ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕНННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**КУРСОВАЯ РАБОТА**
по профессиональному модулю
«Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях»
**ТЕМА**: «Особенности сестринского ухода при раке молочной железы»

Выполнила студентка

Курс:
Группа:
Специальность: Сестринское дело
Преподаватель:

Дата защита курсовой:

Оценка:

МОСКВА
2016

Оглавление

[ВВЕДЕНИЕ 3](#_Toc454997053)

[1 ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ 6](#_Toc454997054)

[1.1 Рак молочной железы (РМЖ) 6](#_Toc454997055)

[1.2 Этиология 7](#_Toc454997056)

[1.3 Патогенез 8](#_Toc454997057)

[1.4 Классификация и стадии РМЖ 9](#_Toc454997058)

[1.5 Симптомы РМЖ 12](#_Toc454997059)

[1.6 Диагностика 13](#_Toc454997060)

[1.7 Осложнения 14](#_Toc454997061)

[1.8 Лечение 15](#_Toc454997062)

[2 ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ 17](#_Toc454997063)

[2.1 Наблюдение из практики №1 17](#_Toc454997064)

[2.2 Наблюдение из практики №2 20](#_Toc454997065)

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 24](#_Toc454997066)

[СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ 25](#_Toc454997067)

# ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования**

Ежегодно в мире регистрируют примерно 1 250 000 новых случаев рака груди, из них 54 000 в России.

Заболеваемость раком молочных желез в большинстве стран растет, это связано с различными факторами. В первую очередь, следует отметить улучшение методов диагностики, в частности маммографического скрининга, который позволяет выявить новообразование на ранних стадиях, до появления первых симптомов.

Далее представлены различные статистические исследования в России по ВОЗ за 2006-2014 года:

Таблица 1. Число больных зарегистрированных с диагнозом РМЖ

|  |  |
| --- | --- |
| **Год** | **Количество пациентов** |
| 2006 | 50 292 |
| 2008 | 52 469 |
| 2010 | 57 241 |
| 2012 | 59 037 |
| 2014 | 65 088 |

Показатель смертности за последние годы стабилизировался, в некоторых странах наблюдается снижение.

Таблица 2. Число умерших от РМЖ

|  |  |
| --- | --- |
| **Год** | **Количество больных** |
| 2006 | 22 409 |
| 2008 | 22 946 |
| 2010 | 23 282 |
| 2012 | 22 936 |
| 2014 | 22 445 |

Согласно статистике, у 1 из 8 женщин в течение жизни будет диагностирован рак молочных желез, но заболевание может появиться и у мужчин. По данным многих авторов, соотношение мужчин и женщин в структуре заболеваемости составляет 1:100. Риск возникновения патологи увеличивается с возрастом, большая часть пациентов (77%) старше 50 лет, на долю молодых девушек приходится 0,3%.

Таблица 3. Возрастная статистика заболеваемости РМЖ

|  |  |
| --- | --- |
| **Возраст пациента** | **Количество пациентов** |
| 20-29 | 1 из 1681 |
| 30-39 | 1 из 232 |
| 40-49 | 1 из 69 |
| 50-59 | 1 из 42 |
| 60-69 | 1 из 29 |
| 70 и старше | 1 из 27 |

Поэтому изучение сестринского процесса при раке молочной железы остается актуальным.

**Цель исследования:** изучение сестринского процесса при раке молочной железы.

**Задачи исследования:**

*Изучить*:

* Этиологию
* Патогенез
* Классификацию
* Клиническую картину
* Диагностику
* Осложнения
* Лечение
* Профилактику
* Реабилитацию, прогноз

*Проанализировать*:

* Тактику медицинской сестры при осуществлении сестринского процесса при раке молочной железы.

*Сделать выводы*:

* По осуществлению сестринского процесса у данных пациентов.

**Объект исследования:** пациенты с раком молочной железы.

**Предмет исследования:** сестринский процесс при раке молочной железы.

**Методы исследования:**

* научно-теоретический
* аналитический
* наблюдение
* сравнение

# ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

## Рак молочной железы (РМЖ)

Рак молочной железы — злокачественное новообразование, развивающееся из клеток эпителия протоков и/или долек паренхимы железы. (Чиссова В.И. «Онкология учебник с компакт диском», Москва «ГЭОТАР-Медиа» 2007г.)

Молочная железа, mama, или glandula mamaria, парная, расположена на поверхности большой грудной и отчасти передней зубчатой мышц в пространстве окологрудинной и передней подмышечной линиями, на уровне от III до VI, иногда VII ребра.

