**Слайд № 1**

**Роль акушерки смотрового кабинета в диагностике,**

**профилактике онкологических заболеваний.**

**Взаимодействие БУЗОО «КОД» с акушерками смотровых кабинетов.**

**И.В. Иващенко,**

**главная медицинская сестра**

**БУЗОО «КОД»**

Добрый день уважаемые коллеги!

Здоровье – наивысшая ценность в жизни каждого человека. Только здоровый человек может быть по настоящему счастлив, успешен и активен в работе.

Обеспокоенность и повышенное внимание к онкологическим проблемам – одна из характерных черт здравоохранения всех стран мира. Это обусловлено, прежде всего, устойчивой тенденцией роста онкологической заболеваемости, которая и в будущем будет расти, что объясняется рядом объективных и субъективных причин – постарением населения, экологическими, экономическими и другими факторами.

Специализированную онкологическую медицинскую помощь населению в Омской области оказывает Клинический онкологический диспансер, где оказывается помощь пациентам со злокачественными новообразованиями (ЗНО) практически всех локализаций, кроме опухолей центральной нервной системы и органов зрения.

**Слайд № 2**

В Омской области сложилась упорядоченная система онкологической службы области, включающая в себя медицинские организации с определенными функциями каждого подразделения – первичные онкологические кабинеты, оказывающие первичную онкологическую медицинскую помощь с сетью смотровых кабинетов и ФАПов, работающих в режиме смотровых кабинетов и клинический онкологический диспансер, оказывающий специализированную онкологическую медицинскую помощь.

В 2013 году в области функционировало 842 смотровых кабинета в муниципальных районах 786, в городских медицинских организациях 56, из них 45 женских, 42 мужских и 755 смешанных смотровых кабинетов.

**Слайд № 3**

Количество кабинетов, работающих в режиме смотровых по сравнению с 2012 годом уменьшилось в БУЗОО «Таврическая ЦРБ», БУЗОО «Исилькульская ЦРБ», БУЗОО «Нововаршавская ЦРБ», БУЗОО «Павлоградская», БУЗОО «Одесская ЦРБ», БУЗОО «Саргатская ЦРБ», БУЗОО «Москаленская ЦРБ», БУЗОО «Седельниковская ЦРБ» в связи с неукомплектованностью оборудованием, отсутствием медицинских кадров, недостаточностью площадей, в связи с ЧС (сгорело здание ФАП в Исилькульском районе).

**Слайд № 4**

Уважаемые коллеги, хочу представить Вашему вниманию статистические данные заболеваемости женской репродуктивной системы в Омской области.

На представленном слайде видно, что в 2013 году на первом месте стоит рак молочной железы, на втором месте - рак тела матки, на третьем – рак шейки матки, на четвертом рак яичников.

Рост заболеваемости в 2013 году отмечается по всем локализациям, кроме ЗНО яичников, за счет снижения заболеваемости по муниципальным районам (с 15,6 % до 13,0% на 100 тысяч женского населения).

**Слайд № 5**

Одним из основных показателей, определяющих прогноз онкологического заболевания, является степень распространенности опухолевого процесса на момент диагностики. Ранняя выявляемость рака молочной железы снизилась на 1,1%.

**Слайд № 6**

Запущенность опухолей женской репродуктивной системы по Омской области составила 27,7%, что на 0,3% ниже показателя 2012 года. На 0,1% увеличился показатель запущенности рака молочной железы; на 1,7% тела матки. Показатель запущенности ЗНО шейки матки снизился на 4%.

**Слайд № 7**

Уровень одногодичной летальности среди опухолей женской репродуктивной системы по сравнению с 2012 годом уменьшился на 5,5% в целом. Однако увеличился при ЗНО тела матки и шейки матки на 0,7% и 3,3% соответственно.

**Слайд № 8**

Смертность составила 56,6% на 100 тысяч женского населения, что ниже показателя 2012 года на 2.5%.

