

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U ŽENY
S KARCINOMEM OVARIÍ**

Bakalářská práce

Petra Heisslerová

Praha 2010

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ŽENY S KARCINOMEM OVARIÍ

Bakalářská práce

PETRA HEISSELOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.

PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Jana Endlicherová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Porodní asistentka

Datum odevzdání práce:

Datum obhajoby:

PRAHA 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

Podpis

Abstrakt

HEISSELOVÁ, Petra. *Ošetrovatelská péče o ženu s karcinomem ovarií*. Praha, 2010. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Bakalář v porodní asistenci. Školitel: PhDr. Jana Endlicherová.

Hlavním tématem této bakalářské práce je ošetrovatelská péče o ženu s karcinomem ovarií.

Teoretická část je vypracována na základě studia odborné literatury. V této části práce se zajímám o stručnou anatomii ženských pohlavních orgánů, které jsou přímo spjaty s tématem mé bakalářské práce. V této práci jsem vypracovala několik základních informací k nádorovému onemocnění a hlavně pak o karcinomu vaječníku. Dále se pak v bakalářské práci zabývám prevencí tohoto onemocnění.

Praktická část mé bakalářské práce obsahuje stručné informace o ošetrovatelském procesu a rozpracované ošetrovatelské péče o ženu s karcinomem vaječníků podle modelu Gordonové.

Klíčová slova: Karcinom vaječníku. Nádory. Ošetrovatelský proces. Vaječník.

Abstract

HEISLEROVÁ, Petra. Nursing Care of women with Ovarian Cancer. The College of Nursing o.p.s. Prague, 2010, Midwifery bachelor degree; Tutor: PhDr. Jana Endlicherová.

The main title of this thesis is Nursing Care of Women with Ovarian Cancer. The theoretical part is derived from study of literature. In this section I am interested in a brief anatomy of the female reproductive organs that are directly linked to the theme of my thesis. In this work, I worked out some basic information about cancer especially about ovarian cancer. Furthermore, the thesis deals with the prevention from this disease.

The practical part of my thesis contains brief information about the nursing process and ongoing nursing care of women with ovarian cancer according to the Gordon model.

Key words: Nursing process. Ovary. Ovarian cancer. Tumors.

Předmluva

Zdraví nastávající generace je bohužel ohrožováno různými nemocemi. Považuji za důležité poukázat na to, že každé nádorové onemocnění je nebezpečné a nemusí být vždy brzy diagnostikováno právě tak jako karcinom ovaria.

Výběr tohoto tématu byl ovlivněn výskytem této nemoci u mé matky, která bohužel této nemoci podlehla. Stejně jako většina žen i ona měla příznaky této nemoci až v pokročilém stadiu.

Tato práce je určena studentům jak oboru porodní asistentka, tak i oboru všeobecné sestry, protože se každý může s touto nemocí setkat a to jak ve své praxi, tak i ve svém osobním životě.

Touto cestou chci také velice poděkovat své vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Endlicherové, která mi poskytovala podnětné rady a podporu při zpracování práce.

Seznam použitých zkratek

AFP – Alfafetoprotein

Amp. - Ampule

Apod. – A podobně

ATB - Antibiotikum

Beta-HCG – Choriogonadotropin

BMI - Body Mass Index

CA - Karcinom

CT - Počítačová tomografie

FSH - Folikulo stimulační hormon

i. m. - Intramuskulární

i. v. - Intravenózní

LHL - Luteizační hormon

PMK - Permanentní močový katétr

p. o. – Per os

PŽK - Periferní žilní kanyla

RTG - Radioizotopový termoelektrický generátor.

Tbl. - Tableta

TNM - Klinická klasifikace nádorů

OBSAH

Úvod	8
1 Anatomie adnex	9
1.1 Hormony vaječníků	10
1.2 Ovariální cyklus	11
2 Nádory	13
2.1 Patofyziologie nádorů	13
2.2 Rozdělení nádorů	14
2.3 Klinická klasifikace nádorů - TNM	15
3 Nádory vaječníků	17
3.1 Karcinom vaječníků	21
3.1.1 Rizikové faktory	21
3.1.2 Příznaky	21
3.1.3 Diagnostika	22
3.2 Prevence karcinomu vaječníků	23
3.3 Terapie ovariálních nádorů	24
3.3.1 Chemoterapie	24
4 Ošetrovatelský proces	27
4.1 Fáze ošetrovatelského procesu	27
5 Koncepční model podle Gordonové	29
5.1 Kazuistika	30
5.1.1 Průběh hospitalizace	39
5.2 Ošetrovatelské diagnózy	45
Závěr	53
Seznam literatury	54

Úvod

Karcinom ovarií bohužel patří mezi často se vyskytující nádory ženských pohlavních orgánů. Na jeho výskyt se přijde náhodou, nebo při preventivní prohlídce. Díky tomu, že vaječníky nejsou kryty perineem z důvodu ovulace, není při nádorovém růstu patrná bolest, která je hlavním důvodem, aby žena vyhledala svého lékaře.

Nádory vaječníků a vejcovodů představují asi 15 % všech zhoubných novotvarů u 50 % žen. Česká republika se nachází na 4. místě v Evropě, co se týče výskytu tohoto onemocnění. Podle statistiky je ročně zaznamenán nárůst onemocnění o 23% nových případů za rok.

Úmrtnost je relativně vysoká a činí 15% zemřelých na tuto diagnózu (na 100 000 žen za rok). Biologické chování nádorů vaječníků a vzácných nádorů vejcovodů je velice podobné a jejich léčba je identická.

Pravidelné preventivní prohlídky u svého gynekologa jsou nedílnou součástí celkové prevence. Nezabrání vzniku tohoto onemocnění, avšak díky brzkému zjištění, se několikanásobně zvyšují šance na přežití a samozřejmě k navrácení se do běžného života.

1 Anatomie adnex

Vejcovody (salpinx) vychází z rohu děložního a směřuje laterálně k vaječníku. Vejcovod je dlouhý 8 - 11 cm. Mediální část vejcovodu prochází svalovinou rohu děložního a směrem k ovariu se rozšiřuje a končí infundibulem. Abdominální část vejcovodu je nálevkovitě rozšířena. Po obvodu má 10 - 15 řasnatých fimbrií, které se v období ovulace přiblíží k vaječníku a snaží se zachytit uvolněné vajíčko. Vejcovod je kryt peritoneem, které vytváří jeho závěs – mesosalpinx.

Sliznice vejcovodu je složena v řasy pokryté jednovrstevným epitelem. Epitel obsahuje buňky s řasinkami, které se pohybují směrem k děloze a transportují tak vajíčko. Transport vajíčka vejcovodem do dělohy podporuje kruhově uspořádaná hladká svalovina, která se rytmicky stahuje ve stěně vejcovodu s řasinkami buněk výstelky. Jsou-li ve vejcovodu spermie, vajíčko může být oplodněno (4, 8, 18).

Vaječník (ovarium, oophron) je párový orgán oválného tvaru, který je v oblasti hypogastria uložen v břišní dutině intraperitoneálně. Ve své poloze je udržován peritoneální duplikaturou (mezovarium), které ho spojuje se širokým děložním vazem (ligamentum latum uteri). Vaječník má dvojí funkci a to, zdroj pohlavních buněk a dále plní endokrinní funkci. Mimo těhotenství má vaječník váhu 14 - 17g a v graviditě je významně zvětšen, velikost se pohybuje kolem 3 - 4 cm x 2 cm x 1,5 cm.

Na řezu vaječníku rozlišujeme dvě vrstvy:

- korová vrstva- *zona corticalis*
- dřevná vrstva- *zona medullaris*

V zona corticalis se nachází folikuly na různém stupni vývoje. Dřevnou vrstvu tvoří vazivo s velkým počtem cévních kapilár.

Kůra vaječníku obsahuje folikuly, které mají uvnitř již od narození nezralá vajíčka (primární oocyty), která postupně dozrávají. Buňky stěny zrajícího folikulu nabývají při zrání sekreční funkci a tvoří estrogény (15,17).

Cévní zásobení vnitřních rodidel

„Cévní zásobení vnitřních rodidel je zajištěno ze dvou zdrojů - arteria uterina a arteria ovarica. Arteria uterina odstupuje od arteria iliaca interna, vstupuje do plica lata uteri, kříží ureter, který probíhá pod ní, a vchází do okraje dělohy v supravaginální části zhruba ve výši vnitřní branky“ (Kudela, 2004, str. 16).

Před vstupem do dělohy se dělí na dvě větve, arteria ovarica odstupuje z aorty, levá někdy z arterie renalis. Probíhají kaudálně a vstupují do lig. suspensorium ovarii. Zásobují kreví ovarium a anastomózují s větvemi arteria uterina. Venózní systém vnitřních rodidel je tvořen venózními plexy provázejícími příslušné arterie. Krev je odváděna přes ilickou a ovarickou věnu. Pravá vena ovarica ústí do dolní duté žíly a levá do renální vény (15).

1.2 Hormony vaječníků

Vaječníky tvoří estrogény (estradiol, estriol, estron), gestageny (progesteron) a androgeny (testosteron v minimálním množství).

V postmenopauze ve steroidní produkci dominuje nadledvina, která dále tvoří androstendion. Ten se jak v produktivním věku, tak po menopauze může periferní konverzí měnit na estron. Postmenopauzální vaječník produkuje navíc testosteron až do pozdního stáří.

