

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PŘED A PO PLASTICKÉ OPERACI

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jana Hedrlínová

Vysoká škola zdravotnická o.p.s., Praha 5

Vedoucí práce: Mgr. Marie Vlachová

Stupeň klasifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelská péče u pacienta před a po plastické operaci“ vypracovala samostatně a použité prameny jsem uvedla podle plného autorského záznamu použité literatury a zdrojů informací. Dále souhlasím s tím, aby moje bakalářská práce byla půjčována ve Středisku vědeckých informací Vysoké školy zdravotnické o.p.s. Duškova 7, Praha 5, 15000.

Praha 31. 3. 2009

.....
Hedrlínová Jana

Abstrakt

Hedrlínová Jana. Ošetrovatelská péče u pacienta před a po plastické operaci. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická o.p.s.. Bakalář všeobecná sestra. Školitel: Mgr. Marie Vlachová.

Hlavním tématem bakalářské práce je předoperační a pooperační péče u pacienta podstupujícího plastickou operaci. Teoretická část práce zahrnuje stručnou charakteristiku plastické chirurgie jako lékařského oboru, historii plastiky u nás i ve světě. Dále jsou zde vybrány a stručně popsány nejčastěji podstupované plastické operace v České republice. Bakalářská práce se poté zaměřuje na operace prsu. Jak na modelaci ochablého prsu, tak prostou augmentaci, zmenšení hypertrofovaného prsu i rekonstrukci prsu po mastektomii. Nosnou částí práce je obecná předoperační a pooperační péče, která je zahrnuta v praktické části. Další částí praktické části práce je kasuistika, tedy ošetrovatelská péče u konkrétní pacientky s augmentací.

Klíčová slova: Augmentace. Prs. Gigantomastie. Rekonstrukce prsu. Plastická chirurgie. Historie.

Abstract

Hedrlínová Jana. Nursing care with patient before and after plastic operation. Prague, 2009. Bachelor works. Vysoká škola zdravotnická o.p.s. . Bachelor nurse. Trainer: Mgr. Marie Vlachová.

Focal point bachelor works is pre-operative and postoperative care with patient who relegated plastic operation. Teoretick part of works includes vignette plastic surgery as branch of medicine, history plastic surgery in our country and abroad. Followed by there are chose and shortly described most often relegated plastic operation in Czech Republic. Bachelor works subsequent localize on operation of breast. On operation weak breast, augmentation, reduction mastosis as well as reconstruction breast after ablation. Structural part works is universal pre-operative and postoperative care, who is include in practical part. The other part of practical part is casuistry, so nursing care by the concrete patient with augmentation.

Key full words: Augmentation. Breast. Gigantomastie. Reconstruction breast. Plastic surgery. History.

Předmluva

Plastická chirurgie je obor, který se s postupem let velmi rozvíjí. Nejprve se dostával do podvědomí lidí v cizině, poté i u nás. Péči plastického chirurga vyhledává stále ve větším množství ženská populace, ale ani muži se už v současnosti nenechávají zahanbit. Mezi nejčastější operace, které podstupují ženy, patří augmentace a modelace prsu. Naopak muži nejčastěji podstupují rhinoplastiku a stále častěji i liposukci a plastickou operaci prsu pro gigantomastii.

Téma své bakalářské práce jsem si zvolila po absolvování školní praxe na klinice plastické chirurgie v Praze na Malvazinkách. Na tomto oddělení se provádějí jak nejčastější a nejžádanější plastické operace, tak i ty, které tak časté a žádané nejsou. Patří mezi ně například modelace prsu, zmenšení prsu, augmentace, rhinoplastika, liposukce, facelifting, abdominoplastika, plastika horních i dolních víček, obřízka u mužů a přišívání odstátých ušních boltců. Mezi méně časté plastické operace jistě patří i postupná změna pohlaví z muže na ženu, se kterou jsem se zde také setkala.

Teoretickou část jsem věnovala charakteristice oboru plastické chirurgie, historii plastické chirurgie jako oboru, výčtu nejčastěji podstupujících plastických operací a jejich stručné charakteristice. Kapitola ošetrovatelské péče se v praktické části zaměřuje na předoperační a pooperační péči o pacienta podstupujícího operaci. Dále se praktická část zabývá konkrétní ošetrovatelskou kasuistikou u pacientky s augmentací. Ošetrovatelské diagnózy jsou sestaveny dle aktuálních potřeb pacientky. Nedílnou součástí ošetrovatelské činnosti je edukace pacientky. Tato práce spojuje mnou vybrané poznatky z oboru plastické chirurgie, ošetrovatelství a psychologie.

Má bakalářská práce je určena všem studentům ošetrovatelství, a stejně tak v ní mohou najít podnětné rady všechny zdravotní sestry z praxe.

Na vypracování mé bakalářské práce se jako její vedoucí podílela Mgr. Marie Vlachová a MUDr. Lukáš Frajer, kterým bych ráda touto cestou poděkovala.

Obsah

Úvod.....	8
Teoretická část	10
1 Charakteristika oboru plastická chirurgie	10
1.1 Vysvětlení pojmu plastická chirurgie	10
1.2 Historický vývoj plastiky jako oboru ve světě.....	11
1.3 Historický vývoj plastické chirurgie v Československu.....	12
2 Seznam nejčastěji podstupovaných plastických operací u nás	13
2.1 Otoplastika	13
2.2 Transplantace vlasů.....	14
2.3 Blepharoplastika	14
2.4 Face-lift.....	15
2.5 Liposukce.....	16
2.6 Abdominoplastika	17
2.7 Rhinoplastika	17
2.8 Operace v oblasti genitálu.....	18
3 Prsa.....	20
3.1 Anatomie prsu.....	20
3.2 Historie ženského prsu.....	21
3.3 Kosmetické vady prsů.....	22
3.4 Augmentace prsu	23
3.5 Redukce neboli zmenšení prsu	25
3.6 Modelace prsu.....	26
3.7 Korekce asymetrických prsů.....	26
3.8 Korekce vpáčených bradavek	27
3.9 Muži s ženskými prsy- gynekomastie.....	27
4. Rekonstrukce prsu po mastektomii.....	28
4.1 Rekonstrukce prsu s implantáty	28
4.2 Rekonstrukce prsu živou tkání.....	28
4.3 Rekonstrukce kombinací implantátu a místního laloku.....	29
4.4 Profylaktická mastektomie s rekonstrukcí	29
Praktická část	31

1 Příprava pacienta před operací.....	31
1.1 Rozdělení operačních výkonů a přípravy	31
1.2 Premedikace.....	35
2 Pooperační péče	37
2.1 Sestra v pooperační péči	37
2.2 Obecné zásady v pooperační péči	37
2.3 Přehled pooperačních komplikací:.....	40
2.4 Pokyny pooperační péče po augmentaci.....	40
3 Ošetrovatelská péče u pacientky s augmentací prsu implantáty	42
3.1 Osobní údaje pacientky.....	42
3.2 Odebraná anamnéza:.....	42
3.3 Nynější onemocnění:	43
3.4 Objektivní lékařský nález:	43
3.5 Fyzikální vyšetření sestrou a lékařem.....	43
3.6 Průběh hospitalizace	45
3.7 Ošetrovatelský proces dle Nanda domén:.....	48
3.8 Ošetrovatelské problémy v pooperačním režimu:	49
3.9 Ošetrovatelské diagnózy:.....	50
4. Edukace pacientky	56
4.1 Zhodnocení	56
4.2 Diagnostika	56
4.3 Plánování	56
4.4 Realizace.....	59
4.5 Hodnocení.....	60
4.6 Kontrolní otázky pro pacientku	60
Závěr	61
Seznam literatury	62
Seznam příloh	64

Úvod

Plastická chirurgie je mnohdy považována jen za business. Je tomu tak možná díky velkým reklamám, perfektně zařízeným klinikám a cenám operací. A tato mylná myšlenka je usídlena nejen v podvědomí laické veřejnosti, ale dokonce i mezi zdravotníky. Domnívají se tak hlavně ti, kteří v daném oboru nepracují. Mají představu takového obchodu, který rychle začne, rychle skončí a je z něj dost peněz. Jsem přesvědčena, že tomu tak není. A to byl jeden z důvodů, proč jsem svou bakalářskou práci zaměřila právě na tento lékařský obor.

Ti, kteří se v této medicíně pohybují, vědí, že je stejně náročná jako kterékoli jiné medicínské odvětví. Jediné, čemu je možné dát za pravdu, je to, že tato oblast opravdu vydělá více peněz než například léčebná následná péče. Ale když se nad tím člověk zamyslí, zjistí, že je to jen díky lidem. Díky tomu, že byla tato medicína vždycky považována za takzvaně „nadstavbovou“. A proto ji využívali jen ti, kteří si ji „mohli dovolit“.

Proto bych chtěla v této bakalářské práci ukázat, že předoperační péče a vyšetření jsou stejně náročné, jako před jakoukoliv jinou plánovanou operací jako je například cholecystektomie. A stejně tak je to i s pooperační péčí a případnými komplikacemi. Jediné v čem se možná tato péče liší od klasické nemocniční péče, je větší snaha vycházet vstříc všem pacientům (klientům) v jejich někdy nemalých požadavcích. Patří sem obrovská časová variabilita konzultací, variabilita jídelníčku, schopnost komunikace v cizích jazycích, perfektní úprava prostředí kliniky a také v neposlední řadě i úprava zevnějšku sester a lékařů. Obecně totiž platí, že vzhled je na první dojem nejdůležitější. A proto se nenajde snad žádná žena nebo muž, kteří by si nechali razantně změnit něco na svém vlastním vzhledu od neupraveného, zanedbale vypadajícího lékaře. To jsou nepsané požadavky, které jsou na zaměstnance klinik plastické chirurgie kladeny.

Teoretická část práce je, jak už jsem nastínila výše, zaměřena na historii tohoto medicínskému oboru u nás i ve světě. Dále pak na stručnou charakteristiku vybraných a nejčastěji podstupovaných plastických operacích, jako je rinoplastika, facelifting, abdominoplastika, otoplastika, transplantace vlasů, blepharoplastika, liposukce a plastické operace genitálu. Další teoretická část se více podrobně zaměří na operace prsu. Proto je v jejím úvodu uvedena anatomie prsu a jeho nejčastější vady. Pro zajímavost je zde uveden i vývoj významu ženského prsu v historii. Dále jsou

charakterizovány jednotlivé druhy plastických operací prsu, jako je augmentace, modelace, zmenšení hypertrofovaného prsu, korekce asymetrických prsů, korekce bradavek a je zde zmínka i o operacích prsu u mužů. Vzhledem k rozsáhlosti toho tématu, je problematika rozvedena v další kapitole, která se výhradně zaměřuje na rekonstrukci prsu po mastektomii pro nádor. Zde jsou uvedeny různé způsoby rekonstrukce a jejich stručná charakteristika.

Praktická část se pak zaměřuje na předoperační a pooperační péči. A to jak obecně u jakékoliv operace, tak i speciálně u operace v plastické chirurgii. Předoperační péče je zde rozdělena podle časové posloupnosti a část kapitoly je věnována i premedikaci. Do kapitoly o pooperační péči je zahrnuta bezprostřední péče, následná péče a jsou zde shrnuty obecné zásady pooperační péče. Nejsou zde opomenuty ani možné a nejčastější obecné komplikace po operaci. Pro větší konkrétnost, jsou v jedné podkapitole uvedeny prvky pooperační péče u augmentace.

Druhá polovina praktické části se zaměřuje na konkrétní ošetrovatelský proces u pacientky s augmentací. Jsou zde uvedeny základní údaje o pacientce, odebraná anamnéza, základní údaje o operaci, fyzikální vyšetření sestrou a lékařem. V neposlední řadě je zde uveden ošetrovatelský proces dle Nanda domén se stanovenými ošetrovatelskými problémy a ošetrovatelskými diagnózami.

Závěrečnou část práce tvoří přílohy, které obsahují především obrázky plastických operací a pro větší názornost jsou zde uvedeny i orientační ceny plastických operací.

Teoretická část

1 Charakteristika oboru plastická chirurgie

Plastická chirurgie je dnes u nás medicínským atestačním oborem.

1.1 Vysvětlení pojmu plastická chirurgie

Pojem plastická chirurgie u většiny lidí z laické i odborné veřejnosti vyvolá představu operace kosmetických vad, náročnou léčbu popálenin a ošetřování různých úrazů. To je ale jen malá část velmi širokého medicínského oboru, který kromě výše vyjmenovaných druhů zákroků provádí ještě opravy vrozených a získaných vad obličeje (jako jsou rozštěpy patra a rtu), vad genitálu, operace kožních nádorů, řešení úrazů končetin, a jiné korekce dalších vad.

„V posledním desetiletí dochází k prudkému rozmachu plastické chirurgie jako oboru. Je to především díky rozvoji mikrochirurgie a také stále širšímu uplatňování nových moderních pomůcek a prostředků v každodenní praxi – využívání endoskopické techniky operování, expandérů, implantátů, laserové terapie, různých druhů liposukčních technik apod.“ (Měšťák, 2007, str. 7).

V dnešní době, s rozvojem plastické chirurgie nabývá na významu stále se rozšiřující spolupráce s ostatními lékařskými obory. Jako je například: obecná chirurgie, kardiochirurgie, hrudní chirurgie, otorinolaryngologie a v neposlední řadě i stomatochirurgie.

Jednou částí oboru plastické chirurgie je i obor estetické chirurgie. Úkolem tohoto oboru je odborně řešit vrozené a získané kosmetické vady, kterými se daný člověk liší od všeobecného normálu čili takzvaného ideálu krásy. Posláním oboru estetické chirurgie je zbavit člověka pocitu odlišnosti od jiných a navrátit mu sebevědomí a sebedůvěru. Primář MUDr. Karel Fahoun, DrSc., nazval v jedné z publikací estetickou chirurgii v přeneseném slova smyslu „psychochirurgií“. Je velice těžké najít hranici, která odděluje obor plastické chirurgie od oboru chirurgie estetické.

(4)

1.2 Historický vývoj plastiky jako oboru ve světě

Dějiny oboru plastická chirurgie jsou staré jako léčitelství samo. Z historických nálezů je dokázáno, že jedny z prvních prováděných plastických operací byly úpravy nosu. Nos je nejvýraznější část obličeje, a proto mohl být poraněn v boji s nepřítelem nebo uříznut jako trest.

První záznamy o provádění plastických operací pocházejí ze staré Indie. Na přelomu našeho letopočtu římský spisovatel a lékař Aulus Cornelius Celsus v díle „De re medica“ popisuje plastiky nejen nosu, ale i rtů a boltců. V období po rozpadu říše římské zaznamenáváme velký úpadek lidské kultury. Jejíž součástí bylo i lékařství. V tomto období nejsou známy žádné pokroky zaměřující se na plastiku lidského těla. Nové záznamy se objevují až v polovině patnáctého století v Itálii. Zde byla jako v jedné z mála zemí medicína na poměrně vysoké úrovni. Antonio Branca zde jako první použil k náhradě nosu lalok kůže z oblasti paže. V druhé polovině šestnáctého století tuto techniku dále rozpracoval Gaspar Tagliacozzi, který působil jako profesor na lékařské univerzitě v Bologni. Od poloviny šestnáctého století je druhá vlna úpadku plastické chirurgie, která trvá až do devatenáctého století, kdy německý chirurg Dieffenbach vykonává nespočet pokusů na zvířatech. Přenášel chlupy, rohovku i jednotlivé části čenichů. Francouzský chirurg Reverdin v roce 1869 přenášel mále lístečky kůže seříznuté břitvou z povrchu, které kladl na sekundárně se hojící rány.

