

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S NÁDOREM
VARLAT

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JINDRA VEIROVÁ

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Veirová Jindra
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 13. 7. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta s nádorem varlat

Nursing Process for Patients with Cancer Testes

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Olga Černá

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 1. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA U NÁDOREM
VARLAT

Bakalářská práce

JINDRA VEIROVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Olga Černá

Praha 2013

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20.5.2013

.....

ABSTRAKT

VEIROVÁ, Jindra. *Ošetrovatelský proces u pacienta s nádorem varlat*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Olga Černá. Praha. 2013. 83 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s nádorem varlat. V bakalářské práci je v první části charakteristika nádorů varlat, epidemiologie, morfolgie, rizikové faktory, klinické příznaky, diagnostika a léčba, zásady při ošetrování nemocných, kvalita života a faktory, kterými lze nemocnému pomoci při odstraňování nežádoucích účinků léčby. V druhé části je práce zaměřená na rozpracování ošetrovatelského procesu u pacienta s nádorem varlete. Cílem práce je shrnout teoretické poznatky a udělat ucelený materiál k danému nádorovému onemocnění a teoretické informace aplikovat do ošetrovatelského procesu.

Klíčová slova:

Kvalita života. Nádorové onemocnění. Nežádoucí účinky léčby. Ošetrovatelský proces. Varlata.

ABSTRACT

VEIROVÁ, Jindra. *Nursing process of patient with testicular tumor*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. (College of Nursing, o.p.s.) Qualification degree: Bachelor (Bc). Supervisor: Mgr. Olga Černá. Prague. 2013. 83 p.

The main theme of this work is the nursing process of patient with testicular tumor. In the first part of the work there is included the characterization of testicular tumors, epidemiology, morphology, risk factors, clinical symptoms, diagnosis and treatment principles in patient care, quality of life and factors which can help the patient to eliminate the side effects of treatment. In the second part of the work there is the focus on the development of the nursing process for patient with testicular tumors. The aim of this work is to summarize the theoretical knowledge and to compile a comprehensive material for this sort of tumor disease and to apply the theoretical information in the nursing process.

K e y w o r d s :
Quality of life. Cancer. Undesirable side effects of treatment. Nursing process. Testicles.

PŘEDMLUVA

Tématem mé bakalářské práce jsou nádory varlat. Toto téma jsem si vybrala na základě toho, že jsem zaměstnaná v Masarykově onkologickém ústavu v Brně a přicházím do kontaktu s nemocnými s touto diagnózou.

Při zvažování tématu jsem si byla hned jistá, že chci zpracovávat toto nádorové onemocnění, jelikož mě velmi zaujalo a přijde mi zajímavé a odlišné od ostatních nádorových onemocnění. Velká pozornost se věnuje nádoru prsu, která je nejčastější u žen, ale na muže se zapomnělo. Mým cílem bylo zjistit co nejvíc informací a materiálů k dané problematice, udělat přehledný celek a shrnout zásady při ošetřování těchto nemocných.

Podklady pro psaní bakalářské práce se mi sháněli celkem špatně, jelikož toto nádorové onemocnění není tolik rozšířené v oblasti zdravotnictví, veřejnosti není tolik známé a ucelené materiály teprve vznikají. Pro psaní této práce jsem použila učebnice, knihy, letáky, internetové stránky, poznatky z vlastních zkušeností a časopisy.

Touto cestou bych chtěla moc poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. Olze Černé za cenné připomínky, rady, poznatky a podporu při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Ondřeji Bílkovi za cenné informace a za zapůjčení literatury. Za zapůjčení literatury děkuji také MUDr. Alexandru Poprachovi.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AFP – alfa – fetoprotein, protein tvořený játry lidského plodu nebo je produkován nádorem.

BEP – bleomycin, etoposid, platina.

BETA HCG – lidský choriogonadotropin, určuje biologickou specifiku hormonu.

CT – počítačová tomografie, vyšetřovací metoda.

DRUMM KATETR – periferní centrální žilní katetr zaváděný z předloktí.

GEMOX – gemcitabin, oxaliplatina.

LD – laktátdehydrogenáza, je důležitý při metabolismu cukrů.

MRI – magnetická rezonance, vyšetřovací metoda.

PAGE – paklitaxel, gemcitabin.

PICC KATETR – periferní centrální žilní katetr zaváděný z paže.

TIP – topotekan, ifosfamid, platina.

VEIP – vinblastin, etoposid, ifosfamid, platina.

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adjuvantní – pomocná léčba, po chirurgickém zákroku vede ke zlepšení výsledků.

Alopecie – vypadávání vlasů.

Akrální – okrajové části těla.

Anemie – chudokrevnost, snížená koncentrace krevního barviva v krvi.

Angioinvasze – prorůstání nádoru do krevních cév.

Anticipační – úzkostný z očekávání.

Antidotum – protilátka, protijed.

Antiemetika – léková skupina, která tlumí nevolnost a zvracení.

Asociace – spolek, organizace.

Atrofie – zmenšení, ztenčení normálně vyvinutého orgánu, tkáně, buňky.

Azospermie – nepřítomnost živých spermií v ejakulátu.

Biopsie – mikroskopické vyšetření vzorku tkáně vyjmuté ze živého organismu.

Bradykardie – zpomalení srdeční frekvence pod fyziologickou mez.

Defekační – pocit potřeby vyprázdnění plného konečníku.

Deriváty – složky krve.

Diagnostika – nauka o rozpoznávání chorob a jeho metodách například v mediastinu.

Diseminace – rozšíření chorobných ložisek po těle nebo orgánu.

Downův syndrom – chromozomální vrozená vada, mutace 21. chromozomu.

Extragonadální – jsou nádory ze zárodečných buněk vznikající primárně mimo gonády.

Epidemiologie – je lékařské odvětví zabývající se studiem faktorů ovlivňujících zdraví a nemocnost obyvatelstva.

Epididymitida – zánět nadvarlete.

Erytrocyty – červené krvinky.

Etiologie – nauka, která se zabývá příčinou vzniku.

Funiculus spermaticus – provazec semenný.

Germinální – pohlavní.

Gynekomastie – zvětšení prsní žlázy u mužů.

Herbicidey – chemické prostředky na hubení plevelů.

Hernioplastika – plastika kýly.

Histologie – mikroskopické vyšetření tkání.

Hyaluronidáza – alergenní frakce v jedu včel.

Hydrokéla – nebolestivé zvětšení varlete v důsledku nahromadění tekutiny.

Hyperpigmentace – zvýšené množství kožního barviva v pokožce.

Chemosenzitivní – citlivé na chemoterapii.

Chemoterapie – léčba cytostatiky.

Incidence – počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období.

Inguinální – tříselná.

Intravenózní – aplikace do žíly.

Kancerogeny – látky schopné vyvolat nebo urychlit vznik zhoubného nádorového bujení.

Karcinom – nádorové onemocnění vycházející k epitelu.

Kardiotoxicita – poškození srdce toxickými látkami.

Klasifikace – třídění, zařazování do tříd.

Klinefelterův syndrom – genetická chromozomální porucha, nadpočetný chromozom X u muže.

Kolaterální – vedlejší, stojící na téže straně.

Kryptorchismus – nesestoupení varlat.

Kryoprezervace – metoda, kdy se účelně zamrazují spermie.

Kryoprotektivní – látky usnadňující přežívání buněk nebo tkání za nízkých teplot.

Kurativní – léčebný, vede k vyléčení.

Leukocyty – bílé krvinky.

Leukopenie – snížený počet bílých krvinek v krvi.

Lymfadenektomie – operační odstranění lymfatických uzlin, do kterých odtéká tkáňový mok z postiženého nádoru.

Lymfogenně – lymfatickou cestou.

Lymfografie – vyšetření lymfatických uzlin a cév.

Lymfoinvaze – prorůstání nádoru do okolních cév.

Markery – jsou laboratorně prokazatelné známky, od kterých se nádorové bujení odvíjí nebo se jimi projevuje.

Mastalgie – bolest v oblasti prsní žlázy bez patologické příčiny.

Mediastinum – střední část hrudníku, prostor mezi oběma plíci.

Mesna – chrání ledviny při léčbě cyklofosfamidem a ifosfamidem.

Metastáza – vzdálené ložisko.

Metastazování – vytváření vzdálených ložisek.

Mimogonadální – primární lokalizace je mimo gonadální buňky.

Monoterapie – léčba jedním lékem nebo jedním způsobem.

Morfologie – tvarosloví, část vědy, která se zabývá tvary.

Mukozitida – zánětlivé a vředové onemocnění sliznice dutiny ústní.

Myelosuprese – útlum krvetvorby.

Nefrotoxicita – poškození močového systému toxickými látkami.

Neoadjuvantní - podání chemoterapie před chirurgickým výkonem.

Neurotoxicita – poškození nervových zakončení toxickými látkami.

Neutrofily – druh bílé krvinky.

Neutropenie – pokles počtu neutrofilních granulocytů pod fyziologickou mez.

Oligospermie – snížení počtu mužských pohlavních buněk v ejakulátu.

Orchiektomie – chirurgické odstranění varlete.

Orchitida – zánět varlat.

Ototoxicita – poškození vestibulárního aparátu toxickými látkami.

Paliativní – léčba, která zmírňuje bolest a obtíže, nevede k odstranění příčiny.

Paraaortální – vedle aorty.

Paravenózní – podání mimo žílu.

Perforace – proděravění.

Perspektiva – pohled do budoucnosti.

Pesticidy – přípravky, které hubí a likvidují škůdce.

Predispozice – sklon, náchylnost.

Prekanceróza – je stav předcházející vzniku maligního nádoru.

Prognóza – systematicky odvozená výpověď o budoucím stavu objektivní reality.

Prokinetika – jsou léky, které normalizují nebo zvyšují a zrychlují pohyb trávicího systému.

Proliferace – bujení, novotvoření, růst.

Radiosenzitivní – citlivé na ozařování.

Radioterapie – ozařování.

Recidiva – znovuobjevení se nálezu.

Relaps – znovuvzplanutí nemoci.

Reprodukce – lékařská metoda, při které dochází k manipulaci se zárodečnými buňkami.

Retroperitoneum – prostor za peritoneální dutinou, mezi zadní břišní stěnou a parietálním peritoneem.

Scintigrafie – diagnostická metoda používaná v nukleární medicíně.

Setrony – velmi účinná antiemetika.

Skrotální – tříselná.

Spermiogram – laboratorní metoda pro vyšetřování mužské plodnosti.

Spermatogeneze – tvorby mužských pohlavních buněk spermií.

Subkutánně – podkožní aplikace.

Stimulace – povzbuzení, dráždění.

Stomatitida – zánět sliznice dutiny ústní.

Stroma – podpurná vazivová tkáň orgánu.

Šourek – vak, ve kterém jsou uložena varlata.

Tachykardie – zvýšená tepová frekvence.

Toxicita – je vlastnost chemických sloučenin, vyvolávají otravu.

Torze – otočení varlete kolem cévní stopky.

Transformované – přetvořené.

Trombocytopenie – snížený počet krevních destiček.

Trombocyty – krevní destičky.

Tunica albuginea – tuhé vazivové pouzdro na povrchu varlete.

Tunica vaginalis – ze zevní strany překrývá tunica albuginea.

Varlata – mužská pohlavní žláza, dochází zde k vývoji spermií.

Verifikace – ověření, potvrzení pravdivosti.

Xerostomie – suchost v ústech.

ÚVOD

Pro téma bakalářské práce jsme vybrali nádory varlat. Toto nádorové onemocnění nejčastěji postihuje mladé muže, většina z nich se vlivem studu dostává k lékaři již v pokročilém stádiu nemoci. Každým rokem se zvyšuje počet nově diagnostikovaných pacientů s nádorem varlat. O tomto druhu nádorového onemocnění se zatím ví celkem málo, v široké veřejnosti lidí toho téma nezaznívá, nikde nejsou k dostání letáky o prevenci, muži nejsou nabádáni k samovyšetřování varlat a ke sledování svého genitálu jiným pohledem. Muži většinou sledují délku svého penisu než-li jak vypadají jejich varlata a zda je celá oblast genitálu zdravotně v pořádku. V oblasti prevence jsou znát velké nedostatky a je potřeba toto téma dostat do podvědomí široké veřejnosti a hlavně mladých mužů.

Cílem práce je shromáždit co nejvíce materiálů a poznatků k dané problematice, udělat ucelený přehled tohoto onemocnění, informovat zdravotnické pracovníky, mladé muže i širokou veřejnost o příznacích, diagnostice, léčbě a hlavně o možné prevenci.

V první kapitole se nachází epidemiologie, morfologie, příčiny a rizikové faktory, klinické příznaky, diagnostika a léčba. Také se tu nachází obecné zásady léčby, prevence a samovyšetřování varlat. V další kapitole jsou shrnuty zásady při ošetřování nemocných s nádorem varlat. Nedílnou součástí je třetí kapitola, věnovaná kvalitě života, kdy je potřeba co nejvíce potlačit nežádoucí účinky léčby, podpořit pacienta a jeho blízké a hlavně je informovat o těchto nežádoucích účincích a možné pomoci a prevenci. Nedílnou součástí při podávání chemoterapie je možný výskyt toxicity na určitém orgánu, což je shrnuto ve čtvrté kapitole.

V praktické části je vypracován ošetrovatelský proces u pacienta, kterému byl diagnostikován nádor varlete. Informace pro zpracování ošetrovatelského procesu byly získány od samotného nemocného, ze zdravotnické dokumentace, od rodiny, od ostatních členů zdravotnického týmu a informací z počítače. Na konci ošetrovatelského procesu jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy, které byly vypracovány podle NANDA taxonomie II.

Tato bakalářská práce bude sloužit jako informační zdroj pro všechny všeobecné sestry, zdravotnické asistenty, sestry bakalářky a magistry, kdy je obeznámí s danou problematikou, ošetřováním těchto nemocných, prohloubí jejich znalosti a bude

zvyšovat informovanost. Tato práce může sloužit taky pro samotné nemocné nebo jejich
rodinné příslušníky.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	11
1 Nádory varlat	15
1.1 Epidemiologie.....	15
1.2 Morfologie.....	15
1.3 Etiologie a rizikové faktory.....	16
1.4 Klinické projevy.....	17
1.5 Diagnostika.....	17
1.6 Léčba.....	19
1.6.1 Klasifikace TNM.....	19
1.6.2 Chirurgická léčba.....	21
1.6.3 Léčba podle klinických stádií.....	22
1.6.3.1 Léčba seminomů.....	22
1.6.3.2 Léčba ne seminomů.....	23
1.6.4 Radioterapie.....	25
1.6.5 Chemoterapie.....	26
1.6.6 Obecné zásady léčby.....	29
1.6.7 Prevence.....	30
1.6.8 Samovyšetřování.....	30
2 Zásady ošetřování nemocných s nádorem varlat	31
3 Kvalita života	34
3.1 Útlum krvetvorby (myelosuprese).....	34
3.1.1 Možnosti pomoci a prevence.....	34
3.2 Neutropenie.....	35
3.2.1 Preventivní opatření v péči o neutropenické nemocné.....	35
3.2.2 Edukace nemocného u neutropenie.....	36
3.3 Anémie.....	36
3.4 Nausea a zvracení.....	37
3.4.1 Možnosti pomoci a prevence.....	37
3.5 Potíže s vyprazdňováním stolice.....	39

3.5.1	Možnosti pomoci a prevence při průjmu.....	39
3.5.2	Možnosti pomoci a prevence při zácpě.....	41
3.6	Stomatitida.....	41
3.6.1	Možnosti pomoci a prevence.....	42
3.7	Orální mukozitida.....	42
3.7.1	Stupně mukozitidy.....	43
3.7.2	Možnosti pomoci a prevence.....	43
3.8	Nechutenství a možnosti pomoci a prevence.....	43
4	Toxicity.....	45
4.1	Sexuální funkce u muže.....	45
4.1.1	Sexuální život po chemoterapii.....	45
4.1.2	Možnosti pomoci a prevence.....	46
4.2	Kryoprezervace spermatu.....	46
4.3	Vypadávání vlasů (alopecie).....	47
4.3.1	Možnosti pomoci a prevence.....	47
4.4	Sledování pacientů po ukončení léčby.....	47
4.5	Prognóza.....	48
4.6	Perspektiva.....	48
5	Ošetrovatelský proces.....	50
6	Doporučení pro praxi.....	78
	ZÁVĚR.....	80
	ANOTACE.....	81
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	82
	SEZNAM PŘÍLOH.....	84
	PŘÍLOHY.....	85

1 NÁDORY VARLAT

1.1 EPIDEMIOLOGIE

V roce 1989 bylo hlášeno celkem 274 případů nádorů varlat. V roce 1998 to již bylo 346 případů. V roce 2007 bylo v České Republice zaznamenáno 482 nových onemocnění, incidence 9,5 na 100 000 obyvatel. Tento počet se každým rokem stále více zvyšuje. Incidence tumorů ve světě kolísá od 0,5 do 9,9 na 100 000 mužů. Například sousední Německo má 6,5 na 100 000 obyvatel. Nejvíce nádorů varlat se vyskytuje v Dánsku. Vyšší incidence je ve vysoce industrializovaných zemích, naopak nejnižší je v zemích Afriky, Asie a Jižní Ameriky. Toto nádorové onemocnění postihuje hlavně bílou rasu mužů, až 5 krát vyšší riziko než u černé rasy mužů. Germinální nádory varlat se vyskytují především u mladších mužů. Diagnostika nádorů varlat bývá v 70 % ve věku 20 – 40 let, ve 20 % nad 40 let a v 10 % mladších 20 let. Každý rok je diagnostikováno asi 400 nových případů. (ADAM, 2004., DVOŘÁČEK, 2005).