Молочная железа окружена жировой тканью, что определяет ее форму. Кроме того, в связи с возрастом, функциональным состоянием (беременность, кормление) ее размеры и форма значительно изменяются.

В средних участках молочной железы на уровне V ребра и несколько кнаружи от среднеключичной (сосковой) линии, располагается околососковый кружок areola mammae, в центре которого находится сосок молочной железы.

В молочной железе выделяют тело, жировую и фиброзную ткани.

*Тело молочной железы* состоит из 15-20 отдельно расположенных долей молочной железы, окруженных жировой тканью. По строению это сложная альвеолярная железа.

Каждая доля состоит из отдельных *долек молочной железы*, открывающихся в *млечный проток*, который направляется к соску и перед вступлением в него образует веретенообразное расширение – *млечный синус.*

Концевая суженная часть протока пронизывает сосок и открывается на его верхушке воронкообразно расширенным *млечным отверстием*. Каждая доля молочной железы и ее тело окружены жировой тканью, которая придает железе полушаровидную форму. (Р.Д. Синельников, Я.Р. Синельников «Атлас анатомии человека в 4 томах», Москва «Новая волна» 2014г.)

*Кровоснабжение*

Артериальная кровь поступает к молочной железе из внутренней грудной артерии (60%), наружной грудной артерии (30%) и ветвей межреберных артерий (10%).

Венозный отток осуществляется через межреберные и внутренние грудные вены. (http://www.sanitarka.ru/disease/detail.php?ID=1620)

Поэтому важную роль играет своевременное выявление заболевания и полноценное грамотное лечение и уход.

*Лимфатические сосуды* из молочной железы направляются к подмышечным узлам, окологрудным (со своей и противоположенной стороны) и глубоким нижним шейным (надключичным) лимфатическим узлам.

*Чувствительная иннервация* осуществляется от межреберных нервов, надключичных (нервов из шейного сплетения). (Сапин М.Р. «Анатомия человека в 2-х томах», Москва «ГЭОТАР-Медиа» 2015г.)

## Этиология

В настоящее время точные причины развития рака груди окончательно не изучены. Предполагается, что риск развития злокачественной опухоли молочной железы значительно повышается под влиянием некоторых факторов. К ним относят:

1. Возраст женщины. Чем старше женщина, тем выше у нее вероятность столкнуться с раком молочных желез. Так, например, в 25 лет рак встречается крайне редко, тогда как после сорока лет риск значительно увеличивается, достигая своего максимума примерно к 65 годам. После 40 лет каждая женщина должна посещать врача – маммолога два раза в год. Подобная мера позволит выявить заболевание на его ранней стадии.
2. Генетический фактор. Также очень внимательными к своему здоровью должны быть те женщины, в семье которых с раком сталкивался кто-то из близких родственников – мама, бабушка, сестра. Риск в подобных случаях возрастает в два раза.
3. Поздние первые роды. Также уровень риска возникновения раковой опухоли значительно повышают первые роды в возрасте старше 35 лет. Еще больше этот риск повышается в том случае, если женщина, родив ребенка, по каким – либо причинам отказывается от грудного вскармливания.
4. Время начала менструации или климакса. Риск возникновения рака груди значительно выше у тех женщин, у которых первая менструация была слишком рано – раньше 12 лет, либо климакс наступил слишком поздно – позже 55 лет.
5. Имевшие раньше место различные заболевания молочной железы.
6. Аборты и выкидыши.
7. Нарушение нормального гормонального фона, нерегулярный менструальный цикл.
8. Излишняя масса тела, курение, употребление спиртных напитков, стрессы.
9. Излишняя инсоляция.

В том случае, если вы относитесь к группе риска, вам необходимо чаще, чем прочим женщинам, посещать врача – как минимум дважды в год. Выявить наличие злокачественной опухоли молочных желез сможет как гинеколог, так и хирург, так и онколог. Однако только врач – маммолог способен провести максимально полное обследование, в которое входит цитологическое и гистологическое исследование, ультразвуковую диагностику и маммографию. (Преподаватель Лагодич Леонтий Григорьевич, врач-хирург, http://news.moy-vrach.ru/Lekciya14/)

## Патогенез

В молочной железе имеются рецепторы эстрогенов и прогестерона. После окончания месячных снижается прогестерон и пролактин, повышается ЛГ (лютеинизирующий гормон), ФСГ (фолликулостимулирующий гормон), что приводит к созреванию фолликулов. Эстрогены стимулируют пролиферацию эпителия слизистой матки, эпителия протоков молочной железы. ЛГ повышает продукцию прогестерона, стимулирует пролиферацию долек, стимулирует отторжение слизистой матки. Если эстрогены и прогестерон в норме, то клетки в молочной железе подвергаются самоуничтожению.