**Слайд № 9**

Основные задачи по профилактике, диагностике ЗНО женской репродуктивной системы определены долгосрочной целевой программой Омской области «Региональный проект «Онкология» на 2011-2015 годы»:

- Решением коллегии Министерства здравоохранения Омской области от 22.11.2012 г. № 2;

- Решением аппаратного совещания Министерства здравоохранения Омской области от 31.07.2013 г.

1. Предлагается обеспечить 95% случаев ежегодных целевых осмотров взрослого населения при первичном обращении в амбулаторно-поликлинические учреждения. (Всего в смотровых кабинетах лечебно-профилактических учреждений Омской области осмотрено 54% от числа взрослого населения Омской области старше 18 лет, при этом выявлено онкологической патологии среди женщин – 1325 случаев, среди мужчин – 486 случаев).

2. Цитологическим скринингом предполагается охватить 98% женского населения при осмотре в смотровом кабинете. (В 2013 году цитологический скрининг составил 90%, выявлено 1084 подозрения на патологию шейки матки).

3. Необходимо обеспечить охват маммологическим скринингом женщин старше 40 лет 1 раз в 2 года.

4. Добиться 60% охвата целевыми осмотрами на онкопатологию приписного взрослого населения от общей численности.

Исходя из представленных статистических данных и задач по профилактике, диагностике ЗНО женской репродуктивной системы можно представить, насколько велика роль в решении этих задач акушерок смотровых кабинетов.

**Слайд № 10**

В задачу акушерки смотрового кабинета не входит установление точного диагноза заболевания, она должна только заподозрить патологию и направить пациента к врачу на углубленное обследование.

В смотровых кабинетах подлежат обследованию кожные покровы, органы ротовой полости, периферические лимфатические узлы, щитовидная железа, молочные железы, половые органы, прямая кишка.

Профилактический осмотр женщин включает следующие методы обследования: осмотр, пальпация, измерение артериального давления, инструментальный метод, бимануальное исследование, пальцевое исследование прямой кишки, цитологическое исследование мазков с шейки матки и цервикального канала.

Перед началом осмотра акушерка проводит краткий доврачебный опрос, обращая внимание на появление слабости, утомляемости, снижение аппетита, наличие болевых ощущений в животе или поясничной области, изменение цвета или появление примесей крови в выделениях.

При опросе женщин следует обращать внимание на нарушение менструального цикла, наличие и появление болей и атипичных кровяных выделений в межменструальном периоде и в менопаузе.

**Слайд № 11**

Обследование начинают с ротовой полости. С помощью одноразового шпателя осматривают слизистую губ, щек, десен, языка. Цель осмотра – обнаружение лейкоплакий, трещин, изъязвлений слизистой.

**Слайд № 12**

Последовательно осматривают кожу лица, головы, шеи, туловища и конечностей с целью выявления пигментных, бородавчатых и узелковых образований, изъязвлений. Следует обращать внимание на наличие длительно существующих гиперемированных участков кожи с шероховатой поверхностью и наклонностью к изъязвлению, которые располагаются в области тела, подвергающихся воздействию раздражающих факторов (трение краев одежды, воздействие солнечных лучей, химических веществ и т.д.). Наиболее частой локализацией рака и предрака является кожа лица.

**Слайд № 13**

Большую опасность на наличие злокачественной пигментной опухоли кожи – меланомы, представляют собой темные и синюшно - багровые пятна и узелковые образования, возвышающиеся над поверхностью кожи, склонные к увеличению и изъязвлению. Такие образования часто встречаются на коже живота, спины, верхних и нижних конечностей.

**Слайд № 14**

Последовательно пальпируют периферические лимфатические узлы: шейные, надключичные, подмышечные и паховые. Пальпация подмышечных лимфатических узлов проводится отдельно с каждой стороны.

В норме могут определяться мелкие лимфатические узлы эластической консистенции. Лимфатические узлы являются барьером на пути распространения злокачественного процесса. В них в первую очередь могут быть выявлены метастазы опухолей различных локализаций. Пораженные метастазами лимфатические узлы представляют собой плотные, часто неподвижные образования различной величины. В ряде случаев увеличение лимфатических узлов может быть проявлением лимфогранулематоза или лейкозов – системных заболеваний, поражающих весь лимфатический аппарат организма.

