

**Н.Ю. Корягина, Н.В. Широкова,  
Ю.А. Наговицына, Е.Р. Шилина, В.Р. Цымбалюк**

---

# **ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СЕСТРИНСКОГО УХОДА**

**Под редакцией З.Е. Сопиной**

**УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ  
УЧИЛИЩ И КОЛЛЕДЖЕЙ**

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГОУ ВПО «Московская медицинская академия  
имени И.М. Сеченова» в качестве учебно-методического  
пособия для студентов учреждений среднего профессионального  
образования, обучающихся по специальности  
060501(52) «Сестринское дело»



Москва  
Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»  
2019

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	6
Предисловие.....	8
Глава 1. Организация периоперативного ухода .....	10
Глава 2. Организация сестринского ухода при нарушении мозгового кровообращения.....	114
Глава 3. Организация сестринского ухода за онкологическими больными.....	190
Глава 4. Организация сестринского ухода при заболеваниях у людей пожилого и старческого возраста.....	242
Глава 5. Психические расстройства и особенности сестринского ухода за пациентами с различными видами зависимости .....	342
Глава 6. Организация сестринского ухода в педиатрии .....	374
Ответы к тестовым заданиям .....	438
Список литературы .....	447

## ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

Здравоохранение всех стран проявляет обеспокоенность по поводу устойчивой тенденции к увеличению онкозаболеваемости. Основная причина высокой смертности от злокачественных новообразований кроется в том, что на ранних стадиях, поддающихся лечению, диагноз ставится только 25% больных. Это следствие недостаточной профилактической работы среди населения и низкой онкологической настороженности медицинских работников. Многие пациенты с онкологическими заболеваниями проходят лечение в хирургических, гинекологических, терапевтических, урологических и других отделениях. Следовательно, медицинский персонал любой специализации должен обладать определенными знаниями онкологии для успешного оказания квалифицированной помощи в диагностике, лечении, профилактике и специализированном уходе за пациентами с онкопатологией. Для этого медицинская сестра должна уметь:

- проводить работу среди населения по профилактике онкологических заболеваний;
- обучать пациентов навыкам самообследования.

Задача ранней диагностики и профилактики онкопатологии разрешима на основе знаний:

- причин канцерогенеза;

- ранних признаков онкологических заболеваний;
- инструментальных методов диагностики онкологических заболеваний.

Увеличивающееся количество пациентов с онкологическими заболеваниями повышает нагрузку на медперсонал онкокабинетов, онкоотделений стационаров, онкодиспансеров. От медицинских сестер вышеуказанных подразделений требуется умение:

- аккуратно и внимательно работать с документацией по учету онкологических больных;
- проводить безопасное для себя и пациента введение химиотерапевтических лекарственных средств;
- обучать пациентов реабилитационным мероприятиям после радикального хирургического лечения;
- оказывать психологическую помощь пациентам и их родственникам на всех этапах диагностики и лечения онкопатологии.

Для проведения этой трудоемкой работы медицинской сестре требуется знание:

- видов документации и правил ее заполнения;
- особенностей работы в подразделениях ЛПУ, специализирующихся на лечении онкопатологии;
- роли химиотерапии в лечении онкологических заболеваний, правил безопасного введения химиопрепаратов, их побочных эффектов;
- роли лучевой терапии в лечении злокачественных новообразований, ее побочного действия и особенностей ухода за областью лучевого поражения;
- видов реабилитационных мероприятий после мастэктомии;
- особенностей ухода за онкологическими больными в послеоперационном периоде;
- особенности деонтологии в онкологии.

Лечение онкологических заболеваний не всегда бывает успешным. Последние дни своей жизни многие пациенты проводят дома. Уход за ними осуществляют нередко их родственники. Наблюдение за такими пациентами — задача участкового терапевта и участковой медицинской сестры. Для оказания паллиативной помощи требуется умение:

- оценивать состояние пациента и его болевых ощущений;
- обучать родственников приемам ухода за тяжелобольными;
- подготовить родственников к уходу тяжелобольного из жизни, дать указания о правилах информирования органов УВД и здравоохранения о смерти пациента.

Для организации ухода за умирающим пациентом медицинская сестра должна знать:

- системы оценки состояния тяжелобольного пациента и его болевых ощущений;
- принципы организации ухода за лежачими пациентами;
- классификацию, принципы и правила применения, режимы дозирования, побочные эффекты обезболивающих лекарственных средств.

