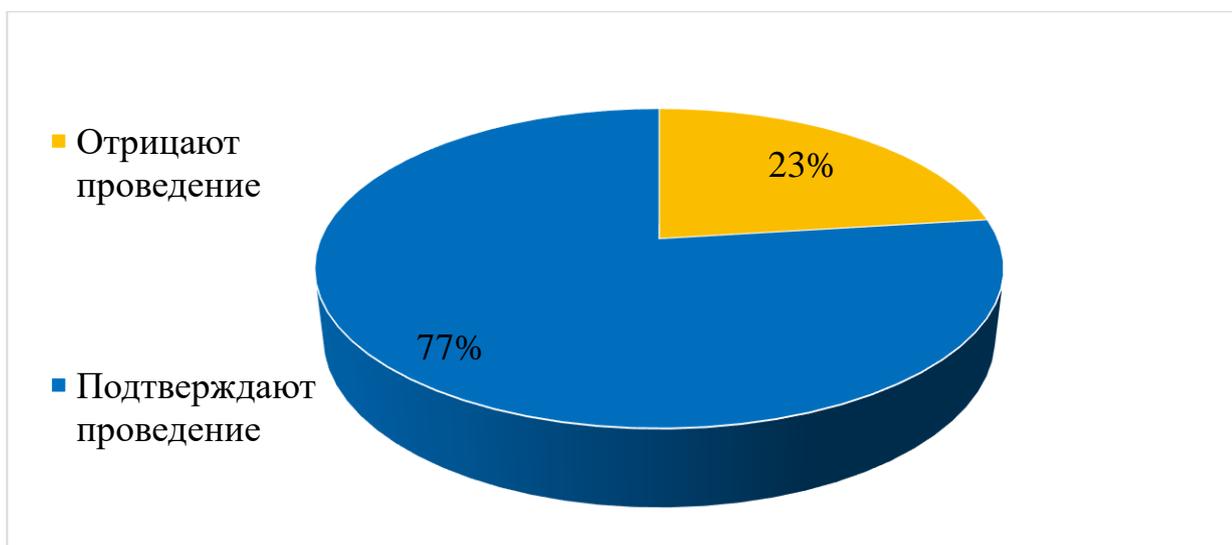


Рис.16. Профилактические беседы

Следующий вопрос был направлен на выяснение качества и результатов своевременной диагностики: 83% испытуемых отмечают положительное действие ранней диагностики, на дальнейшее лечение, однако 17%- отрицают это (рис.17).

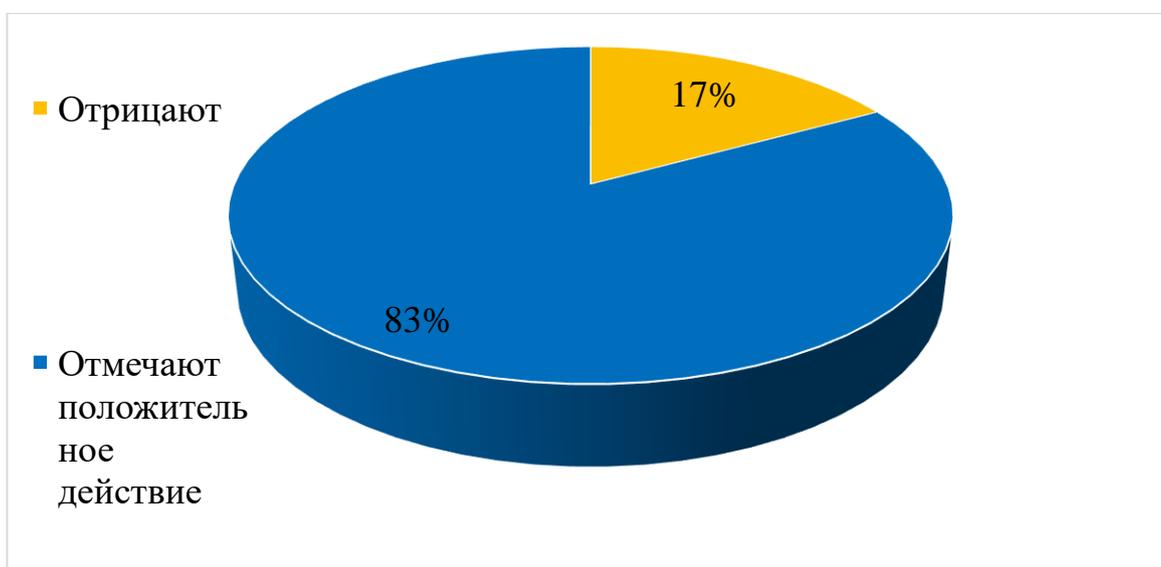


Рис.17. Результаты действия ранней диагностики на дальнейшее лечение

Исходя из проведенного нами исследования можно с уверенностью сказать, что роль фельдшера в ранней диагностике и профилактике опухолей

мужской половой системы очень важна, ведь именно это помогает и оказывает положительный эффект на дальнейшее лечение онкологических заболеваний мужской половой системы.

