

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

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O ŽENU
S TROFOBLASTICKOU NEMOCÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ŠÁRKA DRANČÁKOVÁ

Praha 2014

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

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O ŽENU
S TROFOBLASTICKOU NEMOCÍ**

Bakalářská práce

ŠÁRKA DRANČÁKOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2014



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

Drančáková Šárka
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 12.3.2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Specifika ošetrovatelské péče o ženu s trofoblastickou nemocí

Specific Nursing Care of Women with Trophoblastic Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 2.9.2013

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31.3.2014

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Mé poděkování patří hlavně PhDr. Ivaně Jahodové, za vedení bakalářské práce, poskytnuté rady, trpělivost a čas tomu věnovaný.

ABSTRAKT

DRANČÁKOVÁ, Šárka. *Specifika ošetrovateľskej péče o ženu s trofoblastickou nemocí*. Vysoká škola zdravotnícká, o. p. s. Stupeň kvalifikácie: Bakalár (Bc.). Vedúci práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2014. 62 s.

Téma této bakalářské práce byla specifika ošetrovateľské péče o ženu s trofoblastickou nemocí. Teoretická část se zabývá definícií trofoblastické nemoci, klasifikácií, klinickými prejavmi, ale i diagnostikou, rizikovými faktory, stupni a terapií. Část je venovaná i dispenzarizácii. Dále také charakterizuje najčastejšie ošetrovateľské problémy u pacientky pri léčbě trofoblastickou nemocí. Nezbytnou částí je část praktická, popisující zpracování ošetrovateľského procesu u ženy s trofoblastickou nemocí ve všech pěti fázich. Obsahuje zhodnocení stavu pri prijetí, stanovení aktuálnych i potencionálnych problémů dle subjektivního a objektivního hodnocení diagnostických třinácti domén M. Gordon a následné zpracování do ošetrovateľských diagnóz.

Klíčová slova

Choriokarcinom. Kompletní mola. Mola proliferans. Parciální mola. Trofoblastická nemoc.

ABSTRACT

DRANČÁKOVÁ, Šárka. *Specific Nursing Care of Women with Trophoblastic Disease*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague. 2014. 62 pages.

The topic of bachelor's thesis is specifics of nursing care for woman with trophoblastic disease. The thesis consists of two parts / theoretical and practical. The theoretical part deals with the definition of trophoblastic disease classification, clinical manifestations, but also diagnosis, risk factors, staging and treatment. This part is devoted to the dispensary care and also characterizes the most common nursing issues of treatment for a patient with trophoblastic diseases. An essential part is the practical part which describes an individual nursing plan for a patient with trophoblastic disease in all five phases. It includes an assessment of the condition at admission, determination of current and potential problems according to the subjective and objective assessment according to M. Gordon's thirteen diagnostic domains and subsequent processing into nursing diagnoses.

Keywords

Choriocarcinoma. Complete mole. Gestational trophoblastic disease. Invasive mole. Partial mole.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD.....	13
1 TROFOBLASTICKÁ NEMOC	14
1.1 HISTORIE TROFOBLASTICKÉ NEMOCI.....	14
1.2 DEFINICE TROFOBLASTICKÉ NEMOCI.....	15
1.3 KLASIFIKACE TROFOBLASTICKÉ NEMOCI.....	16
1.4 TROFOBLASTICKÁ INVAZE.....	18
1.5 PERZISTUJÍCÍ TROFOBLASTICKÁ INVAZE.....	18
1.6 PREMALIGNÍ NÁDORY TROFOBLASTU.....	19
1.6.1 PARCIÁLNÍ MOLA.....	19
1.6.2 KOMPLETNÍ MOLA.....	20
1.7 GESTAČNÍ TROFOBLASTICKÁ NEOPLÁZIE.....	21
1.7.1 MOLA PROLIFERANS/INVASIVA	22
1.7.2 EPITELIOID TROPHOBLASTIC TUMOR (ETT)	22
1.7.3 PLACENTAL SITE TROPHOBLASTIC TUMOR (PSTT).....	22
1.7.4 CHORIOKARCINOM – NO SPECIAL TYPE.....	23
1.8 PERZISTUJÍCÍ TROFOBLASTICKÁ NEMOC	23
1.9 INCIDENCE TROFOBLASTICKÉ NEMOCI	24
1.10 ETIOLOGIE TROFOBLASTICKÉ NEMOCI	24
1.11 KLINICKÝ OBRAZ.....	25
1.12 DIAGNOSTIKA.....	26
1.13 RIZIKOVÉ FAKTORY A STUPNĚ ONEMOCNĚNÍ.....	28
1.14 TERAPIE TROFOBLASTICKÉ NEMOCI	29
1.14.1 TERAPIE PREMALIGNÍCH FOREM	29
1.14.2 TERAPIE U NÍZKÉHO RIZIKA	29

1.14.3	TERAPIE VYSOKÉHO RIZIKA	30
1.15	DISPENZARIZACE TROFOBLASTICKÉ NEMOCI.....	31
2	NEJČASTĚJŠÍ OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY U PACIENTKY PŘI LÉČBĚ TROFOBLASTICKÉ NEMOCI.....	32
3	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S TROFOBLASTICKOU NEMOCÍ.....	34
	ZÁVĚR	59
	SEZNAM LITERATURY.....	60
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	index tělesné hmotnosti
CTN	Centrum pro trofoblastickou nemoc
ETT	epitheloid trophoblastic tumor
FIGO	Mezinárodní federace pro gynekologii a porodnictví
FNKV	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
hCG	humánní choriový gonadotropin
CH	choriokarcinom
MHK	mola hydatidosa completa
MHP	mola hydatidosa partialis
MP	mola proliferans
NST	no special type
PSN	placental site nodule
PSTT	placental site trophoblastic tumor
PTI	perzistující trofoblastická invaze
PŽK	periferní žilní katétr
PŽK	permanentní žilní katétr
TI	trofoblastická invaze
TN	trofoblastická nemoc
ÚPMD	Ústav pro péči o matku a dítě
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Angioinvaze - průnik (nádorových buněk) do cév (LINKOS, 2014)

SEZNAM OBRÁZKŮ TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1 Patogeneze parciální moly.....	20
Obrázek 2 Vznik kompletní hydatidózní moly.....	21
Tabulka 1 Histopatologická klasifikace trofoblastické nemoci.....	17
Tabulka 2 Klasifikace dle FIGO.....	17
Tabulka 3 Riziko malignizace.....	19
Tabulka 4 Bodovací systém.....	28

ÚVOD

Trofoblastická nemoc je téma ne příliš známé nejen mezi laiky, ale i mezi zdravotníky. Většina forem má benigní charakter, z některých ale mohou vzniknout maligní nádory. Proto vznikla v Evropě i Severní Americe centra, která tyto vzácné nádory celostátně centralizují.

Cílem bakalářské práce je zpracování a navržení specifík ošetrovatelské péče o pacientku s trofoblastickou nemocí. Z důvodu malého počtu české literatury, chceme rozšířit obzory, a proto tato bakalářská práce může sloužit jako zdroj informací pro porodní asistentky i všeobecné sestry.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí – z části teoretické a z části praktické. Teoretická část obsahuje kapitoly popisující hlavní formy trofoblastické nemoci, které jsou rozděleny na premaligní a maligní. Mezi premaligní jsou řazeny parciální a kompletní moly a v maligních je zahrnuta mola proliferující a choriokarcinomy. V praktické části je rozpracován ošetrovatelský proces u pacientky s trofoblastickou nemocí a na tomto základě jsou vypracovány ošetrovatelské diagnózy dle taxonomie II.

1 TROFOBLASTICKÁ NEMOC

Gestační trofoblastická nemoc je škála buněčných proliferací pocházejících z placentárních klků trofoblastu. Skládá se z chorob premaligních, kam jsou řazeny kompletní a parciální moly a dále maligní, obsahující invazivní moly, choriokarcinom no special type (NST), a velmi vzácně se vyskytující PSTT (placental site trophoblastic tumor) a ETT (epithelioid trophoblastic tumor). Tyto maligní formy mohou být nazývány také jako gestační trofoblastické tumory nebo neoplazie (BREWER, 2010), (SECKL, 2013).

Doc. Zavadil zavedl české pojmy pro tyto maligní formy dle jejich histologického typu. PSTT nazval jako choriokarcinom cytotrofoblastický, disociovaný a ETT jako choriokarcinom nediferencovaný (ZAVADIL, 2011).

Objevují se různé názory nahlízející na benignitu nebo malignitu těchto forem gestační trofoblastické nemoci. Dle Roba (2008) spadají mezi benigní formy parciální mola, kompletní mola, ale i mola proliferující. Dle Zavadila (2011) je proliferující mola zvláštní varianta nejčastěji moly kompletní, kde může dojít k velmi vystupňované proliferační aktivitě, která je morfologicky podobná choriokarcinomu. Tyto případy označuje jako hraniční. A jak už bylo zmíněno, dle Seckla (2013) je tato mola řazena mezi maligní formy a mola parciální a kompletní mezi formy premaligní (ROB, 2008), (SECKL, 2013), (ZAVADIL, 2011).

1.1 HISTORIE TROFOBLASTICKÉ NEMOCI

Staří Egypťané byli první, u kterých byla mola popsána. Váčkovité struktury moly považovali za parazitární cysty echinokoka. Ve středověku byly tyto moly dokonce křtěny jako začarované děti. Až v roce 1827 pařížská porodní bába Boyvenová popsala její vznik z placenty a v roce 1895 odhalil patogenezi choriokarcinomu Marchand.

Další objev v této problematice nastal roku 1927, kdy pokusy na myších a králících poukázaly na produkci humánního choriového gonadotropinu (hCG) trofoblastem. Přesné kvantitativní hodnocení hCG a objev beta-podjednotky, pomocí imunobiologických metod ELISA a RIA, umožnily spolehlivější sledování průběhu onemocnění a léčby.

Perzistující trofoblastická invaze (PTI) byla definována v centru pro trofoblastickou nemoc (CTN) v roce 1968 a publikována po pětiletém klinickém ověřování v roce 1973. Tento stejný nález popsal Kurman jako trophoblastic pseudotumor až o tři roky později. Stejně tak byla vypracována klasifikace choriokarcinomů (CH) v roce 1968 a v roce 1973 publikováno pět typů. Klasifikace dle Světové zdravotnické organizace (WHO), publikována o deset let později, byla s touto klasifikací slučitelná. V roce 1977 byla definována androgenní – kompletní mola a o rok později parciální triploidní mola (ZAVADIL, 2011).

V roce 1976 byl navržen prognostický bodovací systém, kde na základě rizikových faktorů a bodovacího systému jsou pacientky zařazeny do rizikové skupiny. Tento systém byl v roce 1986 publikován WHO. Dnes je široce používán. V roce 1992 navrhla Mezinárodní federace pro gynekologii a porodnictví (FIGO) anatomický staging, který byl v roce 2000 přepracován a v roce 2002 přijat. Dnes je v ČR využíván (ISSTD, 2009).

1.2 DEFINICE TROFOBLASTICKÉ NEMOCI

Trofoblastická nemoc je definována jako soubor klinicko-patologicky přesně vymezených jednotek, který zahrnuje maligní tumory trofoblastu a všechny formy gestačního trofoblastu (patologické i fyziologické), z nichž maligní tumory trofoblastu mohou vzniknout (ZAVADIL, 2011, s. 356).

Trofoblastická nemoc zahrnuje onemocnění způsobená změnami trofoblastu. Tyto změny jsou degenerativní procesy a mohou vést až ke vzniku zhoubných nádorů (KUDELA, 2004).

Je důležité si připomenout, že trofoblast je povrchová vrstva blastocysty tvořená jednou vrstvou plochých buněk. Buňky trofoblastu mají schopnost zanořit se do decidui. V místě kontaktu s epitelem buňky proliferují a postupně rozrušují epitel, buňky slizničního vaziva a děložní žlázy. Během proliferace se trofoblast rozliší na vnitřní cytotrofoblast a vnější syncytiotrofoblast. Přechodné stádium mezi cytotrofoblastem a syncytiotrofoblastem se nazývá intermediální trofoblast. Migrující cytotrofoblastické buňky směřující zevně se přeměňují na syncytiotrofoblast, kde se po 8. dnu vytváří vakuoly a trofoblastické lakuny. Později zde začíná proudit mateřská krev z rozrušených slizničních cév a dále jsou zde vytvořeny základy pro uteroplacentární oběh. Cytotrofoblast dává vzniku choriu a choriových klků (ČECH, 2011).

