

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

**KARCINOM OVARIA
Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

BARBORA PETRÁČKOVÁ

Praha 2018

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

**KARCINOM OVARIA
Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY**

Bakalářská práce

BARBORA PETRÁČKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

Praha 2018



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

PETRÁČKOVÁ Barbora
3APA

Schválení tématu bakalářské práce

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

Karcinom ovaria z pohledu porodní asistentky

Ovarian Cancer from the Midwife's Perspective

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a 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:

.....
Barbora Petráčková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Ivaně Jahodové za její trpělivost a užitečné rady, které mi poskytovala po celou dobu práce. Dále bych chtěla poděkovat panu doktoru MUDr. Radku Müllerovi, který si i přes svou pracovní vytíženost na mě kdykoliv udělal čas a poskytl mi užitečné rady z oblasti gynekologie.

ABSTRAKT

PETRÁČKOVÁ, Barbora. *Karcinom ovarii z pohledu porodní asistentky*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD. Praha. 2018. 46 s.

Tématem bakalářské práce je karcinom ovaria z pohledu porodní asistentky. Bakalářská práce se rozděluje na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části popisujeme problematiku tohoto onemocnění, klasifikaci nádoru vaječníku, nádorové onemocnění v graviditě, příčiny, příznaky, diagnostiku, léčbu a roli porodní asistentky při péči o ženu s karcinomem ovaria. V praktické části je rozebrána kazuistika u ženy s nádorovým onemocněním vaječníku. Kazuistika popisuje podrobnou anamnézu, ošetrovatelskou péči po celou dobu hospitalizace a průběh prodělané léčby, kterou pacientka podstoupila. Dále jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle klasifikace NANDA I taxonomie II, stanovili jsme cíle pro danou problematiku, vypracovali intervence a ty realizovali, v závěru jsme zhodnotili stav pacientky.

Klíčová slova:

Diagnostika. Karcinom ovaria. Léčba. Pooperační péče. Příčiny. Příznaky.

ABSTRACT

PETRÁČKOVÁ, Barbora. *Ovarian Cancer from Midwife's Perspective*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jahodová Ivana, PhD. Prague. 2018. 46 pages.

The topic of the Bachelor thesis is The Carcinoma of the ovary from the point of view of a midwife. The thesis is divided into two parts – theoretical and practical. In the theoretical part, there is described the issue of this disease, the classification of the carcinoma of the ovary, tumor disease during pregnancy, symptoms, causation, diagnostics, treatment and the role of the midwife during the treatment of a woman with the carcinoma of the ovary. In the practical part, there is the case interpretation of the woman with the carcinoma of the ovary. The case interpretation describes the detailed anamnesis, nursing care during the whole time of hospitalization and the progress of the experienced therapy which the female patient went through. There are also determined the nursing diagnosis in compliance with classification NANDA I taxonomy II. The aim of the problem was determined. There were worked out the interventions which were implemented. In the end there was evaluated the condition of the female patient.

Keywords:

Causes. Diagnosis. Carcinoma of ovary. Postoperative care. Symptoms. Treatment.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	12
1 NÁDORY VAJEČNÍKU.....	14
1.1 KLASIFIKACE NÁDORŮ OVARIA.....	14
1.1.1 KLASIFIKACE NÁDORŮ Z POVRCHOVÉHO EPITELU	15
1.1.2 SERÓZNÍ CYSTADENOKARCINOM.....	15
1.1.3 MUSCINÓZNÍ KARCINOM.....	15
1.1.4 ENDOMETROIDNÍ KARCINOM.....	15
1.1.5 NÁDOR Z JASNÝCH BUNĚK (CLEAR CELL)	16
1.1.6 BRENNERŮV TUMOR (NÁDOR Z PŘEDCHOZÍCH BUNĚK)	16
1.1.7 NEDIFERENCOVANÝ KARCINOM	16
1.2 KLASIFIKACE NEEPITELIÁLNÍCH NÁDORŮ VAJEČNÍKŮ.....	16
1.2.1 NÁDORY Z GERMINÁLNÍCH BUNĚK.....	16
1.2.2 DYSGERMINOM.....	17
1.2.3 NÁDOR ZE ŽLOUTKOVÉHO VÁČKU.....	17
1.2.4 EMBRYONÁLNÍ KARCINOM	17
1.2.5 CHORIOKARCINOM	18
1.2.6 POLYEMBRIOM.....	18
1.3 GRADING A STAGING.....	18
1.3.1 GRADING	18
1.3.2 STAGING.....	18
1.3.3 FIGO KLASIFIKACE	19
2 KARCINOM OVARIA.....	21
2.1 ETIOLOGIE.....	21
2.1.1 GENETICKÉ FAKTORY	21
2.1.2 REPRODUKČNÍ FAKTORY	21
2.1.3 VLIVY ZE VNÍŠNÍHO PROSTŘEDÍ	22
2.2 PREVENCE.....	22
2.3 PŘÍZNAKY	22
2.3.1 PŘÍZNAKY V POKROČILÉM ONEMOCNĚNÍ	23

2.4DIAGNOSTIKA	23
2.4.1ANAMNÉZA.....	24
2.4.2 KOMPLEXNÍ GYNEKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ.....	24
2.4.3 ZOBRAZOVACÍ METODY	24
2.4.4KREVNÍ ODBĚRY	25
2.5LÉČBA	25
2.5.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	25
2.5.2 LAPAROSKOPIE	26
2.5.3KOMPLIKACE PO OPERACI	26
2.5.4POOPERAČNÍ PÉČE.....	26
2.5.4.1VÝŽIVA.....	26
2.5.4.2 VYPRAZDŇOVÁNÍ.....	26
2.5.4.3 HYGIENICKÁ PÉČE.....	27
2.5.4.4 REHABILITACE	27
2.5.4.5 VYŠŠÍ POTŘEBY.....	27
2.5.5CHEMOTERAPIE	27
2.5.6RADIOTERAPIE	29
2.5.7HORMONÁLNÍ LÉČBA.....	30
2.5.8IMUNOTERAPIE	30
2.6DISPENZÁRNÍ PÉČE	30
2.7PSYCHOLOGICKÁ PÉČE	30
2.8PROGNOSTICKÉ FAKTORY	31
2.9ROLE PORODNÍ ASISTENTKY PŘI PÉČI O ŽENU S KARCINOMEM OVARIA	31
3KAZUISTIKA U PACIENTKY S KARCINOMEM OVARIA	32
ZÁVĚR	58
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	59
PŘÍLOHY	I

SEZNAM ZKRATEK

AVF	Anteverze flexe
AFP	Alfafetoprotein
FSH	Folikulostimulační hormon
GnRH	Gonadotropin
hCG	Humánní choriový gonadotropin
IB	Nádor je omezen na oba vaječníky, pouzdro je intaktní, žádné známky nádoru na povrchu vaječníku, v ascitu nebo peritoneálním výplachu nejsou maligní buňky
JIP	Jednotka intenzivní péče
L. dx.	Lateris dextri
L. sin.	lateris sinistri
LH	Luteinizační hormon
LSK AE BIL.	Laparoskopie s oboustrannou adnexektomií
PET/CT	Pozitronová emisní a RTG počítačová tomografie
St. p.	Stav po
WART	Whole Abdomen Radiotherapy

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adheziolýza	Chirurgické rozrušení srůstů adhezí adheze
Corpus albicans	Bílé tělísko
Corpus luteum	Žluté tělísko
Endobag	Speciální sáček, který se zavede laparoskopicky do dutiny břišní
Endometrióza	Onemocnění, při kterém se částičky endometria nacházejí mimo dutinu děložní
Exocervix	zevní část děložního hrdla
Fertilita	Plodnost
Folikul	„Měchýřek“ obsahující vajíčko obalené vrstvami buněk
Hydronefróza	Rozšíření pánvičky a kalichů ledviny
Chemosenzitivita	Citlivost k léčbě chemickými látkami
Interval Debulking	Zmenšení nádorových hmot a poté s odstupem několika cyklů
Surgery	Chemoterapie provedení vlastní cytoreduktivní operace
Menarche	První začátek menstruačního cyklu u dívek
MTT test	Test k stanovení citlivosti nádorových buněk na cytostatika Spektrometricky se zjišťuje přežívání buněk
Nuliparita	Žena, která nikdy nerodila
Ovarium	Vaječník
Ovulace	Dochází k uvolnění zralého vajíčka z vaječníku. Uvolněné vajíčko začne pomalu sestupovat vejcovodem k děloze pomocí pohybů řasinek výstelky vejcovodu
per primam intentionem	Nekomplikované hojení rány
Radiosenzitivita	Citlivost na ionizující záření, obecně jsou nejcitlivější buňky nediferencované a dělící se

M. VOKURKA, J. HUGO a kol., 2015.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Klasifikace nádorů vaječníků	20
Tabulka 2 Nejčastěji používané dávky cytostatik.....	29
Tabulka 3 Biochemické vyšetření ze dne 21.4. 2017 6:00	39
Tabulka 4 Krevní obraz ze dne 21.4. 2017 6:00	40
Tabulka 5 Krevní obraz ze dne 26. 4. 2017 6:00	44
Tabulka 6 Biochemické vyšetření ze dne 26. 4. 2017 6:00	44
Tabulka 7 Terapie	46

ÚVOD

Ovariální karcinom je celosvětově pátým nejčastějším nádorovým onemocněním u žen.

Nádorové onemocnění vaječníku narůstá věkem, špatným životním stylem. Bohužel u nás ani ve světě na toto onemocnění neexistuje screeningové vyšetření, proto dochází k pozdnímu záchytu. Právě proto jsme si vybrali téma karcinom ovaria a chceme tak seznámit populaci s danou problematikou. Domníváme se, že je nutností, abychom nabádali ženy k pravidelným gynekologickým prohlídkám a aby jim byly poskytovány dostatečné informace o tomto onemocnění. Chceme informovat ženy o tom, že o této problematice se můžou dozvědět také díky internetu či odborné literatuře. Bohužel nádorové onemocnění vaječníku není dostatečně publikováno jako např. nádorové onemocnění děložního hrdla, a to i přesto, že nádorové onemocnění vaječníku má větší incidenci úmrtnosti.

Výskyt tohoto onemocnění může u každé ženy vyvolat strach, depresi, pocit méněcennosti a selhání. Ženy se mohou potýkat i s psychickými poruchami. Důležitá je rychlá diagnostika a nasazená léčba. Čím dříve pacientka bude znát možnosti léčby a stanovenou diagnózu, tím lepší pro ni bude psychická i fyzická adaptace na následnou léčbu. Proto je velmi důležité, aby pacientka byla lékařem informována o všech možných léčebných postupech.

Během školní praxe jsme navštěvovali oddělení gynekologie, kde se nádorové onemocnění vaječníku objevovalo. Právě zde jsme byli prvně seznámeni s tímto onemocněním. Upoutala nás skutečnost, jak je možné, že většina nádorů byla diagnostikována až v pozdním záchytu a jak špatnou prognózu onemocnění má. Proto jsme se o onemocnění začali zajímat do hloubky. Většina žen, s kterými jsme se potkali, neměla o nádorovém onemocnění dostatek informací.

Každá žena by měla být seznámena s tím, že roční preventivní prohlídky na gynekologii jsou velmi důležité a neměly by se podceňovat. Informovat by se měly ženy v každém věku, bohužel nádorové onemocnění se může objevit i u mladých žen. Naším cílem je definovat karcinom ovaria a upozornit na danou problematiku tohoto onemocnění.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabýváme anatomii, rozdělením zhoubných nádorů vaječníku, prevencí, diagnostikou, příznaky, příčinami a léčbou tohoto onemocnění. V praktické části rozebíráme kazuistiku u karcinomu ovaria.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat problematiku karcinomu ovaria a stanovit role porodní asistentky.

Cíl 2: Popsat přehledný soubor o problematice karcinomu ovaria z pohledu porodní asistentky.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Sepsat kazuistiku s ženou, která prodělala nádorové onemocnění vaječníku.

Cíl 2: Sepsat ošetrovatelskou péči u nádorového onemocnění vaječníku z pohledu porodní asistentky.

Vstupní literatura

VRUBLOVÁ, Yvetta. *Komunitní ošetrovatelská péče v gynekologii: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-303-3.

ŽALOUĐÍK, Jan. *Vyhnete se rakovině aneb prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada, 2008. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2307-5.

Rešeršní strategie

Pro vyhledání odborné rešerše byla zvolena školní knihovna Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., v Praze 5.

Vyhledávání odborných zdrojů bylo v časovém rozpětí od května 2017 do ledna 2018. Rešerše byly vyhledávány od roku 2007 až po současnost. Po stanovení klíčových slov byla vytvořena rešerše v těchto elektronických databázích: katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz), jednotná informační brána (www.jib.cz), souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>), online katalog NCO NZO a volný internet.

Celkem bylo vyhledáno 42 záznamů. 3 kvalifikační práce, 15 monografií a 24 ostatních zdrojů.

Z rešerše byly použity 2 anglické články, 8 knih a monografií, 6 českých článků a sborníků, zbytek neodpovídal stanoveným cílům. Celkem bylo využito 27 odborných zdrojů.

1 NÁDORY VAJEČNÍKU

Ovariální karcinom je pátým nejčastějším nádorovým onemocněním u žen celosvětově, dá se očekávat, že každá sedmdesátá žena onemocní nádorem vaječníku a každá stá na nádorové onemocnění zemře (FISCHEROVÁ, 2014).

V dnešním pohledu na ovariální karcinom dominuje především pohled imunogenetický, který ukazuje, že se jedná o nemoc heterogenní se složitou etiopatogenezí (FISCHEROVÁ, 2014).

