

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S KARCINOMEM PRSU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DANIELA VOLENCOVÁ

Praha 2018

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S KARCINOMEM PRSU**

Bakalářská práce

DANIELA VOLENCOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc.

Praha 2018



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

VOLENCOVÁ Daniela
3BVS

Schválení tématu bakalářské práce

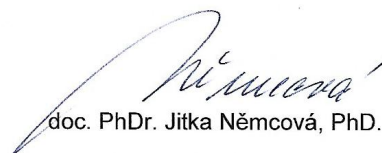
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem prsu

Nursing Care of the Patient with Breast Cancer

Vedoucí bakalářské práce: doc.MUDr. Ladislav Horák, DrSc.

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto svou bakalářskou práci vypracovala sama a řádně jsem citovala všechnu dohledanou, dostupnou literaturu. Také prohlašuji, že práce nebyla použita k získání žádného jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych touto cestou poděkovat vedoucímu práce doc. MUDr. Ladislavu Horákovi, DrSc. za jeho cenné rady, připomínky a trpělivost, které jsem velmi ocenila při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji svému příteli a synovi za vstřícnost a pochopení.

ABSTRAKT

VOLENCOVÁ, Daniela. *Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem prsu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc. Praha. 2018. 55 s.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Jejím cílem bylo vytvoření ošetrovatelského procesu u muže s karcinomem prsu. V teoretické části je popsána anatomie mužského prsu, charakteristika, klinické projevy, diagnostika a léčba s jejími možnými nežádoucími účinky. Praktická část popisuje formou kazuistiky, konkrétní případ pacienta po ablaci prsu s exenterací uzlin v podpaží nastupujícího do VFN k adjuvantní chemoterapii. Tato část popisuje ošetrovatelský proces podle modelu Marjory Gordon. Jsou zde stanoveny aktuální a potencionální diagnózy dle NANDA I Taxonomie II. 2015–2017. Součástí procesu bylo prostudování dokumentace, odebrání anamnézy a dle priorit byl vypracován ošetrovatelský plán s realizací a jeho hodnocením.

Klíčová slova

Karcinom prsu. Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem prsu. BRCA mutace. Onkologie.

ABSTRACT

Volencová, Daniela. *Nursing care of the patient with breast cancer*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Ladislav Horák, DrSc. Praha. 2018. Prague. 2014. 55 pages.

The bachelor thesis is divided into the theoretical and practical part. Her goal was to create a nursing process for a man with breast cancer. The theoretical part describes anatomy of male breast, characteristics, clinical manifestations, diagnosis and treatment with its possible side effects. The practical part describes in the case of casuistry, a specific case of a patient after breast ablation with extensions of the glands in the armpit that enters the General Hospital for Adjuvant Chemotherapy. This section describes the nursing process based on the Marjory Gordon model. Here are the current and potential diagnoses according to NANDA I Taxonomy II. 2015-2017. Part of the process was the study of the documentation, the removal of the anamnesis and, according to the priorities, a nursing plan with its implementation and evaluation.

Keywords

Breast cancer. Nursing care for a patient with breast cancer. BRCA mutations. Oncology.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ

ÚVOD.....	16
1 KARCINOM PRSU.....	18
1.1 KARCINOM PRSU U MUŽŮ.....	18
1.2 INCIDENCE A MORTALITA.....	19
1.3 ANATOMIE A FYZIOLOGIE PRSU.....	21
1.4 PATOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE KARCINOMU PRSU.....	22
1.4.1 BENIGNÍ NÁDORY PRSU.....	22
1.4.2 PREKANCERÓZA.....	23
1.4.3 MALIGNÍ NÁDORY PRSU.....	24
1.4.4 MALIGNÍ INVAZIVNÍ NÁDORY.....	24
1.4.5 MALIGNÍ NÁDORY IN SITU.....	25
1.5 PŘÍČINY VZNIKU KARCINOMU PRSU A RIZIKOVÉ FAKTORY...	26
1.5.1 FAKTORY ŽIVOTNÍHO STYLU.....	26
1.5.2 FAKTORY OSOBNÍ ANAMNÉZY.....	27
1.5.3 HORMONÁLNÍ VLIVY.....	28
1.5.4 GENETICKÉ FAKTORY.....	28
1.5.5 OSTATNÍ VLIVY.....	29
1.6 KLINICKÉ PROJEVY.....	29
1.7 DIAGNOSTIKA.....	30
1.7.1 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	31
1.7.2 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ.....	31
1.7.3 CIRKULUJÍCÍ NODOROVÉ BUŇKY (CTC).....	32
1.7.4 ZOBRAZOVACÍ METODY.....	32
1.7.5 DOPLŇUJÍCÍ VYŠETŘENÍ.....	33
1.7.6 DUKTOGRAFIE.....	33
1.7.7 BIOPSIE.....	33
1.7.8 KLASIFIKACE NÁDORŮ TNM.....	34
1.8 LÉČBA KARCINOMU PRSU.....	35

