ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ
«МЕДИЦИНСКИЙ ТЕХНИКУМ»

Выпускная квалификационная работа

Сестринский уход при онкологических заболеваниях молочных желез

ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК 02.01 Сестринский уход в онкологии

Выполнил(а):
Сапронова В.О.
студентка IV курса 40
группы
специальность 34.02.01
«Сестринское дело»
подпись_____

Проверил(а): Смык Д.И. преподаватель
подпись_____
оценка_____

Обнинск 2021 г.

Содержание

Введение..... 3
..

Глава I. Обзор научно-медицинской литературы по данной теме..... 5

1.1. Факторы риска развития рака молочных желез..... 5

1.2. Группы риска и стадии развития рака молочных желез..... 7

1.3. Диагностика и лечение рака молочных желез..... 10

1.4. Профилактика рака молочных желез..... 16

Глава II. Особенности ухода медицинской сестрой за пациентами с раком молочных желез……. 19

2.1. Основные обязанности медицинской сестры при уходе 2 онкологического профиля……..…….. 20

2.2. Особенности деятельности медицинской сестры при проведении противоопухолевой и лучевой терапий. …… 21

2.3. Сестринская история болезни…… 27

Заключение..... 48
...

Библиографический список..... 49

Приложение 1 51

Приложение 2…… 54

Введение

Рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущее место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России в 2019 году (Приложение 2), и статистические данные свидетельствуют о неуклонном росте данной патологи [4]. В возрастной группе 30-59 лет наибольший удельный вес имеют злокачественные новообразования молочной железы (16,4%) [4]. РМЖ у мужчин составляет менее 1% опухолей этой локализации, занимая 0,3% в структуре заболеваемости [2, 4].

Согласно опубликованным данным Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): рак молочной железы является наиболее распространенным видом рака: в 2020 г. было зарегистрировано свыше 2,2 миллиона случаев этого заболевания.

Ранняя диагностика и использование современных технологий в лечении онкологических заболеваний молочных желез значительно продлевают жизнь больным, но, как показывают многочисленные исследования, после завершения лечения ухудшается качество их жизни [2, 5]. Чаще всего это касается отдельных вопросов эмоционального, психосоциального статуса, выраженности стресса, депрессии и тревожности на различных этапах лечения. Поэтому, роль медицинской сестры в жизни таких пациентов имеет огромное значение.

На сегодня единственный надежный способ борьбы против рака молочной железы — превентивная диагностика (на доклинической стадии). В случае ранней диагностики вероятность полного выздоровления достигает 94%.

Объект исследования: пациент с онкологическим заболеванием молочных желез.

Предмет исследования: сестринский уход за пациентом при онкологическом заболевании молочных желез.

Цель исследования: рассмотреть важные аспекты, касающиеся онкологических заболеваний молочных желез. Определить особенности ухода медицинской сестрой за пациентами с раком молочной железы на различных этапах лечения.

Для реализации поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Определить факторы риска, основные методы диагностики, лечения и профилактики онкологических заболеваний молочных желез.

2. Рассмотреть особенности ухода за пациентом на различных этапах лечения (хирургическое, противоопухолевое, лучевое).

3. Составить план организации ухода медицинской сестрой за пациентом с раком молочной железы.

Гипотеза: грамотный сестринский уход за онкологическим больным, в том числе хирургического профиля, является одним из наиболее важных разделов медицинской деятельности.

Методы исследования:

- Анализ и обобщение научной медицинской литературы по теме исследования;
- Статистический метод;
- Изучение истории болезни;

- Опрос пациента
- Анализ анамнестических данных;
- Метод наблюдения;
- Логический метод (анализ итогов исследования).

Практическая значимость исследования: подробное раскрытие материала по данной теме позволит повысить качество и уровень сестринской деятельности при уходе за пациентами с раком молочных желез.

Глава I Обзор научно-медицинской литературы по данной теме

1.1 Факторы риска развития рака молочных желез

Рак молочной железы - злокачественная опухоль, развивающаяся из клеток эпителия протоков и/или долек паренхимы железы.

На сегодняшний день неизвестна причина возникновения РМЖ, однако существуют факторы риска, которые повышают вероятность развития данного заболевания.

Гормональные факторы

Как результат различных наблюдений и исследований было точно установлено, что между развитием рака молочной железы и уровнем половых гормонов (эстрогенов) существует прямая связь. Данное утверждение основывается на том, что раковые клетки молочной железы содержат вызываемые рецепторами эстрогена белки, которые способствуют росту опухоли. Помимо этого, очень важным фактором, который определяет у женщины риск развития рака молочной железы, является так называемый «гормональный анамнез». В случае если у женщины менструации начались в очень молодом возрасте или/и менопауза наступила значительно позже, существует гораздо больший риск развития данного новообразования вследствие того, что ее организм подвержен значительным колебаниям уровня

эстрогена (связанно с менструальным циклом) в сравнении со средним периодом на протяжении гораздо более длительного промежутка времени. То же самое может относиться как к бездетным женщинам, так и к родившим своего первого ребенка в очень позднем возрасте.

Несколько детей, раннее деторождение, грудное вскармливание значительно снижают риск развития данного заболевания, следовательно, значительно увеличивается свободный от менструальных циклов период времени. Существует распространенное мнение, что впервые появившиеся некоторые формы контрацептивных таблеток также влияют на возникновение рака молочной железы. Препараты, созданные позднее, сочетаясь с другим гормоном (прогестероном), содержат гораздо более низкие дозы эстрогена, поэтому их влияние на возможное развитие болезни рассматривается очень низко. Заместительная гормональная терапия, проводимая для устранения эффектов менопаузы и восполнения гомона эстрогена в постклимактерический период, представляет собой достаточно незначительный риск. К так называемому «гормональному взрыву» приводят аборты, поэтому их принято также относить к провоцирующим развитию опухоли факторам.

Возраст

С возрастом вероятность развития рака молочной железы существенно повышается. У женщин моложе 20 лет он встречается очень редко, а вот начиная с 35-го возраста, наблюдается резкий скачек заболеваемости и к 85 и более годам она составляет 300 случаев на 100000 женщин.

Алиментарные факторы

Прямой зависимости между заболеванием раком и пищевым рационом выявлено не было, однако существуют веские основания утверждать, что употребление жиров животного происхождения в больших количествах (с молочными продуктами и мясом), и как следствие значительное повышение циркулирующего в организме уровня эстрогена, может способствовать

развитию данного новообразования. Отличающиеся тучностью люди, из-за того, что существенную часть их рациона составляют животные жиры, подвержены гораздо более высокому риску развития рака молочной железы.

Генетические факторы

Под влиянием наследственного фактора у некоторых женщин серьезно возрастает вероятность развития рака молочной железы. Женщины, которые имеют одну/более ближайших родственниц (сестра/мать) больных раком молочной железы, подвергаются большему риску; в случае если раковое поражение у родственницы развилось в постклимактерический период и тем более, если при этом рак охватил обе молочные железы, риск возрастает.

Прочие факторы

Если у женщины в прошлом наблюдались доброкачественные заболевания молочной железы (кисты, доброкачественные опухоли, мастит), она подвержена гораздо более высокому риску возникновения злокачественного новообразования в данном органе. Также к причинам развития злокачественного новообразования молочной железы относят: частые рентгенологические исследования грудной клетки, проводимые при туберкулезе или воспалительных заболеваний легких; лучевые воздействия, проводимые при других заболеваниях (опухоли лимфатической системы и легких).

Неспецифические канцерогенные факторы

Неспецифические канцерогенные факторы — несбалансированная высококалорийная диета (бедная белками и богатая углеводами), курение, работа не в соответствии с биоритмами, ионизирующая радиация, химические яды.

1.3 Группы риска и стадии развития рака молочной железы

Наиболее часто поражения молочной железы выявляются в верхнем наружном квадранте. В этом квадранте располагается до 50% всех раков молочных желез.