Zařazuje se mezi karcinomy z povrchového epitelu a vyskytuje se až u 90 % všech zhoubných nádorů vaječníku. Zhoubné nádory ovaria se můžou objevit i v dětském věku a u adolescentů, jedná se nejčastěji o nádory ze zárodečných (germinálních) buněk. Nejčastější výskyt karcinomů se pohybuje u žen kolem 50–70 let věku a patří mezi gynekologické malignity s nejvyšší mortalitou. Brzká diagnostika je obtížná z důvodu asymptomatologie. Do dnešní doby stále neexistuje žádná optimální screeningová metoda (CHOVANEC, 2009; STACK, FISHMAN, 2009).

Nádory ovaria může řada „nepravých nádorů“ imitovat. V praxi jde nejčastěji o endometriózu, ohraničený zánět adnex či parovariální cystu. Právě nádory lze rozdělit podle biologického chování na nádory benigní (neproliferující), nádory s biologicky nejistou povahou (proliferující) a nádory zhoubné – maligní. Ve většině případů pomůže rozlišit tyto nádory pouze důkladné histopatologické vyšetření. Zhoubné ovariální nádory se nejčastěji dělí do skupin podle jejich histogeneze (ROB, MARTAN, CITTERBART a kol., 2012, s. 207).

1.1 KLASIFIKACE NÁDORŮ OVARIA

Nádory ovaria se rozdělují do dvou skupin – na epiteliální a neepiteliální nádory. Ve větším procentu se vyskytují nádory epiteliální. Průměrný věk u epiteliálních nádorů je mezi 55. a 65. rokem, a to asi v (90 %), u neepiteliálních mezi 28. a 35. rokem (ROZTOČIL a kol., 2011).

1.1.1 KLASIFIKACE NÁDORŮ Z POVRCHOVÉHO EPITELU

Nádory epitelové vycházejí z povrchového epitelu ovaria. Nejčastější výskyt je v pátém a sedmém deceniu. U mladých žen se onemocnění vyskytuje ojediněle. Až v 75 % se na onemocnění přijde tehdy, když se šíří mimo hranici malé pánve, stádium III nebo IV (ROB, MARTAN, CITTERBART a kol., 2012).

Histopatologicky se nádory vaječníku dělí:

- *serózní cystadenokarcinom,*
- *muscinózní karcinom,*
- *endometroidní karcinom,*
- *nádory z jasných buněk – Clear Cell nádory,*
- *Brennerův tumor (nádor z přechodných buněk),*
- *smíšené epiteliální nádory,*
- *spinoceulární karcinom,*
- *nediferencované nádory,*
- *metastatické nádory (ROZTOČIL a kol., 2011, s. 349).*

1.1.2 SERÓZNÍ CYSTADENOKARCINOM

Jedná se o nejčastější nádor vaječníků, vyskytuje se asi u 50 % nemocných žen. Nejčastější výskyt je asi mezi 45. a 65. rokem věku. V době diagnózy je více než 80 % karcinomů diseminováno. Zhruba ve dvou třetinách jsou nádorem napadena obě ovaria (CIBULA, PETRUŽELKA a kol., 2008).

1.1.3 MUSCINÓZNÍ KARCINOM

Výskyt asi u 5–10 %. Charakteristické pro tento karcinom je produkce hlenu, který se nachází v cystických dutinách (ROZTOČIL a kol., 2011).

1.1.4 ENDOMETROIDNÍ KARCINOM

Jedná se o druhý nejčastější typ karcinomu ovaria. Asi 15–20 % pacientek má současně karcinom endometria. Ve vyspělých státech jeho výskyt stoupá, v západní Evropě tvoří již třetinu všech karcinomů ovaria. Oboustranně se vyskytuje přibližně ve 30 procentech (CIBULA, PETRUŽELKA a kol., 2008).

1.1.5 NÁDOR Z JASNÝCH BUNĚK (CLEAR CELL)

Vyskytuje se u cca 5–10 % zhoubných nádorů vaječníků. Průměrný věk je nižší (52 let). Větší výskyt je spíše u žen, které jsou nulipary. Časté příznaky jsou zánětlivé změny adnex (ROZTOČIL a kol., 2011).

1.1.6 BRENNERŮV TUMOR (NÁDOR Z PŘEDCHOZÍCH BUNĚK)

Nádor z přechodných buněk – přechodný epitel je přítomný v močových cestách, nese specifické označení urotel. V tomto typu nádoru se objevuje zřejmě metaplastickým procesem. Brennerův tumor má nejčastěji benigní typ chování, vzácněji vidíme border - line formy či jeho maligní varianty.

Tento nádor vzácně malignizuje. V 15–20 % produkuje estrogény a jeho příznakem je nepravidelné děložní krvácení (ROZTOČIL a kol., 2011).

1.1.7 NEDIFERENCOVANÝ KARCINOM

Jeho výskyt je u 5 – 15 %, většinou je disonovaný a v polovině případů oboustranný (ROZTOČIL a kol., 2011).

1.2 KLASIFIKACE NEEPITELIÁLNÍCH NÁDORŮ VAJEČNÍKŮ

Tyto nádory jsou tvořeny asi deseti procenty všech zhoubných nádorů vaječníku. Jsou řazeny do dvou skupin: **nádory ze zárodečných pruhů a nádory z germinálních buněk** (ROZTOČIL a kol., 2011).

1.2.1 NÁDORY Z GERMINÁLNÍCH BUNĚK

Postihují ženy mezi 15. a 30. rokem věku. U dívek do 18 let tvoří tyto nádory 2/3 ovariálních malignit. Mohou se vyskytovat všude v linii migrace primitivních germinálních buněk ze žlutkového váčku do gonadální rýhy. Všechny nádory z germinálních buněk považujeme za maligní, ale s vysokou senzitivitou na kombinovanou chemoterapii (ROZTOČIL a kol., 2011).

Rozlišujeme nejčastěji tyto typy:

- *dysgerminom,*
- *nádor ze žloutkového váčku,*
- *maligní teratomy:*
 - *nezralý teratom,*
 - *zralý teratom se známkami maligního zvratu,*
 - *maligní struma ovarii,*
 - *karcinoid,*
 - *stromální karcinoid,*
- *embryonální karcinom,*
- *polyembryom,*
- *choriokarcinom,*
- *smíšené nádory ze zárodečných buněk (ROZTOČIL a kol., 2011, s. 349).*

1.2.2 DYSGERMINOM

Je nejčastějším maligním nádorem ze zárodečných buněk. Většinou se vyskytuje u žen mladších třiceti let. Většinou to jsou velké nádory, které postihují jedno ovarium. Nádor se zvětšuje rychle, ale poměrně pomalu metastazuje, převážně lymfogenně. Jelikož se jedná o nádor vysoce chemo – i radiosenzitivní, většinou se provádí fertilitu šetřící operací (ROZTOČIL a kol., 2011).

1.2.3 NÁDOR ZE ŽLOUTKOVÉHO VÁČKU

Objevuje se u dětí a adolescentních žen. Makroskopicky se jedná o jednostranný nádor, který je zpravidla opouzdřený. Nádor vychází z nezralých částí žloutkového váčku a vyznačuje se produkcí alfa – fetoproteinu (AFP). Z většiny případů se nádor šíří lymfogenně, ale při agresivní adjuvantní chemoterapii je fertilitu šetřící operace možná (CIBULA, PETRUŽELKA a kol., 2008).

1.2.4 EMBRYONÁLNÍ KARCINOM

Vyskytuje se vzácně, ve většině případů se vyskytuje ve smíšené formě s ostatními germinálními nádory. Jeho zvětšení probíhá velice rychle a brzy metastazuje jak lymfogenní, tak hematogenní cestou. Prognóza je velmi špatná (ROZTOČIL a kol., 2011).

1.2.5 CHORIOKARCIOM

Jako primární nádor vaječníku je mnohem vzácnější než jeho gestační varianta. Stejně jako u gestační varianty se produkuje hCG, ale s rozdílem, že se jedná o horší prognózu. Makroskopicky je nádor solidní, šedobělavý, často s rozsáhlým krvácením. Velmi rychle roste a brzy metastazuje hematogenní cestou (CIBULA, PETRUŽELKA a kol., 2008).

1.2.6 POLYEMBRIOM

Jedná se o velmi vzácný zhoubný nádor tvořený embryoidními tělísky, které napodobují buňky cca 8denního embrya. Je ve většině případů součástí smíšených germinálních nádorů. Je agresivní, časně metastazuje (CIBULA, PETRUŽELKA a kol., 2008).

1.3 GRADING A STAGING

Grading: Určuje stupeň diferenciaci. Staging: Hodnotí rozsah onemocnění.

1.3.1 GRADING

Určuje stupeň diferenciaci nádorových buněk. Buď se jedná o klasifikaci, kde nejde stanovit stupeň diferenciaci (GX), nebo rozlišuje dobře (G1), středně (G2), a špatně diferencovaný neboli nediferencovaný nádor (G3) (CIBULA, PETRUŽELKA a kol., 2008).

1.3.2 STAGING

Podle stagingu se hodnotí rozsah onemocnění.

–Klinický staging: Na základě klinického vyšetření.

–Patologický staging: Na základě histopatologického vyšetření operačního preparátu (CIBULA, PETRUŽELKA a kol., 2008).

TNM klasifikace se rozděluje do tří složek.

- T (tumor) – velikost primárního nádoru
 - Tis – tumor in situ
 - T1 – 4
 - TX – nelze hodnotit (ADAM, KREJČÍ, VORLÍČEK a kol., 2011).
- N (nodus) – přítomnost nebo nepřítomnost postižení lymfatických uzlin
 - NO – žádné postižení lymfatických uzlin

- N1 – 3
- NX – nelze hodnotit (ADAM, KREJČÍ, VORLÍČEK a kol., 2011).
- M (metastasis) – přítomnost nebo nepřítomnost vzdálených metastáz
 - MO – žádné metastázy
 - M1
 - MX – nelze hodnotit (ADAM, KREJČÍ, VORLÍČEK a kol., 2011).

1.3.3 FIGO KLASIFIKACE

FIGO klasifikace respektuje chirurgický staging tumoru, ale lépe odpovídá biologické povaze tumoru (ADAM, KREJČÍ, VORLÍČEK a kol., 2011).

FIGO klasifikaci rozdělujeme do 4 stádií:

- Stádium I* – *časné onemocnění omezené na primární orgán,*
- Stádium II* – *onemocnění s lokální progresí mimo primární orgán postihující přilehlé tkáně,*
- Stádium III* – *onemocnění s extenzivnějším, avšak lokoregionálním šířením,*
- Stádium IV* – *metastatické šíření (CIBULA, PETRUŽELKA a kol., 2008, s. 99).*

Tabulka 1 Klasifikace nádorů vaječníků

TNM		FIGO
T1	postižení je omezeno na ovaria	I
T1a	postižení jednoho ovaria, pouzdro intaktní, bez nádoru na povrchu ovaria, negativita ascitu nebo laváže	IA
T1b	postižení obou ovarii, dále jako T1a	IB
T1c	postižení jednoho nebo obou ovarii+ruptura pouzdra, nádor na povrchu, pozitivita ascitu nebo laváže	IC
T2	šíření v pánvi	II
T2a	šíření na dělohu nebo tubu, negativita ascitu nebo laváže	IIA
T2b	šíření na jiné pánevní tkán, negativita ascitu nebo laváže	IIB
T2c	šíření na dělohu, tubu, pozitivita ascitu nebo laváže	IIC
T3	peritoneální metastázy mimo pánev	III
T3a	mikroskopické peritoneální metastázy mimo pánev	IIIA
T3b	mikroskopické peritoneální metastázy mimo pánev < 2 cm	IIIB
T3c	mikroskopické metastázy mimo pánev > 2 cm	IIIC
T4	vzdálené metastázy	IV
N1	postižení pánevních a/nebo paraaortálních lymfatických uzlin	IIIC
M1	vzdálené metastázy	IV

Zdroj: ROZTOČIL A. a kol., 2011, s. 351

2 KARCINOM OVARIA

Maligní nádorová onemocnění zahrnují primární léze vycházející z vlastního orgánu a léze sekundární, metastatické. Primární nádorové léze postihující vaječnick se dělí dle své biologické povahy na: benigní, border - line (semimaligní) a maligní. Maligní nádory pak dělíme dle histotypu na: Epiteliální (tvoří až 90 %) a neepiteliální (ty jsou tvořeny nádory z germinálních buněk cca 3 % a nádory gonadostromální cca. 6-8 % (FISCHEROVÁ, 2014).

Zhoubné nádory vaječnicku se vyskytují v rozvinutých zemích, např. v Evropě a Americe, méně často se vyskytují v Indii a v Asii obecně. Největší riziko je u žen, které nerodily a s velkou pravděpodobností u žen s časným menarché a pozdní menopauzou (FISCHEROVÁ, 2014).

2.1 ETIOLOGIE

Velká váha se přikládá k ženským pohlavním hormonům, estrogenům a jejich vlivem na dozrávání vajíčka – ovulaci. Antikoncepce blokuje ovulaci, proto se uvádí, že užívání antikoncepce snižuje riziko nádorového onemocnění vaječnicku (FÍNEK, 2017).

Mezi rizikové a protektivní (ochranné) faktory řadíme: Genetické, reprodukční faktory a vlivy zevního prostředí (ADAM, KREJČÍ, VORLÍČEK a kol., 2011).