1.2 MORFOLOGIE

Nádory varlat vznikají ve více než 90 % z transformované zárodečné buňky (germinální) a zbylých 10 % z buněk stromatu (Leydigovy a Sertolliho buňky), taky se tu mohou vyskytovat nádory, které nejsou ze zárodečné tkáně, například maligní lymfom nebo sarkom.

Germinální nádory ze zárodečné tkáně se dělí na :

1. Seminomy (55%)
2. Neseminomy (45%) – ty se dále dělí na:
 - a) Embryonální karcinom.
 - b) Teratokarcinom.
 - c) Choriokarcinom.
 - d) Nádor ze žloutkového váčku.
 - e) Smíšené nádory.

Teratom může být zralý, nezralý nebo s maligní transformací.

Ca in situ (intratubulární neoplazie) – je ukazatelem invazivního germinálního nádoru, do kterého přechází během asi 5 let. Často se objevuje ve varleti atrofickém u mužů pod 30 let věku s nádorovým postižením kontralaterálního varlete.

Seminom se vyskytuje nejčastěji, roste relativně pomalu, metastazuje převážně lymfatickou a krevní cestou. Je vysoce chemo – i radiosenzitivní, je dobře léčitelný, horší prognózu mají jen pokročilejší stádia.

Neseminomy byly dříve smrtelné a vysoce zhoubné onemocnění, na které se velmi často umíralo. Za posledních 25 let došlo k úplnému obratu a nyní je vyléčitelné skoro v 90 %. Tyto nádory rostou velmi rychle, metastazují lymfogenní i krevní cestou. Nejčastěji jsou smíšené. (ADAM, 2004., VORLÍČEK, 2006).

1.3 ETIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY

Nejčastějším etiologickým faktorem je kryptorchismus neboli nedostatečně sestouplé varle, které bývá odhaleno v brzké době po narození, tento stav by měl být co nejrychleji chirurgicky vyřešen, ideálně do 1 roku věku dítěte. U pacientů v 10 – 25 % s jednostranným kryptorchismem vznikne nádor i ve druhém varleti. Dalšími faktory mohou být záněty varlete, hernioplastika a neplodnost na základě atrofie varlete, u těchto stavů se předpokládá zvýšená stimulace pohlavními hormony na základě negativní zpětné vazby, jsou to prekancerózní stavy pro vznik germinálních nádorů. Hodně se zkoumal vliv úrazu na vznik nádorového onemocnění, ale nikdy se souvislost neprokázala. Další roli hrají chemické kancerogeny jako jsou herbicidy, pesticidy a chemické rozpouštědla. Některé sloučeniny těžkých kovů jako je zinek či kadmium se zvýšeně usazují ve varlatech a prostatě a tím mohou přispívat ke vzniku nádorů varlat. Nedílnou součástí je také genetická predispozice. Výrazným rizikem je rodinná anamnéza nádoru varlete, je to 1 – 3 %. U pacientů s již vyléčeným germinálním nádorem činí riziko poškození druhého varlete 1 – 3 %, což je asi 500 krát zvýšené riziko ve srovnání s běžnou populací. Byl prokázán vyšší výskyt germinálních nádorů varlat u mužů s Downovým a Klinefelterovým syndromem. Genetickými studiemi bylo prokázáno několik možností, jež možná predisponují ke vzniku germinálních nádorů. Nejsilnější asociaci vyžadují změny na krátkém raménku chromozomu 12, kde se nachází gen pro protein KITLG, který hraje roli v migraci a proliferaci germinálních buněk. Riziko je zvýšené u mužů vysokých. Také se zkoumal význam nízké porodní

hmotnosti, nízkého nebo vysokého věku matky v době porodu, expozice plodu diethylstilbestrolu, anamnéza testikulární torze či jiného úrazu, chronické expozice varlat vyšší teplotě, expozice elektromagnetickým zářením z mobilních telefonů a anamnéza pohlavně přenosné infekční nemoci. Tyto faktory však nejsou dodnes prokázány. (ADAM, 2004., VORLÍČEK, 2006., NOVOTNÝ, 2012).

1.4 KLINICKÉ PROJEVY

Rozlišujeme 3 typy příznaků:

1. Příznaky z lokálního růstu.
2. Hormonální příznaky.
3. Příznaky již diseminovaného nádoru.

Příznaky z lokálního růstu

Nejčastějším příznakem je změna velikosti varlete. Varle může být tuhé, zvětšené, většinou na pohmat nebolestivé. Nárůst může být v řádu milimetrů až centimetrů, dle toho může muž mít pocity tíhy v oblasti šourku. Dále může být varle na povrchu nerovnoměrné vlivem nádorových uzlů. Pokud muže varle či celý šourek akutně bolí, je to většinou příznakem torze neboli obtočení varlete či krvácení uvnitř nádoru.

Hormonální příznaky

Pokud u muže vznikne gynekomastie neboli zduření a bolestivost prsních bradavek či mastalgie je to způsobené hormonální aktivitou nádoru s produkcí choriogonadotropinu beta – HCG.

Příznaky diseminovaného nádoru

Pokud nádor metastazuje do uzlin retroperitonea, projevuje se bolestí břicha a bederní oblasti zad. Nádor může být v břiše hmatný nebo se může projevit dle toho, kde vznikne metastáza, velmi často v plicích, kde příznakem bude dušnost, vykašlávání krve. (ADAM, 2002)

1.5 DIAGNOSTIKA

Nejčastěji se toto onemocnění diagnostikované v 50 % v klinickém stádiu I, v 38 % ve stádiu II a v 13 % v klinickém stádiu III. Při podezření se musí pacient

dostavit na urologické vyšetření. Tady lékař provede vyšetření varlete pohmatem, ultrazvuk šourku. Pokud je varle zvětšené, je potřeba zjistit příčinu. Je potřeba odlišit další onemocnění, které se taktéž projevují zvětšením varlete.

Jedná se o:

1. Cystické procesy.
2. Hydrokéla neboli zmnožení tekutiny v obalech varlete.
3. Orchitida.
4. Epididymitida.
5. Skrotální kýla.

Pokud ultrazvuk potvrdí podezření na nádorové onemocnění varlete, je potřeba odebrat vzorek na histologii a poslat na rozbor. Při diagnostice nádorové onemocnění je potřeba zjistit rozsah nádoru. Provádí se rentgenové vyšetření plic, kam nejčastěji nádor varlat metastazuje. Spádovou lymfatickou oblastí jsou uzliny v retroperitoneu, kam ústí mízní cévy vedoucí podél ledvinné tepny, odkud odstupují žíly a tepny vedoucí do mužských pohlavních orgánů. Informace o jejich případném postižení zjišťujeme pomocí CT vyšetření, taktéž tímto vyšetřením kontrolujeme také játra a celou pánev i břicho. Je potřeba pacienta vyšetřit komplexně a vyloučit další možné onemocnění či vzdálené metastázy. Pokud je na CT vyšetření nejasný nález provádí se rentgenová lymfografie.

U pokročilejších stádiích či neurologických příznacích se provádí magnetická rezonance mozku. Scintigrafie skeletu se provádí při příznacích na kostech nebo odchylkách v markerech kostního metabolismu. Nádorové markery jsou u germinativních nádorů vysoce citlivé a specifické, jejich senzitivita je tak vysoká, že umožní diagnostiku i při malém rozsahu onemocnění. Také umožňuje objevit vzácnější germinální nádorové onemocnění extragonadálního původu, které se může projevit jako primární nádor s postižením regionálních uzlin v mediastinu nebo břiše při negativním nálezu na pohlavních orgánech muže. Extragonadální germinativní nádory jsou často zdrojem chyb a omylů v diagnostice. Nádorové markery se zjišťují opakovaně, jejich hladina se mění. Krev na zjištění nádorových markerů se odebírá při primární diagnostice, po odstranění nádoru nebo metastáz, kdy jejich negativita je ukazatelem úspěšnosti chirurgické operace či zákroku. Krev se odebírá pravidelně při léčbě chemoterapií, při

pravidelných kontrolách, po ukončení léčby s cílem časně diagnostiky a léčby možné recidivy onemocnění. (ADAM, 2004., HES, 2007).

Z nejdůležitějších nádorových markerů se vyšetřuje:

1. Alfa – fetoprotein - svědčí pro přítomnost struktur žloutkového váčku v nádoru, tvoří ho však ostatní ne seminomy. Ne seminomy jsou někdy spojovány se zvýšenou sérovou hladinou tohoto markeru, a proto by měli tito pacienti být léčeni stejně jako při diagnóze ne seminomu bez přihlídnutí k původní histologii.

2. Beta - choriogonadotropin (beta - hCG) - je produkován choriokarcinomem. Seminomy jsou někdy také doprovázeny zvýšenou hladinou tohoto markeru, avšak nemívají zvýšenou hladinu AFP.

3. Laktátdehydrogenáza (LD) - sérová aktivita svědčí o velikosti nádoru a je nepříznivým faktorem prognózy.

Pro přesné odlišení seminomu od ne seminomu je zásadní provedení imunohistochemického barvení cíleného na cytokeratin. Histologicky zjištěné proniknutí do krevních a lymfatických cév je důležitým prognostickým faktorem. Při nejasných případech se provádí speciální barvení vnitřní výstelky. Důležitým diagnostickým i léčebným postupem zároveň je orchiektomie provedená vysokým tříselným přístupem. Biopsie vedená přes šourek je kontraindikována, vede ke zvýšenému množství relapsů, bez změny rizika vzdálených recidiv a bez ovlivnění přežívání. (ADAM, 2004., ADAM, 2002).

3.6 LÉČBA

Oba dva typy nádorů jsou potenciaálně vyléčitelné i při pokročilejším stádiu. Seminomy jsou prognosticky příznivější než ne seminomy. Varlata u mužů jsou nejčastější lokalizací nádorů zárodečných, které vzácně vznikají i v jiných lokalizacích, kde mají obvykle prognózu horší. Důležitým měřítkem léčby jsou klinická stadia. Od nich se odvíjí celková léčba nádoru varlat. Od roku 1997 se používá klasifikace TNM.

1.6.1 KLASIFIKACE TNM

Podle klasifikace TNM se rozlišují stadia nemoci a dle toho se volí vhodná léčba nádorů varlete. Nádory varlat jsou ve vysokém procentu dobře léčitelné a také velmi často vyléčitelné. I při vzdálených metastázách se dá tato nemoc vyléčit. V léčbě je

uplatňován multimodulární přístup, záleží na citlivosti nádoru na ozařování, chemoterapii. Obecně se používá chirurgická léčba, radioterapie a chemoterapie. Léčebné výsledky se dramaticky zlepšily po zavedení platinových derivátů do klinické praxe. Nemocní by se měli léčit ve specializovaných centrech, kde jsou odborníci.

T – Primární nádor

N – Regionální mízní uzliny

M – Vzdálené metastázy

TX	Primární nádor nelze hodnotit.
T0	Žádné známky primárního nádoru.
TIS	Karcinom in situ, což znamená intratubulární germinální neoplazie.
T1	Nádor se nachází ve varleti či nadvarleti, nemá vaskulární ani lymfatické šíření, může probíhat invaze do tunica albuginea, nikoli však do tunica vaginalis.
T2	Nádor se nachází ve varleti či nadvarleti, má vaskulární nebo lymfatické šíření nebo se nádor může šířit přes tunica albuginea s postižením tunica vaginalis.
T3	Nádor postihuje funiculus spermaticus, vaskulární či lymfatické šíření může, ale nemusí být přítomné.
T4	Nádor postihuje šourek, vaskulární či lymfatické šíření může, ale nemusí být přítomné.
NX	Regionální uzliny nelze hodnotit.
N0	Regionální uzliny bez metastáz.
N1	1 až 5 postižených lymfatických uzlin, žádná není větší než 2 centimetry.
N2	Jedna nebo více postižených uzlin lymfatických o velikosti 2 až 5 centimetrů nebo více než 5 pozitivních lymfatických uzlin, z nichž žádná ložisko není větší než 5 centimetrů nebo známky šíření nádoru přes lymfatické uzliny.

MX	Vzdálené metastázy nelze hodnotit.
M0	Nejsou vzdálené metastázy.
M1	Vzdálené metastázy.
M1a	Neregionální uzlinové metastázy nebo plicní metastázy.
M1b	Jiné metastázy než uvedené v M1a.
S	Sérová koncentrace nádorových markerů.
SX	Stanovení markerů není známo nebo nebylo provedeno.
S0	Všechny markery jsou v normálních hodnotách.
S1	Snížená hladina AFP, β – HCG i LDH.
S2	Snížená nebo zvýšená hodnota AFP, β – HCG i LDH.
S3	Zvýšená hladina AFP, β – HCG i LDH.

Doporučení ESMO z roku 2001

1. Lokalizovaná choroba – stádium I

- Adjuvantní radioterapie.
- Chemoterapie s platinou.
- Je možné také sledování, ale podmínkou je hlídat a vyšetřovat dutinu břišní nejméně po dobu 5 let.

2. Léčba metastatické choroby

- IIA, IIB, IIC - radioterapie nebo chemoterapie.
- IIC – IV stádium – chemoterapie s etoposidem, cisplatinou, bleomycinem.

(ADAM, 2004., DVOŘÁČEK, 2005., ADAM, 2002).

3.6.2 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Při nálezu nádoru varlete se standardně provádí radikální inguinální orchiektomie s odstraněním primárního nádoru, varlete s obaly a semenným provazcem. Operační řešení se také využívá k odstranění zbytkového nádoru po předchozí chemoterapii či radioterapii. Seminomy jsou nejlépe léčitelné nádory.

Biopsie druhého varlete se provádí pouze vyjímečně a to při:

1. Abnormálním nálezem na ultrazvuku na druhém varleti.
2. Při kryptorchismu.
3. Při viditelné atrofii varlete.

Chirurg neoperuje přímo šourkem, ale z tříselného přístupu. Není možno v žádném případě udělat pouze operaci částečnou. Tkáň odstraněného varlete je potom podrobena mikroskopickému vyšetření tak, aby byl spolehlivě zjištěn typ zhoubného bujení. Radiační léčba je obvykle pooperační a má za cíl zničení předpokládaných zbylých nádorových buněk. Provádí se zpravidla na oblast břicha a je zaměřená na průběh spádových lymfatických uzlin. Vlastnímu záření předchází podrobný ozařovací plán s výpočtem dávek a perfektním zacílením svazku záření tak, aby zdravé tkáně byly chráněny. Ponechané druhostranné zdravé varle je vždy mimo svazek záření. Ozařuje se obvykle denně pět dní v týdnu (v pracovní dny) po 3 – 4 týdny. Vlastní ozáření je nebolestivé a trvá jen několik minut.

1.6.3 LÉČBA PODLE KLINICKÝCH STÁDIÍ

Z klinických stádií máme stádium I, II, III, IV a používá se také označení A, B, C.

1.6.3.1 LÉČBA SEMINOMŮ

Klinické stádium I.

- Účinná je radioterapie nebo jen pacienti pouze sledovat bez zahájení léčby, velmi účinná je i chemoterapie.
- K recidivě onemocnění dochází u těchto pacientů asi ve 4 %.

Klinické stádium IIA

- Radioterapie nebo chemoterapie.
- K recidivě dochází asi v 10 %.

Klinické stádium IIB

- Radioterapie s vykrytím druhého zdravého varlete nebo chemoterapie.
- K recidivě dochází asi v 10 %.
- V případě progresu onemocnění se používá chemoterapie na bázi cisplatin, je dosaženo dlouhodobých léčebných výsledků až v 99 %.

