

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/101396>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Сестринское дело

ОГЛАВЛЕНИЕ

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ СОКРАЩЕНИЯ 3

ВВЕДЕНИЕ 5

ГЛАВА 1. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СЕСТРИНСКИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ УХОД 7

Эпидемиология и этиология рака молочной железы 7

1.2 Классификация рака молочной железы 10

1.3 Диагностика, клиника и лечение 11

1.4 Профилактика и диспансеризация пациентов 23

1.5 Уход в раннем послеоперационном периоде 24

1.6 Уход в позднем послеоперационном периоде 28

ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ 30

ГЛАВА 2. СИТУАЦИОННО-ОБОСНОВАННЫЙ СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ГБУЗ ЛО ЛОМОНОСОВСКАЯ МЕЖРАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. И.Н. ЮДЧЕНКО 32

2.1 Характеристика базы исследования 32

2.2 Методика исследования 32

2.3 Статистический анализ распространенности рака молочной железы в Ломоносовском районе Ленинградской области 33

2.4 Клинические наблюдения и сестринский уход 35

ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ 43

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 44

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 47

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 48

П Р И Л О Ж Е Н И Я 52

- Гистологическое и ИГХ-исследование биопсийного материала (гистологический вариант; степень дифференцировки; РЭ/РП (в %, интенсивность окрашивания, предпочтительна ИГХ)); HER2 (при спорном результате – амплификация гена FISH или CISH);
 - Гистологическое и ИГХ-исследование операционного гистологического материала: гистологическое строение опухоли; степень дифференцировки опухоли; цитологическое исследование пунктата из опухоли и ЛУ.
 - Генетическое тестирование при отягощенном наследственном анамнез (РМЖ у 2 близких родственников), женщина моложе 50 лет; первично-множественный РМЖ; у мужчины - рак грудной железы.
- Клиника РМЖ. Местная клиническая симптоматика рака молочной железы зависит от формы опухоли. Узловая форма. При данной форме пальпируется узел плотной консистенции, безболезненный, с неровной поверхностью и нечеткими контурами опухоли. Симптом Кенига – опухоль не исчезает при переводе пациентки из положения, сидя в положение лежа.
- Морщинистость кожи над опухолью может появляться уже на ранних стадиях РМЖ. Этот симптом указывает на то, что опухоль растет наиболее интенсивно по направлению к коже, прорастая жировую клетчатку и расположенные в ней соединительнотканые связки.
- По мере увеличения размера опухоли происходит втяжение кожи – симптом "умбиликации". Симптом "лимонной корки" является признаком распространения опухолевого процесса в глубоких кожных лимфатических щелях. В этом случае появляется отек железы, а на коже над опухолью заметно выступают поры потовых желез.
- Полная неподвижность опухолевого образования свидетельствует о значительной степени её прорастания в грудную стенку (симптом Пайра). Для определения связи опухоли с соском молочной железы его фиксируют пальцами одной руки, а пальцами другой руки (плашмя) опухоль прижимают к грудной стенке.

При смещении соска молочной железы опухоль остается неподвижной, следовательно, связи с соском не имеется. Если опухоль смещается вместе со смещаемым соском, имеется прорастание и инфильтрация протоков (симптом Пибрама).

Деформация соска, его втяжение вовнутрь выявляются при явном распространении опухоли по протокам. Вследствие эмболии раковыми клетками субареолярного лимфатического сплетения появляется отек кожи ареолы и соска.

Диффузные формы. Различают отечно-инфильтративную форму, воспалительную (маститоподобный, рожистоподобный РМЖ), панцирный рак, рак Педжета.

1. Отечно-инфильтративная форма чаще развивается у женщин молодого возраста в период беременности и лактации. Клиническое течение острое. Боль отсутствует. Быстро увеличиваются размеры уплотненного узла молочной железы. Характерен отек ткани молочной железы и кожи в результате распространения раковых клеток по внутрикожным лимфатическим сосудам и внутридольковым лимфатическим щелям. В регионарных лимфоузлах рано появляются метастазы.

2. Воспалительный (маститоподобный) рак молочной железы также чаще развивается у молодых женщин, беременных и кормящих грудью матерей. Патология проявляется подъемом температуры тела, увеличением и уплотнением отдельного участка или всей молочной железы, отеком и гиперемией кожи. Процесс быстро прогрессирует, и рано появляются метастазы.