Таким образом, по результатам проведенного исследования, можно сделать следующие **выводы**:

1. Респонденты в двух исследуемых группах, в зависимости от возраста подвержены факторам риска развития онкологических заболеваний мужской половой системы;

2. Среди ведущих факторов риска определены: Наличие вредных привычек, наследственный фактор, присутствие сопутствующих заболеваний и очагов инфекций, нарушения режима труда и отдыха, наличие психотравмирующих ситуаций;

3. Вследствие присутствия вышеперечисленных факторов риска у респондентов имеют место симптомы малых признаков заболеваний.

Следовательно, необходимо усиление внимания к профилактике онкологических заболеваний мужской половой системы и пропаганде здорового образа жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя из проведенного нами анализа методической литературы и социологического исследования можно сделать вывод, что важным фактором в развитии онкологических заболеваний мужской половой системы, является воздействие на пациента факторов риска, таких как: наличие вредных привычек, наследственность, возраст, перенесенные заболевания, воздействие канцерогенов, недостаточно ответственное отношение к своему здоровью, как следствие не посещения запланированных профилактических и лечебных мероприятий.

А важными этапами в предупреждении онкологических заболеваний мужской половой системы являются: правильная и своевременная профилактика, а также ранняя диагностика

Не смотря на значительные достижения в лечении онкологических заболеваний мужской половой системы, ранняя диагностика и своевременная профилактика, значительно улучшает течение и исход заболеваемости. В связи с этим в современной медицине происходит смена приоритетов, когда главной задачей медицинского персонала является не только лечение, но и предупреждение появления заболеваний.

Именно поэтому исследование различных составляющих профилактики и ранней диагностики, в работе медицинского персонала, является актуальным.

В результате исследовательской работы были выполнены все поставленные задачи:

1. Изучено выявление основных проблемы в особенностях диагностики и профилактики злокачественных новообразований;
2. Изучено влияние факторов риска на образование онкологических заболеваний;

3. Изучен анализ связи между умением фельдшеров своевременно диагностировать злокачественные новообразования, а также своевременно осуществлять профилактику предопухолевых состояний и качественным оказанием медицинских услуг.

Исходя из статистических данных, которые показывают значительное снижение числа вновь заболевших и умерших от онкологии пациентов и проведенного нами социологического исследования, направленного на выявление факторов риска, оценки здоровья и важности профессиональной деятельности среднего медицинского персонала, делаем **вывод**, что роль фельдшера в своевременной профилактике и ранней диагностике онкологических заболеваний мужской половой системы очень важна, поскольку заболевание лучше предупредить.

Рекомендации:

1. Необходимо регулярно посещать уролога во время ежегодного профилактического осмотра;
2. Из рациона исключить жирную пищу, продукты с высоким содержанием протеина;
3. Необходимо отказаться от табака и алкоголя. Сигареты сужают сосуды и блокируют подачу крови к органу. А содержащиеся в пиве фитоэстрогены, снижают уровень мужских половых гормонов. Коварство алкоголя заключается в накопительном эффекте;
4. Посещайте тренажерные залы или бассейн 2 раза в неделю. Полезны ежедневные прогулки в быстром темпе.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Для достижения хороших результатов в своевременной профилактике онкологии мужской половой системы, целесообразно в школах здоровья проводить санитарно - просветительные лекции по соответствующей тематике;