## **3.1. КАНЦЕРОГЕНЕЗ: ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА**

В основе онкологических заболеваний лежит перерождение нормальной клетки в атипичную, обусловленное рядом причин:

### **3.1.1. Генетические причины**

Один из примеров наследуемого рака — семейный аденоматозный полипоз толстой кишки. В коротком плече пятой пары хромосом таких больных обнаружена мутация в одном из генов. Признак семейного полипоза — наличие более 100 аденом одновременно в толстом кишечнике. Заболевание обнаруживается у 40% членов семьи. Частота встречаемости данной патологии — 1/8000.

Развитие наследуемого непוליпозного колоректального рака обусловлено наличием мутации в одном из генов во второй или третьей паре хромосом.

Критериями наследуемого рака являются:

- наличие 3 членов семьи первой степени родства (дети, родители, братья, сестры), страдающих данным заболеванием;
- последовательное поражение двух поколений в одной семье;
- развитие заболевания хотя бы у одного из родственников до 50 лет.

У женщин, страдающих раком молочной железы, нередко обнаруживается мутировавший ген *BRCA*. Такой ген — признак наследуемого характера заболевания, он может быть обнаружен задолго до развития злокачественного новообразования.

Характерные признаки этой формы онкопатологии следующие: наличие одной или более родственниц первой и второй степени родства, страдающих раком молочной железы, проявление онкологического заболевания в молодом возрасте (до 45 лет), двустороннее поражение молочных желез. Ген *BRCA* определяется в 80% случаев при

раке молочной железы. Среди носителей этого мутировавшего гена был повышен риск развития злокачественных новообразований толстой кишки, предстательной железы, желудка, кожи, поджелудочной железы, эндометрия.

Определение патологических генов позволяет эффективно выявлять лиц, предрасположенных к онкологическим заболеваниям, и проводить раннюю доклиническую диагностику с последующим проведением профилактических мероприятий. Примером может служить Исландия, где высока частота встречаемости гена наследуемого рака молочной железы. Женщины, имеющие этот ген, по желанию могут удалить молочные железы по достижении 45 лет до появления клинических признаков заболевания.

### 3.1.2. Курение

Рак легкого — одна из самых распространенных опухолей и имеет тенденцию к неуклонному росту. Эпидемиологические и экспериментальные исследования доказали, что наиболее значимый фактор развития указанной онкопатологии — курение. Табачный дым содержит около 3800 различных химических веществ, многие из которых канцерогенны для человека. Риск развития рака легких зависит от числа выкуриваемых в день сигарет, качества табака и стажа курильщика.

Также в результате курения происходит загрязнение воздуха жилых помещений. В США, например, в 2005 г. число законов, ограничивающих курение, достигло 2 тыс. В штате Вашингтон одобрен законопроект, запрещающий курение не только в общественных местах, но и на расстоянии 7,5 м от них. Штраф при нарушении этого закона составляет 100 долларов. В округе Монтгомери штата Мэриленд принято незаконным курение дома, если вылетающий в форточку дым побеспокоит некурящих соседей. Запрещают курить своим сотрудникам и некоторые работодатели. Ряд компаний в США требует от своих сотрудников отказа от курения не только на работе, но и дома. Для проверки исполнения запрета работники этих компаний сдают специальные анализы, а те, кто отказывается их проходить, могут быть уволены с работы.

### 3.1.3. Профессиональные вредности

Отмечена предрасположенность к развитию онкозаболеваний у людей, профессиональная деятельность которых связана с алюминиевой, резиновой, углеперерабатывающей промышленностью, где

происходит контакт дыхательных путей человека с асбестом, мышьяком, бериллием, хромом, никелем, каменноугольными смолами. Сочетание курения и профессиональных факторов приводит к увеличению риска развития рака легких. Онкологи заметили, что чаще всего рак гортани возникает у курящих водителей автотранспорта.

На частоту встречаемости рака легких влияет загрязнение атмосферного воздуха. Отмечено, что жители крупных городов чаще страдают данным видом онкопатологии, чем жители сельских районов. Это связано с более высоким уровнем загрязнения воздуха городов выхлопными газами автотранспорта, выбросами объектов промышленности и теплоэнергетики.

### **3.1.4. Ионизирующее излучение и радон**

Ионизирующее излучение — причина возникновения мутаций в генах, что приводит к появлению атипичных клеток. Воздействие этого фактора чаще всего поражает клетки крови и способствует развитию апластической анемии, лейкозов и т.д. Лицам, контактирующим с источниками излучения, необходимо строго соблюдать технику безопасности на рабочем месте, исключать контакт с другими канцерогенами, регулярно проходить профилактические осмотры.

Часто не уделяется должного внимания воздействию естественной радиации, в частности радоном. Этот радиоактивный газ выделяется из трещин в земной коре и накапливается в помещениях подвалов и первых этажей. Радон высвобождается из некоторых строительных материалов. Концентрация радона в деревянных домах в 25 раз ниже, чем в домах из кирпича и бетона.