Группы риска развития рака молочной железы:

Группа низкого риска (риск выше, чем в популяции, в 1-2 раза):

- использование КОК в раннем возрасте, особенно до первых родов;
- диета, богатая жирами
- прерывание первой беременности;

Группа среднего риска (риск выше, чем в популяции, в 2-3 раза):

- ранняя первая менструация;
- поздняя менопауза;
- первые роды после 30 лет;
- бесплодие;
- наличие рака яичников, эндометрия или толстой кишки в анамнезе;
- употребление алкоголя;
- увеличение риска возникновения рака молочной железы происходит при значении индекса массы тела выше 30 кг/м2;
- пролиферативные заболевания молочных желёз;
- ожирение в постменопаузе;

Группа высокого риска (риск выше, чем в популяции, в 4 и более раз):

- возраст более 50 лет;
- отягощённый семейный анамнез по развитию рака молочной железы у родственников 1-й линии;
- рак молочной железы по данным анамнеза;

- воздействие ионизирующей радиации по данным анамнеза;
- пролиферативные заболевания молочных желёз с атипией эпителия;
- мутации генов.

Стадии рака молочной железы.

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

1 стадия: опухоль не превышает двух 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 двух до пяти сантиметров и лимфатические узлы не поражены, или опухоль достигает менее двух сантиметров с метастазами не более чем в четырех лимфатических узлах. Стадия 2В 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 пять 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 3В характеризуется наличием множественных метастазов в подмышечных лимфатических узлах, или/и одиночными метастазами в надключичных узлах. 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 %.

1.3 Диагностика и лечение рака молочных желез

Диагностические обследования производятся различными методами.

Маммография молочной железы:

Маммография сегодня является оптимальным диагностическим методом для выявления или исключения некоторых заболеваний молочных желез.

Из-за того, что этот метод менее распространен, чем УЗИ, женщины стремятся к обследованию с помощью последнего, однако это не всегда правильно. Маммография – оптимальный вариант для выявления патологий молочных желез: обобщая, его можно сравнить с рентгеном, сделанным в нескольких проекциях.

С помощью маммографии можно обнаружить как злокачественные, так и доброкачественные образования. Маммография определяет кальцинаты (скопление солей кальция в тканях) - они могут быть признаком начальной стадии рака, но не всегда. Однако при пальпации кальцинаты невозможно обнаружить, поэтому маммографию можно считать единственным оптимальным способом их обнаружения.

Аппарат для маммографии состоит из двух пластин – рабочей области, которые размещены горизонтально. Женщина кладет грудь на первую нижнюю пластину, а диагност опускает на нее вторую верхнюю пластину и слегка придавливает молочную железу. Так делается несколько снимков с разных сторон молочной железы.

Специальной подготовки к данному виду диагностики не требуется, но перед проведением обследования нужно предупредить врача о беременности, кормлении грудью или наличии имплантатов, если это актуально.

Время проведения маммографии желательно подобрать заранее, но при срочной необходимости обследование проводят, не обращая внимание на день цикла. Как правило, маммография проводится в первые несколько дней после окончания менструации – 6-12 день от ее начала.

Ультразвуковое исследование молочных желез:

В диагностике рака молочной железы ультразвуковое исследование (УЗИ) имеет существеннее значение. Его преимущества: возможность использования у молодых женщин, отсутствие вредного влияния на организм. Однако УЗИ не может служить методом скрининга рака, поскольку не выявляет микрокальцинаты и перестройку структуры ткани железы, характерных для некоторых форм рака. При наличии патологических образований оценивают края и форму, акустический эффект позади образования, внутреннюю эхоструктуру, эхогенность, эффект компрессии, отношение высоты образования к ширине. Необходимо также обследовать регионарные лимфатические узлы.

Ультразвуковое исследование предпочтительно для пациенток до 35 лет. Женщинам после 35 лет, особенно при больших размерах молочных желез и наличии жировой инволюции обследование необходимо начинать с рентгеновской маммографии, которая у этой группы пациенток является более эффективней. Врачу, выполняющему исследование молочных желез данной возрастной группе больных, необходимо познакомиться с результатами маммографии, чтобы участки жировой инволюции в железе не были ошибочно приняты за патологические очаги.

В настоящее время ультразвуковое исследование молочных желез широко используют не только для диагностики патологических образований,

но и при получении гистологического материала для морфологического исследования – прицельной диагностической пункции под ультразвуковым контролем.

Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография

КТ и МРТ — вспомогательные методы в диагностике первичных опухолей молочной железы, но они чрезвычайно важны в диагностике распространённых процессов, когда необходимо найти первичную опухоль при скрытом раке, оценить состояние внутригрудных лимфатических узлов, исключить метастатическое поражение печени, лёгких, скелета.

Тонкоигольная аспирационная биопсия

Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) — наиболее простой способ получения материала для цитологического исследования в амбулаторных условиях, который не требует анестезии. Он используется на ранних этапах диагностики РМЖ, и для исключения или подтверждения метастазов в лимфатические узлы.

Трепан-биопсия

Использование специальной иглы позволяет получить необходимое количество ткани для гистологического изучения характера патологического процесса, включая дифференциальную диагностику инвазивного рака и поражений in situ, степень дифференцировки опухоли, наличие в ней рецепторов эстрогенов, прогестеронов. Этот метод также применяют амбулаторно, однако он уже требует местной анестезии. При непальпируемых опухолях, микрокальцинатах введение иглы проводят под контролем УЗИ или маммографии.

Биопсия

Хирургическую биопсию следует выполнять при подозрении на рак молочной железы, если при тонкоигольной аспирапионной биопсии и трепан-биопсии не удалось подтвердить или исключить злокачественное новообразование. При непальпируемых патологических образованиях, требующих биопсии, для ориентира хирурга участок, подлежащий удалению, маркируют, подводя к нему иглу с мандреном-фиксатором под контролем УЗИ или маммографии. В таких случаях чаше требуется госпитализация больной, как правило, общая анестезия, срочное гистологическое исследование удалённого препарата и при необходимости расширение объёма операции вплоть до мастэктомии.

Все методы диагностики дополняют друг друга.

Если соблюдать эти рекомендации, то при развитии онкологии, заболевание будет обнаружено на самых ранних стадиях, когда опухоль еще никоим образом не проявляется, а лечение дает максимальные результаты.

Общие принципы лечения рака молочной железы.

Стратегии борьбы с разными формами рака молочной железы не одинаковы. Лечение должно планироваться при участии нескольких специалистов, включая врача-хирурга, врача-онколога (химиотерапевта) и врача-радиотерапевта, а также по возможности патоморфолога, что позволит наилучшим образом сочетать локальные и системные методы терапии [77].

Для *хирургического лечения* рака молочной железы используют два метода: мастэктомию и лампэктомия.

Мастэктомия – это хирургическая операция по удалению молочной железы. Существует несколько методик данной операции, среди которых есть более кардинальные формы, удаляющие грудь полностью, и менее кардинальные – подкожные. В любом виде операции железа удаляется полностью и это является самым радикальным методом лечения рака молочной железы. Чаще всего при выполнении мастэктомии удаляется часть мышц

грудной клетки и лимфатические узлы. Основными недостатками данной операции являются длительность и обширность операции, более широкий перечень побочных эффектов, нежели при лампэктомии, и длительный послеоперационный период.

Лампэктомия – это наиболее часто применяемая форма органосохраняющей хирургии рака молочной железы. В ходе этой операции удаляется лишь часть молочной железы, в которой расположена опухоль и небольшой объем прилегающих тканей молочной железы. Важными преимуществами данного хирургического вмешательства служат сохранение формы женской груди, сохранение чувствительности молочной железы, малоинвазивность операции и более легкий послеоперационный восстановительный период.

Для снижения риска рецидива и смерти проводят *противоопухолевую лекарственную терапию*. Она является самостоятельным разделом онкологии, объединяющим химиотерапию, гормонотерапию, антиангиогенную, таргетную, иммуно- и поддерживающую терапию, и играет важную роль в лечении пациентов со злокачественными новообразованиями [10]. Противоопухолевые препараты назначаются в соответствии с клиническими рекомендациями.

Виды противоопухолевой лекарственной терапии:

Адъювантная – назначается после радикального хирургического лечения или радикальной лучевой терапии (ЛТ) с целью профилактики рецидива заболевания.

Неоадъювантная – назначается при исходно операбельных опухолях до радикального хирургического лечения или радикальной ЛТ с целью уменьшения объема опухоли и достижения патоморфологического ответа.