Klinické stádium IIC

- Ložisko v retroperitoneálních uzlinách větší než 5 cm.
- Podání kurativní chemoterapie na bázi cisplatin.
- Před zahájením chemoterapie je nutná radikální inguinální orchiektomie primárního nádoru.
- Pokud po chemoterapii zůstává v retroperitoneu reziduum nad 3 cm, máme několik variant léčby jako ozáření, chirurgické odstranění ložiska, sledování.
- Celková lymfadenektomie se neprovádí vzhledem ke komplikujícím fibrotizacím po ozáření.

Klinické stádium III

- Patří sem i seminom vzniklý v mimogonadální lokalizaci, například v mediastinu.
- Léčba spočívá v chemoterapii.
- Všichni pacienti zařazení do tohoto klinického stádia patří mezi prognosticky příznivé skupiny.
- Výjimku tvoří IIIC skupina, tito pacienti jsou řazeni do intermediární skupiny.

3.6.2.2 LÉČBA NESEMINOMŮ

- Patří sem i nádor ne seminomového typu obsahující seminomovou složku i histologicky verifikovaný seminom, který vykazuje zvýšenou hladinu AFP.

Klinické stádium IA, IB, IS

- U této skupiny je dosahováno dlouhodobé remise asi u 95 % pacientů.
- Nutná je radikální inguinální orchiektomie.
- Existují 3 možné léčebné postupy.
- Metoda přísného sledování pacientů bez léčby – je nutné, aby pacient byl v prognosticky příznivé skupině stanovené patologem, velikost T1, nesmí být lymfo - či angioinvaze, nesmí se prokázat přítomnost embryokarcinomové složky ve varleti, u pacientů, u kterých nebyly zjištěna metastázy, je to nejvýhodnější řešení, pokud se časem při sledování objeví a prokážou metastázy, je namísto intenzivní chemoterapie.
- Pokud převládá teratomová složka upřednostňuje se retroperitoneální lymfadenektomie, chirurgické řešení je tu výhodnější než chemoterapie, protože teratom není na chemoterapii či radioterapii příliš senzitivní.
- Asi 10 – 20 % se přesune po operaci ze stádia I do IIA, protože se prokáže postižení retroperitoneálních uzlin.
- Nevýhodou operace je vznik retrográdní ejakulace u 5 – 10 % nemocných a z toho plynoucí neplodnost.
- Dalším možným léčebným přístupem je chemoterapie.
- Pro pacienty IA a IB je riziko metastáz 30 %, z toho 2/3 do retroperitoneálních uzlin v 1/3 do plic.
- Pokud se prokáže invazivita do cév, je riziko 50 %.

Klinické stádium IIA a IIB

- Jsou tu přítomny metastázy do lymfatických uzlin do průměru 5cm.
- Možností je primárně podat chemoterapii a odstranit reziduální nádor nebo provést lymfadenektomii s následnou chemoterapií.

Klinické stádium IIC a III

- Pokud celkový stav pacienta dovolí, provede se radikální inguinální orchiektomie.
- Pokud je pacient ohrožen celkovými příznaky způsobené nádorem, přistupuje se k systémové chemoterapii a po zlepšení celkového stavu se provede chirurgický výkon.

Při recidivě

- Pokud dojde k znovuobjevení nádoru, progresi nádoru po systémové léčbě platinovými deriváty, mají tito nemocní relativně nepříznivou prognózu a měli by být pokud možno léčeni v rámci klinických studií.
- Nejúčinnější je změna chemoterapie z režimu BEP na režim VEIP nebo TIP, s nimiž lze dosáhnout asi 50 – 60 % komplexní remise, ta je u poloviny nemocných trvalá.
- U asi 5 – 15 % nemocných lze dosáhnout dlouhodobé komplexní remise i s režimy, kde je karboplatina, nejpoužívanější v tomto případě jsou režimy PAGE a GEMOX.
- U některých pacientů lze dojít k vyléčení odstraněním všech nádorových ložisek chirurgickým výkonem.
- Při metastatickém postižení mozku je kromě chemoterapie indikovaná i radioterapie, pokud lze nádor neurochirurgicky odstranit, je to jen dobře.
- 5 leté přežití dosahují pacienti s postižením více orgánů.

(ADAM, 2004 a 2002., VORLÍČEK, 2006., VORLÍČKOVÁ, 2002).

1.6.4 RADIOTERAPIE

V dnešní době se používá ozařování jen ve velmi nutných případech, protože tu hrozí poškození druhého varlete a chemoterapie je účinnější. Ozařování je namístě v léčbě seminomů I, IIA a IIB klinického stádia. Dále se využívá při léčbě zbytkového nádoru po předchozím podání chemoterapie. Pokud se k léčbě využívá radioterapie, tak se zaměřuje na oboustranné paraaortální uzliny a uzliny v oblasti třísel a pánve. Nepřináší významné vedlejší obtíže. Během radiační léčby bývá často zvýšená únavnost obzvláště v posledních ozařovacích dnech. Dostatek odpočinku a procházky na

čerstvém vzduchu jsou důležité. Péči o kůži v ozařované oblasti je třeba věnovat zvýšenou pozornost. Nikdy se nesmí kombinovat opalování na slunci s ozařováním. Během záření se kůže může stát suchou a ke konci radiace svědivou až pálivou a nebo naopak vlhkou. U osob s velmi světlou pletí může dojít k zarudnutí pokožky. Ozařovaná oblast má být co nejvíce vystavována přístupu vzduchu. Spodní prádlo by mělo být vzdušné a nejlépe bavlněné. Aplikace kosmetických krémů a deodorantů je nevhodná. V případě zvýšené radiční reakce určí nezbytnou léčbu lékař podle povahy reakce a typu pleti. Po skončení radioterapie se ozařovaná kůže zcela zhojí během dní až týdnů.

1.6.5 CHEMOTERAPIE

Počet cyklů chemoterapie je závislý na zařazení pacienta do příslušných léčebných skupin. Pokud po ukončení kurativní chemoterapie se v těle nachází zbytkový nádor, provádí se jeho resekce, za podmínky negativity nádorových markerů předchozí léčbou. Pokud dojde v průběhu chemoterapie k progresi onemocnění, je potřeba změnit chemoterapeutický režim.

Máme několik typů chemoterapie:

- Kurativní – Cílem je vyléčení stávajícího onemocnění.
- Paliativní – Snaha ovlivnit nezastavitelný proces růstu nádorových buněk a tím zmírnit příznaky způsobené nádorem a zlepšit kvalitu života pacienta.
- Adjuvantní – Je podávána po operaci s cílem zahubit možné přetrvávající metastázy.
- Neoadjuvantní – Podává se před operací či radioterapií, má zmenšit nádor a zlepšit výsledek operace či účinek ozařování.

Principem chemoterapie je podávání cytostatických látek. Nádorové buňky se obvykle dělí rychleji než tkáň, ze které vznikly. Cytostatika ničí především nádorové buňky, ale poškozuje i ostatní buňky. Pravidelným průvodním jevem při chemoterapii jsou vedlejší účinky. V léčbě cytostatiky je možné podávat jen jedno cytostatikum (monoterapie) nebo více cytostatických léčiv (kombinovaná). Při kombinované chemoterapii se používají ke kombinaci léčiva, v nichž jedno se používá jako antidotum k ochraně orgánu postiženého nádorem, aby nedošlo k jeho úplnému poškození. Dále se kombinují léčiva, kde je snížena závažnost vedlejších účinků léčby. Dobře zvolená

kombinace léčiv snižuje možnost rezistence. Vysoko dávkovaná chemoterapie je metodou, při které je nutné podávat podpůrnou léčbu růstovými faktory, například Neuloven, Filgrastim.

Faktory, které ovlivňují odpověď cytostatik:

- Charakteristika nádoru, jeho velikost, lokalizace, rychlost růstu, přítomnost rezistentních buněk.
- Možnost kombinace cytostatických režimů.
- Stav hormonů.
- Způsob podání léčiv, například jednorázové podání, infuze, kombinovaná léčba.
- Fyzický stav nemocného.
- Psychologický stav nemocného.

Při nádorech varlat se používají nejčastěji tyto cytostatické látky:

Bleomycin

- Při paravenózním podání není známo antidotum, doporučují se ledové obklady.
- Nežádoucími účinky je zvýšená teplota, zánět sliznic, vypadávání vlasů do 4 týdnů po první aplikaci, změna nehtů a kůže je u 50 % nemocných, hyperpigmentace, začervenání rukou a nohou, nevolnost, zvracení, alergická reakce.
- Uchovává se v lednici.

Cisplatina

- Je chráněna v černém obalu, nesmí přijít na světlo.
- Při paravenózním podání je podávají ledové obklady nebo Natrium thiosulfas 5 %.
- Způsobuje útlum kostní dřeně, nevolnost, zvracení, nefrotoxicitu (zvýšená hydratace, sledujeme příjem a výdej tekutin), neurotoxicita (poškození periferních nervů), ototoxicita (pískání v uších, přechodná hluchota), alergická reakce.
- Uchovává se v lednici.

Cyklofosfamid

- Při paravenózním podání ledové obklady.
- Jako prevence zánětu močového měchýře se současně podává mesna a dostatečná hydratace.

- U diabetiků se sleduje glykemický profil.
- Způsobuje útlum kostní dřeně (anemii, leukopenii, trombocytopenii), nevolnost, zvracení, ztrátu vlasů, nehty a kůže ztmavnou, změna chuti k jídlu, možná krev v moči, zadržování tekutin v těle, kardiotoxicita, plicní toxicita.
- Uchovává se v lednici.

Etoposid

- Nesmí se míchat do vaku s jinými léčivy.
- Musí se chránit před světlem.
- Při paravenózním podání se dávají na poškozené místo teplé obklady nebo se aplikuje hyaluronidáza .
- Způsobuje útlum kostní dřeně, ztrátu vlasů, nevolnost, zvracení, kožní reakci, při rychlé aplikaci snížení krevního tlaku, alergická reakce.

Ifosfamid

- Při paravenózním podání ledové obklady, nehrozí žádná vážná komplikace.
- Způsobuje ztrátu vlasů do 4 týdnů, útlum kostní dřeně, nevolnost, zvracení, zánět močového měchýře s krví, nefrotoxicita, kardiotoxicita, postižení celistvosti kůže, neurotoxicita, poškození jater.

Karboplatina

- Uchovává se v lednici.
- Při paravenózní aplikaci dochází k podráždění kůže.
- Způsobuje útlum kostní dřeně, nevolnost, zvracení, ototoxicitu, poškozená periferních nervů, nefrotoxicita, ztráta vlasů.

Oxaliplatina

- Chránit před světlem.
- Při paravenózním podání studené obklady, hyaluronidázu.
- Nesmí se začít s aplikací pokud je roztok zakalený nebo se sráží.
- Způsobuje útlum kostní dřeně, nevolnost, zvracení, ztrátu vlasů, zvýšené teploty, anafylaktický šok.

Paklitaxel

- Musí se podávat přes speciální hadičky.
- Nesmí se dávat do lednice.

- Při paravenózním podání ledové obklady a lokálně na poškozené místo krém na bázi heparinu.
- Způsobuje ztrátu vlasů, útlum kostní dřeně, riziko selhání kardiovaskulárního systému (při prvním podání je nutné sledovat nemocného, může nastat bradykardie a pokles krevního tlaku), porucha funkce jater, bolest periferních svalů, přecitlivělost (ztížené dýchání, snížení krevního tlaku, bolest na hrudi, kožní zarudnutí).

Vinblastin

- Při paravenózním podání je ihned nutné přiložit teplý obklad, aplikovat lokálně krém na bázi heparinu nebo aplikovat hyaluronidazu, s velkou pravděpodobností bude potřeba i konzultace plastického chirurga kvůli poškození tkáně.
- Způsobuje útlum kostní dřeně, nevolnost, zvracení, neurotoxicitu, zácpu nebo průjem, ztrátu vlasů.

Gemcitabin

- Nehrozí výrazné poškození periferního vstupu při úniku.
- Způsobuje útlum kostní dřeně, nevolnost, zvracení, chřipkové příznaky, kožní reakce, zácpa nebo průjem, ztráta vlasů, záněty v dutině ústní.

3.6.6 OBECNÉ ZÁSADY LÉČBY

- Nádory varlat jsou ve vysokém procentu dobře léčitelné, velmi často úplně vyléčitelné, i v případě vzdálených metastáz.
- Nejlépe léčitelné jsou seminomy.
- Používá se operační přístup, radioterapie i chemoterapie.
- Nejdříve se odstraňuje primární nádor inguinální orchiektomií.
- Někdy po ukončení chemoterapie nebo radioterapie se používá chirurgické řešení k odstranění zbytkového nádoru.
- Biopsie druhého varlete se provádí pouze při abnormálním nálezu na ultrazvuku, v případě kryptorchismu, při zjevné atrofii varlete.
- Používá se chemoterapie na bázi cisplatiny, je nejefektivnějším cytostatikem u těchto nádorů.

- Z dalších cytostatik se používá běžně etoposid, bleomycin, ifosfamid, vinblastin, v poslední době se podávají také paclitaxel, gemcitabin.
- U pacientů s dobrou prognózou se snažíme snížit toxicitu podávané léčby.
- U pacientů se špatnou prognózou je potřeba léčbu velmi intenzivní s cílem zlepšit procento dlouhodobě přežívajících, dají se použít nová cytostatika, chemoterapie ve vysokých dávkách.

Nejčastěji jsou podávány tyto režimy chemoterapie:

- BEP – bleomycin, etoposid, platina.
- EP – etoposid, platina, bleomycin se nepodává pro špatné plicní funkce.
- VEIP – vinblastin, etoposid, ifosfamid, platina.
- TIP – topotecan, ifosfamid, platina.
- GEMOX – gemcitabin, oxaliplatina.
- PAGE – paclitaxel, gemcitabin.

3.6.7 PREVENCE

- Co se týká sekundární prevence, je nutné mít na vědomí, že druhé varle bývá často postiženo atrofií, která má za následek oligospermii až azospermii. Postižení druhého varlete činí 1 – 2 %.
- Dalším problémem v sekundární prevenci je pozdní objevení nádorového onemocnění. Narůstá význam samovyšetřování varlat a informovanost mladých mužů, kteří o riziku vědí velmi málo a riziko velmi podceňují. Přitom se jedná o nejčastější nádorové onemocnění ve věkové kategorii 20 – 40 let.

3.6.8 SAMOVYŠETŘOVÁNÍ

- Samovyšetřování se provádí nejlépe po vlažné koupeli nebo osprchování vlažnou vodou, kdy dochází k uvolnění a zvláčení šourku, který je dobře přístupný vyšetření.
- Muž se postaví před zrcadlo a pátrá po jakýchkoliv změnách na kůži skróta a po změnách jeho objemu.
- Hmatem vyšetřuje každé varle zvlášť oběma rukama. Ukazováky a prostředníky obou rukou vsune pod varle, palce umístí na jeho přední stěnu. Velmi jemně

vyšetřuje mezi palci a ostatními prsty povrch varlete, všímá si jakýchkoliv nepravidelností v konzistenci tohoto orgánu. Je normální, že jedno varle může být poněkud větší nežli druhé. Vyšetřuje obě varlata postupně.

- Důležitou součástí samovyšetřování je pohmatem rozlišit varle umístěné v přední části šourku od nadvarlete, které je umístěno vzadu a nahoře. Jednoduchým vložením palce a ukazováku mezi obě struktury nemůže dojít k záměně nadvarlete s nepatřičnou formací.

(ADAM, 2004 a 2002., HES, 2007., DVOŘÁČEK, 2005., VORLÍČEK, 2006., KLENER, 2010)

2 ZÁSADY OŠETŘOVÁNÍ NEMOCNÝCH S NÁDOREM VARLAT

Vyšetření a plánování léčby

- Pokud pacient zaznamená nějaký příznak, přichází k lékaři na vyšetření.
- Pacientovi je odebrána krev na vyšetření, je provedeno celkové vyšetření lékařem, včetně pohmatu, pohledu v oblasti třísel a genitálu, pacient je odeslán na ultrazvuk scrota a na další vyšetření dle zhodnocení lékaře.
- Po stanovení diagnózy se plánuje celková léčba.
- Každý pacient má léčbu individuálně naplánovanou dle nálezu, charakteru, velikosti, histologie nádoru a po přihlédnutí k dalším možným onemocněním.
- Lékař pacientovi navrhne nejúčinnější léčbu, seznámí ho s průběhem, možnostmi, působením, možnými nežádoucími účinky, komplikacemi a očekávanými výsledky, podepíše spolu informovaný souhlas.
- V dnešní době se dává přednost po operačním zákroku chemoterapii před ozařováním.
- Před prvním podáním chemoterapie se provedou veškeré krevní odběry, do kterých patří krevní obraz, koagulace, základní biochemické parametry, krevní skupina a Rh faktor, odebírají se nádorové markery, moč + sediment, nutností jsou také odběry na serologii, kde se nejvíce sledují HIV, hepatitidy a syfilis.
- Pacient je odeslán na echo srdce, spirometrii, natáčí se EKG ke zjištění stavu oběhové soustavy, hlavně srdce a plic, RTG srdce a plic, CT vyšetření a další vyšetření dle individuálního nálezu.
- Musí se vyloučit veškeré možné vzdálené ložiska, pacient musí být komplexně vyšetřen.
- Před zahájením chemoterapie je pacient odeslán na kryokonzervaci spermatu, kdy odebírá vzorek spermatu do odběrové nádoby a následně se tento vzorek zamrazí a uschová pro případ potřeby.
- Velká většina pacientů přichází k hospitalizaci poprvé, je tedy nutná důkladná edukace o veškerých postupech, nutnostech a zásadách při léčbě.