Радон — источник радиоактивных  $\alpha$ -частиц, которые попадают в дыхательные пути и обладают канцерогенным действием. Считается, что 15–20% всех случаев рака легких связано с воздействием неблагоприятного микроклимата жилых помещений.

### **3.1.5. Продукты питания**

Причиной канцерогенеза может стать пища. Наиболее часто рак пищевода встречается в Китае. Это связано с высоким содержанием нитрозаминов в воде и пище некоторых сельскохозяйственных районов. Нитрозамины образуются также из нитратов, применяемых в производстве мясных продуктов, попадают в пищевые продукты при копчении с коптильным дымом. Они обладают выраженным канцерогенным действием. По данным гигиенической экспертизы, проведенной в России, в 36% мясных и 51% рыбных деликатесных

продуктов нитрозамины содержатся в количествах, превышающих предельно допустимые.

Продукты питания могут быть загрязнены микроорганизмами и продуктами их жизнедеятельности. Чаще всего происходит загрязнение афлотоксинами, продуцируемыми грибами рода *Aspergillus*, которые находятся в орехах, кукурузе, молоке, яйцах. Афлотоксины обладают канцерогенным действием. Овощи, фрукты и ягоды могут содержать мутаген патулин, продуцируемый грибами рода *Penicillium*.

Наиболее выраженным канцерогенным действием обладает бензапирен. Он входит в состав выхлопных газов автомобилей и выбросов алюминиевых заводов. Накапливается в овощах, выращиваемых в непосредственной близости от указанных объектов.

В современном животноводстве интенсивно применяются синтетические эстрогены. Эти гормоны более устойчивы, чем природные, и накапливаются в мясных и молочных продуктах. Прием такой пищи повышает уровень эстрогенов у человека, что, возможно, становится фактором риска развития эстрогензависимых опухолей.

Не менее опасны некоторые пищевые добавки, используемые для сохранения заданных свойств продуктов. Некоторые из них запрещены к применению в России: пищевые красители E-121 и E-123, пищевой консервант формальдегид E-240, улучшители муки и хлеба E-924a и E-924b. Кроме перечисленных пищевых добавок, канцерогенным действием обладают E-103, E-105, E-125, E-126, E-130, E-131, E-142, E-152, E-210, E-211, E-213–217, E-330, E-447.

Повышают риск онкологических заболеваний ошибки в питании. Потребление крепких алкогольных напитков, привычка к горячей, обжигающей пище, систематическое потребление маринованных овощей, копченостей, избыток в пище животного жира, недостаточное потребление продуктов, богатых растительной клетчаткой, низкий уровень в продуктах питания витаминов А, С, Е и фолиевой кислоты.

### 3.1.6. Вирусные инфекции

Еще одна причина некоторых онкологических заболеваний у человека — вирусы. Онкогенны инфекции, закономерно ведущие к появлению опухолей. У человека выделяют следующие группы вирусов (по Л.Б. Борисову).

- Папилломавирусы — причина доброкачественных опухолей кожи и слизистых, а также злокачественных опухолей аноге-

- нитальной области, кожи и других органов.
- Вирус гепатита В — фактор риска развития рака печени.
- Вирус Т-клеточного лейкоза взрослых нарушает созревание лимфоцитов и приводит к развитию лейкоза.
- Вирус иммунодефицита человека приводит к развитию СПИДа, на фоне которого могут возникнуть злокачественные опухоли: саркома Капоши и лейкозы.
- Герпесвирус Эпштейна-Барр вызывает инфекцию, ведущую к неопухоловому заболеванию — инфекционному мононуклеозу, однако в некоторых районах Африки и Юго-Восточной Азии эта инфекция способствует развитию злокачественной лимфомы Беркита и назофаренгиального рака.

### 3.1.7. Десинхронизация

Исследования причин развития онкологических заболеваний показывают, что риск развития злокачественных новообразований молочной железы, кожи, эндометрия, толстого кишечника значительно выше у людей:

- работающих в ночную смену;
- часто перелетающих из одного часового пояса в другой;
- страдающих бессонницей;
- имеющих высокий уровень освещения в спальне.

Все эти факторы приводят к десинхронизации — нарушению суточного биологического ритма «сон — бодрствование».