Лечебная / индукционная – лекарственная терапия при метастатическом или местно-распространенном опухолевом процессе, направлена на увеличение

продолжительности жизни пациента, в определенных случаях может быть достигнуто выздоровление.

Паллиативная – преследует цель устранения симптомов заболевания за счет уменьшения опухолевой массы, не преследует цель увеличения продолжительности жизни.

Поддерживающая лекарственная терапия – направлена на поддержание эффекта, достигнутого при лечебной / индукционной лекарственной терапии. Противоопухолевые лекарственные препараты могут быть использованы отдельно в виде монотерапии или в составе режимов комбинированной лекарственной терапии, а также могут сочетаться с другими видами терапии (лучевая, операция и др.).

Химиолучевая терапия – одновременное или последовательное комбинированное применение лекарственной (возможна химиотерапия (ХТ), таргетная терапия, иммунотерапия) и ЛТ.

Химиоиммунотерапия – одновременное комбинированное применение химиопрепаратов и иммунопрепаратов.

Химиогормонотерапия — одновременное комбинированное применение химиопрепаратов и гормональных препаратов [10].

Лучевая терапия на молочную железу и зоны лимфооттока проводится с целью оптимального локального контроля над заболеванием, как после радикальной мастэктомии, органосохраняющих операций у пациентов, так и при невозможности выполнения операции или отказе пациентки от неё.

По срокам проведения и целям ЛТ разделяется на следующие виды:

1. Предоперационная – для улучшения абластики при хирургическом лечении (система мероприятий, направленная на предупреждение рассеивания опухолевых клеток в области операционной раны).

2. Послеоперационная – для уничтожения злокачественных клеток, оставшихся в области операции, воздействие на регионарные лимфатические узлы, которые не удаляются во время операции и профилактическое облучение надключичных лимфатических узлов.
3. Интраоперационная – применяется при органосохраняющих операциях на молочной железе.
4. Самостоятельная – проводится при неоперабельных опухолях, наличии медицинских противопоказаний к оперативному лечению, а также при отказе пациентки от операции.
5. Внутритканевая – проводится в сочетании с самостоятельной дистанционной ЛТ (только при узловых формах РМЖ).

Как отмечалось выше, выбор методов лечения и их комбинаций определяется распространённостью опухолевого процесса, гистологическим строением и характером ее роста.

1.4 Профилактика рака молочных желез

Различают первичную, вторичную и третичную профилактики.

Первичная профилактика рака груди направлена, прежде всего, на предотвращение болезни и, как следствие, сокращение заболеваемости Она включает в себя комплекс мер, направленных на изменение образа жизни, изменение рациона питания, устранение факторов риска развития онкологических заболеваний.

Основная цель вторичной профилактики состоит в раннем и своевременном выявлении новообразования, что ведет к сокращению смертности. Она включает в себя диагностические мероприятия по выявлению предраковых заболеваний (скрининг). Под скринингом понимают регулярное профилактическое обследование лиц с повышенным риском рака молочной

железы. Однако отсутствие факторов риска не может исключить возможность развития злокачественного новообразования.

К методам вторичной профилактики относятся: маммография, флюорография, ультразвуковое исследование молочных желез и регионарных лимфатических узлов, а также самообследование молочных желез (Приложение 1).

Основные признаки рака молочной железы, которые должны насторожить женщину:

- Уплотнения в молочной железе.
- Выделения из молочных желез.
- Изменение вида молочной железы.
- Увеличение лимфатических узлов.

Рак груди может копировать симптомы других заболеваний молочной железы, например мастита, рожистого воспаления др. Именно поэтому любые изменения молочных желез (особенно после 30 лет) должны насторожить женщину и стать причиной обращения к врачу.

Если соблюдать эти рекомендации, то при развитии онкологии, заболевание будет обнаружено на самых ранних стадиях, когда опухоль еще никоим образом не проявляется, а лечение дает максимальные результаты.

Для этого всем женщинам рекомендуется:

- С 20 лет – ежемесячное самообследование молочных желез (более 80% случаев опухоли в молочной железе женщины обнаруживают самостоятельно). Врачебное обследование при плановых осмотрах каждые 6 месяцев.
- С 35 лет – первичная маммография, при отягощенном наследственном анамнезе исследование выполняется с 30 лет.

- С 40 лет – маммография в сочетании с УЗИ регулярно (один раз в два года).
- С 50 лет – маммография в сочетании с УЗИ регулярно (один раз в год).

У женщин с высоким риском развития рака молочной железы целесообразно начинать маммографическое обследование в более ранние годы и делать их чаще.

Задачей третичной профилактики является выявление рецидивов и метастазов опухолей уже у получивших лечение по поводу рака пациентов. Занимается этими мероприятиями онколог, у которого данные пациенты находятся на пожизненном онкологическом учете, составляя диспансерную группу.

Выше мы выяснили, что первичная профилактика рака молочной железы остается сложной задачей, поэтому более реалистичны меры по ранней диагностике и своевременному лечению.

В данной главе мы рассмотрели факторы риска, различные способы диагностики и лечения рака молочной железы, а так же их особенности. Обосновали важность профилактики данного заболевания. Составили памятку по самообследованию молочных желез (Приложение 1).

Глава II. Особенности ухода медицинской сестрой за пациентами с раком молочных желез.

2.1. Основные обязанности медицинской сестры онкологического профиля

Медицинская сестра является важным звеном медучреждения, так как реализует целый перечень важнейших задач. Кроме обычных мероприятий, связанных со сбором анамнестических данных, выявлением проблем и потребностей, клиническим обследованием, физической и психологической поддержкой больной, сестринская помощь при раке молочной железы включает ряд других компонентов.

Компоненты сестринской помощи:

- информирование пациентки о заболевании, методах его диагностики, профилактики и лечения в доступной форме;
- обучение женщины приемам самостоятельного обследования молочных желез;
- регулярная обработка раны (язвы) на месте распадающейся опухоли;
- уход за раной и дренажной системой после операции, обучение пациентки проведению этих мероприятий;
- профилактика инфекционных осложнений в области раны, инфицирования органов дыхания, мочевыделительной и других систем;
- профилактика и лечение лимфатического отека с применением массажа руки, обучением приемам самомассажа и др.;
- купирование хронического болевого синдрома;
- лечение депрессии, обусловленной утратой внешней привлекательности, финансовой независимости, семейными проблемами;

- информирование о возможности выполнения пластических операций, ношения специального корсета;
- динамическое наблюдение за состоянием больной, выполнением назначений врача;
- поощрение разумной физической активности, помощь в выполнении упражнений лечебной физкультуры.

2.2. Особенности деятельности медицинской сестры при проведении противоопухолевой и лучевой терапий.

Все противоопухолевые препараты обладают негативным воздействием на организм, что сопровождается многочисленными побочными эффектами. Объясняется это природой веществ: показатель их терапевтического индекса достаточно низкий. Если у пациента имеется острая или отсроченная гиперчувствительность к подобным лекарственным средствам, он нуждается в особом уходе, реализация которого становится первостепенной задачей, которую выполняет медицинская сестра. .

При острой реакции на препараты у больного затрудняется дыхание, что сопровождается одышкой, хрипами. Может резко упасть артериальное давление. На фоне этого появляется учащенное сердцебиение. Больной ощущает жар, возникает гиперемия кожных покровов. Организм начинает реагировать на введение лекарства практически моментально, как только препарат попадает в кровь.

От медсестры требуется максимальная концентрация внимания, поэтому необходимо:

- периодически измерять артериальное давление больного;
- следить за частотой ударов пульса;
- следить за частотой дыхательных движений;

- следить за состоянием кожных покровов.

Данные действия медсестра осуществляет каждый раз, когда проводит химиотерапию. При возникновении тревожных симптомов, вызванных его действием, введение сразу же прекращается и в срочном порядке сообщается врачу.

Организм каждого больного индивидуален и реагирует на препараты по-разному. Самым частой побочной реакцией является нейтропения (снижение количества нейтрофилов). Возникает гипертермия. Данные побочные явления дают о себе знать, спустя 7-10 дней после прохождения сеанса химиотерапии. Их продолжительность максимум – неделя, минимум – 5 дней. С целью контроля ситуации с пациентом, измеряется его температура тела (дважды в день), проводится ОАК (каждый день). Чтобы минимизировать риск заражения, больному не следует вести себя активно. Ему предписано состояние покоя. Кроме того противопоказано контактировать с людьми, которые больны респираторными заболеваниями. В этой связи посещение мест с большим скоплением людей также нежелательны.