2.1.1 GENETICKÉ FAKTORY

Nejvíce jsou ohroženy ženy s mutací genu BRCA-1 a BRCA-2, které spolupůsobí také u karcinomu prsu. U Mutace BRCA-2 je riziko menší. Pokud se u ženy objeví mutace genu, lékař doporučí testování celé rodiny. U zdravých nositelů mutace genu je potřeba zahájit pozorování, už od dvaceti let (ADAM, KREJČÍ, VORLÍČEK a kol., 2011).

2.1.2 REPRODUKČNÍ FAKTORY

Hrají významnou roli ve vzniku nádorů ovarií, mezi nejvýznamnější řadíme:

Nitroděložní tělísko – Udává se, že zavedení nitroděložního tělíška po dobu více než dvaceti let se snižuje výskyt karcinomu ovaria, až o 38 % (ZÁVESKÝ, JANDÁKOVÁ, TURYNA, 2015).

Hormonální antikoncepce – Snižuje výskyt nádorového onemocnění vaječníku, ale nelze ji považovat jako prevence. Delší užívání antikoncepce sice může snížit riziko u nádoru vaječníku, ale současně může zvýšit riziko nádorového onemocnění prsu (ZÁVESKÝ, JANDÁKOVÁ, TURYNA, 2015).

Kojení – Riziko se snižuje, pokud žena kojí alespoň 8 – 10 měsíců (ZÁVESKÝ, JANDÁKOVÁ, TURYNA, 2015).

Nulliparita – Může se zvyšovat riziko vzniku nádorového onemocnění (ZÁVESKÝ, JANDÁKOVÁ, TURYNA, 2015).

2.1.3 VLIVY ZE VNÍHO PROSTŘEDÍ

Mohou být fyzikální a chemické. Chemické karcinogeny postihují cca 80 % nádorového onemocnění. Do chemických karcinogenů patří např. azbest, talek nebo také benzen. Tyto chemické látky se mohou vyskytovat ve stravě (v živočišných tucích) či v místech některých zaměstnání. Fyzikální karcinogeny se vyskytují v UV záření nebo ionizujícím záření (ADAM, KREJČÍ, VORLÍČEK a kol., 2012).

2.2 PREVENCE

Základem prevence u karcinomu je aktivní pohyb, zdravá strava, strava bohatá na zeleninu (ŽALOUDÍK, 2008).

Uvádí se, že užívání antikoncepce po dobu tří let snižuje riziko karcinomu vaječníku. Není ale dokázáno, že po ukončení užívání se riziko zmenšuje. Částečnou ochranou může být i těhotenství před 20. až 35. rokem, či kojení po dobu alespoň jednoho roku (ŽALOUDÍK, 2008).

Nejdůležitější prevence je pravidelné roční kontroly u gynekologa s vyšetřením ultrazvukovou vaginální sondou (ŽALOUDÍK, 2008).

2.3 PŘÍZNAKY

Karcinom ovarii je velmi nebezpečný, jelikož zpočátku se neobjevují žádné projevy, může to přehlédnout i gynekolog na běžné gynekologické prohlídce. Počínající

nádor může gynekolog přehlédnout i na ultrazvukovém vyšetření. Proto se málokdy stává, že se karcinom objeví již v počátečním stádiu (ZÁVESÍK, JANDÁKOVÁ, TURÝNA, 2015).

2.3.1 PŘÍZNAKY V POKROČILÉM ONEMOCNĚNÍ

Mohou se objevovat dyspeptické potíže, nechutenství, polakisurie způsobená tlakem nádoru na močový měchýř. Dále také hydronefróza, zácpa, která je ovlivněna tlakem na konečník, pálení žáhy, nadýmání či pocit cizího tělesa, ztráta hmotnosti nebo trombózy (SLEZÁKOVÁ a kol., 2011).

V pokročilém stádiu se mohou objevovat metastázy, které se dostanou až do plic a můžou vyvolávat dušnost. Kromě plic mohou být metastázy přítomny např. i do jater, vzácně do mozku a z postižení těchto orgánů se může odvíjet další symptomatologie. Rostoucí nádor uvolňuje základní druhotná ložiska, která tvoří tekutinu, hromadí se v dutině břišní a z toho vzniká ascites - (ascites je složitý proces, podílí se na něm několik faktorů např. obstrukce lymfatických cév nádorovými buňkami, metastatické postižení jater s genezí portální hypertenze) (SLEZÁKOVÁ a kol., 2011).

2.4 DIAGNOSTIKA

Včasná diagnostika karcinomu ovarii je vzhledem k asymptomatickému průběhu obtížná a dodnes neexistuje vhodná screeningová metoda. Základem diagnostiky je kombinace transvaginálního a abdominálního ultrazvukového vyšetření (KOLEKTIV AUTORŮ, 2015).

Pokud existuje podezření na maligní onemocnění vaječníku, musí se provést soubor vyšetření a stanovit rozsah onemocnění (VORLÍČEK, ABRAHÁMOVÁ, VORLÍČKOVÁ a kol., 2012).

Obecně máme u onkologických onemocnění vyšetření dvojího typu:

a) obligatorní – tedy taková, která se musí provést vždy a vedou k diagnóze samotné a zjištění rozsahu postižení (anamnéza, komplexní gynekologické vyšetření, laboratorní vyšetření krve, RTG srdce + plíce) (SLEZÁKOVÁ a kol., 2011).

b) fakultativní – tedy výběrová, která se indikují jen u někoho podle aktuálního stavu- např. CT či MRI mozku při podezření na metastatický proces při základním onemocnění ca ovaria (SLEZÁKOVÁ a kol., 2011).

2.4.1 ANAMNÉZA

Vzhledem k možnosti dědičně podmíněnému karcinomu vaječníku je významný odběr anamnézy.

Osobní anamnéza: Lékař se vyptává na obtíže ženy, jak dlouho trvají. Ptá se na onemocnění od dětství až po současnost, užívané léky, operace a onemocnění, které by mohly souviset s nádorovým onemocněním (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017).

Rodinná anamnéza: Ptáme se na rodinné příslušníky ze strany ženy, na rodiče, sourozence, děti, prarodiče, vnoučata a sestřenice (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017).

Alergická anamnéza: Zajímá nás nejen alergie na léky, ale i všechny ostatní alergie (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017).

Sociální anamnéza: Zaznamenává se, kde a s kým pacientka bydlí. Důležité je zjistit, zda se žena nepohybuje v okolí karcinogenu nebo vlivů, které by mohly s onemocněním souviset (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017).

Abusy: Informace o užívání drog, alkoholismu a kouření by se měly přesně zaznamenat. Kolik cigaret vykouří, kolik alkoholu vypije a o jaký typ drog se jedná (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017).

Gynekologická anamnéza: Vyptáváme se na menses, hormonální antikoncepci, porody, potraty, gynekologické operace a gynekologická onemocnění, která pacientka prodělala v minulosti (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017).

Nynější onemocnění: Dosavadní onemocnění (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017).

2.4.2 KOMPLEXNÍ GYNEKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Řadíme sem vyšetření pohledem (aspekce), pohmatem (palpace), poklepem (perkuse) a poslechem (auskultace). Pohledem sledujeme stav kůže a sliznic, velmi důležitý je i pohled na pacienta. Dále vyšetřujeme per rectum. V pokročilém stádiu můžeme nahmatat rozsáhlý hrbolatý, často cystický tumor, který se nachází v malé pánvi, projevuje se tlumeným poklepem a pozitivní undulace s větším množstvím ascitu (CHOVANEK, 2012).

2.4.3 ZOBRAZOVACÍ METODY

K základním zobrazovacím metodám v gynekologii patří transvaginální ultrazvuk, ultrazvuk břicha a malé pánve. Dále se využívá CT břicha, malé pánve a RTG hrudníku.

V případě recidivy onemocnění a při plánování operačního výkonu se využívá PET-CT (BÜCHLER, 2017).

2.4.4 KREVNÍ ODBĚRY

Z biochemického vyšetření se stanovují hladiny onkomarkerů, konkrétně CA125, který bývá zvýšený u karcinomu. Tento onkomarker je zvýšen u žen s nádorem ovarií, ale i u žen s endometriózou, zánětlivými onemocněními a jaterní cirhózou. Hladiny alfafetoproteinu (AFP), choriogonadotropinu (HCG) a laktátdehydrogenázy (LDH) jsou u germinálních nádorů ovaria zvýšené (BÜCHLER, 2017).

2.5 LÉČBA

Léčba u karcinomu ovarii se kombinuje s léčbou chirurgickou a chemoterapií (BERKEY, 2009).

Karcinomy ovarii zařazujeme do skupiny chemosenzitivní, nikoli chemokurabilní, proto je nejdůležitější léčbou operace (CHOVANEK, 2011).

2.5.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Chirurgická léčba je nasazena jako první možnost. Cílem je odstranění nádoru s odebráním vzorků na histologické vyšetření. Poté lze ženu zařadit do rizikové skupiny a určit odpovídající následnou léčbu (ROB, MARTAN, CITTERBART a kol., 2012).

Provádí se dolní střední laparotomie s rozšířením nad pupek, kvůli dobré orientaci v dutině břišní (ROB, MARTAN, CITTERBART a kol., 2012).

Standardně se odebírají vaječníky a vejcovody (adnexektomie), děloha (hysterektomie), slepé střevo (appendektomie), předstěry břišní (omentektomie) nebo lymfatické uzliny (lymfadenektomie). V mnoha případech je však bohužel nádor tak rozsáhlý, že ho nelze zcela odstranit. Rozsah nádorového rezidua je jedním z nejvýznamnějších prognostických faktorů (ROB, MARVAN, CITTERBART a kol., 2012).

V přísně indikovaných případech, kdy je nádor omezen pouze na ovarium nebo kdy žena plánuje těhotenství, lze postupovat konzervativně, provede se oboustranná adnexektomie a děloha je ponechána. Po operaci je důležitá cyklická substituční léčba, která se podává estrogeny po celou dobu. Gestageny se užívají pouze v druhé polovině cyklu (ADAM, KREJČÍ, VORLÍČEK a kol., 2011).

2.5.2 LAPAROSKOPIE

Laparoskopická operace se může provést v případě včasného záchytu onemocnění, kdy jsou metastázy přítomny pouze na ovariu. Použití u pokročilé fáze, kdy jsou metastázy mimo ovaria, je limitované kvůli nezbytnému provedení cytoredukce a riziku vzniku metastáz v oblasti portu. Laparoskopie se také využívá při second look inspekci peritoneální dutiny a také u stagingu tumoru v časně fázi, při zachycení během operace z jiné indikace (PILKA a kol., 2017).

2.5.3 KOMPLIKACE PO OPERACI

Operace karcinomu ovarii patří mezi obtížné operace, kde je velké riziko krvácení a poranění okolních orgánů (močový měchýř, močovod, cévy, nervy apod.).

Pooperační komplikace se dělí na časně a pozdní. Mezi časně se řadí trombóza/embolie, zanícení rány, pooperační zánět dutiny břišní a mezi pozdní např. kýla v jizvě (ROB, MARTAN, CITTERBART a kol., 2012).

Během operace dojde k odstranění pohlavních orgánů, proto dochází k neplodnosti ženy. Po odstranění vaječníku dojde k důraznému poklesu estrogenu, a poté nastává menopauza, která se projevuje návaly horka a pocením. Pacientce po operaci je podávána tzv. substituční hormonální léčba, kdy dodané hormony příznaky menopauzy snižují. Se všemi komplikacemi musí být pacientka před výkonem seznámena (ROB, MARTAN, CITTERBART a kol., 2012).

2.5.4 POOPERAČNÍ PÉČE

Pacientka je převezena na oddělení JIP, kde je napojena na monitor a sledují se fyziologické funkce. Dále sledujeme krvácení, bolest, stav rány, laboratoř, odpady z drénu a psychický stav ženy. Pacientka vyžaduje tlumicí prostředky. Dále se také podávají ATB. Důležitá je infuzní terapie, protože činnost trávicího ústrojí nastupuje pomalu až po několika dnech od operace (VRUBLOVÁ, 2012).

2.5.4.1 VÝŽIVA

V prvních dnech může žena dostávat pouze tekutiny, poté zředěná kašovitou stravu. Na běžnou dietu se přejde asi za 2 – 4 dny po operaci (VRUBLOVÁ, 2012).

2.5.4.2 VYPRAZDŇOVÁNÍ

První dny po operaci je zaveden permanentní močový katétr, sleduje se diuréza,

a barva moči. Po vytažení permanentního katétru pozorujeme obnovení mikce, u stolice sledujeme obnovení peristaltiky a první stolici. Při obtížích je možné podat glycerinový čípek či klyzma (VRUBLOVÁ, 2012).

2.5.4.3 HYGIENICKÁ PÉČE

Porodní asistentka informuje pacientku o tom, že ránu je vhodné sprchovat vlažnou vodou, nepoužívat žádná parfémovaná mýdla či sprchové gely. Každý den, alespoň jednou denně operační ránu mazat a masírovat. Pacientka je poučena o zvýšené hygieně rukou či genitálii. Pokud je zavedena stomie, musí být žena seznámena jak o ní pečovat (někdy výkony v onkogynekologii vyžadují resekce stěva). Důležitá je sexuální abstinence po dobu šesti týdnů (VRUBLOVÁ, 2012).

2.5.4.4 REHABILITACE

Pacientka musí být poučena o fyzické aktivitě po operaci, zvedání se z postele (přes bok), pohybu končetin a o tom, jak se pohybovat na lůžku (VRUBLOVÁ, 2012).