В 2001 г. в США были подведены итоги десятилетнего исследования особенностей образа жизни женщин, больных раком молочной железы. У женщин, страдающих бессонницей более 3–4 раз в неделю, риск развития опухоли возрастал в 2,3 раза. У женщин, проводящих ночь в ярко освещенной спальне, риск развития опухоли возрастал в 1,4 раза. Исследования, проведенные в Дании, показали, что занятие вечерней работой достоверно увеличивает риск развития рака молочной железы у женщин в возрасте от 35 до 54 лет. У калифорнийских стюардесс рак молочной железы встречался на 30% чаще и злокачественная меланома обнаруживалась в 2 раза чаще по сравнению с другим населением Калифорнии. Исследования состояния здоровья медицинских сестер, включавшие вопросы о стаже работы и ее режиме, позволили сделать выводы, что среди медсестер с 30-летним стажем сменной работы риск развития рака молочной железы возрастал в 1,36 раза по сравнению с медицинскими сестрами, которые имели такой же стаж, но не работали посменно. Был найден сниженный

уровень гормона эпифиза мелатонина, регулирующего суточные ритмы, и повышенный уровень женских половых гормонов у медсестер, длительно работающих в ночные смены. В последнее время интенсивно обсуждается применение мелатонина в комплексном лечении рака молочной железы, так как в экспериментах на животных было показано его противоопухолевое действие. В настоящее время мелатонин применяется для коррекции расстройств сна.

### 3.1.8. Стресс

Стресс — один из факторов развития онкологических заболеваний.

Установлена отчетливая связь между катастрофическими событиями (стрессовыми ситуациями) в жизни человека и возникновением злокачественных новообразований. Риск возникновения этих заболеваний резко возрастает при эмоциональной подавленности невротического характера вследствие нервно-психической травмы, отмечается также высокая корреляция между депрессией (за исключением психических больных) и опухолевым процессом (<http://www.lood.ru/essentials-of-oncology/prevention.html>).

#### Учебные задачи

1. Пациентке З. поставлен диагноз: рак молочной железы. Масса тела пациентки — 100 кг при росте 158 см. Возраст — 66 лет. Не работает. Проживает в трехкомнатной квартире, окна которой выходят на автомобильную дорогу, освещенную ночью. Страдает несколько лет бессонницей, часто просыпается по ночам и с трудом засыпает. Вместе с ней в квартире проживают две ее дочери с мужьями и шестеро внуков. Летом выезжает на дачу, расположенную в 500 м от известкового завода и в 300 м от шоссе между двумя районными центрами.

— Укажите возможные причины возникновения заболевания у данной пациентки.

2. Пациент Ч. 64 лет в течение 3 мес наблюдался в сельской больнице у отоларинголога по поводу гиперемии зева и болезненности при глотании. Был отправлен на обследование в районную больницу, где ему поставили диагноз: рак пищевода. В анамнезе отмечены хронический гастрит, курение в течение 50 лет папирос без фильтра и частый прием крепких алкогольных напитков.

— Укажите возможные причины возникновения заболевания у данного пациента.

## **3.2. РОЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ В ВЫЯВЛЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Профилактические осмотры считаются обязательными для лиц, достигших 30 лет. Однако более молодой возраст не может быть противопоказанием к их проведению, особенно у лиц с высоким риском развития онкопатологии (наследственные формы рака, профессиональные вредности, курение).

Может быть предложена следующая периодичность проведения таких осмотров:

- мужчинам от 19 до 64 лет раз в 5 лет;
- женщинам от 19 до 64 лет раз в 3–5 лет, при ежегодном осмотре у гинеколога с клиническим обследованием молочных желез, женщинам старше 40 лет назначается маммография (40–49 лет на усмотрение врача, 50–75 лет ежегодно);
- лицам любого возраста при воздействии профессиональных вредностей раз в 1–2 года со специальными дополнительными методами исследования;
- проведение флюорографического исследования раз в 1–2 года для всех лиц от 19 лет;
- на современном этапе в программу профосмотров включено исследование на онкомаркеры: ПСА — онкомаркер рака предстательной железы, СА-15-3 — онкомаркер рака молочной железы.

Опухолевые маркеры — молекулы, определяемые в большем или меньшем количестве, чем должно быть в норме, в тканях или биологических жидкостях (плазме крови, моче, мокроте) у большинства пациентов с определенным типом опухоли.

Исследование на присутствие онкомаркеров имеет свои недостатки:

- неспецифичность — уровень онкомаркеров повышается в ответ на воспаление, некоторые хронические заболевания и у лиц пожилого возраста;
- низкая чувствительность — при наличии опухоли маленького размера уровень онкомаркеров может не повыситься.

Но для массового исследования (скрининга) это пока единственный доступный путь. Анализ на один онкомаркер на 2007 г. стоил около 300 рублей.

При проведении медицинских профилактических осмотров большое значение имеет выявление ранних признаков онкологических заболеваний, особенно визуальной локализации.