Od 7.–14. dne proliferuje trofoblast s tak velkou intenzitou, jako nejmalignější nádory a projde pěti různými stádii, jejichž morfologická analogie odpovídá pěti různým typům choriokarcinomů (ZAVADIL, 2011).

1.3 KLASIFIKACE TROFOBLASTICKÉ NEMOCI

V České republice byla používaná histopatologická klasifikace vypracovaná v roce 1973 v CTN, která byla slučitelná s klasifikací WHO. Dle tabulky 1 zahrnovala deset jednotek, které lze rozdělit do tří skupin: 1. trofoblastické invaze, 2. moly, 3. choriokarcinomy, jejichž biologické vlastnosti jsou odlišné a odpovídají třem hlavním formám klinické klasifikace (ZAVADIL, 2011).

Tato histopatologická klasifikace je zde zmíněna, protože se od ní odvíjí většina české literatury, i když již pár let není platná.

Tabulka 1 Histopatologická klasifikace trofoblastické nemoci

1.	TI	trofoblastická invaze (PSI – placental site invasion)
2.	PTI	perzistující trofoblastická invaze (EPS – exaggerated placental site)
3.	MHP	mola hydatidosa partialis (PHM – partial hydatiform mole)
4.	MHC	mola hydatidosa completa (CHM – complete hydatiform mole)
5.	MP	mola proliferans (IM – invasive mole)
	CH	choriokarcinom (CC – choriocarcinoma)
6.	CH-Ned	choriokarcinom nediferencovaný (ETT – epitheloid trophoblastic tumor)
7.	CH-Cyt	choriokarcinom cytotrofoblastický (PSTT – placental site trophoblastic tumor)
8.	CH-Dis	choriokarcinom disociovaný (PSTT – placental site trophoblastic tumor)
9.	CH-NST	choriokarcinom no special type (CC – choriocarcinoma) – klasická forma tvoří 85% všech choriokarcinomů
10.	CH-Syn	choriokarcinom syncytiotrofoblastický – choriokarcinom s převahou syncytiotrofoblastu

Zdroj: ZAVADIL, 2011, s. 356

Dnes je využívána klasifikace dle FIGO (Mezinárodní federace pro gynekologii a porodnictví). Dle tabulky 2 zahrnuje 4 stádia.

Tabulka 2 Klasifikace dle FIGO

stadium	
I	onemocnění omezeno na dělohu
II	onemocnění omezeno na pohlavní orgány
III	přítomnost plicních metastáz
IV	přítomnost jiných než plicních metastáz

Zdroj: PILKA, 2012, s. 146

1.4 TROFOBLASTICKÁ INVAZE

Trofoblastická invaze vzniká při každém fyziologickém i patologickém těhotenství a spontánně regreduje po ukončení těhotenství. Se čtrnáctým dnem těhotenství začnou buňky cytotrofoblastu a syncytiotrofoblastu pronikat do decidui v oblasti nidace, později do cév a krevním řečištěm se mohou šířit do plic a dalších orgánů (CNS, GIT). Tato angioinvaze je fyziologická vlastnost a než bylo toto známo, byla považována za známku malignity. U nás i v USA byla v 50 % příčinnou falešné positivity choriokarcinomů. Pokud spontánně neustoupí do třiceti dnů, objevuje se riziko přechodu trofoblastická invaze v patologickou formu nazývanou perzistující trofoblastická invaze (KUDELA, 2004), (ZAVADIL, 2007).

TI se může objevit ve 3 stupních. 1. stupeň je považován za fyziologický, kdy denzita neboli počet buněk intermediálního trofoblastu v jednom zorném poli při silném zvětšení (objektiv 40krát) nepřesahuje 50. Při 2. stupni nepřesahuje 100. Pokud dojde k tomuto zmnožení, jedná se o 3. stupeň, který odpovídá perzistující trofoblastické invazi (ZAVADIL, 2008b).

1.5 PERZISTUJÍCÍ TROFOBLASTICKÁ INVAZE

Perzistující trofoblastická invaze je morfologicky shodná s trofoblastickou invazí. Objevují se podobné histologické a cytologické varianty. Ještě předtím, než byla tato invaze definována, byl nemocným diagnostikován gestační trofoblastický tumor. Hysterektomie byla v té době jediná léčba. Histologický nález neodpovídal nádoru, ale obrazu trofoblastické invaze (KUDELA, 2004), (ZAVADIL, 2011).

Existuje také zvláštní forma PTI označována jako placental site nodule (PSN). Jedná se o benigní lézi vzniklou ze zbytku placentární tkáně. Konkrétně intermediálního trofoblastu. Navazuje na předchozí graviditu, kde selhala kompletní involuce. PSN může být zjištěna i po několika letech po graviditě z cervikální biopsie, endometriální

kyretáže či z hysterektomie. Jedná se o ohraničené žluté výrůstky na endometriu nebo endocervixu. Vždy je důležité pomyslet na možné patologie související s placentální tkání (VLČEK, 2010).

1.6 PREMALIGNÍ NÁDORY TROFOBLASTU

Mezi premaligní nádory trofoblastu patří parciální a kompletní mola. Tabulka 3 naznačuje riziko malignizace, kde je zařazena i mola proliferans, která je na pomezí mezi benigními a maligními nádory trofoblastu (ROB, 2008), (ZAVADIL, 2011).

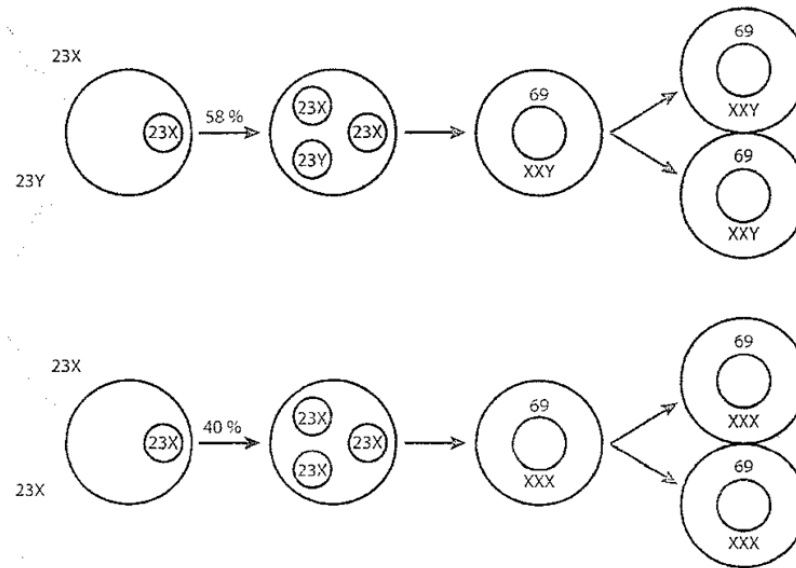
Tabulka 3 Riziko malignizace

typ	riziko
moly hydatidosa partialis	< 0,0001
mola hydatidosa completa	4-8 %
mola proliferans / kvasiva	15-20 %

Zdroj: ROB a kol., 2008, s. 211

1.6.1 PARCIÁLNÍ MOLA

Parciální mola vzniká patologickým oplozením vajíčka. Tato patogeneze byla zjištěna až pomocí genetiky. Na obrázku 1 je vajíčko 23X oplodněno dvěma spermiemi. Výsledkem je triploidní zygota 69XXX nebo 69XXY se dvěma sadami otcovských chromozomů a jednou sadou mateřských. Vývoj embrya nebo dále plodu není vyloučený. Objevují se ale četně malformace, a proto často umírá v 1. trimestru mezi 7.–10. týdnem. Ne všechna triploidní těhotenství jsou moly. Objevují se v jednom procentu všech těhotenství a z toho 85 % jsou parciální moly (ROB, 2008), (ZAVADIL, 2011).

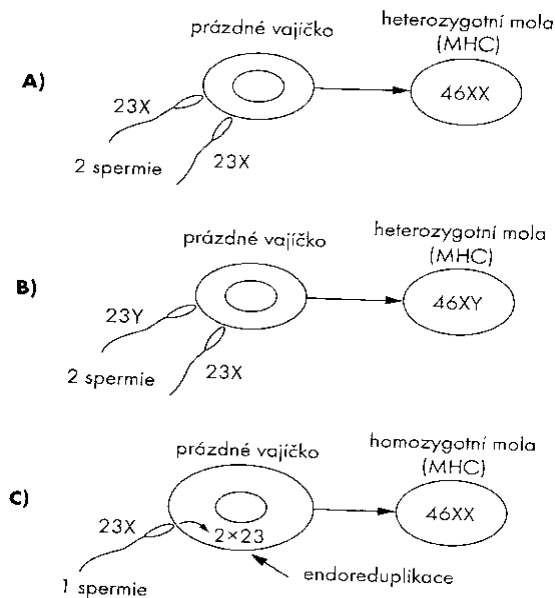


Zdroj: ZAVADIL, 2011

Obrázek 1 Patogeneze parciální moly

1.6.2 KOMPLETNÍ MOLA

Kompletní mola vzniká patologickou fertilizací vajíčka, během které dochází ke ztrátě všech mateřských chromozomů 23X. Veškeré chromozomy jsou původu otcovského. Nazývá se jako vajíčko prázdné (empty ovum). Dle Zavadila (2011) je vajíčko z 96 % oplozeno jednou spermií 23X a otcovské chromozomy se následně reduplikují na 46XX. Ze 4 % je oplozeno dvěma spermii 23X a 23Y a vzniká zygota 46XY. Dle obrázku 2 uvádí navíc Rob (2008) možnost oplození dvěma spermii 23X a 23X. Tato zygota neumožňuje další vývoj embrya. Placenta se vyvíjí patologicky, zvětšuje se do velkých rozměrů z důvodu edémů klků a začíná se podobat hroznům vína. Embryo nelze na ultrazvuku zachytit, ale zvětšení klků je na něm patrné (ROB, 2008), (ZAVADIL, 2011).



Zdroj: ROB a kol., 2008

Obrázek 2 Vznik kompletní hydatidózní moly

Po molárním těhotenství může dojít k rozvoji gestační trofoblastické neoplazie. Ta může být nemetastazující či metastazující. Proto je velmi důležité sledovat hodnoty hCG s cílem včas odhalit tuto neoplazii (BERKOWITZ, 2009).

1.7 GESTAČNÍ TROFOBLASTICKÁ NEOPLÁZIE

Gestační trofoblastické neoplazie zahrnuje proliferující molu, choriokarcinom no special type, placental site trophoblastic tumor a epitheloid trophoblastic tumor (BREWER, 2011).

Gestační trofoblastické neoplazie jsou v současnosti nejlépe léčitelné maligní tumory i při vytvořených metastázách. Dle histologie existuje pět typů choriokarcinomů, jejichž struktura připomíná trofoblast 7-14 dní starého embrya. 85 % je tvořeno z diferencovaných buněk syncytiotrofoblastických a cytotrofoblastických. Tento konkrétní typ je definován jako diferencovaný smíšený

typ (dle obecné onkologie jako No Special Type). Klasifikace choriokarcinomů dle jejich diferenciaci:

- choriokarcinom nediferencovaný - ETT,
- choriokarcinom cytotrofoblastický - PSTT,
- choriokarcinom disociovaný - PSTT,
- choriokarcinom no special type - NST,
- choriokarcinom syncytiotrofoblastický.

Toto dělení není platné ve světové literatuře. Ve světové literatuře jsou platné pouze 3 typy těchto maligních tumorů a to choriokarcinom NST, PSTT a ETT (BREWER, 2010), (ZAVADIL, 2011).

1.7.1 MOLA PROLIFERANS/INVASIVA

Mola proliferans/invasiva je považována za nejagresivnější molu. Je to varianta kompletní moly, ale vzácně i moly parciální. Charakteristická je pro ni velmi zvýšená proliferace trofoblastu s možností prorůstání do dělohy i dále (ZAVADIL, 2011).

