Ведение

Рак молочной железы (РМЖ) - одно из наиболее распространенных злокачественных новообразований у женщин. В настоящее время эту форму рака повсеместно наиболее часто регистрируют. Так, в мире ежегодно выявляют около 1 млн новых случаев РМЖ. Заболеваемость данной патологией растет и становится одной из главных причин смертности женщин среднего возраста в экономически развитых странах. По данным последнего анализа исследования Women's Health Initiative, 31% женщин во всем мире умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, 2,8% - от РМЖ, 2,8% - от переломов шейки бедра, и на все эти показатели влияет заместительная гормонотерапия. Результаты Women's Health Initiative свидетельствуют, что риск РМЖ на фоне применения моноэстрогенов (0,77) ниже, чем при заместительной гормональной терапии с прогестероновым компонентом (1,26). Первый пик заболеваемости РМЖ приходится на 30-40 лет (80-100 на 100 тыс. женщин), второй - на возраст старше 65 лет (250 на 100 тыс. женщин). Чем старше женщина, тем выше риск РМЖ.

Заболеваемость РМЖ высока практически во всех развитых странах мира, кроме Японии, и низка в странах Африки, Азии и Южной Америки. Ежегодно выявляется до 180 тыс. случаев РМЖ в

Европе и 130 тыс. - в Северной Америке. Наиболее высокие стандартизованные показатели зафиксированы в Австралии (101 случай на 100 тыс. женского населения), в США среди белого населения (92,1), Швейцарии (97), Израиле среди еврейского населения (87,1). Наименьшее же число слу-чаев приходится на Японию, Индию и страны Африки (15-20 случаев па 100 тыс. женского населения) (Заридзе Д.Г., 2002).

По данным Всемирной организации здравоохранения, за последние 20 лет заболеваемость РМЖ удвоилась главным образом за счет его вы-явления улиц молодого и среднего возраста. Наибольший прирост отмечается в Канаде, США, Швеции, Испании, Финляндии и составляет 4-6% ежегодно. В Китае данный показатель составил 5%. Рост заболеваемости связывается как с истинным увеличением числа заболевших, гак и с улучшением диагностики этой патологии. Наименьший прирост зафиксирован в Дании и Норвегии (1-2% ежегодно).

В России в структуре онкологической заболеваемости женского населения РМЖ прочно удерживает лидирующую позицию. Продолжающийся рост числа новых случаев данной патологии лишь увеличивает ее вклад в онкологическую заболеваемость. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения РФ в 2012 г. на долю РМЖ приходилось 20,7%. Заболеваемость РМЖ возросла с 60,22 на 100 тыс. населения (2002 г., «грубые показатели») до 76,74 в 2012 г., со среднегодовым темпом прироста 2,51%. Абсолютное число впервые в жизни установленных диагнозов злокачественного новообразования молочной железы возросло с 45 857 случаев в 2002 г. до 59 037 случаев в 2012 г. (Каприн А.Д. и др., 2014).

Смертность от РМЖ возросла в РФ с 28,73 на 100 тыс. населения (2002 г., «грубые показатели») до 29,81 на 100 тыс. населения в 2012 г. со среднегодовым темпом прироста 0,48% и с приростом показателя - 4,89%. Абсолютное число умерших от РМЖ увеличилось в РФ с 21 873 в 2002 г. до 22 936 в 2012 г., достигнув 17,1% в структуре смертности (Каприн А.Д. и др., 2014).

В отличие от неблагоприятной тенденции, наблюдаемой в динамике заболеваемости РМЖ, смертность от этой патологии в последнее десятилетие характеризуется достаточно стабильными стандартизованными показателями, что указывает на определенные успехи в диагностике и лечении данного вида онкологической патологии. Несмотря на это, в структуре смертности, как и в случае заболеваемости, РМЖ в РФ продолжает занимать первое ранговое место.