Estrogény se tvoří ve zrajícím folikulu vaječníku, v menší míře se pak tvoří ve žlutém tělísku, placentě, kůře nadledvin a v malém množství i ve varleti. Mohou vznikat z nadledvinových androgenů, kde je místem přeměny tuková tkáň. Biologické účinky estrogenů jsou:

- vyvolávají proliferační fázi menstruačního cyklu, zesilují stahy děložní svaloviny, snižují vazkost hlenu v hrdle děložním.
- způsobují zadržování solí a vody ledvinami
- snižují cholesterol v plazmě
- zvyšují krevní srážlivost
- podporují tvorbu organické složky kostní hmoty- brání úbytku kostní tkáně, stimulují růst kosti do délky
- s dalšími hormony podporují rozvoj mléčné žlázy v těhotenství

Estrogen dále v pubertě iniciuje růst vnitřních a zevních pohlavních orgánů, ukládání tuků na bocích a jiných predilekčních místech. Dále pak vývoj ženských sekundárních pohlavních znaků, jako je růst prsů, vývoj ženské pánve a také ovlivňují sexuální chování ženy.

Progesterony se tvoří ve žlutém tělísku a v placentě. K uplatnění plného účinku progesteronu jsou potřebné estrogény. Biologické účinky progesteronů:

- stimuluje růst dělohy
- vyvolává sekreční fázi menstruačního cyklu
- podporuje uhnízdění oplozeného vajíčka v děloze
- snižuje stažlivost dělohy
- zvyšuje vazkost hlenu v hrdle dělohy
- brání průniku spermií do vajíčka

- zvyšuje energetickou přeměnu organismu - růst bazální teploty v období ovulace (7,17,18,26).

1.2 Ovariální cyklus

Folikuly v kůře vaječníku rostou autonomně bez stimulace hypofyzárních hormonů asi 10 let. Vaječník v dětském věku je necitlivý na gonadotropiny, protože receptory jak pro FSH v buňkách granulózy, tak pro LH v intersticiálních buňkách primárního folikulu jsou inaktivní. Autonomně může růst primordiální folikul do stadia primárního folikulu. Druhou fází růstu je stimulace FSH/LH v pubertě. Folikuly zrají do II. a III. řádu folikulu. V kůře vaječníku je neustálý pohyb, folikuly neustále rostou a jiné naopak zase zanikají. Růstem vaječného míšku vyžívá také vajíčko. V jeho nitru se objevují jemná zrnka žloutku. Zralý folikul nazýváme po jeho objeviteli Graafův folikul

Ovulace - První známkou ovulace je ztenčování stěny folikulu přivrácené k povrchu vaječníku. Zde dochází ke snížení prokrvení a vytvoří se prosvítající stigma. V jeho centru se vyvine zevním směrem konický výběžek, který se trhá a jeho kruhovým otvorem uniká folikulární tekutina s oocytem obaleným buňkami corona radiata. K mechanismu ovulace se předpokládá, že probíhá působením osmotického tlaku, kontraktility děložního svalstva, vaskulárních změn, proteolytických enzymů, chemických změn a hormonů. Je pravděpodobné, že hlavní faktory ovulace jsou zvýšená lokální enzymová destrukce stěny folikulu a distezibilita.

Žluté tělísko (corpus luteum) po ovulaci a odtoku folikulární tekutiny tlakem okolních tkání, dutina folikulu kolabuje. Z popudu FSH se na místě folikulu vytvoří proliferační stadium žlutého tělíska.

Žluté tělísko kromě malého množství estrogenů produkuje zejména progesteron. Je-li vajíčko v době ovulace oplodněno, mění se žluté tělísko v corpus luteum graviditatis. Pokud vajíčko nebylo oplodněno, žluté tělísko se zmenšuje a po 14 dnech zaniká a vytvoří se jizva, která se projeví vtažením tkáně vaječníku a vznikne corpus

fibrosum.

Ovariální cyklus má dvě fáze: fázi folikulární, která trvá 12- 14 dní a zraje v ní folikul, tvořící především estrogenní hormony. Fáze luteální, ve které žluté tělísko produkuje hormon progesteron a malá množství estrogenu (13,22).

2 Nádory

Jsou to útvary abnormálně rostoucích buněk, které se chovají nezávisle na řídicích systémech organismu. Projevují se:

- morfologickou odlišností – orgány postihnuté nádorem jsou většinou zvětšeny a jejich povrch je změněn, nabývá hrbolatý charakter z důvodu nádorových uzlů. Z makroskopického hlediska je charakterizován místním nahromaděním buněk, které se snaží napodobit hostitelskou tkáň.
- funkční odlišností - nádory neplní žádnou užitečnou funkci pro organismus. Někdy je jejich funkce bezvýznamná jako mateřské znamínko ale většina z nich však narušuje funkce orgánů.
- Biologickou odlišností - nádorové buňky vykazují daleko intenzivnější schopnost se množit, růst, mají vyšší odolnost a delší životnost než buňky hostitelské tkáně.

Základní dělení nádorů je podle biologického chování na nádory benigní a maligní (21).

2.1 Patofyziologie nádorů

Nádory (blastom, neoplazma, tumor) dělíme na nepravé nádory, pravé nádory.

Nepravé nádory jsou patologické stavy napodobující nádorové procesy. Patří sem: hyperplazie, některé zánětlivé procesy a cysty.

Cysty - jedná se o dutiny s vlastní epitelovou výstelkou a podle původu rozeznáváme na retenční, fetální, hormonální a parazitární. Podle obsahu je dělíme na serózní, mucinózní, hemoragické a další. Cysta se může vyskytovat solitárně nebo mnohočetně. Existují i tzv. pseudocysty, ale ty oproti cystám nemají vlastní epitelovou výstelku.

Pravé nádory jsou charakterizovány autonomním, abnormálním a neregulovaným růstem buněk, bez možnosti návratu do původních normálních poměrů, pomine-li vyvolávající příčina. Tyto nádory se dělí na prekancerózy, benigní a maligní nádory.

Co je příčinou proměny normální buňky v nádorovou přesně nevíme. Ale je výsledkem postupného procesu, zahrnujícího působením komplexním vlivem více činitelů, které mají fyzikální, chemickou a biologickou povahu. Předpokladem vzniku

nádorů je genetická změna buňky. To vyvolávají tzv. iniciátory neboli kancerogeny (3,6).

2.2 Rozdělení nádorů

Prekancerózy jsou charakterizovány růstovým neklidem a bujením tkáně. Jde o změny, které ještě nejsou rakovinou, ale ve zhoubné bujení mohou přejít.

Benigní nádory rostou většinou pomalu, ohraničeně. Důležité je, že nemetastazují. Často nemají větší negativní účinek na organismus. Benigní nádor roste omezeně, ale při růstu může utlačovat okolní tkáň. Více se podobají původní tkáni a díky dobrému ohraničení se dají dobře operativně odstranit.

Maligní nádor neboli zhoubný typ nádoru se šíří infiltrativně do okolí a vytváří metastázy. Jejich růst je obvykle dost rychlý, a pokud se včas neléčí, způsobí smrt organismu. Ovlivňují celkový stav pacienta, vedou ke kachexii. Metastázy vznikají cestou: implantační, lymfogenní, porogenní a hematogenní. Při výskytu metastáz na třech místech v těle jde o generalizaci nádoru. Morfologicky se nádorový růst projevuje třemi způsoby.

- a) Expanzivní růst - je charakteristický mechanickým útlakem okolí a pokračující atrofii okolních orgánů. Rostou tak benigní nádory a různě dlouho některé maligní nádory.
- b) Infiltrativní růst - nádorové buňky vrůstají mezi buňky okolních tkání bez jejich přímého ničení.
- c) Invazivní růst - je typický vrůstáním nádorových buněk do buněk okolních tkání, které jsou poškozovány a ničeny. Jde o typický růst zhoubného nádoru (3, 27).

2.3 TNM: klinická klasifikace nádorů

Jedná se o nejpoužívanější systém klinické klasifikace. Základy byly položeny ve Francii Pierem Denoixem v letech 1943 - 1952. Systém je neustále zdokonalován (21).

T – primární nádor

TX- Primární nádor nelze posoudit

T0 -Žádné známky primárního nádoru

T1- Nádor ohraničen na vaječníky

T1a -Nádor ohraničen na jeden vaječník, pouzdro intaktní, žádný nádor na povrchu vaječníku, v ascitu ani v peritoneálním výplachu nejsou maligní buňky

T1b - Nádor ohraničen na oba vaječníky, pouzdro intaktní, žádné známky nádoru na povrchu vaječníků, v ascitu ani v peritoneálním výplachu nejsou maligní buňky

T1c - Nádor ohraničen na jeden nebo oba vaječníky s rupturou pouzdra, nádorem na povrchu ovaria nebo maligní buňky v ascitu či peritoneálním výplachu

T2 -Nádor postihuje jedno či obě ovaria, šíří se v pánvi

T2a - Nádor se šíří na dělohu a/nebo tubu (tuby) nebo implantáty na děloze nebo tubě (tubách), v ascitu ani v peritoneálním výplachu nejsou maligní buňky

T2b - Nádor se šíří na jiné pánevní tkáně, v ascitu ani v peritoneálním výplachu nejsou maligní buňky

T2c -Nádor se šíří v pánvi (2a nebo 2b) s maligními buňkami v ascitu nebo peritoneálním výplachu

T3 - Nádor postihuje jedno nebo obě ovaria, s mikroskopicky prokázanými peritoneálními

metastázami mimo pánev a/nebo metastázy v regionálních mízních uzlinách

T3a -Mikroskopické peritoneální metastázy mimo pánev

T3b -Makroskopické peritoneální metastázy mimo pánev 2 cm nebo méně v největším

průměru

T3c - Peritoneální metastázy mimo pánev větší než 2 cm v největším průměru a/nebo

metastázy v regionálních mízních uzlinách

M-Vzdálené metastázy

MX - nelze určit

M0 - bez vzdálených metastáz

M1 - vzdálené metastázy

N – regionální mízní uzliny

NX -Regionální mízní uzliny není možno posoudit

N0 - Regionální mízní uzliny bez metastáz

N1 - Metastázy v regionálních mízních uzlinách (10).