1.7.2 EPITELIOID TROPHOBLASTIC TUMOR (ETT)

Choriokarcinom nediferencovaný produkuje velmi malé množství hCG z důvodu dediferenciaci velkých jaderných buněk. Tento CH je, dle Zavadila, neoplastický korelát trofoblastu 7–8 dní starého embrya. Je velmi málo citlivý na chemoterapii, a proto je indikací k hysterektomii. Většina těchto choriokarcinomů se objeví po více letech po porodu (BREWER, 2010), (ZAVADIL, 2011).

1.7.3 PLACENTAL SITE TROPHOBLASTIC TUMOR (PSTT)

PSTT méně často metastazuje, než choriokarcinom NST, ale má sklony k lymfatickým metastázám. Ve většině případů nenásleduje po molárním těhotenství.

U cytotrofoblastického choriokarcinomu se histologicky začíná objevovat cytotrofoblast, ale syncytiotrofoblast pouze ojediněle, proto jsou hodnoty hCG nízké. Tato struktura připomíná embryo staré 10–11 dní. Je indikací k hysterektomii z důvodu malé citlivosti na chemoterapii. Choriokarcinom disociovaný histologicky napodobuje trofoblast embrya 14 dní starého. V této fázi dochází k trofoblastické invazi. Trofoblast je zde nazýván jako intermediální z důvodu přechodného stádia mezi cytotrofoblastem a syncytiotrofoblastem. Stále je zde ale malý počet syncytiotrofoblastických buněk (BREWER, 2010), (ZAVADIL, 2011).

1.7.4 CHORIOKARCINOM – NO SPECIAL TYPE

U choriokarcinomu diferencovaného smíšeného (no special type) se objevují vysoké hodnoty hCG, díky kterým lze odhadnout množství nádoru a metastáz. Histologicky je poměr cytotrofoblastických a syncytiotrofoblastických buněk procentuálně vyrovnaný. V každém choriokarcinomu NST se objevuje určité procento nediferencovaného nebo intermediálního trofoblastu, které snižuje citlivost nádoru na chemoterapii. Velmi často metastazuje i do vzdálených míst. Nejčastěji do plic, mozku, jater, pochvy, ledvin, střeva i sleziny. Ve 25 % následuje po potratu nebo mimoděložním těhotenství, 25 % případů je spojováno s termínovým nebo předčasným porodem a zbylých 50 % vzniká po mole (BREWER, 2010), (ZAVADIL, 2011).

1.8 PERZISTUJÍCÍ TROFOBLASTICKÁ NEMOC

Perzistující trofoblastická nemoc (PTN) je stanovena pouze na základě klinických, laboratorních a dalších nálezů bez histologického ověření. Jejím zdrojem je některá z deseti histologicky definovaných jednotek a vyžaduje chemoterapii (ZAVADIL, 2008a).

1.9 INCIDENCE TROFOBLASTICKÉ NEMOCI

Nejčastější ze všech trofoblastických nemocí je mola hydatidosa. V ČR připadá statisticky jeda mola na 2500 těhotenství. Daleko vyšší výskyt je zaznamenán v Asii nebo Mexiku a to 1:200. Pokud bychom se zaměřili na jednotlivé moly, tak dle Roba (2008) je výskyt kompletní moly odhadován na 1:3000–4000 a parciální na 1:2000–3000 registrovaných těhotenství. Nelze ale přesně určit, protože často probíhá jako spontánní potrat, který není histologicky vyšetřován. Konkrétně v ÚPMD se objevuje jedna parciální mola na 250 těhotenství. Výskyt proliferující moly je v ČR 1:20 000 (KUDELA, 2004), (ROB, 2008), (ZAVADIL, 2007).

Incidence choriokarcinomů v ČR je podobná jako v Evropě, USA a Kanadě. Jeden choriokarcinom se vyvine na 16 až 20 tisíc těhotenství. Patří mezi nejzhubnější lidské nádory a bez léčby usmrtí během několika měsíců (LETÁK, 2006).

Všeobecně se riziko výskytu parciální moly zvyšuje před 20. rokem 1,3krát, po 45. roce 19krát a po 50. roce 400krát při srovnání s ženami mezi 25.–29. rokem. Velmi zvýšené je i riziko opakování parciální moly (ZAVADIL, 2011).

Choriokarcinom se objevuje s incidencí jednoho případu na 40 hydatidozních mol, 20 000–40 000 těhotenství a 160 000 termínových těhotenství (PILKA, 2012, s. 144).

1.10 ETIOLOGIE TROFOBLASTICKÉ NEMOCI

Příčina trofoblastické nemoci není doposud objasněna. Pouze u parciální moly se objevují domněnky, že příčina patologické fertilizace je v pomalu reagující zona pellucida vajíčka, protože se parciální moly opakují u žen s různými partnery. Dále se zvětšuje výskyt s přibývajícím věkem žen (ZAVADIL, 2011).

Jak už bylo řečeno, trofoblastická nemoc (TN) vždy navazuje na graviditu. Příčinou může být imunologická reakce, neboť tkáň choriokarcinomu je pro ženu z jedné poloviny cizí z důvodu spojení mateřské a otcovské buňky (VORLÍČEK, 2006b).

1.11 KLINICKÝ OBRAZ

Zatímco trofoblastická invaze nemá žádné příznaky, perzistující trofoblastická invaze se může projevit krvácením různé intenzity se zvětšením dělohy. Tyto příznaky mohou ale i chybět (ZAVADIL, 2011).

Klinické projevy parciální moly se obvykle projevují jako zamlklý nebo neúplný potrat včetně vaginálního krvácení. Děloha je vzhledem ke gestačnímu stáří malé nebo normální velikosti. Z důvodu zavedení ultrazvuku se změnila doba záchytu moly kompletní. Bývají zachyceny v dřívějších stádiích gravidity, a proto se klinické symptomy nevyskytují. Dříve byly diagnostikovány ve 2. trimestru s příznaky děložního krvácení, anemie, toxémie, hyperemie, hypertyreózy, respiračního selhání. Další příznaky byly théka-luteinní cysty na ováriích a nadměrná velikost dělohy. V Centru pro trofoblastickou nemoc v New England v letech 1965–1975 byla tato choroba diagnostikovaná v průměrném gestačním věku 16,5 týdne. Zatímco v období 1988–1993 byl průměrný gestační věk 11,8 týdne (GOLDSTEIN, 2010), (BERKOWITZ, 2009), (ROB, 2008).

Přetrvávají neoplazie (invazivní mola a choriokarcinom NST) po ukončeném molárním těhotenství se nejčastěji projevuje jako nepravidelné krvácení, zvětšení dělohy a bilaterální zvětšení vaječníků po evakuaci molou (BREWER, 2010).

První příznaky všech typů choriokarcinomů se mohou objevit týdny, měsíce i roky po graviditě. Existují případy, kdy se objevily již během 3. trimestru. Z 89 % se objevují gynekologické symptomy jako metroragie (76 %), vaginální metastázy, náhlé příhody břišní (krvácení z luteální cysty, torze ovariální cysty) a ovariální tumor. Negynekologické symptomy se mohou objevit jako primární onemocnění jiného

orgánu. Spadají sem plicní příznaky (tumory, embolizace, záněty), krvácení CNS, krvácení či nádor jater nebo pankreatu, struma, onemocnění mléčné žlázy. Zcela výjimečně se mohou objevit plicní metastázy z trofoblastické invaze bez histologicky prokazatelného nádoru v děloze (ZAVADIL, 2011).

Konkrétně PSTT a ETT může způsobit nepravidelné děložní krvácení. Děloha bývá symetricky zvětšena a hladiny hCG jsou pouze mírně zvýšené (BREWER, 2010).

1.12 DIAGNOSTIKA

V ÚPMD se ke stanovení diagnózy provádí kompletní gynekologické vyšetření, odběry krve ke stanovení hladiny hCG, přehledný RTG snímek v předozadní projekci, ultrasonografické vyšetření malé pánve a jater. Dále je možné indikovat počítačovou tomografii a nukleární magnetickou rezonanci CNS (ŠAROCHOVÁ, 2012).

Trofoblastickou invazi nelze prokázat žádnými zobrazovacími metodami. Její přítomnost ale dokazuje pozitivita hCG. Pokud jsou hodnoty hCG perzistující déle než 30 dnů, jedná se o perzistující trofoblastickou nemoc. Ta je diagnostikovaná do šesti týdnů. Dále je možné PTI diagnostikovat mikroskopicky při počtu nad 100 buněk intermediálního trofoblastu v jednom zorném poli při silném zvětšení (objektiv 40krát). K tomuto zjištění můžeme dojít po kyretáži dutiny děložní. Pokud je bioptický nález negativní, je vždy důležité myslet na možnost perzistence trofoblastické invaze v plicích (ZAVADIL 2008b), (ZAVADIL, 2011).

Molární těhotenství lze rozpoznat na ultrazvuku, ale hlavní diagnóza je histologická. V ÚPMD byl využit klinicko-patologický materiál z let 1955–2009, který umožnil vymezit 14 morfologických znaků pro přesnější histologickou diagnózu. Tyto znaky jsou popsány v příloze A. Kompletní moly byly rozdělené na zralé a nezralé a dále byl do souboru přiřazen hydropický abort pro histologickou podobnost s molami. Ultrazvuková technika umožňuje zjistit absenci embrya již od 6. týdne. Tím se zvyšuje počet velmi nezralých kompletních mol a jejich histologický obraz se přibližuje

k parciálním molám i hydropickému abortu. Dříve byly nezralé kompletní moly mylně diagnostikovány jako parciální (ZAVADIL, 2009).

Hodnoty hCG mohou být dalším diagnostickým znakem. Buňky trofoblastu produkující hCG jsou u molárního těhotenství hyperplastické a zvýšená koncentrace hCG může upozornit na přítomnost úplné moly. U pacientek sledovaných v New England trpících úplnými molami byly hodnoty hCG v 46 % před evakuací vyšší než 100 000 mIU/ml. Dle clinical practice guidelines jsou indikací k chemoterapii tyto údaje. Přetrvávající nebo stoupající hCG po evakuaci dutiny děložní, silné krvácení z pochvy, gastrointestinální a intraperitoneální krvácení, prokázaný choriokarcinom, prokázané metastáze, hodnoty hCG $\geq 20\,000$ IU/l po čtyřech týdnech po evakuaci dutiny děložní. Dříve zvýšené hCG po šesti měsících od evakuace hCG dnes není indikace pro zahájení chemoterapie (SECKL, 2013), (BERKOWITZ, 2009).

Choriokarcinom NST je většinou diagnostikován, pokud po předchozím těhotenství zůstávají zvýšené hodnoty hCG a jsou objeveny metastáze. PSTT a ETT jsou spojovány s mírně zvýšenými hladinami hCG. Pokud napovídá klinický obraz diagnóze některého typu choriokarcinomu, je nutné potvrzení histologické. Pokud toto není možné, uzavírá se onemocnění jako perzistující trofoblastická nemoc (BREWER, 2010), (ZAVADIL, 2011).

Vždy je nutné vyhodnotit přítomnost, hodnoty a perzistence hCG. Aby byla prokázaná přítomnost hCG jako produkt některé jednotky trofoblastické nemoci, musí být vyloučena intrauterinní, extrauterinní gravidita, rezidua a negyneologický tumor produkující hCG. Dále je nutné vyloučit takzvané fantomové hCG. Je způsobeno přítomností určitých protilátek v krvi některých žen a lze odkrýt vyšetřením močí, kde je hCG negativní. Jako poslední se vyloučí syndrom persistent low levels – hCG, který má tři druhy. Při vyloučení je zdrojem hodnot hCG neproliferující perzistující trofoblastická invaze s možností vyvolání některé formy (PTN). Hodnoty hCG jsou závislé na přítomnosti syncytiotrofoblastických buněk. U trofoblastické invaze, moly a většiny choriokarcinomů se hodnoty pohybují mezi 10^3 – 10^6 IU/l. Avšak choriokarcinom nediferencovaný, cytotrofoblastický a disociovaný produkují vzhledem k malému počtu syncytiotrofoblastických elementů malé hodnoty hCG. Proto jsou i nízké hodnoty diagnostickým znakem pro PTN. Perzistence hCG a hladina hCG

v krvi závisí na trofoblastické invazi, denzitně i procentu synsytiotrofoblastických buněk. Apoptóza těchto buněk udává rychlost klesání hCG. Pokud nedojde k negativizaci hCG do šesti týdnů, je tato perzistence hCG považována za patologickou a je diagnostikovaná PTN (ZAVADIL, 2008a).