### 3.2.1. Выявление ранних признаков онкологических заболеваний кожи

Необходимо обратить внимание на наличие пигментированных кожных образований диаметром более 6 мм, асимметричной формы, с нечеткими границами. При обнаружении таковых, узнать у пациента, не изменились ли за последние месяцы их размеры, пигментация, возвышение над уровнем кожи на участках тела, где могут быть легко травмированы. В этом случае нужно рекомендовать консультацию врача-онколога. Любое кожное образование может быть удалено различными способами: эксцизией с дальнейшей биопсией, электрокоагуляцией, криодеструкцией. Применение последнего метода позволяет удалить папилломы, гемангиомы, невусы сравнительно безболезненно, анестезия в большинстве случаев не требуется. Проведение биопсии замороженной ткани позволяет поставить точный диагноз, в то же время метод можно отнести к неинвазивным вмешательствам, следовательно, нет опасности инфицирования. Другое преимущество криодеструкции — то, что замораживание опухоли препятствует распространению злокачественных клеток с током лимфы и крови. И главное достоинство криологического метода — его иммуностимулирующее действие. Применение криотерапии возможно не только при новообразованиях кожи, но и глотки, влагалища, шейки матки и т.д. В США используют криотерапию для удаления даже новообразований на слизистой оболочке желудка. В группу риска развития злокачественных новообразований кожи входят пациенты со светлой кожей, голубыми глазами, рыжими волосами, подвергавшиеся интенсивному воздействию ультрафиолета, ионизирующего излучения. Причина появления множественных папиллом — инфицирование папилломовирусом человека. Целесообразно в этом случае укреплять иммунную систему с помощью иммуномодулирующих препаратов.

### 3.2.2. Выявление ранних признаков онкологических заболеваний слизистой полости рта и красной каймы губ

При проведении осмотра слизистой полости рта обратить внимание на наличие раздражений, изъязвлений, пигментированных бляшек, трещин в углах рта, не заживающих при аппликациях масляного раствора ретинола ацетата и приеме внутрь витаминов А, В<sub>2</sub>, В<sub>3</sub>, В<sub>6</sub>. Необходимо выявлять дисплазии, язвы, папилломы, участки упорной кровоточивости или гиперпигментации слизистой рта. Очень важно

учитывать жалобы пациента на боль, жжение, зуд, покалывание, онемение, стягивание. Внимательно выявлять и устранять травмирующие язык или слизистую рта факторы: острые края зубов, протезов, пломб. В программу осмотра обязательно должно быть включено обследование подчелюстных и шейных лимфатических узлов, при котором оценивают их размеры, болезненность, подвижность. В группу повышенного риска входят курильщики, лица с хроническими заболеваниями полости рта, а также работающие длительно при низких и высоких температурах на открытом воздухе, а также водители автотранспорта, механизаторы и рабочие, занятые на укладке асфальтовых покрытий.

### **3.2.3. Выявление ранних признаков онкологических заболеваний молочных желез**

Обратить внимание на симметричность в размерах и форме молочных желез. Осмотр проводится при опущенных, а затем поднятых руках пациентки. Оценить состояние сосков: расположение сосков на одной линии, отсутствие втяжения соска и выделений из него. Ранние признаки рака молочной железы: деформации соска и выделения из него, уплотнения молочной железы, выявляемые при пальпации.

Часто пациентки сами замечают наличие опухоли. Одна из важнейших задач профилактической медицины — обучение женщин навыкам самообследования, так как рак молочной железы занимает второе место среди онкологических заболеваний у женщин. В группу повышенного риска входят пациентки с ранним менархе (до 13 лет), поздней менопаузой (после 55 лет), прерывавшие беременность, особенно до первых родов, принимавшие пероральные контрацептивы; имеющие родственников первой линии, страдающих раком молочной железы; употребляющие высококалорийную пищу и большое количество жиров, имеющие избыточный вес.

#### **Методика самообследования молочных желез**

Самообследование молочных желез женщина должна проводить с 16 лет, самостоятельно, каждый месяц на 6–13-й день от начала менструального цикла (начало менструального цикла — первый день *menses*). Женщины в менопаузе — в одно и то же число каждого месяца.

Каждый раз, меняя бюстгалтер, необходимо просматривать участки белья, соприкасавшиеся с сосками. Наличие пятен на этих

участках указывает на наличие выделений из соска (в норме наличие пятен сочетается с лактацией).

Разденьтесь до пояса и встаньте перед зеркалом. Совершая медленные повороты вправо и влево, осмотрите молочные железы сначала с опущенными, а затем с поднятыми руками (рис. 3.1). Оцените, симметричны ли по расположению нижние и боковые видимые границы молочных желез, одинаковы ли размеры молочных желез (помните, что у некоторых женщин в норме одна железа может отличаться по размеру от другой). Осмотрите соски, отметьте симметричность их формы, однородность окраски, отсутствие выделений при нажатии на сосок, отсутствие трещин, язв, шелушения, пигментированных пятен на соске и ареоле. Оцените состояние кожи на молочных железах: нет ли участков покраснения, отека, сморщивания и пожелтения. Проведите подушечками пальцев по коже молочных желез, отметьте отсутствие участков выбухания и втянутости, уплотнения, шероховатости.