3 Nádory vaječnicků

Prekancerózy vaječnicků a zhoubné nádory postihují nejčastěji nuligravidy, tedy ženy, které nikdy nebyly těhotné. Prekanceróza vaječnicků je bez příznaků. Ženy nemají bolesti, protože vaječník nekryje peritoneum a v malé pánvi je dostatek místa k růstu. Ascites a asymetrické zvětšování vaječnicků znamená ve většině případů již zhoubný, pokročilý nádor. Typickým reprezentantem je cystadenoma serosum proliferans, která vytváří v některých okrscích sliznice, uvnitř kystomu, bradavičnaté výrůstky, které jsou plynulým přechodem k adenokarcinomu vaječnicku.

Npravé nádory vaječnicků zahrnují cysty a celou řadu podnětlivých, hypertrofických, hyperplastických i jiných změn. Patří sem:

- *Cystis follicularis* se nejčastěji vyskytuje jako následek hyperstimulace hormony, zejména FSH. Tyto cysty bývají solitární o velikosti 3 – 10 cm³, hladkostěnné a se serózním obsahem. Výstelku této cysty tvoří granulózové buňky. Folikulární cysta často vede k nadprodukcí estrogenů a k poruchám menstruace. Tato cysta se odstraňuje punkcí s odsátím obsahu za laparoskopické kontroly s cytologickým vyšetřením obsahu.
- *Cystis corporis lutei* vzniká cystickou přeměnou žlutého tělíska. Solitární cysta má průměr až 5 cm. Stěnu tvoří luteinizované buňky granulózy a téky. Tyto cysty mají čirý vodnatý nebo zahnědlý obsah. Jedním z příznaků pro tuto cystu je menstruační porucha a to oligomenorea až amenorea. Léčba je stejná jako u cystis follicularis.

Pravé nádory vaječnicků zjednodušeně třídíme na:

- a) nádory ze zárodečných buněk – germinální nádory
- b) nádory ze specifického mezodermy gonád
- c) nádory „obyčejné“
- d) neklasifikovatelné nádory

e) metastatické nádory

Germinální nádory- nádory zárodečných buněk

Tyto nádory se vyskytují v 15 % nádorů vaječnicků. Dělí se na dvě skupiny: nádory z gonocytů a nádory ze skupiny teratomů. Patří sem např.:

- *Gonadoblastom* je benigní nádor složený z gonocytů. Vyskytuje se u žen s dysgenezí, které mají poruchu v karyotypu. Na jeho podkladě může vzniknout jiný maligní nádor teratomové řady.
- *Teratokarcinom* je maligní germinální nádor teratomové řady. Nádor může dále vyzávat za současné změny svých biologických vlastností. Tvoří přechod k vyzárajším formám teratomů.
- *Teratom diferencovaný (TD)* má dvě základní varianty:
 - a) TD zralý, který se skládá z různých vyzárajších tkání plodového vejce. V klinickém obraze se zpravidla jeví jako cysta, která má stěnu podobnou kůži. Obsah tvoří maz a chlupy. Je benigní ale u starých osob může dojít ke zhoubnému zvratu některé jeho složky.
 - b) TD nezralý má podobnou skladbu jako zralý teratom. Nádor má polotuhou konzistenci. Jeho biologické chování je nejisté.

Nádory ze specializovaného stroma vaječnicku

Nádory ze specifického mezodermy vaječnicku vesměs produkují steroidy.

Patří sem:

- *Thecoma* je to benigní nádor vaječnicku žen v postmenopauze. Je solidní, nažloutlý a má obvykle tuhou konzistenci. Většina vaječnickových fibromů vzniká fibrotizací thecomu. Bývá endokrinně aktivní a to nejčastěji estrogeně. Velmi vzácně se zvrhne v maligní nádor.
- *Brennerův nádor* je jednostranný vaječnickový pravý nádor solidního vzhledu, který se podobá fibromu. Histologická skladba je epiteliální, a je velmi podobná epitelu močových cest. Může se zvrhnout v karcinom nebo sarkom.

Nádory z povrchového epitelu vaječníku

Představují přes 60% všech vaječnickových nádorů. Jsou benigní, maligní a nejistého biologického chování. Třídí se na serózní, mucinózní a klarocelulární.

a) Nádory serózní skupiny

- Cystadenom serózní prostý je nejčastějším zástupcem nádorů serózní skupiny u žen ve 3. - 5. decenniu. Bývá oboustranný a jeho velikost kolísá mezi centimetry a decimetry. Obsah cyst je vodnatý, vnitřní povrch je u prostých forem hladký. Tvoří plynulý přechod k invazivnímu karcinomu
- Cystoadenokarcinom vzniká z předchozí formy. Proliferací buněk se cysty stávají hutnými, až se celé změní v solidní. Nádorová tkáň prorůstá z vaječníku do okolí, tvoří nádorové srůsty a vznikají metastázy.

b) Nádory mucinózní skupiny

- Mucinózní cystoadenom dosahuje hmotnosti až několika kilogramů. Má hlenovitý obsah cyst. Jeho forma se může změnit v maligní.
- Mucinózní cystoadenokarcinom postihuje ženy mezi 30. až 60. rokem.

Neklasifikované nádory

Ve vaječnicích se mohou vyskytnout novotvary, které se nehodí do žádné skupiny pravých nádorů. Mají malý klinický význam.

Metastatické nádory

Do vaječníku nejčastěji metastazují nádory z trávicího ústrojí a mléčné žlázy. I drobné, dosud nepoznané karcinomy žaludku nebo střeva záhy metastazují. Histologicky má metastáza vzhled cenočerného karcinomu trávicího ústrojí s typickými buňkami ve tvaru pečetiho prstenu. Tento tumor z trávicího ústrojí se nazývá Krukenbergův karcinom (1, 13).

3.1 Karcinom vaječníku

Ovariální karcinom je u nás třetím nejčastějším nádorem ženských pohlavních orgánů. Zhoubné nádory ovaria tvoří zhruba 25 % všech gynekologických nádorů. Maligní tumory ovaria se mohou vyskytovat již v dětském věku i adolescenci. V tomto období se nejčastěji jedná o tumory z germinálních tkání. Průměrný věk pacientek s benigními nádory je zhruba 45 let. Ovariální karcinom nejčastěji postihuje ženy kolem 55 let (není však výjimkou i 30letá žena).

Karcinom vaječníku je na prvním místě mortality žen a příčinou je často pozdní záchyt tohoto onemocnění.

3. 1. 1 Rizikové faktory

Většina onemocnění se vyskytuje sporadicky bez známých rizikových faktorů. Jako rizikové faktory se často uvádí časná menarche nebo pozdní menopauza. Dále pak nulliparita nebo genetická zátěž. Riziko stoupá úměrně s věkem. Z faktorů životního stylu se uvádí vyšší výskyt při větší spotřebě tuků.

Působení faktorů zevního prostředí není jednoznačné. V současnosti neexistuje rutinní screening pro ovariální karcinom. U nemocných se zvýšeným rizikem vzniku karcinomu ovaria se provádí vyšetření transvaginální sonografií a vyšetření markerů CA-125, ale nejsou přesvědčivé doklady o širší využitelnosti k časnému záchytu.

3. 1. 2 Příznaky

Karcinom ovaria se vyskytuje dlouho bez příznaků. Později, když už je nádor v pokročilém stadiu, se vyskytuje bolest a tlak v břiše. Dále pak poruchy vyprazdňování a menstruačního krvácení.

Čím více nádor roste nebo vytváří nádorovou tekutinu, vzniká ascites se zvětšováním břicha. Ženy ztrácejí na hmotnosti a mohou u endokrinně aktivních nádorů maskulinizovat.

3. 1. 3 Diagnostika

Pro diagnostiku je velmi důležitá anamnéza. Zajímají nás rizikové faktory včetně rodinné anamnézy. V rodinné anamnéze nás zajímá, zda někdo v rodině měl karcinomem prsu či ovaria. Žena podstoupí fyzikální celkové vyšetření spolu s gynekologickým vyšetřením.

V současné době neexistuje efektivní strategie pro screening. Při gynekologickém nálezů v malé pánvi je nutná kompletní anamnéza a fyzikální vyšetření spolu s laboratorním vyšetřením nádorových markerů včetně CA 125 či CEA. Je nutné provést transvaginální sonografii (pánve, břicha, ledvin a jater) anebo CT vyšetření. U žen mladších 30 let vyšetřujeme hladinu hormonů AFP a beta – HCG . Nativní RTG malé pánve může zobrazit kalcifikace u zralého teratomu. Většinu ovariálních karcinomů lze diagnostikovat ještě před rozhodnutím pro laparoskopii (1, 10, 21).

3. 2 Prevence karcinomu vaječníků

Prevence karcinomu se dělí na dvě skupiny a to primární a sekundární.

Primární prevence klade důraz na to, aby k nádorovému bujení nedošlo. Patří sem například pravidelné kontroly u lékaře, snížit obsah tuků masa a uzenin, omezit na minimum styk s karcinogeny (kouření, alkohol, smog a stres). Žena by měla mít alespoň jedno donošené těhotenství a co nejdéle kojit nebo užívat hormonální antikoncepci.

