

CIECHACKA, Maria. Nursing care for a patient after mastectomy in the home environment – nursing and psychosocial aspects. *Quality in Sport*. 2025;44:64792. eISSN 2450-3118.
<https://doi.org/10.12775/QS.2025.44.64792>
<https://apcz.umk.pl/QS/article/view/64792>

The journal has been awarded 20 points in the parametric evaluation by the Ministry of Higher Education and Science of Poland. This is according to the Annex to the announcement of the Minister of Higher Education and Science dated 05.01.2024, No. 32553. The journal has a Unique Identifier: 201398. Scientific disciplines assigned: Economics and Finance (Field of Social Sciences); Management and Quality Sciences (Field of Social Sciences).
Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 20 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Szkolnictwa Wyższego i Nauki z dnia 05.01.2024 Lp. 32553. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201398.
Przypisane dyscypliny naukowe: Ekonomia i finanse (Dziedzina nauk społecznych); Nauki o zarządzaniu i jakości (Dziedzina nauk społecznych). © The Authors 2025.
This article is published with open access under the License Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland. Open Access: This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License, which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-commercial Share Alike License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), which permits unrestricted, non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interest regarding the publication of this paper.
Received: 26.06.2025. Revised: 21.07.2025. Accepted: 06.08.2025. Published: 12.08.2025.

Opieka pielęgniarska nad pacjentką po mastektomii w środowisku domowym aspekt pielęgnacyjny i psychospołeczny

Nursing care for a patient after mastectomy in the home environment – nursing and psychosocial aspects

Maria Ciechacka

mail address: mciechacka@ubb.edu.pl

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1087-3449>

Affiliation: University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala, Poland; Faculty of Health Sciences

Streszczenie

Nowotwór jest chorobą materiału genetycznego i powstaje w wyniku akumulacji stopniowo pojawiających się uszkodzeń genetycznych. Do przekształcenia komórki prawidłowej w nowotworową, co określane jest mianem transformacji nowotworowej, potrzeba kilku mutacji genowych. W większości nowotworów defekty DNA pojawiają się w komórce osób genetycznie predysponowanych do rozwoju raka, pod wpływem czynników środowiskowych, uszkadzających DNA, czyli karcynogenów.

Znaczny obszar działań stanowi edukacja zdrowotna, a w tym konsultacje i doradztwo w stosunku do kobiet i ich rodzin w sprawach zdrowia. Szczególnej wiedzy i umiejętności potrzebuje poradnictwo pielęgniarskie w sprawie osób dotkniętych chorobą nowotworową. Dlatego też zarówno w teorii, jak i w praktyce pielęgniarstwa rodzinnego wzrasta zainteresowanie znaczeniem małych grup w rozwoju osobowym każdego człowieka.

Słowa kluczowe: rak piersi, mastektomia, opieka pielęgniarska, jakość życia, opieka domowa

Abstract

Cancer is a disease of genetic material and develops as a result of the accumulation of gradually occurring genetic damage. The transformation of a normal cell into a cancer cell, known as neoplastic transformation, requires several gene mutations. In most cancers, DNA defects appear in the cells of individuals genetically predisposed to cancer development, under the influence of environmental factors that damage DNA, known as carcinogens.

A significant area of activity is health education, including consultations and counselling for women and their families on health-related matters. Nursing counselling for individuals affected by cancer requires particular knowledge and skills. Therefore, both in the theory and

practice of family nursing, there is growing interest in the importance of small groups in the personal development of each individual.

Keywords: breast cancer, prevention, nursing care, quality of life, home care

Nowotwór – definicja

Nowotwór jest chorobą materiału genetycznego, która rozwija się w wyniku akumulacji stopniowo pojawiających się uszkodzeń genetycznych. Do przekształcenia komórki prawidłowej w komórkę nowotworową, określanego mianem **transformacji nowotworowej**, potrzeba kilku mutacji genowych. W większości przypadków defekty DNA pojawiają się w komórkach osób genetycznie predysponowanych do rozwoju raka, pod wpływem czynników środowiskowych uszkadzających DNA, czyli **karcynogenów**. Powstanie nowotworu jest zatem funkcją ekspozycji na karcynogeny i predyspozycji genetycznych, z różnym udziałem obu tych czynników w poszczególnych jednostkach chorobowych. Nowotwory powstają w wyniku defektu różnych grup genów, jednak największą rolę w transformacji nowotworowej odgrywają **protoonkogeny** i **geny supresorowe**, w tym ich podgrupa: **geny mutatorowe** [1].

Rak piersi jest nowotworem, który tworzy się w tkankach piersi, zazwyczaj w przewodach mlekowych, które transportują mleko do brodawki sutkowej, lub w zrazikach — gruczołach wytwarzających mleko. Warto zaznaczyć, że rak piersi występuje zarówno u kobiet, jak i mężczyzn, chociaż u mężczyzn pojawia się niezwykle rzadko [2].

Nowotwór piersi – definicja

Nowotwór piersi to złośliwy nowotwór rozwijający się z komórek nabłonka przewodów mlecznych (ductal carcinoma) lub gruczołów mlecznych – zrazików (lobular carcinoma). Transformacja nowotworowa pociąga za sobą niekontrolowany podział i proliferację zmienionych komórek, które pod względem morfologicznym i funkcjonalnym różnią się od ich zdrowych odpowiedników [3].

Epidemiologia i etiologia nowotworu piersi

Nowotwór złośliwy gruczołu sutkowego jest jednym z najpowszechniej występujących nowotworów na świecie i stanowi poważny problem epidemiologiczny. Zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się, liczba zachorowań stale wzrasta, co jest przyczyną wysokiej śmiertelności. Mimo ciągłego postępu w diagnostyce i leczeniu, rak piersi jest najczęstszym nowotworem wśród kobiet w Polsce, Europie i Stanach Zjednoczonych [4,5].

Rak piersi może dotyczyć zarówno kobiet, jak i mężczyzn, chociaż u kobiet występuje nieporównywalnie częściej. W Polsce jest to najpowszechniejszy nowotwór wśród kobiet, notowany ponad dwukrotnie częściej niż drugi w kolejności rak płuca. U mężczyzn natomiast należy do rzadziej rozpoznawanych nowotworów.

W latach 2013–2022 w Polsce rejestrowano średnio 19,4 tys. nowych przypadków raka piersi rocznie. Z tej liczby aż 99,2% diagnozowano u kobiet (około 19,25 tys. rocznie), natomiast u mężczyzn notowano średnio tylko 149 zachorowań rocznie. Oznacza to, że rak piersi każdego roku rozpoznawano u około jednej na 1 tys. kobiet i jednego na 125 tys. mężczyzn. Nowotwory piersi są największym problemem onkologicznym w krajach rozwiniętych i narastającym problemem w krajach rozwijających się [6, 7, 8].

Czynniki ryzyka raka piersi

Chociaż dokładna przyczyna zachorowań na raka piersi nie jest do końca poznana, zidentyfikowano szereg kluczowych czynników ryzyka. Należą do nich:

Płeć: Na raka gruczołu piersiowego znacznie częściej zapadają kobiety niż mężczyźni [9, 10].

Wiek: Ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem. Największą zapadalność odnotowuje się u kobiet w wieku 50-69 lat, natomiast choroba występuje w mniejszym stopniu przed 35. rokiem życia oraz po menopauzie [9, 10].

Uwarunkowania genetyczne: Ryzyko zachorowania na raka piersi wzrasta o około 50-80% w przypadku nosicielstwa mutacji genów **BRCA1** lub **BRCA2**. Dodatkowo, obciążenie rodzinne wśród krewnych pierwszego stopnia (babcia, matka, córka) zwiększa ryzyko o 5-10%. Zdrowe geny BRCA zmniejszają rozrost komórek nowotworowych, usprawniając naprawę lub eliminację wadliwych komórek, zanim ukształtują one guza [9, 10].

Czynniki hormonalne: Na zwiększenie zachorowalności wpływa wydłużona ekspozycja na działanie estrogenów – żeńskich hormonów płciowych. Rozwojowi raka piersi sprzyjają:

- wczesna pierwsza miesiączka (poniżej 12. roku życia),
- późna menopauza (powyżej 55. roku życia),
- bezdzielnosc,
- późny wiek pierwszej ciąży (powyżej 30. roku życia),
- niekarmienie piersią [9, 10].