Проведите поочередное ощупывание молочных желез. Ощупывайте молочные железы подушечками сомкнутых пальцев, большой палец в этой процедуре не участвует (рис. 3.2). При большом размере молочной железы придерживайте ее другой рукой. Не захватывайте участки молочной железы в складку. Мысленно разделите молочную



**Рис. 3.1.** Самостоятельный осмотр молочных желез (стоя)



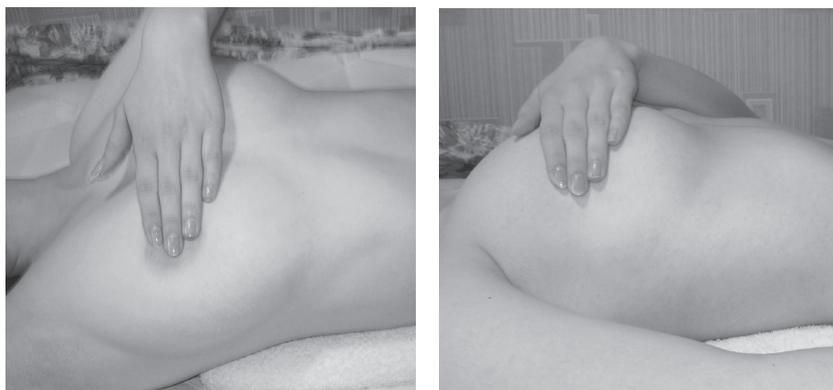
**Рис. 3.2.** Самостоятельное обследование (ощупывание) молочных желез (стоя)

железу на надсосковые наружную и внутреннюю, а также подсосковую наружную и внутреннюю части. Ощупайте каждую часть с небольшим, а затем с сильным нажимом на ткань молочной железы. Удобнее проводить этот этап самообследования намыленными руками, чтобы обеспечить лучшее скольжение пальцев и меньшую болезненность при нажатии на молочную железу.

Ощупывание молочных желез можно проводить лежа. Лягте, подложив небольшую подушечку или сложенное в несколько слоев полотенце под лопатку со стороны исследуемой молочной железы (если ощупываете правую молочную железу, подушечка кладется под правую лопатку). Мысленно разделите молочную железу на внутреннюю и наружную части. Ощупайте наружную половину правой молочной железы левой рукой, лежа на спине и вытянув правую руку вдоль тела (рис. 3.3). Пальцы двигаются от соска к наружному краю. Затем повернитесь на правый бок и положите правую руку под голову. Ощупайте внутреннюю половину правой молочной железы. Повторите всю процедуру с левой молочной железой, ощупывая ее правой рукой.

Прощупайте подмышечные впадины и надключичные области. Отметьте отсутствие увеличенных лимфатических узлов.

В целях ранней диагностики рака молочной железы целесообразно проведение маммографии ежегодно женщинам из группы риска с 40 лет, остальным с 50 лет. Исследование не требует специальной подготовки, проводится с 6 по 13 день менструального цикла. Однако



**Рис. 3.3.** Самостоятельное обследование молочных желез лежа на спине (рука вдоль тела)

женщинам с молочными железами малого размера и женщинам до 40 лет целесообразнее назначать УЗИ. Вспомогательное значение имеет новый метод — радиотермометрия (РТМ). РТМ-метод позволяет измерять глубинную температуру тканей молочной железы (до 4–6 см). РТМ-диагностика дает возможность дифференцировать доброкачественные и злокачественные новообразования. Это абсолютно безопасный метод как для пациента, так и для врача.

### **3.2.4. Выявление ранних признаков онкологических заболеваний прямой кишки**

Рак прямой кишки на ранних стадиях часто протекает бессимптомно. Яркие клинические проявления: примесь алой крови в кале (у 92,5% пациентов), примесь слизи (у 34% пациентов), боли в заднем проходе (у 84% пациентов) — возникают достаточно поздно. К самым ранним признакам можно отнести тенезмы, неудовлетворенность актом дефекации, анальный зуд, кровотечение из анального отверстия. Чаще всего опухоли прямой кишки и анального канала диагностируются как геморрой. Наиболее информативно в данном случае пальцевое исследование прямой кишки, позволяющее обнаружить опухоль в 80% случаев. Пальцевое исследование следует проводить щадяще, при необходимости с обезболиванием. Факторы риска: частые запоры, геморрой, проктит, язвы после перенесенной дизентерии, трещины заднего прохода. В США предложен скрининговый метод, основанный на анализе слизи из прямой кишки.

