

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM VARLAT**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ŠÁRKA RÁŠOVÁ, DiS

Praha 2016

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM VARLAT**

Bakalářská práce

ŠÁRKA RÁŠOVÁ, DiS

Stupeň vzdělání: Bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Pavel Pavlov Lazarov

Praha 2016



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

Rášová Šárka
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s nádorovým onemocněním varlat

Der Pflegeprozess bei einem Patienten mit Hodenkrebs

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Pavel Pavlov Lazarov

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala MUDr. Pavlu Lazarovi, celému učitelskému sboru Vysoké školy za jejich cenné rady, podněty, ochotu a mé rodině za jejich podporu v rámci studia.

ABSTRAKT

RÁŠOVÁ, Šárka. *Ošetrovatelský proces u nemocného s nádorovým onemocněním varlat*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Pavel Pavlov Lazarov. Praha. 2016. 51 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s nádorovým onemocněním varlat. V teoretické části charakterizujeme rozdělení nádorů varlat dle patologické a mezinárodní TNM klasifikace. Dále se zabýváme stádií nádorů varlat, rizikovými faktory, symptomatologií, diagnostikou, terapií, nežádoucími účinky, prevencí a nezbytnou součástí je psychologická problematika a komunikace s onkologickým pacientem. V praktické části je rozpracován ošetrovatelský proces na základě záznamů z lékařské i sesterské dokumentace a informací sdělených rozhovorem s pacientem. Tato část práce obsahuje anamnézu pacienta, fyzikální vyšetření, medicínský management, utřídění informací dle domén NANDA I Taxonomie II a stanovení ošetrovatelských diagnóz, které jsou seřazeny dle priorit a vypracování plánu péče s následnou realizací a zhodnocením péče. Součástí praktické části bylo vytvoření edukačního letáku pro pacienty, který zahrnuje prevenci vzniku nádorového onemocnění varlat. Bakalářská práce dále obsahuje doporučení pro praxi, které zahrnuje doporučení pro pacienta, zdravotnický personál, rodinu a společnost.

Klíčová slova

Chemoterapie. Kryokonzervace. Nádory varlat. Ošetrovatelský proces. Prevence.

ABSTRAKT

RÁŠOVÁ, Šárka. *Der Pflegeprozess bei einem Patienten mit Hodenkrebs*. Krankenpflegehochschule. Grand der Qualifikation: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Pavel Pavlov Lazarov. Prag 2016. 54 p.

Das Thema der Bachelorrarbeit ist der Pflegeprozess bei einem Patienten mit Hodenkrebs. In dem theoretischen Teil charakterisieren wir die Teilung der Hodengeschwülstelaut der pathologischen und internationalen TNM Klassifikation. Weiter beschäftigen wir uns mit den Phasen der Hodengeschwülste, Risikofaktoren, der Symptomatologie, der Diagnostik, der Therapie, den unerwünschten Wirkungen, der Prävention, der nötige Bestandteil ist die psychologische Problematik und die Kommunikation mit einem onkologischen Patienten. In dem praktischen Teil ist der Pflegeprozess, der auf Grund der Notizen aus der Arzt-und Krankenschwesterdokumentation und der mit geteilten Informationen beim Gespräch mit dem Patienten bearbeitet wurde. Dieser Teil enthält die Anamnese des Patienten, die physikalische Untersuchung, das klinisches Management, das Sortieren der Informationen laut den Domenen NANDA I Taxonomie II und die Festlegung der Behandlungsdiagnosen, die nach den Prioritäten geordnet sind und die Ausarbeitung des Pflegeplans mit folgen den Realisierung und der Pflegebewertung. Der Bestandteil des praktischen Teiles ist ein Bildungsflugblatt für Patienten, das eine Prävention der Entstehung einer Tumor erkrankung der Hoden beinhaltet. Die Bachelorararbeit enthält weiter Empfehlungen für Praxis, die Empfehlungen für den Patienten, das Krankepflegepersonal, die Familie und die Gesellschaft.

Schlüsselwörter

Der Hodenkrebs. Die Chemotherapie. Die Kryokonservation. Der Pflegeprozess. Die Prävention.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD	16
1 PATOLOGICKÁ KLASIFIKACE	18
1.1 SEMINOMY	19
1.1.1 SEMINOM	19
1.1.1 SPERMATOCYTÁRNÍ SEMINOM	19
1.2 NESEMINOMY	19
1.2.1 EMBRYONÁLNÍ KARCINOM.....	20
1.2.2 NÁDOR ZE ŽLOUTKOVÉHO VÁČKU	20
1.2.3 CHORIOKARCINOM.....	20
1.2.4 TERATOM	20
1.2.5 SMÍŠENÉ GERMINÁLNÍ NÁDORY	21
1.3 NÁDORY SERTOLIHO BUNĚK	21
1.3.1 KONVEČNÍ NÁDOR.....	21
1.3.2 KALCIFIKUJÍCÍ VELKOBUNĚČNÝ NÁDOR.....	21
1.3.3 SKLEROZUJÍCÍ NÁDOR.....	21
1.3.4 MALIGNÍ NÁDOR	22
1.4 NÁDORY Z LEYDIGOVÝCH BUNĚK	22
1.4.1 BENIGNÍ NÁDOR.....	22
1.4.2 MALIGNÍ NÁDOR	22
1.5 MALIGNÍ LYMFOMY VARLETE	22
2 TNM KLASIFIKACE NÁDORŮ VARLAT	23

3 STÁDIA NÁDORŮ VARLAT	25
4 NÁDORY VARLAT	26
4.1 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	26
4.1.1 GENETICKÉ A VROZENÉ FAKTORY	26
4.1.2 VNĚJŠÍ FAKTORY	26
4.2 SYMPTOMATOLOGIE	27
4.3 DIAGNOSTIKA	28
4.3.1 ANAMNÉZA	28
4.3.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	28
4.3.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ.....	28
4.3.4 ZOBRAZOVACÍ METODY	30
4.3.5 PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ.....	30
4.4 TERAPIE.....	31
4.4.1 CHIRURGICKÁ TERAPIE	31
4.4.2 TERAPIE SEMINOMŮ	32
4.4.3 TERAPIE NESEMINOMŮ	32
4.4.4 ZÁCHRANNÁ CHEMOTERAPIE	33
4.4.5 TERAPIE BOLESTI	33
4.5 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY	34
4.5.1 MEDICÍNSKY NEZÁVAŽNÉ	34
4.5.2 MEDICÍNSKY ZÁVAŽNÉ.....	35
4.6 PROGNÓZA	37
4.7 DISPENZARIZACE	37
4.8 PREVENCE	37
4.9 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA.....	38
4.9.1 KOMUNIKACE S ONKOLOGICKÝM PACIENTEM.....	39
5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA	
S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM VARLAT	41

5.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	41
5.2 HODNOTY ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU	41
5.3 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ.....	42
5.4 ANAMNÉZA.....	42
5.5 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU	44
5.6 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT.....	51
6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT	54
6.1 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE	64
7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	65
ZÁVĚR.....	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	67
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AFP	alfa-fetoprotein
amp.	ampule
BEP	bleomycin, etoposid a cisplatina
β-HCG	lidský beta choriogonadotropin
BMI	Body Mass Index
cps.	kapsle
D	dech
EP	etoposid a cislatina
FH	folikulostimulační hormon
FR	fyziologický roztok
GIT	gastrointestinální trakt
gran.	granula
Gy	gray
H. i.	hernia inguinalis
HIV	Human Immunodeficiency Virus
i. v.	intravenózní
LH	luteinizační hormon
LHD	laktátdehydrogenáza
P	pulz
PLAP	placentární alkalická fosfatáza
PORT	komůrkový katétr v podkoží

s. c.subkutánně

St. p.stav po

susp.suspenze

tbl.tableta

TIP.....paclitaxel, ifosfamid a cisplatina

TK.....krevní tlak

TT.....tělesná teplota

ung.unguenta

VAS.....vizuální analogová škála

VeIP.....vinblastin, ifosfamid a cisplatina

VIP.....vinblastin, ifosfamid a etoposid

(VOKURKA a kol., 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adjuvantní – pomocný

Anaplastický – zvrát, návrat k primitivní nezralé formě

Bilaterálně – oboustranně

Embryonální – zárodečný

Extranodální – mimo uzel, uzlinu

Extravazace – únik tekutiny mimo cévu

Funiculus spermaticus – provazec semenný

Germinální – zárodečný

Gonadostromální – vztahující se ke gonádám stromatům

Gynekomastie – zvětšení prsních žláz u mužů

Hydrokéla – nahromadění většího množství vody mezi obaly varlete

Choriokarcinom – zhoubný nádor trofoblastu

Infertilita – neplodnost

Inguiální hernie – tříselná kýla

Intratubulární neoplazie – novotvorba tkáně uvnitř tubulů

Karcinom in situ – zhoubný nádor v místě, v přirozené poloze

Klinefelterův syndrom – onemocnění, při němž má muž dva chromozomy X

Kryptorchismus – porucha sestupu varlete

Kurabilní – vyléčitelný

Lymfatická invaze – proniknutí lymfy

Neseminom – označení nádorů, který není seminomem

Orchiektomie – chirurgické odstranění varlete

Orchiopexie – operace, při níž se nesestouplé varle umístí a fixuje do šourku

Pancytopenie – současný pokles všech typů krevních buněk

Parotická orchitida – zánět varlete, způsoben zánětem příušní slinné žlázy

Perzistence – přetrvávání

Prekanceróza – předrakovinný stav

Retroperitoneální lymfadenektomie – odstranění lymfatických uzlin z retroperitonea

Reziduální lymfadenopatie – zbytkové blíž neurčené zvětšení lymfatických uzlin

Seminom – zhoubný nádor varlete

Trasskrotální – procházející skrotem

Tunica albuginea – obal varlete

Tunica vaginalis – serózní obal varlete

Viabilita – životnost

(VOKURKA a kol., 2015)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Dělení germinálních nádorů	18
Tabulka 2 Klinická stádia nádorů varlat.....	25
Tabulka 3 Identifikační údaje.....	41
Tabulka 4 Hodnoty zjištěné při příjmu.....	41
Tabulka 5 Farmakologická anamnéza	43
Tabulka 6 Výsledky vyšetření	51
Tabulka 7 Medikamentózní léčba	52
Tabulka 8 Chemoterapie	53

ÚVOD

Nádory varlat patří k méně častým nádorům. Objevují se zejména u mužů v reprodukčním věku 15–35 let, výjimkou není výskyt u mužů kolem 50. roku života. V současnosti výskyt nádorů varlat setrvale roste.

Dle statistických podkladů se Česká republika nachází mezi první desítkou zemí v Evropě s rostoucí incidencí nádorů. Prvenství ve výskytu tvoří Norsko, druhou zemí Dánsko a třetí Švédsko. V České republice se jejich výskyt za poslední 25 let zdvojnásobil. Představují 1–1,5 % všech nádorů (GERYK, 2013).

Dnes již lze považovat nádory varlat za vyléčitelné onemocnění, pokud jsou zachyceny v prvním klinickém stadiu. Vyšší mortalita je u mužů, kde byla diagnóza stanovena v pokročilém stádiu.

Hlavním záměrem bakalářské práce bylo vysvětlit problematiku nádorového onemocnění varlat a následně vytvoření ošetrovatelské procesu dle koncepčního modelu Marjory Gordon.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vyhledat potřebné knižní materiály pro tvorbu bakalářské práce.

Cíl 2: Přehledně shrnout problematiku nádorového onemocnění varlat.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Interpretovat údaje z dokumentace pacienta do ošetrovatelského procesu.

Cíl 2: Stanovit ošetrovatelské diagnózy u pacienta s nádorovým onemocněním varlat.

Cíl 3: Shrnout ošetrovatelskou péči o pacienta s nádorovým onemocněním varlat.

Vstupní literatura:

1. KLENER, P. a kol., 2011. *Vnitřní lékařství*. Čtvrté vydání. Praha: Galén, Karolinum. ISBN 978-80-7262-705-9.
2. VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a kol., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. Druhé vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.

3. ADAM, Z., M. KREJČÍ a kol., 2010. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-648-9.

Popis rešeršní strategie:

Vyhledávání odborných publikací, které byly využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem ošetrovatelský proces u pacienta s nádorovým onemocněním varlat, proběhlo v časovém období říjen 2015 až březen 2016. O vyhledávání jsme požádali lékařskou knihovnu Krajské nemocnice Liberec. Celkem bylo vyhledáno 40 publikací z toho 10 knih a 30 článků. Některé dokumenty byly vyřazeny z důvodu své duplicity.

Bylo použito několik elektronických databází Medvik, Jib, katalog lékařské knihovny Krajské nemocnice Liberec a PubMed. Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém chemoterapie, kryokonzervace, nádory varlat, ošetrovatelský proces, prevence. V jazyce německém der Hodkrebs, die Chemotherapie, die Kryokonservation, der Pflegeprozess und die Prävention.

1 PATOLOGICKÁ KLASIFIKACE

Jak jsme již uvedli, jedná se o onemocnění, které se mužům vyskytuje v malém zastoupení oproti jiným nádorům. Přesto se v naší populaci objevuje a počet tohoto onemocnění vzrůstá. Nejohroženější skupinou jsou muži v produktivním věku od 15–35 let, kde je výskyt nejvyšší. Výjimkou není výskyt nádoru varlat u pacientů ve věku 40–50 let, kde se počet pacientů s touto diagnózou snižuje, jelikož ve většině případů nacházíme jiné základní onemocnění (ABRAHÁMOVÁ, 2014).

Nádory varlat lze rozdělit do dvou základních skupin. První velkou skupinou jsou nádory germinální, které se dále dělí na dvě základní skupiny, a tím jsou seminomy a neseminomy (ADAM a kol., 2010).

Tabulka 1 Dělení germinálních nádorů

Dělení seminomů	Dělení neseminomů
Seminom	Embryonální karcinom
Spermatocytární karcinom	Nádor ze žloutkového vaku
	Choriokarcinom
	Teratom
	Smíšené nádory

Zdroj: (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008)

Druhou menší skupinou jsou nádory negerminální neboli gonadostromální nádory, které zahrnují nádory Sertoliho buněk, Leydigových buněk a maligní lymfomy varlete (ADAM a kol., 2010).