**Слайд № 15**

При пальпации щитовидной железы обращают внимание на размеры и консистенцию. Щитовидная в норме не содержит уплотнений и узловых образовании. При наличии предопухолевых заболеваний и опухолей отмечаются диффузное или локальное уплотнение, асимметрия железы за счет увеличения одной из ее долей.

**Слайд № 16**

Обследование молочных желез включает осмотр и их пальпацию. Во время осмотра обращают внимание на величину и форму молочных желез, состояние кожи, сосков, ареолы. Каждую железу осматривают отдельно, придав пациенту полубоковое положение и попросив его поднять руку.

Изменения легче выявляются при сравнении одной железы с другой. В норме молочные железы, как правило, имеют одинаковую форму и величину. Соски располагаются на одной линии. Трещины, выделения, корочки, втяжение и фиксация соска, кожа, напоминающая лимонную корку, следует рассматривать как признаки злокачественного заболевания.

Ощупывать молочные железы нужно тщательно, последовательно обследуя каждый участок.

В норме молочные железы мягкие, уплотнений не содержат. Злокачественные опухоли определяются в виде плотных, хорошо отграниченных узлов или уплотнений без четких границ, часто сопровождающихся втяжением соска или фиксацией кожи. При правильной пальпации можно выявить опухоли размером до 1 см. При больших размерах молочных желез, в которых трудно пальпаторно обнаружить опухоль, целесообразно направить женщину на маммографию.

**Слайд № 17**

При осмотре живота следует обращать внимание на его величину и форму, наличие асимметрии, изменение сосудистого рисунка кожи, состояние пупка и участие живота в акте дыхания.

При пальпации обращают внимание на наличие плотных образований, узлов, при этом могут быть обнаружены опухолевые образования в верхних и нижних отделах живота, а также в области пупка.

**Слайд № 18**

Обследование женских половых органов проводят в гинекологическом кресле при хорошем освещении осматривают слизистую вульвы. Проводят пальпацию наружных половых органов. Белесоватый цвет и сухость слизистой вульвы с наклонностью к образованию трещин, а также атрофия малых половых губ характерны для крауроза (предракового заболевания [наружных половых органов](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%83%D0%BB%D1%8C%D0%B2%D0%B0), выражающееся в дистрофических, атрофических и склеротических изменениях их кожи, характеризующееся постепенным развитием атрофии наружных половых органов женщины (вульвы). Лейкоплакия выявляется в виде белых шероховатых налетов и бляшек. Эти изменения слизистой вульвы относятся к предраковым заболеваниям. Изъязвление слизистой с уплотнением ткани может быть признаком рака вульвы.

При осмотре с помощью зеркал, определяют величину, форму шейки матки, состояние ее слизистой и слизистой стенок влагалища. Наличие каймы или очагов гиперемии вокруг наружного зева шейки матки обозначается как «эрозия». Обнаружение белых налетов и бляшек говорит о лейкоплакии. При осмотре могут быть выявлены образования, напоминающие цветную капусту, характерные для рака шейки матки.

**Слайд № 19**

Цитологический скрининг проводится путем взятия соскоба из шейки матки и последующего его просмотра цитологом, и предусматривает новый подход - выявление предопухолевых изменений на клеточном уровне: дисплазии различной степени (слабая, умеренная, тяжелая) и преинвазивная карцинома.

Цитологический скрининг шейки матки отличается от всех видов скрининга, применяемых в противораковой борьбе, например, скрининг рака молочной железы, скрининг рака желудка. В отличие от всех видов скрининга, которые направлены на раннюю диагностику рака и снижение смертности от рака, и имеет своей целью выявление и лечение предопухолевых заболеваний шейки матки и снижение заболеваемости раком шейки матки.

В связи с этим отличаются и основные принципы организации цитологического скрининга. Взятие соскоба для цитологического скрининга при отрицательном результате первичного обследования проводится с интервалом 1 раз в 3 года.