1.13 RIZIKOVÉ FAKTORY A STUPNĚ ONEMOCNĚNÍ

Při gestační trofoblastické neoplazii je nutné stanovit stupeň onemocnění dle klasifikace FIGO. Tato klasifikace posoudí rozsah onemocnění. Pak dle rizikových faktorů v tabulce 4, zařadit pacientku do rizikové skupiny, podle které je následně léčena.

Tabulka 4 Bodovací systém

rizikové faktory	body			
	0	1	2	4
věk	≤39	>39	-	-
předešlé těhotenství	mola	potrat	porod	-
uplynulý interval od těhotenství (měsíce)	<4	4–6	7–12	>12
hodnoty hCG	<10 ³	10 ³ –10 ⁴	10 ⁴ –10 ⁵	>10 ⁵
velikost tumoru (cm)	<3	3–4	5 a více	-
lokalizace metastáz	-	slezina, ledviny	GIT	játra, mozek
počet metastáz	-	1–4	5–8	8 a více
předešlé nezdařené chemoterapie	-	-	monoterapie	polychemoterapie

Zdroj: BREWER, 2011, s. 13

Toto vyhodnocení a zařazení do stádia umožní podat pacientce vhodnou terapii. Tato terapie maximalizuje šanci na přežití a snaží se o minimum toxicity pro organismus. Pokud je bodové ohodnocení nižší než 7, je pacientka zařazena do skupiny nízkého rizika (low risk) a pokud je 7 a více, je řazena do skupiny vysokého rizika (high risk). Dle těchto skupin je podaná léčba (BREWER, 2011).

1.14 TERAPIE TROFOBLASTICKÉ NEMOCI

Perzistující trofoblastická invaze převážně spontánně ustupuje. HCG může plynule klesat 2–3 měsíce. V tomto případě není nutná chemoterapie. Léčba různých typů choriokarcinomů se odvíjí od rizikového stupně onemocnění a dalších faktorů. Mezi tyto faktory patří přání ženy později otěhotnět, lokalizace a velikost nádoru a celkový zdravotní stav.

1.14.1 TERAPIE PREMALIGNÍCH FOREM

Parciální mola je nejčastěji léčena evakuací dutiny děložní odsátím a následnou kyretáží. Materiál získaný kyretáží je důležitý při odlišení parciální a kompletní moly. Mola kompletní končí buď spontánním potratem, nebo je v prvním trimestru evakuována. Alternativní léčbou je hysterektomie. Adnexy mohou být ponechány i přes přítomnost théka-luteiních cyst. Dále je nutné sledovat hodnoty hCG, aby byla včas odhalena malignita a proběhla léčba vhodným způsobem. I po hysterektomii je zde riziko vzniku metastáz (BREWER, 2010), (ZAVADIL, 2011).

1.14.2 TERAPIE U NÍZKÉHO RIZIKA

Pacientky, u kterých nejsou diagnostikovány metastáze (stadium I) a pacientky s metastázemi spadající dle bodového ohodnocení do skupiny s nízkým rizikem

(stádium II, III: skóre <7), jsou léčeny v monoterapii Metotrexat nebo Aktinomycin D (BREWER, 2011).

V ÚPMD jsou pacientky, které spadají do skupiny nízkého rizika (skóre <7), jsou léčeny v monoterapii Metotrexat v pětidenním režimu. Každý den je pacientce podaná hydratace 500 ml FR i.v. a Metotrexát 0,4 mg/kg tělesné váhy i.v., kde maximální denní dávka je 25 mg. Léčba je prováděna každé dva týdny. Během aplikace je nutná kontrola hCG každý den. Při neadekvátní odpovědi na léčbu, kdy zvýšené hodnoty hCG přetrvávají, jsou pacientky nízkého rizika léčeny chemoterapií v monoterapii Aktinomycin D v pětidenním režimu. Každý den je pacientce podaná hydratace 500 ml FR i.v., Aktinomycin D 0,5 mg i.v. a Dexona 16mg. Léčba se opakuje každé dva týdny. HCG by mělo být monitorováno 1., 3., 5., den podání (PROTOKOLY ÚPMD).

1.14.3 TERAPIE VYSOKÉHO RIZIKA

Choriokarcinomy se dnes léčí z velké části chemoterapeuticky a dále chirurgicky. Nejčastěji používaná cytostatika jsou metotrexát, aktinomycin D, vepesid (etoposid), cyklofosfamid (C), vikristin (onkovin), cisplatinu (platidiam P). Léčba musí být vždy přísně individualizovaná. Chirurgická léčba se provádí u histologicky potvrzeného choriokarcinomu nediferencovatelného, cytotrofoblastického a disociovaného a důvodu jejich chemorezistence a agresivity. Léčba PTN probíhá stejnou polychemoterapií jako léčba choriokarcinomů (ZAVADIL, 2011).

Pacientky zařazené do skupiny vysokého rizika (stádium IV a stádium II–III, skóre ≥ 7) by měly být léčeny zpočátku polychemoterapií. Bývají léčeny dle protokolu EMA – CO a EMA – PE (BREWER, 2011).

První den je podáván Etoposid 100 mg/m² i.v. po dobu 30 minut, Aktinomycin D 0,5 mg bolus, Metotrexát bolus 100 mg, po kterém následuje Metotrexat v infuzi 200 mg/m² po dobu 12 hodin. Druhý den Etoposid 100 mg/m² i.v., aktinomycin D 0,5mg bolus, Leukovorin 15 mg i.m. za 24 hodin po zahájené infuzi Metotrexatu 4krát v intervalu 6 hodin. Osmý den Vincristin 1 mg/m², Cyklofosfamid 600 mg/m². Cyklus se opakuje 15., 16. a 22. den (každý 2. týden). Tato léčba je dnes počáteční léčba

u pacientek řazených do vysoce rizikové metastazující skupiny. Je zde nízká toxicita a vysoké procento pacientek, které přežily. S terapií je nutné pokračovat ještě 2 až 3 cykly po snížení hCG na negativní hodnoty. (BREWER, 2011), (PROTOKOLY ÚPMD).

Další možností léčby je léčba dle protokolu EMA – PE. První den je podáván Etoposid 100 mg/m², Aktinomycin D 0,5 mg a Metotrexát bolus 100 mg, po kterém následuje Metotrexát v infuzi 200 mg/m² 12 hodin. Osmý den je hydratační režim, Cisplatina 100 mg/m² a Vepesid 200 mg/m². Cyklus se opakuje 15., 16. a 22. den (každý 2. týden) Vždy je důležité antialegrické a antiemetické zajištění (PROTOKOLY ÚPMD).

Při selhání standardních protokolů pro 3. a 4. rizikový stupeň je možné jako „záchranné režimy“ zvolit některý z následujících protokolů: PEBA (cisplatina, etoposid, bleomycin, adriamycin), IPE (ifosfamid, cisplatina, etoposid), ICE (ifosfamid, karboplatina, etoposid), TETP (taxol, etoposid, taxol, cisplatina). Poslední možností je vysokodávkovaná chemoterapie s autologní transplantací dřeně nebo kmenových buněk (ZAVADIL, 2011, s. 366).

1.15 DISPENZARIZACE TROFOBLASTICKÉ NEMOCI

Kontrola hCG po evakuaci moly by měla být u všech pacientek v týdenním až dvoutýdenním intervalu. Po poklesu na negativní úroveň (< 5 IU/l) stačí kontrola jednou za měsíc po dobu šesti měsíců. Po léčbě chemoterapií při gestační trofoblastické neoplázii by měly být hodnoty hCG kontrolovány v intervalu jednou měsíčně po dobu 12 měsíců. Riziko relapsu je v prvním roce jen 3 %. První rok po ukončení chemoterapie by nemělo dojít k otěhotnění, proto je vhodné doporučit antikoncepci. Po následném otěhotnění by měla být kontrola hCG provedena po šestinedělí (BERKOWITZ, 2009), (BREWER, 2011).

2 NEJČASTĚJŠÍ OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY U PACIENTKY PŘI LÉČBĚ TROFOBLASTICKÉ NEMOCI

V CTN je nejčastější léčba chemoterapeutická, která je ojediněle kombinovaná s léčbou operační či radiační. Jejím cílem je zničení zhoubného nádoru, nebo zamezení jeho vzniku z jiných forem TN. Doba léčby chemoterapií se pohybuje od jednoho až do několika měsíců. Nemocná je vždy opakovaně krátkodobě hospitalizovaná. Chemoterapie je v CTN podávána formou nitrožilní infuze a obvykle se zavádí permanentní žilní katétr do žíly na předloktí, nebo hřbetu ruky. Vždy je nutné dodržovat doporučené schéma léčby a intervaly mezi podáním jednotlivých dávek. Při podání je vždy riziko výskytu nežádoucích účinků. Proto je nutné upozornit pacientku, aby veškeré nepříjemné pocity ihned hlásila všeobecné sestře nebo lékaři.

Nežádoucích účinků se uvádí mnoho, ale u žádné pacientky se neobjeví všechny, dokonce se nemusí objevit žádné. Obavy patientek z nežádoucích účinků chemoterapie jsou ale velmi časté. Příčinou těchto nežádoucích účinků je neschopnost chemoterapie rozlišit zdravé buňky od buněk nádorových. Nejčastěji jsou zasaženy krvinky, buňky ve sliznicích trávicího ústrojí, v reprodukčních orgánech a buňky vlasových váčků. Někdy mohou být poškozeny i buňky srdce, ledvin, močového měchýře, plic a nervového systému. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří:

Dočasný pokles krvetvorby

Pokles bílých krvinek dosahuje maxima mezi 10.–20. dnem po podání chemoterapie. Postupně se jejich počet upravuje. Z toho důvodu je pacientka nejvíce náchylná k infekci mezi aplikacemi. Pomaleji klesají krevní destičky důležité k zástavě krvácení a ještě pomaleji červené krvinky zodpovědné za únavu.

Nevolnost a zvracení

Problémem je hlavně nevolnost po aplikaci léčby, která může být značně demotivující pro další léčení. Pacientkám jsou většinou podávány antiemetika pro zmírnění těchto obtíží.

Ztráta vlasů

Tento nežádoucí účinek patří k velmi nepříjemným, který se neobjevuje u všech pacientek. Ve všech případech vlasy narostou po skončení léčby i v lepší kvalitě. Pacientka má nárok na příspěvek na paruku.

Obtíže se sliznicí v ústech a krku

Chemoterapie může způsobit suchost a krvácení sliznic. V jiném případě může dojít k infekci plísněmi či oparu.

Obtíže s vyprazdňováním

Po podání chemoterapie se může objevit průjem, ale i zácpa. Průjem se objevuje z důvodu účinku chemoterapie na buňky střevní sliznice a zácpa se může objevit z důvodu snížené fyzické aktivity a podání cytostatik. Vždy by měl být informován lékař při těchto obtížích.

Změny na kůži a nehtech

Kůže může zarudnout, svědit, být suchá. Nehty se stávají křehčími a lámavějšími.

Porucha periferního nervového systému

Nejčastěji se objevuje na končetinách a trávicím traktu. Objevuje se slabost, třes, mravenčení. Mohou se objevit i poruchy rovnováhy. Každou tuto změnu je nutné nahlásit ošetřujícímu lékaři.

Vliv na pohlavní ústrojí a sexuální funkce

Chemoterapie může ovlivňovat funkci vaječnicků a tím v nich snižovat množství hormonů. Proto se může objevit nepravidelnost až zástava menstruačního krvácení. Dále může způsobit neplodnost. Kvůli riziku genetického poškození plodu by nemělo v době podání chemoterapie dojít k početí.