Еще одно побочное явление – это лейкопения (снижение лейкоцитов в крови). Развиваются инфекционные заболевания, тяжесть которых определяется состоянием больного. При такой реакции врач назначает гемостимулирующие средства, антибиотики, обладающие широким спектром воздействия. Пациента необходимо поместить в условия стационарного лечения.

Негативным побочным явлением становится понижение количества тромбоцитов (тромбоцитопения), что проявляется разного рода кровотечениями (нос, желудок, матка). При возникновении данной побочной реакции требуются следующие мероприятия: переливание крови, тромбоцитарной массы.

Еще одной побочной реакцией химиотерапию является суставная или мышечная боль. Она дает о себе знать, спустя 2-3 дня, как было введено лекарство. Максимальный срок ее проявления – 5 дней, минимальный – 3 дня. Каких-либо дополнительных мер не требуется. Если боль характеризуется яркой выраженностью, назначаются нестероидные противовоспалительные препараты или ненаркотические анальгетики.

Спустя неделю, после противоопухолевой терапии, побочным явлением могут быть воспалительные поражения слизистой рта, глотки (мукозит, стоматит). Для них характерны следующие симптомы: сухость и покраснение в ротовой полости, жжение (особенно, когда принимается пища), язвы на слизистой. Продолжительность побочной реакции составляет от 7 до 10 дней. При данном виде побочного эффекта медицинская сестра проводит разъяснительную работу, поясняя больному его действия, связанные с ежедневным систематическим осмотром полости рта и его слизистой. Если развился стоматит, рекомендовано обильное питье, полоскание рта (процедура обязательно проводится после еды) раствором фурацилина. Необходимо соблюдать личную гигиену. Для чистки зубов использовать щетку с мягкой щетиной, во избежание дополнительной травмированности полости рта. Кислая, острая, твердая и горячая пища является дополнительным источником раздражения, поэтому ее исключают из рациона.

Препараты, используемые при химиотерапии, оказывают свое токсичное действие на желудочно-кишечный тракт. Возникает тошнота, рвота, расстройство желудка, что сопровождается потерей веса. Данная побочная реакция начинает себя проявлять в 1-3 сутки, после введения лекарства, продолжительность составляет минимум 3 дня, максимум – 5. Больного тошнит и рвет от практически всех цитостатических препаратов, используемых при химиотерапии. Ситуация проблематична и требует индивидуального решения. Врач назначает противорвотные средства, родные и близкие оказывают

моральную поддержку, медицинский персонал также должен проявлять эмпатию.

Пациент нуждается в спокойной обстановке, отсутствии факторов (по возможности), которые могут вызвать рвотный рефлекс. Все это обеспечивается медсестрой. Если какая-либо пища неприятна больному, его тошнит и рвет, медсестра исключает из рациона такие продукты. Кормление осуществляет порционно, понемногу. Медсестра не должна заставлять пациента есть при его отказе. В таких случаях она должна проявлять максимум терпения. На ней также лежит разъяснительная работа, рекомендации по приему пищи: есть медленно, не переедать, уделять время отдыху до и после еды. Онкобольному нельзя находиться в положении лежа на животе после того, как он поел. Изменить положение тела можно только по происшествии 2-х часов [1].

Обязательно нахождение емкости для рвотных масс рядом с больным. Медсестра должна держать под контролем эту сторону ухода, приходить на помощь, когда больной попросил об этом. Если его вырвало, медсестра дает пациенту воду для полоскания рта. Она обязательно информирует больного о том, как и для чего необходимо ухаживать за ротовой полостью

Такие показатели, как частота и характер рвотных масс, сообщаются медсестрой врачу. Если у пациента болит голова, кожа становится сухой, теряет свою эластичность, отмечается сухость слизистых, снижается объем выделенной мочи, то эти симптомы свидетельствуют об обезвоживании организма, о чем следует незамедлительно сообщить лечащему врачу.

Если у пациента возникает головокружение и головная боль; онемение и слабость мышц; появляются запоры и нарушается двигательная активность, то мы говорим о такой побочной реакции, как периферическая нефропатия. Она дает о себе знать после того, как было проведено несколько курсов химиотерапии. Данное побочное явление характеризуется длительностью: 1-2

месяца. От медсестры требуется проведение информативной работы: ознакомление с симптоматикой, рекомендации.

После того, как была проведена химиотерапия, у больных начинается алопеция. Проявляется она себя на второй или третьей неделе, после введения лекарства. Когда терапия будет завершена, наступает восстановление волосяного покрова, которое длится от трех месяцев до полугода. Потеря волос оказывает мощное негативное воздействие на психологическое состояние. От медсестры требуется подготовка пациента к данным неприятным последствиям лечения.

Если больной проходит несколько курсов химиотерапии, у него может возникнуть такое побочное явление, как флебит. В результате этой реакции воспаляются венозные стенки. Процент появления флебита достаточно высок. Для процесса характерно появление припухлости, венозной гиперемии. Венозные стенки становятся плотными по структуре, на них появляются узелки, что сопровождается болезненными ощущениями. Продолжительность побочной реакции – несколько месяцев. От медсестры требуется постоянный контроль за состоянием пациента: его осмотр, оценка состояния вен.

Особенности деятельности медицинской сестры при проведении лучевой терапии.

Наиболее частой острой лучевой реакцией при лечении рака молочной железы является повреждение кожных покровов, т.к. подводимые дозы облучения находятся на пределе толерантности здоровых тканей и зачастую превышают очаговую.

Время появления кожных лучевых реакций и их тяжесть зависят от индивидуальных особенностей организма. Обычно эритема кожных покровов проявляется к концу третьей - началу четвертой недели облучения в традиционном режиме. В дальнейшем эритема может перейти в сухой

эпидермит; влажный эпидермит - последняя обратимая реакция кожи на облучение.

Для профилактики и лечения кожных реакций чаще всего достаточно:

- соблюдения правил личной гигиены, но без применения средств повреждающих кожные покровы (мочалки, щетки);
- использования средств, смягчающих кожу и улучшающих ее питание (масляные смеси на основе облепихового масла, синтазоновая мазь с актовегином и т.д.);
- ношения чистой одежды на основе хлопчатобумажных тканей без грубых швов.

Обычно кожные реакции в зависимости от их тяжести проходят в течение 1-1,5 месяцев после облучения.

Мы рассмотрели особенности деятельности медицинской сестры при уходе за пациентами на различных этапах лечения. Тем самым подтвердили что грамотный сестринский уход за онкологическим больным, в том числе хирургического профиля, является одним из наиболее важных разделов медицинской деятельности.

2.3. Сестринская история болезни

Субъективное обследование

Ф.И.О. медицинской сестры: Сапронова Виктория Олеговна.

Ф.И.О. лечащего врача: Денисов Максим Сергеевич.

Наименование стационара: хирургическое отделение.

Отделение: Новых медицинских технологий с группой лечения заболеваний молочной железы.

№ палаты: 3

Дата поступления пациента: 26 апреля 2021 г.

Время поступления: 12:40

Зашифрованные ФИО пациента: Пациентка Н.

Возраст: 44 года.

Пол: женский.

Вид госпитализации (плановая, экстренная, самотеком): плановая.

Предварительный врачебный диагноз: С50.3 Рак правой молочной железы. cT2N0M0.

Требуемый вид транспортировки: может идти.

Причина обращения за медицинской помощью: хирургическое лечение рака правой молочной железы.

Проблемы пациента: жалобы на уплотнение в правой молочной железе.

История развития проблем пациента: в январе 2021 года гинекологом направлена на профилактическую маммографию, было выявлено новообразование в правой молочной железе. В марте 2021 года по месту жительства выполнена трепанбиопсия образования, гистология: карцинома. Обратилась для дообследования и лечения.

Травмы и операции в прошлом: в 2015 году - аппендэктомия.