Jako počátek nové etapy plastické chirurgie lze považovat období první světové války. Hlavní představitelé plastické chirurgie této doby byli Morestin a Ombrédann (Francie), Kliner a Gillies (Anglie), Lexer (Německo), Limberg (Rusko), Burian (Československo). V roce 1930 byla založena francouzská společnost plastické a estetické chirurgie a v roce 1931 americká společnost plastické chirurgie a poté následovala celá řada dalších zemí. První mezinárodní kongres plastické chirurgie se konal v roce 1933 v Paříži.

Druhou etapu plastické chirurgie „odstartovala“ druhá světová válka, podobně jako ta první. Po druhé světové válce vznikají odborné ústavy plastické chirurgie ve všech zemích, v Anglii, v Americe a dokonce u každé větší nemocnice. V roce 1946 vychází poprvé odborný časopis plastické chirurgie „Plastic and Reconstructive Surgery“. V roce 1955 byla obnovena Mezinárodní společnost plastické chirurgie, jejichž první sjezd

se konal ve Stockholmu za velké účasti lékařů z celého světa. Plastická chirurgie se stala plně uznávanou součástí preventivní léčebné péče.

(5)

1.3 Historický vývoj plastické chirurgie v Československu

Za „otce“ plastické chirurgie v našich zemích je považován vynikající akademik a chirurg František Burian, který své první a nejcennější zkušenosti posbíral v období první světové války. Tehdy zřídil první stanici plastické chirurgie v Temešváru, kterou po konci světové války přemístil do nemocnice na Hradčanech. Poté následovalo přechodné přemístění do Jedličkova ústavu v Praze na Pankráci. Od roku 1937 má své definitivní sídlo v nemocnici Na Královských Vinohradech.

V této době také vznikají oddělení plastické chirurgie v jiných nemocnicích jako například v Brně. Následovníky Františka Buriana byli například profesor Václav Karfík, Miroslav Fára či profesorka Helena Pešková.

Zásluhou profesora Arnolda Jiráska, tehdejšího prezidenta lékařské komory, s velkým přispěním profesora Buriana, byla u nás v roce 1932 plastická chirurgie jako první na světě uznána samostatným oborem a jako taková i přednášena studentům lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

V České republice je v současné době pět univerzitních klinik plastické chirurgie s výukou posluchačů lékařských fakult- jsou to tři pražské a dvě brněnské:

- klinika plastické chirurgie 3. LF UK a FN Královské Vinohrady
- klinika plastické a estetické chirurgie Masarykovy univerzity v Brně
- klinika plastické chirurgie 1. LF UK a FN Na Bulovce
- klinika popálenin a rekonstrukční chirurgie Masarykovy university v Brně
- klinika popáleninové medicíny 3. LF UK a FN Královské Vinohrady v Praze

(Měšťák, 2005 str. 12).

„Plastická chirurgie se stala atestačním oborem v roce 1966. V minulosti byla tedy jen oborem nástavbovým. Po vstupu České republiky do Evropské unie se plastická chirurgie stala takzvaným základním oborem s jednostupňovou atestací“ (Měšťák, 2005 str.12).

(5)

2 Seznam nejčastěji podstupovaných plastických operací u nás

Existuje celá řada plastických operací, proto jsou níže uvedeny ty nejčastější a nejžádanější.

2.1 Otoplastika

Otoplastika neboli plastika odstátých ušních boltců. Odstáté ušní boltce bývají často jedním z důvodů školního posměchu. Tuto nepříjemnou vzpomínku si s sebou nesou lidé celý život. A často až v dospělosti se odhodlají k nápravě, která pomůže nejen jejich vzhledu, ale hlavně jejich duši.

Jedná se o malý chirurgický výkon, který pacient podstupuje nejčastěji v lokální anestezii. Ale dá se podstoupit i v anestezii celkové, a to zejména u dětí, které mohou být během operace neklidné a znemožnit tak chirurgovi provést kvalitní výkon. Časově optimální je provádění výkonu v mladším věku a to proto, že je chrupavka měkká a uši se pak lépe modelují. Většinou se provádí ambulantně.

V podstatě jde o nápravu odchylek ve tvaru, velikosti a postavení u jinak dobře vyvinutých ušních boltců. Doba trvání operace je asi dvě hodiny. Před výkonem je nutné interní vyšetření se závěrem schopnosti podstoupit operaci. Dále potom odličení, umytí vlasů a odstranění náušnic. Při celkové anestezii je nutná lačnost (12 hodin před výkonem).

Postup operace: na zadní straně boltce se vyřízne kůže, ušní chrupavka se změkčí a ztenčí a stehy se pak zafixuje ke spodině. Takto se uši přitáhnou k hlavě a rána se pak už jen sešije. Většinou se provádí pouze přitažení boltců, ale možné je i jejich zmenšení. Narušení sluchu při operaci nehrozí, protože do sluchového ústrojí chirurg vůbec nezasahuje. Při operaci se nejprve místo řezu dezinfikuje a poté se pacient zarouškuje a je požádán, aby nehýbal hlavou. Nejčastěji se používá Mesocain a Adrenalin jako lokální anestetikum, které se aplikuje do několika míst za uchem. Skalpelem se na zadní straně boltce vyřízne kůže ve tvaru půlměsíce. Krvácející cévy se zataví elektrokauterem. Takto obnažená ušní chrupavka se obrousí, aby boltce nepružil a snáze se stehy přitáhl ke spodině. Poté zbývá už jen sešít vyřízlou kůži vstřebávacím stehem.

Po ukončení samotné operace je přiloženo sterilní krytí. To se přichytí kolem hlavy obvazem, který se ponechává po dobu deseti dnů. Další tři týdny po operaci se na noc nosí čelenka, která přitahuje boltce k hlavě a brání možnému nechtěnému poranění.

Otok a bolestivost přetrvává individuálně, ale průměrně se uvádí do tří až čtyř týdnů. Rekonvalescence pacienta trvá přibližně dva týdny. Při ní se pacient vyhýbá nadměrné námaze, sportu a zvedání těžkých břemen.

(2,3)

2.2 Transplantace vlasů

Pleš či lysina představuje celosvětový problém. V dobách minulých se převážně týkal mužské populace. Dnes úbytek vlasů zasáhl i populaci něžnějšího pohlaví. Kromě různých krémů, vodiček, tabletek a jiných farmakologických přípravků, které nemívají zdaleka takový výsledek jaký slibují, lze podstoupit tzv. transplantaci vlasů neboli autotransplantaci vlasů. Jedná se o zákrok, který se většinou provádí v lokální anestezii a trvá průměrně čtyři až šest hodin.

Principem je odběr ostrůvků kůže, které obsahují cibulky tří až pěti vlasů (nejčastěji z oblasti kštice, zde jsou vlasy nejsilnější). Tento ostrůvek se pak usadí pomocí mikropinzety do vpichu připraveného skalpelem v holé části hlavy. Jedna sazenička se zhojí za 5 až 7 dní. Vlas při této metodě pokračuje v růstu okamžitě. Během průměrně dlouhé operace lze usadit na nové místo 200 až 500 ostrůvků (sazenic). Výsledek transplantace lze zhodnotit až po 5 až 6 měsících. Výhodou je, že transplantované vlasy nevypadávají. Je také možné transplantovat vousy či obočí. Věkový limit pro tuto operaci není omezen. Jako podpůrnou léčbu u transplantace lze využít tzv. biolaser, který podporuje tkáň, a tím se cibulky vlasů lépe vyživují.

V USA je transplantace vlasů nejčastějším chirurgickým zákrokem u mužů vůbec a dokonce čtvrtou nejčastější esteticou operací u mužů a žen dohromady.

(2)

2.3 Blepharoplastika

Blepharoplastika v překladu znamená plastika očních víček. Lidské oko je uloženo v kostěných očních neboli orbitách v lebce. Kolem je obklopeno tukovým polštářem, který chrání oko a tlumí nárazy. Ochranná pouzdra těchto tukových polštářů časem ztrácejí pevnost, tím může dojít k vysunutí tukových polštářů pod kůži víček. Nadbytek této kůže se může operativně odstranit. Dá se operovat buď horní a dolní víčka zvlášť,

či oboje dohromady. Operace probíhá většinou v lokální anestezii a tudíž není nutná hospitalizace pacienta. Pacient by neměl být nalíčen.

Postup operace: začíná se vždy nejprve horními víčky, která jsou znečistlivěna injekčně lokálním anestetikem. Poté dojde k vyříznutí nadbytku kůže, nastříhnutí svalů a vyoperování tukových váčků. Poté se kůže sešije tenkým podkožním stehem. Zde je velmi důležitá preciznost v odhadnutém množství odstraněné kůže, aby nedošlo k následným komplikacím a to ve smyslu nemožnosti dovřít úplně oko. Po výkonu se rána na týden přelepí sterilní náplastí. Stehy se odstraňují za sedm dní od výkonu. Otoky a hematomy mohou však přetrvávat o něco déle. Může se objevit i přecitlivělost na světlo. Při této reakci těla na operaci se doporučuje nošení slunečních brýlí a to až po dobu deseti až čtrnácti dnů.

Po výkonu by měl pacient spát ve zvýšené poloze, měl by se vyvarovat námahy po dobu asi deseti dnů. Efekt na spodních víčkách bývá trvalý, naopak u horních víček se operace může opakovat, ale ne dříve než za 7 let.

(2,3)

2.4 Face-lift

Face-lift neboli takzvané vytažení obličeje nebo také rhytidektomie. Tuto velmi žádanou operaci podstupují nejen ženy, ale stále častěji i muži.

Cílem tohoto výkonu je dosažení mladistvějšího vzhledu tváře. Ideální věk k podstoupení této operace je čtyřicet až šedesát let. Tento zákrok patří mezi náročné plastické operace. Je nutné ho podstoupit v celkové anestezii. Tudíž je nutné předchozí interní vyšetření, lačnost a prevence embolie. Pacient by si měl před výkonem umýt vlasy a důkladně odlíčit obličej.

Postup operace: naříznutí kůže před a za ušním boltcem. Ta se uvolní a oddělí od spodiny. Poté následuje vytáhnutí směrem nahoru a odstranění nadbytečné kůže. Facelifting řeší hlavně kůži v oblasti tváře, krku, dolní čelisti a kožní valy mezi nosem a rty (takzvaná nasolabiální rýha). Partie čela se musí řešit samostatně. A to buď další samostatnou operací nebo jako součást faceliftingu. Délka efektu operace se liší individualitou pacienta, ale průměrně se uvádí pět let plného efektu. Délka výkonu je přibližně tři hodiny. Při končení operace se do podkoží zavede Redonův drén, který odvádí zbytkovou krev. Jeho odstranění je také individuální (záleží na odvedeném

množství odpadní krve), ale zpravidla to bývá druhý den. Pacient ze sálu přijede s hlavou obvázanou obinadly, které se ponechávají po dobu jednoho týdne. Potom si může pacient opatrně umýt vlasy a učesat se. Stehy bývají vstřebávací, tudíž se jimi zdravotník nemusí zabývat. Pacient po dobu deseti dnů dodržuje naprostý klidový režim a během dalšího měsíce si zvyká na postupnou mírnou zátěž. Aktivní fyzické zátěži, jako je například sport, se může pacient věnovat po uplynutí již zmiňovaného měsíce rekonvalescence.

(2,3)

2.5 Liposukce

„Faldíky“ neboli nadměrné hromadění tukové tkáně na místech, které nejsou žádané, představují civilizační problém skoro stejně jako hypertenze. Liposukce je tedy zákrok, kdy dojde k odsátí zmiňovaného nahromaděného tuku. Hlavním faktorem pro nadměrné hromadění tuku je samozřejmě dědičnost a životospráva jedince. Proto liposukce představuje vhodné řešení problému u lidí s touto genetickou výbavou. Ale v žádném případě nelze liposukci brát jako léčbu obezity. Existuje celá řada různých technik liposukce. Ale všechny pracují na stejném principu. A to je rozrušení tukové tkáně a její odsátí pod tlakem z těla ven. Rozdíl spočívá v tom, jaká metoda se k rozbití tukových buněk použije. Používá se mechanické uvolnění (klasická či vibrační liposukce) nebo uvolnění vlnami (ultrazvukové vlny).

Obecný postup výkonu: zavedení tenké kanyly malými bodovými řezy v kůži do podkoží kdy mechanicky nebo vlnami dojde k rozbití tukových buněk. Ty se pomocí odsávacího systému dostanou z těla ven a to do připravených a napojených uzavřených nádob. Díky nim se dá velmi přesně sledovat množství odsátých tukových buněk. Všechny druhy liposukce lze provádět jak v celkové, tak v lokální anestezii. Záleží zde na zdravotním stavu pacienta, jeho kázni při výkonu a samozřejmě na plánovaném rozsahu liposukce. Větší liposukce se provádí zásadně v celkové anestezii. Nutno podotknout, že jediné stopy, které zůstanou na kůži, jsou zhruba čtyřmilimetrové nářezy pro vstup kanyly, z nichž se stehy odstraňují za deset dní. Vzhledem k tomu, že po operaci zůstane kůže volná, je nutné nosit po dobu jednoho měsíce kompresní prádlo. Průměr odsátého tuku by neměl přesáhnout dva litry. Odsátí většího množství může způsobit tukovou embolii nebo minerální rozvrat. Nejčastější místa liposukce jsou paže,

hýždě, boky, stehna, břicho, nadkolenní oblast, lýtka a v neposlední řadě také krk, zátylek či oblast stydké kosti (Venušín pahorek). Otoky a hematomy přetrvávají individuálně a to zhruba po dobu týdne až měsíce. Rekonvalescence by měla trvat alespoň týden. S větší fyzickou zátěží by měli pacienti počkat asi měsíc. Definitivní výsledek operace se dá objektivně zhodnotit až po dvou měsících.

(2,3)

2.6 Abdominoplastika

Abdominoplastika znamená plastická operace břicha. Tuto operaci především vyhledávají ženy po těhotenství, které jim způsobilo ochablost břišní stěny. Nebo naopak ženy, které rapidně snížily svoji váhu. Patří mezi náročnější operace. Proto se provádí zásadně jenom v celkové anestezii. Je tedy nutné interní vyšetření, lačnost, prevence embolie a příprava operačního pole.

Provádí se tři typy operací: 1) redukce tuku a kůže v dolní části břicha

2) redukce tuku a kůže v celé části břicha

3) redukce kůže a tuku včetně plastiky břišních svalů

Řez je veden těsně nad pubickým ochlupením mezi oběma kyčelními kostmi, jizva je trvalá a zakryje se spodním prádlem. Pro tuto operaci se neudává žádný věkový limit (samozřejmě s přihlédnutím na celkový zdravotní stav pacienta). Jde o velmi bolestivou operaci. Pro je nutné pacienta na tento fakt předem připravit. Při výkonu se zavedou dva Redonovy drény, které se dle množství odvedené krve většinou druhý den odstraňují. Pacientovi je už na sále navléknuto kompresivní prádlo nebo elastický pás, který se nosí celý měsíc. Stehy se odstraňují za čtrnáct dní po operaci. Hospitalizace trvá v průměru tři až čtyři dny a rekonvalescence minimálně čtrnáct dní. Větší zátěž se povoluje až za šest týdnů po operaci. Efekt operace bývá dlouhodobý a pro lepší hojení poměrně velké jizvy je doporučeno nekouřit a jizvu masírovat.