Если их содержание повышено, то избыток замещается сосудистой тканью, что приводит к фиброзной мастопатии, кистозной мастопатии. Консервативно вылечить мастопатию нельзя, но можно предотвратить ее развитие и прогрессирование.

Из-за пролиферации клеток увеличивается вероятность мутаций.
(Доктор Сакович 2015.09.12 http://optimusmedicus.com/rak/rak-molochnoj-zhelezyetiologiya-patogenez-klassifikaciya/)

## Классификация и стадии РМЖ

Существует несколько видов классификации рака молочных желез, однако большей популярностью из них пользуются два – TNM-метод и гистологический метод классификации.

*Классификация по TNM:*

где **T** – опухоль:

**TX** – когда нельзя дать оценку опухоли;

**T0** – когда данные про опухоль отсутствуют;

**Tis** – carcinoma in situ — рак на месте;

**T1-T4** – изменение в размерах или в площади распространенности первичной опухоли (**T1**<2см; **T2**>2 см до 5 см; **ТЗ**>5 см; **Т4** – опухоль любого размера с прямым распространением на грудную стенку или кожу).

**N** – узел:

**NX** – нет оценки лимфоузлам;

**N0** – нет метастаз в лимфоузлах;

**N1-N3** – увеличение лимфатических узлов (**N1** – смещаемые подмышечные лимфатические узлы; **N2** – фиксированные подмышечные лимфатические узлы, внутренние лимфатические узлы молочной железы; **N3** – подключичные, внутренние и надключичные лимфатические узлы в различных сочетаниях).

**M** – метастазирование

**M0** – нет метастаз;

**M1** – метастазы присутствуют.

*Гистологическая классификация*

Протоковая carcinoma in situ — означает, что раковые клетки не перемещаются на ткани желез, которые находятся рядом. Считается, что эта форма самая ранняя, выявить ее достаточно сложно, так как внешне она практически не проявляется.

Дольковая carcinoma in situ — распространяется по долькам железы, откуда собственно и название. Поражение одновременно двух желез.

Инфильтрирующая протоковая carcinoma – этот вид обозначает наличие небольшой твердой припухлости размером от 1 до 10 см, деформация соска. Раковые клетки способны метастазировать по лимфатическим и кровеносным сосудам.

Инфильтрирующая лобулярная carcinoma – этот вид опухоли встречается у женщин возрастом 45-56 лет. Проявляется в виде уплотнения в верхней части желез. Имеет способность к метастазированию на яичники или матку. Маммографией не всегда может выявить данный вид опухоли.

Злокачественное поражение с признаками воспаления – этот вид опухоли очень легко спутать с маститом, так как симптомы практически одинаковые: повышение температуры, красноватая кожа, наличие уплотнений. Этот вид опухоли молочной железы имеет 3 степень онкологических заболеваний.

Медуллярная carcinoma – этот вид имеет объемное новообразование и четкие границы. Обычно 3-10% из всех случаев – это медуллярная карцинома. (http://onkolog-24.ru/klassifikaciya-raka-molochnoj-zhelezy.html)

**Стадии рака молочной железы**

Существует 4 стадии рака молочной железы, каждая из которых подразделяется на А и Б

**1 стадия** → Опухоль не превышает 2 сантиметров в диаметре и при этом не захватывает лимфатические узлы, расположенные в подмышечной впадине. Окружающую железу клетчатку, раковые клетки не затрагивают, метастазирования не наблюдается. На протяжении пяти лет выживаемость 75- 90%

**2 стадия** → Размеры опухоли при **стадии** **2А** колеблются от 2 до 5 сантиметров. Не прорастает в окружающую подкожную жировую клетчатку и кожу молочной железы. Либо опухоль того же или меньшего размера, прорастающая подкожную жировую клетчатку и спаяна с кожей (вызывает симптомы морщинистости). Регионарные метастазы здесь отсутствуют. **Стадия** **2Б:** размеры опухоли соответствует стадии 2А, но она характеризуется появлением метастазов в подмышечных лимфатических узлах, возможно проникновение метастазов во внутригрудные парастернальные лимфатические узлы. На протяжении пяти лет выживаемость 73 – 85%