3. Рожистоподобный (эризипеллоидный) рак проявляется уплотнением молочной железы, ее инфильтрацией и местным повышением температуры, покраснением кожи в виде пятна с неровными, языкообразными краями, наподобие рожистого воспаления. Опухоль не выявляется при пальпации. Раковые клетки распространяются преимущественно по внутрикожным лимфатическим сосудам (раковый лимфангиит).

4. Панцирный рак. При данной форме рака наблюдается плотная инфильтрация кожи над молочной железой. Раковые клетки распространяются на железистую ткань, кожу и подкожную жировую клетчатку молочной железы. Она уменьшена в размерах, подвижность ограничена, кожа над железой уплотнена, поверхность кожи неровная, напоминающая панцирь. Иногда в процесс может быть вовлечена и вторая молочная железа.

5. Рак соска молочной железы, (болезнь Педжета, удельный вес 3-5 %) – поверхностный рак соска и ареолы молочной железы, проявляется гиперкератозом из-за интрадермального роста опухоли, и экземоподобными изменениями кожи с участками изъязвления. При обследовании молочной железы выявляют трудно отличимое от истинной экземы экземоподобное поражение кожи, которое сопровождается зудом и гиперемией, мокнущий сосок и образование корочек, поверхностных кровотокающих язвочек. Появляется также деформация соска или его разрушение. Метастазы в регионарных лимфоузлах появляются поздно [17].

Лечение. Хирургическое лечение является ведущим методом.

Оперативное лечение при операбельном раке молочной железы проводится в 2-х вариантах:

- Органосохраняющее лечение
- Радикальная мастэктомия.

Основные цели органосохраняющих операций заключаются в радикальном удалении опухоли и сохранении молочной железы в эстетически приемлемом виде. Обязательный компонент органосохраняющего лечения – проведение лучевой терапии, которая уменьшает количество местных рецидивов почти в 3 раза.

Существуют противопоказания для выполнения органосохраняющей операции:

- опухоли размером более 4 см;
- мультицентричный рост опухоли;

Противопоказания к проведению лучевой терапии:

1. беременность
2. проведенная лучевая терапия на область грудной стенки (например, по поводу лимфогранулематоза);
3. системные заболевания соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка).

При наличии противопоказаний к органосохраняющему лечению показано выполнение радикальной мастэктомии, т.е. полное удаление молочной железы, в современном варианте выполняемое с сохранением грудных мышц.

Оба вида оперативного вмешательства сопровождаются удалением лимфатических узлов подмышечной области на стороне поражения. После удаления опухоли и подмышечных лимфоузлов на основании данных комплексного обследования, включающего гистологическое, иммуногистохимическое и молекулярно-биологическое исследование, определяются факторы прогноза:

- Размер первичной опухоли;
- Количество MTS в подмышечные лимфоузлы, а также возможные MTS в надключичные, подключичные и загрудные лимфатические узлы;
- Возраст (больные раком молочной железы в возрасте до 25 лет входят в группу неблагоприятного прогноза);
- Менструальный статус (менопауза – фактор более благоприятного прогноза);
- Гормоночувствительность (определяется с помощью иммуногистохимического исследования, показывает эффект гормонотерапии и считается независимым фактором хорошего прогноза)
- Степень злокачественности опухоли (G1-G3)- совокупная морфологическая оценка, включающая степень дифференцировки опухоли, ее митотическую активность и другие характеристики.
- Гиперэкспрессия трансмембранного белка HER2/neu. Наличие гиперэкспрессии – неблагоприятный признак, свидетельствующий о высоком риске метастазирования.

На основании факторов прогноза определяется прогностическая группа: низкого, умеренного или высокого риска, а также разрабатывается план системной терапии.

Химиотерапия. Назначается всем пациентам с факторами высокого риска. Стандартная адъювантная (профилактическая) схема – проведение 6 курсов ХТ с интервалом в 21 день, с включением производных антрациклинов, циклофосфамида и иногда 5-фторурацила. В некоторых случаях включают препараты группы таксанов. С помощью адъювантной терапии удастся увеличить выживаемость больных и продлить безрецидивный период.