1.8.1	CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	36
1.8.2	RADIOTERAPIE	36
1.8.3	SYSTÉMOVÁ LÉČBA	37
1.9	VEDLEJŠÍ ÚČINKY LÉČBY	39
1.9.1	VEDLEJŠÍ ÚČINKY CHIRURGICKÉHO ZÁKROKU	39
1.9.2	VEDLEJŠÍ ÚČINKY RADIOTERAPIE	40
1.9.3	VEDLEJŠÍ ÚČINKY CHEMOTERAPIE	41
1.9.4	NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY HORMONÁLNÍ LÉČBY.....	44
1.9.5	NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY BIOLOGICKÉ LÉČBY	44
2	PREVENCE	45
3	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KARCINOMEM PRSU ..	46
3.1	ANAMNÉZA	48
3.2	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ PROVEDENÁ SESTROU.....	50
3.3	OŠETŘOVATELSKÝ MODEL ZDRAVÍ PODLE MARJORY GORDON ZE DNE 14.4.2017	51
3.3.1	PODPORA ZDRAVÍ.....	51
3.3.2	VÝŽIVA	52
3.3.3	VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA.....	52
3.3.4	AKTIVITA / ODPOČINEK	53
3.3.5	PERCEPCE/KOGNICE	53
3.3.6	SEBEPERCEPCE	54
3.3.7	VZTAHY MEZI ROLEMI.....	54
3.3.8	SEXUALITA.....	55
3.3.9	ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE	55
3.3.10	ŽIVOTNÍ PRINCIPY	56
3.3.11	BEZPEČNOST/OCHRANA	56
3.3.12	KOMFORT	57
3.3.13	RŮST/VÝVOJ.....	57
3.4	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	58
3.5	SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 14.4.2017, 1. CYKLUS FEC CHEMOTERAPIE.....	60
3.6	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ PODLE NANDA I TAXONOMIE II, JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT	61
3.7	CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	66

4 DOPORUČENÍ V PRAXI	67
ZÁVĚR	69
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	70
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AC	Režim chemoterapie
ALP	Alkalycká fosfatáza
ALT	Alaninaminotrasferáza
AC	Režim chemoterapie
ALP	Alkalycká fosfatáza
ALT	Alaninaminotrasferáza
AST	Aspartátaminotrasferáza
BMI	Index tělesné hmotnosti
BRCA	British Radio Car Association
Ca	Calcium (vápník)
Cl	Chlorum (chloridy)
CNS	Centrální nervový systém
CT	Počítačová tomografie
D	Dech
DCIS	Duktální karcinom in situ
EKG	Elektrokardiografie
ECHO	Echokardiografie
FEC	Režim chemoterapie
FF	Fyziologické funkce
HER2	Receptor lidského epidermálního růstu
K	Kalium
LCIS	Lobulární karcinom in situ
MBC	Male breast cancer
Mm	Milimetr
MR	Magnetická rezonance
Na	Natrium (sodík)
PŽK	Permanentní žilní katetr
RHB	Rehabilitace
RTG	Rentgenové vyšetření
TK	Krevní tlak
TNM	Klasifikace zhoubných novotvarů
TT	Tělesná teplota

Tzn..... To znamená

Tzv..... Tak zvaný

US Ultrasonografie

UZ..... Ultrazvuk

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adjuvantní terapie - zajišťovací léčba po chirurgickém výkonu

Alopecie - ztráta vlasů

Apoptóza - zánik buňky

Aromatáza - enzym účastnící se syntézy ženských pohlavních hormonů z mužského pohlavního hormonu testosteronu

Axila - podpažní jamka

Anamnéza - rozbor

Anemie - úbytek červených krvinek

Benigní - nezhoubný

Bilaterální - oboustranný

Biopsie - mikroskopické vyšetření tkáně získané punkcí, excizí či jiným způsobem

Brachyterapie - technika radioterapie, při níž je zdroj radioaktivního záření v úzkém kontaktu s ozařovaným ložiskem

Duktální karcinom - karcinom vycházející z výstelky vývodů, mlékovodů

Edém - otok Enzymoterapie – léčebné užití enzymů

Estrogen - ženský pohlavní hormon

Exenterace - operační odstranění

Gynekomastie - zvětšení prsních žláz u mužů

Chemoterapie - léčba chorob chemickými látkami, léky

Incidence - četnost Intravenózní – způsob aplikace do krevního oběhu

Invazivní - pronikající

Karcinom - zhoubný nádor vycházející z výstelky – epitelu, zde buď vývodů, nebo lalůček

Karcinogen - látka vyvolávající zhoubné bujení

Kurativní - léčebný

Leukocyt - bílá krvinka Lymfatický – týkající se lymfy mízy

Lobulární karcinom - druhý nejčastější karcinom prsu, vychází z lalůček prsní žlázy

Leukopenie - snížení počtu leukocytů v krvi

Lymfedém - otok edém způsobený poruchou odtoku lymfy

Maligní - zhoubný

Marker - znak, který je typický pro určitý stav, chorobu, určité buňky apod., ukazatel

Metastáza - dceřiné filiální ložisko, obvykle zhoubného nádoru nebo infekce.