GERMINÁLNÍ NÁDORY

Počet germinálních nádorů se odhaduje na 95 % všech nádorů varlat. Jejich výskyt je především u mladších mužů ve věkovém rozmezí 25–39 let. (BOUBLÍKOVÁ, 2015)

INTRATUBULÁRNÍ NEOPLAZIE

Jedná se o prekancerózu, ze které vznikají všechny varianty germinálních nádorů. Dříve byla označována jako karcinom in situ. Z důvodu, že název neodpovídal histologickému obrazu, se považuje za nepřesný, i když je praktičtější. Pro potvrzení diagnózy je nutné doplnit biopsii varlete, neboť intratubulární neoplazie postihuje varle bilaterálně, a tudíž se může očekávat, že pacient bude infertilní (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

1.1 SEMINOMY

Patří mezi radiosenzitivní a chemosenzitivní typy nádorů a díky tomu jsou ve většině případů kurabilní.

1.1.1 SEMINOM

Z patologického hlediska jsou patrná růžově bílá kompaktní ložiska měkké konzistence. Zřídka dochází k prorůstání do paratestikulárních struktur. Klasický seminom tvoří 85 % všech nádorů varlat. Roste relativně pomalu a šíření nádoru probíhá lymfogenní cestou, kterou nádor upřednostňuje před hematogenní cestou. Anaplastický seminom tvoří 10 % všech seminomů, je agresivnější povahy než klasický seminom, často metastazuje a léčba je shodná s klasickým seminomem (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

1.1.1 SPERMATOCYTÁRNÍ SEMINOM

Tento typ nádorů se nachází přímo ve varleti. Od klasického seminomu se z makroskopického hlediska spermatocytární seminom neliší. Jeho výskyt je poměrně malý. Objevuje se zvláště u starších mužů, chová se jako benigní a ve většině případů nemetastazuje. Často je tento typ nádorů spojován se sarkomem. Z posledních dostupných informací je sarkom varlete výsledkem transformace spermatocytárního seminomu (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

1.2 NESEMINOMY

Byly považovány kvůli své agresivitě mezi nevléčitelné nádory. Společně se smíšenými germinálními nádory jsou chemosenzitivní, ale radiorezistentní. Hůře reagují na léčbu, ale řadí se též mezi kurabilní typy nádorů.

1.2.1 EMBRYONÁLNÍ KARCINOM

Jelikož embryonální karcinom řadíme do germinálních nádorů kategorie neseminomů, musíme při jeho diagnostice pátrat potom, že mohou být přítomny struktury nádoru ze žloutkového vřívku a zároveň choriokarcinomu. Je značně zhoubným typem nádoru. Embryonální karcinom má hůře ohraničený okraj ve srovnání se seminomem (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

1.2.2 NÁDOR ZE ŽLOUTKOVÉHO VŘÍVKU

Nádor ze žloutkového vřívku se vyskytuje převážně u jedinců mladších 20 let. V diagnostice se musíme zabývat histologií a rozlišit nádor žloutkového vřívku od seminomu. V dětství má tento typ nádoru dobrou prognózu (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

Nelze vyloučit, že existují přechodné formy mezi embryonálním karcinomem a nádorem ze žloutkového vřívku, takže v některých případech správné rozpoznání závisí na tom, zda se podaří identifikovat charakteristické struktury či nikoliv (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008, s. 106).

1.2.3 CHORIOKARCINOM

Choriokarcinom se samostatně vyskytuje jen vzácně, spíše je součástí smíšených germinálních nádorů 8–10 %. Je to vysoce zhoubný nádor, který se šíří hematogenní cestou. Ve většině případů je inkurabilní a má horší prognózu. Z histologického hlediska jsou ložiska nádorů uzlovitá s přítomností nekrózy a je viditelné krvácení v okolí nádoru (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

1.2.4 TERATOM

Stejně jako choriokarcinom se také teratom neobjevuje u dospělého jedince samostatně, ale je součástí smíšených germinálních nádorů. Vyskytuje se i u dětí do 4 let, ve většině případů je spojen s vrozenými anomáliemi. Výskyt zralého teratomu je většinou ve zbytkových nádorech po předchozí chemoterapii. Teratom má původ ve všech třech zárodečných listech (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

1.2.5 SMÍŠENÉ GERMINÁLNÍ NÁDORY

Smíšené germinální nádory představují přibližně 70 % všech neseminových nádorů. I když je hlavní složkou seminom, podle daných kritérií se smíšené germinální nádory zařazují do neseminomů. Zde se mohou kombinovat všechny typy germinálních nádorů (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

Nejčastější jsou kombinace embryonálního karcinomu a teratomu, embryonálního karcinomu a seminomu, embryonálního karcinomu, teratomu a nádoru ze žlutkového váčku, embryonálního karcinomu, teratomu a choriokarcinomu (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008, s. 111).

NEGERMINÁLNÍ NÁDORY

Vyskytují se převážně u starších mužů. Představují asi 6 % všech nádorů varlat a patří mezi radiorezistentní typy nádorů (BÜCHLER, 2012b).

1.3 NÁDORY SERTOLIHO BUNĚK

Jsou vzácné typy nádorů. Nejčastěji se jeví jako ohraničený uzел ve varleti. Zvláštností těchto nádorů je minimální metastatické šíření.

1.3.1 KONVEČNÍ NÁDOR

Ze všech nádorů varlat se konveční nádor Sertoliho buněk vyskytuje pouze v 1 %. Nejčastěji se vyskytuje u jedinců ve středních věkových kategoriích. V případě, že je nádor větších rozměrů, můžeme očekávat horší prognózu (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

1.3.2 KALCIFIKUJÍCÍ VELKOBUNĚČNÝ NÁDOR

Výskyt tohoto nádoru je u jedinců mladších 20 let, výrazným projevem je gynekomastie a předčasná puberta (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

1.3.3 SKLEROZUJÍCÍ NÁDOR

Nádor tvoří hutné kolagenní vazivo, kde jsou rozptýleny buňky Sertoliho nádoru. Vyskytuje se u mužů všech věkových kategorií (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

1.3.4 MALIGNÍ NÁDOR

Maligní nádor Sertolihových buněk byl popsán přibližně ve 45 případech. Makroskopicky většinou dosahuje rozměru většího než 5 cm (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008, s. 114).

1.4 NÁDORY Z LEYDIGOVÝCH BUNĚK

Řadí se mezi radiorezistentní typy nádorů. Důležitá je včasná a radikální orchiektomie včetně retroperitoneální lymfadenektomie (KRÁTOCHVÍL, 2010).

1.4.1 BENIGNÍ NÁDOR

Benigní nádor z Leydigových buněk představuje asi 3 % všech testikulárních nádorů. V dětském věku je jeho velikost max. 1 cm. Při větších rozměrech se projeví předčasnou pubertou. V dospělosti tvoří benigní nádor 80 % všech nádorů a 20 % má maligní povahu. Nádor dorůstá do velikosti 5 cm, ale není výjimkou i velikost více než 10 cm (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

1.4.2 MALIGNÍ NÁDOR

Jak jsme si již zmínili, u benigního nádoru má maligní chování 10 % nádorů z Leydigových buněk. Histogenetické zařazení nádoru je ztíženo vřetenovitou podobou většiny maligních nádorů (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

1.5 MALIGNÍ LYMFOMY VARLETE

Neboli nehodkinské lymfomy, jejich výskyt je oproti výše popsaným druhům minimální. Ve většině případů se lymfom vyskytuje přímo ve varleti společně s postižením uzlin. Jejich výskyt je v především po 50. roce života. Klinické příznaky se oproti ostatním druhům nádorů neliší, je zde zvýšené metastatické šíření do mozku (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

2 TNM KLASIFIKACE NÁDORŮ VARLAT

Mezinárodní klasifikace TNM je součástí každého nádorového onemocnění.

T – (tumor) = k písmenu se připsuje číslice, která udává rozsah primárního nádoru.

pTX – primární nádor nelze hodnotit.

pT0 – bez známek primárního nádoru.

pTis – karcinom in situ, intratubulární germinální neoplazie.

pT1 – nádor omezen na varle a nadvarle, bez vaskulární či lymfatické invaze. Může probíhat invaze do tunica albuginea, nikoli však do tunica vaginalis.

pT2 – nádor omezen na varle a nadvarle, s vaskulární či lymfatickou invazí, nebo nádor šířící se přes tunica albuginea s postižením tunica vaginalis.

pT3 – nádor postihuje funikulus spermaticus, vaskulární a lymfatická invaze může/nemusí být přítomna.

pT4 – nádor postihuje skrotum, vaskulární a lymfatická invaze může/nemusí být přítomna (BÜCHLER, 2012d, s. 359).

N – (nodus) = udává stav regionálních mízních uzlin.

NX – regionální mízní uzliny nelze hodnotit.

N0 – regionální mízní uzliny bez metastáz.

N1 – jedna až 5 postižených lymfatických uzlin, žádná není větší než 2 cm.

N2 – jedna nebo více postižených lymfatických uzlin o velikosti 2–5 cm, nebo více než 5 pozitivních lymfatických uzlin, z nichž žádná ložisko není větší než 5 cm, nebo známky extranodálního šíření nádoru.

N3 – jedna nebo více postižených lymfatických uzlin o průměru větším než 5 cm (BÜCHLER, 2012d, s. 359).

M – (metastáza) = udává přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz.

MX – vzdálené metastázy nelze hodnotit.

M0 – nejsou vzdálené metastázy.

M1 – vzdálené metastázy.

- *M1a – neregionální uzlinové metastázy nebo plicní metastázy,*
- *M1b – jiné metastázy než uvedené pod M1a (SCHMIDT, 2010, s. 320).*

S – sérové markery

K sérovým markerům řadíme AFP, β -HCG a LDH podle kterých se stanovují klinická stádia.

SX – hodnoty sérových markerů nejsou dostupné.

S0 – všechny hodnoty jsou v normě.

S1 – AFP < 1000 ng/ml nebo β -HCG < 5000 IU/l (1000ng/ml) nebo LHD < 1,5x N (horní hodnota normy LDH).

S2 – AFP \geq 10 000 ng/l, nebo β -HCG \geq 5000 IU/l a \leq 50 000 IU/l, nebo LDH \geq 1,5x N a \leq 10x N.

S3 – AFP >10 00 ng/ml, nebo β -HCG > 50 000 IU/l (10 000 ng/ml) nebo LDH >10x N (BÜCHLER, 2012d, s. 360).

3 STÁDIA NÁDORŮ VARLAT

Nyní se budeme zabývat stádii nádorů varlat, které pro nás budou mít význam v terapii. Rozlišujeme tři základní klinická stádia, která se dále člení. Jednotlivá stádia se odvozují od předchozí TNM klasifikace.

Tabulka 2 Klinická stádia nádorů varlat

Klinické stádium	Primární nádor	Regionální mízní uzliny	Vzdálené metastázy	Sérové markery
<i>Stádium 0</i>	<i>pTis</i>	<i>N0</i>	<i>M0</i>	<i>SX, S0</i>
<i>Stádium I</i>	<i>pT1–4</i>	<i>N0</i>	<i>M0</i>	<i>SX</i>
<i>Stádium IA</i>	<i>pT1</i>	<i>N0</i>	<i>M0</i>	<i>S0</i>
<i>Stádium IB</i>	<i>pT2–4</i>	<i>N0</i>	<i>M0</i>	<i>S0</i>
<i>Stádium IS</i>	<i>jakékoliv pT</i>	<i>N0</i>	<i>M0</i>	<i>S1–S3</i>
<i>Stádium II</i>	<i>jakékoliv pT</i>	<i>N1–N3</i>	<i>M0</i>	<i>SX</i>
<i>Stádium IIA</i>	<i>jakékoliv pT</i>	<i>N1</i>	<i>M0</i>	<i>S0</i>
	<i>jakékoliv pT</i>	<i>N1</i>	<i>M0</i>	<i>S1</i>
<i>Stádium IIB</i>	<i>jakékoliv pT</i>	<i>N2</i>	<i>M0</i>	<i>S0</i>
	<i>jakékoliv pT</i>	<i>N2</i>	<i>M0</i>	<i>S1</i>
<i>Stádium IIC</i>	<i>jakékoliv pT</i>	<i>N3</i>	<i>M0</i>	<i>S0</i>
	<i>jakékoliv pT</i>	<i>N3</i>	<i>M0</i>	<i>S1</i>
<i>Stádium III</i>	<i>jakékoliv pT</i>	<i>jakékoliv N</i>	<i>M1a</i>	<i>SX</i>
<i>Stádium IIIA</i>	<i>jakékoliv pT</i>	<i>jakékoliv N</i>	<i>M1a</i>	<i>S0</i>
	<i>jakékoliv pT</i>	<i>jakékoliv N</i>	<i>M1a</i>	<i>S1</i>
<i>Stádium IIIB</i>	<i>jakékoliv pT</i>	<i>N1–N3</i>	<i>M0</i>	<i>S2</i>
	<i>jakékoliv pT</i>	<i>jakékoliv N</i>	<i>M1a</i>	<i>S2</i>
<i>Stádium IIIC</i>	<i>jakékoliv pT</i>	<i>N1–N3</i>	<i>M0</i>	<i>S3</i>
	<i>jakékoliv pT</i>	<i>jakékoliv N</i>	<i>M1a</i>	<i>S3</i>
	<i>jakékoliv pT</i>	<i>jakékoliv N</i>	<i>M1b</i>	<i>jakékoliv S</i>

Zdroj: Schmidt, 2010, s. 320

4 NÁDORY VARLAT

4.1 RIZIKOVÉ FAKTORY

Rizikové faktory jsme pro přehlednost rozdělili do dvou základních skupin. Dělíme je na skupinu vrozených a vnějších rizikových faktorů.

4.1.1 GENETICKÉ A VROZENÉ FAKTORY

Kryptorchismus – je hlavním rizikovým faktorem a nejčastější vrozenou anomálií u chlapců. Tuto anomálii byl mě rodič řešit co nejdříve po narození, nejpozději do 1 roku dítěte. Pokud se provede orchiopexie do 18. měsíce věku, riziko vzniku nádoru relativně klesá, ale před vznikem nádoru nechrání (BÜCHLER, 2012c).

Genetická predispozice – významným faktorem je pozitivní rodinná anamnéza, pokud se vyskytuje v rodině jedinec s nádorem varlat, lze očekávat, že další člen mužského pohlaví bude mít vyšší pravděpodobnost vzniku nádoru. Větší výskyt germinálních nádorů byl dokázán i mužů, kteří mají Downův a Klinefelterův syndrom (BAJČIOVÁ a kol., 2011), (BÜCHLER., 2012d).

4.1.2 VNĚJŠÍ FAKTORY

BIOLOGICKÉ FAKTORY: **Onemocnění varlat** – patří k méně výrazným rizikovým faktorům. Popisuje se, že jedinci, kteří prodělali v dětství inguinální hernii, mají dvakrát větší riziko vzniku nádoru. Dalším faktorem bývá parotická orchitida, při pozdním zahájení léčby dochází ke vzniku infertility (BAJČIOVÁ a kol., 2011).