2.5.4.5 VYŠŠÍ POTŘEBY

Nutno informovat pacientku o jejím zdravotním stavu, průběhu operace a případně jaké komplikace po operaci mohou nastat. Velmi důležitá je kvalitní psychická podpora, vysvětlení průběhu onkologické léčby a podpora od rodinných příslušníků (VRUBLOVÁ, 2012).

2.5.5 CHEMOTERAPIE

Při chemoterapii jsou podávány léky, tzv. cytostatika. Nejčastěji se podávají intravenózně nebo méně často intraperitoneálně (ROB, MARTAN, CITTERBART a kol., 2012).

- **Chemoterapie adjuvantní** – provádí se po operačním výkonu (FÍNEK, 2017).

- **Chemoterapie neoadjuvantní** – provádí se, když radikální operace není možná. Neoadjuvantní terapie slouží k zmenšení nádoru, nikoliv k léčbě. Po 2 – 4 cyklech této léčby se provádí chirurgická léčba a nádorová tkáň se odstraňuje. Po operaci je pacientka nadále léčena stejnými cykly chemoterapie (Interval Debulking Surgery) (FÍNEK, 2017).

Intervaly mezi cykly jsou 3 – 4 týdny. Celkem se podává 6 – 8 sérií chemoterapie. Chemoterapie se podává 4. - 6. týden od provedení chirurgického zákroku, kdy je žena po operaci plně zotavena. Dřívější podání chemoterapie není přínosné. Léčba se individualizuje podle rizikových faktorů vlastního nádoru (stupeň pokročilosti onemocnění, reziduální nádor, histopatologický typ a stupeň histologické diferenciaci), ale i podle celkového stavu ženy a interního onemocnění. Při výběru cytostatik nám slouží tzv. MTT test. Na buňkách karcinomu, které se odebírají při operaci, se v laboratoři testuje účinnost cytostatika na daný karcinom, to znamená, že buď je na maligní nádor účinný, nebo naopak resistantní – nádor dané cytostatikum nedokáže „zabít“ (MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV).

Cytostatika naleznou rychle se množící buňku, kterou zničí. Bohužel nerozlišují buňku zdravou od nádorové. Mezi zdravé rychle se dělící buňky patří buňky vlasových folikulů, výstelky trávicí trubice a zvláštní buňky kostní dřeně, které tvoří červené a bílé krvinky. Proto dochází po dávkách cytostatik k nevolnosti až zvracení. Běžná je únava, náchylnost k infekcím, vypadávání vlasů atd. (MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV).

Tabulka 2 Nejčastěji používané dávky cytostatik

Nejčastěji používané dávky
Paclitaxel – Cisplatina/ Karboplatina - paclitaxel 175 mg/ m ² (3 hodinová infúze) - karboplatina [AUC 5-7 (Calvertova rovnice)] nebo cisplatina 75 mg/m ² Interval mezi cykly chemoterapie: 21 dnů
Režim CBDCA + C/PC - karboplatina (AUC 5-7) - cyklofosfamid 500–800 mg/m ² Interval mezi cykly chemoterapie: 21–28 dnů
Režim PC - cisplatina 70-100 mg/m ² - cyklofosfamid (500–800 mg/m ²) Interval mezi cykly chemoterapie: 21 dnů
Režim PAC - cisplatina 70-100 mg/m ² - adriamycin 30-40 mg/m ² - cyklofosfamid (500–800 mg/m ²)

Zdroj: ROB, MARTAN, CITTERBART a kol., 2012 s. 209.

2.5.6 RADIOTERAPIE

Radioterapie slouží k ozáření zhoubného nádoru. Dochází k usmrcení, ale i k poškození okolních tkání. Ozařování se musí plánovat velmi pečlivě, aby postižené buňky dostaly velkou dávku ozáření a zdravá tkáň byla poškozena co nejméně. Určené množství záření se nesmí podávat najednou, ohrozilo by to životní stav ženy. U ovariálního karcinomu se provádí ozáření celého břicha tzv. WART technika (Whole Abdomen Radiotherapy). Radioterapie se provádí pouze v případě nádoru menšího než 2 cm (VORLÍČEK, ABRAHÁMOVÁ, VORLÍČKOVÁ a kol., 2012).

U nádorového onemocnění vaječníku je radioterapie využívána pouze výjimečně, a to po vyzkoušení všech možných léčebných metod nebo u kontraindikace chemoterapie (ROB, MARTAN, CITTERBART a kol., 2012).

2.5.7 HORMONÁLNÍ LÉČBA

Nemá výraznější efekt na regresi nádorů, někdy se používají antiestrogeny (tamoxifen) nebo gestageny jako medroxyprogesteron acetát či megestrolacetát (ROB, MARTAN, CITTERBART a kol., 2012).

Používá se jako podpůrná léčba s cílem zlepšit výkonnost pacientky, zvýšení tělesné váhy, zlepšení chuti k jídlu a celkového stavu (KOMPLEXNÍ ONKOLOGICKÉ CENTRUM, 2018).

2.5.8 IMUNOTERAPIE

Z nových technologií v současné době je nejperspektivnější využití inhibitorů antiogeneze v kombinaci se současně užívanou chemoterapií (ROB, MARTAN, CITTERBART a kol., 2012, st. 209).

Princip tzv. biologické léčby – uplatňuje se nejčastěji látka bevacizumab, preparát Avastin (ROB, MARTAN, CITTERBART a kol., 2012).

2.6 DISPENZÁRNÍ PÉČE

Sledování pacientky po ukončení léčby se ve světě liší. V České republice se doporučují pravidelné kontroly. Každé tři měsíce první tři roky, každých šest měsíců další dva roky, a poté jednou ročně. Kontroly zahrnují klasické gynekologické vyšetření, stanovení hladiny CA 125 z krve a ultrazvukové vyšetření pánve. Další zobrazovací metody jsou stanoveny při objevení symptomů či vzestupu hladiny CA 125 (KRŠKA, HOSKOVEC, PETRUŽELKA a kol., 2014).

Při podezření na recidivu nádorového onemocnění lékař stanoví další postup léčby. Léčba recidivy je velmi přísně individuální, záleží na rozsahu onemocnění, na časovém rozpětí od první léčby a celkovém stavu pacientky (MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV, 2018).

Recidiva u karcinomu ovarii je poměrně častá (MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV, 2018).

2.7 PSYCHOLOGICKÁ PÉČE

S nádorovým onemocněním je velmi složité se smířit, proto je důležité, aby pacientka byla lékařem dobře informována. Neocenitelná je podpora přátel

a rodinných příslušníků. Pacientce by měla být nabídnuta pomoc od psychologů, kteří můžou pomoci s duševním napětím či bezmocí. Pro věřící je důležitá pomoc duchovní (VRUBLOVÁ, 2012).

2.8 PROGNOTICKÉ FAKTORY

Prognóza karcinomu ovaria závisí převážně na stádiu onemocnění v době stanovené diagnózy. Ve stádiu FIGO 1 se pětileté přežití pohybuje kolem 80 %. Nejvýznamnější faktory jsou: stádium onemocnění, stupeň diferenciacie, histologický typ nádoru, celkový stav ženy, věk a velikost ponechaného rezidua (KRŠKA, HOSKOVEC, PETRUŽELKA a kol., 2014).

2.9 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY PŘI PÉČI O ŽENU S KARCINOMEM OVARIA

Porodní asistentka se s tímto onemocněním většinou setkává na oddělení gynekologie. V mnoha případech je právě vůbec první, s kým se žena setkává. Porodní asistentka pozoruje u ženy po operaci změny chování a emoční labilitu. (VRUBLOVÁ, 2012).

Žena cítí obavy a má strach o svůj život, původně zdravá žena se dostává do role nemocné pacientky a je psychicky labilnější. PA by si měla uvědomit, že dostatek informací ženě zmírní intenzitu úzkosti a strachu. Důležité je navazovat s pacientkou komunikaci a povzbuzovat ji. Pokud si žena přeje duchovní služby, zdravotnický personál by měl vyjít vstříc (VRUBLOVÁ, 2012).

Významná role porodní asistentky také spočívá ve znalosti problematiky tohoto onemocnění a v nabádání ženy k pravidelným kontrolám u svého obvodního gynekologa (VRUBLOVÁ, 2012).

3 KAZUISTIKA U PACIENTKY S KARCINOMEM OVARIA

Kazuistiku jsem zpracovala s pacientkou, která prodělala karcinom ovaria. Pacientka byla informována o záměru využít její stanovenou diagnózu a následný průběh léčby ke studijním účelům a souhlasila se zpracováním údajů za předpokladu anonymizace osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. ochraně osobních údajů.

Jméno a příjmení: L. B.	
Datum narození: 1965	Věk: 53
Národnost: česká	Komunikační bariéra: ne
Státní příslušnost: ČR	Stav: vdaná
Vzdělání: střední s maturitou	Zaměstnání: družinářka na základní škole
Datum přijetí: 19. 4. 2017	Ošetřující gynekolog:

Medicínská diagnóza hlavní: carcinoma ovarii IB, st. p. AE bilat. per LSK.

Anamnéza byla sepsána ve FN v Motole dne, 19. 4. 2017 v 10:00. Informace jsem získala od pacientky ústním rozhovorem, z rozhovoru s ošetřujícím lékařem a ze zdravotnické dokumentace.

ANAMNÉZA

RODINNÁANAMNÉZA

Matka: zdravá

Otec: zdrav

Děti: 2 synové + non – Hodgkinský lymfom (2,5 roku, 15 let)

Babička: léčená s ca ovaria

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Arteriální hypertenze na terapii

Operace: 2x nosní septoplastika, operace varixů DKK r. 2003, operace pravého kolene r. 2005 – st. p. autonehodě

Úrazy: autonehoda r. 2005 s krátkodobým bezvědomím

Transfúze: 0

Alergie: neguje

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

– Valsacombi tbl. p.o. 1-0-0

– Seropram tbl. p.o. ½-0-0

ABÚZY

Alkohol: ne

Kouření: ne

Jiné návykové látky: neguje

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Menarche: od 11 let

Cyklus: 28/5

PM: 28. 2. 2017

PORODNICKÁ ANAMNÉZA

Těhotenství: 4

Porody: 2

UPT: 1

Spontánní aborty: 1

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: vdaná

Vztahy, role a interakce: žije na vesnici v domě s manželem a adoptovanou dcerou.

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Pracovní zařazení: družinářka na základní škole

KATAMNÉZA

Pacientka přichází 20. 3. 2017 na urologii, jelikož měla delší dobu pocit tlaku v podbřišku. Urolog poslal ženu na komplexní gynekologické vyšetření, kam se dostavila dne 21. 3. 2017.

Pacientka 25. 3. 2017 přichází do Jilemnické nemocnice na doporučení gynekologem k provedení LSK AE bilat. (do endobagu) pro cystu pravého ovaria. Cysta asymptomatická, zjištěna v zimě 2016, bez tendence ke zmenšování.

Provedla se LSK AE bilat., endobag, adheziolýza II. Stupně. Při operačním výkonu bylo zjištěno: děloha normální velikosti, volná, hladká. Pravé ovarium cystické, volné. Levé ovarium s drobnou cystou, volné. Tuby štíhlé, ampuly volné. Douglas prázdný. Serosy klidné, játra hladká. Mohutná adheze omenta do pravého hypogastria a mesogastria, appendix nenalezen, překrytý adhezí omenta.

Pacientce byl domluven další operační výkon ve Fakultní nemocnici v Motole, kam se měla dostavit 19. 4. 2017. V Motole provedli hysterektomii, omentectomii, appendektomii a lymphadectomii. Po propuštění z nemocnice byla domluvena chemoterapie na 20. 5. 2017.

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

25. 3. 2017 Jilemnice LSK – bilat. Adnexetomie pro perzistující cystu exstirpace v endobagu, děloha ponechána dle záznamu z operačního protokolu v peritoneální dutině bez atypií.

Histologie: High Grade serózní ca v obou ovariích ve stromatu – neprorůstá na povrch.

Další operace byla pacientce vyjednána ve Fakultní nemocnici v Motole. Nástup operace bylo vyjednáno na 19. 4. 2017.

HISTOLOGIE: děloha – exocervix je kryt nerohovějícím dlaždicovým epitelem, který přechází do úseku dlaždicové metaplazie bez dysplastických změn. V oblasti transformační zóny jsou patrné známky floridní chronické cervicitidy. Korporální endometrium je proliferační, myometrium je v rozsahu vyšetření bez ložiskových změn. Omentum – v rozsahu vyšetření bez nádorových struktur. Stopka infandibul. l. dx. (lateris dextri) – vazivově tuková tkáň s prokrvácením, lipofagickou reakcí

a chronickými zánětlivými změnami. Ložiskově jsou zastiženy trombotizované cévy s organizací trombů. V rozsahu vyšetření bez nádorových struktur. Arterie l. dx. – Tukově vazivová tkáň v rozsahu vyšetření bez nádorových struktur. Vena l. dx. – V tukové tkáni je zastižena jedna lymfatická uzlina, v rozsahu vyšetření bez nádorových struktur. Stopka infundibul. l. sin. (lateris sinistri) – Tukově vazivová tkáň s úseky nekrotizace. Nekrózy jsou ohraničeny lemem palisádových epiteloidních histiocyty, místy s účastí mnohojaderných buněk. Místy jsou v okolí nekrotizace viditelné i drobnější epiteloidní granulomy. V okolí granulomů je jizvení a chronická zánětlivá celulizace s významnou příměsí eozinofilů. V přiléhající tukové tkáni je přítomna lipofagická reakce. Vitální maligní nádorové struktury nejsou viditelné. Appendix s po zánětlivou fibrózou stěny a obliterací lumina, v rozsahu vyšetření bez nádorových struktur.