Mikrometastáza - metastáza, která není patrna pouhým okem při rentgenovém vyšetření, při operaci

Mortalita - úmrtnost

Neinvazivní - nepronikající, neprorůstající do organismu

Neoadjuvantní chemoterapie - terapie cytostatiky před chirurgickým zákrokem

Nekróza - charakterizován koagulací odumřelých tkání

Predispozice - vrozená nebo získaná náchylnost

Prognóza - předpověď průběhu a zakončení nemoci

Paliativní léčba - se poskytuje pacientovi, který trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu

Radioterapie - léčba ozařováním

Recidiva - návrat nemoci, která již byla vyléčena nebo u které již vymizely příznaky

Scintigrafie - radioizotopové vyšetření, při němž se hodnotí rozložení podaného radioizotopu ve vyšetřovaném orgánu

Screening - použití diagnostických testů a metod k vyhledání rizikových nemocných osob v populaci, či zdánlivě zdravých osob

Selfmonitoring - vlastní sledování, monitorování prováděné pacientem

Teleterapie - zevní radioterapie

Trombocyt - krevní destička

Tumor - nádor

(VOKURKA a kol., 2015)

SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Obrázek1 Anatomie mužského prsu.....	22
Obrázek2 Patologie mužského prsu.....	30
Graf1 Časový vývoj hrubé incidence.....	20
Graf2 Časový vývoj hrubé mortality.....	20
Graf3 Časový vývoj indexu mortalita/incidence.....	21

ÚVOD

„Rakovina“ je v současné době pohromou lidstva a strašákem dnešní doby, slýcháme o ní ze všech stran. Už jen představa nádorového onemocnění vyvolává v nás všech strach a paniku. Hlavní obavou je strach ze smrti a bolesti, kterou většina pacientů zažívá v průběhu léčby.

Pracuji na onkologické ambulanci 3. rokem a každý den se setkávám s lidmi, kteří balancují na hranici života a smrti, zároveň mají můj velký obdiv. Slýchávám mnoho životních příběhů a jsem svědkem častého psychického a fyzického vyčerpání těchto pacientů.

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma karcinomu prsu. Každým dnem přibývá žen, jež onemocní touto zákeřnou chorobou, ale nejsou samy, toto onemocnění postihuje i muže, o čemž se mluví jen velmi málo. Informovanost mužské populace i široké veřejnosti o nádorovém onemocnění prsu je velmi nízká. Proto si myslím, že téma karcinomu prsu u mužů je neméně důležité a je třeba o něm mluvit. Ze všech dostupných médií slýcháme, jak onemocnění postihuje ženy, na mužskou část populace je zapomínáno. Přičemž i pro muže může být onemocnění smrtelné.

Cílem bakalářské práce je rozšíření znalostí v teoretické i praktické oblasti týkající se zmíněného onemocnění u mužů. Práce by mohla být zdrojem informací pro studenty zdravotnických škol, muže, jež postihlo nádorové onemocnění prsu, ale i výstrahou pro mnoho zdravých mužů se zájmem o zmíněné téma.

Práce obsahuje praktickou i teoretickou část. V teoretické části je popsán karcinom prsu, jeho obecná anatomie, patologie, příznaky a příčiny, diagnostika, léčba i její nežádoucí účinky, prevence, psychologický přístup k onkologickým pacientům.

Praktická část popisuje ošetrovatelský proces u BRCA pozitivního pacienta s karcinomem prsu a metastázami do lymfatických uzlin. Zdravotní stav je hodnocen dle modelu Marjory Gordon, kdy na základě získaných informací jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I Taxonomie II. 2015-2017. S určením diagnóz je popsán ošetrovatelský proces, jeho realizace a zároveň ošetrovatelská péče.

Bakalářská práce je tvořena dvěma částmi, teoretickou a praktickou, její závěr obsahuje zhodnocení ošetrovatelské péče.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: předložit dohledané poznatky o karcinomu prsu u mužů, jeho léčbě, rizikových faktorech, vedlejších účincích léčby.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: vytvoření kazuistiky u BRCA pozitivního muže po ablaci prsu a exenteraci uzlin v axile

Cíl 2: vytvořit přehled nežádoucích účinků chemoterapie pomocí NANDA I Taxonomie

Cíl 3: vytvořit přehled péče o pacienta s karcinomem prsu

Před započítáním bakalářské práce byla prostudována **vstupní související literatura:**

1. ABRAHÁMOVÁ, J. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada, 2009. Doktor radí. ISBN 978-80-247-3063-9.
2. STRNAD, P. *Nemoci prsu v každodenní praxi*. Praha: Maxdorf, 2014. Jessenius. ISBN 978-80-7345-390-9.
3. VORLÍČEK, J. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.
4. NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. 3. vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

Popis rešeršní strategie

Pro tvorbu této bakalářské práce byly upřednostněny a vyhledány odborné články i knihy k tématu ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem prsu v prosinci 2017 v Národní lékařské knihovně v Praze (NLK). Rešerše byla provedena a zadána v období 2007-2017. Byla zadána klíčová slova, díky nimž bylo nalezeno 37 zdrojů. Klíčovými slovy byla tato: karcinom prsu u žen i mužů, BRCA1,2.

1 KARCINOM PRSU

Karcinom prsu patří v současné době k nejčastějším zhoubným nádorům, postihuje ženy i muže. Je mylně považován za výhradní onemocnění žen. O zhoubných nádorových onemocněních můžeme hovořit v současné době jako o civilizační chorobě.

Karcinom prsu však není onemocnění moderní doby, jde o onemocnění se starobytlou historií, které provází lidstvo od počátku dějin (ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009). Důkazy nacházíme v papyrech uložených do Britského muzea v Londýně, již z dob 3000 let před Kristem, kde je již první zmínka o tomto onemocnění. Chorobou se již zabýval Hippokrates či Galen.