Sekundární prevence se týká již ohrožených osob. Vyhledává osoby nebo skupiny obyvatel s vyšším rizikem vzniku zhoubných onemocnění. S rizikem, které je dáno geneticky nebo o jedince s již doléčeným zhoubným nádorem. Patří sem pravidelné kontroly u svého gynekologa a odběr krve pro vyšetření nádorových markerů.

V roce 1995 byly objeveny tumor supresorové geny BRCA1 a BRCA2, které jsou zodpovědné asi za 80% dědičných forem nádoru prsu a ovarií. Díky tomu může genetické vyšetření zjistit, zda má žena genetické predispozice pro toto onemocnění.

Žena po 40 letech věku může podstoupit preventivní ovariectomie. Ovariectomie je chirurgický zákrok, který může snížit riziko onemocnění nádoru vaječniku na 5%. V ojedinělých případech může i po ovariectomii dojít k bujení z peritoneálních buněk. Odstranění ovarií je indikováno nejenom v rodinách s výskytem dědičné formy nádorů vaječniku ale i v rodinách s výskytem nádoru prsu. S tímto operačním výkonem musí žena souhlasit a sama si o něj zažádat.

Odstranění ovarií může permanentně snížit i riziko nádoru prsu (9, 10).

3. 3 Terapie ovariálních nádorů

Léčba karcinomu vaječníku je složitá a kombinuje více léčebných metod. Rozlišení benignity a malignity je možné jen histologickým vyšetřením tkáně získané při operaci. Proto se u všech nejasných či podezřelých nálezů indikuje laparoskopie. U pozitivních cytologií provádíme laparotomii. Benigní nádory odstraňujeme konzervativně s přihlédnutím k věku nemocné a k její reprodukční budoucnosti.

Při operaci je nutné dokonalé vyšetření dutiny břišní a malé pánve. Zhoubné nádory se odstraňují radikálně hysterektomií (odstranění dělohy) s oboustrannou adnexektomií (odstranění vaječníků a vejcovodů), resekcí omenta a paraaortální lymfadenektomií. Operační léčbu doplňujeme cílenou chemoterapií.

Pokud nezůstaly v břišní dutině větší nádorové hmoty, ozařuje se intraperitoneálně aplikovaným radioaktivním izotopem zlata. U pokročilé formy nádoru vaječníku se musí operátor vždy pokusit o odstranění co možná největší části primárního nádoru a metastáz. Za optimální se považuje zmenšení nádoru nebo metastáz do 1,5 cm. Cytoredukce někdy vyžaduje resekci střeva, na kterém jsou veliké nebo mnohočetné metastázy. Proto každou pacientku, o které víme že má maligní proces v malé pánvi, připravujeme také na střevní chirurgický výkon (13).

3. 3. 1 Chemoterapie

V dnešní době je chemoterapie vnímána jako medikamentózní léčba nádorových onemocnění. Původně však znamenala léčbu infekčních onemocnění chemickými substancemi, především sulfonamidy a později antibiotiky. Protože se v dalších letech chemické látky uplatnili i v léčbě nádorových onemocnění, přenesl se termín chemoterapie do onkologie. Pro protinádorovou chemoterapii se rovněž používá označení cytostatická nebo cytotoxická léčba.

Formy chemoterapie:

- Primární léčba s kurativním záměrem: cytostatická léčba podávaná s cílem úplného vyléčení nádorového onemocnění. Předpokladem kurativního účinku je citlivost daného nádoru k chemoterapii. Ta může být cyklická nebo sekvenční. Cyklická vysokodávková chemoterapie spočívá v opakovaném podávání kombinací s vysokými dávkami jednotlivých komponent. Sekvenční vysokodávková chemoterapie je postupné podávání jednotlivých cytostatik

v maximálně tolerovaných dávkách. Intenzitu léčby lze též posílit zkracováním intervalů mezi jednotlivými cykly.

- Druhotná léčba nazývaná též „léčba druhé linie“: podává se v situacích, kdy primární léčba nedovolila kompletní remisy. Je spíše podávána jen se záměrem účinné paliace.
- Paliativní chemoterapie se podává v situaci, kdy povaha nebo rozsah nádoru činí málo pravděpodobnou naději na vyléčení, ale kdy můžeme léčbou zlepšit kvalitu života nemocného a prodloužit tím jeho dobu přežití.
- Adjuvantní chemoterapie doplňuje či zvyšuje účinnost jiné základní léčebné metody. Navazuje na chirurgickou léčbu a léčbu zářením.
- Neadjuvantní chemoterapie se podává před chirurgickým výkonem. Zmenší nádor a tím může usnadnit jeho operační odstranění

Vedlejší účinky chemoterapie

Mnohým vedlejším účinkům se dá předcházet nebo je alespoň zmírnit. K tomuto cíli je zaměřená podpůrná léčba, která bývá nepostradatelná při využívání chemoterapeutik.

- Porucha krvetvorby může ohrozit i život nemocného a tím i konečný výsledek léčby nádorového onemocnění. K monitorování hematologické toxicity se běžně používá vyšetření krevního obrazu. Drobné změny v krvetvorné tkáni se většinou upraví spontánně bez zvláštní léčby. Pokud léčbu vyžadují, je třeba doplnění krevních derivátů.
- Krvácivé komplikace často provázejí hematologické malignity. U jiných nádoru se téměř nevyskytuje.
- Infekční komplikace je nejčastěji důsledkem pravidelného snížení počtu granulocytů, které mají klíčovou úlohu v obraně proti infekci, a proto průběh infekce bývá závažnější.
- Nevolnost a zvracení patří mezi nejčastější nežádoucí účiny protinádorové léčby. Neohrožují bezprostředně život nemocného, ale výrazně zhoršují kvalitu jeho života.
- Kožní a slizniční změny jsou také velmi časté. Chemoterapie poškozuje proliferující buňky. Z kožních adnex je cytostatickou léčbou nejvíce postižený

vlasový folikul což má za následek alopecii (vypadávání vlasů). Objevuje se také hyperpigmentace a erytém.

- Orgánové poškození je značně vázáno na určitý druh použité chemoterapie. Například poškození myokardu je způsobeno antracykliny.
- Do méně častých nežádoucích účinků patří neurotoxicita a poškození gonád (12).

4 Ošetrovatelský proces

Definice ošetrovatelství – Ošetrovatelství je systém typicky ošetrovatelských činností, týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu.

Ošetrovatelský proces - je systematický specifický způsob individualizovaného přístupu k ošetřování každého nemocného v nemocniční i terénní péči, která se uskutečňuje v 5 návazných krocích:

1. zhodnocení nemocného
2. stanovení ošetrovatelských diagnóz
3. naplánování ošetrovatelské péče
4. provedení navržených opatření
5. zhodnocení efektu poskytnuté péče

Největší význam ošetrovatelského procesu je, že sestry znají svého pacienta mnohem lépe. Prohlubující se poznávání pacienta jako osoby umožňuje sestře, aby ho nechápala jako „diagnózu“ ale jako člověka, který má své individuální potřeby.

4.1 Fáze ošetrovatelského procesu

- První fáze ošetrovatelského procesu je posuzování. To zahrnuje sběr, ověřování a třídění údajů o pacientově zdravotním stavu. Zručnost v pozorování, komunikaci, vedení rozhovoru a fyzikálním vyšetření jsou základními podmínkami posuzování. Vstupní rozhovor s nemocným má proběhnout co nejdříve. Zhodnocení nemocného na základě shromáždění a vytrídění informací umožňuje sestře rozhodnout proč, kdy, jak a kdo může řešit individuální problém nemocného.
- Druhá fáze je diagnostika. Je to proces, který vyústí do diagnostického závěru či ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelská diagnóza je o potencionálním či skutečném narušení zdravotního stavu pacienta. V této fázi sestra třídí získané informace, na které si vyslovuje otázku „ Jaké jsou skutečné a potencionální zdravotní problémy, které si vyžadují pomoc sestry?“ a na tuto otázku si odpoví. Aktuální zdravotní problém je takový, který v současnosti existuje, naopak

potencionální zdravotní problém spočívá ve výskytu rizikových faktorů, které mohou vyvolat zdravotní problémy.

- Třetí fáze ošetrovatelského procesu je plánování. To zahrnuje sérii kroků, v kterých si sestra a pacient vytyčují priority.
- Čtvrtou fází procesu je realizace, kdy se realizuje ošetrovatelský plán. Během této fáze sestra nepřestává sbírat údaje o pacientovi
- Pátou fází ošetrovatelského procesu je vyhodnocení. Jedná se o posouzení pacientovi reakce na ošetrovatelské zásahy a je porovnáván se stanovenými normami. Sestra zjišťuje rozsah, jak bylo cíle dosaženo. Zda se splnily či ne. (11, 14, 23, 24, 25).

5 Konceptní model podle Gordonové

Marjory Gordon je autorkou ošetrovatelského modelu nazývaného „Model funkčního typu zdraví“. V roce 1974 identifikovala 11 okruhů vzorců chování. Marjory Gordon publikovala tento model v letech 1982,1987 ve Spojených státech amerických.

Do roku 2004 vedla jako prezidentka NANDA-North American Nursing Diagnostic Association) v českém překladu je to profesionální organizace sester pro standardizaci sesterské terminologie.