FYZIKÁLNÍ FAKTORY: **Úraz** – má souvislost se vznikem nádoru. Přibližně 10 % mužů udává traumatické poškození varlat. V případě opakovaných mikrotraumat např. při jízdě na koni nebo cyklistice nebyl prokázán vznik nádorového onemocnění (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

CHEMICKÉ FAKTORY: **Zevní vlivy** – jedinec je vystaven riziku, pokud se během života setkává s pesticidy, herbicidy, chemickými rozpouštědly a sloučeniny těžkých kovů, které se usazují jak ve varlatech, tak v prostatě. Je popisována souvislost s kontaminovanou pitnou vodou, ve které se vyskytují podíly metabolitů hormonální

antikoncepce, která je v dnešní době nejužívanější kontraceptivou žen (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

ZÁŘENÍ: za rizikové záření je považováno rentgenové vyšetření matky během těhotenství nebo vystavení jedince extrémní teplotním rozdílům (BAJČIOVÁ a kol., 2011).

4.2 SYMPTOMATOLOGIE

LOKÁLNÍ PŘÍZNAKY:

Nebolestivé zvětšení varlat – je nejčastějším klinickým příznakem. Chybí zde informovanost dospívajícího jedince o anatomii varlat. Dochází totiž k tomu, že někteří jedinci z důvodu neznalosti nechávají varle dorůst do enormního rozměru. Na tuto skutečnost přijde muž nejčastěji při hygieně, méně často na zvětšení upozorní partnerka nebo partner muže (BOUBLÍKOVÁ, 2015)

Změna varlete – varle je z anatomického hlediska hladké konzistence. Pokud se objeví hrbolatá struktura nebo je přítomna hmatná bulka, změna velikosti, objemu a nepravidelnosti varlete, měli by muži okamžitě navštívit lékaře k dalšímu vyšetření (ABRAHÁMOVÁ, 2014).

Bolest – muži udávají tupou bolest varlete. Bolest je typickým příznakem u nádorů neseminového typu, kdy dochází k napínání tunica albuginea z důvodu rychlého růstu nebo krvácení nádoru (BAJČIOVÁ a kol., 2011).

SYSTÉMOVÉ PŘÍZNAKY:

Zvětšení lymfatických uzlin – nádory varlat většinou metastazují do regionálních mízních uzlin zejména do retroperitonea, kde se vzácně nahmatá resistence v břiše. Objevují se bolesti bederní páteře, břicha, hlavy, dušnost a může být přítomna hemoptýza (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

Hluboká žilní trombóza – projeví se otokem dolní končetiny. Je způsobena kompresí dolní duté žíly, která následně utlačuje iliakální žíly. (BAJČIOVÁ a kol., 2011).

Hormonální vlivy – hlavním hormonem je beta-HCG, který souvisí se vznikem embryonálního karcinomu v 60 % (ADAM a kol., 2010).

Gynekomastie – je oboustranná a symetrická. Její výskyt je spojen s germinálními nádory zejména choriokarcinomem. Vznik gynekomastie nemusí být vždy dán zvýšeným HCG hormonem (BÜCHLER, 2012b).

4.3 DIAGNOSTIKA

4.3.1 ANAMNÉZA

Osobní anamnéza je pro lékaře prvním krokem ke stanovení diagnózy. Pacient zprvu bagatelizuje své problémy v domněnku, že je to přirozené. Setkáváme se také s tím, že pacienti, kterým se varle zvětšuje, si myslí, že budou mít zvětšené i druhé a zároveň se růstem zvětší i pyj. Pacient urologovi popisuje především subjektivní příznaky. Chybou lékaře při stanovení diagnózy je bagatelizace onemocnění, kterou většinou zamění za zánětlivé onemocnění varlete nebo hydrokél. V rodinné anamnéze se zaměřujeme na familiární výskyt choroby.

Pracovní anamnéza je důležitá zejména z důvodu rizikového povolání pacienta, které může být faktorem pro vznik nádoru.

Farmakologická anamnéza je v tuto chvíli nejmenším problémem, jelikož se jedná o mladé pacienty, u kterých se předpokládá minimální užívání několika léků, než je tomu u starších pacientů (VORLÍČEK a kol., 2012).

4.3.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Při podezření na nádor varlete je fyzikální vyšetření důležitou součástí diagnostiky. Urolog vyšetřuje pohledem a palpačně samotné varle, kde se zkoumá konzistence, velikost, povrch postiženého varlete a šourek, ale pro porovnání vyšetřuje i druhé varle. Součástí je vyšetření lymfatických uzlin v třísle, axilách a nadklíčcích (ADAM a kol., 2010), (BAJČIOVÁ a kol., 2011).

4.3.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Součástí jakéhokoliv vyšetření jsou základní odběry na hematologické, biochemické, sérologické vyšetření k průkazu HIV je dodatečným vyšetřením, virologické vyšetření je nutné k vyšetření hepatitid zejména u rizikových pacientů.

NÁDOROVÉ MARKERY – jsou součástí biochemického vyšetření. Jejich stanovení se provádí na počátku léčby, v průběhu léčby, po odstranění nádoru nebo metastáz a ukončení léčby, aby se zjistila včasná recidiva onemocnění. U germinálních nádorů jsou vysoce senzitivní a diagnostiku potvrdí i u nádoru malého rozsahu. Umožňují diagnostikovat i vzácnější germinální nádory s postižením regionálních mízních uzlin v břiše nebo mediastinu. Stanovujeme hodnoty β -HCG, LDH, AFP. Jejich stanovení se doporučuje před orchiektomií a 7 dní po orchiektomii (ADAM a kol., 2010), (BÜCHLER, 2012b).

β -HCG – je fyziologicky produkován syncytiotrofoblastem placenty v průběhu těhotenství (BAJČIOVÁ a kol., 2011, s. 216). Je pod jednotkou HCG hormonu, pro diagnostiku je přesnější stanovení free-beta-HCG. Zvýšené hodnoty markeru jsou v naprosté většině u choriokarcinomu. U nádorů seminového typu se objevuje zvýšení markeru u 20 % pacientů, u neseminovaného typu v 80 % před zahájením terapie (ADAM a kol., 2010), (BÜCHLER, 2012b).

LDH – je nespecifickým nádorovým markerem, který znamená pokročilou nemoc. Má většinou prognostický význam, vysoký výskyt je zejména u nádorů seminového typu, kde je zastoupení přibližně v 80 %. Hodnoty tohoto enzymu bývají zvýšené i u jiných onemocnění, proto mu musíme věnovat zvýšenou pozornost při stanovení diagnózy nádoru varlat (ADAM a kol., 2010).

AFP – je glukoprotein podobný albuminu. Fyziologicky je v průběhu těhotenství produkován játry a žloutkovým váčkem. V průběhu prvního roku života jeho hodnota klesá. Marker je negativní u čistého seminomu a choriokarcinomu. Vysoká pozitivita je dle fyziologického popisu zejména u karcinomu žloutkového váčku, dále se zvýšené hodnoty markeru objevují u teratomu a embryonálního karcinomu. V onkologii je nejdůležitějším markerem, který informuje o účinnosti léčby nebo recidivě nemoci (ADAM a kol., 2010), (BAJČIOVÁ a kol., 2011).

PLAP – jak již vychází z názvu, enzym se uvolňuje z placenty. Velmi podobný enzym lze najít například v plicích, děložním krčku a ve varleti. Zvýšené hodnoty se objevují u nádoru seminového typu. Jediným problémem při stanovení je, že pokud pacient kouří, tento marker neprovádíme, jelikož jeho hodnota je několikanásobně vyšší. Můžeme ho provést jen u nekuřáků (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

4.3.4 ZOBRAZOVACÍ METODY

Ultrasonografie – je prvním vstupním vyšetřením, kde je možné diagnostikovat velikost nádoru, dále se zobrazuje struktura varlete, prokrvení ve varleti a vztah k nadvarleti. Na sonografii mohou být patrné mikrokalciifikace, většinou se jedná o náhodný nález (BAJČIOVÁ a kol., 2011).

RTG – je orientačním vyšetřením, které odhalí přítomnost plicních metastáz, pro konkrétní určení se doplňuje CT vyšetřením.

CT – je nejužívanější metodou, slouží k diagnostice metastáz, zhodnocení průběhu léčby a v dispenzarizaci. Vyšetřujeme retroperitoneum, plíce, játra a celou pánev (BAJČIOVÁ a kol., 2011), (BÜCHLER, 2012d).

MR – je indikací pro pacienty, kteří jsou alergičtí na jodovou kontrastní látku, která se podává při CT vyšetření. Provádí se v případě neurologických potíží a při nálezů na CT k diagnostice mozkových metastáz (ADAM a kol., 2010), (BAJČIOVÁ a kol., 2011).

PET – nepatří ke standardnímu vyšetření, je pouze doplňujícím vyšetřením k potvrzení rozsahu nemoci nebo v průběhu léčby jako reakce nádoru na léčbu. U neseminomů zejména smíšených geminálních nádorů je falešná negativita tohoto vyšetření. Zejména se provádí po léčbě k posouzení viability nádoru (ADAM a kol., 2010), (VYZULA, 2015).

Scitigrafie kostí – se provádí pouze při metastatickém šíření (BÜCHLER, 2012d).

4.3.5 PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ

Kryokonzervace spermatu – metoda spočívá ve zmrazení ejakulátu. Je nabízena pacientům, u kterých se předpokládá odstranění varlete, radioterapie a chemoterapie varlete, kde dochází k poškození reprodukčního orgánu. Odběr je nutné provést před zahájením léčby. Bohužel se stává, že se muži o této metodě dozvedí až v průběhu léčby, nebo o ni vůbec nevědí. Spermabanky nabízejí pouze metodu asistované reprodukce, ale nenabízejí odběr u onkologických pacientů, zde je důležitá informovanost lékaře. V minulosti se uchovával celý objem ejakulátu. Před uchováním vzorku je důležité vyšetření na sexuálně přenosné choroby. V dnešní době se spermie koncentrují do kryodávek a je možné je použít hned po rozmrazení. Jedná se o

bezbolestnou metodu, které se pacient nemusí obávat. Spermie se odebírají extrakcí nebo aspirací jehlou z varlete nebo nadvarlete. Proces zamrazování probíhá postupným ochlazením na teplotu 0,5–2,0 °C, poté se ochlazuje až na hodnotu -80 °C, následuje ponoření do tekutého dusíku, kde je teplota -196 °C při této teplotě mohou být uchovány až několik let. Rozmražení je také velmi důležité, pokud je příliš rychlé nebo pomalé, dochází k poškození spermií. Při správné kryokonzervaci nedochází k poškození spermií (HUSER, 2014).

4.4 TERAPIE

Nádory varlat patří k dobře léčitelným až trvale vyléčitelným druhům nádoru. Díky léčbě dochází ke snížení mortality a k vyléčení i vzdálených metastáz.

4.4.1 CHIRURGICKÁ TERAPIE

Radikální inguinální orchiektomie je prvním krokem léčby nádoru varlat. Dochází k odstranění postiženého varlete, nadvarlete spolu s obaly a semenným provazcem. Je nejužívanější chirurgickou metodou (DUDA, 2013).

Transskrotální přístup při orchiektomii se v dnešní době neprovádí z důvodu rizika invaze do stěny šourku a následného postižení tříselných a abdominálních uzlin (DUDA, 2013).

Orgán zachovaná operace je upřednostňována hlavně mladými muži. Zde jsou stanoveny podmínky pro tento výkon. Nádor nesmí přesahovat 30 % objemu varlete, povrch varlete musí být hladce opouzdřen, nesmí být přítomna invaze do pouzdra nádoru, vaskulární invaze a hladina testosteronu musí být v normě. Pokud jedna z uvedených podmínek není splněna, nesmí se tento druh operace provést (KRATOCHVÍL, 2010).

Biopsie druhého varlete není standardním postupem. Před odstraněním varlete by se mělo provést sonografické vyšetření, zda je přítomen nádor i ve druhém varleti a dále u kryptorchismu. Indikace je pouze při podezřelém nálezů na sonografii (ADAM a kol., 2010).

Retroperitoneální disekce lymfatických uzlin tato metoda se provádí více ve Spojených státech Amerických. U dětí v prepubertálním věku se neprovádí a není ani

součástí operačního řešení z důvodu vysokého výskytu komplikací, zejména infertility. V Evropských zemích je upřednostňována systémová chemoterapie (ADAM a kol., 2010).

4.4.2 TERAPIE SEMINOMŮ

První klinické stádium: IA a IB stádium – u nás je nejrozšířenější metodou podání chemoterapie adjuvantní, která spočívá v aplikaci 2 cyklů carboplatiny. V klinickém stádiu IA se může použít metoda „wait and watt“ (čekat a pozorovat), podmínkou je spolupracující pacient nebo pacient, který nechce podstupovat chemoterapii. Alternativou je adjuvantní radioterapie paraaortálních uzlin je nabízená pacientům, kteří nemohou absolvovat aplikaci chemoterapie, dávka je 20 Gy. V případě chirurgického zákroku v dolním kvadrantu břicha nebo skrota je nutné provést ozáření ilických uzlin. Ve stádiu IS terapie spočívá v podání 3 cyklů BEP nebo ozařováním paraaortálních a ilických uzlin 30–36 Gy. (BOUBLÍKOVÁ, 2015), (VYZULA, 2015).

Druhé klinické stádium (IIA a IIB) podáváme 3–4 cykly BEP nebo léčba probíhá pomocí 4 cyklů EP. Opět je možná radioterapie retroperitonea se zaměřením na regionální mízní uzliny, kdy je dávka 30–36 Gy (BÜCHLER, 2012d), (VYZULA, 2015).

Stádium IIC a třetí klinické stádium – zde aplikujeme 3–4 cykly BEP nebo 4 cykly EP (BOUBLÍKOVÁ, 2015).

4.4.3 TERAPIE NESEMINOMŮ

První klinické stádium i zde se můžeme setkat s možností přísného sledování pacienta jako je tomu u seminomu. V případě nemetastatického šíření se aplikují v IA a IB stádiu 2 cykly BEP nebo 3 cykly EP. Ve stádiu IS se podávají se 3 cykly BEP nebo 4 cykly EP. Před každou aplikací chemoterapie provádíme odběry na nádorové markery. Pokud nádorové markery klesají pomalu nebo nedošlo k jejich patřičnému poklesu, znamená to, že je špatná odpověď léčby na nádor a v tuto chvíli nastává změna rozpisu chemoterapie (BÜCHLER, 2012d), (VYZULA, 2015).