Chemoterapie a žilní vstupy

- Každý tento režim vyžaduje jiný přístup, každý režim se aplikuje jiným způsobem, má různou dobu podání, různé složení a různé zákonitosti aplikace.
- U všech pacientů, u kterých podáváme cisplatinu, je nutné sledovat příjem a výdej tekutin kvůli možné negativní bilanci tekutin, pacient zapisuje množství vypitých tekutin a moči do sběrné nádoby.
- Velmi důležitý je žilní přístup, do kterého bude chemoterapie podávána.
- Všechny tyto režimy se mohou podávat do periferního žilního přístupu, tudíž se pacientům napichují periferní žíly.
- Jedním nepsaným pravidlem je při napichování periferních žil, že postupujeme od prstů ruky až po ohyb horní končetiny, abychom si zachovali tyto žíly na další aplikace.
- Pokud pacient nemá dobrý periferní stav žil, je potřeba zajistit jiný žilní přístup, kdy se nejčastěji zajišťuje centrální žilní katetr v třísle.
- Pokud se počítá s delší dobou celkové léčby a nebo se počítá s podáním cytostatika, které ničí periferní žíly, je možné zajistit zavedení podkožního portu, což je speciální komůrka zavedená do jedné z centrálních žil v oblasti hrudníku. Novinkou v žilních přístupech je i zavedení tzv. PICC katetru, který zavádí chirurg do žíly na paži, kdy se počítá s podáním léčby v období půl roku a nutností podávání do centrální žíly.
- Dalším možným žilním přístupem je zavedení drumm katetru, kdy lékař zavádí pomocí oranžové flexily a speciální sady katetr z ohybu na horních končetinách až do centrální žíly. Tento žilní vstup lze zavádět jenom při kvalitním stavu periferních žil v loketní jamce.
- Každá chemoterapie kape po různou dobu a různý počet dní, dle toho se také musí žilní vstup zvolit.

Nežádoucí účinky chemoterapie

- Naprostá většina mužů postupem času přichází o vlasy, chlupy, obočí, je lepší je edukovat o ostříhání vlasů kadeřníkem zavčas už v průběhu řídnutí a vypadávání vlasů, než sledovat postupné vypadávání chomáčů vlasů na polštář.

- **Z nežádoucích účinků se nejčastěji vyskytují tyto:**
 - Nevolnost a zvracení.
 - Nechutenství a zažívací potíže.
 - Vypadávání vlasů.
 - Průjem či zácpa.
 - Útlum krvetvorby.
 - Zadržování tekutin v organismu, negativní bilance.
 - Únava, celková slabost.
 - Nežádoucím účinkům se snažíme předcházet podáváním podpůrných léků, léčebných preparátů, přizpůsobením stravy a tekutin před samotným podáním cytostatika i v průběhu aplikace.
 - Nejvíce má chemoterapie vliv na kostní dřeň, vlasový folikul a žaludeční sliznici.

3 KVALITA ŽIVOTA

Většina pacientů snáší danou léčbu bez větších potíží, záleží na osobnosti člověka, rodinných podmínkách, prognóze a celkové toleranci léčby. Snahou zdravotnických pracovníků je poučit pacienta a jeho blízké o možných nežádoucích účincích a snažit se je potlačit co nejvíc to jde a pacientovi se ulevilo. Denní režim pacienta je narušen tím, že je připojen na infuzní pumpu po dobu kapání chemoterapie. Chemoterapie se může odpojit jen ve velmi vážných situacích a na ordinaci lékaře, nesmí být kapání přerušeno. Infuzní pumpy by měly být vybaveny kolečky, aby se pacient mohl s pumpou pohybovat na toaletu a nebo i po nemocniční chodbě. Uvedené nežádoucí účinky se objevují nejčastěji a je potřeba vědět, proč vznikají a jak lze nemocným pomoci .

3.1 ÚTLUM KRVETVORBY (MYELOSUPRESE)

Myelosuprese je nejčastějším důsledkem cytostatické léčby, časté jsou i komplikace, které s ní souvisí. Po ankylačních cytostaticích trvá útlum krvetvorby nejdéle. Počet komplikací a míra myelosuprese závisí také na fázi léčby. Útlumem krvetvorby se rozumí také zmenšení počtu erytrocytů, snížení počtu trombocytů, snížený počet neutrofilů a taky leukocytů. Nejvíce nejvýraznějších komplikací lze očekávat po první cyklu chemoterapie a po dalších cyklech je komplikací méně. Čím více cyklů chemoterapie člověk podstoupí, tím více se jeho kostní dřeň vyčerpává. Někdy přetrvává útlum pouze při podání chemoterapie a do dalšího podání se hodnoty dorovnají do normy.

3.1.1 MOŽNOSTI POMOCI A PREVENCE

S útlumem krvetvorby souvisí také opakované infekce. Musíme sledovat náhle či pozvolna se projevující příznaky, bledost, krvácivé projevy. Velmi často se odebírá krev na krevní obraz a krvácivé faktory a tím se kontrolují hodnoty. Při snížených hodnotách

červených krvinek jsou podávány krevní transfuze (erymasy), podávají se taky látky, které podpoří krvetvorbu, jak už v potravinách, co obsahují železo, jako jsou špenát, brokolice, listová zelenina nebo ústně podávané léky s obsahem železa (Ferronat, Aktiferin). Je možné i injekční podání vitamínu B 12 nebo Neulasty, což je lék, aplikovaný subkutánně pro podporu kostní dřeně. Při sníženém počtu krevních destiček hrozí snadné krvácení, proto preventivně bojujeme proti úrazu. Můžeme také podávat trombocytové koncentráty nebo srážlivé faktory.

Prevence krvácení při sníženém počtu trombocytů

- Neužívat žádné léky bez rady s lékařem.
- Neužívat alkohol.
- Používat na čištění zubů měkký zubní kartáček.
- Na holení používat elektrický holicí strojek.
- Opatrně pracovat s ostrými předměty.
- Při vaření používat rukavice na manipulaci s horkými kastroly.
- Nedělat sport, kde hrozí nebezpečí úrazu.
- Při práci na zahradě používat silné rukavice.

3.2 NEUTROPENIE

Chybí známky zánětu, je přítomen pouze vzestup teploty nad 38°C. Infekce může být lokalizovaná nebo systémová jako sepse či septický šok. Septický šok se projevuje jako schvácenost, pokles krevního tlaku, nitkovitý pulz, tachykardie, chladné akraální části, studený pot či zmatenost.

3.1.1 PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ V PÉČI O NEUTROPENICKÉ NEMOCNÉ

- Dodržování preventivních opatření ze strany personálu.
- Označení pokoje i dveří od pokoje vhodnými informacemi.
- Informovat rodinu o nevhodnosti návštěv velkých skupin, nutné hygienické péči a dezinfekci rukou, nesmí tam nikdo s infekcí, rizikové potraviny.
- Nesmí na pokoj živé květiny.

- Důkladný úklid a desinfekce pokoje.
- Personál musí používat roušky, nesmí tam nikdo nachlazený a se známkami infekce.
- Před pokojem musí být desinfekce na ruky a jednorázové ústenky, personál by měl používat rukavice, plášť i ústenku.
- Personál musí dodržovat všechny standardy.
- Sledují se laboratorní výsledky, fyziologické funkce alespoň 3 krát denně, diuréza a bilance tekutin, celkový stav nemocného, všechny invazivní vstupy, kontroluje se integrita kůže a sliznic.
- Při zjištění nějakých odlišností ihned hlásit lékaři.
- Musí se dokumentovat výsledky nemocného i vše ostatní do příslušných dokumentů.

3..1.2 EDUKACE NEMOCNÉHO U NEUTROPENIE

- Pravidelné a častém mytí rukou.
- Musí být provedena každodenní celotělová hygiena.
- Po stolici a po vymočení se musí provést osprchování genitálu.
- Každodenní hygiena dutiny ústní.
- Informovat o rizikových potravinách jako smažená vejce, nepasterizované mléčné výrobky, mléčné výrobky s živými bakteriemi, plísňové sýry, maso bez tepelné úpravy, nepasterizované džusy, syrové ovoce s hrubým povrchem (jahody, maliny), neumyté ovoce a zelenina.
- Po propuštění do domácnosti nenavštěvovat prostory s velkým množstvím lidí, nebýt v kontaktu s lidmi s příznaky infekce, dodržovat zásady bezpečné přípravy stravy.

3.3 ANÉMIE

Chudokrevnost, v krvi se snižuje počet červených krvinek a červeného krevního barviva hemoglobinu. Do tkání a orgánů se dostává méně kyslíku. Nejvíce na to reagují ledviny, které zvyšují tvorbu erythropoetinu, který se přenáší krví do kostní dřeně

a zvyšuje tam produkci červených krvinek. Srdce pracuje intenzivněji, aby červené krvinky obíhaly rychleji a tím přenášely kyslík, srdce se tím vyčerpává a člověk se i celkově cítí fyzicky i duševně vyčerpaný. Anémie se projevuje i dechovými potížemi, slabostí, bolestmi hlavy, hučením v uších, závratěmi, nespavostí, poruchou koncentrace, nápadnou bledou kůže, očních spojivek, dásní, nehtů. Léčba nádorového onemocnění anémií prohlubuje. Některé typy anémie se dají dobře a šetrně léčit podkožní aplikací syntetického léku, hormonu erythropoetinu, který přirozeně vzniká v ledvinách (Eprex), zvýší se tím počet červených krvinek a tím i více energie. Velmi často se musí hradit krvinky krevními deriváty formou transfuzí.

3.4 NAUZE A ZVRACENÍ

Intenzita nevolnosti a zvracení závisí (emetogenní efekt) na druhu a dávce cytostatika. Je potřeba s nimi dopředu počítat a podávat léky tlumící zvracení. Pokud u nemocného nepodáváme účinné léky ihned po prvním a druhém cyklu, vznikne u něho velká obava a vyvine se tzv. anticipační nevolnost a zvracení (nemocný již přijíždí s vědomím, že bude zase zvracet, zvrací při příchodu do nemocnice, při samotném spatření ošetřujícího personálu). Jakmile vznikne tento reflex, účinné léky proti zvracení se stanou neúčinnými. Cytostatická léčiva dělíme na nízké a vysoce emetogenní.

3.4.1 MOŽNOSTI POMOCI A PREVENCE

Je nutné vést záznam o příjmu potravy a tekutin, sledovat stav hydratace sliznic a pokožky. Je nutné bojovat proti vzniku tzv. anticipační nevolnosti a zvracení, dále proti dehydrataci a úbytku na váze. Preventivně se také podávají antiemetika, existují ve všech lékových formách. Z těch slabších antiemetik je hojně podáván Degan, Torecan a z těch vysoce emetogenních se podávají léky za skupiny setronů, kam patří například Ondansetron, Kytril, Emeset, Navoban, Zofran. Léky se podávají před samotnou chemoterapií, v jejím průběhu i po skončení chemoterapie, pacient je léky vybaven do domácího prostředí. Potíží je nutno předcházet, tyto léky se podávají i několik dní po chemoterapii, i když nemocný nevolnost nepociťuje. Jsou provázeny

nechutenstvím a nižším příjmem potravy, které mohou vést k nežádoucímu hubnutí a celkové slabosti.

- Jíst v malých dávkách, 6 – 7 krát denně, nepřejídat se, jíst pomalu, jídlo dobře rozžvýkat.
- Jíst a pít pomalu.
- Malá a tuhá jídla .
- Jíst vždy když pocítíte chuť.
- Jídlo by mělo mít pokojovou teplotu a chladnější.
- Jíst v klidu, vsedě a raději ve společnosti blízkých lidí.
- Jíst ve větrané místnosti, zmírňuje to zápach jídla.
- Nenabízet pacientovo oblíbené jídlo pro vypěstování averze.
- Po jídle si odpočinout v polosedě.
- Nejíst 2 hodiny před chemoterapií.
- Upravit konzistenci potravy při poruchách polykání.
- Omezit vůni teplé stravy při přípravě a konzumaci.
- Podávat stravu vysoce energeticky hodnotnou.
- Podávat kvalitní přesnídávky.
- Dle stavu nemocného udržovat jeho fyzickou aktivitu.
- Vařená a v troubě pečená jídla jsou méně tučná.
- Studený talíř - zmrazené nebo chlazené hotové pokrmy, které se dají konzumovat studené nebo ohřáté v troubě.
- Pokud má nemocný nevolnost již po ránu, měl by mít při ruce keksy, sušenky, slané pečivo a než vstane, sníst kousek tohoto suchého jídla.
- Doporučuje se jíst měkké ovoce, jogurty, tvaroh, tavené sýry, kompoty, bílé pečivo, brambory, rýži, těstoviny.
- Vyhýbat by se měl nemocný velmi sladkým, aromatickým, kořeněným a tučným pokrmům, intenzivní vůně jídla, parfémy či kouř brání jeho požití.
- Nepít během dne, ale až půl hodiny po jídle, v průběhu dne popíjet chlazené nápoje, ředěné ovocné šťávy, neperlivé vody, čaj.
- Dobré je i zmrazit nápoj či ovoce a cucat mražené kostky.
- Nápoje popíjet pomocí slámky.
- Při opakovaném zvracení vynechat jídlo i pití, obnovit až po utlumení zvracení.

- Při zvracení zkoušet podávat malé množství tekutin po lžičkách každých 20 – 30 minut a postupně zvyšovat množství a zkoušet jídlo.
- Slané jídlo se některým osvědčilo (nakládané sardinky, kaviár, slané keksy, slané oříšky, popcorn.)
- Jednoduše se dají konzumovat polévky, omeleta, jogurt, ovocnou kaši.
- Perlivé nápoje, přírodní voda s citronem, minerálky, limonády, ovocné džusy, ledový čaj.
- Při jídle je doporučená poloha vsedě nebo polosedě, vleže to není vhodné.
- Námaha zpomaluje trávení, proto by nemocný měl po jídle odpočívat.
- Důležitý je i oděv, měl by být volný a neměl by nikde škrtit, pozor na opasky či pevnou gumu v pase.
- Poslech oblíbené hudby, sledování nenáročného programu v televizi napomáhá odvést pozornost.
- Úlevu může přinést klidné soustředění, dechové cvičení či relaxace.

3.5 POTÍŽE S VYPRAZDŇOVÁNÍM STOLICE

Jelikož se epitel sliznic poměrně rychle obnovuje, jsou buňky sliznic zažívacího traktu i jiných slizničních povrchů velmi často poškozovány vlivem cytostatik. Průjem a zácpa jsou teda v důsledku poškození střevní sliznice (mukozitidy). Nejzávažnějšími komplikacemi je střevní neprůchodnost, perforace střeva a zánět pobřišnice. Průjem může být z důvodu chemoterapie, po antibiotikách nebo jako následek infekcí zažívacího traktu. Chronickou zácpu může způsobit nedostatek pohybu, strava bez vlákniny a tekutin, nervové vypětí, některé léky.

3..1.1 MOŽNOSTI POMOCI A PREVENCE PŘI PRŮJMU

- Je nutné předejít poranění v oblasti konečníku a zanesení infekce.
- Je vhodná důkladná hygiena konečníku, při průjmu sprchování konečníku.
- Taky musíme zmírnit bolestivost při defekaci.
- Průjmem člověk ztrácí tekutiny, minerály, vitamíny a stopové prvky.
- Trvá - li průjem více než jeden den, je nutné podat léky.