Celkem vyšetřeno 43 LU – všechny bez nádoru.

STAV PŘI PŘIJETÍ

Pacientka přijata do FN v Motole dne 19. 4. 2017 plánovaně k výkonu – indikováno operační řešení pro karcinom ovarií.

Subj: bez obtíží, bolesti nejeví, dysurie nemá.

Obj: TK: 125/72mmHg, P: 77/min TT: 36,2 °C, dech 19, hmotnost 94kg, výška 183cm, WHO 0, orientovaná místem časem i prostorem, břicho měkké, volně pro hmatné, bez známek NPB, DK klidné, bez zjevných známek jiného onemocnění, traumatu či malignity, afebrilní, eupnoe, horizontálu toleruje, bez cyanózy, přiměřeně hydratovaná.

Zevně: per primam intentionem.

Vaginálně: pochva čistá, hrdlo 0, děloha v AVF (OC norm.), bez infiltrátu v malé pánvi.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ ZE DNE 19. 4. 2017

Hlava: poklep nebolestivý, oči: zornice izokorické, reagují, spojivky růžové, uši a nos bez výtoku.

Dutina ústní: chrup sanován, bez známek cyanózy, jazyk vlhký, růžový, plazí středem.

Hrudník: poklep plný, jasný, dýchání čisté, sklípkové.

Břicho: měkké, prohmatané, nebolestivé, Hepar 0, Lien 0, tapottement bilaterálně negativně.

Horní končetiny: normální hybnost, svaly nebolestivé, kůže prokrvená, pulzace hmatná.

Dolní končetiny: klidné, bez zjevných známek jiného onemocnění, traumatu či malignity.

Páteř: nebolestivá.

PRŮBĚH OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

1. Den hospitalizace 19. 4. 2017

Pacientka přichází s doprovodem na gynekologicko-porodnické oddělení k příjmu. Ženu jsme opět seznámili s operačním výkonem, s právem pacientů a domácím řádem. Paní. B. podepsala všechny informační souhlasy, dali jsme jí identifikační náramek, odvedli na pokoj a seznámili s oddělením. Na pokoji jsem pacientku informovala o předoperační přípravě. V odpoledních hodinách přišel ošetřující lékař ženu pozdravit, dát k podpisu souhlas s transfúzí a ochotně odpověděl na všechny její dotazy. Poté přišel anesteziolog, podal pacientce informovaný souhlas s anestézií a zodpověděl jí, jak bude anestézie probíhat. V 17:00 jsem pacientku oholila a vyčistila pupek lihem. Noční sestra podala ženě klyzma a aplikovala miniheparinizaci.

2. Den hospitalizace 20. 4. 2017

(0. pooperační den)

Ordinace lékaře na den 20. 4. 2017

Fyziologické funkce 3x denně, ATB Unasyn 1,5 g do 100 ml fyziologického roztoku po 8 h, dieta: č. 0, 20:00 Fraxiparine 0.3 ml s. c., sledování operační rány a krvácení z pochvy.

V 6:00 byly pacientce změřeny fyziologické funkce. Tlak byl v normě, 135/85, P: 95, TT: 36,4°C. Pacientka si provedla ranní hygienu. Paní B. jsem zavedla kanylu do PHK, místo v pichu jsem zvolila kubit. Poté jí byla podána premedikace p. o., kterou zapila douškem vody. Podle ordinace lékaře jsme podali Unasyn

1,5 g i. v. do 100 ml fyziologického roztoku, kvůli profylaxi infekce. Zabandážovala jsem pacientce obě končetiny až k tříslům, což slouží jako prevence TEN. Paní B. jsem poprosila, aby si sundala všechny šperky, které byly i s ostatními cennostmi uloženy do trezoru. Vše bylo zaznamenáno v dokumentaci. Pacientka byla plačtivá, udávala nauzeu a vnitřní třes. Měla velký strach z operačního výkonu. Udávala, že teprve dnes si uvědomuje, o jak závažnou diagnózu se jedná. K pacientce jsem se posadila a snažila ji přivést na jiné myšlenky.

Sanitář v 8:30 odvezl pacientku na operační sál.

Operace byla zahájena v: 9:15

Operace byla ukončena: 12:25

Medicínská diagnóza: carcinoma ovarii IB, st. p. AE bilat., per LSK.

Byla zvolena dolní střední laparotomie s rozšířením nad pupek.

Operační výkon: Early reoperatio-hysterectomia, omentectomia, appendectomia, lymphadenectomia pelvica et suprapelvica.

V 12:40 je žena přeložena na oddělení JIP, reaguje na oslovení, stěžuje si na mírnou bolest, kardiopulmonálně stabilizovaná, dýchání spontánní, trošku zmatená z důvodu doznívání anestézie, poloha mírně vpolosedě. Paní B. je zaveden PMK, Redonův drén, který odvedl 65 ml krvavé tekutiny, z operační rány je vyveden drén, který odvedl 10 ml krvavé tekutiny. Na operačním sále pacientce kapal Plasmalyte. Krytí operační rány neprosakuje, žena krvácí přiměřeně.

Na oddělení JIP je pacientka napojena na monitoring, který pravidelně po 30 min. sleduje fyziologické funkce ženy. TK, pulz, dechová frekvence, spO2 a také EKG křivka. Sleduje se krytí operační rány, zda neprosakuje a množství tekutiny v drénech. Pacientka je pravidelně sledována sestrou.

V 13:00 sestra zapisuje stav ženy. TK: 110/65, P: 70 TT: 36,5°C, spO2 98 %. Paní B. si začala mírně stěžovat na bolest v oblasti břicha, byl podán Novalgin 2ml do 100 ml fyziologického roztoku. V 14:00 si pacientka stěžuje na mírnou nauzeu, proti zvracení zatím nic nechtěla. Ženě byl naordinován fyziologický roztok 1000 ml. 16:00 byl podán Unasyn 1,5 g do 100 ml fyziologického roztoku, sestra zkontrolovala krytí rány, které neprosakovalo a krvácení z pochvy bylo přiměřené. Pacientka pospávala, byla poučena, že může po douškách popíjet čaj.

17:00 byl naordinován Paracetamol 1 g do 100 ml. Fyziologické funkce byly stále v normě: TK: 135/75, P: 85, TT: 36,8 °C, spO₂: 98 %.

18:00 na lůžku byla provedena celková hygiena, krytí rány i bandáže DK byly ponechány.

19:00 si žena začala stěžovat na větší bolest v místě operační rány. Bolest udávala dle numerické škály 7/10. Podle ordinace lékaře byl podán Novalgin 2 ml do 100 ml fyziologického roztoku i. v. Po půl hodině se byla sestra zeptat na účinnost Novalginu, pacientka bolest hodnotila 5/10.

20:00 byl podán Fraxiparine 0.3 ml s. c., místo v pichu byla zvolena zevní strana paže. V 21:00 se podařilo paní B. usnout. 23:00 podán Paracetamol 1 g do 100 ml, 24:00 Unasyn 1,5 g do 100 ml fyziologického roztoku dle ordinace lékaře. Pacientka nebyla buzena.

3. Den hospitalizace 21. 4. 2017

(1. pooperační den)

Ordinace lékaře na den 21. 4. 2017

Fyziologické funkce 3x denně, Novalgin 2 ml do 100 ml fyziologického roztoku i. v. po 3 h., při silných bolestech á 6 h Paracetamol 1 g 100 ml, ATB Unasyn 1,5 g do 100 ml fyziologického roztoku po 8 h, dieta: č. O, P+V za 24 hod., 6:00 odběry KO a biochemie, 20:00 Fraxiparine 0.3 ml s. c., sledování operační rány a krvácení z pochvy.

V 5:00 podán Paracetamol 1 g 100 ml. 6:00 byly naordinovány krevní odběry na KO a biochemii. 7:00: TK: 115/75, P: 70, TT: 36,7 °C, spO₂: 99 %. 7:30 byla provedena celková hygiena na lůžku. Při vizitě si lékař chtěl zkontrolovat operační ránu, rána byla klidná, mírně zarudlá, bez přítomnosti krve či otoku. Sestra vyměnila sterilní krytí operační rány. V Redonově drénu bylo 200 ml serosangvinolentní tekutiny, drén z operační rány odvedl 15 ml serosangvinolentní tekutiny, krvácení z pochvy bylo přiměřené, kontrola PŽK, místo vpichu bylo klidné, pacientka si na bolest v místě v pichu nestěžuje. Paní B. si stěžovala na bolest v operační ráně, bolest hodnotila, dle numerické škály bolesti 8/10, byl jí podán Novalgin 2 ml i. v. po hodině udává zmírnění bolesti 5/10. 8:00 podány ATB Unasyn 1,5 g do 100 ml FR.

V 10:00 sestra sepsala překladovou zprávu. Žena byla přeložena na gynekologické oddělení. Sestra z JIP nám předala pacientku kolem 11 h, pacientka udávala bolest dle numerické škály 7/10, zkontrolovali jsme krytí rány, množství tekutiny v drénech a v PMK. V permanentním močovém katétru bylo odvedeno 450ml čiré moči, okolí kanyly bez zarudnutí, z pochvy krvácela přiměřeně, pacientka udávala mírnou nauzeu, byl podán Torecan 1 amp. do 500 ml fyziologického roztoku dle ordinace lékaře. Po 30 min. udává paní B. úlevu. Poté podán Novalgin dle ordinace. Po hodině se bolest zmírnila na 5/10

V 12:00 změřeny fyziologické funkce: TK: 120/85, P: 80, TT: 36,5°C. Kolem 13 h přišla za paní B. fyzioterapeutka, cviky byly zaměřeny na dolní končetiny a zvedání z lůžka.

14:00 podán Novalgin podle ordinace lékaře. Odpoledne přišla na návštěvu rodina, která vykouzila ženě úsměv na tváři, po odchodu se rodina stavila za lékařem a vyžadovala informace o pacientce. V 16:00 byly podány ATB, poté se podal Novalgin dle ordinace lékaře. 18:00 jsem změřila fyziologické funkce, TK: 130/85, P: 85, TT: 36,6°C. Ve 20:00 byl aplikován Fraxiparine 0.3 ml s. c. do zevní strany paže. 23:00 podán Paracetamol 1 g 100 ml, pacientka usíná. Ve 24:00 opět podány ATB dle ordinace lékaře, pacientka nebyla buzena.

Tabulka 3 Biochemické vyšetření ze dne 21. 4. 2017 6:00

Zkoumaný parametr	Referenční meze	6:00
Na	135-145 mmol/l	136 mmol/l
K	3,6-4,6 mmol/l	3,4 mmol/l
Cl	98-107 mmol/l	104mmol/l

Tabulka 4 Krevní obraz ze dne 21. 4. 2017 6:00

Zkoumaný parametr	Referenční meze	6:00
Leukocyty	4,00-9,50	11,5 x10 ⁹ /l
Erytrocyty	3,80-5,205 x10 ¹² /l	4.34 x10 ¹² /l
Hemoglobin	120-160 g/l	135 g/l
Hematokrit	0,35-0,47 l	0,385 l
Trombocyty	150-400 x10 ⁹ /l	2750 ⁹ /l

4. Den hospitalizace 22. 4. 2017
(2. pooperační den)

Ordinace lékaře na den 22. 4. 2017

Fyziologické funkce 3x denně, Novalgin 2 ml do 100 ml fyziologického roztoku i. v. po 3 h., při silných bolestech á 6 h Paracetamol 1 g 100 ml, ATB Unasyn 1,5 g do 100 ml fyziologického roztoku po 8 h, dieta: č. O, P+V za 24 hod., 20:00 Fraxiparine 0.3 ml s. c., sledování operační rány a krvácení z pochvy.

5:00 Podán Paracetamol dle ordinace lékaře. 6:00 jsem změřila FF: TK: 118/75, P: 80, TT: 36,4 °C, dechově stabilní. Pacientka s doprovodem sanitárky provedla ranní hygienu. Paní B. se cítila lépe, navazovala jsem s pacientkou komunikaci, pacientka normálně odpovídala. Po podání Paracetamolu udávala škálu bolesti 5/10. Cítila se slabší a měla mírnou nauzeu. Při vizitě lékař zkontrolovat operační ránu a spolu se sestrou odstranili drény. Po vizitě jsme se sestrou provedly převaz, na operační ránu jsme použily Betadinu. Zkontrolovaly jsme PŽK, okolí vpichu bylo klidné, žena si na bolest nestěžovala.

8:00 byly podány ATB dle ordinace lékaře. Pacientka pomocí doprovodu došla do sprchy, oblékání zvládla sama. 9:00 podán Novalgin 2 ml do 100 ml fyziologického roztoku dle ordinace. V odpoledních hodinách jsem zkontrolovala pacientce krytí operační rány, krvácení z pochvy a celkový stav. Pacientka si stěžovala na bolest v oblasti operační rány, kterou hodnotila 6/10, podala jsem Novalgin 2 ml do 100 ml fyziologického roztoku dle ordinace. Po 30 min paní B. pocítuje výraznou úlevu, bolest hodnotí 4/10. Kolem 15 hodiny za pacientkou přichází rodina.

16:00 opět podány ATB dle ordinace lékaře. V 18:00 byly změřeny FF: TK: 130/80, P: 85, TT: 36,5 °C. Pacientka udává, že se cítí lépe.