(2,3)

2.7 Rhinoplastika

Rhinoplastika neboli plastika nosu patří mezi nejčastěji podstupované plastické zákroky u mužů.

Nos je největší dominantou obličeje, a pro bývá často kosmetickým problémem a zdrojem sníženého sebevědomí. Touto operací se tedy dá řešit tvar nosu. A to odstraněním hrbolu, zúžením šířky nosu, zkrácením délky, upravením hrotu nosu nebo upravením samotných nozder. Jedná se o velmi náročnou operaci, provádí se totiž bez možné kontroly zrakem. Nástroje se zavádějí jednou nosní dírkou, což tedy vyžaduje velkou zkušenost a zručnost operátora. Zárok zásadně probíhá v celkové narkóze. Je tedy nutné interní vyšetření, očista nosních dírek před operací a odlíčení obličeje. Operace by se neměla provádět dřív než po ukončení tělesného vývoje, tedy po osmnáctém roce života. Zárok trvá zhruba dvě hodiny. Paradoxem je, že čím je operace nosu „brutálnější“ tím je poté méně bolestivá. Už na sále je pacientovi nasazena sádra, která se sundává až po dvou týdnech. Je nutné zmínit, že zvenku na nose nezůstanou žádné jizvy (veškeré zákroky se provádějí zevnitř). Pro lepší fixaci nosu se do nosních dírek vkládá tamponáda, která se odstraňuje po třech dnech. Po sundání sádry si pacient na noc nasazuje dlahu, aby nedošlo k nechtěnému poranění během spánku. Klidový režim pacient dodržuje po dobu čtrnácti dnů. Otoky a hematomy však přetrvávají mnohem déle. A proto pro lepší vstřebávání a hojení je dobrá tlaková masáž prsty, prováděná několikrát denně. Dále je nutné poučit pacienta, aby v prvních dnech po operaci nesmrkal. Konečný a trvalý efekt operace lze posoudit až po několika měsících.

(2,3)

2.8 Operace v oblasti genitálu

U mužů, ale i u žen se provádějí v poslední době zákroky této oblasti. Mužského genitálu se týkají operace, jako je prodloužení penisu a obřízka. U prodloužení penisu je ale stále výsledek diskutabilní. Změny délky penisu se docílí přerušením vazivového spojení kořene penisu s kostí stydkou. Následná funkčnost i estetické hledisko nejsou přesvědčivé. Proto není na většině klinik plastické chirurgie tento zárok možný. Zato obřízka u mužů je zárok zcela běžný, ať už mu předcházejí zdravotní či náboženské důvody.

Ženy podstupují korekci zbytnělých velkých i malých stydkých pysků (takzvaná labioplastika), která se postupně stává trendem dnešní doby. Operace se provádí většinou v celkové narkóze. Postup operace: odstraní se přebytečná tkáň a okraje se

fixují stehy tak, aby byl zachován přirozený tvar. Riziko při nesprávném provedení řezu je poškození nervů zásobujících klitoris, čímž připraví ženu o její vzrušivost.

(3)

3 Prsa

Stále se ale nejčastěji provádějí operace prsů. Ať už jde o úpravu z hlediska jen kosmetického, podmíněného subjektivními pocity ženy, nebo o operaci ze zdravotních důvodů. Jde o augmentaci, modelaci, zmenšení hypertrofovaných prsů či náhrada prsu po ablaci spojené s tumorem prsu. A proto jsem se této tématice věnovala více, než ostatním druhům plastických operací.

3.1 Anatomie prsu

Mléčná žláza = glandula mamme

- Největší párová kožní apokrinní žláza, která u žen podmiňuje společně s tukem prs neboli mammu.
- Prs se skládá z kožního krytu, tukového vaziva a mléčné žlázy.
- Kůže vytváří na vrcholu prsu silněji pigmentovaný prsní dvorec = areola mammae.
- Uprostřed se klene prsní bradavka = papilla mammae.
- Prs je ke kůži a k fascia pectoralis superficialis fixován vazivovými pruhy = ligamentum suspensorium Cooperi.
- Embryonální vývoj prsu je stejný jak u muže, tak u ženy.
- Vytváří se z párového pruhu ztlustělého epitelu- mléčná lišta, která směřuje z axily na ventrolaterální stranu trupu a končí na stehně pod tříselním ohbím. Postupně zaniká a zachovává se jen v hrudní části. U novorozenců je žláza rudimentární. U mužů tak zůstává po celý život.
- U ženy dochází v pubertě k rozvoji žlázových vývodů a začíná tvorba alveolů. K další výrazné proliferaci dochází v těhotenství. Během laktace vstupují alveoly do sekreční fáze a produkují zprvu mlezivo (kolostrum), a později mateřské mléko.
- Stavba prsu- žláza dospělé ženy se skládá z 15 až 20 laloků, oddělených vzájemně vazivovými septy, která obsahují tuk a probíhají jimi cévy a nervy. Každý lalok obsahuje sekreční lalůčky a systém rozvětvených vývodů. Ty se postupně spojují v jeden velký mléčný vývod = ductus lactifer. Stavba se liší dle fáze menstruačního cyklu, těhotenství, laktace a věku. V těhotenství se ductus lactifer rozšiřuje v sinus lactiferi. Po ukončení kojení dochází k regresi žlázy,

sekrece mizí, alveoly se zmenšují a některé zanikají. V menopauze žláza involuje a atrofuje žláznatý epitel.

- Tvar prsu je individuální (kuželovitý, polokulový, plochý) – mění se věkem.
- Cévy prsu: A) tepny- a. thoracica interna, a. thoracica lateralis, aa. intercostales posterior

B) žíly- doprovázejí artérie

- Prs v plném vývoji dosahuje od třetího do šestého žebra, v horizontální rovině od okraje hrudní kosti do střední čáry podpaží (ale záleží samozřejmě na velikosti daného konkrétního prsu).
- Mízní cévy vytvářejí pleteně pod dvorcem a pod kůží a potom sbírají další sítě ze žlázy a odtékají do hlubokých lymfatických pletení a dále do regionálních uzlin.

(10,13)

3.2 Historie ženského prsu

V dnešní době je prs chápán jako nejvýznamnější atribut ženské krásy. Historické záznamy však dokazují, že úloha postavení ženského prsu prošla jistým vývojem. V době prehistorické byly ženy vnímány jako bohyně plodnosti, matky a živitelky. Soška Venuše z Grimaldy, stará 23 000 let, zobrazuje ženu s bujným poprsím, vyjadřující blahobyt. Mezi další zobrazované ženy s odhaleným poprsím, vyjadřující život a blahobyt patří například Fénická bohyně lásky a plodnosti Aštar, bohyně Isis kojící syna Hóra, která je považována za pravzor kojící Madony ze čtrnáctého století. Ta uzavírala tento dlouhý řetězec božstev s významem plodnosti, nového života, blahobytu, lásky, živitelky a matky.

Další érou v historii významu ženského prsu je období představující prsa jako erotický symbol. První záznamy nacházíme z doby bronzové na Krétě. Na zdech paláce v Kósu, na vázách, sarkofázích. Například bohyně lásky Afrodite byla zobrazována s odhalenými ňadry. Ale už v této době nacházíme i odmítavé postoje. Například řecký filosof a přírodovědec Aristoteles nebo lékař Hippokrates považovali prsa za znak ženské podřazenosti. Také jiná náboženství jako například křesťanství odmítaly prs jako erotický symbol.

Při výčtu historických významů prsu nelze opomenout mýtus o Amazonkách. Tyto ženy žily výhradně v ženských komunitách ovládaných královnou. Legenda praví, že si nechávaly uříznout pravý prs, aby si tím usnadnily napínání luku, tedy uplatnění většího násilí proti mužům. Levé prso bylo ponecháno pro kojení potomků ženského pohlaví.

Ztráta prsu v dnešní době představuje pro ženu krutou analogii.

(4)

3.3 Kosmetické vady prsů

Kosmetické vady prsu lze rozdělit do dvou základních skupin. Jsou to vrozené vývojové vady prsu a získané vady prsu.

Vrozené vady prsu

První projevy těchto vad bývají až v období puberty. Proto mohou mít nepříjemný vliv na psychiku dospívající ženy. Další problém může být po porodu při kojení.

Druhy vrozených vad:

1. **Amastie**- vrozené chybění jednoho nebo obou prsů s dvorcem a bradavkou.
2. **Hypoplazie a mikromastie**- vrozeně nedokonalý vývoj prsu a bradavky.
3. **Mamilla inverta**- vpáčená bradavka (jednostranná či oboustranná).
4. **Mamma accesoria, aberans**- žláza je lokalizována mimo mléčnou lištu, tím v sobě skrývá nebezpečí vzniku nádoru.
5. **Polymastie, polytelie**- nadpočetné mléčné žlázy s bradavkami v průběhu mléčné lišty.
6. **Hypertrofie prsů**- difúzní zvětšení prsu, které se vyskytuje jako infantilní nebo pubertální.
7. **Asymetrie prsů**- vzniká při hypoplazii jedné strany a fyziologickým vývinem prsní žlázy druhé strany nebo naopak.

Získané vady prsů

Většinou se projeví až v postpubertálním období a to především mezi třicátým a padesátým rokem života. Mají různé klinické příznaky.

1. **Získaná hypoplazie**- je podmíněna poškozením zárodku žlázy v dětství. Příčina může být hnisavý proces, chirurgický zákrok, popáleniny atd.

2. **Atrofie prsní žlázy**- vzniká po kojení, po některých gynekologických onemocněních, po velkém hmotnostním úbytku, klimakterium. Projevuje se jako celkové ochabnutí prsu, kdy je malá žláza uložena v chabě visícím kožním vaku. Vždy bývají postiženy oba prsy.
3. **Hypertrofie prsní žlázy** = zvětšení prsů. Někdy se vyvíjí v pubertě, v těhotenství, kojení, při obezitě, u endokrinních a gynekologických chorob. Prs většinou neodpovídá váze a postavě ženy. Pokud dosahuje markantních rozměrů, hovoříme o takzvané **gigantomastii**. Kromě kosmetické vady je hypertrofie i vada fyzická. A to zejména ve smyslu bolestí páteře, zhoršení pohybu nebo častých opruzenin v podprsni oblasti.

(4)

3.4 Augmentace prsu

Augmentace prsu je prosté zvětšení prsu pomocí prsního implantátu. Základním pravidlem augmentace je, aby zvětšený prs dostal přirozený tvar a nevypadal jako prs umělý. Implantáty tedy nesmí být rozpoznatelné u stojící či ležící ženy. Tato operace se většinou provádí pro vrožený podvývin prsní žlázy a to buď jednostranný či oboustranný.

Silikonové implantáty jsou různých tvarů a velikostí. Nejvíce používané implantáty v České republice, které se uvádějí v odborné literatuře, jsou 200 až 300 mililitrové. Ale vyrábějí se od 100 mililitrů do 1000 mililitrů. Co se týká tvaru, rozlišujeme kulaté, kapkovité neboli anatomické a asymetrické (pro každý prs jiný implantát). Dále se dají implantáty dělit podle povrchu. A to na hladké implantáty, které se u nás prakticky nepoužívají a implantáty texturované. U těchto implantátů je cílem vrůst do prsní tkáně a zabránit tak jeho pohybu. Dále můžeme implantáty rozdělit na implantáty s nízkým a vysokým profilem. Náplň, která se používá ve výrobě implantátu je nejčastěji silikon kohezivní, tekutý či fyziologický roztok. Silikon kohezivní je tuhý a plní se s ním anatomické implantáty. Fyziologickým roztokem plněné implantáty se v ČR téměř nepoužívají. To, který druh implantátu operatér použije, záleží na tom, jaká prsa má před sebou a jaké je přání pacienta. Životnost implantátu je asi deset let. Existuje mnoho firem, které prsní implantáty vyrábějí a distribuují do celého světa. „U nás jsou

nejčastěji používány implantáty od firem McGhan-inamed, Nagor, Mentor, Polytech, Eurosilicone“ (Slezák, 2007, str. 61).

Zvětšení prsu se provádí vždy v celkové anestézii. Proto je nutné důkladné předoperační vyšetření. Do kterého u operace prsu vždy patří ultrazvuk či mamografie prsu, aby se vyloučilo možné začínající nádorové bujení.

Řezy pro vložení implantátu se dají vést buď v podpažní jamce, v podprsni rýze nebo řez v dolní polovině dvorce. Zde záleží na velikosti a tvaru vkládaného implantátu, na charakteru prsní žlázy a na zvyklostech a zkušenostech chirurga. Implantáty se mohou vložit na dvě místa. Buď nad sval, tedy pod prsní žlázu, nebo pod sval. Pokud je prs atrofovaný, nemá pevnou kůži a jedná se o větší implantát, anebo pokud chce pacientka docílit co nejvíce přirozeného vzhledu, ukládají se implantáty pod sval. Naopak, pokud je kůže pevná, implantát je menší, ukládá se nad sval, tedy pod prsní žlázu. I při tomto uložení lze docílit při dodržení těchto podmínek přirozeného vzhledu. Obecně, díky zkušenostem je známo, že implantát uložený nad sval po operaci méně bolí než implantát uložený pod sval.

Postup operace: po provedení anestézie, se vpraví do podkoží fyziologický roztok a adrenalin, aby se zmírnilo krvácení, a provede se řez. Ještě před umístěním implantátu se vloží tzv. zkušební sizer. Což je zkušební váček, který se napustí fyziologickým roztokem a tím je možné názorně vidět, jaká velikost je pro tělo ženy ideální. Dále se pak zavede Redonův drén, jeden do každého prsu. Ten odsává zbytkovou krev několik hodin po operaci. Všechny stehy se provádějí vstřebávacím materiálem, tudíž není nutné je po operaci vyndávat. Jizvy se přelepí sterilní náplastí, které prsa fixují. Vše se překryje sterilními čtverci a obváže elastickými obinadly.

Do domácího ošetření pacientka odchází zpravidla třetí den, po odstranění drénů. Po dobu čtyř až šesti týdnů nosí pacientka speciální pás, který se kombinuje, pokud jde o kulaté implantáty, s nošením speciální podprsenky. A to proto, aby nedošlo k pohybu implantátu a naopak aby došlo k vytvoření podprsni rýhy. Pokud jsou zavedeny implantáty anatomické není nutný pás, nosí se jen podprsenka a to po dobu třech týdnů. Dále je nutné nosit klasickou podprsenku až 9 měsíců od operace, ale ne pushupku. Sprchování prsu lze provést po deseti dnech. Doporučuje se nejméně tři týdny spát výhradně na zádech. Klidový režim by se měl dodržovat minimálně dvanáct dní, ale větší fyzická námaha se doporučuje až po měsíci.

Vzhledem k různým mýtům o implantátech je nutné podotknout, že na jejich bezpečnost byla uskutečněna celá řada studií a testů, ve kterých implantáty uspěly a

potvrdilo se, že jsou zdravotně nezávadné. Tudíž ani zvýšený výskyt rakoviny prsu u zavedených implantátů není potvrzen.

Komplikace, které se mohou vyskytnout spočívají v krvácení z rány, zánětu, či vytvoření vazivového pouzdra kolem implantátu, což může ovlivnit měkkost prsu. Dále pak může dojít k svraštění pouzdra na implantátu, které vede k hranatému vyklenutí implantátu. Vzácně pak může nastat ruptura implantátu, například při autonehodách, kdy dojde k drastické kompresi. Tento problém se ale dá jednoduše vyřešit výměnou implantátu.