Ošetrovatelský model Gordonové

Model funkčního typu zdraví tvoří konceptní rámec pro systematické ošetrovatelské zhodnocení zdravotního stavu pacienta, v jakékoliv oblasti systému péče - primární, sekundární i terciální. Ošetrovatelským cílem je dosažení co nejvyšší úrovně zdraví a přijetí odpovědnosti jedince za své zdraví.

Zdraví člověka je v modelu Gordonové vyjádřením rovnováhy bio-psycho-sociální interakce. Je ovlivňováno faktory vývojovými, kulturními, duchovními, spirituálními a dalšími.

Pro dysfunkční typ zdraví je třeba stanovit ošetrovatelské diagnózy a to nejen u chorobných stavů, ale i u relativně zdravých jedinců než dojde k narušení zdraví a vzniku onemocnění.

Obsahem modelu je základní struktura, kterou tvoří dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdraví člověka, podle nichž sestra získává potřebné informace.

Položky modelu-vnímání zdraví, výživa a metabolismus, vylučování, aktivita a cvičení, spánek a odpočinek, vnímavost citlivost a poznávání, sebepojetí a sebeúcta, role-mezilidské vztahy, sexualita, stres, víra a životní hodnoty, jiné (2, 20).

5.1 Kazuistika

Pro bakalářskou práci jsem si vybrala paní Z. S., která byla hospitalizována na oddělení onko-gynekologie na pražské gynekologicko-porodnické klinice. Paní jsem poskytovala po 5 dní ošetrovatelskou péči.

Paní byla přivezena rychlou záchrannou službou pro celkové zhoršení stavu, bolestivé mikce s výraznou hematurií.

Ošetrovatelská anamnéza podle Gordonové

Identifikační údaje pacientky:

Jméno a příjmení: Z. S.

Rok narození: 1947

Věk: 62

Stav: vdaná

Adresa: Praha

Pojišťovna: VZP 111

Povolání: účetní ve firmě svého muže a nyní v důchodu

Vzdělání: středoškolské

Národnost: Česká

Datum přijetí: 16. 9. 2009

Důvod přijetí: Přijata pro celkové zhoršení stavu, bolestivé mikce s výraznou hematurií.

Paní Z. S. přijatá na oddělení onko-gynekologie dne 16.9 2009 pro celkové zhoršení stavu a bolestivou mikcí s hematurií.

Pacientka je při vědomí, částečně soběstačná a velice neklidná.

- Vnímání zdravotního stavu

Dnešní hospitalizace není pro paní Z. S. první. Nikdy nebyla vážně nemocná, prodělala běžné dětské nemoci. Gynekologické prohlídky poslední 4 - 5 let neabsolvovala, protože měla pocit, že se rakovina nevrátí. Posledních několik dní má pocit, že se její stav zhoršuje. Pociťuje nechutenství, bolest v malé pánvi, a v tomto měsíci zhubla o 8 kilogramů.

- Výživa a metabolismus

Pacientka se stravovala pravidelně, ale poslední měsíc má pocity nechutenství. Udává i časté pálení žáhy, které je doprovázeno nevolností. Snažila se doplňovat tekutiny, ale za den vypila něco kolem 1litru perlivé vody nebo bylinného čaje.

- Vylučování

Pacientka uvádí, že doma trpí zácpou již několik let. Jednu dobu užívala projímadlo, ale po zjištění, že má rakovinu prsu, je úplně vysadila. Nynější močení ji způsobuje bolest a pálení. V moči je viditelná krev. Tlak v močovém měchýři neudává.

- Aktivita, cvičení

Paní Z. S. nikdy pravidelně nesportovala. Měla sedavé zaměstnání a na sport neměla čas nebo chuť. V rámci hubnutí navštěvovala posilovnu, ale pro zhoršení astmatu od této aktivity upustila. Pacientka je částečně soběstačná. Problémy má s činnostmi, u kterých se musí ohnout jako je obouvání.

- Spánek a odpočinek

Během hospitalizace se jí nespí moc dobře, protože ji často budí sestry při plnění lékařských ordinací u pacientky na vedlejším lůžku. Zároveň ji není příjemné prostředí a nevyhovuje jí tvrdost lůžka. Doma se spánkem neměla problémy.

- Vnímání, poznávání

Pacientka má obavy o svůj život. Bojí se další operace a chemoterapie, kterou absolvovala při rakovině levého prsu v roce 2001, díky které se cítila velmi špatně. Má pocit, že se jí lékaři nevěnují tak jako při prvním zjištění nádorového onemocnění. Potíže se sluchem nemá. Pacientka nosí brýle na čtení, jinak je nepotřebuje.

- Sebepojetí

Sebe sama hodnotí jako klidného člověka, který je však plachý. Z počátku měla problém přijmout sebe sama bez prsu, dnes to již nevnímá.

- Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí v panelovém bytě 2+kk v domácnosti se svým manželem. Její dvě děti již bydlí samostatně se svými rodinami. Ráda udržuje kontakt se svými přáteli a velmi ráda je navštěvuje. Se svým manželem má prý spokojený život.

- Sexualita, reprodukční období

Problémy s menstruací nikdy neměla, menstruace byla pravidelná.

- Stres, zvládání zátěžových situací

Dříve zažívala v práci hodně stresových situací a od té doby co je v důchodu, tak ustaly. Řešila je s přáteli a svými manželem.

- Víra, životní hodnoty a přesvědčení

Je nevěřící.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

- Bratr - Infarkt myokardu, nyní zdrav
- Sestra - Karcinom ovaria, zemřela v 43 letech
- Matka - Diabetes mellitus, karcinom prsu, zemřela v 76 letech
- Otec - Parkinsonova choroba, 88let
- Dcera a syn - V pořádku

Osobní anamnéza

- běžné dětské nemoci,
- časté plicní záněty, v dnešní době je bez obtíží.
- od roku 1999 je léčena pro hypertenzi,
- od dětství hypofunkce štítné žlázy léčena Euthyroxem

Úrazy - několikrát zlomená pravá ruka, otřes mozku

Operace - 1985 - odstranění žlučníku

1995 - operace uzlíku na hlasivkách

2001 - ablace mammy

Přidružená onemocnění

- varixy na vulvě a pravé dolní končetiny
- esenciální hypertenze
- obezita II. stupně

Farmakologická anamnéza

Agen 5mg tbl; 1-0-0, antihypertenzivum

Euthyrox 75mg tbl; 1-0-0, hormon štítné žlázy

Detralex 30mg tbl; 1-0-1, vazoprotektivum,

Concor 5 mg tbl; 0-0-1, Beta-blokátor

Alergologická anamnéza

Léky: neudává

Potraviny: potravinová barviva

Chemikálie: neví

Jiné: roztoče, pyl, prach,

Abúzy

Alkohol: příležitostně

Kouření: před onemocněním kouřila krabičku cigaret denně. Poté omezila na 5 - 7 cigaret denně

Káva: instantní 2x denně

Léky: při bolestech Ibuprofen- nepřesahuje denní doporučenou dávku

Drogy: neudává

Gynekologická anamnéza

Menarche: od 12 let

Cyklus: 28/ 5-6 dní

Intenzita, bolesti: nebolestivá

PM: neví přesně asi 1995 leden

Porody: 1976 - spont. chlapec- zemřel dva dny po porodu - neznámá příčina

1978 - spont. chlapec - zdrav

1980 - porod dívka - zdráva

Potraty: 1970- interrupce z důvodu genetické vady plodu

1974- spontánní abort

Antikoncepce: nežívala hormonální antikoncepci

Menopauza: neví přesně asi 1995 leden

Samovyšetření prsou: neprováděla

Poslední gynekologické vyšetření: posledních několik let nenavštívila gynekologa

Sociální anamnéza

Stav: vdaná

Bytové podmínky: Byt 2+ kk

Vztahy a interakce v rodině: dobré vztahy

Záliby a volnočasové aktivity: Pletení, čtení, sledování televize, posezení s přáteli a rodinou

Zaměstnání: účetní ve firmě svého muže a nyní v důchodu

Vztahy na pracovišti: dobré

Důchod: neví přesně od jakého roku

Ekonomické podmínky: přiměřené

Spirituální potřeby: nepotřebuje

Výživa a hydratace

Dieta: racionální

BMI: 36,39 – střední obezita

Problémy s přijímáním potravy: nyní cítí nechutenství

Preference při stravování: tiché prostředí

Množství tekutin za 24 hodin: 1 litr

Preference tekutin: perlivé vody, bylinné čaje

Doba posledního příjmu potravin a tekutin: kolem 19 hodiny 15.9 2009

Vyprazdňování

Vylučování moči: sama, 16.9 v 9:30 zaveden Folleyuv katétr, hematurie

Vyprazdňování tlustého střeva: trpí zácpou

Pocení: přiměřené

Vnímání zdraví

Zdravotní stav vnímáte jako: vážný

Jakým způsobem pečujete o zdraví: nepečuje aktivně

Ovlivnil současný zdravotní stav vaše aktivity: některé ano - návštěvy bazénů, dovolaná u moře.

Aktivita

Pracovní neschopnost v posledním roce: důchodkyně

Soběstačnost: částečně soběstačná

Faktory ovlivňující soběstačnost: slabost, snížená pohybová aktivita

Aktivita ve volném čase: navštěvování přátel, procházky v parku

Změna tělesné aktivity v posledním roce: žádná

Pohybový režim při hospitalizaci: neomezen

Spánek a odpočinek

Změna v kvalitě spánku: časté buzení a problém s usínáním

Zvyky při usínání: příjemná teplota v místnosti, sledování TV

Po probuzení se cítí: nevyspalá

Užívání léků podporující spánek: zatím nechce

Smyslové vnímání

Zrak: brýle na čtení

Sluch: slyší dobře

Řeč: v normě

Bolest: v malé pánvi, při mikci,

Intenzita bolesti: 7

Zvládání bolesti: analgetika, úlevová poloha

Sebepojetí

Vnímáte se jako: optimista, extrovert

Důvěřujete si: podle toho v čem ale spíš ano

Býváte nervózní: přiměřeně

Pocítujete strach: ano

Příčina strachu: strach z operace a o svůj život, strach z chemoterapie a jejích nežádoucích účinků, které již v minulosti měla.