20:00 aplikován Fraxiparine 0.3 ml s. c., místo vpichu byla zvolena zevní strana pravého stehna. 21:00 ženě byl podán Novalgin. 24:00 ATB dle ordinace lékaře, pacientka nebuzena.

5. Den hospitalizace 23. 4. 2017

(3. pooperační den)

Ordinace lékaře na den 23. 4. 2017

Fyziologické funkce 3x denně, při bolestech Novalgin tbl. p. o., ATB Unasyn 375 mg p. o. po 12 h (8 h a 20 h) dieta: č. 1, P+V za 24 hod, 20:00 Fraxiparine 0.3 ml s. c., sledování operační rány a krvácení z pochvy.

6:30 změřeny fyziologické funkce: TK: 130/85, P: 85, TT: 36,6°C. 8:00 Unasyn 375 mg p. o. po rozhodnutí lékaře došlo k jiné formě dávkování. Při vizitě si lékař prohlédl operační ránu, rána byla klidná, nezanícená, zkontroloval vložku, které byla pouze mírně zašpiněná od krve. Ránu jsem odezinfikovala a přiložila sterilní krytí. Sestra odstranila PMK a zapsala do dokumentace. Pacientka udávala bolest 5/10, podal se Novalgin dle ordinace lékaře. 12:00 změřeny FF: TK: 125/80, P: 80, TT: 36,6°C.

V 15:00 přišla za pacientkou rodina, přinesli jí oblíbenou knihu, pacientka měla radost, že se bude moci něčím zabavit.

Po večeři byla provedena hygiena, do sprchy šla s doprovodem sanitářky. Kolem 18:00 byly změřeny fyziologické funkce: TK: 125/80 P: 90, TT: 36,6°C. Ve 20:00 byl aplikován Fraxiparine 0,3 ml do oblasti stehna a také podány ATB. Pacientce byl podán Novalgin dle ordinace lékaře. Pacientka v klidu spala celou noc.

6. Den hospitalizace 24. 4. 2017

(4. pooperační den)

Ordinace lékaře na den 24. 4. 2017

Fyziologické funkce 3x denně, při bolestech Novalgin tbl. p. o., ATB Unasyn 375 mg po 12 h, dieta: č. 1, P+V za 24 hod., 20:00 Fraxiparine 0.3 ml s. c. sledování operační rány a krvácení z pochvy.

V 6:00 změřeny fyziologické funkce: TK: 125/85, P: 80, TT: 36,6°C. Podán Novalgin, pacientka udává dle numerické škály bolest 5/10.

Před snídaní jsem šla s pacientkou provést ranní hygienu. Paní B. se fyzicky cítila lépe než předchozí den, ale byla plačtivá, snažila jsem se komunikovat, aby přišla na jiné myšlenky. Zkontrolovaly jsme se sestrou operační ránu, rána byla klidná, vyměnily jsme sterilní krytí, zkontrolovaly krvácení z pochvy, vložka byla mírně zašpiněná krví. Strava byla změněna na dietu č. 1 (kašovitá).

V 8:00 byly podány ATB dle ordinace lékaře. Byla ji nabídnuta analgetika, která odmítla. 12:00 byly změřeny fyziologické funkce: TK: 125/75, P: 90, TT: 36,6°C. Pacientka je pohybově aktivní, ale byla upozorněna, aby na sebe byla opatrná. Každý den za paní B. chodila na návštěvu rodina, která ji vždy povzbudila. V 18:00 byly změřeny fyziologické funkce: TK: 130/85, P: 85, TT: 36,6°C. Ve 20:00 sestra edukovala ženu o aplikaci Fraxiparinu, paní B. stačila pouze malá ukázka, protože s aplikací Fraxiparinu měla zkušenosti. Také byly podány ATB a analgetika. Spala celou noc.

7. Den hospitalizace 25. 4. 2017

(5. pooperační den)

Ordinace lékaře na den 25. 4. 2017

Fyziologické funkce 3x denně, při bolestech Novalgin tbl. p. o., ATB Unasyn 375 mg po 12 h, dieta: č. 3 (racionální), 20:00 Fraxiparine 0.3 ml s. c., sledování operační rány a krvácení z pochvy.

V 6:00 změřeny fyziologické funkce: TK: 120/75, P: 75, TT: 36,5°C. Před snídaní šla pacientka s doprovodem sanitárky provést ranní hygienu, sestra provedla převaz rány, rána klidná, z pochvy nekrvácí, na stolici ještě nebyla. Po vizitě lékař pacientce naordinoval Laktulosu 3x denně.

V 8:00 podány ATB p. o. 12:00 změřeny fyziologické funkce: TK: 135/90, P: 85, TT:36,4°C. Na bolest nic nechtěla, na stolici ještě nebyla.

V odpoledních hodinách pacientka podává informaci, že na stolici už byla. V 18:00 změřeny fyziologické funkce. TK: 135/90, P: 85, TT: 36,3°C. 20:00 aplikován Fraxiparine, pacientka si Fraxiparine aplikovala sama do zevní strany levého stehna pod dohledem sestry. Podány ATB dle ordinace lékaře. Na noc byl podán Novalgin, spala celou noc.

8. Den hospitalizace 26. 4. 2017

(6. pooperační den)

Ordinace lékaře na den 26. 4. 2017

Fyziologické funkce 3x denně, při bolestech Novalgin p. o., ATB Unasyn , 375 mg p. o. po 12 h., dieta: 3. O, P+V za 24 hod., 6:00 odběry KO a biochemie, návrh na demisi.

V 6:00 odběr krve dle ordinace lékaře. TK: 135/90, P: 80, TT: 36,5°C. Po snídani provedena ranní hygiena s doprovodem sanitárky. Paní B. je nervózní, jestli ji lékař propustí domů. Pacientka si na bolest nestěžuje, analgetika odmítá, v 8:00 byly podány ATB p. o. 8:30 lékař si na vizitě chtěl zkontrolovat operační ránu, rána klidná, bez zarudnutí, stolice pravidelná, močí spontánně. Ránu jsem odezinfikovala a přiložila sterilní krytí. Lékař naordinoval močové reziduum, pacientku jsem vycévkovala, zbytkového rezidua bylo 18 ml po vymočení. Lékař rozhodl o demisi pacientky. Pacientce jsem sdělila informaci, že jí přijdeme sdělit potřebné informace a po obědě bude moci jít domů, pacientka byla nadšená a volala manželovi, aby přijel kolem 14 h.

Pacientka chodí sama, s dohledem se oblékne a vysprchuje, plně soběstačná je při příjmu potravy a použití WC.

Sestra pacientku poučila o tom, že musí 6 týdnů dodržovat režimové opatření. Nevhodné je koupání ve vaně, doporučuje se sprchování. Po dobu 6 týdnů abstinence pohlavního styku. Pokračovat s cviky, které si ukazovaly s fyzioterapeutkou. Pravidelně chodit na denní procházky, vyhýbat se zvedání těžkých břemen a nekoordinovaným pohybům. Dietu nemusí držet žádnou, ale doporučuje se vyvarovat kořeněným a nadýmavým potravinám.

Dále je seznámena, že operační ránu má pouze sprchovat a nepoužívat žádná parfémovaná mýdla.

Pacientka byla informována, že do osmého dne se má dostavit k praktickému či gynekologickému lékaři na vyndání stehů a za 2 týdny na kontrolu ke gynekologovi. Lékař poučil pacientku, kdyby se projevilo zarudnutí operační rány, teplota nad 38 °C, zvracení, zástava plynů a stolice, krvácení z pochvy, problémy s močením a silná bolest, okamžitě vyhledat lékaře.

Manžel pro paní B. přijel hned po obědě, jak byli domluveni.

Tabulka 5 Krevní obraz ze dne 26. 4. 2017 6:00

Zkoumaný parametr	Referenční meze	6:00
Leukocyty	4,00-9,50	8,1 x10 ⁹ /l
Erytrocyty	3,80-5,205 x10 ¹² /l	4.02 x10 ¹² /l
Hemoglobin	120-160 g/l	126 g/l
Hematokrit	0,35-0,47 l	0,359 l
Trombocyty	150-400 x10 ⁹ /l	300 x10 ⁹ /l

Tabulka 6 Biochemické vyšetření ze dne 26. 4. 2017 6:00

Zkoumaný parametr	Referenční meze	6:00
Na	135-145 mmol/l	139 mmol/l
K	3,6-4,6 mmol/l	4,0 mmol/l
Cl	98-107 mmol/l	276mmol/l
ALP	0,10–2,20 µkat/l	0,82 µkat/l
AST	0,17-0,60 µkat/l	0,62 µkat/l
ALT	0,17-0,58 µkat/l	0,59 µkat/l
BIL-CELK	2,0-17,0 umol/l	7,1 umol/l
Kyselina močová	140-340 umol/l	194 umol/l
UREA	2,0-6,7 mmol/l	2,9 mmol/l
Kreatinin	53-115 umol/l	55 umol/l
CA 125	0-30 kU/	34,4 kU/l

EDUKACE PACIENTKY PO PROPUŠTĚNÍ DO DOMÁCÍ PÉČE

Pacientka byla důkladně informována lékařem a porodní asistentkou, jak o sebe pečovat v domácí péči.

Péče o operační ránu

Porodní asistentka informovala pacientku o tom, že ránu je vhodné sprchovat vlažnou vodou, nepoužívat žádná parfémovaná mýdla či sprchové gely. Každý den, alespoň jednou denně operační ránu mazat a masírovat. Dále byla informována, aby se vyvarovala zvedání těžkých břemen nad 1kg.

Až bude jizva úplně zahojená, doporučila porodní asistentka pacientce, aby prováděla tlakovou masáž. Tím dochází k lepšímu prokrvení a snižuje se riziko podkožních srůstů. Sestra názorně pacientce ukázala, jak se tlaková masáž provádí. Provádí se, kroužkovými pohyby pomocí palcem se tlačí na jizvu, směrem od hrudníku dolů.

Výživa

Pacientka byla seznámena, že vhodné je jíst pravidelně 5x denně. Důležité je vyvarovat se nadýmavým jídlům, jako jsou luštěniny, kapusta nebo brokolice, dále potravinám, které způsobují zácpu či průjem. Naopak se doporučuje jíst hodně zeleniny a ovoce. Důležitý je dostatek tekutin, nedoporučují se limonády nebo minerální vody.

Pohybový režim

Důležitý je klidový režim. Vhodné jsou každodenní procházky. Pacientka byla seznámena, že nesmí posilovat břišní svalstvo. Při kašli si vždy přidržel jizvu, vstávat vždy přes bok. Po třech měsících od výkonu je možné začít s plaváním nebo s jinými sporty. Posilovací cviky jsou doporučeny až po půl roce od výkonu.

Spánek a odpočinek

Pravidelně odpočívat, nepřetěžovat se, při bolesti možnost využití jakýchkoliv dostupných analgetik.

Osobní život

Pohlavní styk se doporučuje po šesti týdnech od provedení výkonu. Do 14 dnů nutná kontrola u svého gynekologa.

PRŮBĚH CHEMOTERAPIE

Pacientka podstoupila chemoterapii dne 20. 5. 2017 ve Fakultní nemocnici v Motole

Tabulka 7 Terapie

TERAPIE Carboplatina AUC 6 + Paclitaxel
Chronická medikace Valsalcombi, Seropram
Premedikace Granisetron, Dexamed, Ortanol, Dithiaden

Dne 20. 5. 2017 navštěvuje pacientka první cyklus chemoterapie. Paní B. si stěžovala na sucho v ústech. Všeobecná sestra pacientce vysvětlila vše o nežádoucích účincích chemoterapie. Sucho v ústech a pocity na zvracení je jedna z příčin po podání chemoterapie. Sestra doporučila pacientce, aby dostatečně pila, alespoň 2,5 litru denně. Pacientka měla velký strach z léčby, byla plačtivá a úzkostlivá. Na chemoterapii ženu vždy doprovázel manžel, ve kterém měla velkou oporu.

Na druhý cyklus se dostavila po měsíci. Pacientce začaly vypadávat vlasy, byla velmi unavená a měla nauzeu. Lékař pacientku informoval o poukazech od zdravotní pojišťovny, která přispívá na paruky. Pacientka tuto možnost využila a k tomu si přikoupila i šátek na hlavu. Žena byla informována, aby používala měkké kartáče, nebarvila si vlasy a nepoužívala fén na vlasy.

Lékař pacientku informoval o tom, že tyto nežádoucí účinky jsou pouze dočasný jev, který po ukončení léčby odezní a vlasy i ochlupení znovu narostou.

Po pátém cyklu jsem se s pacientkou setkala a vedla rozhovor. Ze začátku chemoterapie zvracela a byla unavená. Udávala, že spí 12 hodin denně, což u ní bylo neobvyklé. Omezovalo jí neustálé zvracení, které ji vysilovalo, chuť k jídlu neměla.

Žena se mi svěřila také s tím, že chtěla po druhém cyklu chemoterapii ukončit. Měla pocit, že léčbu nezvládá a padala do silných depresí. Velkou oporou ženě byla rodina i přátelé, kteří jí napomohli, aby léčbu dokončila. Po čtvrtém cyklu pociťovala úlevu, ale stále byla hodně unavená, nosila paruku, mezi lidmi moc nechodila.

Pacientku jsem navštívila, až po ukončení léčby. Působila na mě lepším dojmem, než když jsem ji viděla naposledy. Udávala velkou úlevu, že léčbu má za sebou a věřila v uzdravení. Pociťovala chuť k jídlu, nebyla tolik unavená, chodila na denní procházky a působila velmi klidně.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA DLE TŘINÁCTI DOMÉN TAXONOMIE II NANDA I ze dne 23. 4. 2017

Z ošetřovatelských diagnóz dle třinácti domén taxonomie II NANDA I jsme společně s pacientkou po dobu hospitalizace stanovili takové ošetřovatelské diagnózy, které jsme zvolili za nejzávažnější.