- Základem léčby je dieta.
- Průjem bez léčby může vést k rozvratu vnitřního prostředí, nemocný by měl jíst malé porce jídla v intervalu 2 - 3 hodin, 6 - 8 krát denně.
- Vyřadit z jídelníčku zeleninu s vysokým obsahem hrubé vlákniny, nadýmavou a špatně stravitelnou.
- Je vhodná vařená a dušená zelenina (mrkev, celer, špenát, rajský protlak, petržel).
- Není vhodná zelenina syrová, sterilovaná a nadýmavá (zelí, kapusta, květák, paprika, okurky, hlávkový salát, rajčata, cibule, kukuřice, hrášek).
- Nevhodné jsou luštěniny (čočka, fazole, sója, hrách).
- Vhodné jsou vyzrálé, nenadýmavé ovoce (strouhaná jablka, banány, kompoty, malé množství džemu bez zrníček).
- Nevhodné jsou všechny nezralé plody ovoce, kyselé ovoce (rybíz, višně, hrušky, jahody, maliny, hrozny, třešně, švestky, ryngle).
- Pečivo je vhodné bílé (housky, rohlíky, veka...) a nevhodné je celozrnné, kynuté buchty, koláče, koblihy, perník, müsli.
- Vhodný je netučný tavený sýr, eidam, nízkotučný tvaroh, obyčejné tvarohové sýry, netučné jogurty.
- Nevhodné jsou plísňové sýry, zrající sýry, smetanové sýry, šlehačka, mléko.
- Potraviny bohaté na draslík a sodík: vývar, rybí maso, kuřecí maso, šunka, brambory, mrkve, banán, jablko, rýže.
- Vhodná je úprava zeleniny v páře.
- Z masa je vhodné : kuřecí maso, krůtí, slepice, králík, ryby (filé, kapr, štika), kýta, kotleta, hovězí maso z kýty, nevhodné je uzené maso, tučná masa, bůček, krkovice, kachna, husa, skopové, zvěřina, slanina, vnitřnosti, jitrnice, prejt, masové konzervy, paštiky.
- Nevhodná jsou míchaná a smažená vajíčka.
- Tučná jídla zhoršují průjem, tudíž se do jídel mohou přidávat másla nebo rostlinné tuky (Flóra, Rama, Perla), vynechat smažená jídla a přepálené tuky.
- Z koření je vhodný kopr, zelené natě, pažitka, petrželka, majoránka, sůl, citrónová šťáva, nevhodné je ostré koření (pepř, paprika, chilli, grilování, gulášové, hořčice).

- Pít pomalu po menších doušcích a často, voda by měla mít pokojovou teplotu.
- Z nápojů jsou vhodné neperlivé nápoje, mírně slazený slabý černý čaj, zelený čaj, bylinné čaje, ovocné čaje, ovocné a zeleninové šťávy (z mrkve, pomeranče, jablka, řepy), omezit by se měli nápoje s obsahem kofeinu (káva, čokoláda, silný černý čaj) a nevhodnými jsou perlivé nápoje, limonády, džusy, alkohol a nápoje s vysokým obsahem cukru.
- Omezit slazené žvýkačky a cukrovinky.
- Jako vhodné příkrmy jsou označovány brambory, bramborová kaše, rýže, těstoviny, noky.
- Mělo by se používat vaření, dušení i pečení na kvalitním nádobí jako teflonová pánev.
- Nevhodné je smažení, jídlo by mělo být dostatečně uvařené, pokrmy měkké, bez tvrdé kůrky.
- Jako základ pokrmů nepoužívat cibulový základ, není vhodný.
- Jíšku připravovat na sucho.
- Zeleninu a brambory připravovat v menším množství vody, aby se zbytečně neztrácel draslík.
- Jídlo dobře rozkousat nebo nakrájet na menší kousky, pomlít nebo nastrohat.
- Jídlo by mělo mít správnou teplotu, nesmí být příliš horké, ani příliš studené.

3..1.2 MOŽNOSTI POMOCI A PREVENCE PŘI ZÁCPĚ

- Do stravy přidat dostatek vlákniny.
- Hojně popíjet tekutiny, alespoň 2,5 litru tekutin, vhodné jsou ovocné šťávy, džusy, minerální voda, bylinné a ovocné čaje.
- Na vlákninu je bohaté syrová zelenina a ovoce, hlavně ty se slupkou, semeny, kukuřičné lupínky, ovesné vločky, celozrnné potraviny.
- Má - li člověk vytvořený defekační reflex a chodí v určitou hodinu, měl by vypít půl hodiny před tím teplý nápoj.
- Projímadla použít jen po poradě s lékařem a vždy začít těmi na přírodní bázi.
- Dle zdravotního stavu se pohybovat, cvičit, chodit na procházky.

- Vyhnout se nadýmavým jídlům (okurka, perlivé nápoje, cibule, kapusta, květák).

3.6 STOMATITIDA

Zánět sliznice v dutině ústní. Sliznice je začervenalá, oteklá, bolestivá. Způsobuje změnu chuti k jídlu, může docházet k suchosti dutiny ústní (xerostomie) a následnému popraskání. Nemocný může také mít aftózní stomatitidu, kdy se na sliznici vytváří afty, což jsou defekty ve sliznici, jsou velmi bolestivé.

3..1.1 MOŽNOSTI POMOCI A PREVENCE

- Je vhodné seznámit nemocného se speciálně vyráběnými přípravky, které jsou vyvinuté pro onkologicky nemocné (zubní pasty, ústní vody s enzymy, zvlhčující gely, měkké zubní kartáčky).
- Před zahájením chemoterapie je nutné zubní vyšetření k vyloučení infekce zubů, odstranění zubního kamene, ošetření paradentózy.
- Čistit si zuby po každém jídle.
- Používat měkký zubní kartáček a nedráždivou pastu.
- Nelze - li použít kartáček, může se nahradit houbou či gázou namočenou ve vodě.
- Kartáček po každém použití vyčistit a skladovat ho na suchém místě.
- Nepoužívat zubní pastu ani ústní vodu s obsahem solí a alkoholu.
- Při výskytu potíží se doporučuje vyplachovat ústa roztoky, kloktat, před jídlem vyplachovat ústa roztokem na zmírnění bolesti.
- Výplachy studeným fyziologickým roztokem, odvarem z šalvěje.
- Vyplachování úst speciálními roztoky, které předepíše lékař.
- Vyvarovat se horkým a studeným jídlům.
- Přednost měkkým jídlům.
- Vyhybat se syrovému jídlu, dráždivému a kyselému jídlu.
- Správná péče o zubní protézu.

3.7 ORÁLNÍ MUKOZITIDA

Zvýšené riziko vzniku je u lidí s rovnátky, umělým chrupem, při pocitu suchosti v ústech, při nedostatečné hygieně dutiny ústní, při požívání alkoholu a kouření. Těžké projevy tohoto onemocnění mohou narušit protinádorovou léčbu. Vzniká v důsledku poškození sliznic účinkem chemoterapie. Poškozením sliznice se obnaží nervová zakončení, do poškozené sliznice se snadno dostanou bakterie a vznikají vředy, bílá ložiska, sliznice krvácí. Dutina ústní bolí a tím pádem nemocný často odmítá veškeré jídlo. Pokud se zdravotní stav zhorší, může to způsobit změnu léčby a tím i její výsledek.

3..1.1 STUPEŇ MUKOZITIDY

- Nebolestivé vředy, zarudnutí, mírný otok.
- Bolestivé zarudnutí, otok, vředy, nemocný ještě může přijímat tuhou stravu.
- Bolestivé zarudnutí, otok, vředy, příjem pouze tekuté stravy.
- Nemocný musí přijímat jen umělou výživu.

3..1.2 MOŽNOSTI POMOCI A PREVENCE

- Jako prevence se uplatní správná péče a hygiena dutiny ústní a zubů, zuby čistit 2 – 3 krát denně, používat ústní vodu bez alkoholu.
- Denně kontrolovat dutinu ústní.
- Oznámit potíže lékaři či sestře.
- Nepít alkohol, nekouřit.
- Nejíst kořeněná, ostrá, příliš horká jídla, citrusové plody, rajčata, kyselá jídla.
- Pít studené nápoje.
- Jíst měkká jídla jako puding, kaše, vejce, želatinu.
- Používat po poradě s lékařem léky, hlavně gely (Gelclair).

3..8 NECHUTENSTVÍ A MOŽNOSTI POMOCI A PREVENCE

U nechutenství je úspěšná onkologická léčba nejúčinnějším postupem, při zmenšení nádoru se dostaví zlepšení chuti k jídlu.

- U přetrvávajícího nechutenství jsou nejúčinnější hormonální léky (Megace).
- 3 krát denně před jídlem se podávají prokinetika na zlepšení činnosti zažívacího traktu ve formě tablet, čípků nebo injekcí.
- Při silné nevolnosti setronová antiemetika ve formě tablet, injekcí, pastilek pod jazyk.
- Jíst pomalu, v klidu a hlavně nespěchejte, nehltat.
- Jíst častěji malé porce jídla, velké porce jídla chuť tlumí.
- Jíst kdykoliv během dne, při pocitech chuti v menších porcích.
- V období, kdy je nemocnému lépe, by se mělo konzumovat jídlo bohaté na bílkoviny a energetické.
- Po ruce mít vždy kousek svého oblíbeného jídla.
- K hlavním jídlu přidávat kousek ovoce.
- Omezit potraviny s označením light a 0 % tuku.
- Pokud má nemocný nechut k masu, měl by konzumovat náhradní bílkoviny (vejce, luštěniny, mléko, jogurty, sýr, tvaroh).
- Nepít v průběhu jídla, ale hodinu před nebo po jídle.
- Lépe jsou snášena jídla studená než - li teplá.
- Sklenička alkoholu může zvýšit chuť k jídlu, ale konzumace až po poradě s lékařem.
- Nejprve jíst tuhá jídla, během jídla nepít tekutiny.
- Jídla by měla být lákavé, jíst by se mělo v příjemném prostředí, ve vyvětrané místnosti, je možný poslech oblíbené hudby.
- Je dobré měnit prostředí, čas i místo, kde nemocný jí.
- Během den by měl nemocný udržet běžné denní činnosti, jak fyzické, tak psychické.
- Před jídlem je vhodná i krátká procházka.
- Jídla častěji střídat, vymýšlet nové recepty.
- Pokud již nic nezabírá, je dobré popíjet mezi jednotlivými jídly chlazené farmaceutické přípravky (Nutridrink, Fresubin) s velkou škálou příchutí.

- Jako ochucovadlo zkusit použít tymián, oregano.
- Někteří nemocní dávají přednost jídlu sladkému, slanému či uzenému.
- Jídlo získá větší chuť tím, že ho nemocný před přípravou naloží do octa nebo ovocné šťávy.

4 TOXICITY

- Kardiotoxicita.
- Nefrotoxicita.
- Poškození sluchu.
- Gonadální toxicita.
- Vypadávání vlasů.
- Kožní toxicita.
- Jaterní toxicita.
- Karcinogenní a mutagenní vliv cytostatik.
- Infekční komplikace.

Z nejdůležitějších pro muže rozebrány:

4.1 SEXUÁLNÍ FUNKCE U MUŽE

Nežádoucí účinky jsou závislé na dávce a druhu cytostatika, věku a celkovému zdravotnímu stavu. Často ji způsobují ankylační cytostatika v závislosti na dávce. Chemoterapie může snižovat počet spermií, omezit jejich pohyblivost. Změny mohou být dočasná nebo trvalé. Patří sem azoospermie, což je nepřítomnost živých spermií v ejakulátu.

4.1.1 SEXUÁLNÍ ŽIVOT PO CHEMOTERAPII

Sexuální zájem bývá menší. Nebývá nijak zvlášť omezen, pokud jsou partneři dobře informovaní. Většina nemocných má obavy, že partnera může ohrozit, poškodit.

Možnosti reprodukce po léčbě:

- Vědci se domnívají, že po ukončení léčby dochází k obnově spermatogeneze u 20 – 50 % pacientů.

- Nejdůležitějším faktorem je kvalita spermatogeneze před zahájením léčby, typ zhoubného onemocnění a vlastní léčebný postup.
- Obnovení spermatogeneze vyžaduje dlouhý čas, doporučuje se vyšetřit spermioqram po roce úplné remise onemocnění.
- U mužů plánujících založení rodiny je nutné opakované vyšetření spermioqramu, dle výsledku rozhodnutí o dalším postupu.
- Vhodné je taky genetické vyšetření k posouzení rizika vrozených vývojových vad u potomků.

4.1.2 MOŽNOSTI POMOCI A PREVENCE

- Před započatím léčby je nutno mluvit s lékařem o plodnosti a popřípadě uložit spermie nebo do banky, odebrat a spermie či zamrazit, poté je možné z tohoto vzorku provést umělé oplodnění.
- Při chemoterapii by nemělo dojít k početí, mohlo by dojít k vývojovým vadám plodu.
- Po dobu léčby by se měla dodržovat pohlavní zdrženlivost nebo alespoň styk s patřičnou ochranou.
- Doporučuje se počkat s početím potomka alespoň 2 roky od skončení léčby a projít cytogenetickým vyšetřením.
- Je potřeba zvýšit hygienu intimních partií, nepoužívat masti rozpustné ve oleji, používat bavlněné prádlo, nenosit těsné oblečení.

3..2 KRYOPREZERVACE SPERMATU

- Nejúčinnějším a praxí ověřeným postupem je zamrazení a dlouhodobé uchování spermatu před zahájením vlastní léčby.
- Muž je odeslán před zahájením léčby do specializovaného zařízení, kde pomocí masturbace zachytí spermie do speciální nádoby.
- V tomto vzorku se stanoví základní parametry spermioqramu, hodnotí se koncentrace, pohyb a morfologie.

- Sperma se smíchá s kryoprotektivním médiem, rozdělí se na dávky, zmrazí a přenese se do skladovacího kontejneru s tekutým dusíkem, nezbytné je přesné zadokumentování.
- U onkologických pacientů se počítá s výrazně sníženou kvalitou spermatu.

4.3 VYPADÁVÁNÍ VLASŮ (ALOPECIE)

Je to nejznámější nežádoucí účinek cytostatik. Při běžné chemoterapii je běžné vypadávání vlasů, chlupů, obočí, řas. Vznik závisí na druhu a dávce cytostatika, nemusí se vyskytnout u každého. Vypadávání vlasů vyvolává depresi. Vlasy po skončení léčby znovu narostou a většinou ještě v lepší kvalitě.

4.3.1 MOŽNOSTI POMOCI A PREVENCE

- Jako náhrada se využívají paruky (může ji předepsat lékař), tužka na obočí a umělé řasy, většinou ale mladí muži používají šátky a kšiltovky.
- Při chemoterapii se musí používat nedráždivý šampon, měkké kartáče na česání.
- Nevysušovat vlasy horkým vzduchem.
- Na psychiku lépe působí ostříhání vlasů nakrátko před samotným vypadáním.
- Ujistit nemocného, že vlasy po skončení opět narostou.

4.4 SLEDOVÁNÍ PACIENTŮ PO UKONČENÍ LÉČBY

- V prvním roce od ukončení léčby je riziko recidiv největší.
- Tomu odpovídá i intenzita sledování.
- Cílem je včasná detekce relapsů a komplikací chemoterapie, zejména sekundárních zhoubných nádorů.
- Kontroly v prvních letech jsou zaměřeny na recidivu nemoci a detekci druhostranného nádoru varlete, napadení druhého varlete je asi 4 %.
- V 1. roce po ukončení léčby je riziko recidivy až 80 %.
- Po 6 měsících se provádí ultrazvuk scrota, poté každý rok.

- Jednotlivé kontroly + odběry nádorových markerů a rentgen plic se provádí pravidelně v určitých intervalech, během prvních dvou let každé 3 měsíce, poté každý půl rok po dobu 2 let a poté 1x ročně.
- CT vyšetření se provádí během 1. roku 3x, poté 1x ročně.
- Samovyšetření varlete by se mělo provádět 1x měsíčně.
- Mnoho mužů má strach ze ztráty schopnosti sexuálního styku a eventuálně z neplodnosti. Varlata jsou však párové orgány a ponechané zdravé varle plně postačí pokrýt obě funkce. Odstraněním jednoho varlete se tedy pacient v žádném případě nestává impotentním ani neplodným.

3..5 PROGNÓZA

- U germinálních nádorů je prognóza určena dle histologie, rozsahem onemocnění a podle hodnot nádorových markerů.
- Pacienti s dobrou prognózou přežívají 5 let v 80 – 90 %.
- Pacienti se střední prognózou přežívají 5 let v 70 – 80 %.
- Pacienti se špatnou prognózou přežívají 5 let ve 48 %, tato kategorie se netýká seminomů, ti sem vůbec nejsou zařazováni.
- **Prognostické faktory** - klinicky významné prognostické faktory jsou zahrnuty v klasifikačních systémech TNM a IGCCCG.
- Prognóza bývá výborná, ale záleží na včasné diagnostice.
- V České republice se diagnostiku víc než třetina v pokročilém stádiu s metastázami v retroperitoneálních uzlinách či krevní diseminací a paradoxně i přesto, že varlata jsou dobře přístupné pohledu i pohmatu. Za tímto jevu se podílí nízká úroveň zdravotní výchovy a informovanosti, neznalost vlastních anatomických poměrů a hlavně velký stud. Primární prevence není možná, v sekundární prevenci se zaměřujeme na vytypování rizikových skupin a časný záchyt této choroby.
- Samovyšetřování – je nejjednodušší metodou včasného záchytu. S nácvikem by se mělo začít u chlapců již po pubertě, toto samovyšetřování by měl každý muž provádět minimálně 1x měsíčně.