Czynniki egzogenne: Długotrwałe stosowanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych lub hormonalnej terapii zastępczej zwiększa ryzyko wystąpienia raka piersi. Po zakończeniu przyjmowania tych preparatów ryzyko stopniowo spada, a po 10 latach wynosi około 1,1% [9, 10].

Choroby rozrostowe piersi: Istnieją zmiany w mięszu piersi, które same w sobie nie są rakiem, ale ich obecność podwyższa ryzyko zachorowania. Należą do nich: atypowa hiperplazja przewodowa, rak zrazikowy, pleomorficzny *in situ*, czy atypowe zmiany brodawkowe [9, 10].

Rak piersi w wywiadzie: Przebyty rak piersi zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwór drugiej piersi. Czynniki, które zmodyfikowały DNA komórek, prowadząc do powstania pierwszego guza, mogą dalej wywierać niszczący wpływ na gruczoł piersiowy [9, 10].

Promieniowanie jonizujące: Zbyt częste wykonywanie badań, takich jak RTG lub mammografia, w nieznacznym stopniu zwiększa zagrożenie zachorowania podczas napromieniania wysoką dawką klatki piersiowej, np. w przypadku leczenia chłoniaka Hodgkina u kobiet przed 30. rokiem życia [9, 10].

Styl życia: Ryzyko nowotworzenia zwiększa nadużywanie alkoholu, dieta bogata w tłuszcze zwierzęce i uboga w witaminy, palenie papierosów i wyrobów tytoniowych, brak aktywności fizycznej, nadwaga, otyłość oraz czynniki psychiczne, takie jak stres [9,10].

Objawy i postacie kliniczne nowotworu piersi

Objawy kliniczne raka gruczołu piersiowego zależą od stopnia zaawansowania choroby. W początkowej fazie rak piersi często nie daje żadnych objawów, które pojawiają się dopiero na pewnym etapie jego rozwoju. Pierwszym i najczęstszym objawem jest guzek w piersi, który jest twardy i zazwyczaj pojawia się w zewnętrznym, górnym kwadracie piersi.

Inne objawy raka piersi to :

- asymetria piersi,
- wciągnięcie skóry lub brodawki sutkowej,
- zaczerwienienie lub owrzodzenie skóry,
- jednostronny wyciek z brodawki,
- powiększenie okolicznych węzłów chłonnych po stronie guza,
- ból piersi,
- zmiana struktury skóry na powierzchni piersi [11,12].

Najczęściej rozpoznawane są następujące **typy histologiczne raka piersi**, oparte na cechach budowy komórek widocznych w badaniach mikroskopowych [11,12].

Badania diagnostyczne

Badania diagnostyczne mają na celu wykrycie zmian patologicznych u pacjenta. W przypadku zidentyfikowania zmian nowotworowych, ustalane jest ich stadium, typ, rozległość oraz ogólna sprawność chorego. Do metod wykrywania nowotworu piersi zalicza się:

- Samobadanie piersi;
- Badanie piersi przez lekarza;
- Mammografia;
- Galaktografia;
- USG;
- Rezonans magnetyczny;
- Badanie mikroskopowe (BAC, BAG, VAB);
- Ocena węzła wartowniczego;
- Markery nowotworowe [13, 14].

Samobadanie piersi

Samobadanie piersi to prosta i darmowa metoda mająca na celu samodzielną ocenę stanu piersi. Regularne wykonywanie tego badania, najlepiej po przeszkoleniu, pozwala wykryć zmiany o średnicy 10-12 mm. Osoby, które nie są przeszkolone, często mają problem z wyczuciem zmian mniejszych niż 20 mm.

Samobadanie należy wykonywać raz w miesiącu, między 1. a 10. dniem cyklu miesięczkowego. Kobiety po menopauzie powinny wybrać jeden stały dzień w miesiącu. Badanie to składa się z następujących elementów:

- oglądanie piersi,
- badanie palpacyjne miększu,
- badanie węzłów chłonnych,
- ocena ewentualnego wycieku z brodawek [13].

Dodatkowo, regularne badanie piersi przez lekarza (lekarza POZ lub ginekologa) powinno być poprzedzone wywiadem lekarskim. Wizyta powinna odbyć się między 3. a 10. dniem cyklu miesięczkowego. Lekarz podczas badania palpacyjnego dzieli pierś na kwadranty i ocenia symetrię gruczołu piersiowego [12, 13].

Mammografia

Mammografia jest badaniem obrazowym, które pomaga w wykrywaniu nowotworów piersi. Cechuje się wysoką czułością, zwłaszcza w przypadku raka inwazyjnego oraz raka przewodowego *in situ* (DCIS) o wysokim stopniu złośliwości. Jej czułość jest jednak niższa w wykrywaniu DCIS o niskim i pośrednim stopniu złośliwości.

Badanie polega na naświetlaniu piersi promieniami RTG, co pozwala uwidocznienie zmiany, które są niewyczuwalne dotykem lub nie zostały wykryte podczas samobadania piersi. Podczas mammografii pierś jest ściskana przez dwie płytki, a następnie wykonywane jest zdjęcie rentgenowskie.

Wskazania do mammografii obejmują:

- wiek (po 40. roku życia, zaleca się badanie raz w roku),
- wysokie ryzyko zachorowania na raka piersi (np. z powodu mutacji genów BRCA1 i BRCA2),
- ocena zaawansowania zmian nowotworowych przed operacją,
- ocena wyników chemioterapii,
- podejrzenie wznowy miejscowej,
- ocena po mastektomii [13,14,15].

Jednym z minusów mammografii jest ekspozycja na promieniowanie rentgenowskie, które w dużych dawkach jest szkodliwe. Podczas jednego badania dawka promieniowania jest prawie tysiąc razy większa niż w przypadku prześwietlenia płuc. Z tego powodu lekarze zalecają unikanie mammografii przed 40. rokiem życia, szczególnie u młodych kobiet, które menstruują lub posiadają pewne mutacje genetyczne (zmniejszające zdolność do naprawy DNA), ponieważ są one bardziej podatne na uszkodzenia DNA [14].

USG piersi

USG piersi to popularne, tanie i nieinwazyjne badanie, które jest często zlecane jako pierwsze. Polega na badaniu miększu piersi za pomocą ultradźwięków, a jego czułość jest zależna od rodzaju tkanki piersi. Badanie to jest szczególnie pomocne w diagnozowaniu zmian torbielowych i litych.

Wskazania do USG piersi

wykrycie zmian palpacyjnych u kobiet poniżej 45. roku życia;
badania okresowe u kobiet przed 50. rokiem życia;
stany zapalne piersi;
stany po urazie;
występowanie wycieku z brodawki sutkowej;
obecność protezy sutka;
stan po częściowej resekcji sutka [15].

Podczas badania pacjentka leży na plecach z rękoma zgiętymi w łokciach i dłońmi pod głowę. Ważne jest, aby pamiętać, że USG powinno uzupełniać mammografię, a nie ją zastępować [15].

Rezonans magnetyczny (MRI)

Rezonans magnetyczny (MRI) wykorzystuje silne pole magnetyczne do tworzenia dokładnych obrazów tkanek piersi oraz przepływu krwi. Jest to nieinwazyjna metoda, która nie używa promieniowania jonizującego, co czyni ją bezpieczną. MRI jest szczególnie skuteczny w wykrywaniu małych guzków u młodych kobiet z gęstą tkanką piersi. Najczęściej jest stosowany u pacjentek z wysokim ryzykiem zachorowania na raka piersi [13].

Pozytonowa emisyjna tomografia (PET)

Pozytonowa emisyjna tomografia (PET) to technika obrazowa, która polega na podaniu pacjentowi substancji ulegającej rozpadowi radioaktywnemu. Substancja ta zawiera izotopy o krótkim czasie połowicznego rozpadu, co minimalizuje uszkodzenia tkanek. Badanie PET jest najczęściej stosowane u chorych w IV stopniu zaawansowania nowotworu w celu oceny ewentualnych przerzutów lub nawrotu choroby [13].

Badania mikroskopowe

Biopsja cienkoigłowa (BAC)

Biopsja cienkoigłowa (BAC) polega na pobraniu materiału komórkowego z guza za pomocą cienkiej igły (o średnicy 0,6–0,8 mm) i strzykawki. Całe badanie odbywa się pod kontrolą USG. Nie wymaga ono specjalnego przygotowania pacjenta ani znieczulenia, a wyniki są dostępne już po kilku dniach. Mimo że jest to metoda tania, mało inwazyjna i wiąże się z niskim ryzykiem powikłań, jej swoistość i czułość są niskie, a odsetek wyników niediagnostycznych wysoki. BAC jest najczęściej stosowana w przypadku zmian torbielowych, podejrzenia przerzutów w węzłach chłonnych oraz guzów położonych blisko ściany klatki piersiowej lub wyczuwalnych palpacyjnie [16].