Тест выполняют на основе стандартного набора с красителем. Метод прост в исполнении, дешев и быстр. Существует онкомаркер РЭА (раково-эмбриональный антиген), ассоциированный с раком прямой кишки, но он не особенно информативен, так как его повышение наблюдается при злокачественных заболеваниях матки, легкого, молочной железы.

К мероприятиям по профилактике рака прямой кишки относятся: лечение воспалительных заболеваний кишечника и полипозов, коррекция дисбактериозов, регулярное опорожнение кишечника.

### **3.2.5. Выявление ранних признаков онкологических заболеваний щитовидной железы**

Максимум заболеваемости приходится на возрастную группу 45–65 лет, чаще встречается у женщин. Факторы риска: йододефицитные состояния, воздействие радиации, нейроэндокринные расстройства, ожирение. К ранним признакам рака щитовидной железы относится наличие узловых образований (особенно у лиц старше 40 лет), нарастание их плотности и увеличение их размеров. В целях ранней диагностики целесообразно проведение УЗИ лицам из группы риска при каждом профилактическом осмотре. За последнее время широкое применение получили компьютерная томография и магнитно-резонансная томография. Эти методы исследования позволяют определять опухоли размером от 0,5 до 1 см. Все пациенты с узловыми образованиями щитовидной железы должны быть срочно проконсультированы у онколога или эндокринолога.

### **3.2.6. Выявление ранних признаков онкологических заболеваний желудка**

Пик заболеваемости приходится на возраст 60–70 лет. Мужчины болеют в 1,5 раза чаще, чем женщины. Инфицирование *Helicobacter pylori* увеличивает риск развития рака желудка. Факторы риска: употребление большого количества жареных, копченых, маринованных, консервированных продуктов; курение, злоупотребление алкоголем. Развитие заболевания может быть связано с генетическими причинами. К ранним симптомам рака желудка можно отнести диспептические явления, немотивированную преходящую слабость. В группу риска входят пациенты, страдающие гипоацидным гастритом, язвенной болезнью желудка, полипозным гастритом. В целях ранней диагностики целесообразно проведение фиброгастроскопии один

раз в год всем мужчинам старше 40 лет. Для диагностики рака желудка применяют онкомаркеры Са 19-9 и РЭА. Они могут служить в качестве дополнительного объективного критерия в комплексной диагностике. ООО «КДЛ ГЕНОМ» в перечне исследований на онкомаркеры от 01.02.2008 предлагает определение специфического антигена рака желудка — С-72-4.

### **3.2.7. Выявление ранних признаков онкологических заболеваний легкого**

Мужчины болеют в 3,5 раза чаще, чем женщины. Факторы риска: 90% случаев заболевания ассоциируется с курением, воздействие профессиональных вредностей (сажа, бензопирен, токсическая пыль и т.д.). К ранним признакам относят длительный сухой надсадный кашель, слабость, немотивированное повышение температуры. В целях ранней диагностики целесообразно проведение флюорографии во время профилактических осмотров. Часто рак легкого маскируется под вид частых ОРЗ, острых и хронических бронхитов, туберкулеза. ООО «КДЛ ГЕНОМ» в перечне исследований на онкомаркеры от 01.02.2008 предлагает определение специфического антигена рака легкого и мочевого пузыря Cyfra-21-1.

### **3.2.8. Выявление ранних признаков онкологических заболеваний шейки матки**

Факторы риска: инфицирование вирусом герпеса или вирусом папилломы человека, высокий уровень эстрогенов, частая смена половых партнеров, большое количество родов и аборт, эрозии и разрывы шейки матки в анамнезе. Первые (не ранние) симптомы — бели и повторные контактные кровотечения из влагалища. В целях ранней диагностики взятие мазка по Папаниколау каждые 3 года, после трехкратного нормального результата с интервалом в год, у всех женщин, живущих половой жизнью. При воспалительных заболеваниях шейки матки мазки берутся до и после противовоспалительной терапии. Профилактика злокачественных новообразований заключается в своевременном лечении эрозий шейки матки.

### **3.2.9. Выявление ранних признаков онкологических заболеваний эндометрия**

Факторы риска: высокий уровень эстрогенов, поздняя менопауза (после 50 лет), прием эстрогенов в постменопаузе, наличие род-

ственников первой степени с онкопатологией органов репродуктивной системы, ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь. Первые симптомы в постменопаузе — маточные кровотечения, а у женщин репродуктивного возраста — дисфункциональные расстройства. В целях ранней диагностики целесообразно ежегодное проведение УЗИ матки с трансвагинальным датчиком за 1–3 дня до начала менструации. Женщинам до 40 лет исследование проводится при наличии жалоб, после 40 лет при наличии факторов риска, даже при отсутствии жалоб.