Краткая история жизни: в 1974 году родилась от второй беременности, вторых родов в городе Клинцы. Беременность и роды без осложнений. Росла и развивалась нормально. Все прививки были сделаны четко по календарю. Во время профилактических прививок патологических реакций не наблюдалось. В

возрасте 11 лет началась менструация. В период полового созревания, в возрасте 12 лет, узнала о наличии аллергической реакции на новокаин после похода к стоматологу (крапивница).

В 20 лет вышла замуж.

В 1999 году родила первого ребёнка, девочку, беременность без особенностей.

В 2013 году родила второго ребёнка - мальчика, беременность без особенностей.

После рождения второго ребёнка длительно принимала гормоны с целью контрацепции.

Имеет вторую группу здоровья.

Своё заболевание пациентка связывает с аварией на Чернобыльской АЭС в 1986 году, когда ей было 12 лет.

Место рождения: Россия, Брянская область, город Клинцы.

Образование: среднее-специальное.

Социальный статус: замужем, имеет двое детей.

Условия труда: преподаватель начальных классов.

Профессиональные вредности: нет.

Отношение к интоксикациям: алкоголь, наркотики, табакокурение отрицает.

Наследственность: у отца - бронхиальная астма; онкологический анамнез: не отягощен.

Эпидемиологический анамнез: контактов с прибывшими из зарубежных стран, их родственниками и инфекционными больными не отмечает, пересечение границы РФ за последние 14 дней отрицает.

Туберкулёз, гепатит, ВИЧ и другие инфекции: отрицает.

Аллергологический анамнез:

непереносимость лекарственных препаратов: аллергия на новокаин (крапивница).

непереносимость пищи: нет.

реакция на бытовые аллергены (домашняя пыль, перхоть домашних животных, моющие средства, пылевой клещ): отсутсвует.

Гинекологический анамнез: МЦ регулярный

Беременности: 4 беременности, 2 из них - аборты.

Роды: первые роды в 25 лет (в 1999 г.), без осложнений. Вторые роды в 39 лет (в 2013 г.), также без осложнений.

Объективное обследование

1.ДЫХАНИЕ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Имеются ли проблемы с дыханием: нет.

Характер дыхания: свободное, ритмичное.

Одышка: отсутствует.

Пользуется ли ингалятором и как часто: не пользуется.

Требуется ли кислород: нет.

ЧДД: 16 в минуту

Кашель: отсутствует.

Характер мокроты: мокрота отсутствует.

Форма и симметричность грудной клетки: грудная клетка цилиндрическая, правая и левая половины грудной клетки симметричные.

Частота пульса: 70 ударов в минуту.

Ритмичность: ритмичный.

Наполнение: достаточного наполнения.

Напряжение: средняя сила.

Симметричность: симметричный.

АД на правой руке: 132/81 мм рт. ст. **на левой:** 129/80 мм рт. ст.

Требуется ли специальное положение в постели: нет.

2. ПИТАНИЕ И ПИТЬЕ

Регулярность приёма пищи: 2 раза в день.

Аппетит: снижен.

Диета: не придерживается.

Пищевые предпочтения: любит жаренную картошку.

Рост: 157 см.

Вес: 74 кг.

Тип телосложения: гиперстеническое.

Тонус мышц: снижен.

Осмотр кожи и слизистых оболочек:

Цвет: розовый.

Влажность: влажные.

Тургор: в норме.

Наличие сыпей, рубцов, ран, расчесов: рубец на передней брюшной стенке справа (аппендэктомия в 2015 году).

Слизистая оболочка полости рта: бледно-розового цвета, имеет гладкую, блестящую поверхность;

Конъюнктивы: бледно-розовые, гладкие, блестящие, отделяемого нет.

Глотание: свободное.

Язык: влажный, чистый.

Запах изо рта: отсутствует.

Отёки: отсутствуют.

Развитие подкожно-жирового слоя: повышено.

Объём суточного употребления жидкости: 1,5-2 литра.

Наличие или отсутствие зубов, съёмных протезов: отсутствуют все зубы мудрости, нижняя 6 справа - имплант, полость рта санирована.

Может ли самостоятельно питаться и пить: может.

Тошнота: отсутствует.

Рвота: отсутствует.

Живот: мягкий, болезненный в нижних отделах.

3. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОТПРАВЛЕНИЯ

Регулярность стула: ежедневный (утром).

Характер стула: оформленный.

Патологические примеси: отсутствуют.

Мочеиспускание: свободное, 4-8 раз в сутки.

Болезненность при мочеиспускании: отсутствует.

Цвет и прозрачность мочи: светло-желтая, прозрачная.

Наличие колостомы или цистостомы: нет.

Недержание мочи: нет.

Недержание кала: нет.

4. ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

Пациент передвигается самостоятельно: да.

Применение приспособлений при ходьбе: не применяет.

Состояние опорно-двигательного аппарата: удовлетворительное, боль отсутствует.

Как далеко может передвигаться пешком: передвигается свободно без посторонней помощи.

5. СОН, ОТДЫХ

Продолжительность сна: 4-5 часов.

Засыпание: в 23:00 - 00:00, засыпает не сразу.

Пробуждения среди ночи: нет.

Приём снотворных препаратов: не принимает.

Чувствует ли себя отдохнувшим после сна: в последнее время просыпается не отдохнувшей.

Нуждается ли в дневном отдыхе: спит днем, после обеда (1 час).

6. СПОСОБНОСТЬ ОДЕТЬСЯ, РАЗДЕТЬСЯ, ВЫБРАТЬ ОДЕЖДУ. ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА.

Самостоятельно одевается, раздевается: да.

Имеются ли какие-то трудности: нет.

Заботится ли о своей внешности: да.

Тремор: нет.

Гигиеническое состояние (нуждается в приеме гигиенической ванны, чистота белья): на данный момент не нуждается в помощи.

Способность к самоуходу, выбору одежды и требуемая помощь: самостоятельно.

Наличие пролежней или риск развития пролежней: отсутствуют.

7. ПОДДЕРЖАНИЕ НОРМАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ

Температура тела: 36,5

Замечания: нет.

8. ПОДДЕРЖАНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ

Положение в постели: активное.

Слух: норма.

Зрение: -3 (носит очки).

Ориентировка в месте, времени, собственной личности: ориентируется в месте, времени и в собственной личности.

Состояние сознания пациента: ясное.

Риск получения травмы: нет.

Общее состояние: удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое, крайне тяжелое (нужное подчеркнуть).

9. ТРУД И ОТДЫХ

Трудоспособность: снижена, в связи с состоянием пациента.

Потребность в работе: работать больше не хочет.

Есть ли удовлетворение от работы: нет.

Возможность отдыхать: есть.

Предпочитаемый вид отдыха: прогулки, чтение.

Увлечения: нет.

10. ВОЗМОЖНОСТЬ ОБЩЕНИЯ

Разговорный язык: русский.

Желание участвовать в беседе: участвует в беседе, располагает к себе.

Настроение: понижено, в связи с заболеванием. Настроена депрессивно.

Память: не нарушена.

Критика (понимает ли, что болен, как относится к заболеванию): понимает что больна, очень переживает за состояние после операции.

Образ жизни, круг интересов больного: воспитывает детей, активно участвует в их жизни.

Нарушенные потребности:

1. Питание (пациентка не хочет придерживаться принципов рационального питания.)
2. Сон (пациентка не может заснуть из-за того, что попала в незнакомую обстановку.).
3. Труд и отдых (пациентка беспокоится о том, что не сможет вернуться на прежнюю работу после операции).

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Приоритетная проблема	Цели	План	Оценка, подпись м/с
Пациентка не хочет придерживаться принципов рационального питания.	Пациентка будет соблюдать принципы рационального питания к концу недели.	Рассказать пациентке о рациональном питании. Рекомендовать специальную литературу. Следить за количеством и качественным составом пациента. Взвешивать пациента.	Пациентка соблюдает принципы рационального питания.
Не может самостоятельно осуществлять личную гигиену из-за болевого синдрома после хирургического вмешательства	Пациентка будет осуществлять личную гигиену с помощью сестры до исчезновения боли.	Помогать умываться, обрабатывать глаза, уши. Обмывать пациентку. Менять нательное и постельное белье по необходимости. Перевязка и обработка послеоперационного шва. Давать лекарственные препараты (обезболивающие) по назначению врача.	Пациентка осуществляет личную гигиену с помощью сестры до исчезновения боли.