3..6 PERSPEKTIVA

- Ve velké většině případů se jedná o chemosenzitivní onemocnění, objevují se další možnosti léčby v zavádění intenzifikované chemoterapie za podpory růstových faktorů.
- Výsledky klinických studií s vysokodávkovanou chemoterapií se očekávají u pacientů s velkým rozsahem onemocnění v době diagnózy, pokud byla v průběhu léčby prokázána dostatečná chemosenzitivita.
- Většina vyléčených nemocných vykonává dále své původní povolání a vrací se do zcela normálního života.
- U mužů po skončené léčbě, u kterých nejsou žádné známky původního nádorového onemocnění, je možné navrhnout komplexní lázeňskou léčbu. Většina pacientů se vyrovná s nemocí úspěšně a vrací se ke svým původním aktivitám rodinným, pracovním i sportovním.

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je zpracovaný u pacienta hospitalizovaného v Masarykově onkologickém ústavu v Brně na oddělení Kliniky komplexní onkologické péče C. Sem byl pacient odeslán z Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně, kde pacient podstoupil orchiektomii. Na základě všech získaných informací byl vyplněn ošetřovatelský proces, byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy a z nich sestaven individuální cíl, plán, realizace a zhodnocení.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: M.Š.	Pohlaví: Muž
Datum narození: 20.10.1975	Věk: 38
Adresa bydliště a telefon: Brno	
Adresa příbuzných: Brno	
RČ: XXXXXXXXXXXX	Číslo pojišťovny: 201
Vzdělání: Střední odborné	Zaměstnání: Zámečnick
Stav: svobodný, bezdětný	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 2.1.2012	Typ přijetí: plánovaný
Oddělení: KOC	Ošetřující lékař: MUDr. O.B.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Byl jsem přijatý k naplánování léčby a zahájení chemoterapie.“

Medicínská diagnóza hlavní:

Smíšený germinální tumor levého varlete , pT1 N0 M0 S1
(mírná pozitivita, elevace HCG)

Medicínské diagnózy vedlejší:

Chronická celoroční rýma
Stp. Levostranné orchiektomii

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 110/70 mmHg	Výška: 175 cm
P: 64/ min	Hmotnost: 75 kg
D: 16/ min	BMI: 24 (normální)
TT: 36,7 °C	Pohyblivost: soběstačný
Stav vědomí: při vědomí, orientovaný	Krevní skupina: A+

Nynější onemocnění:

Pacient se smíšeným germinálním tumorem levého varlete, stp. Levostranné orchiektomií, pT1 N0 M0 S1 (mírná elevace HCG) přijatý k zahájení adjuvantní chemoterapie.

Informační zdroje:

Chorobopis, propouštěcí zpráva z Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně, informace od sester na Klinice komplexní onkologické péče C, rozhovor s pacientem, záznamy v počítači.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: Carcinom prsu mezi 50 – 60 rokem, vyléčená, nyní má 63 let

Otec: 65 let zdravý

Sourozenci: 2 sourozenci, oba zcela zdraví

Děti: zatím bezdětný, nyní ale čeká s přítelkyní Radkou syna, nyní v 6 měsíci

Osobní anamnéza :

Překonané a chronické onemocnění: chronická celoroční rýma

Hospitalizace a operace: radikální orchiektomie vlevo 2.12. 2011 ve FN USA Brno

Úrazy: zlomenina levého malíčku ruky

Transfúze: nikdy nedostal

Očkování: absolvoval povinná očkování

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Cerucal	Tbl.	10 mg	1 – 1 - 1	antiemetikum
Helicid	Tbl.	20 mg	1 – 1 - 1	antiulcerotikum
Torecan	Tbl.	6,5 mg	d.p. při nevolnosti max.á 6 hodin	antiemetikum
Algifen	Kapky		30 kapek d.p. při bolesti max.á 6 hodin	analgetikum
Hypnogen	Tbl.	10 mg	d.p. při nespavosti 1/N	hypnotikum
Loperon	Cps.	2 mg	d.p. při průjmu max.á 4 hodiny	antidiarhoikum

Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

ABÚZY

Alkohol: příležitostně, maximálně 2 piva týdně

Kouření: nikdy nekouřil

Káva: příležitostně, maximálně 5 káv měsíčně

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje, nikdy neužíval

Gynekologická anamnéza (u žen)	Urologická anamnéza (u mužů)
Menarché: Cyklus: Trvání: Intenzita , bolesti: PM: A: UPT: Antikoncepce: Menopauza: Potíže klimakteria:	Překonané urologické onemocnění: Močový systém v pořádku. Varlata – radikální orchiektomie vlevo v prosinci 2011. Nadvarlata v pořádku, bez zjevných patologií.
Samovyšetřování prsou: Poslední gynekologická prohlídka:	Poslední návštěva u urologa: prosinec 2011 Samovyšetřování varlat: neprováděl

Sociální anamnéza:

Stav: svobodný, bezdětný

Bytové podmínky: trvalé bydliště má nahlášeno u rodičů v Brně, přechodně pobývá u přítelkyně, s kterou nyní čekají narození syna, pacient plánoval stěhování, ale nemoc mu to překazila. Rodiče mají rodinný dům 4 + 1 přízemní, přítelkyně má byt v osobním vlastnictví ve 2. patře panelového domu s výtahem.

Vztahy, role, a interakce v rodině: pacient neguje jakékoliv ztížené vztahy v rodině, všichni se mají rádi, nehádají se, stojí při sobě a podporují se. Rodiče i přítelkyně mají o něj nyní strach.

Mimo rodiny: pacient má partu přátel, se kterými se stýká každý měsíc pravidelně minimálně 2x, podnikají výlety a navštěvují různé kulturní akce

Záliby: posezení s přáteli, fotbal, hokej, kulturní akce, sledování sportovních přenosů v televizi, telefonování

Pracovní anamnéza

Vzdělání: střední odborné učiliště, obor zámečník

Pracovní zařazení: zámečník, nyní v pracovní neschopnosti

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: pacient pracuje od 7h do 15.30 h
5 dní v týdnu, volné víkendy

Vztahy na pracovišti: vztahy na pracovišti bez potíží, se všemi vychází bez komplikací

Ekonomické podmínky: pacient má dobré pracovní ohodnocení, uživí sebe i svou přítelkyni

Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky: pacient je nevěřící, navštěvuje kostel 1x ročně na Vánoce nebo při svatbě či křtinách přátel nebo rodinných příslušníků

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 3.1.2012

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„V poslední době mě pobolívá hlava v oblasti spánků většinou když jsem nervózní.“ „Dnes mě hlava pobolívá mírně.“	Hlava normocefalická, pokleповě nebolestivá, v oblasti spánků citlivá, bulby ve středním postavení, zornice izokorické s reakcí na obě kvality, sklery anikterické, spojivky růžové. Nos a uši bez sekrece. Krk symetrický, pulzace karotid hmatná a symetrická, náplň krčních žil v normě.
Hrudník a dýchací systém	„Dýchá se mi dobře, nyní mám volný nos, rýma je velmi slabá.“ „Bolesti na hrudníku nemám.“	Hrudník symetrický, bez deformit, poklep plný jasný, dýchání alveolární čisté, bez vedlejších dechových fenoménů. Dech 16 /min.
S r d e ě n í a cévní systém	„Potíže žádné nemám, občas při změně počasí mívám motání hlavy a nízký tlak.“	Srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestu. Náplň žil v normě. Pulzace karotid hmatná a symetrická, pulzace do periferie oboustranně hmatné. TK 110/70 mmHg , P 64/min
Břicho a GIT	„Břicho mě nebolí, občas se mi naválí, je mi na zvracení, proto se bojím jíst.“	Břicho v niveau, měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé, poklep bubínkový, bez evidentní hmatné rezistence. Játra v oblouku, slezina nenaráží, peristaltika fyziologická, břicho nejeví známky peritonitidy. Nevolnost bez závislosti na jídle, zvracení zatím nebylo.

M o č o v ý a pohlavní systém	„Cítím se trochu oteklý, zdá se mi, že mám větší kotníky.“	Jizva po orchiektomii klidná, zhojená. Zevní genitál v normě. Močení bez potíží, bez pálení či řezání. Nedostatečný výdej tekutin za 24 hodin P = 5700 ml, V = 2500 ml, nutná jednorázová podpora diuretiky. Dolní končetiny lehce oteklé v oblasti kotníků.
--------------------------------------	------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
K o s t e r n í a svalový systém	„Cítím oteklé kotníky na dolních končetinách. Kromě hlavy mě nebolí nic, chůzi zvládám zcela sám, bez potíží, když se mi točí hlava, nikam nechodím.“	Dolní končetiny lehce oteklé v oblasti kotníků. Křečové žíly klidné, bez potíží. Všechny kosti funkční, bez patologie, svaly i šlachy funkční, bez poškození.
N e r v o v ý a smyslový systém	„Zrak, sluch i čich mám dobrý, brýle nenosím. Mám chronickou rýmu, která se velmi mění, nyní je velmi slabá, nos mám volný, bez sekrece.“ „Dýchat můžu bez potíží.“	Pacient lucidní, orientovaný, spolupracující, neurologicky bez známek meningeálního dráždění, výstupy hlavových nervů nebolestivé. Oči bez potíží, bulby ve středním postavení, bez nystagmu, zornice izokorické s reakcí na obě kvality, sklery anikterické, spojivky růžové. Nos a uši bez sekrece, funkční v plném rozsahu, bez omezení, volně průchozí.
Endokrinní systém	„Nemám žádné potíží.“	Štítnice nehmatná, játra v oblouku, slezina nenaráží. Varlata není bez hmatné rezistence. Bez patologického nálezu.

Imunologický systém	„Mám tu svou celoroční rýmu, nyní je minimální, bez potíží.“ „Cítím se trochu unavený, tak odpočívám.“	Pacient trochu unavený, přes den polehává a snaží se odpočívat. Jinak bez potíží, alergie neudává. TT 36.7°C.
Kůže a její adnexa	„Na kůži nemám žádné oděrky ani ranky, nehty i vlasy bez potíží.“	Kůže čistá, bez patologické eflouescence, kožní turgor v normě. Bez ikteru a cyanózy. Dutina ústní čistá, hrdlo klidné, jazyk bez povlaku, plazí středem. Nehty bez patologie, čisté, udržované. Vlasy má pacient tmavě hnědé, krátce střižené, husté.

Poznámky z tělesné prohlídky:

Při tělesné prohlídce pacient při vědomí, orientovaný, nervózní. Pacient je zcela soběstačný, žádné pohybové omezení nemá. Když se mu motá jednou za čas hlava, raději polehává a nikam nechodí. Nyní ho z nervozity pobolívá hlava v oblasti spánků, cítí se trochu unavený, tak polehává. Jelikož pacient dnes začal kapat chemoterapii do flexily, občas se mu navolí, je mu na zvracení, bojí se proto jíst. Z důvodu negativní bilance tekutin má trochu oteklé kotníky na dolních končetinách.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Pokud jsem v práci, tak nám vozí obědy přímo z restaurace.“ „Jinak doma přítelkyně vaří každý den, jím normálně a všechno.“	
	V nemocnici	„Dneska se mi občas navaluje, je mi na zvracení, bojím se jíst.“ „Dneska jsem snědl jen jeden rohlík ke snídani.“	Dnes nevolnost bez závislosti na jídle, pocity na zvracení. Zatím nezvracel. Založena monitorace stravy a tekutin. Dieta č. 14 výběrová. BMI 24.
Příjem tekutin	Doma	„Doma vypiju denně 3 litry tekutin, nejradši mám citronové minerálky, vodu, čaje. Tak 2x do týdne si dám maximálně 2 piva.“	
	V nemocnici	„Dneska se snažím alespoň pít, když se bojím jíst. Už jsem vypil 7 skleniček čaje.“	Pacient dnes vypil 1400 ml čaje.
Vylučování moče	Doma	„Doma nemám žádné potíže při vyprazdňování moče.“	
	V nemocnici	„Chodím močit každou chvíli, sbírám moč do sběrné nádoby bez potíží.“	Pacient má nedostatečný výdej. Trochu oteklé kotníky na dolních končetinách. V = 2500 ml

Vylučování stolice	Doma	„Doma chodím na stolici pravidelně každé ráno, stolice je normální, průjem nemám.“	
	V nemocnici	„Naposledy jsem byl na velké před 2 dny ještě doma. Tady mi to zatím nejde.“	Poslední stolice před 2 dny. Projímadlo zatím nechce.
Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bdění	Doma	„Doma spím velmi dobře, máme nové postele.“	
	V nemocnici	„Tady se mi spí celkem obstojně, jsem trochu unavený, pospávám i během dne, večer chodím spát kolem 23 hodiny.“	Pacient trochu unavený, pospává i během dne. Léky na spaní vyžaduje, usíná kolem 23 hodiny, spí cca 7 hodin denně.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Doma odpočívám sledováním televize a lenošením. Občas mám chuť si jít zasportovat a tím odpočívám.“	
	V nemocnici	„Většinu dne trávím sledováním televize a občas pospávám.“	Pacient má během dne puštěnou televizi pořád, občas u toho pospává.

Hygiena	Doma	„Doma máme sprchu a chodím do ní většinou kolem 21 hodiny, v létě jdu do sprchy i ráno.“	
	V nemocnici	„ Tady chodím do sprchy 2x denně, ráno po probuzení a večer před spaním.“	Pacient provádí hygienu 2x denně, zvládá ji provádět sám bez dopomoci.
Samostatnost	Doma	„Jsem plně samostatný, nepotřebuji dopomoc při ničem.“	
	V nemocnici	„Jsem i tady samostatný, všechno zvládám sám.“	Pacient plně soběstačný, nepotřebuje dopomoc.

Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		„Vnímám všechno kolem sebe bez potíží.“	Pacient při vědomí.
Orientace		„Necítím se zmatený nebo dezorientovaný.“	Pacient orientovaný místem, časem i osobou.
Nálada		„Jsem trochu nervózní, ale náladu mám dobrou.“	Pacient příjemný, milý, u s m ě v a v ý , p o z i t i v n ě naladěn.
Paměť	Staropaměť	„Pamatuju si všechno.“	Pacient si pamatuje všechno podstatné.
	Novopaměť	„Pamatuju si všechno.“	Bez potíží.
Myšlení		„Myslím mi to celkem dobře, logické myšlení si myslím také mám.“	Myšlení bez potíží, pacient chytrý, logické myšlení také má.
Temperament		„Jsem klidný, nehádám se, nejsem výbušný.“	Pacient je částečně flegmatik a částečně sangvinik.
Sebehodnocení		„Občas si přijdu neschopný, ale to záleží na aktuální náladě.“	Pacient je soběstačný, snaží se, spolupracuje, je schopný.
Vnímání zdraví		„Teď jsem nervózní, protože nevím jestli mi léčba zabere a uzdravím se.“	Pacient si je vědom všech rizik léčby, chce se vyléčit.

Vnímání zdravotního stavu	„Nyní jsem nemocný, ale lékař říkal, že se uzdravím.“	Pacient spolupracuje, chce se vyléčit.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Všichni tady jste na mě hodní, ale už abych byl doma.“	Pacient trochu nervózní, snaží se to překonat. Přes den pospává, odpočívá.
Reakce na hospitalizaci	„Je to tu fajn, ale doma je lépe.“	Pacient spolupracuje, je příjemný, bezkonfliktní.
Adaptace na onemocnění	„Snažím se dělat všechno pro to, abych se vyléčil.“	Pacient se zajímá o své onemocnění, hledám informace.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Jsem trochu nervózní, zvykám si na nový režim.“	Pacient trochu nervózní, hospitalizace je pro něj nová věc, zvyká si pomalu a bez potíží.
Z k u š e n o s t i z p ř e d c h á z e j í c í c h h o s p i t a l i z a c í (i a t r o p a t o g e n i e , s o r r o r i g e n i e)	„Byl jsem v prosinci v nemocnici u Svaté Anny na operaci. A nyní tady u vás.“ „Všichni jsou na mě hodní, nikde jsem zlého nepotkal.“	Pacient spolupracuje, dodržuje léčebný režim. S personálem vychází dobře.