Biopsja wspomagana próżnią (VAB)

Biopsja wspomagana próżnią (VAB) to technika charakteryzująca się automatyczną aspiracją materiału. Pozwala na pobranie większej ilości materiału do badań z jednego wkłucia w porównaniu do innych metod, co jest możliwe dzięki zastosowaniu igieł o różnej średnicy pod kontrolą USG lub mammografii. Po badaniu stosuje się opatrunek uciskowy, a następnego dnia wykonuje się kontrolne USG. Ze względu na wyższe koszty, częściej

stosowana jest biopsja gruboigłowa. Metoda VAB jest najczęściej wykorzystywana w przypadku małych zmian, skupisk z podejrzeniem mikrozwapnień oraz do weryfikacji wyników innych biopsji [16].

Biopsja gruboigłowa (BAG)

Biopsja gruboigłowa (BAG) jest metodą inwazyjną, wykonywaną w znieczuleniu miejscowym pod kontrolą USG lub MRI. Materiał komórkowy pobiera się za pomocą "działka" biopsyjnego i igły o większej średnicy niż w BAC. Po badaniu może wystąpić ból, dyskomfort lub krwiak. Biopsja gruboigłowa dostarcza szczegółowych informacji na temat:

- inwazyjności nowotworu,
- jego typu i stopnia złośliwości,
- obecności receptorów estrogenowych i progesteronowych,
- indeksu proliferacji Ki-67.

Zazwyczaj jest zlecana po biopsji cienkoigłowej w celu potwierdzenia i rozszerzenia wyników. Stosuje się ją także, gdy guz nie jest wyczuwalny, ale został potwierdzony w badaniach obrazowych [16].

Ocena węzła wartowniczego

Węzeł wartowniczy (SLN) to pierwszy węzeł chłonny na drodze odpływu chłonki z guza nowotworowego. W przypadku przerzutów, najczęściej pojawiają się one właśnie w tym węźle. Ocena SLN ma ogromne znaczenie w dalszej terapii, ponieważ brak przerzutów w tym węźle wiąże się z dobrym rokowaniem i pozwala na odstępnie od usunięcia wszystkich węzłów chłonnych w danym regionie [16].

Biopsja węzłów chłonnych polega na usunięciu wcześniej oznakowanego węzła za pomocą otwartej biopsji chirurgicznej. Do znakowania używa się zazwyczaj barwnika oraz materiału izotopowego. Znacznik izotopowy wstrzykuje się w okolicę guza dzień przed zabiegiem, natomiast barwnik podaje się tuż przed badaniem. Podczas zabiegu dokonuje się oceny histopatologicznej węzła. Jeśli badanie nie wykaże przerzutów, można zaniechać usunięcia węzłów pachowych. Zabieg ten pozwala na ocenę tkanek i podjęcie decyzji o rozległości dalszego postępowania, a następnie na ocenę stopnia zaawansowania i złośliwości guza [16].

Markery nowotworowe

Markery nowotworowe to białka będące wskaźnikami określonego rodzaju komórek oraz fazy ich rozwoju. Są to przede wszystkim antygeny lub produkty przemiany materii nowotworu, wykrywane w krwi, moczu lub tkankach.

CEA (antygen karcynoembrionalny): Stosowany głównie do wczesnego wykrywania nawrotów choroby. Chociaż pierwotnie wykorzystywany w diagnostyce nowotworów przewodu pokarmowego, najnowsze badania wskazują, że CEA jest również wytwarzany przez komórki sutka. Marker ten monitoruje się podczas chemioterapii, a spadek jego stężenia świadczy o pozytywnej odpowiedzi na leczenie. Wysoki poziom CEA przed leczeniem może zwiększać prawdopodobieństwo nawrotu i skracać okres przeżycia. Norma stężenia CEA wynosi 5,0 ng/ml dla osób niepalących i nie powinna przekraczać 10 ng/ml u palaczy [13].

CA 15.3: To białko z grupy glikoprotein, które wchodzi w skład gruczołu piersiowego. Wysokie stężenie w surowicy może sygnalizować nowotwór piersi, jajników lub płuc. Poziom tego markera bada się przed rozpoczęciem leczenia, a następnie regularnie w jego trakcie. Obniżenie się poziomu CA 15.3 świadczy o efektywności terapii. W późniejszym okresie leczenia marker jest monitorowany w celu wykrycia ewentualnych nawrotów lub przerzutów (najczęściej do wątroby i kości). Nie zaleca się używania CA 15.3 do pierwotnego wykrywania raka, ponieważ jego podwyższony poziom może być spowodowany innymi czynnikami [13].

CA 125: Antygen wytwarzany przez komórki nabłonka jajowodu, endometrium i śluzówki szyjki macicy. Jego wysokie stężenie obserwuje się w chorobach nowotworowych

jajnika i jest to pierwotne narzędzie diagnostyki raka jajnika. Górna granica normy wynosi 35 j/ml, jednak wyższe stężenie można stwierdzić również u zdrowych kobiet w pierwszym trymestrze ciąży. Chociaż nie jest to marker bezpośrednio wskazujący na raka piersi, często się go oznacza, ponieważ nowotwory piersi i jajnika mogą występować jednocześnie [13].

Dodatkowe badania diagnostyczne

Podczas diagnostyki raka piersi oznaczane są także **receptory estrogenowe (ER)** oraz **progesteronowe (PGR)**. Obecność tych receptorów na komórkach nowotworowych świadczy o wrażliwości guza na leczenie hormonalne. Pozytywny wynik świadczy o większym zróżnicowaniu nowotworu i mniejszej złośliwości.

Lekarze sprawdzają również ekspresję **receptora HER2** (receptora naskórkowego czynnika wzrostu), aby ocenić ryzyko przerzutów i wznowień. Zwiększona o 25% ilość tego receptora na powierzchni komórek nowotworowych zwiększa ryzyko przerzutów i wznowień, co jest traktowane jako negatywny czynnik prognostyczny.

Dodatkowo, mutacje w genach **BRCA1** i **BRCA2** zwiększają ryzyko wystąpienia nowotworu piersi w przyszłości. Badanie to nie stwierdza w 100% wystąpienia choroby, ale zwiększa jej prawdopodobieństwo.

Rozpoznanie nowotworu piersi opiera się na całościowej ocenie wyników badań obrazowych, biopsji, analizy markerów oraz badań genetycznych [13].

Klasyfikacja nowotworu piersi

Nowotwory piersi można podzielić na dwie główne kategorie: raki nienaciekające (in situ) oraz raki naciekające (inwazyjne).

Rak nienaciekający (około 15% wszystkich nowotworów piersi)

Rak wewnątrzprzewodowy (DCIS): Komórki nowotworowe są ograniczone do przewodów mlekowych i nie rozprzestrzeniają się na inne tkanki czy organy. Jest to najczęstszy typ nieinwazyjnego raka piersi. Ze względu na niewielki rozmiar guza, zazwyczaj nie jest on wyczuwalny podczas samobadania, a wykrywa się go na mammografii. Kobiety z tym typem raka mają zwiększone ryzyko rozwoju inwazyjnego raka przewodowego. Wczesne wykrycie DCIS daje bardzo dobre rokowania i pozwala na wyleczenie.

Rak wewnątrzrzazikowy (LCIS): Nie jest to typowy rak piersi, lecz wskaźnik podwyższonego ryzyka rozwoju inwazyjnego raka przewodowego lub rzazikowego. Komórki nowotworowe znajdują się w rzazikach i nie rozprzestrzeniają się poza nie. Najczęściej wykrywany przypadkowo podczas biopsji zleconej z innych przyczyn.

Rak naciekający

Rak przewodowy naciekający: Znany również jako gruczolakorak przewodowy, stanowi około 80% wszystkich inwazyjnych raków. Rozwija się w przewodach mlekowych i rozprzestrzenia na okoliczne tkanki, a następnie może dawać przerzuty do węzłów chłonnych i innych części ciała. Występuje w różnych typach histologicznych, m.in. śluzowym, brodawkowatym, cewkowym, rdzeniastym czy włóknistym [13, 15, 16].