**3 стадия** → При **стадии** **3А** опухоль превышает 5 сантиметров в диаметре, прорастает в лимфатические узлы и в мышечный слой под молочной железой (могут наблюдаться выделения из соска, его вытяжение, отечность и изъязвления на коже железы). Региональные метастазы отсутствуют. **Стадия** **3Б:** к этой группе относится опухоль любого размера с множественными подмышечными метастазами - или подключичными, или парастернальными, а также с одиночными надключичными метастазами. На протяжении пяти лет выживаемость 40 – 57%

**4 стадия** → По своему размеру опухоль может быть различна, при этом поражая всю молочную железу и, метастазируя, в другие органы и ткани. На протяжении пяти лет выживаемость менее 1%

Панцирные, рожистоподобные и маститоподобные формы рака молочной железы с самого момента их появления относят не менее чем к третьей стадии рака. При данных формах рака также, как и при раке молочной железы 4 степени, выживаемость пациентов составляет менее 10%, причем из заболевших пять лет не проживает никто. («Энциклопедия заболеваний» http://vlanamed.com/rak-molochnoj-zhelezy/)

## Симптомы РМЖ

Симптомы и признаки рака молочной железы могут быть самыми разнообразными и зависят от формы рака, его величины и степени распространения. К основным признакам рака молочной железы, которые должны насторожить женщину, относятся:

* Появление в молочной железе плотного узелка, расположенного под соском или в любой другой части молочной железы.
* Любое изменение кожи в области молочной железы: сморщенность ограниченного участка кожи груди, утолщение кожи молочной железы (кожа принимает вид лимонной корки), изменение цвета участка кожи (покраснение, посинение, пожелтение), появление небольшой язвочки в области соска или ареолы молочной железы и др.
* Любое изменение контуров молочной железы, которое заметно если посмотреться в зеркало: втяжение какого-либо участка молочной железы, изменение положения, либо втяжение соска, увеличение одной из молочных желез в размерах и пр.
* Увеличение лимфатических узлов в подмышечной области. Увеличенные лимфоузлы могут быть болезненными при ощупывании.
* Выделения из соска при сдавливании. Выделения при раке молочной железы могут быть прозрачными, либо с примесью крови.
* Рак груди может симулировать (копировать) симптомы других заболеваний молочной железы, например, мастита (воспаление молочной железы с покраснением груди, повышением температуры тела и болями в молочной железе), рожистого воспаления (воспалительное заболевание кожи с покраснением, болезненностью в области молочной железы) и др. Именно поэтому любые изменения молочных желез (особенно после 30 лет) должны насторожить и женщину и стать причиной обращения к врачу.

Рак молочной железы на ранних этапах может протекать бессимптомно, поэтому регулярное посещение маммолога поможет выявить заболевание как можно раньше. (Преподаватель Лагодич Леонтий Григорьевич, http://news.moy-vrach.ru/Lekciya14/)

## Диагностика

Наиболее надежный способ обнаружить рак молочной железы - ежемесячная самодиагностика с немедленным обращением к врачу по поводу любой аномалии. Врач в диагностике использует маммографию и биопсию.

Маммография показана женщинам с признаками или симптомами рака молочной железы. Каждой женщине в возрасте между 35 и 39 годами следует сделать маммографические снимки, которые впоследствии будут использоваться как базовые. Женщинам в возрасте от 40 до 49 лет следует проходить маммографическое исследование каждые 1-2 года; женщинам старше 50 лет и тем, у кого в семье были случае заболевания раком молочной железы, следует проходить маммографию ежегодно.

Однако маммография часто дает ошибочные отрицательные результаты. Поэтому врачи часто прибегают к биопсии или отсасыванию содержимого кисты с помощью тонкой иглы. Вместо инвазивной хирургической биопсии может использоваться ультразвуковое исследование, которое позволяет отличить наполненную жидкостью кисту от опухоли.

Информацию о степени метастазирования рака молочной железы получают с помощью сканограмм костных структур, компьютерной томографии, измерения содержания щелочной фосфатазы, исследования функции печени и биопсии печени. (http://www.sanitarka.ru/disease/detail.php?ID=1620)

## Осложнения

Несвоевременное обнаружение и лечение опухоли молочной железы может привести к:

* прогрессированию онкологического процесса (увеличение опухоли в размерах, прорастание в соседние ткани);
* метастазированию (распространение раковых клеток) опухоли в другие органы и системы (чаще всего в лимфатические узлы, печень, легкие, кости);
* кровотечению из опухоли;
* воспалению опухоли и окружающих тканей.

Осложнения, связанные с метастазированием опухоли, проявляются в виде поражения и нарушения функции тех органов и систем организма, в которых обнаруживаются метастазы опухоли.