Po skončení chemoterapie dochází i k obnově normálních buněk, tím odezní i obtíže způsobené podáním chemoterapie. Doba odeznění nežádoucích účinků je individuální a záleží na mnoha okolnostech. Během chemoterapie je vhodné dodržovat zdravou výživu a nezapomínat na přiměřenou fyzickou aktivitu (INFORMOVANÝ SOUHLAS, 2013), (VORLÍČEK, 2006a).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S TROFOBLASTICKOU NEMOCÍ

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: B. V.	Pohlaví: žena
Datum narození: 1972	Věk: 42 let
Adresa bydliště a telefon: Praha	
Adresa příbuzných: Praha	
RČ: 72000/0000	Číslo pojišťovny: Všeobecná zdravotní pojišťovna 211
Vzdělání: středoškolské s maturitou	Zaměstnání: asistentka v restauraci (od 29.10.13 na neschopence)
Stav: vdaná	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 1.1.2014	Typ přijetí: neodkladné
Oddělení: gynekologické (G3)	Ošetřující lékař: MUDr. F. H

Důvod přijetí udávaný pacientem

Další cyklus chemoterapie pro zvýšené hCG.

Medicínská diagnóza hlavní

Mola hydatidosa completa.

Medicínské diagnózy vedlejší:

Nenalezeny.

Hodnoty zjišťované při příjmu

TK: 110/78	Výška: 173 cm
P: 55'	Hmotnost: 69 kg
D: 25'	BMI: 23,05
TT: 36,5 °C	Pohyblivost: normální
Stav vědomí: při vědomí, orientovaná	Krevní skupina: 0 poz.

Nynější onemocnění:

Pacientka přichází dne 1.1.2014 k IX. cyklu chemoterapie v monoterapii Aktinomycin D v pětidenním režimu. Je přijata na gynekologické oddělení G3.

Dne 31.7.2013 byla pacientka odeslána z FNKV po evakuaci dutiny děložní pro missed abortion nebo mola hydatidosa, ta byla následně histologicky potvrzena. HCG po výkonu dosahovalo 56 750 IU/l.

Informační zdroje

Rozhovor s pacientkou, chorobopis pacientky, pohled, rozhovor s ošetřujícím lékařem.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: karcinom plic, zemřela v červnu 2013

Otec: cholecystektomie, plicní embolie

Sourozenci: sestra – v dětství epilepsie v noci

Děti: 0

Osobní anamnéza

Překonaná a chronická onemocnění: v dětství plané neštovice, spála, salmonelóza, chlamydie horních dýchacích cest

Hospitalizace a operace: ambulantní odstranění krčních mandlí v pěti letech, 23.7.2013 ambulantně provedena revize dutiny děložní

Úrazy: 1990 zlomenina kosti hlezenní

Transfúze: 0

Očkování: běžná dětská povinná očkování

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Aktiferrin	tbl.	34,6 mg	1-0-0	antianemikum

Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: chlad

Abúzy

Alkohol: příležitostně

Kouření: exkuřák 10 let (od roku 2003 nekouří)

Káva: 2x denně

Léky: 0

Jiné návykové látky: 0

Gynekologická anamnéza

Menarché: od 13 let

Cyklus: po 28 dnech

Trvání: 4 dny

Intenzita, bolesti: v mládí silné bolesti

PM: 21.12.2013

A: 0

UPT: 1994 – 1x

Antikoncepce: již 10 let ji neužívá

Samovyšetřování prsou: sama neprovádí, provádí praktický lékař

Poslední gynekologická prohlídka: srpen 2013

Sociální anamnéza

Stav: vdaná

Bytové podmínky: byt 2+kk

Vztahy, role a interakce: Pacientka žije v bytě s manželem. Kromě běžných hádek vyskytujících se v každé rodině, mají krásný vztah. Manžel je jí velkou oporou. Teď je pacientka na neschopence a práce i kolegové jí chybí. Je velmi společenská.

Záliby: horská turistika, kolečkové brusle, tanec, muzika

Volnočasové aktivity: sport, čtení, péče o domácnost

Pracovní anamnéza

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Pracovní zařazení: asistentka v restauraci

Vztahy na pracovišti: v normě

Ekonomické podmínky: v normě

Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky: vyznává římsko-katolickou církev

UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

1. Podpora zdraví		
<ul style="list-style-type: none">• Uvědomování si zdraví• Management zdraví		
	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Doma	<i>Zdraví pro mě je a vždy bylo to nejdůležitější. Vše se od něj odvíjí. Zakládám si na snídani, jím zeleninu a ovoce a snažím se dodržovat pohybový režim. Chodím na preventivní kontroly ke gynekologovi, praktickému lékaři a stomatologovi. Prsa si sama nevyšetřuji, ale jednou za dva roky mi je kontroluje praktická lékařka.</i>	Z domácího prostředí nemohu údaje objektivně posoudit.
Při hospitalizaci	<i>Zdraví vnímám stejně jako před onemocněním. Jen pociťuji výpadek pohybu. To je znát i na mé váze. Nikdy jsem nebyvala často nemocná.</i>	Pacientka nikdy nebyla vážně nemocná. Uvědomuje si, že dřívější kouření jejímu zdraví nepřispívalo. Kromě dodržování léčebného režimu se snaží dodržovat i všechna doporučení.
Ošetřovatelský problém: nenalezen		

Priorita

2. Výživa

- Příjem potravy
- Trávení
- Vstřebávání
- Metabolizmus
- Hydratace

	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Doma	<p><i>Dietu jsem nikdy žádnou neměla. Jím 3krát denně a vždy něco sladkého odpoledne ke kávě. Jsem zvyklá každé ráno snídat jogurt nebo mléko. Nikdy jsem doma žádné problémy s trávením neměla. Pitný režim se snažím dodržovat, alespoň 3 litry denně. Nejčastěji piji filtrovanou vodu. Slazenou vodu nemám ráda. Pravidelně si dávám 2 kávy denně. Při chemoterapii se mi změnila sliznice v ústech. Po každém cyklu mám doma 3 dny bolení jazyka. Mám pocit, že mi praskne.</i></p>	<p>Z domácího prostředí nemohu údaje objektivně posoudit.</p>
Při hospitalizaci	<p><i>Nemocniční strava mi moc nechutná. Vždy se těším po týdnu domů. Ale na snídani si stěžovat nemohu. Při hospitalizaci piji neochucené minerálky.</i></p>	<p>Výška 173 cm, váha 69 kg. BMI 23,05 – norma. Stav nehtů normální. Vlasy si pacientka před hospitalizací oholila strojkem z důvodu řídnutí. Rty růžové, bez cyanózy. Sliznice v dutině ústní změněná, obzvláště na jazyku se po stranách objevují bílé povlaky.</p>

		Chrup vlastní. Tonzily hladké, nezvětšené. Břicho je měkké, nebolestivé.
Ošetrovatelský problém: změněná sliznice v ústech		
Priorita: střední		

3. Vylučování a výměna		
<ul style="list-style-type: none"> • Funkce močového systému • Funkce gastrointestinálního systému • Funkce kožního systému • Funkce dýchacího systému 		
	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Doma	<i>S močením jsem nikdy žádný problém neměla. Mám naučený režim chodit na stolicí po snídani. Zácpu jsem zažila jen jednou po jednom cyklu chemoterapie. Nevzpomínám si po kolikátém. Doma mi pomohl až olivový olej.</i>	Z domácího prostředí nemohu údaje objektivně posoudit.
Při hospitalizaci	<i>I v nemocnici se snažím svůj režim dodržovat. Změna prostředí mi v tomto ohledu nevadí. Kůži jsem měla vždy suchou a nepříjde mi, že během chemoterapie by se kůže změnila. Jen se mi během léčby zvýšila pigmentace.</i>	Problémy s vyprazdňováním stolice a močením zatím pacientka nemá. Kůže prokrvená, suchá, ikterus 0. Kožní turgor nesnížený, otoky nezjištěny. Na obličeji a kolem axilárních jamek jsou zřejmé pigmentové skvrny. Po zhodnocení stavu kůže zjištěno zhoršené hojení poranění z důvodu chemoterapie. Pacientka se řízla při holení a rána není po čtyřech měsících zcela zahojená. Riziko infekce nehrozí. Dýchací systém bez obtíží. Plíce bez patologického nálezu.

Ošetřovatelský problém: riziko zácpy
Priorita: nízká

4. Aktivita – odpočinek		
<ul style="list-style-type: none"> • Spánek, odpočinek • Aktivita, cvičení • Rovnováha energie • Kardiovaskulární-pulmonální reakce • Sebepéče 		
	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Doma	<i>Problémy se spánkem jsem nikdy neměla. Ideální mi přijde 8 hodin spánku. Ráda si i ráno pospím. Léky na spaní jsem nikdy nebrala.</i>	Z domácího prostředí nemohu údaje objektivně posoudit.
Při hospitalizaci	<i>Na spánek v nemocnici si úplně stěžovat nemohu, ale pohodlí a soukromí doma mi zde chybí. Při prvních cyklech chemoterapie jsem se cítila unavená. Teď se cítím mnohem lépe. Prostředí mi zde neumožňuje být sportovně aktivní, a tak se mi snižuje fyzická kondice. Byla jsem zvyklá sportovat, tak se teď necítím dobře, jak mi tělo povoluje.</i>	Pacientka spala na pokoji sama. Působila odpočatě. Stěžovala si pouze na málo pohodlnou postel a polštář. Pohybuje se sama dle potřeby. Páteř pohyblivá, nebolestivá, zakřivení fyziologické. Pohyblivost kloubů dobrá, bez známek bolesti. Reflexy výbavné. Hrudník souměrný, bolest na hrudi neudává. TK: 110/78, P: 55'. Pulzace karotid oboustranně nezvětšená, náplň krčních žil. Periferní pulzace oboustranně hmatné. Pacientka je plně soběstačná.
Ošetřovatelský problém: únava		
Priorita: nízká		

5. Vnímání - poznávání		
<ul style="list-style-type: none"> • Pozornost • Orientace • Kognice • Komunikace 		
	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Doma	<i>Necítím rozdíl ve vnímání dříve a dnes.</i>	Z domácího prostředí nemohu údaje objektivně posoudit.
Při hospitalizaci	<i>Nepocítuji žádné poruchy pozornosti po onemocnění. Poruchy se smysly jsem nikdy neměla. Brýle nenosím. Upřednostňuji svůj názor, ale občas se nechám ovlivnit.</i>	Pacientka spolupracuje, má zájem a je velmi ochotná odpovídat na otázky. I nepříjemné otázky bere s humorem. Je orientovaná časem, prostorem a vlastní osobou. Je si vědoma všech svých činů. Paměť je nenarušená až výjimečná. Sluch, zrak, čich, chuť, hmat bez patologie. Oční štěrbinu souměrné, bulby ve středním postavení, zornice izokorické. Zpočátku se cítí nejistě, ale později je velmi komunikativní a společenská. Řeč je jasná, srozumitelná.
Ošetřovatelský problém: nenalezen		
Priorita		

6. Vnímání sebe sama		
<ul style="list-style-type: none"> • Sebepojetí • Sebeúcta • Obraz těla 		
	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Doma	<i>Nevím, co na to odpovědět. Každá žena se snaží o sebe dbát po všech stránkách. Vnímala jsem se již</i>	Z domácího prostředí nemohu údaje objektivně posoudit.

	<i>lépe než dnes.</i>	
Při hospitalizaci	<i>Momentálně se vnímám jako asexuální obludka. Až to bude možné, musím se dát dohromady. Někdy mám špatnou náladu, ale vím, že se nesmím litovat. Naposledy před týdnem, když jsem zjistila, že mám vzadu na hlavě pleš.</i>	U pacientky je zřejmá změna ve vnímání tělesného obrazu. Nejvíce se tato změna projevila po prořídnutí vlasů. Velmi ale věří ve změnu po vyléčení. Vše se snaží brát s humorem.
Ošetrovatelský problém: změna pohledu na vlastní tělo		
Priorita: střední		

7. Vztahy		
<ul style="list-style-type: none"> • Role pečovatelů • Rodinné vztahy • Plnění rolí 		
	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Doma	<i>Doma jsem v roli manželky.</i>	Z domácího prostředí nemohu údaje objektivně posoudit.
Při hospitalizaci	<i>Myslím si, že změny ve vztazích v rodině nenastaly. S manželem vše zvládáme. Snažím se mu vše vynahrázovat, když jsem doma. Ráda bych se brzy viděla i v roli matky.</i>	Pacientka působí jistě, když mluví o vztazích v rodině. Role manželky je naplněna.
Ošetrovatelský problém: nenalezen		
Priorita		

8. Sexualita		
<ul style="list-style-type: none"> • Sexuální funkce • Reprodukce 		
	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Doma	<i>V této oblasti jsem spokojená.</i>	Z domácího prostředí nemohu údaje

		objektivně posoudit.
Při hospitalizaci	<i>Díky snížení hCG se mi již vrátila menstruace.</i>	Sexuální funkce je na normální úrovni. Pacientka se bude moci po dokončení léčby a dispenzarizace pokusit o otěhotnění.
Ošetrovatelský problém: nenalezen		
Priorita		

9. Zvládání/ tolerance zátěže

- Posttraumatické reakce
- Reakce na zvládání zátěže
- Neurobehaviorální stres

	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Doma	<i>Stres jsem nikdy moc neprožívala. I když mi před půl rokem zemřela maminka, zvládala jsem to asi nejlépe ze všech. Beru věci tak, jak jsou.</i>	Z domácího prostředí nemohu údaje objektivně posoudit.
Při hospitalizaci	<i>Onemocnění zvládám po psychické stránce dobře. Vím, že se nesmím litovat, jinak mi bude hůř. Už bych jen chtěla děti.</i>	Pacientka působí vyrovnaně. Jen si přeje mít jednou úplnou rodinu s dětmi.
Ošetrovatelský problém: nenalezen		
Priorita		

10. Životní principy

- Hodnoty
- Přesvědčení
- Soulad hodnot

	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Doma	<i>Zdraví a rodina je pro mě na prvním místě. Snem mým i mého manžela bylo vždy založit rodinu</i>	Z domácího prostředí nemohu údaje objektivně posoudit.