Пациентка не может заснуть из-за того, что попала в незнакомую обстановку.	Тревожность пациентки уменьшится. Пациентка будет говорить, что высыпается к концу недели.	Ознакомить пациентку с месторасположением туалета, сестринского поста. Побуждать пациентку выражать свое беспокойство. Стараться обеспечить пациентке спокойную комфортную для него окружающую обстановку, принимая во внимание его индивидуальные особенности и просьбы. Давать лекарственные препараты (снотворные, обезболивающие) по назначению врача. Убедиться, что пациент осознает важность сна для скорейшего выздоровления.	Тревожность сна уменьшилась. Пациентка говорит, что высыпается.
Пациентка беспокоится о том, что не сможет	Пациентка будет беспокоиться меньше.	Оказывать психологическую поддержку. Попросить родственников чаще посещать пациентку.	Пациентка говорит, что беспокоится меньше.

вернуться на прежнюю работу после операции.		Дать возможность пациентке заниматься интересующим ее делом.	

Оценка состояния пациента в период лечения

Дата	26.04	27.04	28.04	29.04	30.04	01.05	02.05	03.05	04.05
День №	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Внешний вид	нормальный	нормальный	вялый	вялый	нормальный	нормальный	нормальный	нормальный	бодрый
Сознание:	ясное	ясное	помрачение сознания (после операции)	ясное	ясное	ясное	ясное	ясное	ясное
Положение в постели:	активное	активное	вынужденное	вынужденное	активное	активное	активное	активное	активное
Окраска кожных покровов	бледно-розовые	бледно-розовые	бледные	бледные	бледно-розовые	бледно-розовые	бледно-розовые	бледно-розовые	бледно-розовые
Влажность слизистых	влажные	влажные	влажные	влажные	влажные	влажные	влажные	влажные	влажные

оболочек									
Наличие и локализация отеков	отсутствуют	отсутствуют	незначительный отек нижних конечностей	отсутствуют	отсутствуют	отсутствуют	отсутствуют	отсутствуют	отсутствуют
Определение массы тела	74	74	74	74	74	74	74	74	74
Определение роста	156	156	156	156	156	156	156	156	156
Измерение температуры тела	36.4	36.8	36.5	36.6	36.7	36.5	36.4	36.5	36.3
ЧДД	16	15	15	17	16	15	12	12	15
Тип дыхания	грудной	грудной	грудной	грудной	грудной	грудной	грудной	грудной	грудной
Пульс	70	81	74	86	80	75	72	70	75
АД	130/80	130/82	125/80	124/80	130/82	124/80	130/82	124/80	130/82

	мм рт.ст.	мм рт.ст	мм рт.ст.	мм рт.ст.	мм рт.ст	мм рт.ст.	мм рт.ст	мм рт.ст.	мм рт.ст
Определение суточного диуреза	1,5 л	1,4 л	1 л	1,5 л	1,4 л	1,3 л	1,4 л	1,5л	1,2
Аллергические реакции	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет
Наличие боли	нет	нет	есть	есть	есть, но меньше чем вчера	нет	нет	нет	нет
Личная гигиена:	самостоятельно	самостоятельно	при помощи медсестры	при помощи медсестры	самостоятельно	самостоятельно	самостоятельно	самостоятельно	самостоятельно
Двигательная активность:	самостоятельно	самостоятельно	требуется помощь	требуется помощь	самостоятельно	самостоятельно	самостоятельно	самостоятельно	самостоятельно
Смена белья:	самостояте	самостояте	требуется	требуется	самостояте	самостояте	самостояте	самостояте	самостояте

	льно	льно	помощь	помощь	льно	льно	льно	льно	льно
Физиологические отправления:	самостоятельно	самостоятельно	требуется помощь	требуется помощь	самостоятельно	самостоятельно	самостоятельно	самостоятельно	самостоятельно
Купание:	душ	душ	уход в постели	уход в постели	подмывание	подмывание	душ (местно)	душ (местно)	душ (местно)
Пинание:	самостоятельно	самостоятельно	требуется помощь	требуется помощь	самостоятельно	самостоятельно	самостоятельно	самостоятельно	самостоятельно
Отдых (сон)	4-5 часов	4-5 часов	6 часов	6 часов	7-8 часов	7-8 часов	7-8 часов	7-8 часов	7-8 часов
Возможность общения:	Без особенностей	Без особенностей	Речь спутанная	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей
Потребность в общении	проявляет инициативу	отсутствует	отсутствует	отсутствует	проявляет инициативу	проявляет инициативу	проявляет инициативу	проявляет инициативу	проявляет инициативу
Реакция на	отрицатель	отрицатель	нейтральна	нейтраль	нейтральна	адекватная	адекватная	адекватная	адекватная

заболевание	ная	ная	я	ная	я				
Эмоциональное состояние	грустное	нейтральное	вялое	вялое	в норме	в норме	в норме	в норме	в норме

Оценка принимаемого лекарства

Название	Фрагмин	Сибазон	Цефазолин	Риделат	Кеторолак	Дексаметазон
Фармакологическая группа	Антикоагулянт прямого действия	Анксиолитический средство (транквилизатор)	Антибиотик, цефалоспорин	Недеполяризующий миорелаксант периферического действия	Нестероидный противовоспалительный препарат	Глюкокортикостероид для местного применения
Основные фармакологические эффекты	Представляет собой низкомолекулярный гепарин, выделенный в процессе контролируемой деполимеризации (с азотистой кислотой) гепарина натрия из слизистой оболочки тонкой кишки свиньи и подвергнутый дополнительной очистке при	Транквилизатор, производное бензодиазепина. Оказывает анксиолитическое, седативное, противосудорожное, центральное миорелаксирующее действие. Миорелаксирующее действие обусловлено также ингибированием спинальных рефлексов. Может вызывать антихолинергический эффект.	Обладает широким спектром противомикробного действия. Активен как в отношении грамположительных, так и грамотрицательных микроорганизмов.	Снижая чувствительность н-холинорецепторов скелетных мышц к ацетилхолину, блокирует нервно-мышечную передачу, вызывает временное расслабление скелетной мускулатуры (в т.ч. дыхательной). Обладает быстрым	Оказывает выраженное анальгезирующее действие, обладает также противовоспалительным и умеренным жаропонижающим действием.	Терапевтическая активность обусловлена противовоспалительным, противоаллергическим, иммунодепрессивным и антипролиферативным действием.

	помощи ионно-обменной хроматографии.			началом действия.		
Показания	Профилактика тромбообразования при хирургических вмешательствах Длительное лечение (до 6 месяцев) с целью предотвращения рецидива венозных тромбозов и легочной тромбоэмболии у пациентов с онкологическими заболеваниями.	Премедикация перед наркозом; в качестве компонента комбинированного наркоза;	Профилактика послеоперационных осложнений.	Для поддержания миоплегии и проведения интубации трахеи и искусственной вентиляции легких (ИВЛ) во время хирургических операций; Для проведения ИВЛ в отделениях интенсивной терапии.	Болевой синдром сильной и умеренной выраженности: травмы, боли в послеоперационном периоде, онкологические заболевания, миалгия, артралгия, невралгия, радикулит.	Шок различного генеза; отек головного мозга, астматический статус; тяжелые аллергические; острые гемолитические анемии, тромбоцитопения, острая; тяжелые инфекционные заболевания, острая недостаточность коры надпочечников;
Побочные эффекты	Кровотечения, гематома в месте инъекции, тромбоцитопени	Сонливость, головокружение, повышенная утомляемость,	Крапивница, озноб, лихорадка, сыпь, зуд,	Снижение или повышение артериального давления,	Гастралгия, диарея, стоматит, запор, рвота, снижение	Снижение толерантности к глюкозе, повышение

	я, преходящее повышение активности печеночных трансаминаз, болезненность в месте инъекции; аллергические реакции, в отдельных случаях - анафилактические реакции.	нарушение концентрации внимания, дезориентация, замедление психических и двигательных реакций, антероградная амнезия, лейкопения, нейтропения, агранулоцитоз, изжога, икота, гастралгия, тошнота, рвота, снижение аппетита, запор; нарушения функции печени сердцебиение, тахикардия, снижение АД.	тошнота, рвота, диарея, метеоризм, боль в животе, дисбактериоз, кандидоз, нарушение функции печени, лейкопения, нейтропения, гранулоцитопения, тромбоцитопения, гемолитическая анемия, снижение гематокрита, увеличение протромбинового времени, нарушение функции почек, флебиты, болезненность в месте инъекции.	умеренная тахикардия; аритмия. Бронхоспазм, ларингоспазм, отек, эритема, кожная сыпь, крапивница, кожный зуд, анафилактические реакции. Повышение внутриглазного давления, слюнотечение, злокачественная гипертермия; судороги. гиперемия в месте введения.	аппетита, острая почечная недостаточность, головная боль, головокружение, сонливость, повышение АД, кожная сыпь, редко анафилактические реакции.	массы тела, повышенное потоотделение, тошнота, рвота, делирий, дезориентация, головокружение, бессонница, анафилактический шок, крапивница, кожная сыпь. .