1. Vnímání zdraví

Paní B. měla pocit tlaku v podbřišku, vyhledala urologa, který pacientku poslal na gynekologické vyšetření.

Pacientka chodí pravidelně na preventivní prohlídky. Každý půlrok k stomatologovi, na gynekologii každý rok, k praktikovi při zdravotnických obtížích.

Ošetřovatelský problém: nenalezen

2. Výživa a metabolismus

Pacientka žádnou dietu nedrží. Má ráda českou kuchyni. Jelikož pracuje jako družinářka na základní škole, v týdnu se stravuje ve školní jídelně. Snaží se jíst hodně zeleniny a ovoce. Denně vypije kolem 2 litrů tekutin, nejčastěji pije vodu nebo čaj a o víkendu si ráda dá 2 dcl bílého vína. Paní B. je nekuřačka. Hmotnost 94 kg, výška 183 cm.

Ze strachu v den hospitalizace pociťovala nechutenství a nevolnost. Pitný režim dostatečný.

Ošetřovatelský problém: nevyvážená strava

3. Vylučování a výměna

Žádný problém neudává. Na zácpu ani průjmy netrpěla. Na stolici chodí pravidelně 1–2x denně, močí přiměřeně k vypitému množství vody, moč je čirá, bez příměsí.

Při příjmu udala stolici v den hospitalizace.

Ošetřovatelský problém: nenalezen

4. Aktivita a odpočinek

Paní B. bydlí s rodinou na vesnici v rodinném domě, ráda se v létě stará o zahrádku, ráda chodí na procházky se psem a tráví čas venku s rodinou. Každý rok v létě jezdí na dovolenou do zahraničí, nejčastěji volí destinaci Chorvatsko. Ve volné chvíli tráví čas čtením knih. Nejraději tráví čas s dcerou a manželem. Zaměstnaná je jako družinářka na základní škole, ráda tráví čas s dětmi.

Pacientka je seznámena s pohybovým režimem po operaci.

Ošetřovatelský problém: nenalezen

5. Percepce/ kognice

Problémy se sluchem nemá, brýle nosí pouze na čtení, paměť má dobrou. Pacientka je dobře informována o svém zdravotním stavu.

Ošetřovatelský problém: nenalezen

6. Sebepercepce

Od té doby, co se dozvěděla o své diagnóze, nerozdává tolik energie a úsměvů jako před diagnózou. Působí ustaraně a sklesle, ale přesto tvrdí, že myslí pozitivně a věří ve své uzdravení. Žije pro rodinu, která pacientce také dodává sílu a optimismus.

Při příjmu pacientka působí nervózně a ustaraně.

Ošetřovatelský problém: nenalezen

7. Vztahy mezi rolemi

Pacientka má milujícího manžela a jedenáctiletou dceru, která je pro paní B. vším. Miluje svojí práci, a jelikož je zaměstnána jako družinářka ve škole, tráví veškerý čas s dětmi, což ji naplňuje – děti paní B. mají velice rádi.

Ošetřovatelský problém: nenalezen

8. Sexualita

Žádné problémy neudává. Má už 30 let stálého manžela, se kterým je nad míru spokojená, podporuje ženu v každé situaci. Menarche od 11 let v pravidelném cyklu. Porody dva bez komplikací. Gynekologicky se dosud neléčila.

Ošetřovatelský problém: nenalezen

9. Zvládání tolerance zátěže

Přes životní tragédii, kdy rodině zemřeli oba synové, se na svět snaží koukat optimisticky. Velkou oporou jí je manžel a adoptovaná holčička, kterou mají od narození. Paní B. na toto téma nechce moc konverzovat, takže na více otázek jsem se neptala. Diagnózu ještě nestačila zpracovat, ale momentálně prochází velkým stresovým obdobím. Na pacientce bylo vidět, že má velký strach z pooperační léčby, ale i jak se dokáže s diagnózou „poprat“.

Při nezvládání stresových situací pacientka bere antidepressiva (Seropram), který má předepsaný od doby úmrtí synů.

Ošetřovatelský problém: Strach

10. Životní principy

Pro paní B. je na prvním místě rodina a zdraví, proto veškerý čas tráví s rodinou. Jejím cílem je, aby z dcery vyrost slušný člověk, pro to dělá své maximum. Je věřící, do kostela chodí pouze na mši o Štědrém večeru. Život bere takový, jaký je, a se vším špatným, co jí do života přijde, se snaží vypořádat, jak nejlépe umí.

Ošetřovatelský problém: nenalezen

11. Bezpečnost / ochrana

Pacientka neudává žádné alergie. Druhý den hospitalizace byla zavedena kanyla do HPK, o které byla informována. Po operaci pacientce zavedli PMK, Redonův drén a drén z operační rány.

Ošetrovatelský problém: riziko infekce z důvodu zavedení PŽK i PMK a narušení integrity tkáně z důvodu operační rány.

12. Komfort

Pacientka na příjmu neudává žádné bolesti. Po operaci si stěžovala na bolest 8/10 dle numerické škály bolesti. Při bolestech byl naordinovaný Paracetamol 1 g 100 ml a Novalgin 2 ml i. v. poté p. o. Pacientka byla informována o tlumicích možnostech.

Ošetrovatelský problém: akutní bolest

13. Růst a vývoj

Výška 183 cm, hmotnost 94 kg, za poslední dobu nijak nezhubla, ani nepřibrala, váhu si pořád drží stejnou.

Ošetrovatelský problém: nenalezen

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT ZE DNE 22. 4. 2017

Během hospitalizace má porodní asistentka za úkol vybrat správné ošetrovatelské diagnózy, seřadit je podle priorit, stanovit si cíle a zároveň vyhodnotit, zda byly splněné.

AKUTNÍ BOLEST

NARUŠENÁ INTEGRITA TKÁNĚ

RIZIKO INFEKCE

STRACH

NEVYVÁŽENÁ STRAVA

Název + kód: Akutní bolest (00132)

Doména: 12. Komfort

Třída: 1. Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození či popsání pomocí termínů pro takové poškození 46 (Mezinárodní asociace pro studium bolesti), náhlý nebo pomalý vzestup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

Určující znaky: Bolestný výraz v obličeji, vyhledávání úlevových poloh, pacientka nahlašuje bolest, dle numerické škály bolesti.

Související faktory: operace.

Cíl krátkodobý

- Pacientka bude mít každý den snesitelnější bolesti.
- Pacientka, bude umět zhodnotit bolest dle numerické škály.
- Pacientka udává úlevu od bolesti do jedné hodiny.

Cíl dlouhodobý

- Pacientka nebude mít silné bolesti po propuštění do domácí péče.

Intervence:

- Pravidelné sledování bolesti – porodní asistentka.
- Zhodnotit bolest udávanou pacientkou – porodní asistentka.
- Podávání analgetik dle ordinace lékaře – porodní asistentka.
- Pravidelné zapisování bolesti do zdravotnické dokumentace – porodní asistentka.
- Informovat pacientku o úlevových polohách – porodní asistentka.

Realizace:

1. pooperační den:

8:00 jsem u pacientky zjišťovala bolest dle numerické škály bolesti. Pacientka udávala bolest 8/10 v oblasti operační rány. Byla jí podána analgetika dle ordinace lékaře, Novalgin 2 ml do 100 ml fyziologického roztoku. Po hodině pacientka pociťuje úlevu, podle numerické škály udává bolest 5/10. Paní B. Při zhoršení stavu je pacientka informovaná o možnosti signalizace. Pacientka volila úlevovou polohu na zádech s mírně pokrčenými dolními končetinami.

Každý den od operace se bolest zmírňovala.

Zhodnocení:

Pacientka udává úlevu po podání analgetik dle numerické škály bolesti 5/10. Po odchodu do domácí péče je žena téměř bez bolesti. Cíle byly splněny.

Název + kód: Riziko infekce (00004)

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 1. Infekce

Definice: Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory: Invazivní postupy.

Související znaky: Změny metabolismu, zhoršená mobilita, chirurgický zákrok.

Cíl:

- Pacientka neprodělala po dobu hospitalizace lokální ani celkové známky infekce.

Intervence:

- Pravidelné sledování invazivních vstupu a operační rány – porodní asistentka.
- Každý den převazovat sterilním krytí operační ránu, při prosáknutí obvazu převázat ihned – porodní asistentka.
- Při zavádění permanentních katétrů, převazů či krevních odběrů, vždy postupovat asepticky.
- Pravidelné sledování fyziologických funkcí, dle ordinace lékaře – porodní asistentka.
- Sledování odvádění moče z PMK – porodní asistentka.
- Vše zaznamenávat do zdravotnické dokumentace – porodní asistentka.

Realizace:

1. pooperační den.

Lékař si při vizitě chtěl zkontrolovat operační ránu, rána byla klidná, mírně zarudlá, bez přítomnosti krve či otoku. Rána byla asepticky ošetřena. Zapsala jsem do dokumentace množství tekutiny v drénech. Kanyla byla plně funkční bez známek

infekce. PMK odvádí čistou moč. Veškeré informace byly zapsány do zdravotnické dokumentace.

Zhodnocení:

Bez známek začínajícího zánětu. Cíle byly splněny.

Název + kód: Narušená integrita tkáně (00044)

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 2. Tělesné poškození

Definice: Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů

Určující znaky: Poškozená tkáň (operace)

Související znaky: Změny metabolismu, zhoršená mobilita, chirurgický zákrok

Cíl krátkodobý:

- Pacientce neprosakuje sterilní krytí krví.
- Pacientka dodržuje hygienickou péči.

Cíl dlouhodobý:

- Pacientce se operační rána zhojí per primam do 14 dnů.

Intervence:

- Pravidelné kontrolování operační rány – porodní asistentka.
- Zaznamenávání do zdravotnické dokumentace stav rány.
- Poučení o operační ráně porodní asistentkou.

Realizace:

1. pooperační den

Při vizitě si lékař chce prohlédnout operační ránu, rána je klidná, mírně zarudlá, bez přítomnosti krve či otoků. Rána je asepticky ošetřena a sterilně přelepena. Pacientku jsme poučili, že není dobré ránu moc namáčet kvůli tomu, aby se neodlepovalo sterilní krytí. Dále je seznámena, aby na ránu nepoužívala mýdlo.

8. den hospitalizace

Po celou dobu hospitalizace byla rána klidná, bez přítomnosti krve či otoků, obvaz neprosakoval. Pacientka byla pokaždé informována, jak se o ránu starat. Při propuštění, bylo doporučeno, aby si mazala jizvu sádlem.

Zhodnocení:

Rána byla klidná po celou dobu hospitalizace. Cíle splněny.

Název + kód: Strach (00148)

Doména: 9. Zvládnání/tolerance zátěže

Třída: 2. Reakce na zvládnání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky: Pociťuje strach, pociťuje paniku, pociťuje obavy.

Cíl krátkodobý:

- Pacientka bude pociťovat zmírnění strachu.
- Pacientka bude dostatečně informovaná lékařem a porodní asistentkou.
- Pacientka bude mít dostatečnou komunikaci od porodní asistentky.

Cíl dlouhodobý:

- Pacientka bude pečlivě informovaná o nastávající léčbě po odchodu do domácí péče.

Intervence:

- Pacientka je dostatečně informována o svém zdravotním stavu.
- Pacientka má prostor na dotazy k lékaři či porodní asistenci.
- Porodní asistentka se snaží o získání důvěry.
- Porodní asistentka sleduje po celou dobu hospitalizace psychický stav ženy.
- Umožnit rodinné návštěvy.
- Porodní asistentka umí komunikovat s pacientkou.

Realizace:

2. den hospitalizace:

Pacientka je od probuzení plačtivá, udávala, že má velký strach z operace a celkové léčby. Teprve před operací pacientce docházela závažnost diagnózy. Snažila

jsem se paní B. ujistit, že operace dopadne dobře, a konverzovat na jiné téma, aby na výkon myslela co nejméně.

Před výkonem se u pacientky zastavil lékař, který pacientce vysvětlil průběh operace a zodpověděl všechny její dotazy.

Po zbytek hospitalizace se paní B. cítila každým dnem lépe. Během dne jsem sledovala psychický stav ženy, při volné chvíli jsem si k pacientce chodila popovídat. Často si četla oblíbenou knihu, v odpoledních hodinách přicházela rodina, která pacientce vždy zlepšila náladu.

8. den hospitalizace:

Pacientka odchází do domácí péče, je plně informována, jak bude probíhat průběh chemoterapie a také o svém zdravotním stavu.

Zhodnocení:

Pacientce byly zodpovězeny všechny její dotazy. Vždy byla ráda, že mě viděla a mohla si se mnou popovídat. Po dobu hospitalizace se cítila každým dnem líp. Cíle byly splněny.

Název + kód: Nevyvážená strava: méně, než je potřeba organismu (00002)

Doména: 2. Výživa

Třída: 1. Příjem potravy

Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu.

Určující znaky: Nezájem o jídlo, odpor k jídlu, příjem potravy je menší, než je doporučená denní dávka.

Související faktory: Neschopnost přijmout potravu, nedostatečný přísun potravy.

Cíl krátkodobý:

- Pacientka má dostatečný příjem potravy.

Cíl dlouhodobý:

- Pacientka bude při odchodu do domácí péče pociťovat chuť k jídlu.