Rak rzazikowy naciekający: Występuje rzadziej niż rak przewodowy naciekający (około 10% inwazyjnych raków piersi). Powstaje w rzazikach piersi i może dawać przerzuty na okoliczne tkanki, węzły chłonne i narządy. Często występuje jednocześnie w obu piersiach. Do jego wykrycia najczęściej wykorzystuje się biopsję, choć pomocne są także ultrasonografia i rezonans magnetyczny [16].

Rak potrójnie negatywny (ujemny): Charakteryzuje się brakiem ekspresji receptorów estrogenowych, progesteronowych oraz receptora HER2. Z powodu tych cech leczenie hormonalne jest nieskuteczne, a najczęściej stosuje się chemioterapię. Mimo leczenia, istnieje ryzyko przerzutów w ciągu 5 lat od jego zakończenia. Często wykrywany jest podczas rutynowych mammografii; większość guzów tego typu jest złośliwa i ma agresywny przebieg.

Zapalny rak piersi: Stanowi 1–4% wszystkich raków piersi. Nazwa wynika z wyglądu piersi, a nie z zakażenia czy stanu zapalnego. Rozpoczyna się w przewodach mlekowych, a następnie rozprzestrzenia do naczyń limfatycznych skóry piersi. Do częstych objawów należą: nadmierne ocieplenie skóry, różowo-fioletowe zabarwienie, bolesność w dotyku, nagły obrzęk oraz swędzenie całej piersi lub brodawki. Objawy te mogą być mylone z zapaleniem gruczołu piersiowego, które leczy się antybiotykami. Jeśli objawy nie ustępują po antybiotykoterapii, konieczne jest wykonanie dodatkowych badań w celu wykluczenia raka piersi.

Choroba Pageta brodawki sutkowej: Rzadki rodzaj raka, występujący najczęściej po 50. roku życia. Początkowo komórki nowotworowe rozwijają się w przewodach mlekowych, a następnie migrują do skóry brodawki sutkowej. Główne objawy to: zmiany skórne w obrębie brodawki (łuszczenie, zaczerwienienie), pieczenie, swędzenie, ból i wydzielina. Często chorobie tej towarzyszy inwazyjny lub nieinwazyjny rak przewodowy [16, 17].

Zgodnie z Twoją prośbą, formatuję podany tekst, zachowując jego treść, bez żadnych zmian ani parafrazy.

Klasyfikacja TNM raka piersi

T (tumor) – guz pierwotny:

Tx – guz nie możliwy do oceny,

T0 – brak obecności cech guza pierwotnego,

Tis – nowotwór *in situ*,

Tis(DCIS) – przewodowy przedinwazyjny,

Tis(LCIS) – zrazikowy przedinwazyjny,

Tis(Paget) – schorzenie Pageta brodawki sutkowej,

T1 – wymiary guza nie przekraczają 2 cm,

T1mi – do 0,1 cm,

T1a – od 0,1 do 0,5 cm,

T1b – od 0,5 do 1 cm,

T1c – od 1 do 2 cm,

T2 – wymiary guza od 2 do 5 cm,

T3 – wymiary guza od 5 cm,

T4 – guz bez względu na wymiary szerzy się na ściany klatki piersiowej i skórę,

T4a – naciek na ściany klatki piersiowej,

T4b – owrzodzenia, guzki satelitarne i obrzęk skóry,

T4c – jednoczesne wystąpienie T4a i T4b,

T4d – nowotwór zapalny.

N (nodules) – regionalne węzły chłonne:

NX – węzły chłonne niemożliwe do oceny,

N0 – brak przerzutów,

N1 – przerzut w ruchomych węzłach chłonnych pachowych I i II piętra,

N2:

N2a – przerzut w nieruchomych lub tworzących pakiet węzłach chłonnych pachowych I i II piętra,

N2b – węzły chłonne piersiowe wewnętrzne przy braku przerzutów do węzłów chłonnych pachowych,

N3:

N3a – przerzut w węzłach chłonnych podobojczykowych,

N3b – węzły chłonne piersiowe wewnętrzne i pachowe,

N3c – węzły chłonne nadobojczykowe.

M (metastases) – przerzuty odległe:

M0 – brak odległych przerzutów,

M1 – obecność odległych przerzutów.

Klasyfikacja patologiczna pTNM

pT – guz pierwotny:

pTx – guz nie możliwy do oceny,

pT0 – brak obecności cech guza pierwotnego,

pTis – nowotwór *in situ*,

pTis(DCIS) – przewodowy przedinwazyjny,

pTis(LCIS) – zrazikowy przedinwazyjny,

pTis(Paget) – schorzenie Pageta brodawki sutkowej,

pT1 – wymiary guza nie przekraczają 2 cm,

pT1mi – do 0,1 cm,

pT1a – od 0,1 do 0,5 cm,

pT1b – od 0,5 do 1 cm,

pT1c – od 1 do 2 cm,

pT2 – wymiary guza od 2 do 5 cm,

pT3 – wymiary guza od 5 cm,

pT4 – guz bez względu na wymiary szerzy się na ściany klatki piersiowej i skórę,

pT4a – naciek na ściany klatki piersiowej,

pT4b – owrzodzenia, guzki satelitarne i obrzęk skóry,

pT4c – jednoczesne wystąpienie T4a i T4b,

pT4d – nowotwór zapalny.

pN – regionalne węzły chłonne:

pNX – węzły chłonne niemożliwe do oceny,

pN0 – brak przerzutów,

pN1 – mikroprzerzuty i przerzuty obecne w od 1 do 3 regionalnych węzłów chłonnych pachowych,

pN1mi – mikroprzerzuty większe niż 0,2 mm lub ponad 200 komórek,

pN1a – przerzuty w od 1 do 3 regionalnych węzłach chłonnych pachowych, w tym co najmniej jeden o wymiarze ponad 2 mm,

pN1b – mikroprzerzuty i przerzuty w węzłach chłonnych piersiowych wewnętrznych,

pN1c – jednoczesne wystąpienie N1a i N1b,

pN2 – przerzuty obecne w od 4 do 9 regionalnych węzłach chłonnych pachowych,

pN2a – przerzuty w od 4 do 9 regionalnych węzłach, w tym co najmniej jeden o wymiarze ponad 2 mm,

pN2b – mikroprzerzuty i przerzuty w węzłach chłonnych piersiowych wewnętrznych, gdy nie występują przerzuty w węzłach chłonnych pachowych,

pN3:

pN3a – przerzuty w co najmniej 10 regionalnych węzłach chłonnych lub podobojczykowych,

pN3b – w co najmniej 3 węzłach chłonnych pachowych i piersiowych wewnętrznych,

pN3c – przerzuty w węzłach chłonnych nadobojczykowych.

pM – przerzuty odległe:

pM0 – brak odległych przerzutów,

pM1 – obecność odległych przerzutów potwierdzonego klinicznie lub patologicznie [17].

Stopnie zaawansowania klinicznego według klasyfikacji pTNM

Stopień 0 – Tis, N0, M0

Stopień IA – T1, N0, M0

Stopień IB – T0-T1, N1mi, M0

Stopień IIA – T0-T1, N1, M0 / T2, N0, M0
Stopień IIB – T2, N1, M0 / T3, N0, M0
Stopień IIIA – T0-T2, N2, M0 / T3, N1-N2, M0
Stopień IIIB – T4, N0-N2, M0
Stopień IIIC – T1-T4, N3, M0
Stopień IV – T1-T4, N0-N3, M1 [17].

Leczenie raka piersi

Leczenie chirurgiczne

Chirurgia jest podstawową metodą leczenia miejscowego. Wybór zabiegu zależy od wielkości guza, jego lokalizacji, wieloogniskowości oraz stanu węzłów chłonnych.

Rodzaje zabiegów chirurgicznych:

Leczenie oszczędzające pierś (BCT): Usunięcie guza z marginesem zdrowych tkanek, często z biopsją węzła wartowniczego.

Mastektomia prosta: Usunięcie całego gruczołu piersiowego.

Mastektomia z usunięciem węzłów chłonnych pachowych (ALND): Wykonywana w przypadku potwierdzonego zajęcia węzłów chłonnych.

Mastektomia radykalna: Rzadko stosowana, obejmuje usunięcie piersi wraz z mięśniami piersiowymi i węzłami chłonnymi pachowymi.