(2, 3,4)

3.5 Redukce neboli zmenšení prsu

Tato operace se provádí u zbytnělého, čili hypertrofovaného prsu. Může se jednat o zbytnění především tukové tkáně nebo o zbytnění převážně prsní žlázy. V tomto případě je operace náročnější.

Zmenšování prsu bývá, jako už jsem uvedla výše, většinou zdravotně indikováno, tudíž je i hrazeno zdravotní pojišťovnou. Opět je nutné před operací provést mamografické či ultrazvukové vyšetření. Věk, kdy ženy tuto operaci podstupují je většinou do padesáti let. U mladých dívek se redukce provádí jen vynímečně. A to většinou na doporučení jiného lékaře.

Postup operace: Existuje celá řada způsobů operace. Podstatou je vysunout pokleslé dvorce do vhodné polohy a redukovat přebytečnou tkáň prsu v požadovaném rozsahu. Vždy se provádí v celkové anestezii, při operaci se zavádějí Redonovy drény, které se odstraňují po dvou dnech. Prsa jsou obvázána elastickým obinadlem. To se po pěti dnech vymění za speciální podprsenku, která se nosí asi pět týdnů. Hospitalizace trvá zhruba dva až pět dnů. Stehy se odstraňují po dvou až třech týdnech. Jizva má po operaci tvar obráceného „T“. Zvýšené fyzické aktivity je možné se věnovat až po třiceti dnech. Zákrok by měl mít trvalý efekt, ale je možné, že vlivem gravitace dojde k mírnému poklesu prsu.

Možnými komplikacemi jsou krevní výron, částečná ztráta dvorce, vytvoření nápadnějších jizev, kterým však lze předejít pravidelným masírováním jizvy.

(2, 3,4)

3.6 Modelace prsu

Modelace prsu neboli brest-lift či mastpexe se provádí u ochablých a povislých prsů. Ochablost je většinou způsobena opakovaným těhotenstvím, kojením či nadměrnou redukcí hmotnosti. Jedná se většinou o ženy v mladším středním věku, které díky tomuto problému ztrácí sebevědomí, trpí pocity méněcennosti a bývá i narušen jejich sexuální život.

Podstatou modelace je podzvednutí dvorců do normální polohy a odstranění nadbytečného množství kožního krytu. Provádí se v celkové anestézii a je nutné, jako u každé operace prsu mamografické či ultrazvukové vyšetření. Doba trvání operace je asi dvě hodiny. Při ní jsou opět zavedeny Redonovy drény, které se odstraňují přibližně druhý den. Jizva ve tvaru obráceného „T“ se dá zakrýt podprsenkou. Délka hospitalizace je dva dny a trvá do odstranění již zmiňovaných drénů. Stehy jsou vstřebatelné. Rekonvalescence je asi čtrnáct dní, kdy pacientka nosí měkkou a podpůrnou podprsenku. Větší fyzické námaze je nutné se vyhnout po dobu dvou měsíců. Komplikace bývají jen zřídka.

(2, 3,4)

3.7 Korekce asymetrických prsů

Určitý stupeň asymetrie prsu je normální a vyskytuje se u každé ženy. Jedná se o rozdílnost ve velikosti prsu, postavení a velikosti dvorců a jiných asymetrií. Často tyto asymetrie bývají způsobeny nedokonalými srůsty mezi žebry a páteří, které způsobují vytlačení prsní žlázy a dvorce zevně, což způsobí vjem asymetrie prsu jako takového. Ale samozřejmě může jít o výrazné vrozené či získané asymetrie prsu.

Podstatou operace je korigovat tuto asymetrii. Většinou se řídí menším prsem. Tedy pokud je dostatečně velký a správně tvarovaný. V tomto případě se zmenší prs větší. Pokud je to naopak, zvětší se menší prs implantátem. Často je však nutná úprava obou prsů.

(2, 3,4)

3.8 Korekce vpáčených bradavek

Vpáčené bradavky jsou vada nejen kosmetická, ale i funkční. A to ve smyslu ztěžování kojení. Vyskytují se buď jednostranně, či oboustranně. Nejčastěji se používají dvě metody ke korekci takto poškozených bradavek. Jedna se snaží docílit prominence bradavky vyříznutím kožních klínků na jejím obvodě a na dvorcí s následným sešitím okrajů k sobě. Druhá protíná naopak zkrácené struktury uvnitř bradavky, podmiňující její vpáčení, ve snaze umožnit její vyklenutí. Někteří operatři tyto metody kombinují.

Režim po operaci není omezující, jen se doporučuje nezvedat těžká břemena. Prsa by se měla krýt pevnou podprsenkou.

(2,4)

3.9 Muži s ženskými prsy- gynekomastie

Jde většinou o hormonální poruchu (varlata, hypofýza, nadledviny). Ale může být způsobena i užíváním alkoholu. Často jsou bolestivé. Onemocnění se může řešit hormonální léčbou či plastickou operací. Vždy je nutné předem provést důkladné endokrinologické vyšetření, ultrazvuk a interní předoperační vyšetření.

Při zákroku se odeberou zvětšené prsní žlázy a liposukcí se odsaje tuk z okolních míst, tím se dotvaruje celkový vzhled prsu. Operace se provádí zásadně jen v celkové anestézii. Řez je veden v okolí prsních dvorců. Zůstává tedy nepatrná jizva. Redonův drén se ponechává 24 až 48 hodin. Hrudník je zabandážován na dobu 3-4 týdnů. Rekonvalescence trvá 1 až 2 měsíce.

(4)

4. Rekonstrukce prsu po mastektomii

„Rekonstrukce prsu je znovuobnovení celistvosti hrudníku, tj. odstranění deformace vzniklé předchozím resekčním zákrokem. Tím plastický chirurg usiluje o nastolení symetrie hrudníku jak v objemu, tak tvaru obou prsů. Je to tedy rekonstrukce kůže prsu a jeho objemu“ (Měšťák, Dražan 2006 str. 47). Ve způsobu rekonstrukce prsu záleží na zbývající kůži prsu. V zásadě z toho vyplývá, že můžeme pacientky dělit na ty, které potřebují rekonstruovat pouze chybějící objem (u nich se používá implantát či lalok) nebo na ty, které potřebují jak objem, tak kůži (u nich se může použít též lalok, ale dostatečně velký nebo lalok s implantátem).

4.1 Rekonstrukce prsu s implantáty

Je žádaná proto, že není nutný odběr laloku. Tím je snazší i pooperační období pro pacientku a také je snižena možnost rizik. Může se vyskytnout obnažení implantátu, posun implantátu, infekce či vytvoření vazivového pouzdra. Ale i tak jsou rizika velmi malá. Implantáty jsou výhodné zejména u menších pevných prsů s malou ptózou a u pacientek s oboustrannou mastektomií. Implantáty se nepoužívají u pacientek, které prodělaly po operaci radioterapii hrudníku, jelikož u nich téměř stoprocentně dochází k tvorbě již výše zmiňovaného vazivového pouzdra, tedy kapsulární fibróze.

„Zkušenosti ukazují, že během 5-15 let po rekonstrukci implantáty potřebuje 50 až 80% pacientek, z důvodu rozvoje kapsulky, některou z dalších operací: uvolnění kontrahujícího vaziva kolem implantátu (kapsulektomie), případně výměnu implantátu“ (Měšťák, Dražan 2006, str. 48)

(6)

4.2 Rekonstrukce prsu živou tkání

V dnešní době stále větší popularitu nabývají rekonstrukce pomocí živé tkáně neboli laloků. Výhody této metody jsou ty, že prs se navždy stává integrální součástí těla a nehrozí zde komplikace spojené s uloženým implantátem. Další výhodou je to, že nedochází k pozdním tvarovým změnám prsu, tkáň nemůže být odloučena, jedinou změnou může být pokles objemu prsu při celkovém zhubnutí či naopak. A to vše proto,

že lalok je tuková tkáň s vlastní cirkulací. Naopak nevýhodou je větší operační zátěž, větší pooperační riziko komplikací jako je dehiscence rány, nekróza, vyklenutí či kýla.

(6)

4.3 Rekonstrukce kombinací implantátu a místního laloku

Výhodou tohoto postupu je možnost nahradit do určité míry i kůži. Nevýhodou ale je možnost vytvoření kapsulární kontrakce a relativně omezená možnost rekonstruovat prs libovolné velikosti, tvaru a přirozené ptózy. Přesto ale lze vytvořit touto metodou prs veliký a přirozeně ptotický. Pokud má lalok správný směr, jsou jizvy uloženy tak, že jsou zakryté spodním prádlem. Dle zdravotního stavu pacientek lze rozdělit tři indikační skupiny (Měšťák, Dražan 2006 str. 49)

1. Pacientky indikované k rekonstrukci implantáty (nebo implantáty s místním lalokem). Používá se u žen, kdy na žádném z odběrových míst nenajdeme dostatek tkáně k vytvoření požadovaného objemu prsu.
2. Pacientky indikované především k rekonstrukci lalokem. Používá se u žen, které nemají dostatek kůže v oblasti hrudníku, nebo je tato kůže v důsledku radioterapie či mastektomie poškozená. Některé pacientky si přejí použít lalok z břicha proto, že tím se zbaví přebytečného tuku v této oblasti.
3. Pacientky, které jsou vhodné pro oba způsoby rekonstrukce. Při této situaci záleží převážně na rozhodnutí pacientky samotné. V této situaci je důkladná konzultace s plastickým chirurgem a zvážení všech pro a proti.

(6)

4.4 Profylaktická mastektomie s rekonstrukcí

Profylaktická mastektomie se provádí pro zmenšení rizika rozvoje karcinomu prsu u pacientek se zvýšenou možností vzniku tohoto zhoubného onemocnění. Provádí se již třicet let, ale významu nabývá až v posledních letech. A to především díky rozvoji genetického inženýrství. Tam kde byly definovány pacientky s poruchou genu, který je odpovědný za kontrolu nádorového bujení prsu, neboli takzvané BRCA mutace. Tím vzniká riziko rozvoje rakoviny prsu až v 85% do 70 let života. Jak ale přistupovat k takovýmto pacientkám je stále otázkou. Hovoří se o celém spektru postupů, od konzervativních po radikální. Jde například o screening mamografií, ultrazvukem,

biopsiemi nebo pokusy o hormonální profylaxi a v neposlední řadě právě o profylaktickou mastektomii. Cílem této radikální metody je odstranit rizikovou tkáň a tím zabránit rozvoji nádorového onemocnění. Stále ale však tato metoda zůstává kontroverzní. Jde totiž o to, že je ve své podstatě radikálnější a invazivnější preventivní metoda, než léčba samotného již vzniklého nádoru. Postupem času se pohled na tento postup mění. V minulosti se profylaktická mastektomie používala pro rizikové pacientky, které by se dnes za rizikové ani nepovažovaly. Dále byly dříve rekonstrukční možnosti omezenější než nyní a díky tomu si profylaktická mastektomie nezískala velkou oblibu. Bohužel však zatím podle dostupných zdrojů neexistuje studie, která by objektivně porovnávala profylaktickou mastektomii s alternativními postupy jako jsou chemoprevence, onkologické sledování a léčba časných stádií tumoru.

Oprávněnost využít profylaktickou mastektomii je při dodržení třech předpokladů, a to:

1. ženy s dostatečně velkým rizikem budoucího rozvoje onemocnění
2. mastektomie skutečně zabráni nebo alespoň sníží riziko vzniku budoucího onemocnění
3. mastektomie se provede v krátké či v jedné době s rekonstrukcí, jejíž výsledek je esteticky přijatelný

(Měšťák, Dražan 2006 str. 119)

Rekonstrukce prsu po profylaktické mastektomii se provádí právě výše uvedenými třemi způsoby rekonstrukce (rekonstrukce prsu implantáty, rekonstrukce prsu živou tkání a rekonstrukce kombinací implantátu a místního laloku).

(6)

Praktická část

1 Příprava pacienta před operací

Obecná příprava k operaci, jak plastické, tak jakékoliv jiné se od sebe nijak zvlášť neliší.

1.1 Rozdělení operačních výkonů a přípravy

Operační výkony dělíme obecně do tří základních skupin a to podle urgentnosti.

Na:

A) výkony plánované (jako jsou výše uvedené plastické operace)

B) výkony urgentní (například náhlé příhody bříšní)

C) výkony z vitální indikace (tyto typy výkonů lze zařadit pouze při neodkladných revizích již provedených plastických operacích, například při rozsáhlém krvácení, šokových stavech, rozvinutém DIC aj.)

Příprava pacienta k plánovanému operačnímu výkonu

Předoperační příprava je dlouhý, rozsáhlý a velmi náročný proces. A to hlavně pro pacienta samotného. Probíhá už několik dní před výkonem.

Dělení: 1) dlouhodobá příprava

2) krátkodobá příprava

3) bezprostřední příprava

(7 str. 12)

1) Dlouhodobá příprava

Tato část předoperační přípravy je určena k diagnostice případných vedlejších chorob, které by mohly zkomplikovat operační výkon a ke kompenzaci chronických chorob. Všechny tyto vyšetření nesmí být starší než čtrnáct dní.

Patří sem chirurgická příprava, která spočívá ve vlastní diagnostice zdravotního problému, který vyžaduje chirurgickou intervenci. Tuto přípravu řídí chirurg, podílí se na ní i ostatní diagnostická pracoviště (např. SONO, laboratoř, RTG pracoviště, endoskopické centrum atd.)

Do interní přípravy patří interní předoperační vyšetření, na které je pacient odeslán chirurgem.

Do předoperačního vyšetření patří:

1. Screeningové vyšetření moče- tedy moč chemicky a sediment. Při pozitivním nálezu se dále pokračuje v dalších specifických vyšetřeních, jako je mikrobiologické vyšetření moče nebo ultrazvuk močových cest a ledvin. Cílem je odhalit hlavně infekci, glykosurii apod.

2. Screeningové vyšetření krve

- biochemické vyšetření (základem je vyšetření iontů, urey, kreatininu, glukózy a jaterních testů).
- hematologické vyšetření (FW, krevní obraz)
- hemokoagulační vyšetření (Quick, APTT)
- odběr krve na krevní skupinu a Rh faktor

V dnešní době existuje celá řada odběrových systémů, nejčastěji se však provádí pomocí vakuet, které buď obsahují, či nikoliv protisrážlivý přípravek. Na biochemické vyšetření se obvykle používají zkumavky s červeným či žlutým víčkem, na hematologické vyšetření zkumavky fialové (které se používají i na vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru), na vyšetření Quicka a APTT se používají většinou zkumavky modré.

3. Autotransfuze – je speciální druh transfuze, kdy si pacientovi před plánovaným výkonem dá odebrat určité množství krve (většinou dvě krevní konzervy) a ty mu jsou pak bez rizik po operaci podány. Provádí se ale pouze u vybraných operačních výkonů a u pacientů, kteří jsou schopni sami fyziologicky nahradit odebrané množství krve. Neprovádí se tedy například při onemocněních krve, jako jsou například anémie. K odběru je pacient pozván na transfuzní stanici, zde se odebere jednotka krve, která je podle stavu pacienta nahrazena infuzním roztokem (např. Ringerův roztok). Pacientova krev se konzervuje a vydává se ke spotřebě při výkonu.

4. EKG vyšetření- vyšetřuje se vždy k určení rozsahu orgánových změn na srdci.

5. RTG vyšetření srdce a plic- vyšetřuje se vždy k určení chorobných procesů na plicích a srdci.

6. Interní klinické vyšetření- při něm je provedeno závěrečné hodnocení, kdy se lékař vyjádří k operačnímu výkonu a anestezii. Zde lékař určí, jaká bude předoperační léčebná péče např. aplikace nízkomolekulárních heparinů. Tato ordinace je pak rozšířena o anesteziologickou ordinaci premedikace.