Ve druhé polovině 20. století již nalézáme známky komplexní všestranné léčby. Je zde snaha o včasné rozpoznání choroby, o snížení úmrtnosti, zlepšení kvality života pacientů. V jednadvacátém století jsou přínosem screeningové programy a biologická léčba.

Nádor prsu je často považován za nejhorší onemocnění, které může postihnout ženu. Rakovina prsu je onemocnění, které vzbuzuje hluboké city a pocity jak u nemocných, tak u jejich okolí (ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009). Včasnou diagnózou karcinomu prsu lze dosáhnout nejen úspěšné léčby, ale i snížit procento úmrtí na toto velmi vážné onemocnění. Čím dříve je onemocnění odhaleno, tím je větší šance na úplné vyléčení.

1.1 KARCINOM PRSU U MUŽŮ

Karcinom prsu u mužů (MBC, odvozeno od male breast cancer) je vzácné minoritní onemocnění, jehož léčba je odvozena od terapie karcinomu prsu u žen. Karcinom prsu mužů si zaslouží zvýšenou pozornost, už jen pro malou informovanost široké veřejnosti, a hlavně mužů. Muže ani nenapadne, že by pro ně toto onemocnění mohlo představovat smrtelnou hrozbu. Výskyt je tak málo častý, že se na zhoubný nádor prsu nemyslí ani tehdy, když jeví jasné klinické příznaky. V mužské psychologii je tento nádor vnímán jako selhání mužství. Mnoho mužů nález tají, nevěnují mu pozornost, doufají v jeho zmizení. Je pro ně velmi těžko přijatelné, jít se vyšetřit do zařízení, které je určeno ženám. I přesto vše přicházejí se svými obtížemi včas a z tohoto rozhodnutí profitují.

1.2 INCIDENCE A MORTALITA

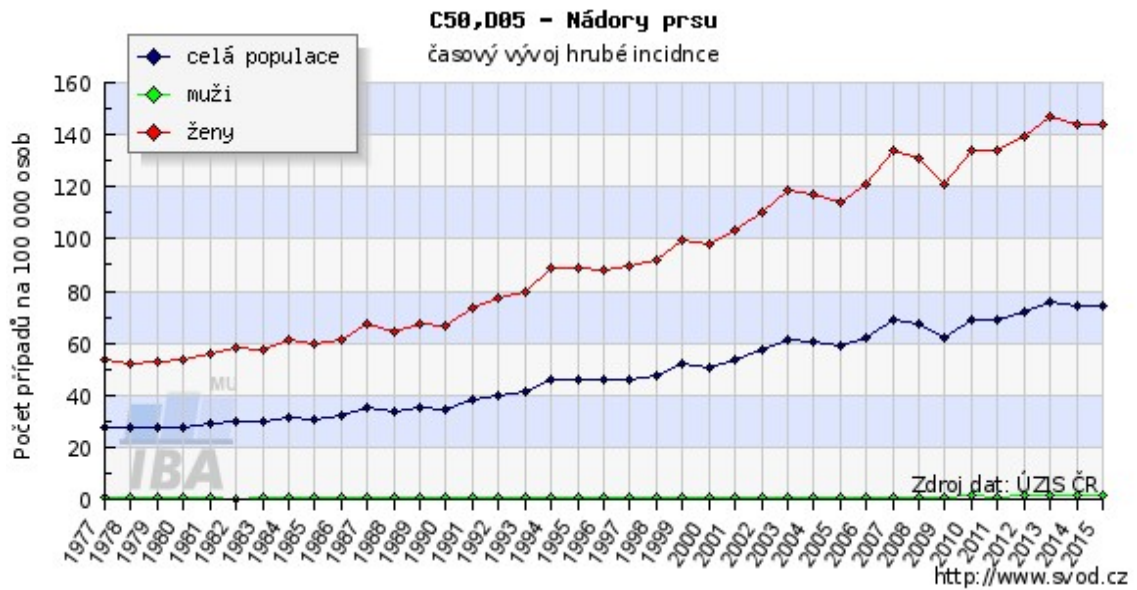
Nádorová onemocnění jsou závažným zdravotním problémem české populace, zvláště stále rostoucí počet nově diagnostikovaných pacientů. Vysoká incidence nádorů prsu je diagnostikována ve všech vyspělých zemích celého světa, zemích severní a západní Evropy a severní Ameriky.

Česká republika zaujímá ve srovnání s ostatními zeměmi světa 30. místo dle věkově standardizovaného přepočtu nově diagnostikovaných nádorů na 100 tisíc žen, ve srovnání s evropskými zeměmi pak 21. místo (ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009, s. 26).

Poměr výskytu onemocnění mezi ženami a muži je asi 100 : 1. Karcinom prsu mužů představuje méně než 1 % všech zhoubných tumorů, u žen je to 26 %. Nádory prsu u mužů zde představují spíše raritní skupinu nádorů s incidencí přibližně 44 nových pacientů ročně (0,88 na 100 tisíc mužů) a tvoří pouze 0,13 % zhoubných nádorů v mužské populaci (ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009). Dle nových statistik za rok 2009-2013 představuje nárůst v ČR 20 % nových onemocnění karcinomu prsu u mužů (1,1 na 100 tisíc mužů).