Неадъювантная терапия нацелена не только на подавление или уничтожение возможно существующих микрометастазов, но и на уменьшение размеров первичной опухоли. В ряде случаев появляется возможность перевода местно-распространенной опухоли в резектабельную форму. Кроме того, раннее начало системного лечения снижает вероятность развития резистентности к цитостатикам, которая спонтанно возникает при росте опухоли. Противопоказания к химиотерапии: кахексия, интоксикация, метастазы в печень при высоких значениях билирубина, метастазы в головной мозг (только при тяжелом состоянии больной)

Гормональная терапия при раке молочной железы показана только больным с доказанной гормоночувствительностью опухоли. Опухоли, содержащие хотя бы 1% клеток, экспрессирующих рецепторы к эстрогену или прогестерону, считаются потенциально чувствительными.

Женщинам с сохраненной функцией показано выключение функции яичников для снижения уровня эстрогенов и прогестерона в виде абляции (необратимое выключение функции яичников), которая выполняется лапароскопической овариэктомией при подозрении на сопутствующую патологию яичников. Другой, более распространенный метод выключения функции яичников – подавление функции, путем назначения аналогов рилизинг-гормона, лютеинизирующего гормона гипофиза. Препараты этой группы (гозерелин, трипторелин, бусорелин и др.) назначаются в виде регулярных инъекций, обеспечивают снижение уровня гормонов до постменопаузальных значений в процессе приема. После отмены препарата менструальная функция восстанавливается в течение нескольких месяцев. Оптимальная продолжительность терапии 2-3 года.

Обязательный компонент гормонотерапии у женщин в пременопаузе – назначение тамоксифена, который блокирует рецепторы эстрогенов, конкурируя за связь с ними, и не позволяет гормонам связываться с ними. Тамоксифен назначается в стандартной дозе и принимается на протяжении 5 лет.

Терапия женщин, находящихся в постменопаузе, также может включать тамоксифен в стандартной дозе, однако более перспективным считается использование ингибитора ароматазы III поколения (анастрозол и летрозол, эксеместан). Применяют преимущественно при РМЖ с положительными эстрогенрецепторами. Вначале назначают антиэстрогены (тамоксифен и другие), затем назначают ингибиторы ароматазы (аминоглютамид), прогестины, андрогены (тестостерон, сустанон и другие).

Лучевая терапия. Лучевая терапия выполняется в составе комбинированного и комплексного лечения рака молочной железы. Стандартом является дистанционная γ -терапия, которая проводится на локальные зоны – молочную железу, зону послеоперационного рубца или региональные зоны метастазирования. Дозы облучения подбираются индивидуально с учетом прогноза, особенностей организма, вида раковой опухоли. Показания к лучевой терапии:

1) Местно-распространенный рак молочной железы.

Проводится до операции с целью сократить размер опухоли и увеличить шанс ее радикального удаления или после операции на зону послеоперационного рубца для снижения риска местного рецидива.

2) Органосохраняющее лечение:

Для снижения риска местного рецидива в области оставшейся железы.

3) MTS в подмышечные лимфоузлы в количестве 4-х и более.

Проводится на региональные зоны метастазирования для снижения риска рецидива.

Лучевой терапии также подвергают области костных MTS с целью лечения и обезболивания.

Экспериментальные методы лечения.

Среди достижений в области онкологии можно отметить:

1. Таргетная терапия для конкретных видов рака. Ученые достигли понимания в области точечных дефектов генетически изменённых опухолей, а также изучили молекулярные механизмы роста злокачественных опухолей. В результате этого начали использоваться таргетные молекулы, которые целенаправленно воздействуют на раковую опухоль. Этот метод лечения гораздо эффективнее, чем цитостатики;

2. Ингибиторы иммунных контрольных точек. Одним из самых важных вопросов в диагностике онкологической заболеваемости является то, что раковые клетки очень долгое время являются «невидимыми» и иммунная система человеческого организма их не распознает. Ингибиторы контрольных точек снимают «шапку-невидимку» со злокачественных новообразований и позволяют иммунной системе совершать свою работу.

3. Клеточная терапия заключается в модификации иммунокомпетентных клеток.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Приказ МЗ РФ от 15.11. 2012 г. N 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология" (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <file:///D:/Рабочий%20стол/Приказ%20Министерства%20здравоохранения%20РФ%20от%2015.11.2012%20N%20915н.pdf> – Загл. с экрана (дата обращения: 24.04.2020).

2. ВОЗ. Рак молочной железы: профилактика и борьба [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/ru/>, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 11.04.2020).

3. Заболеваемость всего населения России в 2017 году: Статистические материалы. Часть 11. – М., 2018 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskij-sbornik-2017-god>, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 11.04.2020).