2) Krátkodobá příprava

Časově je tato příprava omezena do 24 hodin před výkonem. V tomto období se většinou pacient už nachází na oddělení.

- **Výživa a tekutiny:** anestezie potlačuje funkci trávicího traktu, hrozí tedy zvracení s následnou aspirací během a bezprostředně po výkonu. Proto je třeba dodržet 6-8 hodin absolutního lačnění.
- **Vylučování:** spontánní vyprázdnění těsně před výkonem. U náročnějších operací nebo při problémech s vylučováním moči již před operací (stresová či jiná inkontinence moče), se provádí katetrizace močového měchýře, tedy zavedení permanentního močového katétru. Nejlépe v den operace a ještě lépe na sále, již při anestezii. Aby se předešlo stresu pacienta. Vyprázdnění trávicího traktu se řídí pokyny chirurgické přípravy (klyzma, glycerinové čípky, laxancia). Je nutné mít na paměti, že anestetika zpomalují střevní motilitu (v pooperační péči).
- **Hygiena:** před výkonem se předpokládá celková hygiena. Je nutné věnovat pozornost nehtům, které nesmějí být nalakované. Vlasy by měly být čisté. Pleť hlavně v oblasti operační rány a okolo úst by neměla být natřena krémem. Při převozu pacienta na sál je nutná pokrývka hlavy, tedy operační čepice.
- **Operační pole:** cílem přípravy operačního pole je snížení infekce a průhlednost místa výkonu. Řídí se samozřejmě druhem operace a zvyklostí konkrétního oddělení. Při některých operacích je nutné provést oholení s následnou (tzv. první) dezinfekcí operačního pole (například u operace prsu se žena oholí v podpaží a provede se dezinfekce prsou - nejčastěji dezinfekcí určenou na kůži ve spreji). Dále se téměř u všech větších operací provádí čištění pupeční jamky nejčastěji salicylovým lihem. Také se očistí možné nečistoty na kůži (jako je zbytek náplasti atd.).
- **Oholení:** nejčastěji se dnes na odděleních používá jednorázová žiletka, místo se navlhčí a nanese se pěna. Žiletka se drží pod úhlem 45 stupňů, odstranění chloupků se vždy provádí ve směru růstu chloupků. Nesmí se zapomenout na závěrečné důkladné očištění pokožky. Pokud dojde k pořezání, provádí se vždy dezinfekce a záznam o poranění do dokumentace.
- **Spánek:** pro velkou nervozitu před operací je nutné zajistit dostatečný a kvalitní spánek a odpočinek pacienta. Většinou postačí medikamenty naordinované

- **Cennosti:** Již v den přijetí na oddělení většinou dojde k sepsání všech věcí pacienta. Tento úkon se ztvrzuje podpisem jak sestry, sestry svědka, tak i podpisem pacienta. Věci, které mají větší cenu (jako mobilní telefony, hotovost, šperky aj.) se ukládají se souhlasem pacienta do trezoru na oddělení. A jsou mu vydány až při plném vědomí. Věci potřebné po operaci, jako jsou kontaktní čočky, berle, osobní prádlo, hygienické pomůcky se uschovávají ve skříních a nočních stolcích na pokojích pacientů. Pokud se jedná o nadstandard či jednolůžkový pokoj je dobré (pokud je tu tato možnost) pokoj uzamknout.
- **Prevence TEN (Trombembolické nemoci) :** této velmi časté a velmi závažné komplikaci se dá předejít velmi jednoduše. A to kompresivními punčochami nebo bandážemi dolních končetin, které se ale většinou provádějí až bezprostředně před výkonem. Dále potom tzv. miniheparinizací, tedy léčbou (i prevencí) nízkomolekulárními hepariny (Clexan, Fraxiparin, Zibor atd.). Tyto látky se aplikují subkutánně (s.c.) a to do krajiny v oblasti pupku či paže. Ordinaci těchto léčiv určí anesteziolog v premedikaci. Ale nejčastěji se podávají večer před operací (18-22 hod). Pokud trpí pacient nějakým onemocněním ve smyslu zvýšené srážlivosti krve a chronicky užívá per os léky na podobné bázi, dojde většinou už několik dní předem k jejich vysazení a převedení pacienta na injekční formu nízkomolekulárních heparinů (řeší se již při interní kontrole před operací).
- **Nácvik prvků pooperačního režimu:** tato velmi důležitá část předoperační přípravy je zatím stále velmi pomíjená. Spočívá v nacvičení a naučení se zacházení se sebou samým po operačním výkonu. Spadá sem např. chůze o berlích, lepení stomických sáčků, nácvik sedu, stoje, chůze atd. s přepokládanou ránou, která pacienta omezuje v pohybu. Tato část je uložena výhradně rehabilitačním pracovníkům a sestrám. Důležitá je proto, aby se předešlo špatnému pohybu či úkonu pacienta, a tím došlo k jeho poškození.

3) Bezprostřední příprava

Tato část „předoperačního procesu“ je vyhrazena době těsně před výkonem. Obecně se uvádí tedy asi 2 hodiny před operací.

- **Kontrola pacienta:** kontrola vyplněných údajů v dokumentaci (jméno, příjmení, rodné číslo, bydliště, pojišťovna atd.), kontrola udaných alergií, užívaných léků, chronických nemocí, kontrola operačního pole, lačnosti, vyprázdnění, hygieny, odstranění šperků, odličení, dále kontrola odstranění všech protéz (protéz končetin, zubních protéz, prsních protéz, kontaktních čoček atd.). Důležité je, že každou kontrolu, kterou sestra provede, by měla zaznamenat do dokumentace.
- **Bezprostředně:** spontánní vymočení či zavedení permanentního močového katétru, zavedení permanentního žilního katétru (a případné podání naordinovaných léků intravenózně, jako například antibiotik). Poté podání premedikace per os., per rektum či intramuskulárně, provedení bandáží dolních končetin. Další kontrola totožnosti pacienta.

(1,7)

1.2 Premedikace

Účelem premedikace je farmakologicky ovlivnit průběh anestezie, minimalizovat strach a úzkost, předejít komplikacím vegetativního nervstva při úvodu do anestezie. Způsob premedikace je plně v rukách anesteziologa, který ho určí na základě anesteziologického konzilia, interního vyšetření, věku a hmotnosti pacienta, způsobu anestezie a druhu operačního výkonu. Premedikace bývá sestavena z následujících léčiv:

- benzodiazepiny (např. diazepam) nebo barbituráty
- analgetika většinou opioidního typu (např. Dolsin)
- anticholinergika (Atropin, Skopolamin)- jejichž kontraindikací je glaukom
- dále např. blokátory histaminových receptorů (ke zvýšení pH žaludeční šťávy u urgentních operací), antacida atd.

Způsoby aplikace premedikace: per os podání, intramuskulární podání, intravenózní podání, rektální podání (vhodné zejména u dětí).

Na některých odděleních se používá speciální razítko, kam se premedikace vepisuje (datum, čas, druh, množství a způsob aplikace léku, podpis sestry a jméno anesteziologa).

Premedikace se podává obecně 30 až 60 minut před odjezdem na sál. Dnes je na některých odděleních zavedená premedikace tzv. „na telefon“, kdy ze sálu zavolají, komu chtějí podat premedikaci.

Zvláštnosti u premedikace diabetika:

V dlouhodobé přípravě je nutná návštěva diabetologické poradny, kde se lékař vyjádří, jak by bylo vhodné zajistit pacienta v operačním období. Diabetik musí být vždy hospitalizován minimálně den předem. V rámci lačnosti je nutné zajistit permanentní žilní katétr a podávat infuzní roztok glukózy s inzulínem dle aktuální hladiny glykémie (zjištěné glukometrem). Nikdy se nepodávají perorální antidiabetika. Vždy se pacient převede na určitou dobu na inzulín. Pro tuto složitější přípravu je dobré zařadit pacienta v operačním programu na první místo.

(1,7,8)

2 Pooperační péče

Po skončení operace zůstává nemocný pod stálým dohledem, dokud nemá stabilizovaný oběh, spontánně nedýchá a nejsou patrné obranné reflexy (polykací reflex, kašláni atd.). Proto je pacient po určitou dobu (1 až 2 hodiny) po výkonu umístěn na tzv. dospávacím pokoji, kde je pod stálým dohledem anesteziologa a anesteziologické sestry. Poté jsou nemocní uloženi dle zdravotního stavu a fyziologických funkcí buď na ARO, JIP či na standardní pooperační či chirurgické oddělení.

2.1 Sestra v pooperační péči

Sestra zajišťuje péči o pacienta spolu s kontrolou pooperačního stavu a plnění ordinací dle anesteziologa a operatéra. To znamená: měření tlaku krevního, pulzu, dechu, tělesné teploty, sledování stavu vědomí, měření příjmu a výdeje tekutin, podávání analgetik a dalších ordinovaných léků (jako jsou antibiotika, infuzní roztoky, chronická medikace atd.). Dále sestra sleduje drény, cévky, sondy, žilní katétry. Zajišťuje jejich funkčnost a sleduje odvod. Dále má sestra na starost pooperační krevní odběry, odběry moče a jiných tělních tekutin. Musí také zařídit pooperační vyšetření, jako jsou kontrolní RTG, SONO atd. Nesmí zapomenout ani na operační ránu, kde se kontroluje její prosakování přes obvaz. V kompetenci a povinnosti sestry je také časná mobilizace pacienta po výkonu. Která se provádí dle stavu pacienta, ale ne dříve než za 4 hodiny od návratu z operačního sálu na oddělení. Záleží také na typu anestezie. Při celkové anestezii je možná velmi časná mobilizace, naopak při epidurální anestezii se doporučuje vstávat až za 24 hodin (v praxi to bývá tedy druhý den ráno).

Všechny naměřené hodnoty, laboratorní výsledky a změny stavu se zapisují řádně do dokumentace a hlásí se lékařům.

(1,8)

2.2 Obecné zásady v pooperační péči

- **Dýchací cesty:** zajištění volných dýchacích cest, uložení pacienta do polosedu a podávání kyslíkové terapie dle ordinace lékaře. V pooperačním období je

důležitý tzv. výdech do rukavice (pro rozpínání dýchacích svalů), používá se jako prevence pneumonie.

- **Poloha:** po celkové anestezii je poloha na zádech s mírným polosedem, pro lepší plicní ventilaci. Naopak po epidurální anestezii je poloha vodorovná po dobu 24 hodin. Jsou operace, u kterých je pooperační poloha speciální (elevovaná operovaná končetina atd).
- **Bolest:** bývá různého stupně a trvání. Je individuální. Zmírňuje se podáváním analgetik dle ordinace lékaře (Dipidolor, Dolsin, Tramal, Novalgin, Ketonal, Perfalgan atd.).
- **Spánek:** bývá pooperačně narušen, příčinou nespavosti je většinou bolest, změna prostředí, vynucená pooperační poloha atd. Léčí se hypnotiky (např. Rohypnol, Oxazepam, Hypnogen, Stilnox atd.). Ale zde je i velmi důležitá úprava prostředí. Jako je čerstvý vzduch, vymočení před spánkem, dostatek tekutin (ne káva), čisté lůžko i osobní hygiena.
- **Hygiena:** záleží na schopnosti pohybu nemocného, sestra buď úplně převezme hygienickou péči, nebo pacientovi jen dopomáhá. Dostatečná hygiena je důležitá nejen pro lepší pocit pacienta, ale hlavně jako prevence zánětlivých komplikací v ráně.
- **Nauzea a zvracení:** pokud se objeví do 24 hodin po operaci, bývá vedlejším příznakem anestezie. Zde je velmi důležitá prevence aspirace (poloha hlavy na straně, odsávání zvratků). Pokud se ale objeví za několik dní po výkonu, může se jednat o projev pooperační komplikace jako je porucha střevní pasáže (ileus) nebo atonie žaludku.
- **Močení:** první spontánní močení by mělo být po operaci do osmi hodin. Pokud k tomu nedojde, je nutné zavést močovou cévku a sledovat množství vyprodukované moči. Častou příčinou nemožnosti se po operaci vymočit bývá poloha vleže či bolest.
- **Plyny a stolice:** přechodná paréza trávicí trubice bývá často a upravuje se do 48 až 72 hodin. Ovšem při přetrvávání zástavy peristaltiky se musí zasáhnout medikamentózně. A to tzv. parasymptomimetiky (Ubretit). Dále se může zavést rektální rourka (pro odchod plynů) nebo podat rektálně kapénkové klyzma s glycerinem. Pokud problém přetrvává déle jak čtyři dny, musí se vyloučit pooperační ileus.

- **Vodní a elektrolytové hospodářství:** při každé operaci dojde k rozvratu. Ten je způsoben nadměrnou krevní ztrátou, pocením a retencí vody a sodíku. Může se rozvinout až hypovolemický šok (pocit žízně, suchý jazyk, snížený kožní turgor, ospalost, pokles tlaku krevního atd.). Pro posouzení elektrolytové rovnováhy se odebírá krev a moč na vyšetření iontů. Hrazení vody a elektrolytů probíhá vždy preventivně a to podáváním infuzí krystaloidních a koloidních roztoků.
- **Proleženiny:** důležitá je prevence. Proleženina vzniká velmi rychle a téměř v jakémkoli věku pacienta. Prevence spočívá v dostatečné hygieně, čistotě osobního i ložního prádla, polohováním, masážích a dostatku tekutin.
- **Operační rána:** častá kontrola (prosakování rány), poté převazy dle ordinace lékaře. Zde se sleduje, zda dochází k hojení per primam či per sekundam. Dle toho se provádí převazy a jiná léčebná opatření (např. podávání antibiotik). Převazy se vždy provádějí za sterilních podmínek lékařem se sesterskou asistencí.
- **Prevence Trombembolické nemoci:** tu zajistíme časnou mobilizací po výkonu, kompresivními punčochami (či elastickými bandážemi) a podáváním nízkomolekulárních heparinů subkutánně dle ordinace lékaře. Dále se používají cviky na prokrvení dolních končetin. A to plantární a dorzální flexe. Cvičí se na lůžku.
- **Pooperační dietní režim:** u operací trávicího traktu bývá speciálně upraven. U jiných operací se řídí podle zásady postupné zátěže trávicího traktu (nejprve se podávají tekutiny, poté lehká strava až se přejde na dietní opatření před operací).
- **Podávání krevních derivátů a transfuzních přípravků:** podávají se vždy dle ordinace lékaře, podávat by měl lékař, sestra jen asistuje a sleduje při podávání zdravotní stav pacienta a změny hlásí lékaři.
- **Zvláštnosti péče o pacienta po spinální anestezii:** podává se anestetikum do páteřního kanálu (do prostoru subarachnoideálního nebo epidurálního). Musí se dodržet vodorovná poloha, vstává se z lůžka po 24 hodinách, monitoruje se citlivost dolních končetin a schopnost pohybu, vyprazdňování moče. Sleduje se bolest hlavy, problémy s hybností, necitlivost svěračů a zvracení.
- **Zvláštnosti péče o diabetika:** do zátěže trávicího traktu se podává Actrapid intravenózně, po zátěži se převádí zpět na inzulin subkutánně či na perorální

(1,7,8)

2.3 Přehled pooperačních komplikací:

1) Časné pooperační komplikace

- A) Poruchy dýchání (neprůchodnost, hypoventilace, hypoxie)
- B) Poruchy oběhu (hypotenze, hypertenze, arytmie)
- C) Pozdní krvácení
- D) Svalový třes a podchlazení
- E) Hypertermie
- F) Nevolnost, zvracení
- G) Psychomotorický neklid, poruchy ve vyprazdňování (retence moče)

2) Pozdní pooperační komplikace

- A) Dýchací systém -embolizace do plic, atelaktázy, bronchopneumonie, pneumonie
- B) Krevní oběh- hypovolemie, tromboflebitida, TEN
- C) Močový systém- retence, infekce
- D) Trávicí systém -nauzea, zvracení, škytavka, meteorismus, zácpa
- E) Operační rána- infekce, dehiscence rány (rozpad)

(1,7,8)

2.4 Pokyny pooperační péče po augmentaci

První až druhý den se odstraňují drény z prsů. A pacientka bývá třetí či čtvrtý den propuštěna do domácího ošetření. Zpravidla odchází už s nasazenou speciální měkkou elastickou podprsenkou bez kostic. Tato podprsenka se nosí 4 týdny. Sprchovat je možné pouze tak, aby rána nepřišla do kontaktu s vodou. Doporučuje se ob den odstranit krytí z rány, ale ponechat náplasti přelepené přes ránu. Tyto náplasti postříkat dezinfekčním roztokem ve spreji a opět překrýt sterilními gázovými čtverci a přes krytí si připevnit zpět elastickou podprsenku. Po 14 dnech odlepit náplasti z rány a je možné celá prsa osprchovat včetně rány. Stehy jsou vstřebávací a není nutné jejich odstranění.