Рак молочной железы

рак молочной реабилитационный маммография

Выделяют: спорадический рак (около 65% всех опухолей); ведущая роль в его этиологии отводится воздействию эстрогенов; семейный рак (около 25% опухолей); наличие РМЖ у матерей, сестер и дочерей повышает риск заболевания в 9 раз; генетический рак (около 10% всех опухолей), характеризующийся аутосомно-доминантным типом наследования, ранним возрастом возникновения, вертикальной передачей как с материнской, так и с отцовской стороны. В основе лежат мутации генов BRCA 1/2, р53, pTEN, СНЕК2 и др.

Симптомы РМЖ: уплотнение или узел, часто -болезненные; кровянистые выделения из соска; изменение размеров или контуров железы, втяжение соска; покраснение, отечность или изъязвление кожи молочной железы (МЖ). На рис. 1 показаны строение МЖ и ее поражения опухолью.

Клетки протокового рака разрушают стенку протока и распространяются в окружающие ткани. При инвазивном дольковом раке его клетки разрушают стенки дольки железы. На рис. 1 показана частота поражения разных квадрантов МЖ.



Рис. 1 Частота поражения квадрантов ЛЖ



Рис. 2 Молочная железа (схематично); а - строение МЖ; б - неинвазивный протоковый рак; в - инвазивный прото-ковый рак; г - инвазивный дольковый рак. Обозначения: А - протоки; В -дольки; С - расширение протоков (депо молока); D - сосок; Е - жировая клетчатка; F - большая грудная мышца; G -грудная стенка/ребра

Важнейшие факторы риска:

* генетический фактор: мутации генов BRCA-1 и BRCA-2 обусловливают раннее начало заболевания, а также риск возникновения рака второй железы у этих больных (до 46%);
* семейный анамнез (РМЖ у близких родственников);
* состояние репродуктивной сферы: риск повышается на 40%, если 1-я беременность и роды были после 30 лет, при наличии в анамнезе большого числа абортов, особенно до 1-х родов, отсутствие лактации;
* фиброзно-кистозная болезнь с атипической пролиферацией эпителия.

Второстепенные факторы риска:

* пол: соотношение мужчин и женщин -1:100;
* возраст 65-75 лет (лишь 10% у женщин до 30 лет);
* репродуктивный статус: раннее менархе и поздняя менопауза увеличивают риск в 2,5 раза);
* гормональные факторы: риск увеличивается при продолжительном (более 10 лет) приеме оральных дифазных контрацептивов, заместительной гормонотерапии, экстракорпоральном оплодотворении;
* онкологическая патология генитальной сферы (рак яичников или эндометрия) увеличивают риск более чем в 2 раза;
* эндокринная патология (гипотиреоз, сахарный диабет, ожирение, аденома гипофиза, заболевания надпочечников и др.);
* психотравмирующие ситуации;
* пища с высоким содержанием жирных кислот;

ожирение в постменопаузе.

Существуют факторы, снижающие риск возникновения РМЖ. Это - ранние 1-е роды; регулярные осмотры специалистов; адекватное кормление грудью; низкокалорийная диета; отсутствие абортов; регулярная половая жизнь; своевременная коррекция дисгормональных гиперплазии МЖ. Для женщин, входящих в группу риска, обязательны ежегодное обследование у маммолога, начиная с 20-летнего возраста, ежегодное УЗИ МЖ, маммография -1 раз в 2-3 года до 40 лет и ежегодно с 40 лет.

Клинически РМЖ проявляется опухолевым узлом в МЖ, увеличением или уменьшением размеров МЖ, втяжением кожи над опухолью, кровянистыми выделениями из соска, втяжением соска, увеличением подмышечных лимфатических узлов, отеком и(или) покраснением кожи соска и ареолы.

Рак Педжета имеет особое строение, развивается из эпителия сосков, распространяется на ареолу и кожу. На поздних стадиях опухоль становится инвазивной и протекает как обычная карцинома.