4. Захарова, М.А. Социологическое исследование распространенности факторов риска развития рака молочной железы в Новосибирском регионе / М. А. Захарова, С.В. Чусовлянова // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2017. – N 3. – С. 116-119.

5. Ивина, А. А. Частные формы рака: рак легких, желудка, матки, яичников, молочной железы: учебно-методическое пособие к практическому занятию по патологической анатомии / А. А. Ивина, Л. В. Кудрявцева, Г. Ю. Кудрявцев. – Москва: РУДН, 2019. – 40 с.

6. Каранадзе, Е. Н. Обзор современных методов в системе комплексной диагностики рака молочной железы на ранних стадиях его развития / Е.Н. Каранадзе, Е. Е. Лемзякова, И. И. Мартынюк [и др.] // Научный вестник здравоохранения Кубани. – 2019. – N 1 (61). – С. 7-20.

7. Клинические рекомендации. Рак молочной железы. Год утверждения 2017. Профессиональная ассоциация онкологов России. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

https://mirvracha.ru/journal/article/kr_rak_molochnoy_zhelezy?utm_campaign=monday&utm_medium=email&utm_source=po_podpiske – Загл. с экрана (дата обращения: 11.04.2020).

8. Максимов, Д. А. Психологический статус женщин после онкопластических операций по поводу рака молочной железы / Д. А. Максимов, Н.В. Веселова, А.В. Агеев // Верхневолжский медицинский журнал. – 2018. – Т. 17, вып. 3. – С. 12-17.

9. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. – М.: Медицина. – 1998. – Том 1 (Часть 1). – 698 с.

10. Портной, С.М. Основные риски развития рака молочной железы и предложения по его профилактике / С. М. Портной // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2018. – Т. 14, N 3. – С. 25-39.

11. Психология хирургических больных [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

<https://4anosia.ru/psihologiya-hirurgicheskikh-bolnyih/>, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 30.04.2020).

12. Правительство Санкт-Петербурга. Распоряжение от 28.06.2019 N 21-рп «Об утверждении Региональной программы Санкт-Петербурга «Борьба с онкологическими заболеваниями» на 2012-2024 годы (с изменениями на 30 октября 2019 года) [Электронный ресурс]. – Режим

- доступа:<http://docs.cntd.ru/document/560524459>, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 23.04.2020).
13. Психология хирургических больных [Электронный ресурс]. – Режим доступа:<https://4anosia.ru/psihologiya-hirurgicheskikh-bolnyih/>, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 23.04.2020).
14. Психология хирургического пациента [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://studfile.net/preview/3730430/page:23/>, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 23.04.2020).
15. Рак молочной железы ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» МЗ РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://nmicr.ru/meditsina/onkologicheskie-zabolevaniya-i-programmy-lecheniya-raka/programma-protiv-raka-verkhnikh-dykhatelnykh-putey-i-grudnoy-kletki/rak-molochnoy-zhelezy/>, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 11.04.2020).
16. Рак молочной железы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Рак_молочной_железы, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 11.04.2020).
17. Рак молочной железы: классификация, клиника, диагностика, лечение [Электронный ресурс]. – Режим доступа:<https://lektsia.com/6x679c.html>, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 16.04.2020).
18. Соотношение численности среднего медицинского персонала и врачей [Электронный ресурс]. – Режим доступа:<https://yandex.ru/search/?text=соотношение%20врачи%20средние%20медицинские%20работники%20по%20> свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 23.04.2020).
19. Статистический сборник. 2019 год. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god>, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 23.04.2020).
20. Удалов, Ю.Д. Психоэмоциональный стресс у соматическиотягощенных пациентов онкологического профиля как один из факторов послеоперационных осложнений / Ю. Д. Удалов, А. В. Гордиенко, А. С. Самойлов [и др.] // Исследования и практика в медицине. – 2018. – Т. 5, N 3. – С. 117-125.
21. Уход за больными при операциях на молочной железе [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rostmaster.ru/lib/surgob/surgob-0261.shtml>, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 16.04.2020).
22. Шевелева, Е. Исследование коммуникационной компетентности медицинских работников / Е. Шевелева // Вопросы студенческой науки. – 2018. – Вып. 11. – С. 41-45.
23. Широкова, И. Уменьшить бремя рака молочной железы / И. Широкова, Ю. Прожерина // Ремедиум. – 2017. – N11. – С. 32-38.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/101396>