Elastickou podprsenku bez kostic je nutno nosit 24 hodin denně po dobu 1 měsíce. Po odstranění náplastí z rány, tedy po 14 dnech je také dobré začít s tlakovými masážemi jizvy. Kancelářská práce je možná po týdnu, plná fyzická zátěž je možná po měsíci. Dva měsíce se nedoporučuje chodit na slunce a do solária.

3 Ošetrovatelská péče u pacientky s augmentací prsu implantáty

3.1 Osobní údaje pacientky

Iniciály: Z. H.

Pohlaví: žena

Datum narození: 31. 5. 1983

Věk: 25 let

Rodný stav: svobodná

Povolání: kadeřnice

Národnost: česká

Bydliště: Vítkov

Datum hospitalizace: 12. 12. 2008 až 16. 12. 2008

Výška: 173 cm

Váha: 60 kg

BMI: 20,06- normální stav (hodnoceno dle Indexu tělesné hmotnosti viz. příloha)

Důvod hospitalizace:

Plánovaná operace- augmentace (zvětšení) prsu pomocí implantátů.

Příjmová diagnóza: N642 – Hypotrofia mammarum

3.2 Odebraná anamnéza:

- **Rodinná anamnéza:** bezvýznamná (otec zdrav, matka se léčí s hyperlipoproteinémií- kompenzována, bratr zdrav). Rodina je plně fungující.
- **Osobní anamnéza:** prodělala běžné dětské nemoci, sledované choroby nejuje, časté recidivy cystitid.
- **Farmakologická anamnéza:** trvale užívá hormonální antikoncepci- Logest 1x denně.
- **Alergická anamnéza:** nejuje

- **Sociální anamnéza:** zaměstnána jako kadeřnice, bydlí s přítelem v pronájmu.
- **Gynekologická anamnéza:** mamografické vyšetření před operací bez patologie, menarche ve 13 letech, pravidelná, téměř nebolestivá. Nyní užívá hormonální antikoncepci, těhotenství neplánuje. Poslední kontrola před dvěma týdny v gynekologické ambulanci, bez patologického nálezu.
- **Abusus:** negativní.

3.3 Nynější onemocnění:

Pacientka přichází na kliniku plastické chirurgie jako samoplátce s žádostí o zvětšení prsů. Po důkladném vyšetření internistou, anesteziologem a plastickým chirurgem přijata k výkonu augmentace silikonovými implantáty. Pacientka byla řádně poučena o komplikacích, postupu operace a pooperačním režimu. S výkonem tedy souhlasí.

3.4 Objektivní lékařský nále:

Orientována všemi modalitami, afebrilní, bez ikteru, kardiopulmonálně kompenzována.

St. Localis: prsy symetrické, velikosti cca 1, žláza dobře diferencovaná, bez nodule, galaktorea bilaterálně, kůže klidná, axily volné. Mamografické vyšetření bez patologického nálezu.

3.5 Fyzikální vyšetření sestrou a lékařem

- **Celkový stav:** orientována, eupnoe, stridor 0, poloha aktivní, chůze bez obtíží, tremor 0, konstituce- normostenik, BMI v normě, kůže růžová, bez ikteru, hematomy 0, kožní turgor normální, vlasy husté, nehty hladké, cití v normě, řeč plynulá, hlas bez patologických změn.
- **Hlava:** lebka normocefalická, mezocefalická, nebolestivá. Držení hlavy přirozené, výstupy V. nervu nebolestivé, inervace III. a VII. nervu správná, příušní žláza nezvětšená, víčka bez patologických změn, oční bulby ve středním

postavení, zorné pole souvislé 160⁰, spojivky růžové, skléry bílé, rohovka průhledná, korneální reflex +. Zornice okrouhlé, izokorické. Boltec bez patologických změn, zvukovod bez sekrece, sluch fyziologický, nos bez výtoku. Rty růžové, souměrné. Jazyk plazící se ve střední čáře, růžový, vlhký, mírně povleklý. Patrové oblouky růžové, hladké. Tonzily malé, hladké, růžové. Dásně růžové, chrup vlastní, sanován.

- **Krk:** krční páteř pohyblivá, pulzace karotid symetrická, náplň jugulárních žil nezvýšena, lymfatické uzliny oboustranně nehmatné, glandula thyroidea nehmatná.
- **Hrudník:** hrudník atletický, dechová vlna šířící se symetricky, prsy symetrické a hypotrofické, rezistence 0., fremitus pectoralis oboustranně symetrický, plíce pokleповě jasné, dýchání čisté, sklípkovité. Vedlejší dechové šelesty 0. Bronchofonie oboustranně symetrická. Pleurální třecí šelest 0, srdeční krajina bez vyklenutí, úder hrotu neviditelný, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené.
- **Břicho:** břicho pod úrovní hrudníku, souměrné, poklep bubínkový. Šíření dechové vlny až k třislům. Kůže hladká, beze změn, růžová. Pohmatově břicho měkké, nebolestivé. Rezistence 0. poslechově borborygmy. Játra nepřesahují pravý oblouk žeberní, konzistence měkká, okraj ostrý, povrch hladký, nebolestivá. Pulzace 0, hepatojejunální reflux 0, Murphyho příznak 0. Slezina nedráždí, ledviny nehmatné. Tapotment 0. Uretrální body nebolestivé, močový měchýř nepřesahuje symfýzu, nebolestivý. Labia majora bez zduření.
- **Končetiny, páteř, lymfatické uzliny a reflexy:** edémy 0, prsty symetrické v ose bez tvarových změn, růžové. Kůže končetin teplá, pružná, se zachovanými reflexy. Periferní pulzace hmatné. Žíly dolních končetin – varixy 0, lýtka pohmatově nebolestivá, Homansův test 0, plantární znamení 0. Klouby tvarově ušlechtilé, volně pohyblivé. Svaly a šlachy pohmatově nebolestivé. Páteř má fyziologické zakřivení. Lymfatické uzliny nehmatné a nebolestivé. Šlachové reflexy oboustranně výbavné.

(9)

3.6 Průběh hospitalizace

- **Den před operací (12. 12. 2008)**

Pacientka přichází na oddělení 12. 12. v 16:00 na příjem k hospitalizaci. Pacientka je uložena na pokoj, poučena s chodem oddělení a seznámena s oddělením.

Pacientce je odebrána moč a krev na vyšetření (statim). Jehož výsledky jsou k dispozici za 2 hodiny.

Výsledky předoperačního laboratorního vyšetření:

- **Krevní obraz:** Hemoglobin- 139,0 g/l
Hematocrit- 0,39 l
Erytrocyty- 4,38 T/l
Leukocyty- 5,4 G/l
Trombocyty- 379 G/l
- **Diferenciál:** Neutrofily- 56,8 %
Lymfocyty- 38,4 %
Monocyty- 4,8 %
- **Quick-** 1,19 inr
- **Biochemie:** Natrium- 136 mmol/l
Kalium- 4,1 mmol/l
Chloridy- 105 mmol/l
Urea- 3,5 mmol/l
Kreatinin- 63,2 umol/l
Bilirubin konjugovaný- 15,7 umol/l
ALT- 0,21 ukat/l
AST- 0,32 ukat/l
Glukóza- 5,04 mmol/l
- **Moč chemicky:** U-UpH- 5,000
U-Uglu-negativní
U-Uket-negativní
U-Upro-negativní

U-Ubil-negativní

U-Uuro-negativní

▪ **Moč-sediment:** U-Sery- 0

U-Sleu-1-4

U-Sepi-15-25

U-Shlv- +

U-Skry-0

U-Sval-0

U-Sbak-bakterie

Fyziologické funkce pacientky při přijetí:

Krevní tlak při příjmu: 107/ 70

Pulz při příjmu: 67'

Dech při příjmu: 16

Saturace kyslíku při příjmu: 100%

Alergie: nekuje

Cennosti: nebyly uloženy v trezoru

Pacientce je předložen k podpisu souhlas s operací, s transfuzí krve, s inhalační celkovou anestézií, s intravenózní celkovou anestézií a souhlas s předoperační přípravou. Tyto souhlasy podepisuje po poučení anesteziologem. K tomu přikládá svůj RTG snímek plic a srdce, který je bez patologického nálezu a svůj výsledek z mamografického vyšetření prsou, který je též bez patologie.

Pacientka dostává dva glycerínové čípky k vyprázdnění per rektum a Clexan 0,2 ml s.c. v 18.00 hodin.

Dále je pacientka poučena o dodržení lačnosti: od 20 hodin nejíst, od 24 hodin nepít a nekouřit.

Ve 22 hodin podány pacientce 2 tabletky Oxazepamu jako večerní premedikace. Pacientka je již vyprázdněná.

- **V den operace (13. 12. 2008)**

Pacientka lačná, ranní hygiena ve sprše, kontrola oholení podpaží, odšperkování, odlíčení a odlakování nehtů. Poté podáno Dormicum 5 mg (1 amp.) intramuskulárně, bandáže dolních končetin a odvoz na sál.

Operace: vložení silikonového implantátu fa. Mc Ghan 300 ml nízký profil.

Záznam z operačního protokolu lékařské dokumentace: V klidné celkové anestezii po předchozím nákresu pronikáme podkožím dolním semicirkulárním řezem pod aerolou přes prsní žlázu. Preparace až na musculus pectoralis maior, nad nímž vytváříme kapsu pro vložení implantátu, poté stavěno krvácení elektrokoagulací za pomoci světelného háku, poté vkládáme sizer, podle něj volíme silikonový implantát fa. Mc Ghan 300 nízký profil, stavěno krvácení, poté vložena Redonova jehla s Erwinem velikosti 8, kontrola krvácení, které stavěno elektrokoagulací, vložena silikonový implantát, úprava a usazení implantátu, sutura Vicrilem 3/0 po vrstvách, sutura kůže intradermálním stehem Monocrylem 5/0, Mefix na incize, vylepení prsů Mefixem do optimálního postavení, sterilní krytí, elastické obinadlo.

Za cca 2 hodiny přijata pacientka zpět na oddělení z dospávacího pokoje. Uložena na lůžko, poloha v polosedě, zajištění bezpečnosti (zvednutí postranic postele), umístění signalizačního zařízení k ruce pacientky. Popis a kontrola dvou Redonových drénů, kontrola intravenózní kanyly a její popis. Dále kontrola rány (prosak, symetrie prsů), na prsa dán ledový obklad. Dále měření fyziologických funkcí (TK, P, D, SpO₂) zpočátku po 15 minutách, za 2 hodiny po 30 minutách do stabilizace.

Dále plnění ordinací lékaře: viz. anesteziologická vložka:

- 1) Analgezie: Dipidolor 15 mg i.m. po 8 hodinách mezi Novalgin 2 amp (4ml) i.v. po 8 hodinách . Začít Novalginem ihned po přijetí ze sálu.
 - 2) Prevence TEN: Clexan 0,2 ml v 18:00 a ex
 - 3) ATB: Amoksiklav 1,2 gr i.v. ve 100ml Fyziologického roztoku po 8 hodinách 2 dávky a ex (16:00 a 24:00)
 - 4) Infuzní terapie: Ringerův roztok 1/1 500ml i.v. na 5 hodin
 - 5) Tekutiny: čaj po lžičkách za čtyři hodiny po příjezdu ze sálu
 - 6) Časná mobilizace pomocí poučené osoby
- Všechny ordinace dle anesteziologa splněny.

- **První den po operaci (14. 12. 2008)**

Pacientka mobilizovaná, chodí za dohledu sestry, tekutiny a jídlo přijímá bez problémů, analgetika dle potřeby maximálně po 6 hodinách (Novalgin 1 amp i.v. či Perfalgan 1 g =100 ml i.v.), stálé ledování a kontrola Redonových drénu a symetrie prsů. Dále sledování tělesné teploty 2x denně.

- **Druhý den po operaci (15. 12. 2008)**

Pacientka chodí bez dohledu sestry, analgetika dle potřeby maximálně po osmi hodinách, stále leduje. Dnes převaz lékařem- dezinfekce, sterilní krytí, Redonovy drény odstraněny, elastická bandáž prsou. Na noc poslední analgetika i.v. a poté zrušen permanentní žilní katétr.

- **Třetí den po operaci (16. 12. 2008)**

Dnes dimise do domácího ošetření, dostatečné poučení o pooperačním režimu a další kontrole u lékaře. Proveden převaz- dezinfekce, sterilní krytí a elastická podprsenka. Pacientka dostává domů analgetika v tabletkách na dva dny po operaci (Novalgin 6 tbl.).

3.7 Ošetřovatelský proces dle Nanda domén:

1. **Podpora zdraví:** Pacientka si je vědoma omezeností pooperačního režimu, všech rizik a komplikací v průběhu operace či v období po ní. Přesto chce kosmetický chirurgický zákrok podstoupit. Rodina plně informována o stavu pacientky.
2. **Výživa:** Pacientka nedodrhuje žádnou speciální dietu, objednána tedy strava č. 3 (racionální), dostatečně edukována o lačnosti před výkonem a po výkonu. BMI v normě. Stravu přijímá per os bez obtíží. Denní příjem tekutin cca 2 litry (převážně neperlivá voda a ovocné čaje). Hydratována.
3. **Vylučování a výměna:** Mikce a defekace bez problémů (vyprázdnění před operací glycerínovými čípkami), během pooperačního období mikce do 6 hodin od operace a defekace 2. pooperační den bez potíží. Moč vyšetřena před výkonem, bez patologického nálezu.