*Осложнения, связанные с хирургическим лечением:*

* воспаление в зоне послеоперационной раны;
* длительная послеоперационная лимфорея (истечение лимфы);
* лимфатический отек руки.

*Осложнения и последствия химио- и лучевой терапии:*

1. выпадение волос;
2. значительное ухудшение качества жизни;
3. общее недомогание, слабость;
4. тошнота, рвота;
5. возможно появление новых опухолей, спровоцированных действием ионизирующей радиации (например, развитие лейкемии (рак крови)).
6. лучевой дерматит
7. радиационный пневмонит
8. Лучевые язвы, развивающиеся на коже молочной железы

(http://lookmedbook.ru/disease/rak-molochnoy-zhelezy-)

## Лечение

1. ***Хирургическое лечение.***

Оно стоит на лидирующих позициях в лечении рака молочной железы.

* Мастэктомия.
Удаление малой, (а в некоторых случаях и большой) грудной мышцы молочной железы, пораженной раком. Также могут быть удалены лимфатические узлы, находящиеся в районе грудины.
* Секторальная резекция молочной железы.

Позволяет сохранить молочную железу, поскольку удаляется только часть грудных мышц, пораженных опухолью. При секторальной резекции достаточно высок риск возникновения рецидивов. Поэтому после такой операции обычно назначают лучевую терапию.

1. ***Лучевая терапия.***

В лечении рака молочной железы применяется для предотвращения рецидивов в послеоперационный период. Лучевая терапия в предоперационный период призвана снизить степень злокачественности опухоли. (Ганцев Ш.X. «Онкология Учебник для студентов медицинских вузов» Москва, «МИА», 2006г.)

В ряде случаев используется контактный способ лучевой терапии. Радиоактивный источник распо­лагают в непосредственной близости от опухоли:

* *аппликационный метод лечения*заключается в прикладывании к наиболее поверхностно расположенным опухолям (кожа, роговица глаза и т. д.) пластинок из вещества, являющегося источником излучения (стронций, кобальт, цезий и др.);
* *внутриполостной метод лечения* **—** подведение к опухоли радиоактивного источника, расположен­ного в полом органе. Источник в виде цилиндров, шариков и прочих форм вводится в просвет органа и оставляется там на определенное время. Затем — извлекается. Этот метод используется для лечения рака шейки и тела матки, прямой кишки, мочевого пузыря. Иногда радиоактивные элементы *в* виде коллоидных растворов вводят в полые органы (мочевой пузырь, матку) или полости организма (плевральную, брюшную);
* *дистанционный метод лучевой терапии*применяется при глубоко расположенной злокачественной опухоли. Свое название метод получил из-за того, что источник лучевой энергии находится на определенном расстоянии от пациента. Источник облучения обеспечивает глубокое проникновение излучения и равномерность его поглощения тканями. Лечение проводится на специальных, предусматривающих высокую степень радиационной защиты, аппаратах. (Чернова О.В. «Уход за онкологическими больными», серия «Медицина для вас», Ростов н/Д «Феникс», 2002 г.)
1. ***Химиотерапия.***

Направлена на блокирование распространения метастазов опухоли молочной железы. Химиотерапия во многих случаях помогает понизить стадию рака молочной железы, также улучшает результаты операций и способствует осуществлению контроля за симптомами болезни. Длительность курса химиотерапии при раке молочной железы составляет 14 дней. Повторять курс необходимо каждый месяц.

1. ***Гормонотерапия***.

Эстрогены играют огромную роль в течении рака молочной железы. Именно поэтому гормональная терапия играет заметную роль в лечении.

1. ***Иммунотерапия***.

Поскольку в процессе химио- и лучевой терапии, а особенно при хирургическом вмешательстве иммунологический статус организма понижается, то иммунотерапия призвана повысить защитные силы организма. Для этого применяются различные иммуномодуляторы. (Ганцев Ш.X. «Онкология Учебник для студентов медицинских вузов» Москва, «МИА», 2006 г.)

# ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

## Наблюдение из практики №1

Пациентка М. 46 лет поступила в отделение хирургии с онкологическими койками с диагнозом рак молочной железы T4 N1 M0. Жалобы на момент курации: не предъявляет.

*История заболевания*:

Опухоль обнаружила около 1 месяца тому назад, обратилась в ЛПУ по месту жительства, была направлена в ООД. При пункции – раковые клетки, была госпитализирована в отделение хирургии с онкологическими койками для обследования и хирургического лечения.