Zabiegi rekonstrukcyjne: Odtworzenie piersi po mastektomii, np. przy użyciu implantów [17,18].

Po usunięciu węzłów chłonnych często zakłada się drenaż ssący (np. Redona), aby zapobiec gromadzeniu się chłonki. Zaleca się również uniesienie operowanej kończyny w celu zmniejszenia ryzyka obrzęku limfatycznego [17,18].

Powikłania po zabiegach chirurgicznych

Do możliwych powikłań należą: zaburzenia czucia, tkliwość w okolicy rany, gromadzenie się płynu (seroma), zakażenie rany oraz **obrzęk limfatyczny** kończyny górnej, będący następstwem usunięcia węzłów chłonnych [17,18].

Chemioterapia — cele i wskazania

Chemioterapia jest stosowana w dwóch głównych celach:

Neoadjuwantowa: Podawana przed operacją w celu zmniejszenia rozmiaru guza (umożliwienie BCS) lub leczenia guzów pierwotnie nieoperacyjnych. Szczególnie korzystna w nowotworach potrójnie negatywnych (TNBC) i HER2-dodatnich.

Adjuwantowa: Podawana po operacji w celu zmniejszenia ryzyka nawrotu i poprawy przeżycia [14,18,19,20].

Działania niepożądane obejmują mielosupresję, nudności, wymioty, utratę włosów (alopecję) oraz zapalenia błon śluzowych. Schematy chemioterapii są indywidualizowane.

Radioterapia — role i wskazania

Radioterapia odgrywa kluczową rolę w leczeniu miejscowym.

Po BCS radioterapia całej piersi jest standardem w celu redukcji ryzyka nawrotu.

Po mastektomii, radioterapia jest wskazana u pacjentek z wysokim ryzykiem nawrotu (np. duże guzy, zajęte węzły chłonne).

Częste działania niepożądane to: zmiany skórne, tkliwość, przemęczenie; długoterminowe mogą obejmować włóknienie tkanek [14,18,19,20]

Terapia endokrynną (hormonoterapia)

Terapia endokrynną jest stosowana w raku z ekspresją **receptorów estrogenowych (ER)** i/lub **progesteronowych (PR)**.

Tamoksyfen: selektywny modulator receptora estrogenu (SERM), stosowany u kobiet przed- i po-menopauzalnych.

Inhibitory aromatazy: preferowane u kobiet po menopauzie. U kobiet przedmenopauzalnych stosowane w połączeniu z supresją czynności jajników [14,18, 19,20].

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie procesu pielęgnacji pacjentki po mastektomii, ze szczególnym uwzględnieniem problemów pielęgnacyjnych występujących w warunkach domowych oraz opracowanie zaleceń wspierających proces rekonwalescencji. Zakres pracy obejmuje również edukację pacjentki i jej rodziny w zakresie profilaktyki powikłań pooperacyjnych.

Studium przypadku pacjentki z rakiem piersi po mastektomii

Pacjentka

54-letnia kobieta, mężatka, z wykształceniem średnim, zatrudniona jako księgowa. Mieszka z mężem i córką w domu jednorodzinnym na terenach wiejskich. Sytuacja ekonomiczna dobra, brak nałogów. Pacjentka posiada silne wsparcie ze strony rodziny, co ułatwia proces adaptacji do choroby.

Wywiad chorobowy

Około dwa miesiące przed planowaną wizytą ginekologiczną pacjentka samodzielnie wyczuła guzek w lewej piersi. Wcześniej regularnie wykonywała samobadanie piersi. Nie zgłaszała dolegliwości bólowych ani wydzieliny z brodawki sutkowej. Z wywiadu rodzinnego wynika, że matka pacjentki chorowała na raka piersi w wieku 63 lat.

Badanie przedmiotowe

Stwierdzono twarde, nieruchome guzki w górnym zewnętrznym kwadrancie lewej piersi o średnicy około 3 cm. W dole pachowym wyczuwalny był powiększony węzeł chłonny o średnicy 1,5 cm.

Diagnostyka obrazowa i histopatologiczna

USG piersi: hipoechogeniczny guz o wymiarach 28 × 24 × 22 mm, z nieregularnymi brzegami; w dole pachowym węzeł o wymiarach 16 × 9 mm z pogrubiałą korą (6 mm).

Mammografia: nieregularna masa o wysokiej gęstości, z cechami spikularnymi i mikrozwapnieniami, BI-RADS 5.

USG jamy brzusznej i RTG klatki piersiowej: brak cech przerzutów odległych.

Biopsja gruboigłowa: rak przewodowy naciekający NST, G2.

Immunohistochemia: ER+ 90%, PR+ 80%, HER2– (0), Ki-67: 15%.

Postępowanie terapeutyczne

Pacjentkę zakwalifikowano do zabiegu oszczędzającego pierś (BCT) z biopsją węzła wartowniczego. Usunięto guz o wymiarach 35 mm z wolnymi marginesami chirurgicznymi. W jednym z trzech usuniętych węzłów wartowniczych stwierdzono obecność przerzutu.

Rozpoznanie pooperacyjne: **pT2 N1 M0, G2, ER+, PR+, HER2–, Ki-67 15%.**

Ocena stanu biopsychospołecznego

Układ krążenia: tętno 75/min, ciśnienie tętnicze 125/85 mmHg, obrzęki stóp.

Układ oddechowy: oddech 16/min, tor brzuszno-piersiowy.

Układ pokarmowy: zmniejszone łaknienie, prawidłowe pragnienie.

Stan odżywienia: wzrost 165 cm, masa ciała 75 kg, BMI 27,6 kg/m² (nadwaga).

Układ moczowo-płciowy: diureza prawidłowa, moczu jasno słomkowy.

Układ mięśniowo-szkieletowy: II kategoria opieki, 80 pkt w skali Barthel (stan średnio ciężki).

Układ nerwowy: orientacja allopsychiczna pełna, kontakt słowny prawidłowy.

Ból: VAS 6/10.

Zmysły: wzrok korygowany okularami.

Skóra: czysta, bez zmian, temperatura ciała 37°C.

Stan psychiczny: obniżony nastrój, lęk; BDI 13 pkt (łagodna depresja), AIS 22 pkt (średni poziom akceptacji choroby).

Sytuacja rodzinna: pełne wsparcie małżonka i rodziny; warunki socjalne dobre.

Proces pielęgnowania pacjentki z rakiem piersi po mastektomii

Problem pielęgnacyjny 1: Ból rany pooperacyjnej promieniujący do lewej kończyny górnej.

Cel opieki: Skuteczne zlokalizowanie, monitorowanie i redukcja bólu do poziomu akceptowalnego dla pacjentki (≤ 3 w skali VAS), umożliwiającego komfortowy odpoczynek i wykonywanie codziennych czynności.

Interwencje pielęgniarские:

Dokonanie systematycznej oceny bólu z wykorzystaniem skali VAS co 4 godziny oraz po każdej interwencji przeciwbólowej.

Ocena charakteru bólu (rodzaj, czas trwania, czynniki nasilające/łagodzące) oraz jego wpływu na aktywność pacjentki.

Zapewnienie odpowiednich warunków otoczenia sprzyjających relaksacji (cisza, odpowiednia temperatura, oświetlenie).

Ułożenie pacjentki w pozycji zmniejszającej dolegliwości bólowe (pozycja na plecach, tułów uniesiony pod kątem 30–45°, wałek pod kolanami).

Podanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim; monitorowanie skuteczności farmakoterapii i ewentualnych działań niepożądanych (np. senność, nudności, hipotensja).

Wdrażanie niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu: ćwiczenia oddechowe, techniki relaksacyjne, delikatny masaż okolicy barku po stronie operowanej (po konsultacji z lekarzem).

Edukacja pacjentki w zakresie unikania nagłych ruchów, podnoszenia ciężarów i spania na operowanym boku.

Zachęcanie do stopniowej mobilizacji w granicach tolerancji bólowej, celem poprawy krążenia i zapobiegania powikłaniom pooperacyjnym.

Dokumentowanie natężenia bólu, zastosowanych interwencji i reakcji pacjentki.

Ocena działań:

Dokonano regularnych pomiarów w skali VAS. Po zastosowaniu farmako- i niefarmakologicznych metod przeciwbólowych uzyskano obniżenie natężenia bólu z poziomu 6/10 do 2–3/10, co poprawiło komfort psychofizyczny pacjentki oraz umożliwiło jej aktywizację ruchową.