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Přijde mi, že jsem upovídaný tak akorát.“	Pacient komunikativní, snaží se bavit s každým, bez potíží.
	Neverbální	Neodpověděl.	Pacient při rozhovoru působí chvílkami nervózně, ustrašený výraz v obličeji.
Informovanost	O onemocnění	„Pan doktor mi všechno řekl o této nemoci.“	Pacient je plně informován o svém onemocnění.
	O diagnost. Metodách	„Prošel jsem spoustu vyšetření.“	Pacient měl odběry krve, spirometrii, Rtg plic, CT vyšetření hrudníku, břicha, pánve a retroperitonea, kryoprezervaci, EKG a ECHO srdce. O všech vyšetřeních je pacient informován.
	O léčbě a dietě	„Mám dietu č.14, takže si mohu vybírat, co budu mít k jídlu, jsem za to moc rád.“	Pacient má dietu č.14 po dohodě s lékařem a dietní sestrou, vybírá si, co bude jíst.

	O délce hospitalizace	„Pokud tu chemoterapii snesu dobře, budu tady týden. Dneska jsem začal.“	Pacient dnes začal kapat chemoterapii, bude ji mít 5 dní a pokud to bude dobré, tak by mohl den po dokapání jít domů.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Jsem muž a je mi 38 let.“	Pacientovo chování odpovídá pohlaví i věku.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Jsem synem, bratrem, bratrancem, synovcem, vnukem a za pár měsíců budu i otcem syna.“	Pacient je vzorným, svou rodinu má rád, nemá s nikým problém, volají si každý den s rodiči i babičkou. S přítelkyní se vidá každý den.
	Terciární (související s volným časem a zálibami)	„Mám spoustu kamarádů, stýkáme se s partou každý měsíc pravidelně.“	Kamarádi byli pacienta navštívit. Volají si.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření: provedená při první hospitalizaci v MOÚ Brno

UZ ledvin a močového měchýře

UZ třísel

UZ scrota

CT hrudníku, břicha, pánve a retroperitonea

RTG plic a srdce

Spirometrie

Echo srdce a EKG

Odběry krve – biochemie, hematologie, nádorové markery, krevní skupina, serologické vyšetření.

Výsledky:

UZ ledvin a močového měchýře – Bez patologie, prostata 35 mm.

UZ třísel – v obou tříslech uzliny zachované struktury, bez průkazu patologických uzlin. Vlevo laterálně nad symfýzou v oblasti popsané na CT patrné jizvení po operaci bez patologických formací.

UZ scrota – pravé nadvarle velikosti 11 x 6 mm, homogenní struktury, pravé varle velikosti 41 x 20 mm, normální prokrvení, bez tekutiny v obalu, cévní struktura v normě, levé nadvarle 9 x 8 mm, homogenní struktury, normální prokrvení, levé varle 48 x 23 mm větší, prostoupeno hypoechogenními ložisky, v dolní části kulovité ložisko – TU infiltrace, minimálně lemy normálního parenchymu.

CT hrudníku, břicha, pánve, retroperitonea – plíce bez patologických změn a infiltrace, mediastinum nerozšířeno, bez patologických uzlin. Není volná tekutina v pohrudničních dutinách. Skelet hrudníku bez průkazu MTS. Játra nezvětšena, homogenní, bez ložiskovitých změn, biliární trakt v normě. Parenchymové orgány a struktury horního břicha bez patologických změn. V retroperitoneu nejsou patologické uzliny, ledviny v normě, pankreas beze změny. V pánvi nezjištěny patologické změny, není volná tekutina. V levém třísle v oblasti jizvy postkontrastně patrný sytící se neostře ohraničený okrsek, spíše se bude jednat o pooperační změny, ale patologická infiltrace nelze vyloučit. Nutno udělat UZ třísel.

RTG plic a srdce – bránice hladká, zevní úhly volné, srdeční stín nezvětšen, přiměřené konfigurace. Plicní parenchym bez infiltrace, bronchovaskulární kresba přiměřená. Stín mediastina není rozšířen. Bez patologických změn.

Spirometrie – FVC 54 %, FEV1 54 %, PEF 75 % - středně těžká kombinovaná ventilační porucha bez převahy obstrukce. Difúzní kapacita plic – 108 %, normální difúze plynů na alveolokapilární membráně.

EKG – SR pravidelný, frekvence 55 /minutu, osa 30 st., PQ 0,18, QRS 0,1, ST izoel., vlny T bez patologie, PZ V2. Lehce rozšířen QRS, bez známek akutní patologie.

Echo srdce – bez patologie.

Odběry krve:

Krevní obraz – Leukocyty $6.710 \times 10^9/l$, Erytrocyty $5.010 \times 10^{12}/l$, Trombocyty $183 \times 10^9/l$, Hemoglobin 151 g/l, Hematokrit 0,430.

Biochemické vyšetření – Natrium 138 mmol/l, Kalium 4.3 mmol/l, Chloridy 103 mmol/l, Kalcium 2.37 mmol/l, Bilirubin celkový 7 umol/l, AST 0.36 ukat/l, ALT 0.41 ukat/l, GMT 0.38 ukat/l, ALP 0.78 ukat/l, LD 2.15 ukat/l, Kreatinin 93 umol/l, Urea 5.4 mmol/l, Kyselina močová 306 umol/l, glukóza 5.1 mmol/l, Albumin 44 g/l, Celková bílkovina 70 g/l, CRP 0.2 mg/l.

Nádorové markery – CEA 1.5 uq/l, Alfa – fetoprotein 1.8 uq/l, HCG + beta 0.7 IU/l.

Krevní skupina + Rh faktor – A+

Serologické vyšetření – Anti – HAV negativní, HBsAg negativní, Anti – HBs 0, HBeAg negativní, Anti – Hbe negativní, Anti HBc negativní, Anti – HBc negativní, Anti – HCV negativní.

Konzervativní léčba:

Dieta: č. 14

Pohybový režim: soběstačný

RHB: nemá

Výživa: ústy

Medikamentózní léčba:

- **Per os:**

Cerucal 10 mg tablety 1 – 1 – 1

Helicid 20 mg tablety 1 – 1 – 1

Torecan 6,5 mg tablety dle potřeby při nevolnosti max. á 6 hodin

Algifen kapky 30 kapek dle potřeby při bolesti max. á 6 hodin

Loperon 2 mg kapsle dle potřeby při průjmu max. á 4 hodiny

Hypnogen 10 mg 1 tableta dle potřeby při nespavosti na noc

Ondansetron 8 mg tableta jako součást chemoterapie, první tableta se užívá za 6 hodin od začátku CHT a druhá za 12 hodin od začátku CHT.

- **Intra venózní:**

Jako součást chemoterapie pacient dostává:

Ondansetron 8 mg bolus na začátku CHT 1x

Dexamethason 8 mg + 100 ml FR 1x

Etoposid 191 mg + 1000 ml FR +x

Cisplatina 38.20 mg + 1000ml FR 1x a 1000ml Ringerova roztoku 1x

Manitol 200ml 1x

Fyziologický roztok 500 ml 2x

Furosemid 20 mg. i.v. dle potřeby při retenci tekutin

- **Per rectum:** neužívá

- **Jiná:** Tafen kapky do nosu 0 – 0 – 1 kapka

Chirurgická léčba: Za hospitalizace žádná chirurgická léčba neproběhla.

SITUAČNÍ ANALÝZA:

38 – letý muž přijatý k zahájení léčby se smíšeným germinálním tumorem levého varlete. Pacient nejprve vyšetřen v Urocentru v Brně, kam šel s tím, že ho v prosinci pobolívalo levé varle a měl tam bulku. Tam byl diagnostikován tumor varlete a pacient byl odeslán k orchiektomii do Fakultní nemocnice U Svaté Anny v Brně. Po operaci přišel pacient do Masarykova onkologického ústavu v Brně, kde se na vstupní ambulanci odebrala anamnéza, shromáždily se všechny výsledky vyšetření a naplánovala se podle toho léčba. Než přišel pacient na první hospitalizaci, byl odeslán na Obilní trh, kde proběhla kryoprezervace spermatu. V lednu přišel pacient na první hospitalizaci, první den se odebraly kompletní odběry, proběhli doplňková vyšetření, pacient se seznámil s chodem oddělení a režimem. Druhý den začal kapat chemoterapii. První podání chemoterapie bylo provázeno nevolností, pocity na zvracení, bál se najíst, lehce mu otekly kotníky, pobolívala ho hlava z nervozity, cítí se unavený, polehává. Po posílení medikace proti nevolnosti se celkový stav lepší, pacient více jí a je i méně unavený. Pacient má dietu č. 14, kdy si může vybírat ze 3 jídel, co bude jíst každý den dle chuti. U pacienta je založen příjem tekutin a výdej moči, kdy se to přísně sleduje kvůli možné retenci tekutin. Hned první den podávání chemoterapie zjištěn při $P = 5700$ ml a $V = 2500$ ml otok kotníků na dolních končetinách, podán Furosemid i.v. a poté úprava příjmu i výdeje, po zbytek hospitalizace bez retence, P a V vyrovnaný. Pacient dostává chemoterapii 5 dní, pokud je jeho zdravotní stav dobrý, odchází domů další den po vykapání po vizitě lékaře. Pacient má naplánovány 2 série chemoterapie BEP, poté přešetření a případně sledování.

Stanovení ošetřovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit:

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Akutní bolest hlavy z důvodu nervozity projevující se verbalizací i mimikou.
2. Retence tekutin z důvodu nedostatečné funkce ledvin projevující se otoky kotníků dolních končetin.
3. Nausea z důvodu podávání chemoterapie projevující se nedostatečným příjmem potravy a nevolností.
4. Porušený spánek z důvodu změny prostředí a denní aktivitou projevující se únavou a denním pospáváním.
5. Strach z budoucnosti z důvodu nejistých výsledků léčby projevující se verbalizací.
6. Nedostatek tělesné síly z důvodu oslabení organismu projevující se únavou.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

1. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferního žilního přístupu.
2. Riziko pádu z důvodu občasných závratí a nízkého tlaku.
3. Riziko vzniku infekce z důvodu oslabení organismu chemoterapií.

STANOVENÍ SESTERSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT:

1. Akutní bolest hlavy z důvodu nervozity projevující se verbalizací i mimikou.

Cíl:

Bolest bude zmírněna.

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

Pacient umí určit intenzitu bolesti na analogové škále do 2 hodin.

Pacient zná příčiny bolesti do 3 hodin.

Pacient má dostupná analgetika při vzestupu bolesti do půl hodiny.

Pacient verbalizuje po podání analgetik úlevu do půl hodiny.

Plán intervencí:

Zjistí charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti – sestra.

Podej léky od bolesti dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek – sestra.

Všímej si vlivu bolesti na spánek, výživu a tělesnou aktivitu – sestra.

Najdi s pacientem úlevovou polohu – sestra.

Zaznamenávej do dokumentace průběh a intenzitu bolesti – sestra.

Sleduj pacientovi verbální i neverbální projevy – sestra.

Všímej si pacientova psychického stavu a nálady – sestra.

Realizace:

Pacient v 10 hodin hlásí pobolívání hlavy, vysvětlena VAS škála, pacient označuje č. 3, informován lékař. Dle ordinace lékaře podány analgetika. Po půl hodině po podání medikace verbalizuje pacient ústup bolesti na VAS č. 1. V průběhu dle kontrolovány bolesti cíleným dotazem, celý den poté zůstává bolest na VAS č. 1.

Hodnocení:

Pacient měl bolesti hlavy na VAS č. 3, po podání medikace se bolest hlavy snížila na VAS č. 1. Pacient zná příčiny bolesti a umí najít úlevovou polohu. Je poučen o možnostech podávání analgetik.

Cíl:

Cíl byl částečně splněn, je potřeba nadále pokračovat v intervencích.

2. Retence tekutin z důvodu nedostatečné funkce ledvin projevující se otoky kotníků dolních končetin.

Cíl:

Pacient bude vylučovat moč bez potíží.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient bude mít dostatečný výdej moči do 4 hodin.

Při verbalizaci nedostatečného močení dostane pacient lék na odvodnění do 1 hodiny.

Pacient verbalizuje vyrovnaný příjem a výdej do 2 dnů.

Pacient nemá otoky.

Pacient má fyziologické funkce v normě.

Plán intervencí:

Založ u pacienta monitorování příjmu tekutin a výdeje moči – sestra.

Edukuj pacienta o nutnosti sběru moči do sběrné nádoby – lékař, sestra, ošetřovatelka.

Podej dle ordinace lékaře při nedostatečném výdeji lék na odvodnění do 1 hodiny –sestra.

Sleduj u pacienta P a V tekutin, prováděj záznam – lékař, sestra.

Sleduj fyziologické funkce pacienta – lékař, sestra.

Seznam pacienta s příčinami a příznaky retence tekutin – lékař, sestra.

Realizace:

Ve 14 hodin pacient udává pocit otoků kotníků na dolních končetinách a nedostatečného výdeje moči. Zkontrolován P a V tekutin, zjištěn nedostatečný a neodpovídající výdej moči, od 6 hodin od rána pouze 900 ml. V 15 hodin změřen krevní tlak 110/70 mmHg a P 64/min, dle ordinace lékaře podán lék na odvodnění, pacient edukován. V 18 hodin provedena kontrola TK 120/85 mmHg a P 76/min, podán ještě 1x lék na odvodnění. Příjem tekutin počítaný od rána od 6 hodin v 18 hodin činí 1400 ml ústy, 4300 ml

vykapalo ve formě infuzí chemoterapie do žíly a výdej 2500 ml. Předáno noční směně. Ve 22 hodin kontrola výdeje moče, pacient vymočil dalších 1300 ml moči. Otoky na dolních končetinách zmírněny.

Hodnocení:

Pacient udává pocit otoků kotníků na dolních končetinách a nedostatečný výdej moči. Dle ordinace lékaře podán v 15h a 18 h lék na odvodnění s efektem zvýšeného výdeje moči ledvinami. Ve 22 hodin P tekutin celkově 5700 ml a V moči 3800 ml. Pacientovi otoky kotníků zmírněny. Každý den kontrola P a V tekutin á 12 hodin, nutná podpora lékem na odvodnění pouze tento den, jinak P a V vyrovnaný.

Celkové hodnocení:

Cíl byl splněn, retence moči a otoky kotníků na dolních končetinách byly pouze 1.den podávání chemoterapie, poté byl P a V vyrovnaný.

3. Nauzea z důvodu podávání chemoterapie projevující se nedostatečným příjmem potravy a nevolností.

Cíl:

Zmírnění nauzey.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient udává zmírnění do 2 hodin od podání medikace.

Pacient udává vymizení nauzey do 6 hodin od podání medikace.

Pacient zná možnosti pomoci a prevence při nauzey.

Plán intervencí:

Pouč pacienta o možnostech a prevenci nauzey – sestra.

Zajisti větrání pokoje alespoň 3x denně a správnou polohu – sestra, ošetřovatelka.

Sleduj projevy, příčiny, trvání nauzey – lékař, sestra.

Podej dle ordinace lékaře léky zmírňující nauzeu – sestra.

Proved' záznam do dokumentace při případném zvracení – sestra.

Zajisti u pacienta monitoraci stravy a tekutin – sestra.

Realizace:

Pacient při aplikaci chemoterapie pocítuje nauzeu, občas se mu naválí, bojí se jíst. V 8 hodin podány léky na zmírnění nauzey dle ordinace lékaře, v 9 hodin udává zmírnění nauzey, snaží se jíst a popíjet po malých doušcích a soustech. Posílena pravidelná medikace. Ve 14 hodin hlásí pacient téměř úplné vymizení nauzey, dokonce snědl celý oběd s chutí. Minimálně 3x denně kontrolována i nadále nauzea a příjem stravy a tekutin.

Celkové hodnocení:

Cíl byl splněn částečně, nutno pokračovat v daných intervencích. Nutno nadále sledovat příjem stravy a tekutin a nauzeu.

4. Porušený spánek z důvodu změny prostředí a denní aktivitou projevující se únavou a denním pospáváním.

Cíl:

Pacient spí v noci alespoň 6 hodin, po vyspání se cítí odpočínutý.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Po ulehnutí do lůžka pacient usne do 2 hodin.

Každý den po probuzení se cítí odpočínutý.

Při verbalizaci nespavosti dostane pacient lék na spaní do 1 hodiny.

Pacient verbalizuje zlepšení spánku do 3 dnů.

Plán intervencí:

Sleduj průměrnou délku spánku pacienta – sestra.

Snaž se udržet na oddělení v noci klidné a tiché prostředí – sestra.

Zjistí návyky pacienta před spánkem – sestra.

Zajisti faktory, které narušují spánek – sestra.

Při vyžádání pacienta léku na spaní, podej lék a sleduj jeho účinek – sestra.

Zajisti aktivitu pacienta během dne – sestra, ošetřovatelka.