Способ приема и особенности введения	Нельзя вводить в/м! п/к 1 раз в день	В/м	В/в	В/в болюсно	В/м	В/в болюсно
Время приема	1 раз в день (вечером)	За 40 минут до операции	2 раза в день утром в 9:00 вечером 21:00	По условию	При болях	По условию
Дозы	5 тыс. анти-Ха МЕ/0,2 мл	(0,5%) 10 мг – 2 мл	1 г	1 мг – 0,1 мл 2 мг – 0,2 мл 6 мг – 0,6 мл	(3%) 60 мг – 2 мл	Р-р 0,4% 8мг – 2 мл
Признаки передозировки	При чрезмерной дозы возможно развитие геморрагических осложнений. При передозировке в большинстве случаев возможны кровотечения кожных покровов и слизистой оболочка, ЖКТ и урогенитальног	Сонливость, спутанность сознания, парадоксальное возбуждение, снижение рефлексов, арефлексия, оглушенность, сниженная реакция на болевые раздражения, глубокий сон, дизартрия, атаксия, нарушение	Головная боль, вертиго, парестезия, ажитация, миоклония, судороги	Удлинение нервно-мышечного блока и его последствия (чрезмерное снижение АД, коллапс, остановка дыхания, паралич мышц, шок).	Боль в животе, тошнота, рвота, эрозивно-язвенное поражение ЖКТ, нарушение функции почек, метаболический ацидоз	Повышение АД, отеки, пептическая язва, гипергликемия, нарушение сознания.

	о тракта. Снижение АД, снижение гематокрита и другие симптомы могут свидетельствовать о скрытом кровотечении.	зрения, тремор, брадикардия, одышка или затрудненное дыхание, апноэ, выраженная слабость, снижение артериального давления, коллапс, угнетение сердечной и дыхательной деятельности, кома.				
Помощь при передозировке	В случае кровотечения применение Фрагмина следует приостановить для оценки тяжести кровотечения и риска развития тромбозов. Антикоагулянтный эффект можно	Промывание желудка, форсированный диурез, прием активированного угля. Симптоматическая терапия (поддержание дыхания и артериального давления); искусственная вентиляция	В случае развития судорог цефазолин необходимо немедленно отменить, следует тщательно контролировать показатели жизнедеятельности, при необходимости	ИВЛ на фоне седативной терапии до восстановления спонтанного дыхания, введение антагонистов - ингибиторов холинэстеразы в сочетании с атропином, при коллапсе и шоке -	Симптоматическое (поддержание жизненно важных функций организма).	Специфического антидота не существует. Гемодиализ неэффективен.

	устранить введением протамина сульфата, являющимся средством неотложной терапии. 1 мг протамина сульфата частично нейтрализует действие 100 МЕ(анти-Ха) далтепарина натрия.	легких. В качестве специфического антагониста используют флумазенил (в условиях стационара). Гемодиализ малоэффективен	проводить симптоматическую терапию, в случае развития судорог может потребоваться назначение противосудорожных препаратов. В случае тяжелой передозировки и неэффективности других методов лечения возможно проведение гемодиализа.	восстановление объема циркулирующей крови, назначение гипертензивных лекарственных средств , симптоматическая терапия.		

Рекомендации пациенту после выписывания из стационара

1. Наблюдение онколога по месту жительства.
2. УЗИ молочных желез + лимфатических узлов, органов малого таза, брюшной полости, почек каждые 3 месяца в течении 2-х лет, далее – каждые 6 месяцев; с 5-го года – наблюдение ежегодно.
3. Рентгенография, маммография, сцинтиграфия 1 раз в год (КТ/МРТ – по показаниям).
4. Явка с результатами УЗИ на контрольный осмотр через 1 месяц.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе квалификационной работы была исследована тема «Сестринский уход при онкологических заболеваниях молочных желез».

В результате проведенного анализа научно-методической литературы по теме дипломной работы мы пришли к выводу, что рак молочной железы является мульти факторным заболеванием. Основные методы диагностики данной патологии являются: ультразвуковое исследование молочных желез, маммография, МРТ и КТ. Для морфологической и цитологической верификации заболевания используются методики тканевой биопсии и тонкоигольной биопсии с последующим гистологическим и ИГХ исследованием.

Мы систематизировали и углубили знания по теме курсовой работы.

Актуальность проблемы усугубляется увеличением количества случаев рака молочной железы среди женщин моложе 40 лет, так как большинство из них относится к социально-активной работающей части женского населения.

Своевременно поставленный правильный диагноз рака груди и вовремя назначенная терапия позволяют добиться более чем в 80% случаев пятилетней выживаемости пациенток с раком молочной железы.

Необходимо отметить, что правильно организованная сестринская деятельность является одним из важных компонентов благоприятного течения раннего послеоперационного периода и в ходе выздоровлении больных.

Подробное раскрытие материала по данной теме позволит повысить качество и уровень сестринской деятельности при уходе за пациентами с раком молочных желез.

Целью нашей работы было рассмотреть важные аспекты, касающиеся онкологических заболеваний молочных желез. Определить особенности ухода медицинской сестрой за пациентами с раком молочной железы на различных этапах лечения. Таким образом, поставленные цели и задачи были достигнуты.

Библиографический список

1. Владимирова Л. Ю., Гладков О. А., Королева И. А., Румянцев А. А., Семиглазова Т. Ю., Трякин А. А. Практические рекомендации по профилактике и лечению тошноты и рвоты у онкологических больных / Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2020 (том 10).37

2. Грушина Т.И., Ткаченко Г.А. Психологический дистресс у больных раком молочной железы после различных видов противоопухолевого лечения // опухоли женской репродуктивной системы. — 2016. — Т. 12. — No 1. — С. 56-62.

3. Жукова Л.Г., Андреева Ю.Ю., Завалишина Л.Э., Закиряходжаев А.Д., Королева И.А., Назаренко А.В., Палтуев Р.М., Пароконная А.А., Петровский А.В., Портной С.М., Семиглазов В.Ф., Семиглазова Т.Ю., Стенина М.Б., Степанова А.М., Трофимова О.П., Тюляндин С.А., Франк Г.А., Фролова М.А., Шатова Ю.С., Невольских А.А., Иванов С.А., Хайлова Ж.В., Геворкян Т.Г. Рак молочной железы. Клинические рекомендации. Современная Онкология. 2021; 23 (1): 5–40. DOI: 10.26442/18151434.2021.1.200823

4. Каприн, А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2019 году / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, А.О. Шахзадовой - М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2020. - илл. - 239 с. ISBN 978-5-85502-255-1

5. Пасов В.В. Вопросы качества жизни, социальной реабилитации и психоэмоционального статуса у больных раком молочной железы // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2001. — No 3. — С. 36- 39

6. Сестринское дело в онкологии: учебник для среднего профессионального образования / ответственный редактор В. А. Лапотников. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2017. — 315 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-00422-9.

7. Стенина М. Б., Жукова Л. Г., Королева И. А., Пароконная А. А., Семиглазова Т. Ю., Тюляндин С. А. и соавт. Практические рекомендации по лекарственному

лечению рака молочной железы. Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2020 (том 10).09

8. Ткаченко, Г.А., Чулкова, В.А. Социально-психологические проблемы больных после радикального лечения рака молочной железы // Вопросы онкологии. - 2019. - Т. 65. - №1. - С. 114-120.