Problem pielęgnacyjny 2: Lęk i obniżony nastrój związany z rozpoznaniem choroby nowotworowej i przebytą mastektomią, przejawiający się napięciem emocjonalnym, zamartwianiem się oraz ograniczoną aktywnością społeczną.

Cel opieki: Zmniejszenie poziomu lęku, poprawa nastroju i zwiększenie zdolności pacjentki do radzenia sobie z chorobą poprzez wzmocnienie zasobów psychicznych i społecznych.

Interwencje pielęgniarские:

Nawiązanie relacji terapeutycznej opartej na zaufaniu i empatii; zapewnienie możliwości swobodnego wyrażania uczuć i obaw.

Ocena nasilenia objawów lęku i depresji przy pomocy standaryzowanych narzędzi (np. BDI, HADS) oraz monitorowanie ich zmian.

Udzielanie pacjentce rzetelnych, dostosowanych do jej poziomu wiedzy informacji dotyczących przebiegu leczenia, możliwych skutków ubocznych i rokowania, aby zmniejszyć niepewność.

Wsparcie w identyfikacji i wykorzystaniu indywidualnych strategii radzenia sobie ze stresem (np. techniki relaksacyjne, ćwiczenia oddechowe, wizualizacja pozytywnych obrazów).

Zachęcanie do kontaktów z rodziną i bliskimi oraz utrzymywania codziennych rytuałów sprzyjających poczuciu normalności.

Edukacja rodziny w zakresie sposobów udzielania wsparcia emocjonalnego oraz unikania zachowań nadopiekuńczych, które mogą nasilać poczucie bezradności.

W razie potrzeby — inicjowanie konsultacji psychologicznej lub psychiatrycznej w celu wdrożenia specjalistycznej interwencji.

Organizowanie możliwości kontaktu z grupą wsparcia dla kobiet po mastektomii (np. Amazonki), w celu wymiany doświadczeń i uzyskania dodatkowej motywacji.

Monitorowanie wpływu nastroju na zaangażowanie pacjentki w proces rehabilitacji i samoopieki; dostosowanie planu opieki w zależności od jej stanu emocjonalnego.

Ocena działań:

Pacjentka zgłasza zmniejszenie napięcia emocjonalnego po rozmowach i zastosowaniu technik relaksacyjnych. Chętniej uczestniczy w codziennych czynnościach, a kontakt z rodziną poprawia jej samopoczucie. W dalszym ciągu wymaga wsparcia emocjonalnego i obserwacji stanu psychicznego, szczególnie w okresie rekonwalescencji.

Problem pielęgnacyjny 3: Zaburzenia snu związane z bólem rany pooperacyjnej, objawiające się trudnościami w zasypianiu i częstymi wybudzeniami w nocy.

Cel opieki: Przywrócenie prawidłowego, fizjologicznego rytmu snu i poprawa jakości wypoczynku nocnego pacjentki, poprzez zmniejszenie wpływu bólu i czynników zakłócających sen.

Interwencje pielęgniarские:

Ocena jakości i ilości snu pacjentki (czas zasypiania, liczba wybudzeń, subiektywna jakość snu) oraz identyfikacja czynników utrudniających zasypianie.

Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w pokoju (cisza, zaciemnienie, optymalna temperatura, wietrzenie pomieszczenia przed snem).

Podanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim 30–60 minut przed planowanym snem, w celu minimalizacji dolegliwości nocnych.

Nauka technik relaksacyjnych i oddechowych wspomagających zasypianie (np. głębokie oddychanie, progresywna relaksacja mięśniowa).

Ograniczenie czynności higienicznych w porze nocnej do sytuacji niezbędnych, aby nie przerywać snu pacjentki.

Wsparciowa rozmowa na temat dalszego procesu leczenia, aby zmniejszyć napięcie emocjonalne i lęk przed snem.

Zachęcanie do wprowadzenia wieczornych rytuałów sprzyjających zasypianiu (np. kąpiel, czytanie, słuchanie spokojnej muzyki).

Unikanie podawania napojów zawierających kofeinę po godzinie 17:00 oraz spożywania obfitych posiłków przed snem.

Prowadzenie dokumentacji obserwacji snu i reakcji na zastosowane interwencje.

Ocena działań:

Pomimo poprawy warunków środowiskowych i zastosowania farmako- oraz nefarmakologicznych metod, pacjentka nadal zgłasza wybudzenia w nocy, choć okresy snu między nimi uległy wydłużeniu. Problem wymaga dalszej obserwacji i ewentualnej modyfikacji strategii przeciwbólowej oraz wsparcia psychicznego.

Problem pielęgnacyjny 4: Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej związane z przerwaniem ciągłości tkanek po zabiegu chirurgicznym.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka zakażenia rany i utrzymanie jej w stanie prawidłowego gojenia.

Interwencje pielęgniarские:

Codzienna ocena rany i opatrunku pod kątem objawów stanu zapalnego (zaczerwienienie, obrzęk, bolesność, wysięk, podwyższona temperatura skóry w okolicy rany).

Kontrola szczelności i czystości opatrunku; w razie potrzeby zmiana opatrunku zgodnie z zasadami aseptyki.

Monitorowanie parametrów życiowych (temperatura ciała, tętno) celem wczesnego wykrycia objawów infekcji.

Edukacja pacjentki w zakresie higieny rany po wypisie (np. unikanie moczenia rany, mycie rąk przed zmianą opatrunku).

Stosowanie rękawiczek ochronnych i zachowanie zasad aseptyki podczas każdej czynności pielęgnacyjnej związanej z raną.

Dokumentowanie stanu rany i wykonanych interwencji.

Ocena działań:

Nie stwierdzono objawów zakażenia rany. Rana goi się prawidłowo, pacjentka została wyedukowana na temat dalszej pielęgnacji.

Problem pielęgnacyjny 5: Ryzyko wystąpienia obrzęku limfatycznego w lewej kończynie górnej po stronie operowanej.

Cel opieki: Zapobieganie powstaniu obrzęku limfatycznego poprzez edukację i wdrożenie działań profilaktycznych.

Interwencje pielęgniarские:

Edukacja pacjentki w zakresie istoty obrzęku limfatycznego, czynników ryzyka i objawów wczesnego stadium (uczucie ciężkości ręki, napięcie skóry).

Ułożenie lewej kończyny górnej na klinie lub poduszce w celu ułatwienia odpływu chłonki.

Wdrażanie prostych ćwiczeń przeciwobrzękowych (np. zginanie i prostowanie palców, zaciskanie dłoni w pięść, krążenie nadgarstkiem) zgodnie z zaleceniami fizjoterapeuty.

Obserwacja kończyny pod kątem zmian obwodu, napięcia skóry i ewentualnego bólu.

Edukacja pacjentki w zakresie unikania urazów, skaleczeń i pobierania krwi z operowanej kończyny.

Zastosowanie odzieży lub opasek uciskowych tylko w przypadku zaleceń lekarskich.

Dokumentowanie obserwacji i przekazywanie informacji pielęgniarce, lekarzowi w przypadku pojawienia się objawów obrzęku.

Ocena działań:

Brak cech obrzęku limfatycznego. Pacjentka została poinstruowana w zakresie ćwiczeń, unikania obciążania kończyny i samokontroli.

Problem pielęgnacyjny 6: Obrzęki kończyn dolnych wynikające z zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej, objawiające się zwiększonym obwodem podudzi i uczuciem ciężkości nóg.

Cel opieki: Zmniejszenie nasilenia obrzęków, poprawa komfortu pacjentki oraz usprawnienie krążenia żylnego i limfatycznego poprzez stopniową mobilizację i działania profilaktyczne.

Interwencje pielęgniarские:

Codzienna ocena i dokumentowanie obręzków kończyn dolnych (stopień, lokalizacja, symetria, konsystencja), w tym pomiar obwodów w stałych punktach anatomicznych.

Monitorowanie parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze, tętno) oraz masy ciała w celu wczesnego wykrywania zatrzymywania płynów.

Utrzymywanie kończyn dolnych w pozycji uniesionej powyżej poziomu serca przez kilka razy dziennie po 15–30 minut, celem ułatwienia odpływu żylnego i limfatycznego.

Kontrola diurezy i prowadzenie bilansu płynów (dobowy przychód i rozchód płynów) wg zlecenia lekarza.