Druhé klinické stádium a třetí klinické stádium – V klinickém stádiu IIA a IIB by měla být aplikace 3 cyklů BEP nebo 4 cyklů EP u ne seminonů, je nutné chirurgické odstranění reziduálního nádoru. Stádium IIC – nedojde-li ke kompletní remisi, nabízí se

pacientovi při reziduální lymfadenopatii přes 3 cm nabízí retroperitoneální lymfadenektomie. Dle výsledků patologie se pokračuje v podání druhé linie chemoterapie VeIP. U reziduální lymfadenopatie 2–3 cm je možné pacienta při negativních výsledcích nádorových markerů pacienta jen sledovat. Ve třetím klinickém stádiu probíhá chemoterapie 3–4 BEP ev. EP nebo také 4 cykly VIP při kontraindikaci bleomycinu (BÜCHLER, 2012d), (VYZULA, 2015).

4.4.4 ZÁCHRANNÁ CHEMOTERAPIE

Tuto metodu využíváme u pacientů s relapsem, perzistencí nebo progresí nádoru nebo při zvýšení nádorových markerů čtyři týdny po ukončení chemoterapie. V případě selhání standardního režimu terapie cyklem BEP je neúčinnější kombinace VeIP nebo TIP, zde nastává kompletní remise přibližně u 60 % pacientů. Zbytkový nádor, který je inoperabilní, lze zahrnout do záchranné chemoterapie nebo radioterapie, ale dávka by neměla být nižší než 50 Gy. V případě objevení mozkových metastáz, které nám značí závažný stav je vhodné doplnění radioterapie, kde je úspěšnost terapie 25 % (BÜCHLER, 2012b).

4.4.5 TERAPIE BOLESTI

Jak jsme se již v symptomatologii zmínili, bolest je většinou problémem u pokročilého nádoru varlete. Nejdůležitější roli v léčbě bolesti hraje edukace pacienta. Onkolog musí během pravidelných kontrol v ambulantní péči nebo po přijetí pacienta na lůžkové oddělení k chemoterapii sledovat bolest. Používáme postup nefarmakologický, který zahrnuje fyzikální metodu použití tepla a chladu, relaxaci nebo léčbu hudbou. Farmakologickou léčbu zahajujeme *neopioidními* analgetiky např. Paracetamol, Ibuprofen, Nimesilin. Pokud neopioidní analgetika nezabírají, přechází lékař k *opioidním* analgetikům. Řadíme sem Tramadol v podobě tablet, perorálních kapek nebo v injekční formě. Můžeme využít aplikaci Dolsinu nebo Morphinu v injekční podobě. Pokud je pacient během hospitalizace na analgetické terapii bolesti, zejména opioidních analgetik, musí lékař před propuštěním pacienta převést z injekční formy na tabletovou nebo transdermální. Výhodou transdermálních analgetik je jejich délka účinku, pacient je poučen o pravidelné výměně a zároveň upozorněn na změnu místa aplikace. Příkladem transdermálních náplastí je Fentanyl, Durogesic, Sufentanil. Nevýhodou je však pomalá tritace účinku (BAJČIOVÁ a kol., 2011), (HAKL, 2012).

4.5 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY

Nežádoucí účinky se dají rozdělit podle různých kritérií na časné a pozdní, nebo je můžeme členit dle závažnosti na medicínsky závažné nebo medicínsky nezávažné.

4.5.1 MEDICÍNSKY NEZÁVAŽNÉ

GIT:

Nauzea a vomitus je nejčastějším nežádoucím účinkem po chemoterapii, která je způsobena dávkou a druhem cytostatika. Nejčastěji se objevuje po podání cyklu BEP a VeIP. Při delším trvání mohou nastat závažné komplikace, jako jsou tachykardie, pocení, bledost, změna motility žaludku, deprese, anorexie a odmítání další léčby. Pacienti po chemoterapii mají zvláštní chutě, které by se daly přirovnat k těhotenství u žen, nebo trpí pachutí, kdy jídlo chutná jinak, než vypadá. Dalším nežádoucím účinkem mohou být problémy s defekací, které se projeví obstipací nebo průjmem (VORLÍČEK a kol., 2012).

KOŽNÍ:

Alopecie je projevem toxicity chemoterapie, vypadávají především vlasy, ale setkáváme se i se ztrátou ochlupení. V této oblasti je potřebná psychická podpora ve smyslu, že vlasy opět narostou. Ženy mají možnost požádat o předepsání paruky. Objevuje vysychání kůže zejména v oblasti dlaní, zde je nutná edukace pacienta v oblasti péči o kůži používáním nedráždivých a neparafrinovaných mastí. Po podání chemoterapie se vyskytuje zvýšená pigmentace např. pod nehtovými lůžky. Dalším projevem jsou stopy po bičování, nejčastěji se objevují na zádech po aplikaci Bleomycinu, kdy kůže má bronzovou barvu a dochází k zvýraznění starých jizev na těle. Po podání platinových derivátů a Bleomycinu pacienti udávají přecitlivělost na světlo (VORLÍČEK a kol., 2012).

CÉVNÍ:

Flebitida je nejčastější komplikací po chemoterapii. Nutné je pravidelné kontrolování funkčnosti invazivního vstupu a v případě bolestivosti nebo zarudnutí žíly informovat lékaře. Trombóza je nebezpečná u pacientů, kteří mají zavedené dlouhodobé katétry v horní polovině těla např. PORT. Může dojít ke vzniku sraženiny v okolí

katétru a následné trombóze v žíle. Extravazace cytostatika je komplikací, která se musí řešit okamžitě po zjištění. Péče je různorodá, závisí na druhu cytostatika. U některých cytostatik se používá studený nebo teplý obklad a následné použití antidota dle standardu (VORLÍČEK a kol., 2012).

NEUROTOXICKÉ:

Způsobuje nejčastěji podání chemoterapie platinových derivátů, Paclitaxelu, Vinorelbinu a Etoposidu. Pacienti většinou pociťují parestézii, hučení v uších a přecitlivělost na chlad. Necitlivost končetin se projeví porušením jemné motoriky, pacienti necítí podlahu, následkem je zakopávání. Většina neurologických potíží po ukončení léčby vymizí, ale u některých pacientů přetrvává (BÜCHLER, 2012a), (KLENER, 2011).

SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE A FERTILITA:

Nejčastějším problémem jsou poruchy ejakulace po disekci retroperitoneálních lymfatických uzlin. Sexuální dysfunkce se neliší u pacientů po orchiektomii a u pacientů, kteří pokračují v terapii. Po vysokodávkové chemoterapii je šance na početí přirozenou cestou výrazně ztížena. Pacienti by se měli vyvarovat početí během léčby chemoterapie, může dojít k mutaci spermií a narození dítěte s vývojovou vadou (BÜCHLER, 2012a), (RÜBBEN, 2013).

4.5.2 MEDICÍNSKY ZÁVAŽNÉ

KARDIOTOXICKÉ:

Vyšší výskyt kardiovaskulárních chorob je u pacientů s germinálními nádory, kteří dlouhodobě přežívají a u kterých byla diagnóza a léčba stanovena před 35. rokem života. Nejrizikovější kombinací je chemoradioterapie. V terapii jsme se zmínili, že většina chemoterapeutických režimů obsahuje platinové deriváty, které mají za následek z důvodu své objemové zátěže vznik hypertenze, hyperlipidémii, a s tím souvisí vznik infarktu myokardu nebo cévních mozkových příhod. Většina pacientů léčených standardním způsobem trpí nadváhou a s tím je spojena i zvýšená hladina celkového cholesterolu a triacylglycerolu. Z endokrinních změn dochází ke zvýšení FH a LH

a jsou patrné nižší hladiny testosteronu. Dochází pak ke vzniku osteoporózy, snížení svalové hmoty a depresím (BÜCHLER, 2012a).

HEMATOLOGICKÉ:

Útlum krvetvorby je komplikací jak u chemoterapie tak i radioterapie, dochází zde k snížení počtu erytrocytů – vzniká anémie, leukocytů – leukopenie, neutrofilů – febrilní neutropenie a trombocytů – trombocytopenie. Anémie je nejčastějším biochemickým nálezem v krevním obraze, dochází ke snížení hemoglobinu a má výrazný dopad na kvalitu života. Onkolog by ji měl umět správně diagnostikovat a léčit. Febrilní neutropenie se u pacientů v první chvíli projeví horečkou vyšší jak 38 °C a podle klinického obrazu je hodnota neutrofilů menší než $0,5 \times 10^9/l$. Snížené hodnoty trombocytů jsou závažnou komplikací, která ohrožuje pacienta na životě z důvodu krvácení (NOVONTNÝ, 2012), (HALÁMKOVÁ, 2012).

Nejčastější brána vstupu infekce je přes invazivní vstup, kdy v případě komplikací může nastat až septický stav, který ohrožuje pacienta na životě. Chemoterapie poškozuje i sliznice, nejvíce jsou pacienti ohroženi kvasinkovou infekcí, která se nejčastěji vyskytuje v dutině ústní tzv. mukozitida (VORLÍČEK a kol., 2012).

NEFROTOXICKÉ:

Jsou způsobené toxicitou cytostatik, která vede ke glomerulární nebo tubulární dysfunkci ledvin. Zde je opět riziková chemoradioterapie s platinovými deriváty. Zde je výskyt nefrotoxicity s hydronefrózou při zahájení chemoterapie (BÜCHLER, 2012a).

UROTOXICKÉ:

V případě radioterapie nádoru varlat se mohou objevit diuretické obtíže, které po ukončení radioterapie vymizí. Pacienti jsou poučeni, že moč má intenzivnější zápach a její barva může být oranžová, růžová nebo žlutá. Součástí chemoterapeutického cyklu VeIP je nutné podání antidota (VORLÍČEK a kol., 2012).

PLICNÍ TOXICITA

U nádorů varlat je výskyt spojen s metastatickým šířením, které ovlivňuje kvalitu života pacienta, a počet úmrtí na plicní toxicitu je malý. Při překračující dávce bleomycinu jsou přítomny známky pneumonitidy a plicní fibrózy, která bývá společně

s respirační insuficiencí smrtelná. Ke vzniku toxicity přispívá kouření, vyšší věk a předchozí radioterapie hrudníku (BÜCHLER, 2012a).

PSYCHICKÉ PORUCHY

Z důvodu porušeného obrazu těla a sexuální dysfunkce pacienti trpí nejčastěji depresemi, kterých by si měl lékař všimnout a tlumit (VORLÍČEK a kol., 2012).

4.6 PROGNOZA

Nádory varlat mají vynikající prognózu, 5leté přežití je v 90 %. Trvalá kompletní remise je u pacientů jak v časném, tak i v pokročilém stádium, což je v dospělé populaci výjimka mezi onkologickými nemocemi. U pacientů v kompletní remisi je vyšší riziko vzniku nádoru i v druhém varleti (ADAM a kol., 2010).

4.7 DISPENZARIZACE

Cílem dispenzarizace je co nejdříve po ukončení léčby zjistit případný relaps onemocnění a výskyt nového nádoru ve druhém, předtím zdravém varleti. Pacienti dochází do onkologické ambulance na kontroly po ukončení léčby 2 roky vždy po třech měsících, kdy je největší riziko vzniku relapsu a recidiv onemocnění. Následně sledování probíhá každých šest měsíců po dobu dvou let a poté již jednou ročně po ukončení léčby. Při každé kontrole pacient lékaři sdělí své pocity, eventuálně problémy po léčbě. Provádí se laboratorní vyšetření, kde se sledují nádorové markery, hladiny hormonů a lipidů. Následně se provádí RTG hrudníku pro zjištění případných metastáz. Provádíme CT vyšetření malé pánve, břicha popř. hrudníku, vše závisí na rozsahu původního onemocnění. Po ukončení léčby provádíme CT 3x do roka, během dalších dvou let 2x do roka a následně jednou za rok (BOUBLÍKOVÁ, 2015).

4.8 PREVENCE

Jako u většiny nádorových onemocnění je důležitá prevence. Nádory varlat sice patří mezi vyléčitelné onemocnění, ale široká populace o prevenci vzniku nádorů varlat nemá tušení. V první řadě by se měla tato informace dostat do povědomí dětských a praktických lékařů, rodičů a následně i adolescentům na základních a středních školách. Jedině tak se dospívající jedinci naučí o svoje zdraví pečovat.

Informovanost o nádorech varlat je sice dobrá, muži se o ni většinou dozvědí od svých známých ale, že se vyskytují zejména u mladších lidí, nevědí. Často si diagnózu pletou s karcinomem prostaty. Do prevence zahrnujeme snížení, nejlépe odstranění ovlivnitelných rizikových faktorů, jako je kouření, snížený kontakt se škodlivými zevními vlivy a nebezpečným zářením. Pro včasnou diagnostiku je důležité jedince naučit samovyšetření varlat, které se ve své podstatě moc neliší od samovyšetření prsu u žen (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

Samovyšetření varlat je bezbolestné, mělo by se provádět z počátku jednou týdně po dobu jednoho měsíce, aby se muž naučil poznávat strukturu varlete. Dále se provádí jednou měsíčně ve stejný den a hodinu nejlépe po teplé koupeli, kdy dojde ke změknutí šourku a vyšetření je tak jednodušší. Samotné provedení: muž by si měl, stoupnou před zrcadlo a prohlížet šourek. Všimá si změn konzistence varlete, objemu a nepravidelnosti varlete. Každé varle vyšetřuje zvlášť, oběma rukama a pozoruje výše uvedené změny. Důležité je pravidelné vyšetřování. Pravidelnou kontrolu varlat by měl provádět praktický lékař při preventivní prohlídce, jenže praxe je většinou jiná. (ZÁMEČNÍKOVÁ, 2012), (ABBRAHÁMOVÁ a kol., 2008).

4.9 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA

Sdělení jakékoliv diagnózy v oblasti onkologického onemocnění je pro pacienta bez ohledu na věk nejtěžším obdobím. Zdravotnický personál by měl při péči o pacienta znát fáze psychické odezvy na závažné zdravotní stavy dle Kübler Rossové:

Šok/popírání – je vysoká emoční reakce na sdělení onkologické diagnózy. Projevuje se pláčem, neklidem nebo naopak strnulostí. Pacienti se většinou ptají: „Proč se to stalo zrovna mě, právě teď?“ Reakce trvá různě dlouho, ale často sama odezní. Zdravotnický personál by si měl uvědomit, že v tuto chvíli si pacient zapamatuje jen minimální množství informací, které mu sdělíme. Zde přichází psychická podpora ze strany zdravotníků, že nic není ztraceno, vždy existuje naděje na vyléčení, zejména u námi popisovaného tématu. Pro lékaře a všeobecnou sestru je jednání s pacientem ve fázi popření náročné z důvodu, že odmítají pomoc od zdravotníků, nebo vznik své choroby přisuzují svému nejbližšímu okolí. V tuto chvíli je nutné pravidelné vysvětlování výsledků vyšetření lékařem a pokusit se snížit sebeobviňování pacienta (KÜBLER-ROSS, 2015).