Role, mezilidské vztahy**Nejdůležitější role ve vašem životě:** matka**Spokojenost s rolí:** ano, velká**Příčina nespokojenosti:** není**Jak ovlivnilo onemocnění vztahy v rodině:** upevnilo**Změní se funkce v rodině v důsledku vašeho onemocnění:** asi ne**Sexualita, reprodukční schopnost****Sexuální aktivita:** není**Problémy v sexuálním životě:** nebyly**Stres****Ve stresu jste:** v práci často, dnes ne**Co stres způsobuje:** dříve práce**Co stres snižuje:** rodina**Nejčastější reakce na náročné životní situace:** pláč, hněv,**Zvládání náročných situací:** rodina a kouření

Ordinovaná vyšetření:

- Biochemie
- Krevní obraz a diferenciál
- Koagulační faktory
- Kultivace moči
- Výtěr z pochvy - mikrobiologické vyšetření
- Tumor markery
- CT, UZ, RTG,

Situační analýza

Pacientka 63let, žije s manželem v bytě. Zázemí v rodině je dobré.

Primární onemocnění karcinom prsu II. stádia C. diagnostikováno 5/2001 následovala operativní léčba odstranění prsu a následné podávání chemoterapie v intervalu po 21 dnech. Během chemoterapie zprvu neměla žádné vedlejší účinky. Po 3. dávce chemoterapeutik se začaly vedlejší účinky objevovat. Dnes z nich má veliké obavy.

Na kliniku byla přijata pro celkové zhoršení zdravotního stavu a k vyšetření asi týden trvající makrohématurii s obtížnou mikcí a odchodem koagul. Při rozhovoru se ženou ve špatném psychickém stavu jsme došli ke zjištění, že nebyla na kontrole cca 4-5 let v onkologické ambulanci ani u svého gynekologa. I přes doporučení před několika lety, nenavštívila lékaře. Měla pocit, že když je vyléčená tak není potřeba dalších kontrol.

5. 1. 1 Průběh hospitalizace

1. den hospitalizace

Datum: 16. 9. 2009

Hospitalizace: Příjem na oddělení onkogynekologie v 9⁰⁰ hod.

Ordinace lékaře: TK, TT 5xdenně

- Zavedení permanentního močového katétru v 9³⁰ hod.
- Zavedení permanentního žilního katétru do LHK v 9⁰⁰ hod.
- Kontrola příjem a výdej tekutin každých 24. hodin
- Kontrola krvácení a bolesti
- Odběr biologického materiálu na biochemické vyšetření, hematologická vyšetření - krevní obraz, nádorové markery, minerály, jaterní testy.
- Dieta 3 (racionální)
- Každých 8 hodin aplikace

Pamba 1 amp. i. v. – hemostyptikum, antifibrinolytikum

Dicynone 1 amp. i. v. - hemostyptikum, antifibrinolytikum

- 6⁰⁰ - 14⁰⁰ - 22⁰⁰ hod.

Měření fyziologických funkcí

9⁰⁰ hod. - TK- 140/90, TT- 37, 0 °C, P- 96/min., pravidelný

12⁰⁰ hod. - TK- 130/85, TT- 36,8 °C

16⁰⁰ hod. - TK - 125/85, TT- 37, 0 °C, P- 76/min., pravidelný

19⁰⁰ hod. - TK - 135/90, TT- 37,1 °C

22⁰⁰ hod. - TK - 130/80, TT- 36,8 °C, P- 80/min., pravidelný

Pacientka byla na kliniku přivezena rychlou záchrannou službou na gynekologickou ambulanci a odtud na onkologické oddělení v 9⁰⁰ hod. Pacientka byla velice neklidná a hrozil pád z lůžka, proto byly na lůžko připevněny zábrany. Vedoucí lékař oddělení pacientku přijal a na lůžku provedl gynekologické vyšetření. Naordinoval kompletní diagnostické vyšetření (fyzikální, laboratorní, cytologické).

Pacientce jsme zavedly v 9⁰⁰ hod. intravenózní katétr a z něj odebraly potřebnou krev k vyšetření. Před odesláním pacientky na urologické vyšetření, vzhledem k masivní hematurii, jsem ji zavedla v 9³⁰ hod. permanentní močový katétr. Urologické vyšetření však nebylo možné pro velkou bolestivost a silnou hematurii provést.

Během dne jsem ji kontrolovala příjem a výdej tekutin. Příjem tekutin u pacientky byl 3 litry tekutin a výdej činil 1, 5 litru za 24 hodin. Moč byla zbarvená krví, bez zápachu. Každých osm hodin jsme i. v. podávaly Pambu a Dicynone z důvodu hematurie.

Kontrolu krvácení jsem prováděla z počátku každou hodinu a interval se postupně prodlužoval. Pacientka udávala bolest v malé pánvi, po aplikaci analgetik se intenzita bolesti snížila. Pacientka udávala v malé pánvi spíše tlak.

Při CT malé pánve bylo zjištěno patologické ložisko na levém ovariu, s nálezem ovariální karcinom III. stadia C. S výsledky všech nálezů, byla pacientka odeslána k onkologickému konziliu. Operace není zatím možná, a proto nejdříve bude aplikována chemoterapie v režimu - monoterapii CBDCA á 3 týdny. Pacientka byla s tímto postupem seznámena a s navrženou terapií souhlasila.

Při hemostatické léčbě se moč vyčeřila a hematurie pozvolna ustala.

2. den hospitalizace

Datum: 17. 9. 2009

Ordinace lékaře - TK,TT 3xdenně

- Kontrola příjem a výdej tekutin po 24. hodinách
- Kontrola krvácení a bolesti, vyprazdňování,
- Dieta 3
- Každých 8 hodin aplikace

Pamba 1 amp. i. v. – hemostyptikum, antifibrinolytikum

Dicynone 1 amp. i. v. - hemostyptikum, antifibrinolytikum

▪ 6⁰⁰ - 14⁰⁰ - 22⁰⁰ hod.

- Chemoterapie v 14³⁰ i. v.

Měření fyziologických funkcí

6⁰⁰ hod. - TK 125/80, TT- 36,8 °C, P- 86/min., pravidelný

12⁰⁰ hod. - TK 130/85, TT- 36,9 °C

19⁰⁰ hod. - TK: 130/90, TT- 36,9 °C

Pacientka se cítí mnohem lépe. Krev v moči se během hemostatické léčby vyčeřila a hematurie pozvolna ustala. Bolest pacientka vnímá spíše jako tlak v malé pánvi, který ji ale neobtěžuje v běžných činnostech. Po rozmluvě s pacientkou jsem zjistila, že trpí zácpou a již 4 dny nebyla na toaletě. Po domluvě s ošetřujícím lékařem jsem per rectum zavedla glycerinový čípek, který pacientce pomohl do dvou hodin. Příjem tekutin byl za dnešní den 2 litry a výdej 900ml. Pacientka ve 14³⁰ absolvovala chemoterapii, po které se necítila špatně. Před chemoterapií jsme pacientku edukovaly. Pravidelně jsem aplikovala dle ordinace lékaře Pambu a Dicynone.

Edukace k chemoterapii

- Pacientku jsme seznámili s chemoterapií, jejími nežádoucími účinky a způsobem aplikace. U této edukace byl přítomen manžel. Pacientka již ví, že chemoterapie bude podávána v pravidelném intervalu á 21 dní do žíly v podobě infúze. Před zahájením prvního cyklu by se měla lehce najíst, aby neměla prázdný žaludek.

Po propuštění do domácí péče bude docházet na chemoterapii do stacionáře, kdy je vhodné, aby měla domluvený odvoz domů. Pacientka ví, že mezi cykly bude docházet na odběry krve, z důvodu kontroly krevního obrazu a biochemie.

- Pacientku jsme seznámili, s nežádoucími účinky chemoterapie, mezi které patří zejména alopecie (vypadávání vlasů), poruchy zažívacího traktu, problémy s kůží a příznaky podobné chřipce.
- Paní si vše pamatovala z prvních sérií chemoterapie, takže nebylo potřeba ji vše podrobně vysvětlovat.

5. den hospitalizace

Datum: 20. 9. 2010

Ordinace lékaře:

- TK,TT- 2xdenně
- Kontrola příjem a výdej tekutin ex
- Kontrola krvácení, bolesti
- Dieta 3
 - Každých 8 hodin aplikace
 - Pamba 1 amp. i. v. – hemostyptikum, antifibrinolytikum
 - Dicynone 1 amp. i. v. - hemostyptikum, antifibrinolytikum
 - 6⁰⁰ - 14⁰⁰ - 22⁰⁰ hod.
 - Folleyův katétr ex

Měření fyziologických funkcí

8⁰⁰ hod - TK 130/90, TT 36,6 °C, P- 76/min., pravidelný

18⁰⁰ hod - TK 125/85. TT 36,5 °C

Pacientka se dnes necítí moc dobře, pociťuje nevolnost a zvrací, proto jsem ji po domluvě s lékařem podala antiemetikum Torecan 6,5mg tbl. 1- 1- 1.