Podawanie leków moczopędnych (diuretyków) zgodnie ze zleceniem lekarskim, monitorowanie skuteczności terapii i możliwych działań niepożądanych (np. hipokaliemia, odwodnienie).

Zachęcanie do stopniowej mobilizacji (chodzenie, ćwiczenia w łóżku i w pozycji siedzącej) w celu poprawy krążenia obwodowego.

Edukacja pacjentki w zakresie ograniczenia spożycia soli kuchennej i odpowiedniego nawodnienia.

Współpraca z lekarzem w celu dostosowania farmakoterapii i ustalenia przyczyn obręzków.

Ocena działań:

Po wdrożeniu działań profilaktycznych i leczniczych obrzęki kończyn dolnych nieznacznie się zmniejszyły. Pacjentka toleruje ćwiczenia i stosuje pozycję z uniesionymi kończynami dolnymi. Problem wymaga dalszej obserwacji oraz kontynuacji terapii w warunkach domowych.

Problem pielęgnacyjny 7: Brak pewności siebie wynikający z zaburzenia obrazu własnego ciała po mastektomii, objawiający się obniżonym nastrojem, poczuciem utraty atrakcyjności oraz ograniczeniem aktywności społecznej.

Cel opieki: Ocena poziomu akceptacji choroby i nasilenia objawów depresyjnych oraz wsparcie pacjentki w procesie adaptacji do zmian w wyglądzie i funkcjonowaniu.

Interwencje pielęgniarские:

Ocena poziomu akceptacji choroby za pomocą standaryzowanej Skali Akceptacji Choroby (AIS) oraz nasilenia objawów depresyjnych przy użyciu Skali Depresji Becka (BDI).

Zapewnienie pacjentce możliwości wyrażenia uczuć i obaw dotyczących wyglądu i przyszłego funkcjonowania, w atmosferze akceptacji i braku oceniania.

Poinformowanie o istnieniu grup wsparcia, m.in. stowarzyszeń Amazonek, oraz umożliwienie kontaktu z ich przedstawicielkami.

Zachęcanie do stopniowego podejmowania aktywności społecznych, spotkań z bliskimi oraz działań sprzyjających poczuciu atrakcyjności (dobór odzieży, protezy piersi).

Wsparcie emocjonalne oraz, w razie potrzeby, zainicjowanie konsultacji z psychologiem lub terapeutą zajęciowym.

Edukacja rodziny w zakresie znaczenia akceptacji wyglądu pacjentki i unikania komentarzy mogących pogłębiać obniżoną samoocenę.

Dokumentowanie zmian w nastroju, poziomie akceptacji choroby oraz postępów w adaptacji do zmian w obrazie ciała.

Ocena działań:

Stwierdzono łagodne objawy depresji (BDI 13 pkt) oraz średni poziom akceptacji choroby (AIS 22 pkt). Pacjentka wyraziła zainteresowanie kontaktami z grupą wsparcia. Problem pozostaje w obserwacji, planowane jest dalsze monitorowanie stanu emocjonalnego i

motywowanie do aktywności społecznej.

Problem pielęgnacyjny 8: Deficyt wiedzy w zakresie samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych po mastektomii, mogący utrudniać prawidłową rekonwalescencję i zapobieganie powikłaniom.

Cel opieki: Zmniejszenie deficytu wiedzy poprzez indywidualną edukację pacjentki, umożliwiającą jej bezpieczne i świadome funkcjonowanie w środowisku domowym.

Interwencje pielęgniarские:

Ocena aktualnego poziomu wiedzy pacjentki na temat zasad samoopieki po zabiegu, w tym pielęgnacji rany, profilaktyki obrzęku limfatycznego oraz ćwiczeń usprawniających.

Edukacja na tematy higieny rany, zmiany opatrunków, unikania nadmiernego wysiłku i przeciążeń kończyny po stronie operowanej.

Przekazanie materiałów edukacyjnych w formie pisemnej i/lub multimedialnej, dostosowanych do możliwości percepcyjnych pacjentki.

Nauka i pokaz ćwiczeń fizjoterapeutycznych zaleconych po mastektomii, w tym ćwiczeń zapobiegających przykurczom i poprawiających ruchomość barku.

Omówienie zasad racjonalnego odżywiania, utrzymywania prawidłowej masy ciała i zapobiegania nawrotom choroby.

Edukacja w zakresie objawów wymagających pilnej konsultacji lekarskiej (zaczerwienienie rany, gorączka, obrzęk kończyny).

Zaangażowanie członków rodziny w proces edukacji, aby zapewnić pacjentce wsparcie w środowisku domowym.

Sprawdzenie stopnia zrozumienia przekazanych informacji poprzez zadawanie pytań kontrolnych i praktyczne sprawdzenie umiejętności.

Ocena działań:

Pacjentka wykazuje pełne zrozumienie zasad samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Otrzymała materiały edukacyjne oraz praktyczne instruktaże. Jest przygotowana do bezpiecznego powrotu do domu i kontynuowania zaleconych działań profilaktycznych.

Wnioski końcowe

Kompleksowy proces pielęgnowania pacjentki po mastektomii wymaga wielopłaszczyznowego podejścia, obejmującego zarówno aspekty fizyczne (kontrola bólu, profilaktyka powikłań, rehabilitacja ruchowa), jak i psychospołeczne (wsparcie emocjonalne, poprawa obrazu własnego ciała, edukacja).

Skuteczne monitorowanie i leczenie bólu pooperacyjnego stanowi kluczowy element przyspieszający proces rekonwalescencji oraz umożliwiający pacjentce aktywny udział w rehabilitacji.

Edukacja pacjentki w zakresie samoopieki i samopielęgnacji jest niezbędna do zapewnienia bezpieczeństwa w warunkach domowych, minimalizowania ryzyka powikłań (zakażenie rany, obrzęk limfatyczny) i wspierania samodzielności.

Włączenie działań profilaktycznych (pozycjonowanie kończyn, ćwiczenia usprawniające, kontrola bilansu płynów) skutecznie ogranicza występowanie obrzęków oraz sprzyja utrzymaniu prawidłowej sprawności fizycznej.

Wsparcie psychiczne i społeczno-edukacyjne ma istotne znaczenie w procesie adaptacji pacjentki do zmian wynikających z choroby nowotworowej, co wpływa na poprawę jakości życia i poziomu akceptacji choroby.

Stała obserwacja stanu fizycznego i psychicznego oraz bieżąca modyfikacja planu opieki w zależności od potrzeb pacjentki pozwalają na zapewnienie holistycznej i spersonalizowanej opieki.

Podsumowanie:

Holistyczne pielęgnowanie pacjentki po mastektomii, oparte na indywidualnej ocenie problemów, wdrożeniu kompleksowych interwencji oraz ścisłej współpracy z zespołem terapeutycznym, sprzyja szybszej rekonwalescencji, poprawia samopoczucie fizyczne i psychiczne oraz zwiększa bezpieczeństwo funkcjonowania w środowisku domowym.

Karta zaleceń pielęgniarских dla pacjentki po mastektomii

1. Profilaktyka obrzęku limfatycznego (Lymphedema)

Pielęgnacja skóry i unikanie urazów

Codzienna higiena kończyny: Stosuj delikatne, nawilżające środki. Chroni się skórę przed skaleczeniami, ukąszeniami, oparzeniami, a także używa się kremów z filtrem SPF ≥ 30 podczas ekspozycji na słońce. W trakcie prac domowych lub ogrodowych zaleca się używanie rękawiczek.

Procedury medyczne: Unika się pobierania krwi, zastrzyków oraz mierzenia ciśnienia w kończynie po stronie operowanej.

Ekstremalne temperatury: Należy unikać gorących kąpielii, sauny, opalania, jak również gorących lub zimnych okładów, ponieważ mogą one zaburzać krążenie limfatyczne.

Unikanie ucisku i przeciążeń

Ubiór i akcesoria: Nie należy nosić ciasnej bielizny, bransoletek, zegarków ani opasek.

Obciążenie: Ogranicza się dźwiganie ciężkich przedmiotów przez 4 tygodnie po operacji. Przez co najmniej 2 tygodnie należy unikać powtarzalnych ruchów, takich jak odkurzanie.

Podróże: Podczas jazdy samochodem można używać miękkich poduszek, aby uniknąć ucisku na kończynę.

Pozycje ułożeniowe

Odpoczynek i sen: Kończynę należy unosić w trakcie snu i odpoczynku, nie kładąc się na niej. Pomaga to w prawidłowym odpływie chłonki.