Agrese – pacienti projevují zlost na blízké osoby i na celý svět, hádají se s personálem, odmítají veškerou léčbu a jsou se vším nespokojeni. Zde je komunikace s pacientem obzvláště náročná, zdravotnický personál musí s pacientem mluvit klidným hlasem, i když je to v tuto chvíli náročné. Většina lidí reaguje na agresi agresí jenže zdravotník je profesionál a agresí by s pacientem neměl jednat. Důležité je pacienta vyzvat ke spolupráci (KÜBLER-ROSS, 2015).

Smlouvání – pacienti se uchylují k bohu, lékaři. Většinou mají nějaká přání, jako že potřebují dostavět dům, chtějí se dočkat vnoučat nebo v případě našeho tématu chtějí mít ještě děti, oženit se. Zdravotník by měl vyslyšet pacientova přání a umožnit jeho víru v dobrý výsledek léčby (KÜBLER-ROSS, 2015).

Deprese – je nejtěžší fází psychické odezvy, pacienti jsou v beznaději, strachu a úzkosti. Uzavírají se do sebe, odmítají veškerou spolupráci s okolím. Deprese je pro pacienta nebezpečná, proto si ji zdravotník musí všimnout a hned ji rozpoznat, jelikož se může objevovat opakovaně. V průběhu léčby se léčí psychofarmaky. Dochází k psychickému strádání, pacient je unaven, nemá chuť ani náladu hovořit se zdravotníky, trpí nespavostí. Pacienta podporujeme empaticky, kde jsou slova plná naděje. Deprese je vyčerpávajícím obdobím pro obě strany (KÜBLER-ROSS, 2015).

Smíření – fáze vyrovnání je pro zdravotníky velkou úlevou. Zde je pacient schopen přijímat informace o své diagnóze a průběhu léčby. Cítí se tělesně dobře a věří v úspěch, ve vyléčení. Do této poslední fáze se většina pacientů nedostane a to z důvodu, že se nemoc nedaří zmírnit anebo se vrací. Pacient je ohrožen návratem do fáze deprese (VORLÍČEK a kol., 2012).

Z psychologického hlediska pamatujeme na psychickou podporu rodiny a nejbližším příbuzným, kteří ve většině případů procházejí také fázemi smutku dle Kübler Rossové. Občas dochází k tomu, že příbuzní nemají zájem o svého nemocného a dochází také k odmítnutí nemocného.

4.9.1 KOMUNIKACE S ONKOLOGICKÝM PACIENTEM

Při komunikaci s pacientem myslíme na to, že pacient je psychicky zdravý, ale nachází se v těžké životní situaci. Zdravotnický personál musí zachovávat klid při komunikaci s pacientem, zejména pokud se nachází ve fázi popření nebo agrese. Dotyk je někdy více než slova a pacienti mají pocit porozumění a empatie. Čas je pro

zdravotníky velkým nepřítelem, ale měli bychom se naučit najít si trochu času na komunikaci s pacientem, aby nám sdělil své problémy, pocity a přání. Chválíme ho za každou maličkost, kterou v průběhu hospitalizace provede. Nejdůležitější je naslouchání a empatie, někdy jsou tyto dvě věci pro pacienta tím nejdůležitějším (VORLÍČEK a kol., 2012), (SPURNÁ, 2010).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM VARLAT

5.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka 3 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: X. Y.	Pohlaví: muž
Rok narození: 1975	Věk v době dg.: 40
Adresa trvalého bydliště: Frýdlant v Čechách	RČ: 750000/0000
Pojišťovna: 207 – Oborová zdravotní pojišťovna	
Datum přijetí: 16. 11. 2015	Čas přijetí: 12:00
Vzdělání: základní	Státní příslušnost: ČR
Zaměstnání: nyní v invalidním důchodu	Stav: svobodný
Typ přijetí: plánovaný	Účel příjmu: terapeutický
Oddělení: Komplexní onkologické centrum Liberec	

Zdroj: Dokumentace pacienta

Důvod přijetí udávaný pacientem: „Nastupuji na další sérii chemoterapie.“

Medicínská diagnóza při příjmu:

Germinoma mixtum (seminom a embryonální karcinom) testis sinister IIIA klinické stádium (pT3, N2, M1a PUL, S1 AFP)

Medicínské diagnózy vedlejší: Ostatní diagnózy neguje

5.2 HODNOTY ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU DNE 16. 11. 2015

Tabulka 4 Hodnoty zjištěné při příjmu

TK: 123/83 mmHg	Krevní skupina: A Rh pozitivní
P: 92/min (pravidelný)	Váha: 100 kg
D: 18/min	Výška: 189 cm
TT: 36,0°C	BMI: 28
Řeč, jazyk: plynulá, český jazyk	Stav vědomí: při vědomí, orientován
Orientace: orientován místem, časem osobou	Pohyblivost: soběstačný

Zdroj: dokumentace pacienta

Pacient souhlasí s realizací lékařských vyšetření a výkonů. Prohlašuje, že byl dostatečně informován o svém zdravotním stavu, následující léčbě a o možných komplikacích spojených s léčbou.

Zdroj informací: ošetřující lékař a personál, pacient, dokumentace.

5.3 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Pacient přeložen z oddělení následné péče k 4. sérii záchranné chemoterapie (VeIP) na lůžkové oddělení komplexního onkologického centra. Dlouhodobě se s ničím neléčí.

Zdroj informací: dokumentace pacienta.

5.4 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka 63 let se léčí s Parkinsonovou nemocí. S otcem se nestýká, zřejmě trpí alkoholismem. Sestra zdravá, s ničím se neléčí. Děti nemá.

Osobní anamnéza

Překonaná onemocnění: V dětství prodělal plané neštovice, chronická interní onemocnění neguje.

- Syndrom závislosti na tramalu a kombinovaná závislost na alkoholu, pervitinu a opiátech od roku 1992, abstinuje od začátku roku 2014,
- Gonorrhoe diagnostikována v roce 1995,
- Hepatitida typu C chronicky aktivní, diagnostikováno v roce 2005.

Hospitalizace a operace:

- H. i. dexter po porodu,
- St. p. operaci levého oka pro poranění a zánět oka. Byla implantována umělá čočka,
- St. p. opakovaných operacích abscesů v oblasti hýžděového svalu po aplikaci drog,
- St. p. orchiektomii vlevo 16. 1. 2015,
- Poslední hospitalizace na komplexním onkologickém centru v 9/15,
- Hospitalizace na oddělení následné péče 9/15–10/15.

Úrazy a transfúze neguje. Povinná očkování v dětském věku proběhla dle očkovacího kalendáře, očkování proti tetanu neví, byl několikrát očkovan před operací abscesů.

Farmakologická anamnéza

Tabulka 5 Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Flavobion	tbl.	70 mg	1 – 1 – 1	hepatoprotektivum
Tiapridal	tbl.	100 mg	1 – 1 – 1 + 2 tbl. v 21 hod.	antipsychotikum
Nimesil	gran.	100 mg	1 sáček při bolesti max. 2x denně	analgetikum
Degan	tbl.	10 mg	1 tbl. při nevolnosti max. 3x denně	antiemetikum prokinetikum
Buronil	tbl.	25 mg	1 tbl. při nespavosti	antipsychotikum
Lactulosa	sirup	133g	20 ml při zácpě	laxativum
Heparoid	ung.	30 g	2x denně na flebitidu na HKK	heparin
Asentra	tbl.	50 mg	1 – 0 – 0	antidepresivum
Paralen	tbl.	500 mg	1 – 1 – 1	analgetikum

Zdroj: Dokumentace pacienta

Alergologická anamnéza

Přecitlivělost na Penicilin, Tetracyklin, Mydocalm, vosí a včelí bodnutí – edema Quincke. Na potraviny a chemické látky přecitlivělost neguje.

Abúzus

Občas si dá pivo. Kouří 20 cigaret denně. Pije černou kávu s cukrem 3x až 4x denně. Léky a jiné drogy neguje, v současnosti abstinuje.

Urologická anamnéza

Pacient po orchiektomii 1/2015 v tomto období proběhla poslední kontrola pacienta urologem. Samovyšetření varlat nikdy neprováděl.

Sociální anamnéza

Pacient je svobodný. Žije v azylových domech. Se sestrou se moc nestýká, ale mají dobrý vztah bez výrazných konfliktů. Z rodičů se stýká jen s matkou. První den hospitalizace pacient komunikoval bez jakýchkoliv zábran a studu. Na dotazované

otázky odpovídal srozumitelně. Své problémy si řeší sám, rodina mu pomoc nenabízí. Mezi jeho záliby patří pasivní sledování fotbalových a hokejových utkání, aktivně se sportem nezabýval. Svůj volný čas tráví s kamarády a poslechem hudby.

Pracovní anamnéza

Pacient nyní v invalidním důchodu. Dříve pracoval jako pomocná profese na stavbách a všude tam, kde bylo potřeba. Nyní je v pořadníku uchazečů o pracovní nabídku. Vztahy na pracovišti dobré, nekonfliktní povahy. Ekonomické podmínky pacienta průměrné.

Spirituální anamnéza

Pacient není žádného náboženské vyznání.

5.5 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU 16. 11. 2015

HLAVA A KRK

Subjektivně: „Hlava mě bolí docela často.“

Objektivně: Hlava normocefalická, bez deformit, poklepově nebolestivá, přítomna alopecia subtotalis. Oči – spojivky růžové bez zánětu, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, skléry bílé, zornice izokorické, oční víčka bez edému, brýle nenosí. Uši – v anatomickém postavení bez výtoků, slyší dobře. Nos – se stacionární deviací přepážky po traumatu. Kůže – teplá, neopocaná, bez známek cyanózy, rty růžové bez ragád. Dutina ústní – jazyk vlhký, nepovlečen, plazí ve střední rovině, dutina ústní čistá, chrup silně defektní, sanován, zápach z úst nepřítomen. Krk – souměrný bez deformit, nerv trojklaný nebolestivý, inervace nervu lícního správná, šíje neoponuje, náplň krčních žil nezvětšena, štítná žláza nezvětšena, pulsace na a. carotis hmatná oboustranně, tepou symetricky, krční uzliny nezvětšené nebolestivé, nehmatné. Bolest hlavy identifikuje na škále bolesti číslem 3.

HRUDNÍK A DÝCHACÍ SYSTÉM

Subjektivně: „Dříve jsem se zadýchával pouze při námaze, ale poslední dobou se mi hůře dýchá i v klidu.“

Objektivně: Hrudník souměrný, bez deformit a kožních patologií. Prsa bez tvarových odchylek a gynekomastie. Pokleповé dýchání plné, jasné, čisté, vesiculární, bez vedlejších dýchacích fenoménů. Počet dechů 18/min.

SRDCE A CÉVNÍ SYSTÉM

Subjektivně: „Se srdcem problémy nemám.“

Objektivně: Srdeční rytmus zrychlený, pravidelný 92/min dobře hmatný na obou horních končetinách a. radialis. Ozvy srdce ohraničené. Krevní tlak ve fyziologické hodnotě 123/83 mmHg. Dolní končetiny bez otoků a známek zánětu. Lýtka nebolestivá. Varices cruris klidné. Pulzace dolních končetin na a. tibialis posterior tepou symetricky, akrální části teplé. Implantován PORT 8/2015

BŘICHO A GIT

Subjektivně: „Břicho mě bolí v oblasti žaludku. Jsem po chemoterapii, je mi nevolno, nemám chuť k jídlu, ale nezvracím. Má problém se zácpou, užívám projímadlo.“

Objektivně: Břicho v niveau hrudníku, prohmatné, bolestivé v oblasti žaludku, bez palpačních rezistencí. Přítomna nauzea. Úbytek hmotnosti 2 kg za týden po ukončení předchozího chemoterapeutického cyklu. Peristaltika slyšitelná. Hepar v oblouku, lien nenaráží. Poklep difúzně tympanický. Tapottement bilaterálně negativní. Inguiny volné. Murphyho znamení negativní.

VYLUČOVACÍ A POHLAVNÍ ÚSTROJÍ

Subjektivně: „Problémy s močením jsem nikdy neměl, teď jak mi není dobře tak toho moc nevymočím, protože se bojím i napít, aby mi nebylo špatně.“

Objektivně: Pacient močí spontánně. Moč tmavě žlutá bez patologických příměsí. Podbříšek nebolestivý.

POHYBOVÝ APARÁT

Subjektivně: „S pohybem žádné problémy nemám, musím chodit, abych měl alespoň nějakou aktivitu než pořád ležet u televize.“

Objektivně: Pacient je zcela soběstačný. Jemná a hrubá motorika je snižená parestezií po chemoterapii. Na páteři patrná skolióza. Klouby nebolestivé, bez patologických změn. Kosterní aparát bez deformit.

NERVOVÝ SYSTÉM

Subjektivně: „Z důvodu drogové minulosti mám psychické problémy. Brýle nenosím.“

Objektivně: Při vědomí. Orientován místem, časem a osobou. Při příjmu spolupracoval. Udává mimovolné pohyby rukou. Čich bez patologie. Slyší dobře. Staropaměť i novopaměť bez problémů. Smyslová citlivost v normě. Reflexy vybavené.

ENDOKRINNÍ SYSTÉM

Subjektivně: „V tomto směru se s ničím neléčím a o ničem nevím.“

Objektivně: V anamnéze nemá žádné poruchy endokrinního systému. Štítná žláza nebolestivá, nezvětšená. Ostatní endokrinní poruchy nepozorovány.

IMUNITNÍ SYSTÉM

Subjektivně: „Jsem oslaben po léčbě. Jsem alergický na vosí a včelí bodnutí potom, jsem vždy oteklý.“

Objektivně: Lymfatické uzliny nezvětšené, nebolestivé. Alergický na Penicilin, Tetracyklin, Mydocalm, vosí a včelí bodnutí. Normotermie 36,0 °C.

KŮŽE A JEJÍ ADNEXA

Subjektivně: „Mám jizvy na rukou po aplikaci drog. Těším se, až mi zase narostou vlasy.“

Objektivně: Kůže teplá, neopocená, bez cyanózy a ikteru. Kožní turgor přiměřen k věku. Prsty bez tvarových odchylek. Patrná pigmentace pod nehty po chemoterapii. Rty růžové s klidnými sliznicemi. Ochlupení není přítomno.