	<i>a vychovat spolu potomky.</i>	
Při hospitalizaci	<i>Rodina mi během nemoci moc pomáhá. Hlavně manžel, sestra a babička. Dodává mi sílu vědomí, že u mě stále existuje možnost otěhotnět.</i>	Smyslem života pacientky je fungující rodina a přání porodit a vychovat vlastního potomka. Tento cíl pozitivně ovlivňuje její přístup k léčbě a dodává jí sílu.
Ošetřovatelský problém: nenalezen		
Priorita		

11. Bezpečnost – ochrana		
<ul style="list-style-type: none"> • Infekce • Fyzické poškození • Násilí • Environmentální rizika • Obranné procesy • Termoregulace 		
	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Doma	<i>Nevím, co odpovědět.</i>	Z domácího prostředí nemohu údaje objektivně posoudit.
Při hospitalizaci	<i>Žádná infekce se u mě neprojevila. Kanylu mi zavádí každou hospitalizaci. Víím, že pokud by mě místo v oblasti kanyly pálilo nebo bolelo, musím to hned nahlásit. A stále cítím změnu na sliznici v ústech.</i>	U pacientky je riziko vzniku infekce v oblasti kanyly. Pacientka je edukovaná o riziku. Dále je poškozená ústní sliznice. Její alergická reakce na chlad se projevuje pouze zčervenáním pokožky. TT: 36,5 °C. Uzliny nehmatné.
Ošetřovatelský problém: riziko infekce, poškozená sliznice v ústech		
Priorita: nízká, střední		

12. Komfort		
<ul style="list-style-type: none"> • Tělesný komfort • Komfort prostředí • Sociální komfort 		
	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Doma	<i>Bolest mě žádná netrápí, pouze doma po chemoterapii bolest jazyka. Abych se cítila dobře v prostředí, je pro mě důležitý pořádek a rodina kolem mě. Úklid mi dělá dobře po psychické stránce.</i>	Z domácího prostředí nemohu údaje objektivně posoudit.
Při hospitalizaci	<i>Trochu zde postrádám své soukromí a rodinu, ale to je zřejmě normální.</i>	Pacientka vyslovila pouze občasnou bolest jazyka a ztrátu svého soukromí při hospitalizaci.
Ošetrovatelský problém: zhoršený sociální komfort a komfort prostředí		
Priorita: nízká		

13. Růst, vývoj		
<ul style="list-style-type: none"> • Růst • Vývoj 		
	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Doma	<i>Nevím co odpovědět.</i>	Z domácího prostředí nemohu údaje objektivně posoudit.
Při hospitalizaci	<i>Změna jídelníčku u mě během hospitalizace nenastala. Obtíže s poznáváním nemám.</i>	Pacientka je normostenická, eutrofická. BMI normální. Je plně soběstačná, komunikuje verbálně i neverbálně, reaguje na dotazy.
Ošetrovatelský problém: nenalezen		
Priorita		

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření

Při první hospitalizaci byl pacientce proveden rentgen hrudníku a ultrazvuk ledvin, jater a ženských orgánů. Dne 3.1.2014 bylo provedeno kontrolní vyšetření krevního obrazu a kontrolní vyšetření hCG.

Výsledky:

Hematologie:	hodnota	referenční interval
Krevní obraz		
Leukocyty	6,6 x 10 ⁹ /l	(4,0–10,0)
Erytrocyty	3,76 x 10 ¹² /l	(3,8–5,2)
Hemoglobin	118,0 g/l	(120–160)
Hematokrit	0,361	(0,350–0,470)
Trombocyty	145 x 10 ⁹ /l	(150–400)
hCG – moč	2,5 IU/l	
hCG – krev	2,4 IU/l	

Konzervativní léčba

- **Dieta:** racionální
- **Výživa:** výživa per os

- **Pohybový režim:** beze změny
- **RHB:** 0

Medikamentózní léčba

- **Per os:**
Aktiferrin 1-0-0
- **Intra venózní:**
Fyziologický roztok i.v. 500 ml
Dexona 16 mg
Kytril ve 100 ml FR i.v.
Aktinomycin – D 0,5 mg i.v.

Chirurgická léčba (výkon, kdy)

Chirurgická léčba nebyla nutná.

SITUAČNÍ ANALÝZA

Dne 1.1.2014 přichází 42letá pacientka k IX. cyklu chemoterapie v monoterapii Aktinomycin D v pětidenním režimu. Přichází v doprovodu manžela. Pacientka je při příjmu při vědomí, orientovaná časem, prostorem a vlastní osobou. Řeč je jasná, srozumitelná. Velmi dobře spolupracuje. Postoj je vzpřímený. Pacientka se pohybuje sama. Jsou jí změřeny fyziologické funkce – TK: 110/78 , P: 55', TT: 36,5°C, D: 25'. Subjektivně si stěžuje na nepříjemnou změnu v ústech a rozpínání jazyka. Objektivně je afebrilní, břicho měkké, nebolestivé. Pacientka přichází s šátkem na hlavě. Nechala se oholit pro prořídnutí vlasů. Její pohled na svou osobu se změnil. Na pokoji je jí zaveden periferní žilní katétr (PŽK) pro podání chemoterapie. Vždy jí při hospitalizaci chybí pohodlí a soukromí domova. U pacientky se po jednom cyklu chemoterapie objevila zácpa. Proto je zde riziko zácpy z důvodu podávání cytostatik a snížené fyzické aktivity.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

Aktuální diagnózy:

Poškozená sliznice ústní 00045

Porucha polykání 00103

Narušený obraz těla 00118

Zhoršený komfort 00214

Únava 00093

Potenciální diagnózy:

Riziko infekce 00004 (PŽK)

Riziko vaskulárního traumatu 00213

Riziko zácpy 00015

Ošetrovatelská diagnóza:**Poškozená sliznice ústní (00045)**

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Narušení rtů anebo měkké tkáně dutiny ústní.

Určující znaky: povleklý jazyk, diskomfort v dutině ústní

Související faktory: snížený imunitní systém, vedlejší účinky související s léčbou chemoterapie

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

- Dlouhodobý: Pacientka cítí zmírnění obtíží do konce hospitalizace.
- Krátkodobý: Pacientka zná příčinu obtíží do 1 dne.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka se vyhýbá dráždivým jídlům ihned.
- Pacientka je dostatečně informovaná o nežádoucích účincích chemoterapie do 1 dne.
- Pacientka chápe, že chemoterapie je příčinou jejích obtíží do 1 dne.
- Pacientka umí pečovat o dutinu ústní do 2 dnů.
- Pacientka cítí snížené pnutí jazyka do 2 dnů.
- Pacientka cítí zmírnění obtíží při propuštění z nemocnice.

Plán intervencí:

- Zhodnot' fázi postižení ústní sliznice a podslizniční tkáně – porodní asistentka, při příjmu.
- Zopakuj pacientce nežádoucí účinky chemoterapie – porodní asistentka, při příjmu.
- Edukuj pacientku o kvalitní hygienické péči v dutině ústní – porodní asistentka, během hospitalizace.
- Doporuč pacientce pravidelné výplachy dutiny ústní neдрáždivými roztoky – porodní asistentka, během hospitalizace.
- Dbej na dodržování hygienické péče – porodní asistentka, během hospitalizace.

- Doporuč pacientce měkké jídlo jako: omáčky, kaše, jogurty, banány, mleté maso, atd. – porodní asistentka, během hospitalizace.
- Doporuč pacientce vyhnout se syrovému, kyselému a dráždivému jídlu – porodní asistentka, během hospitalizace.
- Doporuč pít 3 litry čisté vody denně – porodní asistentky, do 24 hodin.
- Doporuč vyhnout se alkoholu a kouření, aby nedocházelo k dalšímu dráždění sliznice dutiny ústní – porodní asistentka, během hospitalizace.
- Informuj pacientku o možné analgezii při bolesti – porodní asistentka, během hospitalizace.
- Vše zaznamenej do dokumentace – porodní asistentka, každý den.

Realizace: od 1.1.2014 do 3.1.2014

1.1.2014

12.00

Pacientka je přijata k dalšímu cyklu chemoterapie 1.1.2014. Je již informovaná o nežádoucích účincích chemoterapie. Při stížnosti na nepříjemný až bolestivý pocit v ústech, kontroluje porodní asistentka stav ústní sliznice.

13.30

Pacientce jsem vysvětlila nutnost dodržování kvalitní hygienické péče o dutinu ústní, aby nedošlo ke vzniku zánětu. Doporučila jsem jí měkké zubní kartáčky, nedráždivé pasty a ústní vody (například Curaprox ultra soft, Elmex ústní voda). K výplachům úst doporučuji užít nálev z bylinek s protizánětlivým účinkem (heřmánek, šalvěj, řepík, arnika), fyziologický roztok či ústní vodu s protizánětlivým účinkem (Tantum Verde). Kloktání je vhodné provádět alespoň 2krát denně.

13.40

Pacientce jsem popsala, které jídlo je vhodné a co je nevhodné. Doporučila jsem jí jíst měkké jídlo jako kaše, jogurty, banány, zmrzlina, těstoviny, mleté maso. Měla by se vyhnout syrovému jídlu pro možný zvýšený obsah bakterií a plísní. A dále kyselému a dráždivému jídlu jako jsou citrusy, rajčata, koření. Jídlo by měla doplňovat třemi litry vody denně a vyhnout se sladkým nápojům. Sliznici ústní může také poškodit alkohol a kouření. Pacientce jsem naznačila, že by se tomu měla vyhnout. Pokud by byla bolest nesnesitelná, informuji ji o možné analgezii. Vše zaznamenávám v dokumentaci.

2.1.2014

Pacientka dodržuje zásady hygienické péče. Manžel jí včera donesl heřmánek na výplach ústní dutiny. Cítí po něm úlevu. Dnes kloktala již 2krát.

Pacientka obědvá těstoviny s omáčkou. Po obědě neuvádí zhoršení stavu sliznice. Vše je zaznamenáno do dokumentace.

3.1.2014

Pacientka dodržuje zásady hygienické péče. Cítí se lépe, analgezií nevyžaduje. Vše je zaznamenáno do dokumentace.

Hodnocení (3. den hospitalizace):

Cíl byl splněn. Pacientka udává zmírnění obtíží v dutině ústní. Cítí se komfortněji a nemá strach z jídla. Je dostatečně informovaná o nežádoucích účincích chemoterapie a chápe, že to je příčinou jejích obtíží. Vyhýbá se dráždivým jídlům a umí pečovat o dutinu ústní. Dnes je propuštěna domů, kde bude ve všech doporučeních pokračovat, aby jí v dutině ústní nebolelo.

Ošetřovatelská diagnóza:

Narušený obraz těla (00118)

Doména 6: Sebepercepce

Třída 3: Obraz těla

Definice: Zmatek v mentálním obrazu fyzického já člověka.