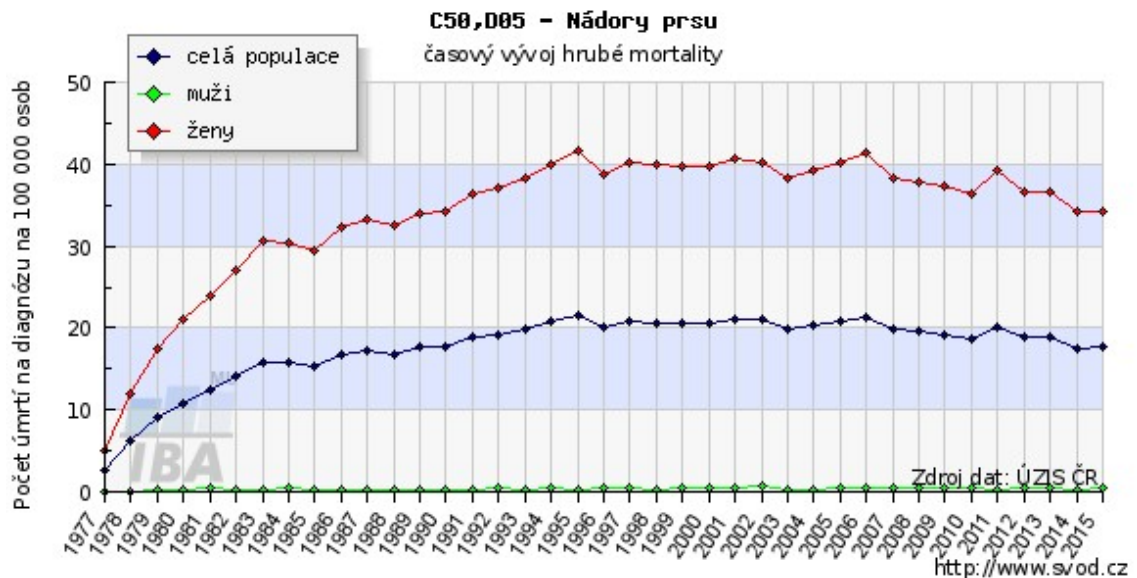
Co do mortality, za jeden rok zemře ve světě na karcinom prsu 480 mužů a 40 000 žen. Přežívání mužů i žen s touto diagnózou je ve Spojených státech amerických téměř stejné ve vztahu ke stadiu nemoci. V ČR dosahoval počet úmrtí v roce 2005 úrovně 0,5 na 100 tisíc mužů, v posledních záznamech z let 2009-2013 je zde pokles na 0,37 a celkově dochází od roku 2004 k poklesu mortality mužů s tímto onemocněním. Průměrný věk záchytu karcinomu prsu mužů je o 5-10 let vyšší než u žen s maximem kolem 70. roku věku. Studie Dr. Cardoso uvádí pouze 10% zastoupení mužů mladších 50 let.

Graf 1 Zobrazuje časový vývoj hrubé incidence (počet nových případů na 100000 osob) pro zvolenou diagnózu ve srovnání celé populace, populace mužů a populace žen.



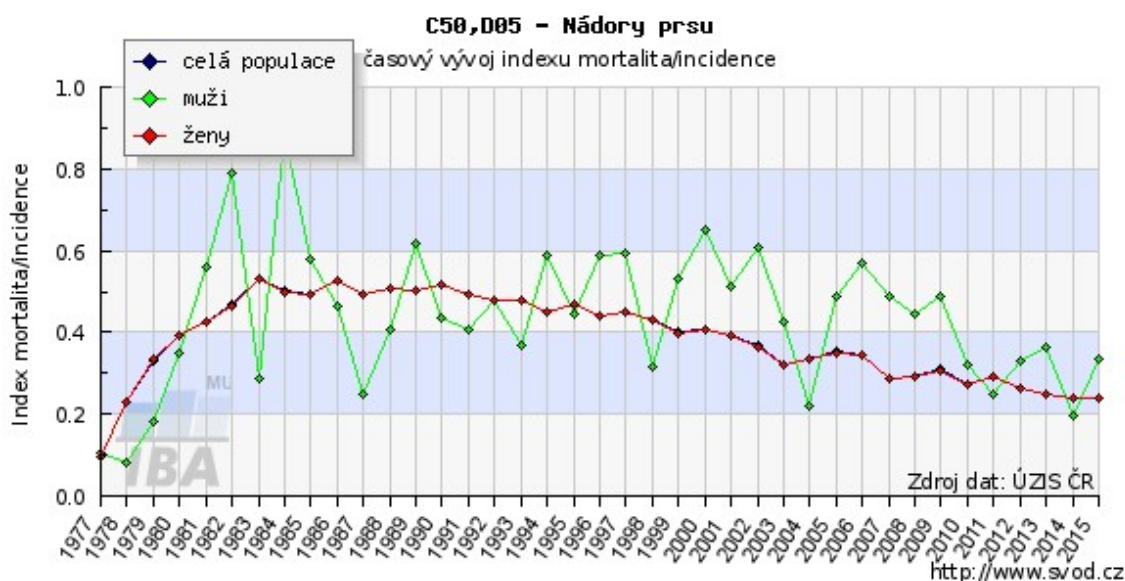
Zdroj: <http://www.svod.cz/prehled.php>

Graf 2 Zobrazuje časový vývoj hrubé mortality (počet zemřelých na diagnózu) pro zvolenou diagnózu ve srovnání celé populace, populace mužů a populace žen.