Utřídění informací dle domén NANDA I Taxonomie II

Posouzení ze dne 16. 11. 2015

Doména 1: Podpora zdraví

Pacient svůj zdravotní stav vnímá jako narušený, vzhledem trvalým následkům po užívání drog. V dětství prodělal plané neštovice. Očkování proběhlo dle očkovacího kalendáře. Po léčbě je unavený a nemá zájem ani motivaci k aktivitám ve volném čase. Chtěl by o své zdraví více pečovat, přestat kouřit ale nejde to. Jemná motorika je oslabená, při psaní mu pero padá z ruky a písmo je kostrbaté. Dodržuje domácí řád oddělení.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: nedostatek zájmových aktivit

Priorita: nízká

Doména 2: Výživa

Pacient s nevolností a bolestí břicha, úbytek hmotnosti 2 kg za týden. BMI: 28 nadváha. Během hospitalizace ordinována racionální dieta. Pacient má menší chuť k jídlu, jí malé porce. Pitný režim se pohybuje do 1500 ml za den, nyní pije coca – colu, která mu tlumí nevolnost. Sledujeme příjem tekutin a záznam stravy pacient, poučen o dostatečném pitném režimu, který by měl být 2000–2500 ml za den.

Použitá měřicí technika: BMI, příjem tekutin, zaznamenávání stravy

Ošetrovatelský problém: nevolnost, váhový úbytek nedostatek tekutin

Priorita: vysoká

Doména 3: Vylučování a výměna

Pacient zcela soběstačný v oblasti vylučování. Má problémy se zácpou, podávají se pravidelně laxativa pro lepší defekaci. Poslední stolice 14. 11. 2015 bez patologických příměsí. Pacientovi vysvětlen dostatečný pitný režim pro lepší vyprázdnění stolice. Vylučování moči probíhá zcela bez problémů.

Použitá měřicí technika: příjem a výdej tekutin

Ošetrovatelský problém: zácpa

Priorita: vysoká

Doména 4: Aktivita a odpočinek

Zájimové aktivity jsou spíše pasivního charakteru, aktivních zájmů se bojí kvůli dušnosti. Rád si zajde na procházku do přírody, jinak jeho aktivita spočívá ve sledování televizních pořadů. Za hospitalizace nebyla provedena žádná omezení v pohybu. Zcela soběstačný pacient. Pacient má problémy se spaním. Spí 7 hodin denně za pomoci ordinované medikace, usíná ve 23:00 a probouzí se kolem 6:00 hodiny. Bez medikace spal pouze 3 hodiny a pak nemohl usnout. V posledních dnech se cítí více unavený.

Použitá měřicí technika: test Barthelové

Ošetrovatelský problém: narušený vzorec spánku

Priorita: střední

Doména 5: Percepce a kognice

Pacient nemá problémy se staropamětí ani novopamětí, nijak ji neprocvičuje. Brýle nenosí a problémy se sluchem neudává. Cizí jazyk se učil jen na základní škole a nikdy ho nepoužil.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Priorita: 0

Doména 6: Sebepercepce

Pacient s melancholickou povahou. Svě tělo vnímá jako narušené z důvodu jizev. Trápí ho tíživá rodinná situace, cítí se sám.

Použitá měřicí metoda: 0

Ošetrovatelský problém: narušený obraz těla

Priorita: střední

Doména 7: Vztahy mezi rolemi

Pacient žije sám. S rodinou se moc nestýká. Nejlepší vztah z rodiny měl se sestrou, u které v začátku léčby bydlel. Od 8/2015 byl hospitalizován na odděleních následné péče, kde čekal na další sérii chemoterapie. Neví, proč s ním sestra nekomunikuje, myslí si, že tam jsou problémy ze strany manžela, když tam bydlel. Chtěl by se sestrou více stýkat.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: neefektivní vztahy v rodině

Priorita: střední

Doména 8: Sexualita

Pacient bezdětný. Na otázku sexuálního života pacient nechtěl hovořit, my jsme respektovali jeho přání. Děti by chtěl, ale neví, zda je bude někdy mít z důvodu operace varlat. Kryokonzervace spermií neproběhla, pacient nebyl dostatečně informován o této možnosti. Fertilita výrazně snižena operací a chemoterapeutickou léčbou. Je si vědom, že početí přirozenou cestou bude obtížné.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: sexuální dysfunkce

Priorita: nízká

Doména 9: Zvládání a tolerance zátěže

Pacient bez léků na depresi zvládal zátěž velmi obtížně. Jelikož teď abstinuje v drogách, snaží se stres odbourávat kouřením. Pacientovi doporučen klinický psycholog, kterého pacient odmítl. Má strach, zda zvládne poslední cyklus chemoterapie a kam pak půjde, až bude mít ukončenou léčbu.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: strach

Priorita: střední

Doména 10: Životní principy

Kdyby se po druhé narodil, chtěl by svůj život změnit. Ted' se snaží najít práci a svůj život zlepšit a hlavně se bojí, že opět propadne drogám.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Priorita: nízká

Doména 11: Bezpečnost a ochrana

Pacient bez čerstvých tkáňových deformit, staré jizvy zahojeny. Pacient je rád, že mu lékař nabídl zavedení PORTU pro lepší aplikaci chemoterapie a následné odběry krve, protože ví, že má špatný žilní přístup. Pociťuje příznaky nachladnutí.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: riziko infekce – PORT

Priorita: vysoká

Doména 12: Komfort

Pacient popisuje nauzeu, bolest břicha a hlavy, tím je komfort pacienta narušen. Bolest měříme pomocí VAS škály, kde pacient udává číslo 3 (mírná bolest). Nauzea pacienta výrazně ovlivňuje, má strach, jak to zvládne současně s chemoterapií, aby mu nebylo ještě hůř. Komfort pacient ztížen nepřítomností blízké osoby. Navštěvují ho kamarádi, ale rodina se o pacienta nezajímá.

Použitá měřicí technika: VAS škála (0–10)

Ošetrovatelský problém: Bolest, sociální izolace

Priorita: vysoká

Doména 13: Růst a vývoj

Pacient neudává žádné problémy s vývojem. Pacient má sklon k obezitě.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Priorita: nízká

5.6 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření: V den přijetí 16. 11. 2015 jsme provedli kontrolní odběry na hematologické vyšetření, kde nás zajímal krevní obraz s diferencíalem. Při biochemickém vyšetření jsme se zaměřili na hodnoty minerálů, jaterních enzymů, bílkoviny, urey a kreatininu a chemického vyšetření moči.

Plánovaná vyšetření: V průběhu hospitalizace jsme naplánovali endoskopické vyšetření – gastrokopii a kontrolní odběry po ukončení chemoterapie.

Výsledky: Hodnoty biochemického a hematologického vyšetření v den přijetí byly v normě bez patologického nálezu.

Gastroskopie ze dne 21. 11. 2015 – jícen volně průchodný, sliznice klidná. Žaludek přehledný, sliznice bez defektů. Peristaltika zachována.

Provedené kontrolní odběry den po ukončené chemoterapii byly snižené a pacient byl ohrožen na životě, jak je vidět v tabulce pod tímto textem. Tento den proběhl odběr na stanovení krevní skupiny.

Tabulka 6 Výsledky vyšetření ze dne 21. 11. 2015

Krevní obraz	Hodnoty pacienta	Referenční hodnota
Leukocyty	1,0	3,8 – 10 x 10 ⁹ /l
Erytrocyty	2,63	4,0 – 5,3 x 10 ¹² /l
Hemoglobin	80	135 – 175 g/l
Trombocyty	63	150 – 300 x 10 ⁹ /l
Hematokrit	0,23	0,40 – 0,54
MCH	30,4	28,0 – 34,6 pg
MCHC	344	329 – 364 g/l
RDW	16 %	12,1 – 15,0 %
MPV	10,2	7,0 – 10,8 fl

Zdroj: dokumentace pacienta

Konzervativní léčba:

Dieta: 3 (racionální strava)

Výživa: perorální

Pohybový režim: bez omezení

RHB: neprováděna

Medikamentózní léčba:

Tabulka 7 Medikamentózní léčba 16. 11. 2015

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Flavobion	tbl.	70 mg	1 – 1 – 1	hepatoprotektivum
Tiapridal	tbl.	100 mg	1 – 1 – 1 + 2 tbl. v 21 hod.	antipsychotikum
Stilnox	tbl.	10 mg	Při nespavosti 1 tbl. v 22 hod.	hypnotikum
Lactulosa	sirup	133 g	1 – 1 – 1 (20 ml)	laxativum
Asentra	tbl.	100 mg	1 – 0 – 0	antidepresivum
Paralen	tbl.	500 mg	1 – 1 – 1	analgetikum
Nimesil	gran.	100 mg	1 – 1 – 1	nesteroidní antirevmatikum, analgetikum
Helicid	cps.	20 mg	1 – 0 – 1	inhibitor protonové pumpy
Megace	susp.	160 mg	0 – 1 – 0	Hormon, progestin

Zdroj: Dokumentace pacienta

Antiemetická terapie:

Emend cps. 125 mg v první den cyklu, následující dva dny dávka 80 mg.

Aloxi 250 mg i. v. podáno v první den chemoterapeutického cyklu.

Dexamed 16 mg i. v. podání po celou dobu chemoterapeutického cyklu.

FR 1/1 100ml + 1 amp. Apaurin na 15 minut mimo chemoterapeutický cyklus

FR 1/1 100ml + 1 amp. Degan na 15 minut mimo chemoterapeutický cyklus.

Chemoterapie:

Od 16. 11. – 20. 11. 2015 proběhla 4. série záchranné chemoterapie režimu VeIP.

Tabulka 8 Chemoterapie

Název léku	Léková forma	Dávka	Forma léku
Ifosfamid	cytostatikum	Dle protokolu	inj.
Vinblastin	cytostatikum	Dle protokolu	inj.
Cisplatina	cytostatikum	Dle protokolu	inj.
Uromitexan	antidotum	4 a 8 hodin po Ifosfamidu	inj.

Zdroj: dokumentace pacienta

Subkutánní terapie:

Zarzio 48 MU s. c. 0 – 1 – 0 (růstový hormon) aplikován od 21. 11. 2015

Chirurgická péče: 0

SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 21. 11. 2015

Pacient X. Y. 41 let přeložen 16. 11. 2015 z oddělení následné péče s bolestmi hlavy a břicha k plánované sérii záchranné chemoterapie. Proběhlo napíchnutí zavedeného PORTU v podklíčkové oblasti vpravo Huberovou jehlou o velikosti 20 G. Od 16.11–20. 11. 2015 probíhala chemoterapie bez zvracení, nauzea tlumena dle ordinace lékaře. Bolesti hlavy po nastavení medikace minimální, bolesti břicha přetrvávají a pacient označuje bolest číslem 3 na VAS škále bolesti.

Po chemoterapii pacient prodělal endoskopické vyšetření gastrokopii, která proběhla dne 21. 11. 2015 pro přetrvávající bolesti břicha. Výsledkem vyšetření je klidná sliznice žaludku bez patologického nálezu. Pacient s výraznou únavou, kůže viditelně bledá. Z výsledků krevního obrazu dne 21. 11. 2015 je patrná pancytopenie IV. stupně dle WHO. Od tohoto dne byly nasazeny antibiotika, růstový hormon pro tvorbu bílých krvinek a podány krevní deriváty. Pacient byl z důvodu zvýšeného vzniku infekce izolován a byla prováděna bariérová ošetrovatelská péče. Probíhala každodenní kontrola krevního obrazu po dobu pěti dnů pro zjištění kompenzovaných hodnot krevního obrazu.

6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Ke dni 21. 11. 2015 jsme stanovili tyto diagnózy: akutní bolest, nauzea, nevyvážená výživa, neefektivní ochrana, zácpa, narušený vzorec spánku a riziko infekce. Rozpracovali jsme čtyři pro nás prioritní diagnózy.

Ošetrovatelská diagnóza byla stanovena dle NANDA I taxonomie II – NANDA INTERNACIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012 – 2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

1. Akutní bolest (00132)
2. Nauzea (00134)
3. Neefektivní ochrana (00048)
4. Riziko infekce (00004)

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky:

- Číselný záznam (VAS – intenzita pacientovi bolesti je 3, vyjádření bolesti pomocí 10 cm úsečky, kdy 0 – žádná bolest a 10 – nesnesitelná bolest),
- Expresivní chování (vzdechy),
- Výraz v obličeji (grimasa),
- Vyhledávání antalgické polohy,
- Pozorované známky bolesti.

Související faktory:

- Původci zranění (biologičtí).

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacient nemá bolest (intenzita bolesti – 0) do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacient má po nastavení pravidelné analgetické terapie zmírněnou bolest (intenzita bolesti klesne z hodnoty 3 na hodnotu 1) do 2 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacient chápe příčiny vzniku bolesti do 24 hod.

Pacient je schopen o bolesti a jejich projevech hovořit od 1. dne hospitalizace.

Pacient dodržuje farmakologický režim od 1. dne hospitalizace.

Pacient je schopen sledovat a zaznamenávat bolest do 2 hodin.

Pacient klidně spí od 1. dne hospitalizace.

Pacient má zmírněnou intenzitu bolesti do 2. dne hospitalizace

Pacient dosahuje co nejlepší kvality života do 3. dne hospitalizace

Ošetrovatelské intervence:

1. Posuď bolest (lokalizaci, charakter, nástup, trvání, častost, závažnost a intenzitu na stupnici 0-10), zhoršující faktory, změny bolesti během dne. Všeobecná sestra průběžně (po 2 hodinách maximálně) v případě zvýšení intenzity ihned informuj lékaře a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace.
2. Pozoruj neverbální projevy bolesti s následným záznamem do ošetrovatelské dokumentace. Všeobecná sestra vždy.
3. Podávej pravidelně analgetickou terapii dle ordinace lékaře, posuď její efekt a zaznamenej do dokumentace. Všeobecná sestra vždy.
4. Zajisti klidné a komfortní prostředí. Všeobecná sestra vždy.
5. Pouč pacienta o vhodné úlevové poloze. Všeobecná sestra průběžně.
6. Povšimni si, kdy se bolest dostavuje, aby se využilo profylaktického působení léků. Všeobecná sestra průběžně.

7. Sleduj účinky analgetické terapie a vedlejší účinky léků, po podání léku. Všeobecná sestra vždy po podání léku.
8. Prováděj pečlivý záznam do dokumentace. Všeobecná sestra denně.