Určující znaky: uvádí pocity, které odrážejí změněný pohled na vlastní tělo, úmyslné skrývání části těla

Související faktory: léčebný režim

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

- Dlouhodobý: Pacientka akceptuje sama sebe do skončení cyklu chemoterapie.
- Krátkodobý: Pacientka chápe tělesné změny.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná příčinu ztráty vlasů a změny postavy při příjmu.
- Pacientka používá paruku do 1 dne.
- Pacientka má zmírněné negativní pocity ohledně vlastního těla do konce

hospitalizace.

Plán intervencí:

- Posud', jak změněný vzhled ovlivňuje pacientky emoční stav – porodní asistentka, do 1 dne.
- Připomeň pacientce, že její vzhled není stálý a nevratný – porodní asistentka, do 1 dne.
- Všímej si změn v chování a příznaků deprese – porodní asistentka, během hospitalizace.
- Snaž se vytvořit blízký vztah – porodní asistentka, během hospitalizace.
- Prodiskutuj s pacientkou nošení paruky – porodní asistentka, během hospitalizace.
- Dávej pacientce najevo, že si jí vážíš – porodní asistentka, během hospitalizace.
- Vyslechni její obavy – porodní asistentka – při potřebě pacientky.
- Vše zaznamenej do dokumentace – porodní asistentka, denně.

Realizace: od 1.1.2014 do 3.1.2014

Pacientka přichází k přijetí s šátkem na hlavě. Pacientce jsem vysvětlila, že příčinou padání vlasů je chemoterapie. Je zřejmé, že tuto informaci již dostala. Vlasy si nechala oholit a cítí se dle jejích slov jako obludka. Při našem rozhovoru je zřejmé, že je smutná, ale ví, že jí vlasy dorostou a že vzhled není vše. Paruku má již s sebou, ale ještě neměla odvahu ji nosit. Bojí se, že s ní nebude umět zacházet. Chápe, že její změna váhy je způsobena sníženou tělesnou aktivitou. Již se těší na sport po dokončení chemoterapie.

Druhý den hospitalizace pacientka zkouší paruku a cítí se v ní lépe než v šátku.

Pacientka působila 1 den hospitalizace smutná, ale změny v chování a příznaky deprese se neprojevíly.

Každý den je vše zaznamenáno do dokumentace.

Hodnocení (3. den hospitalizace):

Cíl byl splněn. Pacientka zná nežádoucí účinky chemoterapie. Paruku používá do jednoho dne. Při propuštění se snaží sama sebe akceptovat a uvádí zmírněné negativní pocity ohledně vlastního těla.

Ošetřovatelská diagnóza:**Riziko infekce (00004)**

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organismy.

Rizikové faktory: nedostatečná primární obrana – porušená kůže, nedostatečná sekundární obrana

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

- Dlouhodobý: Pacientka je bez známek infekce do konce hospitalizace.
- Krátkodobý: Pacientka je informovaná o možných rizicích a ví, jak o periferní žilní katétr pečovat.

Priorita: nízká

Výsledná kritéria:

- Pacientka hlásí každou změnu v oblasti periferního žilního katétru – vždy.
- Pacientka zná rizikové faktory od zavedení periferního žilního katétru.
- Pacientka pečuje o periferní žilní katétr dle rad porodní asistentky od chvíle jeho zavedení.

Plán intervencí:

- Zhodnot' rizikové faktory u pacientky, které by mohly způsobit infekci – porodní asistentka, každý den.
- Edukuj pacientku o známkách infekce a jak má pečovat o periferní žilní katétr – porodní asistentka, při zavedení periferního žilního katétru.
- Kontroluj stav kůže v oblasti periferního žilního katétru – porodní asistentka, každý den.
- Hledej známky infekce v oblasti periferního žilního katétru – porodní asistentka, každý den.
- Kontroluj fyziologické funkce – porodní asistentka, každý den.
- Zkontroluj laboratorní výsledky – porodní asistentka, 3. den hospitalizace.
- Při nefyziologických hodnotách a známkách infekce informuj lékaře – porodní

asistentka – ihned.

- Vše zaznamenej do dokumentace – porodní asistentka, každý den.

Realizace: od 1.1.2014 do 3.1.2014

1.1.2014

Po přijetí k XI. cyklu chemoterapie jsem pacientce na pokoji zavedla periferní žilní katétr na levé horní končetině v loketní jamce. Na krytí jsem napsala čas zavedení – 13.00 hod. Po zhodnocení rizikových faktorů jsem pacientku edukovala o správné péči o PŽK. Měla by dbát zvýšené péči při převlékání a sprchování. Dále jsem pacientku informovala o známkách infekce jako bolest, začervenání, otok, které musí při vzniku ihned nahlásit. Během podání a po podání chemoterapie je zhodnocen stav kůže, barva, bolest a otok v oblasti PŽK. Dále jsem zkontrolovala fyziologické funkce, které jsou v mezích normy.

2.3.2014

Aplikovali jsme 500 ml Fr. i. v., Dexona 16mg, Kytril 3mg + 100ml Fr.i.v., Aktinomycin D 0,5mg i.v. Během aplikace i po aplikaci byl zhodnocen stav kůže a známky otoku v oblasti vpichu. K večeru byly zkontrolovány fyziologické funkce. Vše bylo v normě.

3.3.2014

Dnes byly zkontrolovány výsledky odběrů. Po podání léčby jsem neobjevila žádné známky infekce v oblasti PŽK. Při propuštění pacientky jsem PŽK odstranila a v jeho oblasti nebyly zaznamenány známky infekce.

Každý den je vše zaznamenáno do dokumentace.

Hodnocení (3. den hospitalizace):

Cíl byl splněn. Pacientka nejeví žádné známky infekce. Během hospitalizace nenahlásila žádné změny v oblasti periferního žilního katétru a pečovala o periferní žilní katétr dle rad porodní asistentky.

Ošetřovatelská diagnóza:

Zhoršený komfort (00214)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

<p>Třída 2: Komfort prostředí</p> <p>Definice: Vnímaný nedostatek uvolnění, úlevy a transcendentnosti ve fyzických, psychospirituálních, environmentálních, kulturních a sociálních dimenzích.</p> <p>Určující znaky: úzkost, pocit diskomfortu, strach</p> <p>Související faktory: nedostatek soukromí, nedostatečná kontrola nad situací</p>
<p>Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dlouhodobý: Pacientka udává snížení diskomfortu do 1 dne. • Krátkodobý: Pacientka se necítí diskomfortně do konce hospitalizace.
<p>Priorita: nízká</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientka si uvědomuje nutnost chemoterapie do 1 dne. • Pacientka je společensky začleněná do 1 dne. • Pacientka se necítí osaměle do 1 dne. • Pacientka nemá strach a necítí úzkost do 2 dnů.
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zjistí, ve které oblasti potřebuje pacientka zlepšit komfort – porodní asistentka, do 1 dne. • Zjistí od pacientky příčiny strachu – porodní asistentka, do 1 dne. • Buď s pacientkou v kontaktu co nejvíce, mluv klidně – porodní asistentka, vždy. • Naslouchej pacientce a nech ji vyjádřit své pocity – porodní asistentka, vždy. • Připomeň pacientce blížící se konec léčby – porodní asistentka, do 1 dne. • Při možnosti zajisti pacientce jednolůžkový pokoj – porodní asistentka. • Vše zaznamenej do dokumentace – porodní asistentka, každý den.
<p>Realizace: od 1.1.2014 do 3.1.2014</p> <p>1.1.2014</p> <p>Pacientku jsem po přijetí umístila na jednolůžkový pokoj, kde jsem ji často kontrolovala. Cítí se komfortněji, protože je na pokoji sama. I když je velmi společenská. Po komunikaci je zřejmé, že chápe chemoterapeutickou léčbu jako</p>

nezbytnou. Má strach, jestli léčba dopadne dobře a bude moci mít ještě někdy děti. Je ráda, že hCG je považováno za negativní a cyklů již moc nebude. Vždy má dostatek času na dotazy.

3.1.2014

Pacientce jsou podány informace o jejím zdravotním stavu lékařem. Dozvídá se, že hCG má hodnotu 2,4 IU a příští cyklus může být poslední. Je zbavena strachu a cítí se šťastná.

Vše je vždy zaznamenáno do dokumentace.

Hodnocení (3. den hospitalizace):

Cíl byl splněn. Pacientka se cítí po 1. dnu hospitalizace komfortněji. Uvědomuje si nutnost chemoterapie. Je společensky začleněná a necítí se osaměle. Strachu se zbavila až poslední den hospitalizace.

CELKOVÉ HODNOCENÍ

Pacientka B. V. byla přijata na gynekologické oddělení G3 k XI. cyklu chemoterapie. Při příjmu byla orientovaná, spolupracovala, ale působila smutně. Fyziologické funkce byly v mezích normy.

Při přijetí pacientky bylo zjištěno osm ošetrovatelských problémů. Z toho pět aktuálních (poškozená sliznice ústní způsobující poruchu polykání, narušený obraz těla, zhoršený komfort, únava) a tři potencionální (riziko infekce, riziko vaskulárního traumatu, riziko zácpy). Na základě těchto problémů jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy. Čtyři diagnózy byly dále rozpracovány a stanoveny u nich výsledná kritéria a plán intervencí. Plán ošetrovatelské péče byl dále realizován. Hodnocení naplánovaných cílů bylo provedeno 3. den hospitalizace. Cíle byly splněny. Pacientka cítí zmírněné obtíže v dutině ústní a dále dbá na dodržování hygienické péče a vhodnou stravu. Chápe tělesné změny a snaží se sama sebe akceptovat. Akceptuje veškeré opatření, které se snaží zamezit vzniku infekce. Místo vpichu nejevilo žádné známky infekce. Pacientka se necítí diskomfortně. Ošetrovatelská péče byla velmi efektivní. Pacientka se zapojila velmi dobře do péče. Dále se snaží postupy péče dodržovat, aby nedošlo ke zhoršení.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

I přes velmi vysoké procento vyléčitelnosti je důležité si uvědomit, že pokud nebude pacientce podaná správná léčba, mohou se nejen výsledky značně změnit, ale tyto ženy mohou být připraveny v budoucnu o možnost otěhotnět a následně porodit. Proto je vhodné pacientku při podezření na TN ihned odeslat do specializovaného centra. Toto centrum pro Českou republiku je CTN Praha v Ústavu pro péči o matku a dítě.

U pacientek, kde je nutná hospitalizace, jsou nejdůležitější osoby porodní asistentky či všeobecné sestry, lékař a samozřejmě rodina. Porodní asistentky jsou nejbližší osobou při zvládnutí nežádoucích účinků chemoterapie. Pacientka je většinou každých čtrnáct dní hospitalizována po dobu pěti dnů. Množství cyklů se odvíjí od hodnot hCG. Proto je velmi důležitá trpělivost její i jejích nejbližších.

Vzhledem ke studiu odborné literatury na toto téma a získání vlastních zkušeností při odborné klinické praxi v CTN, vyvozujeme následující doporučení pro zdravotnický personál vztahující se k nejčastějším ošetrovatelským problémům:

Dočasný pokles krvetvorby

Existuje zde riziko infekce, proto by měla být pacientka edukována o sníženém kontaktu s infekčními osobami. Dále by pacientka měla hlásit každé změny v moči a stolici, krvácení z rodidel, dásní a nosu. Důležité je dodržovat klidný režim doma po chemoterapii a kontrolovat krevní obraz.

Nevolnost a zvracení

Preventivní doporučení pro pacientku je pít hodně tekutin před jídlem a po jídle, jíst menší porce vícekrát denně, pít neslazenou vodu bez bublinek, vyvarovat se sladkých a tučných jídel. Při nevolnosti zhluboka dýchat a nahlásit ji ošetřující sestře nebo lékaři.

Ztráta vlasů

Před ztrátou vlasů je vhodné edukovat pacientku o správné péči o vlasy při chemoterapii. Například nepoužívat dráždivé šampony, používat měkký kartáč, vyvarovat se barvy na vlasy a tepelného upravování, zvolit kratší sestřih. Při ztrátě vlasů

je u pacientky riziko vzniku změny pohledu na vlastní tělo. Je důležité kontrolovat její emoční stav a vyvarovat se vzniku deprese kvůli tomuto nežádoucímu účinku.