*Предварительный диагноз:* Был поставлен диагноз – рак правой молочной железы. После сбора анамнеза жизни больной, истории заболевания и осмотра молочных желез диагноз: Cancer mamae sin T4 N1 M0.

Больной 46 лет. Хронических заболеваний нет. Опухоль размером 8 см в диаметре на границе верхних квадрантов левой молочной железы, безболезненная, не подвижная. Согласие на операцию больная дала.

*Лечение оперативное:*

Мастэктомия по Madden (по Маденну) под эндотрахеальным наркозом: лепесткообразным разрезом окаймлена левая молочная железа. Кожа широко отсепарована в стороны. Молочная железа удалена единым блоком с клетчаткой и лимфатическими узлами: подмышечные, подключичные.

***Сестринский процесс после мастэктомии***

**Первый этап – обследование пациента:**

*Состояние больного после мастэктомии*

Состояние средней тяжести. Сознание спутанное. Положение в постели вынужденно на спине. Температура 36.8°С.

Мышечная сила на оперируемой стороне менее развита. Пассивные и активные движения: ограничение активных движений правой руки на оперируемой стороне. В связи с удалением значительного по размерам кожного лоскута и жировой клетчатки с лимфоузлами подмышечной области.

С правой стороны на оперированное место наложена асептическая повязка и установлена дренажная трубка с вакуумным резервуаром «гармошка». Дренаж необходим для устранения остатков раневой жидкости, а также устранить из нее лимфу, которая неизбежно скапливается в ране. Левая молочная железа без патологии.

Дыхание в норме. Давление: 130/80, ЧСС: 80 уд./мин.

**Второй этап – установление проблем пациента**

Таблица 4. Проблемы пациента

|  |  |
| --- | --- |
| **Проблема пациента** | **Причины проблемы**  |
| Невозможность осуществления самоухода | Связанная со слабостью, и тугоподвижностью руки, и наложением швов (нельзя мыться) |
| Нарушение комфортного состояния: | Из-за установки дренажа |
| Тугоподвижность плечевого сустава, Риск возникновения отека. | В связи с удалением значительного по размерам кожного лоскута и сопутствующих болевых ощущений |
| Страх двигаться | В связи с раной и наложенных швов |
| Заниженная самооценка | В связи с удалением молочной железы |
| Риск инфицирования  | В связи с неправильным уходом за дренажом и послеоперационной раной |
| Риск возникновения пролежней | В связи с неправильным уходом за дренажом |
| Слабость, озноб | Послеоперационный период |
| Боли в области послеоперационной раны | Послеоперационный период |
| Чувство стыда за внешний вид | В связи с мастэктомии |

**Третий этап – определение целей сестринского ухода:**

1. Тугоподвижность плечевого сустава уменьшится на третий день;
2. Страх двигаться исчезнет на 2-3 день;
3. Пациент сможет осуществлять самоуход к моменту выписки;
4. Сознания восстановиться через 2 часа;
5. Ощущения боли купируется через 30 минут;
6. Слабость и озноб исчезнут через 30 минут.

**Четвертый этап – планирование объема сестринского вмешательства:**

1. Объяснить пациенту причину появление болей и ограничения подвижности в руке на оперированной стороне.
2. Приготовить лекарственные средства для купирования боли.
3. По назначению врача ввести лекарственные вещества.
4. Обучить пациента комплексу ЛФК для уменьшения тугоподвижности руки и уменьшению страха двигаться.
5. Укрыть пациента одеялом для уменьшения озноба.
6. Положить пузырь со льдом для уменьшения боли на послеоперационную рану.
7. Успокоить пациента, рассказать о методах реконструкции молочной железы. Предотвращение чувства стыда за свой внешний вид.
8. Произвести перевязку послеоперационной раны для профилактики инфекции.
9. Осуществить уход за дренажом для профилактики инфекции.

*Техника выполнения ухода за дренажом:*

* + Надеть перчатки.
	+ Пережать дренажную трубку выше емкости.
	+ Подложить под место соединения трубки с емкостью марлевую салфетку или шарик.
	+ Вращательными движениями осторожно отсоединить емкость с жидкостью от трубки.
	+ Вылить содержимое емкости в мерную колбу.
	+ Путем сжатия выпустить воздух из емкости над сосудом с дезинфицирующим раствором и в таком виде присоединить емкость к концу дренажной трубки.
	+ Снять зажим.
	+ Мерную колбу с содержимым поместить в дезинфицирующий раствор и обработать.
	+ Снять перчатки и поместить в дезинфицирующий раствор.
	+ Сделать в листе сестринского наблюдения за больным запись о количестве и характере отделяемого из раны.