Realizace:

16. 11. 2015–20. 11. 2015

Pacient přeložen s přetrvávající bolestí hlavy a břicha. Bolest hodnotí jako mírnou na VAS škále číslem 3. Bolest břicha ho obtěžuje a bojí se příjmu potravy. Lékař informován o přetrvávající bolesti hlavy následně proběhla změna analgetické terapie. Analgetika byla podávána v pravidelných intervalech 3x denně. Intenzita bolesti hlavy se snížila o jeden stupeň. Kontrola intenzity bolesti byla prováděna po 2 hodinách, pokud pacient spí, není buzen.

21. 11. 2015

Den po prodělané chemoterapii pacient podstoupil gastrokopické vyšetření k objasnění přetrvávajících bolestí břicha v oblasti žaludku. V den vyšetření opět intenzita bolesti vystoupala na hodnotu 3 na škále VAS. Po vyšetření nasazen Helicid 20 mg dvakrát denně. Proběhla kontrola intenzity bolesti hodinu po podání polední a večerní medikace, pacient udává snížení intenzity bolesti žaludku z hodnoty 3 na hodnotu 1 na škále VAS.

Pacient spolupracuje při sledování bolesti, v případě zvýšení intenzity bolesti okamžitě informuje sestru. Všeobecná sestra pravidelně podávala analgetika dle ordinace lékaře, léčba bolesti břicha v oblasti žaludku efektivní, bez vedlejších účinků. Pacient využíval úlevou polohu na pravém boku, kde bolesti nepociťoval, bolest pacienta v noci nebudila, spal 6 hodin nepřetržitě. Všeobecná sestra provedla záznam do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: 21. 11. 2015

Efekt: částečný

Pacient udává zmírnění bolesti hlavy do druhého dne hospitalizace. Intenzita bolesti břicha se snížila na hodnotu 1 na škále VAS do jednoho týdne po přijetí pacienta. Byla pravidelně podávána analgetika. Terapie je přínosná, pacient udává minimální bolesti hlavy a břicha. Spolupracuje s ošetřujícím personálem, v případě

zvýšení intenzity bolesti, jak byl informován má okamžitě informovat sestru. Farmakologický režim dodržuje. Využívá úlevové polohy. Bolest pacienta v noci nebudí, spí klidně nepřetržitým spánkem 6 hodin.

Pokračující intervence: 1., 2., 3., 4., 7., 8.

U pacienta je nutno dále sledovat projevy bolesti, podávat pravidelně analgetika a sledovat možné vedlejší účinky. Pacientovi bylo vytvořeno příjemné, klidné, vstřícné a komfortní prostředí.

Nauzea (00134)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Subjektivní nepříjemný, vlnovitý pocit v zadní části hrdla a žaludku, který může a nemusí mít za následek zvracení.

Určující znaky:

- Pocit na zvracení,
- Odpor k jídlu.

Související faktory:

- Biofyzikální – bolest, podráždění žaludku,
- Situační – strach, bolest, odpudivá chuť,
- Související s léčbou – chemoterapie.

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacient nemá nauzeu po celou dobu hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacient nemá po nastavení antiemetické terapie nauzeu do dvou dnů od zahájení chemoterapie.

Očekávané výsledky:

Pacient přijímá potravu bez vedlejších projevů do 2 dnů od hospitalizace.

Pacient nepociťuje nauzeu do 3 dnů od zahájení chemoterapie.

Pacient je dostatečně hydratován od 1. dne hospitalizace.

Pacient má stabilní tělesnou hmotnost během prvního týdne hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

1. Pátrej po systémových stavech, které mohou způsobit nevolnost – léčba nádorového onemocnění. Všeobecná sestra průběžně.
2. Povšimni si, zda nevolnost ustupuje anebo se mírní, nebo je závažná a dlouhodobá – léčba maligních onemocnění. Všeobecná sestra vždy.
3. Podávej pacientovi léky, umožňující předejít nevolnosti nebo ji zmírnit, sleduj jejich účinky. Všeobecná sestra denně.
4. Podávej pacientovi suché pokrmy např. toasty. Všeobecná sestra a ošetrovatelka denně.
5. Sleduj, kdy se nauzea vyskytuje, zda po ránu nebo v průběhu dne. Všeobecná sestra vždy.
6. Doporuč pít tekutiny před jídlem nebo po něm, nikoli během jídla. Všeobecná sestra a ošetrovatelka denně.
7. Doporuč jíst častěji po malých porcích, aby nedocházelo k přílišnému naplnění žaludku. Všeobecná sestra průběžně.
8. Podávej pacientovi nedráždivou stravu obsahující všechny důležité živiny. Všeobecná sestra průběžně.
9. Podávej antiemetika dle rozpisu před podáváním cytostatik, během něho nebo po něm. Všeobecná sestra vždy.
10. Vysvětli příznaky dehydratace a zdůrazni význam vhodné náhrady tekutin nebo elektrolytů. Všeobecná sestra vždy.

Realizace:

16. 11. 2015–18. 11. 2015

Pacient s nauzeou, která má významný vliv na příjem stravy a tekutin. V těchto dne probíhala u pacienta chemoterapie dle rozpisu. Byla podávána antiemetika – Emend cps. v přípravné fázi chemoterapie. Nauzea se během prvních tří dnů cyklu zmírnila a pacient byl schopen přijímat tuhou stravu.

19. 11. 2015

8:00 – čtvrtý den cyklu zahájena příprava před chemoterapií. Pacient prozatím bez projevů nevolnosti.

9:00 – pacient pocítuje zvýšenou intenzitu nevolnosti před podáním cytostatické látky Cisplatiny. Lékař informován, byl aplikován Degan 1 amp. i. v. před zahájením. Všeobecná sestra u lůžka.

10:00 – pacient po podání medikace pocítuje úlevu, intenzita nevolnosti se snížila. Zahájení chemoterapie proběhlo bez projevů nevolnosti. Všeobecná sestra u lůžka, informovala lékaře o dostatečném účinku medikace.

17:00 – opět se objevuje zvýšená intenzita nevolnosti. Nyní před poslední aplikací cytostatické látky Ifosfamidu a Vinblastinu z denního rozpisu chemoterapie. Lékař informován na základě jeho ordinace aplikován Apaurin 1 amp. v kombinaci s Degan 1 amp. i. v. Všeobecná sestra u lůžka.

18:00 – pacient si pochvaluje kombinovanou medikaci. Lékař informován o lepším účinku kombinované medikace. Všeobecná sestra u lůžka.

20. 11. 2015

Pacient s opakujícím se problémem nevolnosti. Lékař informován o pacientových problémech, naordinoval kombinovanou medikaci Apaurin 1 amp. + Degan 1 amp i. v. před zahájením chemoterapie Cisplatiny a Ifosfamidu. Pacient po naordinované kombinaci nemá pocit nauzey.

Pacient spolupracuje při sledování intenzity nauzey, v případě zvýšení její intenzity informuje všeobecnou sestru. Všeobecná sestra podává antiemetika dle ordinace lékaře, sleduje nežádoucí účinky chemoterapie a provádí záznam do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: 21. 11. 2015

Efekt: částečný

Pacient měl během tří dnů chemoterapeutického cyklu nastavenou medikaci antiemetiky dostatečně. Nauzeu neudával. Zbývající dva dny chemoterapie pacient s vyšší intenzitou nauzey. Byla podána medikace dle ordinace lékaře s efektem.

Všeobecná sestra sleduje nežádoucích účinků chemoterapie a pacient je o nich dostatečně informován. Pacient spolupracuje s ošetřujícím personálem, v případě zvýšení intenzity nevolnosti, jak byl informován, má okamžitě informovat sestru. Farmakologický a dietní režim dodržuje. Nevolnost pacienta v noci neobtěžuje, spí klidně.

Pokračující intervence: 1., 2., 3., 5., 6., 10.

U pacienta je nutno dále sledovat projevy nauzey. Pravidelně byla podávána antiemetika během chemoterapeutického cyklu. V průběhu cyklu byly antiemetika ordinovány dodatečně.

Neefektivní ochrana (00043)

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 1: Management zdraví

Definice: Snížená schopnost chránit se před vnitřním nebo vnějším ohrožením, jakým je nemoc nebo zranění.

Určující znaky:

- Únava,
- Snížená imunita.

Související faktory:

- Abnormální krevní profily – pancytopenie,
- Rakovina,
- Terapie léky – protinádorová léčba,
- Vedlejší účinky související s léčbou – chemoterapie.

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacient nemá projevy neefektivní ochrany z důvodu pancytopenie do ukončení hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacient nemá projevy pancytopenie do 3 dnů od zjištění.

Očekávané výsledky:

Pacient zná způsoby, jak se chránit a jak snížit riziko vzniku komplikací od 1. dne vzniku pancytopenie.

Pacient akceptuje všechna preventivní opatření od 1. dne od vzniku pancytopenie.

Pacient dosahuje nejlepší kvality života do 4 dnů od vzniku pancytopenie.

Plán intervencí:

1. Prováděj prevenci nozokomiálních nákaz. Všeobecná sestra denně.
2. Pouč pacienta o důkladné hygieně rukou. Všeobecná sestra denně.
3. Mysli na možnost sepse, k jejímž příznakům patří horečka, třesavka, pocení, Všeobecná sestra denně.
4. Zapisuj všechny informace do ošetrovatelské dokumentace. Všeobecná sestra denně.
5. Sleduj známky infekce, v případě výskytu ihned informuj lékaře a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace. Všeobecná sestra denně.
6. Pouč pacienta o nutné izolaci. Všeobecná sestra denně.
7. Sleduj návštěvy, aby se zabránilo vystavení pacienta infekci. Všeobecná sestra a ošetrovatelka denně.
8. Zdůrazni nutnost doužívání antibiotik dle ordinace lékaře, dohlédni na pravidelné užívání. Všeobecná sestra denně.

Realizace: 21. 11. 2015

Pacientovi byl proveden kontrolní odběr krve na hematologické vyšetření po ukončení cyklu chemoterapie. V krevním obraze patrná pancytopenie. Byly nasazeny antibiotika (Augmentin 1g p. o.) po 8 hodinách. Tentýž den byl aplikován růstový hormon bílých krvinek (Zarzio 48 MU s. c.) vždy jedenkrát denně v 10:00 hodin. Proběhl odběr na krevní skupinu a byla objednána krevní transfúze – typ přípravku EBR. Před podání krevní transfúze proběhla kontrola fyziologických funkcí: TK 120/80 mmHg, P 86'/min, D 18/min, TT 37,4 °C, moč chemicky a sediment bez patologie. Proběhla zkouška kompatibility lékařem u lůžka pacienta. Krevní transfúze byla aplikována do PORTU, pacient byl poučen o možných komplikacích spojených s podáním krevní transfúze a v případě komplikací musí ihned informovat sestru.

Fyziologické funkce po podání transfúze TK 135/70 mmHg, P 80'/min, D 18/min, TT 36,7 °C, moč chemicky a sediment bez patologie. Pacient byl z důvodu pancytopenie izolován. Ošetřující personál dodržoval zásady bariérové ošetrovatelské péče. Všeobecná sestra provedla záznam do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: 21. 11. 2015

Efekt: částečný

Pacient bez projevů celkové sepse a chápe nutnost izolace. Proběhla kontrola krevního obrazu 24. 11. 2015, zde jsou hodnoty krevního obrazu v referenčních mezích.

Pokračující intervence: 1., 3., 4., 5., 6., 7., 8.

U pacienta je nutné stále sledovat projevy sepse. Dodržovat bariérovou ošetrovatelskou péči. Sledovat tělesnou teplotu a další známky infekce. Pravidelně podávat antibiotika a růstový hormon dle ordinace lékaře.

Riziko infekce (00004) – PORT

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organismy.

Rizikové faktory:

- Nedostatečná primární obrana – porušená kůže invazivním vstupem,
- Nedostatek znalostí, jak se nevystavovat patogenům.

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacient nemá známky infekce po celou dobu hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacient zná zásady péče o PORT a možné komplikace od 1 dne hospitalizace.

Očekávané výsledky:

Pacient chápe individuální rizikové faktory od 1. dne hospitalizace.

Pacient akceptuje všechna preventivní opatření zamezující vzniku infekce od 1. dne hospitalizace.

Pacient nemá žádné příznaky vznikající infekce po celou dobu hospitalizace.

Pacient ví, jak probíhá péče o PORT od 1 dne hospitalizace.

Plán intervencí:

1. Zhodnot' stav kůže v místě zavedení katétru, sleduj sekreci a zarudnutí. Všeobecná sestra denně.
2. Prováděj prevenci nozokomiálních nákaz. Všeobecná sestra denně.
3. Pouč pacienta o důkladné hygieně rukou. Všeobecná sestra denně.
4. Dodržuj aseptický přístup při manipulaci s katétrem. Všeobecná sestra denně.
5. Mysli na možnost sepse, k jejímž příznakům patří horečka, třesavka, pocení, Všeobecná sestra denně.
6. Zapisuj všechny informace do ošetrovatelské dokumentace. Všeobecná sestra denně.
7. Sleduj známky infekce, v případě výskytu ihned informuj lékaře a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace. Všeobecná sestra denně.
8. Podávej chemoterapii dle rozpisu za sterilních podmínek a PORT ošetřuj dle standardu příslušného oddělení.

Realizace: 16.11 – 20. 11. 2015

Pacient se zavedeným PORTEM ve vena subclavia dexter od 8/2015, v tomto období byly za 10 dní vytaženy stehy a rána se hojila per primam. Proběhlo sterilní napíchnutí PORTU Huberovou jehlou o velikosti 20 G a následná fixace jehly transparentním krytím. Podávaná chemoterapie probíhala za sterilních podmínek a ochranných pomůcek zdravotnického personálu, pacient s přenosnou infekční nemocí. Pacienta jsme poučili o důsledné hygieně rukou a v oblasti PORTU. Dle standardu jsme přepichovali jehlu jednou za pět dní, což v našem případě bylo (20. 11. 2015) a krytí se měnilo dle standardu jednou za tři dny nebo vždy při odlepení. Výměna probíhala vždy za sterilních podmínek. Pacient nemá známky infekce, místo vpichu je klidné. Pacient zná rizikové faktory, s napíchnutou jehlou v PORTU nemanipuluje.

Hodnocení: 21. 11. 2015

Efekt: částečný

Pacient nemá známky infekce, zná způsoby, jak infekci předcházet. Pacient akceptuje všechna preventivní opatření. Dodržuje hygienu rukou.

Pokračující intervence: 1., 2., 4., 5., 6., 7., 8.

U pacienta je nutné sledovat rizikové faktory výskytu infekce. Pečovat o PORT dle standardu pracoviště. Dodržovat aseptický přístup při manipulaci s katétrem.