Obtíže se sliznicí v ústech a krku

Pacientka by měla být edukována o správné ústní hygieně. Měla by používat měkký kartáček, zuby čistit po každém jídle, nepoužívat dráždivou zubní pastu nebo ústní vodu. Provádět výplachy úst, vyhnout se horkým, kyselým pokrmům a syrovému jídlu, kde mohou být bakterie a plísňe.

Obtíže s vyprazdňováním

Při průjmu by se měla dodržovat tato doporučení: jíst častěji, ale méně, jíst jídlo s malým obsahem vlákniny (bílý chléb, rýže, nudle, banány, brambory, drůbež, ryby), vynechat kávu, alkohol, sladkosti, mastná, ostrá, smažená jídla. Aby se pacientka vyvarovala zácpy, doporučíme jí pít hodně tekutin (horké nebo studené), potraviny s vysokým obsahem vlákniny (celozrnný chléb, syrová zelenina, fazole, ořechy, čerstvé i sušené ovoce). Pokud to zdravotní stav umožní, doporučíme i procházky.

Změny na kůži a nehtech

Při svědění kůže je vhodný mastný neparfémovaný krém. Pokud nedojde ke zmírnění, lékař doporučí vhodné léky. Pacientka by neměla používat žádné deodoranty a parfémy. Pokud je kůže suchá měla by se pacientka vyvarovat dlouhých, horkých koupelí. Nehty by měla chránit při práci rukavicemi a ošetřovat vhodnými krémy.

Porucha periferního nervového systému

Při těchto nežádoucích účincích by měla pacientka opatrně zacházet s ostrými a horkými předměty a opatrně se pohybovat při chůzi.

Vliv na pohlavní ústrojí a sexuální funkce

Mohou se objevit obtíže podobající se přechodu jako návaly, svědění a suchost v pochvě. Díky změnám na sliznici v pochvě je zde zvýšené riziko výskytu infekce. Je vhodné jim doporučit nošení bavlněného spodního prádla, nenosit těsné oblečení. Aby se této infekci předcházelo, lékař předepisuje poševní krém nebo čípky.

Všeobecná doporučení pro porodní asistentky či všeobecné sestry:

- Získat si dostatečné množství informací o TN, nežádoucích účincích a péči o pacientku při jejich výskytu.
- Při poskytování ošetrovatelské péče se snažit zodpovědět veškeré dotazy pacientky.
- Postupovat dle ošetrovatelského plánu.
- Vždy si udělat na pacientku dostatek času.
- Získat si důvěru pacientky.
- Edukovat pacientku při potřebě a poskytovat jí smysluplné rady.
- Apelovat na trpělivost její i její rodiny.
- Pomoci pacientce neztrácet naději.
- Konzultovat s rodinou možné nežádoucí účinky, které se mohou objevit v době, kdy není pacientka hospitalizována.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce charakterizuje specifika ošetrovatelské péče o ženu s trofoblastickou nemocí. Trofoblastická nemoc je onemocnění pro společnost spíše neznámé, zato velice závažné, pokud není léčeno. Pokud je žena hospitalizovaná a léčba je poskytnuta včas, není důvodem jejího strachu smrt, ale spíše nežádoucí účinky chemoterapie a stav reprodukčních orgánů po chemoterapii. Základem zvládnutí léčby je psychická opora. Velmi pozitivní vliv být psychicky odolnější má podpora rodiny a přátel. Postoj k nemoci i léčbě bývá kladnější. Stejný vliv mají i porodní asistentky či všeobecné sestry. Pacientka potřebuje cítit zájem a podporu ze strany ošetřujícího personálu. Pro zbavení obav a strachu je nutné získat si její důvěru.

Cílem bakalářské práce bylo zpracování a navržení specifík ošetrovatelské péče o pacientku s trofoblastickou nemocí a snaha poskytnout tuto práci jako zdroj informací pro porodní asistentky a všeobecné sestry. V průběhu seznamování se s problematikou a četbou odborné literatury jsme získali cenné informace, které nám pomohly vytvořit si celistvý pohled na toho onemocněného a umožnit správné navržení specifík ošetrovatelské péče. Naším cílem bylo také navrhnout a zrealizovat plán ošetrovatelské péče s konečným vyhodnocením stanovených cílů. Všechny cíle naší práce byly splněny.

Nároky na kvalitu ošetrovatelské péče o onkologicky nemocného budou i nadále spojené s osobností zdravotnického pracovníka, zvláště sester. Právě zde bude záležet na jejich lidských, morálních, odborných a psychologických schopnostech, které pomohou nemocnému zvládat tuto náročnou životní situaci a udržovat psychickou rovnováhu (ZACHAROVÁ, 2011).

SEZNAM LITERATURY

- BERKOWITZ, R. S. a D. P. GOLDSTEIN, 2009. Molární těhotenství. *Gynekologie po promoci*. **9**(4), 13–18. ISSN 1213-2578.
- BREWER, J. I., 2011. Gestational trophoblastic disease II: classification and management of gestational trophoblastic neoplasia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* [online]. **204**(1), 11–18. [cit. 15.2.2014]. ISSN 0002-9378. Dostupné z: <http://www.ajog.org/article/S0002-9378%2810%2900852-5/fulltext#sec1>
- BREWER, J. I., 2010. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* [online]. **203**(6), 531–539. [cit. 15.2.2014]. ISSN 0002-9378. Dostupné z: <http://www.ajog.org/article/S0002-9378%2810%2900853-7/fulltext>
- ČECH, S., D. HORKÝ a M. SEDLÁČKOVÁ, 2011. *Přehled embryologie člověka*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-802-1054-141.
- FEYEREISL, J. a kol., 2004. Maligní tumory trofoblastu (MTT) léčené v letech 1955-2004 v Centru pro trofoblastickou nemoc v ČR (CTN-ČR): klinicko-patologický obraz, kurabilita, typizace, patologie. *Česká gynekologie*. **69**(S1), 9–15. ISSN 1210-7832.
- GOLDSTEIN, D. P., E. BARON a R. S. BERKOWITZ, 2010. Řešení molárního těhotenství. *Gynekologie po promoci*. **10**(3), 32–36. ISSN 1213-2578.
- KUDELA, M. a kol., 2004. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0837-6.
- LETÁK, 2006. *Trofoblastická nemoc*. Praha: Centrum pro trofoblastickou nemoc v ČR.
- INFORMOVANÝ SOUHLAS, 2013. *Podání protinádorové léčby*. Praha: Centrum trofoblastické nemoci v ČR. (ISSTD, 2009)
- LINKOS [online]. Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. [cit. 2.3.2014]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/slovnicek/>
- ISSTD [online]. International Society for the Study of Trophoblastic Diseases. [cit. 13.3.2014]. Dostupné z: <http://www.isstd.org/isstd/chapter06.html>
- NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. Praha: Maurea. ISBN 978-80-902876-9-3.
- PILKA, R. a M. PROCHÁZKA, 2012. *Gynekologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-802-4430-195.
- PROTOKOLY ÚPMD. Praha: Centrum pro trofoblastickou nemoc v ČR.
- ROB, L., A. MARTAN a K. CITTERBART, 2008. *Gynekologie*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, s. 211–213. ISBN 978-807-2625-017.
- SECKL, M. J., 2013. Gestational trophoblastic disease: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. **24**(6), 39–50. ISSN 1569-8041.
- ŠAROCHOVÁ, S., 2012. Trofoblastická nemoc. *Diagnóza v ošetrovatelství*. **8**(3), 7–8. ISSN 1801-1349.
- VLČEK, L., M. KOŠTÁL a M. PODHOLA, 2010. Placental site nodule. *Gynekolog*. **19**(2), 64–67. ISSN 1210-1133.
- VORLÍČEK, J. a kol., 2006a. Nežádoucí účinky chemoterapie [online]. In: *Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [cit. 26.1.2014] Dostupné z: <http://www.linkos.cz/rady-pro-nemocne-lecene-chemoterapii-1/nezadouci-ucinky-chemoterapie/>
- VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ, 2006b. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1716-6.
- ZACHAROVA, E., 2011. Psychosociální aspekty při ošetrování onkologického pacienta. *Sestra* [online]. **11**(5), 19–20. [cit. 15.2.2014]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/psychosocialni-aspekty-pri-osetrovani-onkologickeho-pacienta-459784>
- ZAVADIL, M. a kol., 2007. Trofoblastická nemoc. *Postgraduální medicína* [online]. **9**(1), 61–72. [cit. 10.9.2013]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/trofoblasticka-nemoc-285070>
- ZAVADIL, M. a kol., 2008a. Perzistující trofoblastická nemoc v Centru pro trofoblastickou nemoc v ČR v letech 1955–2007. *Česká gynekologie*. **73**(2), 73–79. ISSN 1210-7832.
- ZAVADIL, M a kol., 2008b. Placental site trofoblastic tumor ve světle nových poznatků – histogeneze, biologické vlastnosti, léčba. *Postgraduální medicína*. **10**(1), 66–69. ISSN 1212-4184.

ZAVADIL, M. a kol., 2009. Nové diagnostické přístupy k různým typům hydatidózních mol, hydropickým abortům a příslušné klinické postupy. *Český gynekologie*. **74**(3), 177–182. ISSN 1210-7832.

ZAVADIL, M., 2011. Trofoblastická nemoc. In: ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 355–367. ISBN 978-80-247-2832-2.

PŘÍLOHY

Příloha A – Histologická diagnostika hydatidózních mol a hydropických abortů (CTN) I

Příloha B – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

II

Příloha A

Histologická diagnostika hydatidózních mol a hydropických abortů (CTN)

1. HYDROPS choriových klků Lehký (do 1 mm) – HA, nMHK Mírný (do 2 mm) – MHP Těžký (nad 3mm) – MHK	8. TROFOBLAST INTERVILÓZNÍ 8.0 Nepřítomen – HA 8.1 Ojedinelá ložiska – MHP, nMHK 8.2 Četná ložiska – MHK 8.3 Masivní ložiska – MP 8.4 Bez atypií – nMHK, MHP, MHK 8.5 S atypiemí – MP
2. POČET hydropických klků Malý (do 25 %) – nMHK, HA Mírný (do 50 %) – MHP Velký (nad 50 %) – MHK	9. VASKULARIZACE klků Přítomna – MHP, nMHK, HA Nepřítomna – MHK, (2. trimestr)
3. TVAR klků Nepravidelný – nMHK Kulatý – oválný – MHK Invaginace mělké neostré – nMHK Invaginace hluboké ostré – MHP	10. INKLUZE trofoblastu Malé – kroužkovité – MHP Velké – nepravidelné – nMHK Jednobuněčné – HA
4. HYPERPLAZIE trofoblastu klků Nepřítomna – HA Lehká < 5 vrstev – MHP, nMHK Mírná < 10 vrstev – MHK Těžká >10 vrstev – MP Bez atypií – MHP, MHK S atypiemí – MP	11. KARYORHEXE stromatu Nepřítomna – MHP, HA Přítomna – nMHK, MHK
5. POVRCH klků s hyperplazií Malý (25 %) – MIIP Velký (50 %) – MHK Převážný (50 – 100 %) – MP	12. FIBRÓZA stromatu Nepřítomna – MHK, nMHK, HA Přítomna – MHP Mukoidní transformace – nMHK
6. POČET klků s hyperplazií 6.0 Ojedinelé klky – nMHK 6.1 Malý (< 25 %) – MHP 6.2 Velký (50 %) – MHK 6.3 Převážný (50 – 100 %) – MP	13. EMBRYO Zachyceno – MHP, HA Fragmenty, erytrocyty, amnion Nezachyceno – MHK, nMHK
7. ATROFIE trofoblastu klků Nepřítomna – MHP, nMHP, HA Přítomna – MHK (1. trimestr)	14. TROFOBLASTICKÁ INVAZE 1. stupně – HA, MHP 2. stupně – MHK 3. stupně – MP Bez atypií – HA, MHP, nMHK, MHK S atypicímí – MP

*Přítomnost event. absence jednotlivých znaků a jejich hodnot je uvedena zkratkami
HA = hydropický abort, MHP = mola hydatidosa partialis, MHK = mola hydatidosa completa, nMHK = nezralá mola hydatidosa completa, MP = mola proliferans*

Příloha B

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem Specifika ošetrovatelské péče o ženu s trofoblastickou nemocí v rámci odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

Šárka Drančáková