10. Трякин А. А., Бесова Н. С., Волков Н. М., Гладков О. А., Карасева В. В., Сакаева Д. Д. Практические рекомендации по общим принципам проведения противоопухолевой лекарственной терапии. Злокачественные опухоли. Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2020 (том 10).01.

Приложение 1

ПАМЯТКА

Самообследование молочных желез



Этап 1

Встаньте перед зеркалом прямо, опустите руки вдоль тела и внимательно осмотрите молочные железы. Они должны быть одинакового размера, симметричные.



Этап 2

Повторите осмотр, подняв руки вверх.



Этап 3

Для обследования левой молочной железы положите левую руку за голову, пальцы правой руки держите плоско и легко, надавливайте ими на молочную железу, по спирали прощупывая всю поверхность.



Этап 4

Прощупывание соска: сожмите сосок двумя пальцами и проверьте, нет ли выделений. То же самое проделайте и с левой молочной железой. Убедитесь, что в тканях молочной железы нет уплотнений.



Этап 5

Лягте на спину и повторите самообследование по пункту 3 данной инструкции.



Этап 6

Завершите осмотр прощупыванием подмышечных областей на предмет наличия вздутий и опухолей.

Осмотр молочных целесообразно проводить один раз в месяц на 6-13 день, считая от первого дня менструации. Перед принятием гигиенической ванны или душа тщательно осмотрите снятое белье и убедитесь в отсутствии каких-либо пятен на местах соприкосновения соска с бельем.

Встаньте перед зеркалом прямо. Внимательно осмотрите свои молочные железы. Обратите внимание, нет ли каких-либо

выпячиваний, втяжений или других нарушений формы желез. Убедитесь в том, что они одинаковые по форме и размеру, а нижние их границы расположены на одном уровне.

1. Повернитесь вполоборота направо — осмотрите левую железу. Далее повернитесь вполоборота налево — осмотрите правую железу.

2. Заложите руки за голову и в этом положении осмотрите обе молочные железы. В этом же положении (руки за головой) повернитесь вполоборота направо. Точно также повернитесь вполоборота налево и осмотрите правую молочную железу. В конфигурации желез не должно быть отклонений от нормы и в положении с поднятыми руками.

3. Правой ладонью плашмя ощупайте левую молочную железу — нет ли затвердений, опухоли. Если железа больших размеров, то необходимо поддержать ее снизу: левой рукой левую железу, правой — правую, а ладонью противоположной руки плашмя ощупать попеременно молочные железы.

4. Затем осторожно сожмите каждый сосок по отдельности между большим и указательным пальцами, посмотрите, не выделяется ли жидкость.

5. Теперь лягте, правую руку заложите за голову, а ладонью левой руки ощупайте правую молочную железу. Подобным образом обследуйте левую железу. Ложась на кушетку, положите

под правую лопатку маленькую подушку или сложенное в несколько раз одеяло и опустите правую руку.

6. Пальцами левой руки ощупайте правую молочную железу и правую подмышечную впадину. Кончиками пальцев тщательно прощупайте всю молочную железу. Продвигать пальцы надо по часовой стрелке от центра к периферии так, чтобы был прощупан каждый участок. Затем то же самое надо проделать с другой стороны. Правой ладонью плашмя ощупайте левую молочную железу: нет ли затвердений, опухоли.

Запомните «сигналы тревоги»:

- плотный узел в молочной железе
- изменение очертаний железы
- приподнятость железы
- складки или углубления на коже
- втяжение соска
- кожа, напоминающая корочку лимона
- кровянистые или другие выделения из соска

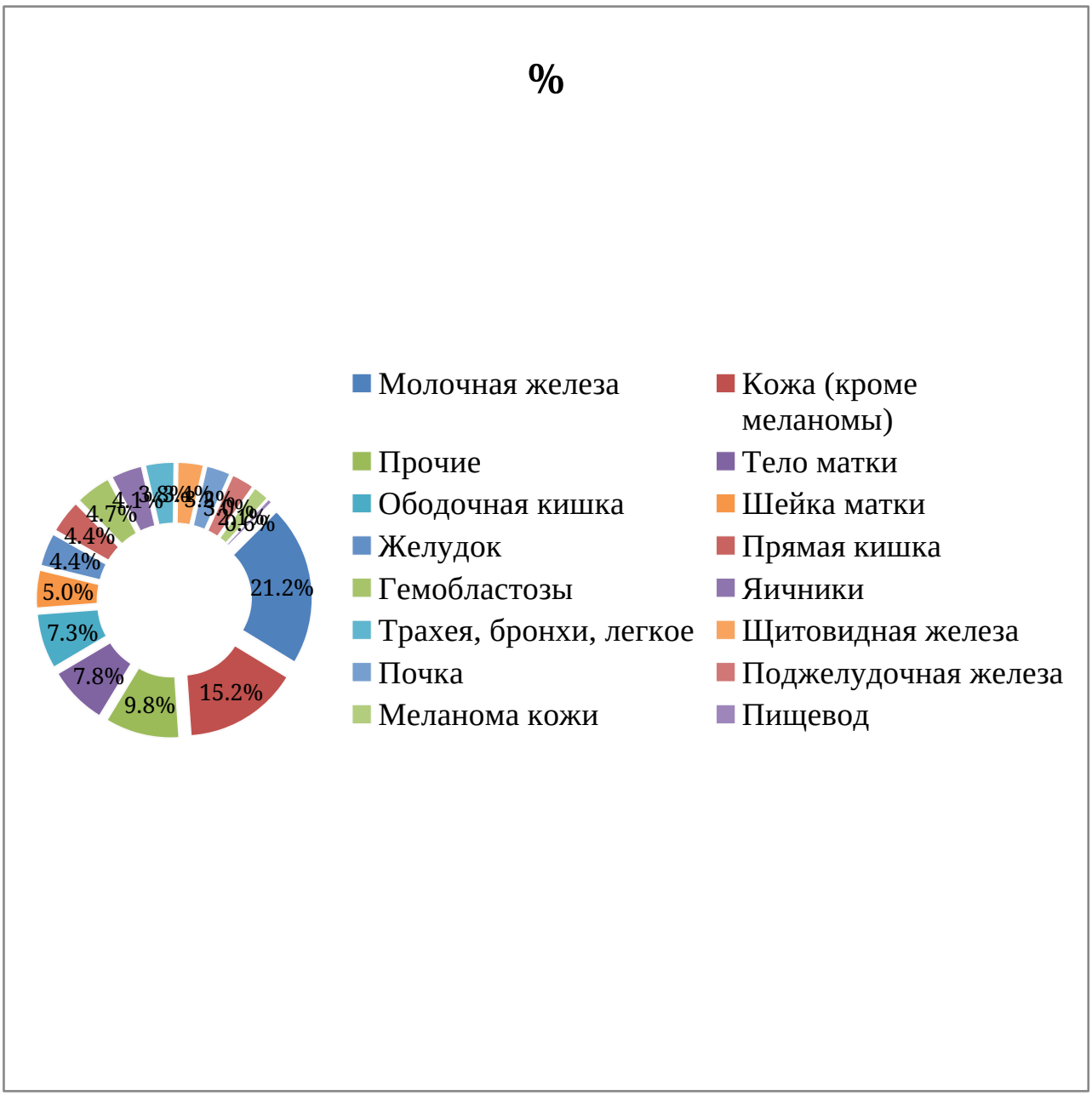
Если вы обнаружили один из этих симптомов, постарайтесь в ближайшее время обратиться к врачу по месту медицинского обслуживания.

Не лечитесь самостоятельно или по совету знакомых. Применение грелок, припарок, компрессов без рекомендации врача может привести к тяжелым последствиям.

Приучите себя ежемесячно проводить самообследование молочных желез. Особенно важно выполнять этот совет женщинам старше 35 лет.

Приложение 2

Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России в 2019 г.


%
21.2%
15.2%
9.8%
7.8%
7.3%
5.0%
4.4%
4.4%
4.7%
4.1%
Молочная железа
Кожа (кроме меланомы)
Прочие
Тело матки
Ободочная кишка
Шейка матки
Желудок
Прямая кишка
Гемобластозы
Яичники
Трахея, бронхи, легкое
Щитовидная железа
Почка
Поджелудочная железа
Меланома кожи
Пищевод