6.1 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

Pacient X. Y. byl přeložen na oddělení komplexního onkologického centra k plánované chemoterapii s bolestmi hlavy a břicha. Pacient komunikativní bez zábran. Byla aplikována 4 série záchranné chemoterapie v průběhu komplikovaná nauzeou. Po chemoterapii se provedla kontrola krevního obrazu, kde byla z výsledků patrná pancytopenie. Pacient dostával naordinovaná antibiotika a růstový hormon bílých krvinek. Pacient má psychické problémy z důvodu drogové minulosti a při přijetí byla navýšena dávka antidepresiva. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, cíle, očekávané výsledky a intervence. Realizace ošetrovatelské péče probíhala dle plánu. Hodnocení bylo provedeno po pěti dnech hospitalizace. Efekt péče byl částečný, očekávané výsledky byly splněny, vybrané ošetrovatelské diagnózy musí nadále pokračovat. Pacient zvládá svou bolest a nauzeu pomocí ordinované medikace. Akceptuje preventivní opatření v podobě izolace a bariérovou ošetrovatelskou péčí zamezující vzniku infekce v důsledku invazivního vstupu a neefektivní ochrany. Celkově je možno hodnotit péči za efektivní, pacient aktivně spolupracuje při léčbě, dodržuje léčebný a farmakologický režim. Rodina o pacienta nejeví zájem, při hospitalizaci ho navštěvují kamarádi. Pacient přeložen 27. 11. 2015 na oddělení následné péče.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Dle statistických údajů se incidence nádorového onemocnění varlat pomalu zvyšuje. Na základě informací z dostupných knih a odborných článků víme, že se nádorové onemocnění varlat neobjevuje jenom u dospělých, ale také u dětí a dospívajících jedinců. Dovolili jsme se sestavit několik rad pro rodinu a společnost, pacienty a zdravotníky.

Doporučení pro rodinu a společnost:

Pokud budeme mluvit o výskytu nádorového onemocnění varlat u dětí, je pro rodiče důležité všimnout si intimních partií, odbourat stud a dítě si pečlivě prohlédnout. Chtěli bychom upozornit na preventivní opatření ze stran praktických a dětských lékařů, aby muži nebo rodiče dítěte v této oblasti dostatečně informovali a vysvětlili důležitost samovyšetření varlat. Pro lepší ucelení informací o samovyšetření varlat jsme vytvořili edukační kartu, která se nachází v příloze A. Lékař by měl poučit dospělé jedince o možnosti kryokonzervace spermií před zahájením léčby. Důležitá je psychická podpora pacienta a motivace, že společnými silami vše zvládneme.

Doporučení pro pacienta:

- Dbát pokynům lékaře během a po léčbě např. chemoterapii,
- Navázat kontakt s muži, kteří mají stejnou diagnózu,
- Provádět pravidelně samovyšetření varlat,
- Sledovat nové trendy v léčbě,
- Chodit na pravidelné kontroly v rámci dispenzarizace.

Doporučení pro zdravotníky:

- Celoživotní vzdělávání v podobě konferencí a seminářů,
- Dbát na správnou komunikaci s pacientem,
- Spolupracovat se všemi odborníky, kteří jsou zapojováni do léčebného procesu,
- Mít k dispozici nové materiály pro vysvětlení pacientům,
- Motivovat pacienta ke zdravému životnímu stylu.

ZÁVĚR

Nádory varlat se vyskytují zejména u mužů bílé rasy v reprodukčním věku 15–35 let. Tato problematika je velmi zajímavá a jedinečná. O tom, že se onemocnění vyskytuje u tak mladých lidí, nemá většina obyvatel tušení.

V teoretické části práce jsme popsali nádorové onemocnění varlat se všemi náležitostmi. Na základě lékařské, sesterské dokumentace a rozhovorem s ním jsme zrealizovali a následně vytvořili individuální plán ošetrovatelské péče. Stanovili jsme si ošetrovatelské diagnózy a cíle péče, které byly částečně splněny. V závěru praktické části jsme zhodnotili průběh hospitalizace pacienta a následně jsme si dovolili zpracovat doporučení pro praxi, které jsme věnovali rodině a společnosti, pacientům a zdravotnickému personálu.

Pacient i přes komplikace, které po chemoterapii nastali, dodržoval zásady léčebného režimu a chápal důležitost izolace. Po stabilizaci stavu byl pacient opět v kontaktu s ostatními pacienty.

Cíle teoretické a praktické části, které jsme si stanovili v úvodu práce, byly úspěšně splněny.

Díky rozvíjející se moderní medicíně by se tato práce mohla rozšířit o nové léčebné poznatky v oblasti chemoterapie a radioterapie.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ABRAHÁMOVÁ, J., C. POVÝŠIL, L. DUŠEK a kol., 2008. *Nádory varlat*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2349-5.

ABRAHÁMOVÁ, J., 2014. Testikulární nádory: jsme snad na konci cesty?. In: *Vnitřní lékařství*. **60**(2), 8–14. ISSN 0042-773.

ADAM, Z., M. KREJČÍ a kol., 2010. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-648-9.

BAJČIOVÁ, V., J. TOMÁŠEK, J. ŠTĚRBA a kol., 2011. *Nádory adolescentů a mladých dospělých*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3554-2.

BOUBLÍKOVÁ, L., T. BÜCHLER a J. ABRAHÁMOVÁ, 2015. Nádory varlat. In: *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. **17**(2), 150–154. ISSN 1212-4184.

BÜCHLER T., a kol., 2012a. Neonkologické pozdní následky terapie germinálních nádorů varlat. In: *Urologie pro praxi*. **13**(4), 163–164. ISSN 1213-1768.

BÜCHLER T., J. HORNOVÁ a J. ABRAHÁMOVÁ, 2012b. Testikulární nádory: nejčastější malignita mladých mužů. In: *Lékařské listy*. **2012**(7), 39–40. ISSN 1802-4475.

BÜCHLER, T. a J. ABRAHÁMOVÁ, 2012c. Nádory varlat. In: VORLÍČEK, J. *Onkologie*. První vydání. Praha: Triton, s. 128–133. ISBN 978-80-7387-603-6.

BÜCHLER, T., 2012d. Testikulární nádory. In: NOVOTNÝ, J., P. VÍTEK a kol. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. Praha: Mladá Fronta, s. 359–371. ISBN 978-80-204-2663-5.

DUDA, M. a J. ŽALOUDÍK, 2013. *Onkochirurgie I*. První vydání. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-87023-18-1.

GERYK, E., J. KOZEL, D. PACLÍK a kol., 2013. Multicpilitní nádory testis. In: *Urologie pro praxi*. **14**(1), 34–38. ISSN 1213-1768.

HAKL, M., 2012. Onkologická bolest. In: NOVOTNÝ, J., P. VÍTEK a kol. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. Praha: Mladá Fronta, s. 453–463. ISBN 978-80-204-2663-5.

HALÁMKOVÁ, J., 2012. Anemie u onkologických pacientů. In: NOVOTNÝ, J., P. VÍTEK a kol. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. Praha: Mladá Fronta, s. 479–486. ISBN 978-80-204-2663-5.

HUSER, M., 2014. *Onkofertilita: nová oblast reprodukční medicíny*. První vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3414-2.

KLENER, P., 2011. *Základy klinické onkologie*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-716-5.

KRATOCHVÍL, P., 2010. Benigní nádory varlete:záchovná operace. In: *Urologie pro praxi*. **11**(6), 310–312. ISSN 1213-1768.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Druhé vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.

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

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

NOVOTNÝ, J., 2012. Febrilní neutropenie. In: NOVOTNÝ, J., P. VÍTEK a kol., 2012. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. Praha: Mladá Fronta, s. 489–498. ISBN 978-80-204-2663-5.

RÜBBEN H., 2013. *Uroonkologie*. Berlin: Springer. ISBN 978-36-423-5031-3.

SCHMIDT, M., P. HANEK, Š. VESELÝ, P. DUŠEK, 2010. Laparoskopická modifikovaná lymfadenektomie. In: *Urologie pro praxi*. **11**(6), 319–322. ISSN 1213-1768.

SPURNÁ, Z., 2010. Funkční psychologické východisko při léčbě onkologických pacientů. In: VYZULA, R. *Edukační sborník: XXXIV. Brněnské onkologické dny a XXIV. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Brno: Masarykův onkologický ústav, s.189–190. ISBN 978-80-867-93-153.

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. Desáté vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a kol., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. Druhé vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.

VYZULA, R. a kol., 2015. *Modrá kniha*. Brno: Masarykův onkologický ústav. ISBN 978-80-86793-38-2

ZÁMEČNÍKOVÁ, L., M. HANUŠ a A. FIALA, 2012. Stud a strach odložte stranou: prevence rakoviny varlat u mužů v reprodukčním věku. In: *Florence*. **8**(7–8), 23–25. ISSN 1801-464.

PŘÍLOHY

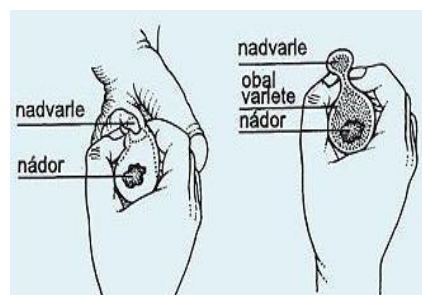
Příloha A – Edukační karta pro pacienta.....	I
Příloha B – Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu.....	III
Příloha C – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	IV
Příloha D – Rešeršní protokol	V



SAMOVYŠETŘOVÁNÍ VARLAT

Tato edukační karta vznikla v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické o. p. s.

1. Než přejdete k samotnému vyšetřování varlete, měli byste se naučit znát strukturu svého varlete.
2. Z počátku provádějte vyšetření jednou týdně po dobu jednoho měsíce aby Vám byla struktura varlete známá.

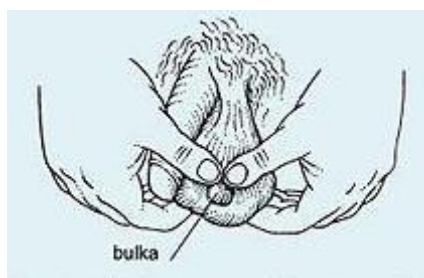


Obrázek 1 Palpační vyšetření

Zdroj: Abrahámová a kol., 2008, s. 143

SAMOVYŠETŘENÍ:

- Provádějte 1 x týdně každý měsíc ve stejnou hodinu,
- Vyšetřujte po teplé lázni nebo sprše (dojde ke změknutí šourku a lepšímu vyšetření),
- Stoupněte si před zrcadlo a všimněte si objemu varlete a nepravidelnosti varlete,
- Vyšetřujte každé varle zvlášť,
- Používejte obě ruce a přehmatejte varle rolovacím způsobem mezi prsty.



Obrázek 2 Samovyšetření varlete

Zdroj: Abrahámová a kol., 2008, s. 147

Použité zdroje:

ZÁMEČNÍKOVÁ, L., M. HANUŠ a A. FIALA, 2012. Stud a strach odložte stranou: prevence rakoviny varlat u mužů v reprodukčním věku. In: *Florence*. **8**(7–8), 23–25. ISSN 1801-464.

ABRAHÁMOVÁ, J., C. POVÝŠIL, L. DUŠEK a kol., 2008. *Nádory varlat*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2349-5.

Autor: Šárka Rášová

ABSTRAKT

RÁŠOVÁ, Šárka. *Der Pflegeprozess bei einem Patienten mit Hodenkrebs*. Krankenpflegehochschule. Grand der Qualifikation: Bachelor (Bc.). Leiter der Arbeit: MUDr. Pavel Pavlov Lazarov. Prag 2016. 51 p.

Das Thema der Bachelorarbeit ist der Pflegeprozess bei einem Patienten mit Hodenkrebs. In dem theoretischen Teil charakterisieren wir die Teilung der Hodengeschwülstelaut der pathologischen und internationalen TNM Klassifikation. Weiter beschäftigen wir uns mit den Phasen der Hodengeschwülste, Risikofaktoren, der Symptomatologie, der Diagnostik, der Therapie, den unerwünschten Wirkungen, der Prävention, der nötige Bestandteil ist die psychologische Problematik und die Kommunikation mit einem onkologischen Patienten. In dem praktischen Teil ist der Pflegeprozess, der auf Grund der Notizen aus der Arzt-und Krankenschwesterdokumentation und der mit geteilten Informationen beim Gespräch mit dem Patienten bearbeitet wurde. Dieser Teil enthält die Anamnese des Patienten, die physikalische Untersuchung, das klinische Management, das Sortieren der Informationen laut den Domenen NANDA I Taxonomie II und die Festlegung der Behandlungsdiagnosen, die nach den Prioritäten geordnet sind und die Ausarbeitung des Pflegeplans mit der folgen den Realisierung und der Pflegebewertung. Der Bestandteil des praktischen Teiles ist ein Bildungsflugblatt für Patienten, das eine Prävention der Entstehung einer Tumor erkrankung der Hoden beinhaltet. Die Bachelorarbeit enthält weiter Empfehlungen für Praxis, Empfehlungen für den Patienten, das Krankenpflegepersonal, die Familie und die Gesellschaft.

Schlüsselwörter

Der Hodenkrebs. Die Chemotherapie. Die Kryokonservation. Der Pflegeprozess. Die Prävention.

Wir bestätigen, dass die Übersetzung mit dem Text des angehängten Dokuments stimmt und hat 1 Seite. Die Dolmetschen Leistung wird unter der Seriennummer registriert 0082016.

Am 29. Februar 2016 übersetzt aus dem Tschechisch ins Deutsche.

Studyline
Pražská 7/5
460 01 Liberec 1
Tschechische Republik
Identifikationsnummer: CZ 7009152579
Registriernummer: 350506-44506-00
Tel: 00420 48000 2345
E-mail: liberec@studyline.cz
www.studyline-lbc.cz



Stempel und Unterschrift

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „ Ošetřovatelský proces u pacienta s nádorovým onemocněním varlat“ v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne.....

.....

Jméno a příjmení studenta

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM VARLAT

Šárka Rášová, DiS

Jazykové vymezení: český jazyk, německý jazyk

Klíčová slova: chemoterapie – Chemotherapie, kryokonzervace – Kryokonservation, nádory varlat – Hodenkrebs. ošetřovatelský proces – Pflegeprozess, prevence – Prävention.

Časové vymezení: 2008–2015

Druhy dokumentů: knihy, články a příspěvky ve sborníku

Počet záznamů: 40 (knihy: 10, články: 26, příspěvky ve sborníku: 4)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)

Jednotná informační brána (www.jib.cz)

Specializované databáze (PubMed)

Katalog Lékařské knihovny Krajské nemocnice Liberec a. s.
(www.nemlib.cz/knihovna/katalog/)