Zdroj: <http://www.svod.cz/prehled.php>

Graf 3 Zobrazuje časový vývoj indexu mortalita/incidence (poměr počtu zemřelých na diagnózu k počtu nových případů) pro zvolenou diagnózu ve srovnání celé populace, populace mužů a populace žen



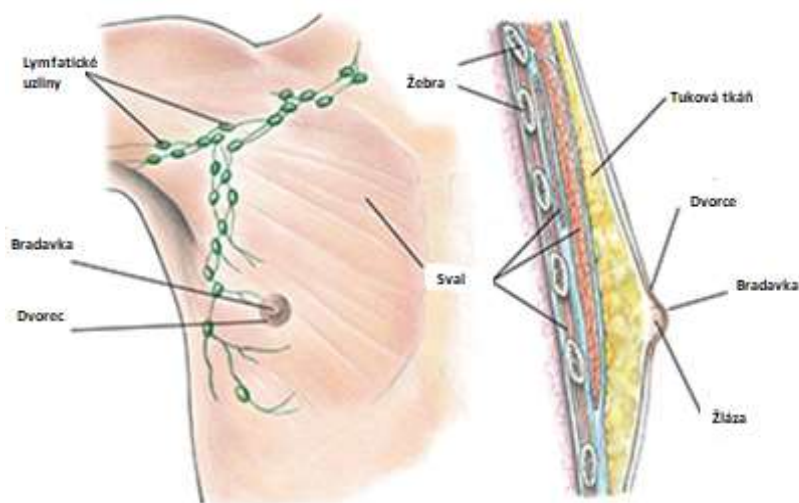
Zdroj: <http://www.svod.cz/prehled.php>

1.3 ANATOMIE A FYZIOLOGIE PRSU

Prs je párový orgán uložený mezi 3-6 mezižebřím v horizontální rovině od střední čáry podpaží. Kůže je zde jemná, na vrcholu prsu je pigmentovaný dvorec s vývody drobných mazových a potních žláz, v jeho středu se nachází bradavka. Dále je v prsu hladká svalovina, která reaguje na dotyky drážděním, smrštěním dvorce a zdvižením bradavky (MĚŠŤÁK, 2007). Prsa jsou tvořena mléčnou žlázou a tukovým polštářem.

Pro názornost můžeme prs rozdělit na čtyři kvadranty – horní zevní, dolní zevní, horní vnitřní, dolní vnitřní. Mléčná žláza má hojné cévní a krevní zásobení. Tok mízy mízními cévami je přerušen mízními uzlinami. Prvotním uzlinovým spádem prsu jsou uzliny podpažní, posléze mezižeberní, eventuálně nadklíčkové (ABRAHÁMOVÁ, J., a kol, 2009).

Hlavní rozdíl v histopatologickém nálezu u karcinomu prsu mezi muži a ženami je absence lobulů a acinů v mužské mamě, ačkoliv jejich tvorba může být indukována stimulací estrogenů, proto se u mužů zřídka vyskytuje lobulární karcinom, nejčastěji je diagnostikován infiltrující duktální karcinom.



Obrázek 1: Anatomie mužského prsu

Zdroj: http://www.patientresource.com/Breast_Cancer_Male.aspx

1.4 PATOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE KARCINOMU PRSU

1.4.1 BENIGNÍ NÁDORY PRSU

Nezhoubné neboli benigní nádory prsu bývají ohraničené, pomalu rostoucí, zvětšují svůj objem, přičemž utlačují okolní buňky a tkáň. Rostou v místě vzniku a nemají schopnost tvořit nové nádory v dalších orgánech, jež nazýváme metastázami, jejich odstranění nebývá složité. Způsobují zvětšení prsu, jeho bolestivost či otok. Někdy můžeme pozorovat výtok čiré nebo zakalené tekutiny z bradavky. Mezi benigní nádory prsu patří cysty, fibroadenomy a filoidní nádory.

Cysty

Bývají nejčastějším benigním útvarem prsu, charakteristické tekutým obsahem a elasticitou stěn. Na omak to bývají hladké, hmatné a pohyblivé bulky. Mohou být různých velikostí od několika milimetrů až po centimetry. Obvykle nevyžadují chirurgickou léčbu v případě, že nenarušují komfort pacienta (HLADÍKOVÁ a kol., 2009).

Fibroadenom

Častý benigní nádor, bílé barvy, tuhé elastické konzistence, makroskopicky je laločnatý, dobře ohraničený, nebolestivý. Nejčastěji ho nacházíme v horním zevním kvadrantu. Buněčnou a v obou složkách silněji proliferující variantou je tzv. juvenilní fibroadenom (COUFAL, O. a kol., 2011).

Filoidní nádor

Velikost tohoto nádoru může být rozmanitá, od několika milimetrů, až do velikosti celého prsu. Vychází z intralobulárního stromatu. Jsou nízce maligní, mohou i recidivovat, ale netvoří vzdálené metastázy. Makroskopicky jde o ostře ohraničené laločnaté nádory, zpravidla rychle vyrostlé a již dosti objemné (COUFAL, O. a kol., 2011).