4. **Aktivita a odpočinek:** Pacientka aktivně cvičí aerobic, je dostatečně poučena o možnostech pohybových aktivit po operaci a v domácím ošetření. Pacientka spí dobře, neužívá žádné léky na spaní.
5. **Vnímání a poznávání:** Pacientka orientována místem, časem, prostorem a svou osobou. Komunikace bez problémů. Pacientka adaptována na nemocniční prostředí. Zrak a sluch nepoškozen.
6. **Vnímání sebe sama:** Pacientka vnímá svůj tělesný vzhled jako narušený a nepěkný, proto se rozhodla podstoupit tento výkon a je si vědoma všech možných následků. Malá prsa způsobují u pacientky citovou deprivaci v oblasti sexuální.
7. **Vztahy:** Pacientka bydlí s přítelem, rodinné vztahy neporušené.
8. **Sexualita:** Heterosexuál. Sexuální život omezen nepříjemnými pocity ze svého těla (malých prsů). Tento problém tedy pacientka řeší augmentací a domnívá se, že po operaci zcela zmizí. Menstruace pravidelná, bez větších obtíží. Užívá HAK.
9. **Zvládání zátěže:** Přiměřená, adaptovaná, psychiatrické onemocnění neguje.
10. **Životní principy:** Ateistka. Jako hlavní uvádí v žebříčku hodnot zdraví, rodinu a práci.
11. **Bezpečnost a ochrana:** Pacientce hrozí nebezpečí infekce z porušené integrity kůže, zavedení drénů a permanentního žilního katétru..
12. **Komfort:** Bolest po operaci přiměřená, ustupující po podání analgetik (hodnoceno na měřící škále viz.ošetrovatelské diagnózy a příloha). Pohybový režim omezený, ale možný (hodnoceno testem soběstačnosti viz. ošetrovatelské diagnózy a příloha).
13. **Růst a vývoj:** Tělesně neporušen (nanismus, akromegalie neguje), hypotrofie prsní žlázy oboustranně.

(12)

3.8 Ošetrovatelské problémy v pooperačním režimu:

1. Akutní bolest
2. Porušená integrita kůže
3. Porucha soběstačnosti v pooperačním režimu
4. Strach

5. Riziko infekce
6. Neznalost

(11,12)

3.9 Ošetrovatelské diagnózy:

00132 Akutní bolest z důvodu operačního výkonu projevující se verbalizací, mimikou v obličeji a stupněm 5 na měřící škále od 0 do 10 (použitá škála uvedena v příloze).

Cíl: Zmírnění či odstranění bolesti v maximální možné míře (ze stupně 5 na stupeň 2) do 8 hodin

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná a chápe důvody bolesti (do 30 minut)
- Pacientka si sama dokáže zhodnotit bolest (do 4 hodin)
- Pacientka zná a umí použít techniky snižující bolest (do 4 hodin - přidržení prsou při změně polohy či při pohybu, opatrná manipulace s drény při pohybu, časté ledování prsou)
- Pacientka verbálně sdělí snížení bolesti ze stupně 5 na stupeň 2 (do 8 hodin)
- Pacientka má klidný výraz v obličeji (do 8 hodin)

Intervence:

- Edukuj pacientku o příčinách bolesti (do 30 minut)
- Edukuj pacientku o mechanismech snižujících bolest (do 4 hodin - ledování prsou, přidržení prsou při změně polohy a při pohybu, opatrná manipulace s drény při pohybu)
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře (průběžně)
- Sleduj žádoucí i nežádoucí účinek analgetik (průběžně)
- Sleduj pacientčinu mimiku obličeje (průběžně)
- Vše pečlivě zaznamenávej do dokumentace (průběžně)
- Založ vložku o monitoraci bolesti (ihned)
- Sleduj charakter a sílu bolesti a vše zaznamenávej do dokumentace (průběžně)
- Dej pacientce signalizační zařízení k ruce (ihned)

- Všechny změny hlas lékaři (ihned)
- Zajisti led (průběžně)

Realizace:

- Pacientka byla edukována příčinách bolesti (do 30 minut)
- Pacientka byla edukována o mechanismech snižujících bolest (do 4 hodin)
- Pacientce byly podávány analgetika (dle rozpisu lékaře)
- U pacientky byl sledován účinek analgetik (průběžně)
- Pacientce byl podáván led (průběžně)
- Byla založena vložka o monitoraci bolesti (ihned po příjezdu ze sálu)
- Vše bylo zaznamenáno do dokumentace (průběžně)
- U pacientky se sledoval charakter a síla bolesti (průběžně)
- Pacientka měla signalizační zařízení po ruce (vždy)
- Změny se hlásily lékaři (ihned)

Hodnocení: efekt částečný, došlo ke zmírnění bolesti ze stupně 5 na stupeň 3

00046 Porušená kožní integrita z důvodu operačního výkonu projevující se akutní bolestí, hematomy, otokem a zduřením prsou.

Cíl: Pacientce se operační rána hojí per primam v pooperačním období

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka nejeví známky infekce (po dobu hospitalizace)
- Pacientka má souměrná prsa, bez výrazných otoků a hematomů (po dobu hospitalizace)
- Pacientka chápe rozdíl mezi pojmem hojení per primam a per sekundam (při prvním převazu)
- Pacientka zná, chápe a umí použít všechny techniky podporující hojení per primam (do 2 dnů- čisté osobní a ložní prádlo, správné provádění převazu a následná hygiena prsou, nekouřit, dostatek vitamínů, hydratace, dodržení klidového režimu)
- Pacientka správně provede ošetření prsu (před propuštěním do domácí péče)

Intervence:

- Edukuj pacientu o příznacích infekce (do 2 hodin)
- Edukuj pacientku o hojení per primam a per secundam (při prvním převazu)

- Edukuj pacientku o technikách podporujících hojení per primam (do 2 dnů)
- Vždy přistupuj k operační ráně asepticky (průběžně)
- Používej sterilní pomůcky (vždy)
- Používej ochranné sterilní rukavice při manipulaci s ránou (vždy)
- Zajisti dostatečnou hygienu pacientky (průběžně dle potřeby)
- Zajisti čisté a osobní a ložní prádlo (průběžně dle potřeby)
- Zajisti co největší individualitu pomůcek – ledu (průběžně dle potřeby)

Realizace:

- Pacientka byla edukována o příznacích infekce (do 2 hodin)
- Pacientka byla edukována o rozdílech mezi hojení per primam a per secundam (při prvním převazu)
- Pacientka byla edukována o technikách podporujících hojení per primam (do 2 dnů)
- Vždy bylo k ráně přistupováno asepticky
- Vždy se používaly ochranné sterilní rukavice při převazech
- Vždy byly všechny pomůcky při převazu sterilní
- Pacientce byla zajištěna dostatečná hygiena s dopomocí sestry (průběžně, dle potřeby)
- Bylo zajištěno čisté osobní a ložní prádlo (průběžně)
- Individualita ledu nebyla dodržena pro nedostatek těchto pomůcek na oddělení

Hodnocení: efekt částečný (rána se hojí per primam, ale hematomy a mírné otoky stále přetrvávají)

00109 Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku, 00108 při koupání a hygieně, 00102 při jídle, 00110 při vyprazdňování z důvodu imobilizace v pooperačním režimu projevující se neschopností vykonávat běžné denní úkony (hodnoceno na- Barthelův test základních všedních činností- zobrazen viz.příloha)

Cíl: Pacientka je soběstačná v maximální možné míře (z Vysoce závislý na Lehká závislost dle Barthelova testu základních všedních činností) do 12 hodin od přijetí na oddělení ze sálu (s ohledem na aktuální zdravotní stav)

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná a chápe důvody své momentální nesoběstačnosti (do 30 minut)
- Pacientka zvládá sama v maximální možné míře hygienu, vyprazdňování, oblékání a příjem stravy (do 12 hodin)
- Pacienta se na Barthelově testu běžných denních činností posune z Vysoce závislý na Lehká závislost (do 12 hodin)
- Pacientka se postupně aktivně zapojuje do sebezpěče v pooperačním režimu v maximální možné míře (průběžně)

Intervence:

- Vysvětlí pacientce důvody její nesoběstačnosti (do 30 minut)
- Ověř si její pochopení (do 30 minut)
- Zajisti pacientce všechny aktuální biologické potřeby (průběžně -např. vyprázdnění močového měchýře po operaci, vertikalizace po operaci, příjem tekutin po operaci atd.)
- Aktivně zapojuj pacientku do sebeobslužných činností (průběžně s ohledem na aktuální zdravotní stav)
- Dej pacientce k ruce signalizační zařízení (ihned)
- Do procesu aktivizace zapoj i návštěvu např. rodinné příslušníky (průběžně dle možností)
- Vše zhodnoť pomocí Barthelova testu (ihned a po 12 hodinách od příjezdu ze sálu na oddělení a dále dle potřeby)

Realizace:

- Pacientka byla do 30 minut edukována o důvodech své nesoběstačnosti
- Pacientce byly zajištěny všechny aktuální biologické potřeby (průběžně)
- Pacientka byla aktivizována do sebeobslužných činností pooperačního režimu (průběžně)
- Pacientka měla vždy při ruce signalizační zařízení
- Do aktivizace pacientky byl zapojen její přítel při návštěvě (průběžně)
- Soběstačnost byla hodnocena dle Barthelova testu (ihned a po 12 hodinách od příjezdu ze sálu na oddělení a dále dle potřeby)

Hodnocení: efekt úplný, pacientka byla do 12 hodin od operace soběstačná v maximální možné míře (posun na Barthelově testu z Vysoce závislý na Lehká závislost)

00148 Strach z důvodu operačního zákroku a pooperačního režimu projevující se verbalizací, mimikou v obličeji

Cíl: Pacientka udává zmírnění pocitu strachu v maximální možné míře do 5 hodin

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka chápe a zná důvody strachu (do 30 minut)
- Pacientka verbalizuje pocity zlepšení (do 5 hodin)
- Pacientka má klidnou mimiku v obličeji (do 5 hodin)
- Pacientka má dostatek informací o pooperačním režimu (do 1 hodiny)

Intervence:

- Edukuj pacientku o příčinách strachu (do 30 minut)
- Sleduj mimiku obličeje pacientky (průběžně)
- Naslouchej pacientce (průběžně)
- Najdi si na pacientku dostatek času (průběžně)
- Monitoruj případné zlepšení i zhoršení psychického stavu (průběžně)
- Zajisti rozhovor mezi pacientkou a lékaři (operátérem a anesteziologem) pro upřesnění a upevnění všech informací ohledně operace (do 5 hodin)
- Premedikaci (uklidňující léky) podej přesně dle ordinace lékaře

Realizace:

- Pacientka byla edukována o příčinách strachu (do 30 minut)
- Byl veden edukativní a uklidňující rozhovor mezi sestrou a pacientkou
- Byly zajištěny konzultace s anesteziologem i operátérem (do 5 hodin)
- Byl monitorován psychický stav pacientky (průběžně)
- Premedikace byla podána dle ordinace lékaře

Hodnocení: efekt úplný, pacientka udává zmírnění strachu (do 5hodin)

00126 Deficitní znalost (neznalost, potřeba poučení) o průběhu léčby, pooperačního režimu, rekonvalescence z důvodu nedostatku informací a zkušeností projevující se slovním vyjádřením

(řešeno v edukačním procesu viz. kapitola 4., Praktická část práce).

00004 Riziko infekce z důvodu operační rány, zavedení drénů a PŽK

Cíl: Pacient nejeví známky infekce (po dobu hospitalizace)

Priorita: nízká

Intervence:

- Edukuj pacientku o nutnosti zavedení RD a PŽK (do 1 hodiny)
- Sleduj průchodnost PŽK (průběžně)
- Sleduj Funkčnost RD a množství a charakter odvedené krve (průběžně)
- Sleduj známky infekce (subfebrilie, febrilie, zarudnutí, zduření, bolest atd. průběžně)
- Dodržuj maximální možnou dobu zavedení PŽK (dle výrobce, zde max. 3 dny)
- Zajisti dostatečnou osobní hygienu (průběžně)
- Zajisti čisté osobní a ložní prádlo (průběžně)
- Asepticky převazuj ránu a vývody RD (průběžně, dle potřeby)

Realizace:

- Pacientka byla edukována o nutnosti zavedení RD a PŽK (do 1 hodiny)
- Průběžně byla sledována průchodnost PŽK, funkce RD, množství a charakter odvedené krve
- Průběžně se sledovaly známky infekce
- Byla dodržena maximální možná doba zavedení PŽK
- Bylo zajištěno čisté osobní a ložní prádlo (průběžně)
- Byla zajištěna dostatečná hygiena (průběžně)
- Rána byla vždy převazována asepticky

Hodnocení: efekt úplný, pacientka nejevila známky zánětu (po dobu hospitalizace)

4. Edukace pacientky

Edukace pacientky je nedílnou součástí celého ošetrovatelského procesu.

4.1 Zhodnocení

Informace, z nichž jsem vycházela při stanovování edukační diagnózy jsou uvedeny výše v ošetrovatelském procesu.

4.2 Diagnostika

Analýzou získaných informací a po dohodě s pacientkou jsem určila tuto edukační diagnózu.

- 00126 Deficitní znalost (neznalost, potřeba poučení) o průběhu léčby, pooperačního režimu, rekonvalescence z důvodu nedostatku informací a zkušeností projevující se slovním vyjádřením

4.3 Plánování

Cíl:

- Pacientka je dostatečně poučena o průběhu léčby po celou dobu hospitalizace.
- Pacientka je dostatečně poučena o způsobu chování, jež zajišťuje správný výsledný efekt augmentace.
- Pacientka je dostatečně poučena o zásadách chování po propuštění do domácí péče před ukončením hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacientka nevyjadřuje po ukončení lekce nedostatek informací.
- Pacientka odpovídá po ukončení edukační lekce správně na kontrolní otázky.
- Pacientka je schopna se v průběhu i po ukončení hospitalizace řídit podle podaných informací.
- Pacientka je schopna v průběhu i po ukončení hospitalizace používat získané dovednosti.

Příjemce edukace:

Pacientka.

Edukátor:

Sestra ve službě.

Obsah edukace:

- Průběh předoperačního období- časové rozložení, organizace jednotlivých kroků.
- Průběh pooperačního období- časové rozložení, organizace jednotlivých kroků pooperační péče, možné komplikace.
- Chování po propuštění do domácí péče.

Zaměření edukace:

- Vstupní komplexní informace.
- Jednorázové vzdělávání- opakování a doplnění části vstupních informací před jednotlivými fázemi předoperačního a pooperačního režimu.
- Průběžné vzdělávání- opakování nebo doplnění informací při vyjádření jejich nedostatku pacientkou.
- Informace při propuštění- doplnění informací o zásady chování po propuštění do domácí péče.

Organizační forma:

- Individuální- vstupní informace, jednorázové vzdělávání, průběžné vzdělávání, informace při propuštění, nácvik dovedností.

Metoda edukace:

- Slovní

Individuální- popis a vysvětlení průběhu předoperačního a pooperačního období a následné dimise.

- Praktické činnosti

Individuální- ukázka použití, nácvik dovedností (převazy a ošetření prsů)

Oblast učení:

- Kognitivní- porozumění a znalost (časového rozložení a organizace jednotlivých kroků předoperačního a pooperačního období).
- Afektivní- akceptování a dodržení (všech opatření prováděných v předoperačním a pooperačním režimu a po propuštění do domácího ošetření).
- Psychomotorické – manipulace (praktické dovednosti při převazu prsou).

První část:

První den hospitalizace, ve večerních hodinách- vstupní komplexní individuální informace pro nově přijatou pacientku. Informace o oddělení, režimu oddělení. Odpovědi na otázky pacientky.

Druhá část:

První den hospitalizace večer a druhý den hospitalizace ráno- opakování a doplnění vstupních informací, zaměřené na časové rozmezí bezprostředně před a po operaci. Odpovědi na otázky pacientky.

Třetí část:

Druhý den hospitalizace, v odpoledních hodinách po operaci- opakování a doplnění již zmíněných informací o pooperačním režimu v následujících dnech hospitalizace. Odpovědi na otázky pacientky.