Pravidelně jsem aplikovala dle ordinace lékaře Pambu a Dicynone. Odstranila jsem permanentní močový katétr. Bolest pacientka stále udává jako slabý tlak v malé pánvi, který nemění svoji intenzitu.

Když se pacientce udělalo lépe poradila jsem ji co je dobré konzumovat pokud ji trápí nevolnost a zvracení.

Doporučení při nevolnosti a zvracení

Pacientka je informována o tom, že by měla jíst pomalu a v malých dávkách nejlépe 6 - 7x denně. Neměla by se přejídat a jíst tučná a mastná jídla. Jídlo je nutné dobře rozžvýkat. V jídelníčku by mělo být zastoupeno ovoce, zelenina, tvaroh a neměl by obsahovat sladká a chuťově výrazná jídla. Paní jsem doporučila, aby odpočívala raději vsedě, nikoli vleže.

7. den hospitalizace

Datum: 22. 9. 2009

Ordinace lékaře:

- TK,TT 1xdenně
- Kontrola krvácení a bolesti
- Dieta číslo 3
- Kanyla LHK ex

Měření fyziologických funkcí

8⁰⁰ hod. - TK 130/80, TT 36,7 °C, P- 78/min., pravidelný

Dnes je paní Z. S. propuštěna do domácího ošetřování. Byla opět poučena lékařem o svém stavu s doporučením, které by měla dodržovat (pravidelné docházení na chemoterapii a nezanedbávání kontrol). Pacientce jsem ve 12⁰⁰ odstranila permanentní žilní katétr.

Paní ležela na onko-gynekologickém oddělení 7 dní. Byla přijata pro hematurii s bolestivou mikcí. Při příjmu, udávala bolest v malé pánvi. Během vyšetření, které se u pacientky provedly, byl zjištěn ovariální karcinom a byla navržena terapie.

Paní Z. S. odchází z onko-gynekologického oddělení ve stabilizovaném stavu v 13³⁰ hod., kdy si pro ni přijel manžel.

5.2 Ošetrovatelské diagnózy

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. 00148 Strach

Strach z důvodu neinformovanosti a vážné diagnózy projevující se verbalizací.

2. 00126 Neinformovanost

Deficit znalostí z důvodů malé informovanosti o onemocnění, projevující se verbalizací.

3. 00133 Bolest

Bolest v malé pánvi z důvodu základní diagnózy projevující se úlevovou polohou a verbalizací.

4. 00134 Zvracení a nevolnost

Zvracení a nevolnost z důvodu chemoterapie projevující se bledostí v obličeji, verbalizací.

5. 0095 Porušený spánek

Poruchy spánku z důvodu změny prostředí, strachu projevující se únavou a pospáváním přes den.

6. 00046 Porušená kožní integrita

Porucha kožní integrity z důvodu zavedení permanentní žilní kanyly, projevující se začervenáním v místě vpichu.

7. 00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně

Deficit sebepéče při koupání a hygieně z důvodů snížené pohyblivosti projevující se verbalizací.

8. 00109 Deficit sebepéče při oblékání

Deficit sebepéče při oblékání z důvodů snížené pohyblivosti projevující se verbalizací.

9. 00093 Únava

Únava z důvodu nevyspanosti projevující se pospáváním přes den a verbalizací.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

1. 0004 Infekce z důvodu porušení kožní integrity (kanyla).
2. 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin z důvodu zvracení.
3. 00097 Riziko nedostatku zájmových aktivit z důvodu pobytu nemocnici.

Ošetrovatelská diagnóza č. 1 00148 Strach

Strach z důvodu neinformovanosti a vážné diagnózy projevující se verbalizací.

Cíl:

- Pacientka nebude mít nadále strach
- Pacientka bude dostatečně informována

Priorita

- Střední

Výsledná kritéria

- Pacientka si uvědomuje příčiny strachu
- Zhodnotí reálně danou situaci i všechny okolnosti
- Naučí se techniky zvládnutí strachu

Intervence

- Sledujte pacientovy reakce po oznámení nepříznivé diagnózy lékařem
- Sledujte verbální a neverbální reakci pacientky na strach
- Mluvte na pacientku jasně, zřetelně a buďte trpěliví
- Pobízejte pacientku, aby slovně vyjádřila své pocity

Realizace

- Sledovala jsem reakce pacientky na nepříznivé diagnózy lékařem
- Hovořila jsem s pacientkou o jejím strachu
- Sledovala jsem verbální a neverbální reakce pacientky na zprávy o svém zdraví
- Hovořila jsem s pacientkou jasně a zřetelně
- Zajistila jsem rozhovor s lékařem, protože pacientka neměla dostatek informací

Hodnocení

- Cíl je splněn částečně, je třeba s pacientkou o jejích pocitech nadále hovořit
- Strach pacientky je menší než na začátku její hospitalizace

Ošetrovatelská diagnóza č. 2 00126 Neinformovanost

Deficit znalostí z důvodů malé informovanosti o onemocnění, projevující se verbalizací.

Cíl:

- Pacientka správně chápe informace a v plné šíři jim rozumí
- Správně interpretuje naučené postupy a procedury

Priorita:

- Vysoká

Výsledná kritéria:

- Pacientka je plně informována o své nemoci a vše co k ní patří.

Intervence:

- Vysvětlí pacientce výkony, pomůcky, nástroje a přístroje, které během ošetřování používáme
- Povzbuzujte pacientku, aby se ptala na vše, co mu není jasné
- Používejte slovní zásobu, které pacient rozumí
- Podávejte informace věcné, smysluplné a uspořádané
- Poskytujte informace po malých částech s časovým prostorem na otázky

Realizace

- Pacientce jsem podala informace o její nemoci a plánované terapii
- Vysvětlila jsem pacientce vše, co jsem u ní dělala
- Pacientka se ptala na vše, co ji bylo nejasné
- Podávala jsem informace smysluplně a uspořádaně
- Dávala jsem pacientce prostor na otázky

Hodnocení

- Cíl je splněn
- Pacientka je informována a v případě jakékoliv nejasnosti ví, že se může zeptat.

Ošetřovatelská diagnóza č. 3 00133 Bolest

Bolest v malé pánvi z důvodu základní diagnózy projevující se zaujímáním úlevové polohy a verbalizací.

Cíl:

- Zmírnění, zvládnutí bolesti
- Využití relaxačních technik
- Využití úlevových poloh

Priorita:

- Vysoká

Výsledná kritéria:

- Pacientka je dostatečně informovaná o možnostech podání analgetik
- Pacientka zná relaxační techniky pro zmírnění bolesti
- Pacientka umí využít úlevové polohy

Intervence:

- Zjistí charakter, lokalizaci a intenzitu bolesti
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře
- Nauč úlevové polohy
- Informuj o úlevových polohách

Realizace:

- Edukovala jsem pacientku o možnostech vedoucí ke zmírnění bolesti
- Zjistila jsem charakter bolesti a její lokalizaci.
- Naučila jsem pacientku úlevové polohy

Hodnocení:

- Cíl je splněn částečně, bolest je mírnější a vnímaná spíše jako tlak v malé pánvi

Ošetrovatelská diagnóza č. 4 0095 Porušený spánek

Porušený spánek z důvodu strachu a změny prostředí projevující se únavou a pospáváním přes den.

Cíl

- Pacientka spí kvalitním spánkem
- Pacientka spí bez přerušení nejméně 6 hodin

Priorita:

- Střední

Výsledná kritéria

- Pacientka chápe příčiny, které způsobují poruchy spánku
- Konstatuje zlepšení svého spánku

Intervence

- Sleduj průměrnou délku spánku pacientky
- Udržuje klidné a tiché prostředí
- Zbytečně neruš spánek pacienta
- Umožni pacientce před spaním činnosti, na které je zvyklá

Realizace

- Udržovala jsem co nejvíce klidné prostředí
- Zbytečně jsem nerušila spánek pacientky
- Sledovala jsem průměrnou délku spánku pacientky

Hodnocení

- Cíl je částečně splněn, bez přerušení pacientka spí 5 hodin
- Spánek se částečně zlepšil

Ošetrovatelská diagnóza č. 5 00134 Zvracení a nevolnost

Zvracení a nevolnost z důvodu podávání chemoterapie projevující se bledostí v obličeji, verbalizací.

Cíl:

- Nepocítuje nevolnost ani nezvrací
- Pacientka je plně hydratována

Priorita:

- Střední

Výsledná kritéria

- Pacientka je dostatečně hydratována
- Přijímá potravu bez vedlejších projevů a komplikací
- Nepocítuje nevolnost a nucení na zvracení

Intervence

- Podávej antiemetika podle ordinace lékaře a zaznamenávejte účinek
- Informuj pacientku o vhodné poloze po jídle
- Zajisti u pacientky pravidelný příjem a výdej tekutin

Realizace

- Zajistili jsme u pacientky pravidelný příjem a výdej tekutin
- Podávaly jsme antiemetika podle ordinace lékaře
- Umožnila jsem jí po zvracení vypláchnout si ústa
- Dala jsem jí ledový obklad na čelo
- Vedle lůžka jsem jí připravila emitní misku na zvracení
- Doporučila jsem jí ledovou Coca – Colu, kterou donesl manžel

Hodnocení

- Cíl částečně splněn, pacientka pocítuje nevolnost, ale nezvrací

Ošetrovatelská diagnóza č. 6 0004 Riziko infekce z důvodu porušení kožní integrity (kanyla)

Cíl:

- Zabránit vzniku infekce

Priorita

- Nízká

Výsledná kritéria:

- Pacientka je informována o místních projevech zánětu
- Pacientka nemá žádné známky zánětu

Intervence:

- Posouzení příčin rizikových faktorů – zarudnutí v místě zavedení kanyly.
- Dostatečná hygiena
- Bránit vzniku infekce aseptickým postupem

Realizace:

- Sledovala jsem místo zavedení periferní žilní kanyly
- Pracovala jsem asepticky

Hodnocení:

- Cíl je splněn, k infekci v místě zavedení žilní kanyly nedošlo

Závěr

Na závěr mé bakalářské práce bych chtěla zhodnotit poznatky a dojmy získané během poskytované ošetrovatelské péče.