### **3.2.10. Выявление ранних признаков онкологических заболеваний предстательной железы**

Наиболее частая патология среди мужчин, пик заболеваемости приходится на 71 год. Факторы риска — эндокринные изменения в организме пожилого мужчины. Ранняя диагностика бессимптомных форм болезни возможна с помощью определения онкомаркера ПСА, пальцевого или ультразвукового ректального исследования. Чувствительность УЗИ в 2–3 раза выше. Уровень онкомаркера следует определять при нарушениях мочеиспускания. При уровне ПСА > 10 мкг/л вероятность развития рака предстательной железы равна 50%. Уровень 4–10 мкг/л оценивается как высокий риск возникновения заболевания. В оценке этого риска может помочь определение уровня свободного ПСА.

Раннее выявление признаков онкологических заболеваний — неотъемлемая и важнейшая задача медработников любого звена. На основе знаний методов ранней диагностики можно предложить каждому пациенту индивидуальную программу исследований в соответствии с его полом, возрастом, наследственной предрасположенностью. Однако при проведении профилактической работы рекомендуется соблюдать некоторые правила:

- беседу с пациентами нужно проводить доброжелательно, тактично и оптимистично;
- профилактическая работа должна быть направлена не на распространение сведений о злокачественных опухолях, а на популяризацию знаний о предраковых заболеваниях и причинах канцерогенеза;
- при работе с населением лучше называть тревожные симптомы не ранними признаками рака, а признаками заболеваний, которые могут переродиться в злокачественные

- новообразования, так как многие пациенты боятся услышать страшный диагноз и оттягивают визит к онкологу до последнего момента;
- необходимо убеждать пациентов регулярно проходить профилактические осмотры, так как часто многие заболевания протекают бессимптомно.

### Творческое задание

При проведении медосмотров нередко возникают очереди.

- Чтобы отвлечь своих пациентов от неприятных переживаний, предложите им анкету, на основании которой вы могли бы заподозрить высокий риск развития онкопатологии. Учтите, пожалуйста, пол и возраст пациента, не забудьте о влиянии наследственности на развитие данной группы заболеваний.
- Подумайте, какие методы исследования вы можете предложить пациенту для раннего выявления признаков онкологических заболеваний, соответственно возрасту и полу. Забудьте на время о недофинансировании лечебных учреждений, предложите пациенту максимум возможностей.

### Тестовые задания

Укажите один или несколько правильных ответов.

1. Курение — фактор риска развития рака:
  - а) прямой кишки;
  - б) шейки матки;
  - в) легкого;
  - г) желудка;
  - д) кожи.
2. Перенесенная дизентерия — фактор риска развития рака:
  - а) молочной железы;
  - б) желудка;
  - в) прямой кишки;
  - г) предстательной железы;
  - д) слизистой ротовой полости.
3. Женщинам до 40 лет для исследования молочной железы можно рекомендовать:
  - а) УЗИ;

- б) маммографию;
  - в) радиотермометрию;
  - г) пункцию;
  - д) пальпацию.
4. В план профилактических осмотров включено исследование на онкомаркеры рака:
- а) желудка;
  - б) предстательной железы;
  - в) молочной железы;
  - г) щитовидной железы;
  - д) прямой кишки.
5. Женщины репродуктивного возраста проводят самообследование молочных желез:
- а) независимо от фазы менструального цикла;
  - б) в любой определенный день каждого месяца;
  - в) на 6–13 день от начала менструации;
  - г) на 6–13 день после окончания менструации;
  - д) за 1–3 дня до начала менструации.
6. Пальцевое исследование прямой кишки — метод раннего выявления рака:
- а) шейки матки;
  - б) эндометрия;
  - в) прямой кишки;
  - г) предстательной железы;
  - д) всех перечисленных видов патологии.
7. В целях ранней диагностики рака желудка целесообразно проведение фиброгастроскопии ежегодно:
- а) женщинам старше 40 лет;
  - б) женщинам старше 60 лет;
  - в) мужчинам старше 40 лет;
  - г) мужчинам старше 60 лет;
  - д) лицам обоих полов старше 60 лет.
8. В целях ранней диагностики новообразований эндометрия УЗИ с трансвагинальным датчиком проводится:
- а) в 1–3 день после окончания менструации;
  - б) на 6–13 день от начала менструации;
  - в) во время овуляции;
  - г) в любой день между менструациями;
  - д) за 1–3 дня до менструации.