Ćwiczenia, drenaż i kompresja

Ćwiczenia: Delikatne ćwiczenia (w ograniczonym zakresie ruchu barku) można rozpocząć już 1-2 dni po zabiegu. Stopniowe wprowadzanie ćwiczeń wzmacniających i oporowych jest zalecane, zawsze pod kontrolą medyczną i z zastosowaniem kompresji.

Drenaż: Manualny drenaż limfatyczny (MLD), wykonywany przez terapeutę, lub automasaż przez pacjentkę, są skuteczne w profilaktyce i leczeniu obrzęku. Są one częścią **kompleksowej terapii obrzękowej (CDT).**

Kompresja: Noszenie profesjonalnie dopasowanych opasek lub rękawów kompresyjnych pomaga w zapobieganiu obrzękom. Niewłaściwe dopasowanie może być szkodliwe.

Monitorowanie i wczesna interwencja

Stała czujność: Obrzęk limfatyczny może pojawić się nawet wiele lat po operacji. Konieczne jest regularne samobadanie, obserwowanie obwodu kończyny i zgłaszanie wszelkich niepokojących objawów (np. ciężkość, napięcie skóry, zaczerwienienie).

Leczenie zaawansowanych przypadków: W zaawansowanych przypadkach przewlekłego obrzęku stosuje się metody chirurgiczne, takie jak liposukcja, bypass limfatyczno-żylne, przeszczep węzłów chłonnych.

2. Pielęgnacja rany i profilaktyka zakażeń

Kąpiel: Należy unikać kontaktu opatrunku z wodą, korzystać z prysznica, a nie z wanny. Po kąpielii ranę osusza się delikatnie, bez pocierania. Opatrunek można tymczasowo zdjąć podczas kąpieli po 2 dniach od usunięcia szwów, jeśli lekarz wyrazi na to zgodę.

Zmiana opatrunku: Zmiana opatrunku wymaga dokładnego mycia rąk (lub użycia rękawiczek) i dezynfekcji kierunkowej (od rany na zewnątrz). Należy używać sterylnych materiałów. Po około 4 dniach ranę można pozostawić bez opatrunku, o ile proces gojenia przebiega prawidłowo.

Temperatura: Rany nie należy wystawiać na działanie ekstremalnych temperatur.

3. Badania kontrolne i opieka onkologiczna

Wizyty kontrolne: Pierwsza wizyta u onkologa/chirurga powinna odbyć się około 6 tygodni po zabiegu. Kolejne wizyty ustalane są indywidualnie, zwykle co 3 miesiące w pierwszych latach.

Badania obrazowe: Mammografia kontrolna powinna być wykonywana co 12 miesięcy.

Samobadanie: Konieczne jest comiesięczne samobadanie piersi i natychmiastowe zgłaszanie wszelkich niepokojących objawów (np. ból, zaczerwienienie, obrzęk).

4. Aspekt psychologiczny i wsparcie

Terapia: Należy zachęcać pacjentkę do korzystania z opieki psychologiczno-terapeutycznej (np. psychoedukacja, sesje indywidualne, grupy wsparcia, Terapia Simontona).

Wsparcie rodzinne: Rola rodziny jest kluczowa. Wsparcie emocjonalne, pomoc w codziennych obowiązkach i zachęcanie do hobby i kontaktów społecznych są bardzo ważne dla rekonwalescencji.

5. Utrzymanie funkcji fizycznej i adaptacja codzienna

Aktywność fizyczna: W pierwszych 4-6 tygodniach należy ograniczyć cięższą aktywność. Stopniowo można wracać do czynności manualnych i biurowych, z zachowaniem ostrożności (używanie rękawic, unikanie zmywania bez ochrony).

Zalecane aktywności: Spacer, pływanie, joga czy nordic walking są polecane, pod warunkiem, że są wykonywane bez przeciążeń i pod kontrolą terapeuty.

6. Dieta i styl życia

Masa ciała: Utrzymanie prawidłowej masy ciała zmniejsza ryzyko obrzęku.

Dieta: Zalecana jest dieta bogata w białko, nienasycone kwasy tłuszczowe, warzywa, z odpowiednim nawodnieniem (1,5–2 l/dobę) i ograniczeniem soli. Ma to korzystny wpływ na ogólne samopoczucie.

7. Refundacja protezy piersi

Procedura: Protezę piersi można zakupić w specjalistycznych sklepach. W Polsce refundacja z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) jest możliwa co 2 lata na podstawie zlecenia od lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej, chirurga lub ginekologa.

Piśmiennictwo

1. Stanisławek A, Rząca M. Kliniczne podstawy onkologii. W: Standardy procedury w pielęgniarstwie onkologicznym, pod red. Łuczyk M., Szadowskiej-Szlachetki Z., Ślusarskiej B., Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017. s. 22-23.
2. Dzikowska J, Wojciechowska U. Nowotwory w Polsce i Europie. Warszawa: Polskie Towarzystwo Onkologiczne; 2013. s. 111-112.
3. Bojakowska U, Kalinowski P, Kowalska M. Epidemiologia i profilaktyka raka piersi. J Educ Health Sport. 2016;6(8):701-710.
4. Radecka B, Litwiniuk M. Breast cancer in young women. Ginekol Pol. 2016;87(9):659-663.

5. Didkowska J, Wojciechowska U, Czaderny K, Olasek P, Ciuba A. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2017 roku. Warszawa: Krajowy Rejestr Nowotworów, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów; 2019.
6. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F. Global Cancer Observatory: Cancer Today [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2024 [cyt. 2024 sty 27]. Dostępny na: <https://gco.iarc.fr/today>
7. World Health Organisation. Breast Cancer. Fact sheet [Internet]. New York: World Health Organisation; 2024 [cyt. 2024 wrz 28]. Dostępny na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
8. Wojciechowska U, Barańska K, Miklewska M, Didkowska JA. Cancer incidence and mortality in Poland in 2020. Nowotwory J Oncol. 2023;73(3):129-145. doi: [uzupełnić]
9. Rojas K, Stuckey A. Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. Clin Obstet Gynecol. 2016;59(4):651-672.
10. Jassem J, Krzakowski M, Bobek-Billewicz B, red. Breast cancer. Oncol Clin Pract. 2018;14(4):210.
11. Murawa D, Dyzmann-Sroka A, Kyler W, Lamch K, Kubiak A, Jędrzejczak A, i in. ABC raka piersi. Poznań: Wielkopolskie Centrum Onkologii; 2010. s. 10-15.
12. Gierzelska J, Wiśniewska K, Kozastańska-Oczkowska M. Problemy w opiece nad pacjentką z rakiem piersi po mastektomii metodą Pateya. W: Klimaszewska K, Krajewska-Kułak E, red. Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi. Białystok: Uniwersytet Medyczny; 2021. s. 121-137.
13. Coba S, Jasińska M. Jak zapobiegać rakowi piersi. Warszawa; 2014.
14. Klimaszewska K, Grądzka K. Nowotwór piersi – diagnostyka i leczenie. W: Klimaszewska K, Krajewska-Kułak E, red. Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi. Białystok: Uniwersytet Medyczny; 2021. s. 121-137.
15. Dziukowska J. Diagnostyka obrazowa w onkologii. W: Kułakowski A, Skowrońska-Gardas A, red. Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2020. s. 42-45.
16. Łukasiewicz E, Ziemiańska A, Jakubowski W, Vojinovic J, Bogucevska M, Dobruch-Sobczak K. Fine-needle versus core-needle biopsy – which one to choose in preoperative assessment of focal lesions in the breasts? Literature review. J Ultrason. 2017;17:267-274.
17. Wysocki WM, Herman K. Postępowanie chirurgiczne w przypadku nawrotu miejscowego po leczeniu oszczędzającym raka piersi — mastektomia czy ponowne miejscowe wycięcie? Nowotwory J Oncol. 2014;64(2):163-168.
18. Wronkowski Z. Chemioterapia i radioterapia. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011. s. 29-107.
19. Jassem J, Krzakowski M, Bobek-Billewicz B, Duchnowska R, Jeziorski A, Olszewski W, i in. Rak piersi. W: Rutkowski P, Krzakowski M, red. Onkologia w praktyce. Gdańsk: ViaMedica; 2015. s. 24-52.
20. Akram M, Iqbal M, Daniyal M, Khan AU. Awareness and current knowledge of breast cancer. Biol Res. 2017;50(1):1-33.