Отечно-инфильтративный РМЖ (воспалительная, рожеподобная, маститоподобная формы) характеризуется отеком, диффузным утолщением, гиперемией и гипертермией кожи. При первичной отечно-инфильтративной форме опухолевый узел в МЖ не определяется, при вторичной наблюдаются отек и гиперемия кожи, а также опухолевый узел в МЖ.

В России около 80% опухолей МЖ женщины обнаруживают самостоятельно, поэтому ежемесячное самообследование рекомендуется проводить всем женщинам, начиная с 20 лет.

Диагностический алгоритм при РМЖ включает в себя сбор анамнеза, осмотр, пальпацию МЖ и регионарных зон, УЗИ МЖ и регионарных зон, маммографию, магнитно-резонансную томографию - МРТ, изотопное исследование.

Маммография

Для исследования МЖ используется низко-дозная рентгеновская установка. При цифровой маммографии рентгеновское изображение заменяется изображением, полученным с помощью твердотельных детекторов, преобразующих рентгеновские лучи в электрические сигналы. Эти сигналы используются для построения изображений, которые можно посмотреть на экране компьютера (аналогично цифровым камерам). Маммография может показать изменения в МЖ за 2 года до их определения врачом клинически.

Маммография выполняется в двух проекциях - прямой и боковой, при необходимости - с прицельным увеличением. Она рекомендована всем пациенткам старше 40 лет, а пациенткам моложе 40 лет - при сомнительной ультразвуковой картине.

Маммографические признаки наличия злокачественного новообразования - звездчатый узел с тяжами в окружающие ткани, кальцинаты, отек кожи.

Преимущества и недостатки маммографии. Преимущества: высокая чувствительность и возможность выявлять 85-90% случаев РМЖ; обнаруживать микрокальцинаты размером до 0,5 мм; выявлять опухоль за 2 года до того, как она будет определяться пальпацией; безопасный, эффективный, неинвазивный метод обследования МЖ; низкий уровень рентгеновского облучения при высокой эффективности.

Недостатки: меньшая эффективность при выявлении объемных образований у женщин моложе 30 лет из-за более высокой плотности МЖ в этом возрасте; дискомфорт при проведении процедуры, вызванный сдавлением МЖ; не подходит женщинам с силиконовыми имплантатами; требуется проявление снимков: результат нельзя получить сразу; отрицательный результат не обязательно указывает на отсутствие рака.

Ультразвуковое исследование. Преимущества и недостатки УЗИ. Преимущества: безопасный, неинвазивный метод обследования МЖ; отсутствие рентгеновского облучения; изображение получается сразу; возможность различить кисты и солидные опухоли; возможность применения при биопсии.

Недостатки: не обладает такой детальностью, как маммография; не позволяет выявлять мелкие кальцинаты; иногда дает ложные результаты; только опытный врач сможет установить надежный результат.

Маммография и УЗИ - методы, дополняющие друг друга.

Таким образом, РМЖ - весьма распространенное заболевание. Поэтому необходима онкологическая настороженность и врачей, и пациентов. Но сегодня такой диагноз нельзя считать фатальным.

Лечение рака молочной железы

Лечение рака молочной железы должно быть своевременным, рациональным, последовательным, адекватным, перспективным, этапным и комплексным. Эффективность его зависит прежде всего от временного фактора, а именно: чем раньше женщина придет со своими бедами к врачу, тем быстрее, качественнее и эффективнее будет лечение, тем самым будет спасена человеческая жизнь, а в семью вернутся радость, мир и покой. И только взаимный контакт с лечащими врачами, полное доверие и взаимопонимание, выполнение всех медицинских требований и рекомендаций помогут женщине вернуть свое здоровье.

Что является главным в предупреждении рака молочной железы?

Конечно же, здоровый образ жизни является самым важным в профилактике злокачественных опухолей, поскольку он повышает сопротивляемость женского организма к вредным факторам, в том числе и к тем, которые способствуют развитию злокачественных опухолей молочной железы.