Intervence:

- Porodní asistentka dostatečně informuje pacientku o dietním opatření po operaci.
- Porodní asistentka kontroluje příjem tekutin.
- Porodní asistentka zlepšuje psychický stav ženy.

Realizace:**2. den hospitalizace**

. Žena je informována o dietě, která nastane po operaci. Po výkonu měla pacientka dietu č.0 (čaj), dvě hodiny po operaci byla informována, že může čaj popíjet po douškách. Další den se číslo diety nezměnilo.

8. den hospitalizace

Pacientka odchází do domácí péče, stravování se upravilo od 6. dne, kdy se přešlo na racionální stravu. Paní B. při odchodu domů začala pociťovat chuť k jídlu.

Zhodnocení:

Po dobu hospitalizace trpěla žena nechutenstvím k jídlu, od šestého dne se stravování zlepšilo. Cíle byly splněny.

ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacientka byla hospitalizována dne 19. 4. 2017 do FN v Praze Motole, kam byla objednaná na operační výkon pro karcinom ovaria.

Pacientka byla důkladně informována o svém zdravotním stavu od svého gynekologa i od zdravotnického personálu ve FN v Motole. Pod vedením lékařů a porodních asistentek byla poskytnuta potřebná ošetrovatelská péče u pacientky po celou dobu hospitalizace.

Během hospitalizace se zjistilo pět ošetrovatelských problémů (akutní bolest, narušená integrita tkáně, riziko infekce, nevyvážená strava, strach). Akutní bolest jsme potlačovali podáním analgetik a vyhledávání úlevových poloh. Pacientka byla informována sestrou, jak se starat o operační ránu, narušená integrita tkáně byla vyřešena. PA pravidelně kontrolovala stav permanentního žilního katétru či permanentního močového katétru, po celou dobu hospitalizace se nevyskytla žádná

infekce. V průběhu hospitalizace se u pacientky vyvážila chuť k jídlu, tudíž nevyvážená strava taktéž vyřešena. Paní B. měla při příjmu i po celou dobu hospitalizace strach z operačního výkonu a průběžné léčby, strach jsme zmírnili dobrou komunikací či dostatečnou informovaností o zdravotnickém stavu.

Pacientka byla velice spokojená se zdravotnickým personálem a s ošetrovatelskou péčí, kterou jsme u pacientky vykonávali po celou dobu hospitalizace.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Tato práce by mohla informovat laickou veřejnost nebo studenty zdravotnických škol o problematice nádorového onemocnění vaječníku a o potřebné ošetrovatelské péči u daného onemocnění.

Bohužel se domníváme, že právě o nádorovém onemocnění vaječníku jsou ženy málo informované a neuvědomují si, o jak závažnou diagnózu se jedná. Proto jsme na závažnost tohoto onemocnění chtěli upozornit.

O karcinomu ovaria nebyly publikovány žádné čtenější publikace jako například o karcinomu děložního hrdla, proto je nezbytné, aby porodní asistentka byla dostatečně znalá problematiky tohoto onemocnění a nabádala ženy k pravidelným kontrolám u svého obvodního gynekologa.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali karcinomem ovaria z pohledu porodní asistentky.

V teoretické části jsme zdůraznili problematiku karcinomu ovaria. Poukázali jsme na příznaky, příčiny, diagnostiku a léčbu nádorového onemocnění vaječnicku. V praktické části jsme sepsali kazuistiku se ženou, která nádorové onemocnění vaječnicku prodělala. Pacientka byla hospitalizována a došlo k radikálnímu operačnímu řešení.

Operační výkon dopadl dobře, poté žena musela podstoupit 6 cyklů chemoterapie. I přes to, že si pacientka po léčbě na nic nestěžuje, musí pravidelně podstupovat preventivní prohlídky u svého lékaře.

Hlavním důvodem, proč jsme si karcinom ovaria vybrali, bylo, že i přes pokroky v medicíně je nádorové onemocnění vaječnicku stále provázáno častou mortalitou. Největší důvod k pozdní diagnostice jsou nespecifické příznaky, proto je velmi důležitá prevence u gynekologa.

Z literatury vyplývá, že nádorové onemocnění se šíří narůstajícím věkem. Bohužel pro nádorové onemocnění vaječnicku neexistuje žádné screeningové vyšetření, proto může dojít k výskytu a růstu jednoho z nejčastějších nádorů u žen.

V teoretické části jsme si stanovili cíle popsat problematiku karcinomu ovaria a stanovit role porodní asistentky. Dalším cílem bylo popsat, přehledný soubor o problematice karcinomu ovaria z pohledu PA.

V praktické části jsou informace, které jsem získala na odborné praxi. Je vytvořena kazuistika se ženou, která prodělala nádorové onemocnění vaječnicku. Naším cílem bylo vypracovat kompletní kazuistiku a rozebrat ošetrovatelskou péči u ženy s karcinomem ovaria z pohledu porodní asistentky. Všechny cíle, které jsme si stanovili, byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAM, Z., M. KREJČÍ, J. VORLÍČEK a kol., 2011. *Obecná onkologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-715-5.

ADAM, Z., M. KREJČÍ, J. VORLÍČEK a kol., 2012. *Speciální onkologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-918-3.

BERKEY, B., 2009. Ovarian cancer: therapeutic options and nursing management strategies. *Journal Article*. ISSN 1935-1623.

BÜCHLER, T., 2017. *Speciální onkologie*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-539-2.

CIBULA, D., L. PETRUŽELKA a kol., 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2665-6.

DOLEŽAL, A., 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.

FISCHEROVÁ, D., 2014. Doporučený diagnostický postup u ženy s ovariální cystou nebo nádorem. *Česká gynekologie*. **79**(6), s. 477-486. ISSN 1210-7832; 1805-4455. Dostupné z <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/doporučený-diagnostický-postup-u-ženy-s-ovariální-cystou-nebo-nádorem-50899>.

FÍNEK, J., 2017. Onemocnění. *Linkos.cz* [online]. Plzeň [cit. 2018-01-15]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/gynekologicke-nadory-c51-54-c56-57/nadory-vajecniku-a-vejcovodu/>.

CHOVANEC, J., 2011. Cílená – biologická léčba karcinomu ovaria. *Praktická gynekologie*. **15**(3-4), s. 158–161. ISSN 1211-6645.

CHOVANEC, J., 2012. Karcinom ovaria. *Zdraví.euro.cz* [online]. Brno: Masarykův onkologický ústav. Oddělení gynekologické onkologie [cit. 2018-01-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/karcinom-ovaria-467520>.

KOLAŘÍK, D., M. HALAŠKA, J. FEYEREISL, 2011. *Repetitorium gynekologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, s.r.o. ISBN 978-80-7345-267-4.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2015. Radikální fertilitu zachovávající operační výkony u gynekologických malignit – pětiletý soubor. *Česká gynekologie*. **80**(5), s. 339-344. ISSN 1210-7832; 1805-4455. Dostupné z <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie->

clanek/radikalni-fertilitu-zachovavajici-operacni-vykony-u-gynekologickych-malignit-petilety-soubor-56525.

KOMPLEXNÍ ONKOLOGICKÉ CENTRUM, 2018. Karcinom vaječnicků. *Koc.cz* [online]. Praha: Onkologická klinika VFN a 1. LF UK [cit. 2018-01-15]. Dostupné z: <http://www.koc.cz/pro-verejnost/lecebne-postupy/karcinom-vajecniku/>.

KRŠKA, Z., D. HOSKOVEC, L. PETRUŽELKA a kol., 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4284-7.

PILKA, R., a kol., 2017. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-530-9.

ROB, L., A. MARTAN, K. CITTERBART a kol., 2012. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-501-7.

ROZTOČIL, A. a kol., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.

MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV, 2018. Nádory vaječnicků a vejcovodů. *MOU.cz* [online]. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2018 [cit. 2018-01-15]. Dostupné z: <https://www.mou.cz/nadory-vajecniku-a-vejcovodu/t3083>.

NANDA INTERNATIONAL, 2015. Ošetřovatelské diagnózy: Definice & klasifikace 2015–2017. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0214-3.

STACK, M. SHARON, David A. FISHMAN, 2009. *Ovariancancer*. 2nd ed., New York: Springer. ISBN 978-0-387-98093-5.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2011. *Praktický slovník medicíny*. 10., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-262-9.

VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ a kol., 2012. *Klinická onkologie pro sester*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.

VRUBLOVÁ, Y., 2013. *Komunitní ošetřovatelská péče v gynekologii*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-303-3.

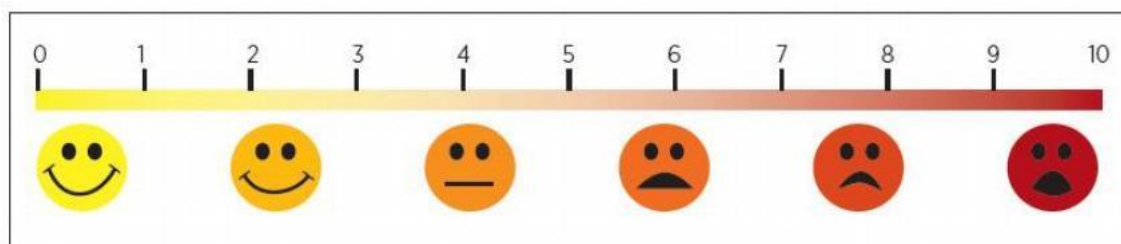
ZÁVESKÝ, L., E. JANDÁKOVÁ, R. TURÝNA, 2015. Rizikové a protektivní faktory ukarcinomu ovaria. *Praktická gynekologie: moderní časopis pro gynekologya porodníky*. **19**(3), s. 166-171. ISSN 1211-6645; 1801-8750.

ŽALOUDÍK, J., 2008. *Vyhněte se rakovině, aneb prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2307-5.

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA A – Numerická škála bolesti.....	II
PŘÍLOHA B –Brožura	III
PŘÍLOHA C – Čestné prohlášení	V

Příloha A Numerická škála bolesti



Zdroj: (zdravi.euro.cz, 2012).

Příloha B – Brožura



Zdroje:

ADAM, Z., M. KREJČÍ a J. VORLÍČEK, 2011. Obecná onkologie. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-715-5.

SLEZÁKOVÁ, L., 2017. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví 2nd ed., Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0214-3.

VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H.VORLÍČKOVÁ, 2012. Klinická onkologie pro sestry 2nd ed., Praha: Grada.Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.

<http://www.gesund-schwanger.de/schwangerschaft/>

<http://www.citena-lecba.cz/novinky/nova-biologika-pomohou-zenam-se-zakernymi-nadory-vajecniku-592>

Vytvořeno jako součást bakalářské práce

Karcinom ovaria z pohledu porodní asistentky

Barbora Petráčková
obor Porodní asistentka

Vysoká škola zdravotnická o.p.s.

Duškova 7, Praha 5

155 00





V dnešním pohledu na ovariální karcinom dominuje především pohled imunogenetický, který ukazuje, že se jedná o nemoc heterogenní se složitou etiopatogenezi.

Vaječníky (ovaria)

Ovaria jsou párové pohlavní žlázy ženy, přibližně o velikosti švestky. Jsou zavěšeny v dutině břišní za pravou a levou ledvinu. Zde se tvoří dva důležité ženské hormony - estrogen a progesteron

Karcinom ovaria

Ovariální karcinom je celosvětově pátým nejčastějším nádorovým onemocněním u žen.

Jaké jsou rizikové a ochranné faktory?

- hormonální antikoncepce, kojení, snižují výskyt
- naopak riziko se zvyšuje u žen, které nerodily
- Nejvíce jsou ohroženy ženy s mutací genu BRCA-1 a BRCA-2, které spolupůsobí také u karcinomu prsu

Jaké jsou příznaky u nádorového onemocnění vaječníku?

- dlouhou dobu bez příznaku
- mírná nevolnost, pocity na zvracení
- zažívací poruchy, nevykonnost, únava
- otok břicha, zácpa či průjem

Jaká diagnostika se využívá u nádorového onemocnění vaječníku?

- krevní testy, stanovení hladiny onkomarkeru ca 125
- gynekologický vyšetření, UZ
- Zobrazovací vyšetření: CT břicha a pánve, RTG hrudníku

Karcinom ovaria

Jak se nádorové onemocnění vaječníku léčí?

- chirurgická léčba: cílem je odstranění nádoru a odebrání vzorku na histologické vyšetření
- chemoterapie: při chemoterapii jsou podávány léky cytostatika. Celkem se podává 6-8 serií chemoterapie
- radioterapie: slouží k ozáření zhoubného nádoru. Dochází k usmrcení, ale i k poškození okolních tkání.
- hormonální léčba: Používá se jako podpůrná léčba s cílem zlepšit výkonnost pacientky, zvýšení tělesné váhy, zlepšení chuti k jídlu a celkového stavu
- imunoterapie: Princip tzv. biologické léčby - uplatňuje se nejčastěji látka bevacizumab, preparát Avastin

Prevence

- Základem prevence u karcinomu jsou aktivní pohyb, zdravá strava, strava bohatá na zeleninu
- antikoncepce po dobu třetí let snižuje riziko karcinomu vaječníku. Částečnou ochranou může být i těhotenství před 20. až 35. rokem či kojení po dobu alespoň jednoho roku
- Nejdůležitější prevence je pravidelné roční kontroly u gynekologa s vyšetřením ultrazvukovou vaginální sondou

Příloha C – Čestné prohlášení

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Využití akupunktury z pohledu porodní asistentky v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5. se souhlasem sledované pacientky

V Praze dne:

.....

Barbora Petráčková