2. Ввести обязательное прохождение анализа PSA в сыворотке крови для определения содержания простатоспецифического антигена, вовремя профосмотров и диспансеризации всем мужчинам.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беялова, Н.С., Факторы риска и профилактика рака различных локализаций [Текст]: Клиническая медицина / Н.С. Беялова, Ф.И. Беялов -. 2015. № 12. 252. с.
2. Берштейн Л.М, Алгоритмы объемов диагностики и лечения злокачественных новообразований гормонопродуцирующих и гормонозависимых органов [Текст] / Л.М.Берштейн, В.И.Бойко. – М., 2014. 150 с.
3. Вельшер, Л. З, Клиническая онкология. [Текст]: Избранные лекции / Л.З. Вельшер, Б.И. Поляков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с.
4. Владимирова, А.С., Онкология для фельдшеров [Текст] / А.С. Владимирова. - М.: Феникс, 2015. – 382 с.
5. Мариенбах Е.Б. Клиническая онкоурология [Текст] / Е.Б.Мариенбах. - М.: Медицина, 2016. 135 с.
6. Заридзе Д.Г. Эпидемиология, механизмы канцерогенеза и профилактика рака [Текст]: Проблемы клинической медицины. / Д.Г. Заридзе. - 2015. № 2. 116 с.
7. Иглесиас-К.Л. Репродуктивное здоровье. [Текст]/ К.Л. Иглесиас Т. 2. М., 2017. 402 с.
8. Имянитов Е.Н., Молекулярная онкология: клинические аспекты. [Текст]/ Е.Н. Имянитов. М., 2017. 211 с.
9. Максимов С.Я. Первично множественные опухоли органов репродуктивной системы [Текст]: Практическая онкология. / С.Я. Максимов 2018. Т. 10. № 2. 183 с.
10. Писарева Л.Ф., Рак репродуктивных органов: эпидемиология, факторы риска [Текст]: Сибирский онкологический журнал. / Л.Ф. Писарева, А.А. Мельник, И.Н. Одинцова, 2015. № 1. 71 - 72 с.
11. Портной А.С. Рак и аденома предстательной железы [Текст] / А.С.Портной, - М.: Медицина, 2015. 205с.

12. Питание и рак: Роль питания в возникновении и предупреждении рака.
[Текст] / Я.Г. Райхман М.: Элиста: Джапгар, 2016. 132 с
13. Чернышова А.Л., Прогностические критерии онкологического риска при пролиферативных процессах эндометрия [Текст]: Российский онкологический журнал / А.Л. Чернышова, Л.А. Коломиец, Н.Г. Крицкая 2015. № 6. с. 26 - 27

ПРИЛОЖЕНИЯ

**Анкета оценка уровня здоровья и выявление факторов риска
развития онкологических заболеваний у мужчин**

Уважаемые респонденты! В наше время рак является одной из главной проблемой общества, множество сил и финансов направлено на борьбу с ним. Онкологические заболевания мужской половой системы являются одними из самых встречающихся. Главной из причин возникновения онкологии являются факторы риска.

В данной анкете представлены 17 вопросов на которые вам предстоит ответить, вопросы первой части обязательны к ответу всем группам респондентов, вопросы второй часть для группы онкобольных.

Анкетирование проводится анонимно.

I

1. Укажите Ваш возраст _____
2. Как Вы оцениваете общее состояние своего здоровья?
 - а) отличное
 - б) хорошее
 - в) скорее хорошее, чем плохое
 - г) плохое
3. Имеются ли у Вас онкологические заболевания мужской половой системы?
 - а) да
 - б) после ремиссии
 - в) другая онкопатология

II

1. Как долго Вы являетесь онкологическим больным?
 - а) от 1 года до 2 лет
 - б) от 3 до 4 лет
 - в) от 5 до 6 лет
 - г) от 7 лет и более
2. Были ли в Вашей жизни различные ситуации психотравмирующего характера?
 - а) да
 - б) нет

3. Какого рода были эти ситуации?
- а) семейные проблемы
 - б) несчастный случай
 - в) проблемы на работе
 - г) другие ситуации, приводившие к стрессу
4. Есть ли в Вашей профессиональной деятельности факторы риска, способствующие возникновению рака? (радиоактивные, химические вещества, ультрафиолет?)
- а) да б) нет
5. С какими профессиональными вредностями Вы встречаетесь?
- а) влияние канцерогенов
 - б) излучение различного характера
 - в) влияние химических веществ
 - г) таких нет
6. Есть ли в Вашей семье родственники, болеющие/ болевшие онкологией? Если да то, какие онкологические заболевания они имеют?
-
7. Следите ли Вы за правильным питанием и соблюдаете ли диету?
- а) да б) нет
8. Имеются ли у Вас такие вредные привычки как:
- а) Употребление табака
 - б) Злоупотребление алкоголем
 - в) гиподинамия (малоподвижность)
 - г) вредных привычек нет
9. Болели ли Вы венерическими заболеваниями?
- а) да б) нет

- 10.Замечали ли Вы у себя симптомы малых признаков заболевания (утомляемость, снижение работоспособности, нарушения сна, гормональные расстройства, расстройства питания)?
- а) да б) нет
- 11.Проходите ли Вы диспансеризацию?
- а) да б) нет
- 12.Проводились ли с Вами профилактические беседы по онкологической профилактике?
- а) да б) нет
- 13.Помогла ли Вам своевременная диагностика, в раннем обнаружении онкологии и дальнейшем ее лечении?
- а) да б) нет
- 14.Считаете ли Вы, что онкологические заболевания являются проблемой современного общества?
- а) да б) нет

Спасибо за участие!