*Примечание.* Емкость освобождается по мере ее заполнения. Дренаж убирается по назначению врача через 3-7, для профилактики образования пролежней, и когда количество скапливаемой жидкости становится не более 50 мл. в сутки.

**Пятый этап – оценка результата**

Пациент отмечает улучшение состояние здоровья на конец первой недели.

Пациент понимание причину тугоподвижности плечевого сустава и значения ЛФК для предупреждения прогрессирования тугоподвижности и появления отеков. На момент выписки пациент знает, как ухаживать за послеоперационной раной. Проинформирован о мерах профилактики возникновения рецидивов заболевания. Цель достигнута.

## Наблюдение из практики №2

Пациентка Е. 50 лет, поступила в отделение хирургии с онкологическими койками Больная предъявляет жалобы на опухолевидное образование в левой молочной железе, безболезненное, обнаружила случайно. В последнее время присоединились болевые ощущения и отечность молочной железы к вечеру.

Обе молочных железы атипичной формы, выделений нет. По границе верхних квадрантов молочной железы пальпируется опухолевидное образование 2х2,5 см, плотное, без четких границ. Лимфоузлы не увеличены. Правая молочная железа без особенностей. Соски не втянуты.

*Клинический диагноз:* Узловая форма фиброзно-кистозной мастопатии левой молочной железы, 1б клиническая группа.

Показанием к операции у больной Е. является узловая форма фиброзно-кистозной мастопатии. На границе верхних квадрантов левой молочной железы опухолевидное образование 2х2,5 см, плотной консистенции, без четких границ. Лимфоузлы не увеличены. Предполагается секторальная резекция под местной анестезией. Противопоказаний нет. Согласие получено.

*Операция*: секторальная резекция левой молочной железы

**Предоперационная подготовка пациента**

*Подготовка к плановой операции*:

1. Психологическая подготовка (разговор). Объяснить ход операции, особенности и причину хирургического вмешательства.
2. Очистительная клизма.
3. Подготовка операционного поля.
4. Осмотр анестезиологом.
5. Объём премедикации назначает анестезиолог.
6. Постановка мочевой катетера. (При секторальной резекции это не обязательно).
7. Обеспечение венозного доступа.

Согласие пациента или родственника. Если нет родственников, должно быть описано в ИБ

*Этапы операции:*

1. Укладывание пациента на стол. При секторальной резекции положение пациента горизонтальное на спине, для обеспечения свободного доступ к молочной железе.
2. Обработка операционного поля.
3. Обезболивание.
4. Анестезия.
5. Оперативный доступ – это разрез и обнажение органов и тканей.
6. Оперативный прием – проведение операции.
7. Завершающий этап – наложение швов и дренирование (при секторальной резекции, обычно, дренирование не делается).

Послеоперационный период – время с момента окончания операции, до восстановления трудоспособности пациента. Этот период может длиться от нескольких дней, до нескольких месяцев. Различают ближайшие и отдаленные этапы послеоперационного периода.

***Ближайший этап*** с момента окончании операции, до выписки из стационара. Начинается с транспортировки больных из операционной в послеоперационной палаты, проводиться под руководством врача анестезиолога или сестры анестезиста. При перевозке, голову пациента необходимо повернуть набок или ввести воздуховод, для профилактики затруднения дыхания и западения языка.

В послеоперационной палате – больных наблюдают лечащий врач и анестезиолог-реаниматолог. Медсестра находиться непосредственно в палате, где она проводит инфузионную терапию, чаще через катетер подключичной вене или браунюлю установленную на руке. Проводят оксигенотерапию, через носовые катетеры, подключают контрольно-диагностическую аппаратуру, вводят мягкий катетер в мочевой пузырь. Измеряют АД, температуру и водный баланс. При стабильном состоянии пациента, переводят в хирургическое отделение, где он находится до снятия швов и выписки.

Послеоперационный период может быть осложненным и неосложненным. После секторальной резекции осложнения возникают редко. В основном это осложнения со стороны операционной раны. Также могут быть и другие осложнения:

*Со стороны дыхания:*

1. После операционная пневмония. – самое частое осложнение – развивается на 2-6 сутки после операции. Причина: нарушение дренажной функции (боли). Нарушение вентиляции легких после наркоза, ВБИ. Для профилактики дыхательных осложнений. Профилактика: адекватное обезболивание, не переохлаждать, тщательный уход, гимнастика, массаж, ингаляции, по назначению врача – антибиотики.
2. Плеврит.
3. Актеликтаз (спадение участка легочной ткани).