Čtvrtá část:

Druhý a třetí den po operaci, během dne- opakování a rozšíření informací ohledně pooperačního režimu v domácí péči a nácvik těchto prvků. Odpovědi na otázky pacientky.

Pátá část:

Průběžně, kterýkoliv den a hodinu, při vyjádření nedostatku informací pacientkou podávat informace, odpovídat na otázky pacientky.

Didaktické pomůcky:

- Fotografie pacientek po augmentaci
- Leták s nejdůležitějšími informacemi pro pacientku po augmentaci

- Pomůcky k převazu- dezinfekce, sterilní čtverce, sterilní náplasti, elastické obinadlo, speciální podprsenka.
- Gelové termo sáčky (ledy)

4.4 Realizace

První část edukace mé pacientky se uskutečnila první den přijetí pacientky na oddělení plastické chirurgie. Jednalo se o komplexní vstupní informace. Pacientka byla edukována individuálně. Nejprve byla uložena na pokoj, kde jí byly podány informace ohledně ošetrovací jednotky, jejího chodu a řádu. Poté byly pacientce podány informace o následném léčebném postupu, ve smyslu přípravy na operaci (premedikace, hygiena, oholení, lačnosti, kouření atd.). Informace byly pacientce podávány pomalu, srozumitelně a pacientce byl poskytnut čas a prostor na případné otázky. Nakonec byly pacientce ve stručnosti podány informace o průběhu následujícího dne, které se hlavně zaměřily na ranní přípravu k operaci.

Druhá část edukace pacientky se uskutečnila první den hospitalizace večer a druhý dne ráno na pokoji pacientky. Cílem bylo zopakování a doplnění informací získaných při vstupní edukaci. Zaměřila jsem se především na aktuální informace ohledně přípravy k operaci (hygiena, oholení, lačnost, odličení, premedikace, kouření, bandáže dolních končetin, piercing, převlečení, vyprázdnění). Pacientce byly zodpovězeny všechny vznesené dotazy.

Třetí část edukace pacientky proběhla na pokoji pacientky po pominutí narkózy po operaci. Byla zaměřena na informace o bezprostředním pooperačním režimu (první vymočení, infuzní terapie, sledování fyziologických funkcí, analgetika, antibiotika, drény, první vertikalizace, přijímání tekutin, ledování atd.). Pacientce byly všechny tyto informace s odstupem času ještě několikrát zopakovány a byl jí poskytnut čas a prostor na vznesení dotazů.

Čtvrtá část edukace pacientky byla věnována chování po propuštění do domácí péče. Byla uskutečněna den před a v den propuštění. Pacientce byly všechny potřebné informace podány ústně a byl jí věnován leták, ve kterém jsou všechny základní informace o pooperačním režimu uvedeny. Dále byla pacientka prakticky edukována o další péči o operační ránu. Převaz prsou si sama vyzkoušela. Byla poučena také o nošení speciální podprsenky a o další kontrole v ambulanci.

Pátá část edukace je průběžným vzděláváním. Byla realizovaná, pokud kdykoliv v průběhu hospitalizace pacientka položila dotaz (vyjádřila nedostatek informací či nesrozumitelnost).

4.5 Hodnocení

Hodnocení bylo provedeno každý den hospitalizace.

- Pacientka byla spokojena s množstvím a kvalitou podaných informací. Dotazy směřovaly pouze k ujištění se o správném pochopení či zapamatování si některých informací.
- Pacientka odpověděla po ukončení edukační lekce správně na kontrolní otázky.
- Pacientka se do této doby řídila podle podaných informací.
- V závěru edukační lekce byla pacientka schopna správně převázat operační ránu.

Učební cíl byl splněn- pacientka byla dostatečně informována.

4.6 Kontrolní otázky pro pacientku

1) Je nutné dodržet klidový režim po operaci dle doporučení lékaře a sestry?

Správná odpověď: Ano.

2) Mohu nosit hned po operaci podprsenku s kosticí či pushupku?

Správná odpověď: Ne.

3) Musím jít po propuštění ještě k lékaři na kontrolu?

Správná odpověď: Ano.

4) Mohu si ihned po propuštění domů sprchovat jizvy?

Správná odpověď: Ne.

5) Můžu jít hned po operaci do solária?

Správná odpověď: Ne.

Závěr

Závěrem své bakalářské práce bych chtěla shrnout poznatky z teoretické i praktické části. Teoretická část se zabývala poznatky z oboru plastické chirurgie, které mohou využít sestry i laická veřejnost. Ať už to byly informace o vývoji tohoto medicínského oboru nebo informace o konkrétních plastických operacích. Praktická část se zabývala předoperační a pooperační péčí, kterou vykonává sestra u pacienta po operaci. Zde byla rozebrána kasuistika konkrétní pacientky, která se rozhodla podstoupit augmentaci. Byla zde podrobně odebrána anamnéza a provedeno fyzikální vyšetření, poté byly stanovené ošetrovatelské problémy a jejich řešení. Ošetrovatelský proces byl stanoven dle Nanda domén, tedy aktuálním způsobem tvorby ošetrovatelského procesu. Nebyl opomněn ani edukační proces, který je při této operaci velmi důležitý.

Prognóza u tohoto případu je velmi dobrá s výhledem na dalších deset let, kdy po jejich uplynutí bude nutné prsní implantáty vyjmout a dle přání pacientky vyměnit za nové, či nikoliv.

Na konec mohu dodat jen to, že doufám, že byly v mé práci použity srozumitelné a dostatečné informace, a že bylo v mé práci dostatečně poukázáno na úroveň a náročnost tohoto oboru, nejen pro lékaře, ale i pro sestry.

Seznam literatury

1. VALENTA, Jiří a kolektiv. Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství. Praha: Karolinum 2003. ISBN 80-246-0644-5.
2. SLEZÁK, Jan. Plastická chirurgie, praktický průvodce světem zkrášlování těla. Praha: Copyright, Alpress s.r.o. 2007. ISBN 978-80-7362-395-1.
3. KUFA, Roman, ČERVINKOVÁ Radka. Plastická chirurgie krok za krokem. Praha: Nakladatelství XYZ, s.r.o. 2008. ISBN 978-80-7388-045-3.
4. MĚŠŤÁK, Jan. Prsa očima plastického chirurga. Praha : Grada Publishing , 2007. ISBN 978-80-247-1834-7.
5. MĚŠŤÁK, Jan a kolektiv. Úvod do plastické chirurgie. Praha: Karolinum 2005. ISBN 80-246-1150-3.
6. MĚŠŤÁK, Jan, DRAŽAN, Luboš. Rekonstrukce prsu po mastektomii. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1123-0.
7. JUŘENÍKOVÁ, HŮSTKOVÁ, PETROVÁ, TOMÁNKOVÁ. Ošetrovatelství- učební text pro střední zdravotnické školy-část 2.- chirurgie, pediatrie, gerontologie. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště- vlastním nakladatelem 1999. ISBN neuvedeno.
8. VYHNÁLEK, František a kolektiv. Chirurgie I. Druhé přepracované vydání. Praha: Informátorium 2003. ISBN 80-7333-005-9.
9. NEJEDLÁ, Marie. Fyzikální vyšetření pro sestry. Praha: Grada Publishing 2006. ISBN 80-247-1150.8.
10. ELIŠKOVÁ, Miloslava, NAŇKA, Ondřej. Přehled anatomie. Praha: Karolinum 2006. ISBN 80-246-1216-X.
11. DOENGES, Marilyn E, MOORHOUSE, Mary Frances. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Druhé přepracované vydání. Translation Grada Publishing, Praha 2001. ISBN 80-247-0242-8.
12. MAREČKOVÁ, Jana Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách. Praha: Grada Publishing 2006. ISBN 80-247-1399-3.
13. VOKURKA, Martin, HUGO, Jan. Praktický slovník medicíny. Sedmé rozšířené a přepracované vydání. Praha: Maxdorf 2004. ISBN 80-7345-009-7.
14. STAŇKOVÁ, Marta. Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. ISBN 80-7013-332-6.

15. KUFA, Roman. Elektronické informace o klinice plastické chirurgie (online), poslední úpravy 4. 2 2009, navštíveno 16. 2. 2009, foto příloha, dostupné na www.perfectclinic.cz/plastika-zvetseni-prsou/
16. MĚŠŤÁK, Jan. Elektronické informace o klinice plastické chirurgie (online), poslední úpravy 12. 2. 2009, navštíveno 14. 2. 2009, foto příloha, dostupné na www.este-plastika.cz
17. Elektronické informace o plastických operacích (online), poslední úpravy neuvedeny, navštíveno 20. 2. 2009, příloha, dostupné na www.plastika.webnode.cz/cenik.asp
18. Elektronické informace o měřicích technikách v ošetrovatelství (online) poslední úpravy neuvedeny, navštíveno 15. 3. 2009, přílohy, dostupné na www.uzs.tul.cz/index.cgi?fun_soubory/

Seznam příloh

Příloha č. 1

Pacientka před a po faceliftingu



Příloha č. 2

Pacientka před a po abdominoplastice



Příloha č. 3

Pacientka před a po liposukci



Příloha č. 4

Pacientka před a po modelaci prsu



Příloha č. 5

Pacientka před a po rhinoplastice



Příloha č. 6

Pacientka před a po augmentaci



Příloha č. 7

Pacientka před a po operaci Horních a dolních očních víček



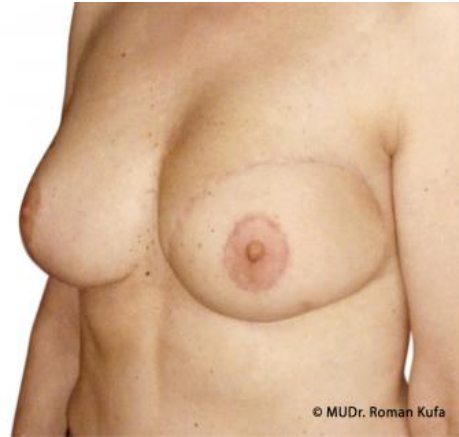
Příloha č. 8

Pacientka před a po náhradě prsu po mastektomii pro nádor



Příloha č. 9

Pacientka před a po náhradě prsu po mastektomii pro tumor



Příloha č. 10

Pacientka před a po náhradě prsu po mastektomii pro tumor



Příloha č. 11

Pacientka před a po modelaci prsu



Příloha č. 12

Pacientka před a po operaci zmenšení prsů



Příloha č. 13

Pacient před a po operaci odstátých ušních boltců



Příloha č. 14

Pacientka před a po labioplastice



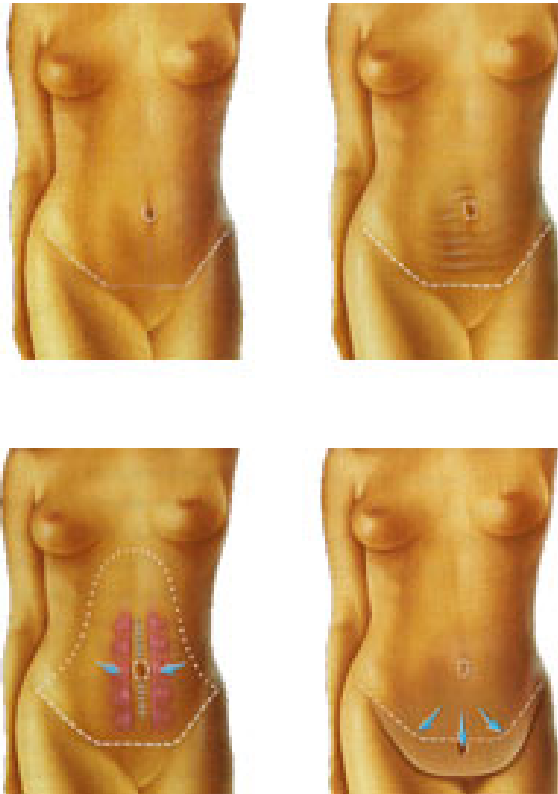
Příloha č. 15

Schéma řezů používaných při augmentaci



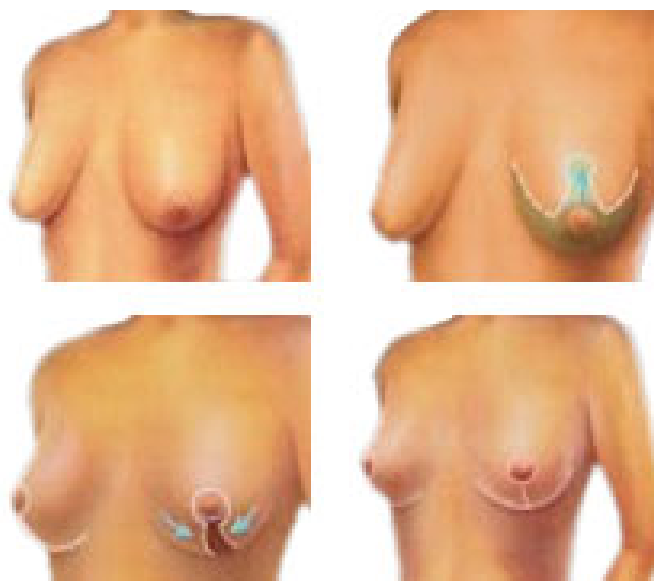
Příloha č. 16

Schéma abdominoplastiky



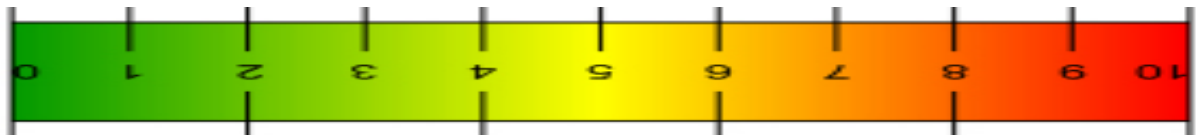
Příloha č. 17

Schéma modelace prsu



Příloha č. 18

Analogová škála bolesti



(0- žádná bolest, nad 3- nutné intervence, 10 maximální bolest)

Příloha č. 19

Index tělesné hmotnosti (BMI)

INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI (BMI)		
BMI = hmotnost (kg) / výška ² (m)		
BMI	Kategorie (podle WHO IOTF)	Zdravotní rizika
<18,5	Podváha	Malnutrice
18,5 – 24,9	Normální rozmezí	Minimální
25,0 – 29,9	Nadváha	<26,9 lehce zvýšená >27,0 zvýšená
30,0 – 34,9	Obezita – I.stupeň	Středně vysoká
35,0 – 39,9	Obezita – II.stupeň	Vysoká
>40,0	Obezita – III. stupeň	Velmi vysoká

Příloha č. 20

Barthelův test základních všedních činností.

(ADL-activity daily living)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení,napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko- židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

Příloha č. 21

Plastické operace – orientační ceník dle www.plastika.webnode.cz

Modelace prsou: kolem 15 - 30 000 Kč

Zvětšení prsou: 14 000 - 70 000 Kč

Zmenšení prsou: 15 000 - 36 000 Kč

Plastika nosu: 7 000 - 25 000 Kč

Plastika očních víček: 5 000 - 22 000 Kč

Transplantace vlasů: dle rozsahu, ale cena se může vyšplhat až na 80 000 Kč

Plastika rtů: 5 000 - 16 000 Kč

Facelifting: 12 000 - 60 000 Kč

Plastika uší: 3 900 - 10 000 Kč

Plastika čela (vypnutí kůže): 10 000 - 17 500 Kč

Plastika břicha (abdominoplastika): 7 000 - 45 000 Kč

Plastika stehen: 9 000 - 30 000 Kč

Labioplastika: 4 500 Kč