Zabraň pospávání pacienta přes den – sestra.

Realizace:

V 19.hodin zajištěna večerní hygiena pacienta, výměna ložního prádla. Po uložení pacienta do lůžka na přání pacienta zapnuta televize a vyvětrán pokoj. Pacient ve 21 hodin hlásí, že nemůže usnout a vyžaduje léky na spaní, 21. 15 hodin podán lék na spaní dle ordinace lékaře. Ve 22 hodin pacient zkontrolován, spí klidně, vypnuta televize. Při pravidelných nočních kontrolách vždy pacient spí, neprobouzí se. V 6 hodin pacient vstává k ranní hygieně a verbalizuje odpočínutí.

Hodnocení:

Pacient udává nespavost, vyžaduje lék na spaní. Podán lék na spaní do 1 hodiny od hlášení nespavosti a poté do 2 hodin usnul. Pacient spal celou noc, bez probouzení.

Ráno se cítí odpočatý. Každý den vyžaduje léky na spaní, k úpravě spánku dochází do 3 dnů.

Celkové hodnocení:

Cíl byl částečně splněn, je potřeba pokračovat v daných intervencích i další dny hospitalizace. Pacient vyžaduje lék na spaní denně po celou dobu hospitalizace.

CELKOVÉ HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

V lednu přišel pacient na první hospitalizaci, první den se odebraly kompletní odběry, proběhli doplňková vyšetření, pacient se seznámil s chodem oddělení a režimem. Druhý den začal kapat chemoterapii. První podání chemoterapie bylo provázeno nevolností, pocity na zvracení, bál se najíst, lehce mu otekly kotníky, pobolívala ho hlava z nervozity, cítí se unavený, polehává. Po posílení medikace proti nevolnosti se celkový stav lepší, pacient více jí a je i méně unavený. Pacient má dietu č. 14, kdy si může vybírat ze 3 jídel, co bude jíst každý den dle chuti. U pacienta je založen příjem tekutin a výdej moči, kdy se to přísně sleduje kvůli možné retenci tekutin. Hned první den podávání chemoterapie zjištěn při $P = 5700$ ml a $V = 2500$ ml otok kotníků na dolních končetinách, podán Furosemid i.v. a poté úprava příjmu i výdeje, po zbytek hospitalizace bez retence, P a V vyrovnaný. Pacient dostává chemoterapii 5 dní, pokud je jeho zdravotní stav dobrý, odchází domů další den po vykapání po vizitě lékaře. Za 14 dní pacient přijde na 2.sérii chemoterapie.

6. DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro pacienta:

- Je potřeba, aby byl pacient seznámen s celkovou léčbou, tím se lépe s danou léčbou vypořádá a pozitivní psychika a naděje jsou léčebně prospěšné.
- Pacient by měl komunikovat s pacienty se stejnou diagnózou, společně se mohou podporovat.
- Pacient by měl mít neomezené návštěvy rodiny a přátel.
- Pacient by měl být motivován, mohl by si najít aktivity i v průběhu hospitalizace.
- Pobyť pacienta v nemocnici by měl být pro něj příjemný, je potřeba domluva se zdravotnickým personálem, nebrat zdravotníky jako protivníky, ale jako spolubojovníky za stejným cílem.

Doporučení pro rodinu:

- Je potřeba informovanost i rodinných příslušníků, aby mohli pacienta podporovat.
- Seznámením se s léčebným režimem se rodina uklidní, jejich strach bude menší.
- Časté návštěvy pacientovi zvednou náladu a dodají energii.

Doporučení pro všeobecné sestry:

- Sestry by měly v rámci celoživotního vzdělávání mít všeobecný přehled.
- Seznámením se s ošetrovatelským procesem pochopí pacientovi potíže, pocity.
- Znalostí vedlejších příznaků a jejich možností zmírnění pomohou zkvalitnit pobyt pacienta v nemocnici a pak i nadále v domácím prostředí.

- Sestra by měla s pacientem navázat příjemnou atmosféru a tím dobrou spolupráci.
- Každá sestra by si měla uvědomit, že litováním pacienta ubližuje jak sobě, tak i jemu, pacient potřebuje povzbudit.
- Každá sestra by měla umět relaxovat a psychicky si odpočinout, jelikož práce s tak mladými pacienty je náročná.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelským procesem u pacienta s nádorem varlat. V první části se nachází teoretické poznatky jako epidemiologie, morfolgie, příčiny a rizikové faktory, diagnostika, léčebné metody a obecné zásady léčby. Druhá část je věnována komplexnímu ošetrovatelskému procesu. U pacienta s diagnózou nádor varlat byla odebrána celková anamnéza, dané informace byly použity na stanovení aktuálních a potencionálních diagnóz. Tyto diagnózy byly rozfázovány do fází ošetrovatelského procesu, byl stanoven cíl, priorita, výsledná kritéria, plán intervencí, realizace a hodnocení. Každý pacient je jedinečný a jinak i prožívá dané onemocnění a léčbu, je potřeba ke každému pacientovi přistupovat individuálně, navázat s ním příjemnou atmosféru a dohromady bojovat za stejný cíl. Tím cílem je v aktivní léčbě odstranit co nejvíc nežádoucí účinky léčby, tím zpříjemnit pobyt v nemocnici a pozvednout kvalitu života takto nemocného člověka. Nádory varlat jsou zatím velmi opomíjené téma, nejsou tolik propagované v médiích tak jako například nádory prsu. Toto nádorové onemocnění je velmi aktuální hlavně u mladých mužů, je potřeba jim věnovat zvýšenou pozornost a dostat více do povědomí lidí. Čím větší bude informovanost o tomto onemocnění, tím bude větší možnost, že se zvýší počet mužů, kteří budou pravidelně dělat samovyšetřování varlat a tím bude i časnější záchyt případného nádoru a lepší vyhlídky na úplné vyléčení.

ANOTACE

Příjmení a jméno autora:	Jindra Veirová
Instituce:	Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Duškova 7, Praha 5
Název práce:	Ošetrovatelský proces u pacienta s nádorem varlat
Vedoucí práce:	Mgr. Olga Černá
Počet stran:	83
Počet příloh:	4
Rok obhajoby:	2013
Klíčová slova:	Kvalita života Nádorové onemocnění Nežádoucí účinky léčby Ošetrovatelský proces Varlata

Bakalářská práce je složena ze dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části se nachází epidemiologie, morfolgie, příznaky onemocnění, diagnostika a léčba. V praktické části je rozebrán ošetrovatelský proces u pacienta, který dané onemocnění prodělal. Jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy a rozpracován ošetrovatelský proces dle NANDA diagnóz.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

1. ADAM, Z., VORLÍČEK, J., VANÍČEK, J., 2004. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2. aktualizované a doplnění vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 692 str. ISBN 80-247-0896-5.
2. ADAM, Z., VORLÍČEK, J., KOPTÍKOVÁ, J., 2004. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 788 str. ISBN 80-247-0677-6.
3. ADAM, Z., VORLÍČEK, J. A KOLEKTIV. *Speciální onkologie*. 1.vydání. Brno: Masarykova univerzita. 542str. ISBN 80-210-2826-2.
4. DVOŘÁČEK, J., BABJUK, M. A KOLEKTIV. 2005. *Onkourologie*. 1.vydání. Praha: Galén a Karolinum. 589str. ISBN 80-7262-349-4.
5. HES, O., MICHAL, M., MUKENŠNABL, P. A KOLEKTIV., 2007. *Nádory varlat*. 1.vydání. Plzeň: Euroverlag. 368str. ISBN 978-80-7177-000-8.
6. KLENER, P., KLENER, P. jr., 2010. *Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 232str. ISBN: 978-80-247-2808-7.
7. NOVOTNÝ, J., VÍTEK, P. A KOLEKTIV., 2012. *Onkologie a klinické praxi*. 1.vydání. Praha: Mladá fronta, a.s. 531str. ISBN 978-80-204-2663-5.
8. TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D., 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vydání dotisk. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 186str. ISBN 80-7013-324-4.
9. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. A KOLEKTIV., 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. 1.vydání. Praha: Grada publishing, a.s. 328str. ISBN 80-247-1716-6.
10. VORLÍČKOVÁ, H., HRUBÁ, M., BENEŠ, M., 2002. *Chemoterapie a ošetrovatelské diagnózy*. Brno: Masarykův onkologický ústav. 95str.

BROŽURY

1. BEDNAŘÍK, O., ČAPÁK, I. A KOLEKTIV., 1998. *Několik rad pro onkologicky nemocné*. Brno: Masarykův onkologický ústav Brno.

2. BENEŠ, P., HELMICOVÁ, E., 2012. *Průvodce stravováním při nádorovém onemocnění.*
3. FILIP, S., BLÁHA, M., 2012. *Domácí rádce pro pacienty léčené chemoterapií.* Praha: Bristol – Myers Squibb.
4. HELMICOVÁ, E., HABER, J., 2012. *Anémie a únava u onkologických pacientů.* Praha: Janssen – Cilag.
5. STARNOVSKÁ, T., PAVLÍČKOVÁ, J., HRBKOVÁ, D., 2009. *Výživa při nádorovém onemocnění.* Praha: Nutricia Advanced Medical Nutrition. ISBN 978-80-239-9055-3.
6. ŠACHLOVÁ, M., HRBKOVÁ, D., 2004. *Nádorová onemocnění a výživa.* Brno: Masarykův onkologický ústav Brno.
7. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., VORLÍČKOVÁ, H. A KOLEKTIV, 2007. *Chemoterapie a vy.* 3. vydání. Praha.
8. TOMÍŠKOVÁ, M., 2007. *Předcházení nevolnosti a zvracení po chemoterapii.* 1.vydání. Praha: GlaxoSmithKline s.r.o.

LETÁKY

1. *Doporučená úprava stravování při změnách pocitu chuti.* 2010. Vydala Balance.
2. *Doporučená úprava stravování při pocitu sucha v ústech nebo bolesti sliznice úst a hrdla.* 2010. Vydala Balance.
3. *Doporučení při nevolnosti.* 2010. Vydal Masarykův onkologický ústav Brno.
4. *Doporučení při zácpě.* 2010. Vydal Masarykův onkologický ústav Brno.
5. *Doporučení při průjmech onkologických pacientů.* 2010. Vydal Masarykův onkologický ústav Brno.
6. *Doporučení výživy pro nemocné s potlačenou imunitou.* 2010. Vydal Masarykův onkologický ústav Brno.
7. *Doporučení při nechutenství.* 2010. Vydal Masarykův onkologický ústav Brno.

INTERNETOVÉ STRÁNKY

1. www.mou.cz
2. www.linkos.cz

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Rešerš	II
Příloha B – Povolení	IV
Příloha C – Cytostatikum	VI
Příloha D – Žilní přístupy	VII

- AD: Onkologické oddělení FTN, Praha 4, CZ
CI: Trendy v medicíně, Roč. 4, č. 2 (2002), s. 45-59, ISSN 1212-9046 - Lit:
18
LA: čeština RT: 3 - článek
- AN: bmc02015293 DT: 9.2002
TI: Nejnovější trendy v diagnosticko-léčebném programu zhoubných nádorů
varlat: testikulární nádory - 1. část
AU: Abrahámová, Jitka, 1943- - Dušek, Ladislav, 1967- - Svobodník, Adam,
1975-
AD: Onkologické oddělení FTN Krč, Praha, CZ
CI: Vybrané otázky - onkologie 5. 9. onkologicko-urologické sympozium a 5.
mammologické sympozium. Praha, 8.-9.11.2001., (2001), s. 13-14
LA: čeština RT: 3 - článek
- AN: bmc00010079 DT: 6.2000
TI: Ošetřovatelská kazuistika pacienta s nádorem varlete
AU: Komínková, Helena
AD: Bakalářské studium ošetřovatelství 1. LF UK, Praha, CZ
CI: Onkologická péče, Roč. 4, č. 2 (2000), s. 12-17, ISSN 1214-5602
LA: čeština RT: 3 - článek

Příloha B - Povolení

X



MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV

Žlutý kopec 7, 656 53 Brno

Úsek výzkumných a vzdělávacích projektů



Zdravotnické zařízení akreditované Joint Commission International a Spojenou akreditační komisí ČR

ŽÁDOST O PŘÍSTUP K INFORMACÍM VEDENÝCH O PACIENTECH VE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACI ZA ÚČELEM PLNĚNÍ VĚDECKO-VÝZKUMNÝCH ÚKOLŮ

I. Žadatel

Jméno, příjmení, titul/y:	JINDRA VEJROVÁ, DIS.
Oddělení / klinika:	KKOP - KOP
Telefon:	723 883243
E.mail:	jindra.vejrova@seznam.cz

Originál vyplněné žádosti zašlete na Úsek výzkumných a vzdělávacích projektů (Radka Babáková, kl. 4231).

II. Typ projektu, pro který je sběr dat realizován (Je možno žádat pro více projektů současně. Správné možnosti označte křížkem.)

- 1) Klinické hodnocení probíhající v MOÚ (klinické hodnocení fáze I až IV)
- 2) Populační / klinický registr (Uveďte registr/y, kde se podílíte na sběru dat, např. registr BREAST, CORECT, a další.)
- 3) Vědecko-výzkumný úkol podporovaný grantem / jinými zdroji
 - IGA MZČR (Uveďte grantová čísla.):
 - GAČR (Uveďte grantová čísla.):
 - PPV (program NRVaV pro podporu výzkumu v MOÚ; Uveďte název projektu a rok jeho schválení.):
 - Výzkumný projekt financovaný z jiných zdrojů (např. nadace, zahraniční grantové agentury, fondy EU, jiné soukromé a veřejné zdroje; Uveďte název projektu, název poskytovatele finanční podpory, rok schválení projektu.):
 - Výzkumný projekt realizovaný v rámci vědecko-výzkumných aktivit týmu multiloborové spolupráce MOÚ, který není financován z žádných zdrojů, např. retrospektivní zpracování dat



MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV

Žlutý kopec 7, 656 53 Brno

Úsek výzkumných a vzdělávacích projektů



Zdravotnické zařízení akreditované Joint Commission International a Spojenou akreditační komisí ČR

(Uveďte název projektu, rok schválení projektu NVVV.):.....
.....
.....

4) Výzkumný projekt realizovaný v rámci pre/postgraduálního vzdělávání (Uveďte název projektu, diplomové/dizertační práce, jméno školitele, rok zahájení projektu/práce.)
BAKALÁRSKÁ PRÁCE - DĚTĚDOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S NÁDOREM
VÁŘLAT, VEDOUcí PRÁCE Mgr. OLGA ČERNÁ, ROK ZAHÁJENÍ 2012/2013

III. Byl projekt schválen Etickou komisí?

NE ANO (Uveďte datum schválení, označení a sídlo etické komise.)
.....

IV. Období realizace projektu (Vyplňuje se pouze u projektů dle čl. II bodu 3) a 4) výše. Je-li řešeno více grantových projektů, udává se rok ukončení posledního z nich.)

Rok zahájení realizace projektu: 2012

Rok ukončení realizace projektu: 2013

Vyžaduje projekt získávání údajů ze zdravotnické dokumentace pacientů zařazených do projektu i po ukončení jeho realizační fáze (např. follow-up). ANO NE

Prohlášení žadatele: Jsem plně seznámen/a se směrnicí MOÚ č. 10/2011 Přístup ke zdravotnické dokumentaci a informacím o pacientech. Jsou mně jasné všechny povinnosti, které z ní pro mě vyplývají (zejména povinnost mlčenlivosti, povinnost zabránit neoprávněnému zveřejnění získaných osobních údajů a další).

Datum a podpis žadatele: 7.5.2013 *Jiřina Veselá*

Vyjádření, datum, jméno příjmení a podpis vedoucího pracovníka (U projektu dle čl. II bodu 1) je jím primář KLIN-HOD, u projektu dle čl. II bodu 2) přednosta KKOP, u projektu dle čl. II bodu 3) NVVV, u projektu dle čl. II bodu 4) školitel):

Potvrzuji, že se žadatel účastní výše uvedeného vědecko-výzkumného projektu a navrhuji kladné vyřízení jeho žádosti. ANO NE *Olga Křenková*

Datum schválení žádosti a podpis NVVV: *[Podpis]*

Příloha C – Cytostatikum



Zdroj: <http://img.aktualne.centrum.cz/331/4/3310411-cytostatika-2.jpg>



Z d r o j :
<http://img.ihned.cz/attachment.php/820/43649820/wGRtyabhDepAVos1UfPJ0cu2n98HxjK5/onkologie.jpg>



Zdroj: <http://img.aktualne.centrum.cz/28/60/286022-cytostatika-3.jpg>

Zdroj: http://i.lidovky.cz/13/041/lngal/MC4a4d51_shutterstock_18000313.jpg