*Осложнения со стороны операционных ран*:

1. Кровотечения – причины могут быть соскальзывание лигатуры с сосуда, повреждение сосудистой стенки, изменение АД. При кровотечениях необходимо вызвать врача положить пузырь со льдом на область раны, приготовить кровоостанавливающие (Дицинон, хлористокальций, гипертонический раствор хлорида натрия). Если кровотечение не останавливаются делают повторную операцию или ревизию раны.
2. Гематомы.
3. Инфильтраты.
4. Нагноения – производиться снятия швов, вскрытие и дренирование очага, назначают антибактериальную терапию и физиотерапию. Поздние нагноения через 8-15 и более дней в области послеоперационного шва развивается инфицирование шовного материала, которое может привести к развитию свищей. Для профилактики раневой инфекции, следует соблюдать правила асептики и антисептики и бережно обращаться с тканями при перевязке.
5. Расхождение швов раны – показана срочная операция.

Уход за хирургическими больными:

Главная задача медсестры уменьшить боли, помочь в выздоровлении и восстановлении нормальной жизнедеятельности пациента.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Работа в медицине подразумевает ответственность за жизнь людей. Нужно не только помочь пациенту, но и, в первую очередь, не навредить.

Изучив теоретические вопросы рака молочной железы, проанализировав наблюдения из практики, можно прийти к заключению, что цель работы достигнута.

Осуществляя сестринский процесс, медицинская сестра должна быть коммуникабельной, чтобы выявлять нарушенные потребности и проблемы пациента, уметь оценить способность пациента к самоуходу. У пациентов с одинаковыми диагнозами важен каждый этап ухода и до операции, и после операции, что продемонстрировано в практических наблюдениях. Поэтому каждый пациент нуждается в индивидуальном подходе.

При раке молочной железы у пациентов нередко возникают психологические проблемы (чувства страха, стыда, депрессии), поэтому медсестра в данной ситуации должна действовать профессионально, быть предельно внимательной и чуткой к пациенту, относиться с пониманием к его состоянию и максимально успокоить и объяснить, что данное заболевание можно вылечить и скорректировать внешние дефекты. В этом и заключается особенность сестринского процесса при раке молочной железы.

С момента установления диагноза медсестре необходимо дать больному подробную информацию о сути заболевания, причинах возникновения, об основных методах лечения, об осложнениях, которые могут возникать в процессе лечения, методах самоконтроля, чтобы предотвратить рецидив.

Работа над курсовой помогла закрепить теоретические знания и применить практические умения и навыки при осуществлении сестринского процесса. Был получен бесценный опыт для работы по профессии.

Работа выполнена полностью. Цель достигнута. Задача решена.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ

1. Чиссова В.И. «Онкология учебник с компакт диском», Москва «ГЭОТАР-Медиа» 2007г
2. Синельников Р.Д., Синельников Я.Р. «Атлас анатомии человека в 4 томах», Москва «Новая волна» 2014г.
3. Рак молочной железы, учебное пособие, Рязань, 2002г.
4. Чернова О.В. «Уход за онкологическими больными», серия «Медицина для вас», Ростов н/Д «Феникс», 2002г.
5. Ганцев Ш.X. «Онкология Учебник для студентов медицинских вузов» Москва, «МИА», 2006 г.
6. Алёна Жукова, «Медицинская газета», http://www.mgzt.ru/content/рмж-под-прицелом
7. Преподаватель Лагодич Леонтий Григорьевич, врач-хирург http://news.moy-vrach.ru/Lekciya14/
8. «Медицинская библиотека» http://medicinskaya-biblioteka.ru/propedevtika-vnutrennih-boleznej/sbornik-nauchnyh-statej/289-sestrinskiy-process-pri-uhode-za-bolnymi-s-rakom-molochnoy-zhelezy.html
9. «Энциклопедия заболеваний» http://vlanamed.com/rak-molochnoj-zhelezy/
10. Доктор Сакович 12.09.2015 http://optimusmedicus.com/rak/rak-molochnoj-zhelezyetiologiya-patogenez-klassifikaciya/
11. Российский онкологический портал http://www.oncoforum.ru/o-rake/statistika-raka/statistika-raka-molochnykh-zhelez-v-mire-i-rossii.html
12. http://lookmedbook.ru/disease/rak-molochnoy-zhelezy-
13. http://onkolog-24.ru/klassifikaciya-raka-molochnoj-zhelezy.html
14. http://www.sanitarka.ru/disease/detail.php?ID=1620