1.4.2 PREKANCERÓZA

Prekancerózou rozumíme definici přednádorového stavu. Jsou to patologické změny tkáně, které nejde definovat jako nádorové bujení, ale které mohou za určitých podmínek ve zhoubné nádorové bujení přejít. Nálezy nebývají hmatné, většinou jsou diagnostikovány náhodně, při mamografickém nebo sonografickém vyšetření. Mezi prekancerózy karcinomu prsu patří hyperplazie a dysplazie mléčné žlázy. Dysplazie mléčné žlázy bývají hormonálně podmíněné morfologické změny a dělí se dle tkáně, kterou postihují na:

- epiteliální dysplazie
- fibrózní dysplazie
- fibroepiteliální dysplazie

1.4.3 MALIGNÍ NÁDORY PRSU

Maligním nádorem je rychle rostoucí nádor, množení jeho buněk se vymyká kontrole organismu. Nádorové buňky nejsou schopny apoptózy (buněčné smrti). Šíří se destruktivně, tlačí do okolních tkání a infiltrativně je ničí, čímž proniká i do dosud zdravých tkání. Buňky zhoubného nádoru se mohou oddělovat a putovat krví nebo mízou do ostatních orgánů těla, kde se dále mohou množit a tvořit tak vzdálené metastázy (PETRÁKOVÁ, a kol., 2010). Maligní nádorové buňky pronikající mizní cestou do lymfatických uzlin, v případě, že nejsou zničeny obrannými schopnostmi organismu, se zde usadí a vytvářejí dceřinná ložiska, a to lymfatické metastázy.

Zhoubný karcinom prsu začíná nahromaděním nádorových buněk v prsu. Život nemocného neohrožuje primární nádor, ale metastázy, které svým růstem mohou vyřadit některý ze životně důležitých orgánů z jeho činnosti, jsou to játra, mozek či plíce.

1.4.4 MALIGNÍ INVAZIVNÍ NÁDORY

Duktální karcinom

Nejčastější karcinom prsu, vzniká v buňkách mléčné žlázy. Metastazuje do plic, jater, kostí a mozku. Pohmatově je tvrdý a tuhý jako kámen. Většinou bývá nepravidelně hvězdovitý či paprskovitě formovaný, ohraničený. V některých případech bývá i jako kruhová nebo oválná forma s naznačenými okraji. Je to nejčastější typ nádoru s nejhorsí prognózou.

Lobulární karcinom

Druhý nejčastější nádor prsu. Vychází z buněk mléčných lalůčků, přednostně metastazuje do meningeálních prostor CNS, retroperitonea, gastrointestinálního traktu, ovarii a dělohy. Jedná se o nejčastěji přehlédnutý typ karcinomu a jeho nalezení je obtížnější než u duktálního karcinomu, protože tvoří méně tuhá a ohraničená ložiska (TRNKOVÁ, 2011).

Medulární karcinom

Nádor rostoucí expanzivně, často bývá dobře ohraničen. Je vzácnější variantou karcinomu prsu. Jeho prognóza je sporná, histologicky je jeho obraz agresivní.

Mucinózní karcinom

Jeho prognóza je příznivá. Má spíše měkkou konzistenci, je tvořen hlenovými hmotami. Nádor bývá oválný, dobře ohraničený od okolní tkáně a jeho růst je pomalý (TRNKOVÁ, 2011).

Tubulární karcinom

Karcinom hvězdicového tvaru, tuhý, velmi dobře diferencovaný. Objevuje se u všech věkových skupin pacientů a má lepší prognózu.

Pagetův karcinom

Podtyp duktálního karcinomu, jenž napadá zejména prsní bradavku. Mluvíme o něm jako o vzácném nádoru. Je s ním spojen nehojící se ekzém s erozí, kterou kryje krusta, někdy mívá krvácející spodinu se zarudnutím, pálením, otokem, svěděním mamily. Diagnostikování bývá opožděné a možné pouze biopsií. Progreduje pomalu.

Inflamatorní karcinom

Zánětlivý karcinom, který se řadí k nej malignějším typům nádoru. Je charakterizován difuzní červenohnědavou indurací kůže prsou s erysipeloidními okraji, většinou bez hmatné rezistence pod kůží (COUFAL, O. a kol., 2011). Rychle se šíří a metastazuje do vzdálených orgánů. Prognóza je zde velmi špatná.

1.4.5 MALIGNÍ NÁDORY IN SITU

DCIS – duktální karcinom in situ

Dle mammografického vyšetření je charakterizován mikrokalcifikacemi různého uspořádání dle závažnosti léze. Duktální karcinom in situ je maligní intraduktální proliferace, která zatím plně neprojevila maligní fenotyp, to znamená invazi a tvorbu metastáz (STRNAD, P., 2014). Může se projevit výtokem z bradavky nebo alterací

bradavky v souvislosti s Pagetovým nádorem. Léčí se operativně celou řadou zákroků, od exstirpace až po mastektomii s radioterapií.

LCIS – lobulární karcinom in situ

Dle mammografického vyšetření je velmi špatně detekovatelný, vyjma případů s centrální nekrózou a mikrokalcifikacemi. Klinicky bývá často němý. V případě čistého nálezu LCIS v biopsii je všeobecně doporučována pečlivá dispenzarizace pacientek (PAVLIŠTA, D., 2008). Při zjištění BRCA1,2 mutace je doporučena bilaterální profylaktická mastektomie.