И еще одна принципиальная особенность цитологического скрининга состоит в том, что соскоб из шейки матки для цитологического исследования в ходе скрининга берется только в том случае, если при осмотре шейки матки не выявлено макроскопически патологических изменений. Если такие изменения выявляются, акушерка не должна производить соскоб, а обязана направить женщину для дообследования к гинекологу.

**Слайд № 20**

Обязательным условием для получения клеточного материала для цитологической диагностики является взятие мазков до бимануального исследования. Учитывая отсутствие видимой патологии, материал берется со всей поверхности шейки матки и из цервикального канала.

В связи с тем, что рак чаще всего развивается на месте соединения плоского эпителия влагалищной части шейки матки с цилиндрическим эпителием цервикального канала по периметру маточного зева, соскоб для забора материала должен обязательно включать эту зону («зону превращения») и эпителий цервикального канала. Эта зона у женщин после 40 лет, а также после диатермокоагуляции и криодеструкции уходит в цервикальный канал на 2,5 см выше наружного маточного зева, что диктует необходимость забора материала для цитологического исследования из цервикального канала на глубину не менее 2,5 см.

Очень важно правильно ввести конус щеточки в цервикальный канал, т.к. от этой манипуляции зависит качество взятия соскоба. Далее щеточка удаляется из влагалища, ее содержимое наносится на предметное стекло линейным движением вдоль стекла, используя обе стороны щеточки.

Мазок с указанием фамилии женщины с оформленным направлением в этот же или на следующий день должен быть направлен в цитологическую лабораторию.

**Слайд № 21**

При двуручном гинекологическом исследовании следует обращать внимание на величину и форму шейки матки, ее плотность, величину, форму, консистенцию и подвижность матки, положение матки в малом тазу.

Увеличение и плотная консистенция шейки матки, смещение матки к одной из стенок таза и ограниченность ее подвижности, укорочение и уплотнение сводов влагалища могут быть признаками рака шейки матки. Увеличение матки, неровная узловатая поверхность ее обычно характерны для фибромиомы. Опухолевые образования в области придатков и в заднем своде влагалища всегда подозрительны по наличию рака яичников.

**Слайд № 22**

О результатах цитологического скрининга акушерка извещает женщину. При ответе «цитограмма без особенностей» заключение передают в регистратуру поликлиники для помещения в амбулаторную карту; «воспалительный процесс», «легкая дисплазия» и другие неопухолевые процессы заключение направляют в женскую консультацию; при обнаружении рака или предраковых изменений (умеренная и тяжелая дисплазия) пациентку направляют непосредственно в первичный онкологический кабинет.

**Слайд № 23**

При пальцевом исследовании прямой кишки следует обращать внимание на наличие патологического отделяемого в просвете кишки: крови, гноя, слизи, которые остаются на напальчнике. Указание в анамнезе на выделение при дефекации темной крови (иногда со сгустками), гноя или обильной слизи могут свидетельствовать о наличии в вышележащих отделах кишки злокачественного новообразования или ворсинчатой опухоли. Такие пациенты подлежат обследованию проктолога или онколога.

При удалении пальца из прямой кишки его осматривают на наличие следов крови или гноя.

**Слайд № 24**

Основными критериями качества работы акушерки смотрового кабинета являются:

- охват женщин цитологическим исследованием при гинекологическом осмотре;

- удовлетворительность забора мазков акушеркой, при учете данных цитологической лаборатории о качестве взятых мазков (наличие большого числа мазков, не содержащих клеточный материал, указывает на неудовлетворительный забор материала);

- показатель квалификации акушерки смотрового кабинета (процент подтвержденных или измененных диагнозов);

- число пациентов со злокачественными новообразованиями и предраковыми заболеваниями с учетом нозологической формы, выявленных за год в смотровом кабинете;

- показатель качества обследования (низкий показатель выявляемости может указывать на невысокое качество обследования).