Uvědomila jsem si, že zdraví je velmi křehké a stojí za to o něj bojovat. Důležité je nepodceňovat prevenci a to i případě, že se v rodině rakovina nevyskytuje.

S pacientkou se mi spolupracovalo velmi příjemně. Z počátku jsem se obávala reakcí, ale paní Z. S. byla velmi vstřícná a ochotná. Velkou oporou byl pro pacientku manžel, který ji během hospitalizace pravidelně navštěvoval.

Byla to pro mne velká zkušenost, která mě obohatila o mnoho cenných zkušeností.

Cílem mé práce bylo přiblížit téma ovariálního karcinomu zejména studentům zdravotnických oborů. Vzhledem k jejímu stručnému obsahu mohou poměrně snadno a rychle získat základní informace o tomto tématu.

SEZNAM LITERATURY

1. ADAM, Zdeněk; VORLÍČEK, Jiří; VANÍČEK, Jiří. 2002. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-7169-792-3.
2. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra; SLEZÁKOVÁ, Zuzana. 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové : Nucleus HK, 2005. ISBN 80-86225-63-1.
3. BÁRTOVÁ, Jarmila. 2004. *Patologie pro bakaláře*. Praha : Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0794-8.
4. ČECH, Evžen. 2006. *Porodnictví*. 2.vydání. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
5. ČERVINKOVÁ, Eliška. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 57-861-06.
6. DIENSTBIER, Zdeněk. 2003. *Kdy je rakovina léčitelná?* Praha : Grada, 2003. ISBN 80-7169-303-0.
7. DONÁT, Josef. 1999. *Hormonální substituční terapie*. Hradec Králové : DoMeNa, 1999. ISBN 80-238-3418-5.
8. ELIŠKOVÁ, Miloslava; Naňka Ondřej. 2006. *Přehled anatomie*. Praha : Karolinum, 2006. 80-246-1216-X.
9. FORETOVÁ, Lenka a kolektiv autorů. 2001. *Onkogynekologická rizika*. Brno : Masarykův onkologický ústav, 2001. ISBN 80-238-7620-1.
10. FREITAG, Pavel. 2001. *Onkogynekologie- minimum v praxi*. Praha : Triton, 2001. ISBN 80-7254-196-X.

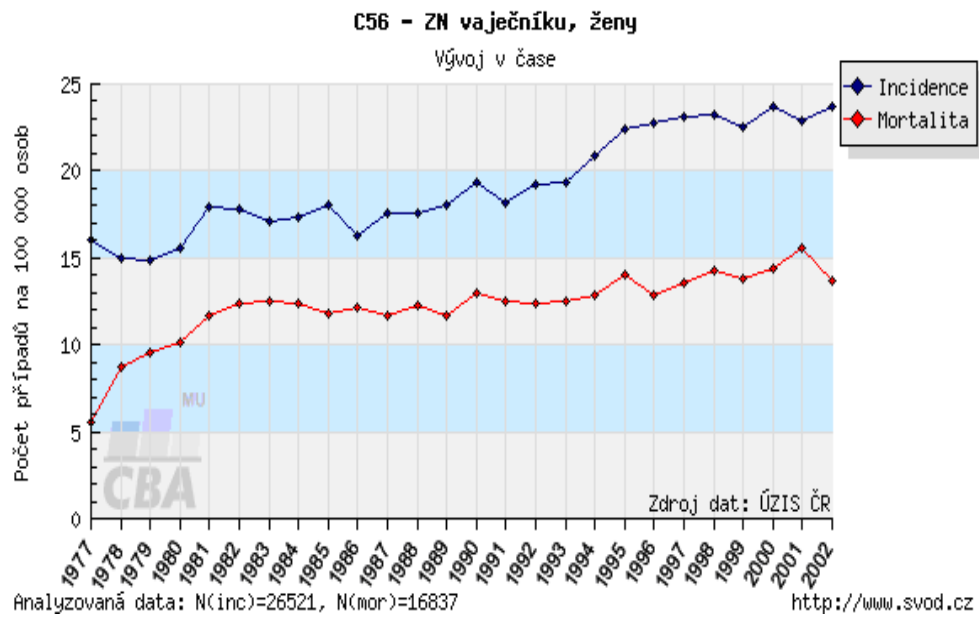
11. JAROŠOVÁ, Darja. 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
12. KLENER, Pavel. 1999. *Chemoterapie- minimum pro praxi*. Praha : Triton, 1999. ISBN 80-7254-028-9.
13. KOBILKOVÁ, Jitka. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-315-X.
14. KOZIEROVÁ, Barbara; ERBOVÁ, Glenora a OLIVIEROVÁ, Rita. 1995. *Ošetrovatelstvo*. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
15. KUDELA, Milan. 2004. *Základy gynekologie a porodnictví*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, ISBN 80-244-0837-6
16. MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *NANDA*. Ostrava : Repronis Ostrava, 2006. ISBN 80-7368-109-9.
17. MERKUROVÁ, Alena; OREL, Miroslav. 2009. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-1521-6.
18. MYSLIVEČEK, Jaromír; TROJAN, Stanislav. 2004. *Fyziologie do kapsy*. Praha : Triton, 2004. Sv. 103. ISBN 80-7254-497-7.
19. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Praha : Maurea, 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
20. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
21. PETRUŽELKA, Luboš. 2003. *Klinická onkologie*. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0395-0.

22. ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. 2001. *Moderní Porodnictví*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví , 2001. ISBN 80-7013-339-2.
23. STAŇKOVÁ, Marta. 1999. *České ošetrovatelství - jak zavést ošetrovatelský proces do praxe* . Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-282-5.
24. STAŇKOVÁ, Marta. 1999. *České ošetrovatelství - jak prováčet ošetrovatelský proces*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví , 1999. ISBN 80-7013-283-3.
25. STAŇKOVÁ, Marta. 1998. *Koncepce českého ošetrovatelství - Základní terminologie*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. ISBN 80-7013-263-9.
26. ŠRAMKA, Miron. 2007. *Biol'ogia človeka*. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžběty, Bratislava, Katedra ošetrovatel'tsva, 2007. ISBN-neuvedeno.
27. VORLÍČEK, Jiří. 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1716-6.

Seznam příloh

Příloha A	Vývoj nádorů vaječníků v čase.....	0
Příloha B	Incidence nádorů vaječníků u žen.....	1

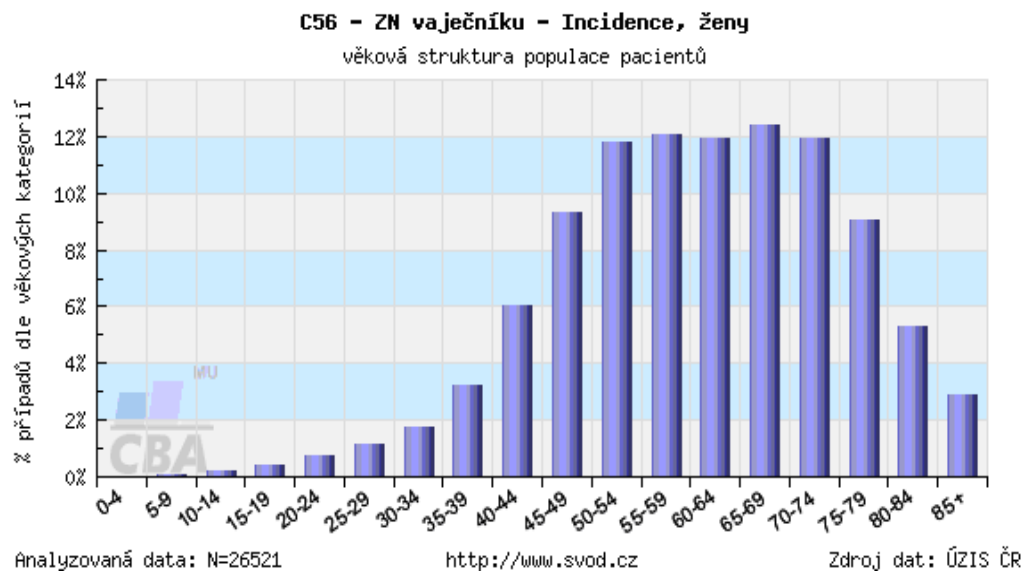
Příloha A Vývoj nádorů vaječníků v čase



Zdroj: [www.linkos.cz/diagnozy/Gynekologické nádory/ Nádory vaječníků a vejcovodů](http://www.linkos.cz/diagnozy/Gynekologické_nádory/Nádory_vaječníků_a_vejcovodů)

Odebráno: 20.3 2010 v 12²⁰ hod.

Příloha B Incidence nádorů vaječnicků u žen



Zdroj: [www.linkos.cz/diagnozy/gynekologická nádory/](http://www.linkos.cz/diagnozy/gynekologicka_nadory/) Nádory vaječnicků a vejcovodů Odebráno: 20.3 2010 v 12³⁰ hod.