Участие в проведении реабилитационных мероприятий после мастэктомии

Удаление молочной железы тяжело переживает любая женщина. С одной стороны, операция необходима для продления жизни, с другой - сама жизнь изменяется настолько стремительно, что необходимо время для того, чтобы научиться жить в новой ситуации, найти увлечения, захотеть нравиться. Иногда в результате радикального лечения женщину оставляет муж или близкий мужчина, что значительно ухудшает ее психоэмоциональное состояние.

После операции в организме возникают анатомо-физиологическис нарушения, которые могут привести к потере трудоспособности. Основные осложнения радикальной мастэктомии - лимфатический отек руки и ее неподвижность. Их профилактика должна начинаться на 2-3-й день после операции - в раннем послеоперационном периоде. Это могут быть щадящие упражнения, выполняемые по 4-6 раз медленно и осторожно. Комплексы таких упражнений имеются в онкологических отделениях больниц. Медсестра должна в беседе с больной обсудить важность этих упражнений и сформировать мотивацию к их выполнению у пациентки.

При выписке пациентка должна получить рекомендации по щадящему обращению с рукой на прооперированной стороне:

· ограничить в первое время нагрузку на руку со стороны операции;

· спать на спине или на боку, противоположном прооперированной стороне, чтобы своим весом не сдавливать сосуды на травмированной руке;

· больную руку в постели уложить на подушку, чтобы она была приподнята. Это нормализует отток лимфы;

· избегать любой работы, связанной с длительным наклонным положением с опушенными руками, чтобы препятствовать застою лимфы в сосудах руки;

· не рекомендуется делать инъекции, сдавать кровь, измерять артериальное давление на руке со стороны операции,

· носить на ней плотно обхватывающие кольца, часы и браслеты.

Чтобы по возможности избежать рецидива рака молочной железы, пациентке необходимо соблюдать следующие рекомендации:

Ш регулярно проходить профилактические осмотры;

Ш соблюдать режим дня, спать не менее 8 ч при открытом окне;

Ш чаще бывать на природе: отдых на даче, прогулки в лесу;

Ш скорректировать питание, есть больше овощей и фруктов,

Ш принимать поливитамины;

Ш сбросить лишний вес и поддерживать его в норме;

Ш заниматься лечебной физкультурой;

Ш уделять внимание своей внешности - приобрести силиконовый протез, носить лучше вещи свободного покроя, скрывающие дефект, использовать косынки и шарфики как украшение, маскирующее дефект груди;

Ш стараться избегать психоэмоциональных перегрузок;

Ш не замыкаться в себе, давать возможность близким помочь.

Заключение

РМЖ - одно из наиболее распространенных злокачественных новообразований у женщин. В настоящее время эту форму рака повсеместно наиболее часто регистрируют. Так, в мире ежегодно выявляют около 1 млн новых случаев РМЖ. Заболеваемость данной патологией растет и становится одной из главных причин смертности женщин среднего возраста в экономически развитых странах.

В России в структуре онкологической заболеваемости женского населения РМЖ прочно удерживает лидирующую позицию. Продолжающийся рост числа новых случаев данной патологии лишь увеличивает ее вклад в онкологическую заболеваемость.

Таким образом, РМЖ - весьма распространенное заболевание. Поэтому необходима онкологическая настороженность и врачей, и пациентов. Но сегодня такой диагноз нельзя считать фатальным.

Удаление молочной железы тяжело переживает любая женщина. С одной стороны, операция необходима для продления жизни, с другой - сама жизнь изменяется настолько стремительно, что необходимо время для того, чтобы научиться жить в новой ситуации, найти увлечения, захотеть нравиться.

Литература

1. «Основы ухода за хирургическими больными А. А. Глухов, А. А. Андреев Москва 2015г.

. «Организация специализированного сестринского ухода» под редакцией З. Е. Сопиной Москва 2013г.

. Журнал «Медицинская сестра» №1 2015г.

. «Сестринская помощь онкологическим больным» Санкт Петербург 2016г.

. «Организация специализированного сестринского ухода» под редакцией З. Е. Сопиной Москва 2013г.