**Слайд № 25**

Одним из основных факторов повышения эффективности работы смотровых кабинетов является специальное обучение и систематическое повышение квалификации акушерок смотровых кабинетов. Характер работы акушерки накладывает на нее большую ответственность и от ее профессиональных знаний и умений применять их в повседневной деятельности, зачастую зависит судьба женщины. Вы должны четко представлять задачи и цели профилактических осмотров, роль в противораковой борьбе, быть знакомыми с клиническими проявлениями и основами распознавания предопухолевых заболеваний, рака женской репродуктивной системы, знать маршрутизацию пациентов.

**Слайд № 26**

Следует непременно разъяснять нецелесообразность, а в ряде случаев и опасность пользования домашними средствами лечения, обязательно информировать население о современных методах онкологической помощи, об использовании препаратов направленного действия на опухолевые «мишени».

Представлять населению точную информацию о риске возникновения ЗНО. Изменить негативные стереотипы поведения отдельных женщин к своему здоровью, устранить неоправданную ракофобию, оказывать мотивационную поддержку.

При проведении гигиенических мероприятий по профилактике онкологических заболеваний используйте все основные методы пропаганды: устный, печатный, изобразительный, а так же различные комбинации этих методов.

В арсенале акушерки имеются активные и пассивные формы пропаганды. К активным относятся формы непосредственного общения с населением, например – беседа, информационное выступление, «круглый стол», консультация и другие. К пассивным – использование в пропаганде листовок, памяток, санитарных бюллетеней, плакатов, показ видеофильма.

К терапевтическому направлению по профилактике онкологических заболеваний следует отнести в первую очередь убеждение женщин к лечению хронических заболеваний (эндометриоз, цервицит, аднексит).

К хирургическим мероприятиям относится проведение в ранние сроки хирургических операций при наличии предраковых заболеваний (эрозии шейки матки, полипы цервикального канала).

Только правильная организация методической санитарно – просветительной работы по пропаганде здорового образа жизни, профилактике онкологических заболеваний убеждает пациентку изменить отношение к своему здоровью и тогда регулярное обследование станет неотъемлемой частью образа жизни каждой женщины.

**Слайд № 27**

В целях улучшения взаимодействия КОД со всеми звеньями онкологической службы области разработана и внедрена информационно- аналитическая система «АРМ-онколога», в которую включены популяционный канцер-регистр, модули «Цитология», «Лаборатория», «Маммография», «СА-125» (скрининг рака шейки матки), «Эндоскопия», «Смотровой кабинет», «Флюорография», «IFOBT» (скрининг на колоректальный рак».

**Слайд № 28**

В 2013 году проведены конференции для акушерок смотровых кабинетов и фельдшеров ФАПов «Ранняя диагностика злокачественных новообразований видимых локализаций», «Роль медицинского работника смотрового кабинета в диагностике онкопатологии».

**Слайд № 29**

Стажировку на рабочем месте в 2013 году в БУЗОО «КОД» прошли 11 акушерок смотровых кабинетов из: ГП №1 (3чел.), ГП №2, ГП №3, ГП №6, ГП №10, ГП № 15 (2 чел.), ГБ № 2 (2 чел.).

**Слайд № 30**

В целях повышения качества обслуживания пациентов и доступности специализированной онкологической помощи, создана система интернет - записи на прием в консультативную поликлинику диспансера.

Выпущен аналитический сборник «Состояние онкологической помощи населению Омской области в 2013 году».

Выпущены методические рекомендации: «Выявление злокачественных новообразование и оказание медицинской помощи онкобольным», «Основные принципы работы смотровых кабинетов в Омской области», «Самообследование молочных желез», «Технология выполнения медицинской услуги «Забор мазка на цитологическое исследование».

И в заключение, хочется выразить благодарность акушеркам смотровых кабинетов за ту большую, ежедневную, кропотливую работу по профилактике и диагностике ЗНО женской репродуктивной системы.

Медицина не стоит на месте: методы борьбы с онкологическими заболеваниями ежегодно совершенствуются и возможно спустя какое то время появятся вакцины против всех видов этого страшного заболевания.

**Слайд № 31**

Спасибо за внимание!