1.5 PŘÍČINY VZNIKU KARCINOMU PRSU A RIZIKOVÉ FAKTORY

Rizikovými faktory pro vznik karcinomu prsu myslíme některé údaje ze života pacienta, jež by mohly zvyšovat pravděpodobnost rozvoje onemocnění během života. Studie rizikových faktorů pro karcinom prsu je významná. Dodnes není známá přesná příčina vzniku nádorových onemocnění prsu, víme ale, že příčinou těchto onemocnění není náhodný úraz, ani přenosná choroba.

Studium rizikových faktorů a pochopení jejich vztahu k vývoji nádorového onemocnění tedy rozšiřuje naše možnosti prevence a snižování úmrtnosti na rakovinu prsu (ABRAHÁMOVÁ, 2009, s. 34).

Existuje množství takzvaných rizikových faktorů, podílejících se na vzniku těchto onemocnění.

1.5.1 FAKTORY ŽIVOTNÍHO STYLU

Alkohol

Aktuální epidemiologické studie prokázaly nepříznivý vliv zvýšené konzumace alkoholu na riziko vzniku karcinomu prsu (ABRAHÁMOVÁ, 2009, s. 37). Konzumace jedné typické dávky piva, vína nebo lihoviny (přibližně 10g etanolu) zvyšuje relativní riziko nádoru prsu na hodnotu 1,4, zatímco 3 dávky k dvojnásobnému riziku.

Stravovací návyky

Množství a složení konzumované potravy tvoří komplexní faktor, který má přímý vztah k riziku vzniku karcinomu prsu. Snižování rizika vzniku tohoto onemocnění, je spojeno s vyšším příjmem stravy bohaté na vlákninu, ovoce a zeleninu (ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009).

Energetická bilance, obezita

Nadměrné množství přijímaných potravin způsobuje obezitu, která zkracuje život různými chorobami, mezi něž patří i častější výskyt nádoru prsu. Při BMI vyšším než 24 se přímo úměrně zvyšuje incidence karcinomu prsu.

Pohybová aktivita

Fyzická aktivita vede ke snížení hmotnosti, proto jedním z vysvětlení příznivého vlivu cvičení na výskyt nádoru je redukce hmotnosti. Přiměřená fyzická zátěž stimuluje aktivitu imunitního systému. Za zvýšenou fyzickou aktivitu, která již má potenciál snížit riziko vzniku nádorového onemocnění, je považováno 30-60 minut denně.

Kouření

Přímý vliv kouření na vznik karcinomu prsu nebyl prokázán, je třeba zdůraznit, že kouření celkově škodí zdraví a zvyšuje riziko mnoha jiných zhoubných nádorů a srdečních onemocnění (ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009).

1.5.2 FAKTORY OSOBNÍ ANAMNÉZY

Věk

Je velmi rizikovým faktorem vzniku onemocnění. Maligním nádorem prsu muži onemocní obvykle až ve středním nebo vyšším věku. Data NOR v letech 2003-2012 ukazují, že ačkoliv výskyt C50 u mužů je nejvyšší mezi 55. - 80. rokem věku, stále se objevují případy mužů v mladším věku, dokonce i věku mezi 20 a 30 lety.

1.5.3 HORMONÁLNÍ VLIVY

Mezi další faktory, které potvrdil americký Národní onkologický institut v měsíci květnu roku 2015, patří zvýšená hladina estrogenu u mužů. Byla sledována hladina estrogenu u celkem 101 mužů v USA, Velké Británii, Norsku, Švédsku, Kanadě, u nichž byl časem diagnostikován karcinom prsu. U mnohých mužů souvisela hladina hormonu s nadváhou, tukové buňky v organismu hladinu estrogenu zvyšují. Je to jeden z důvodů, proč by si měli muži udržet zdravou tělesnou hmotnost.

1.5.4 GENETICKÉ FAKTORY

Genetická predispozice se rovněž podílí na vzniku karcinomu prsu. Nejčastěji jsou pozorovány mutace v oblasti genu BRCA 1 nebo BRCA 2. BRCA 1 je situován na dlouhém raménku 17. chromozomu, BRCA 2 nacházíme na dlouhém raménku 13. chromozomu. Je známo, že pacienti, kteří zdělili chybu v genu BRCA-1 nebo BRCA-2, mají vyšší riziko onemocnění nádorem prsu (ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009). Asi 20 % mužů s karcinomem prsu má minimálně jednu příbuznou prvního stupně s nádorem prsu a riziko tohoto onemocnění stoupá s počtem nemocných příbuzných.

Velmi zřídka se vyskytuje mutace genu BRCA 3, která je lokalizována na 8. chromozomu a odpovídá za další procento genetických karcinomů prsu (STRNAD, P., 2014).

BRCA mutace může být germinální a tedy vrozená nebo somatická, získaná během života. U somatické mutace samozřejmě odpadá riziko dědičných dispozic na další potomky.

1.5.4.1 Indikace ke genetickému testování mutací genu BRCA 1,2

O indikaci ke genetickému vyšetření rozhoduje pracoviště klinické genetiky na podkladě podrobné genealogie.

Testují se jednak osoby nemocné bez pozitivní rodinné anamnézy, osoby s pozitivní rodinnou anamnézou i zdraví jedinci, rodinní příslušníci pozitivně

testovaných osob, muži i ženy od 18 let věku. Pacienti, u nichž byla genetickým vyšetřením prokázána tato mutace, jsou sledováni ve specializovaných onkologických centrech a měli by každoročně docházet na kontroly doporučené lékařem, onkologem.

1.5.5 OSTATNÍ VLIVY

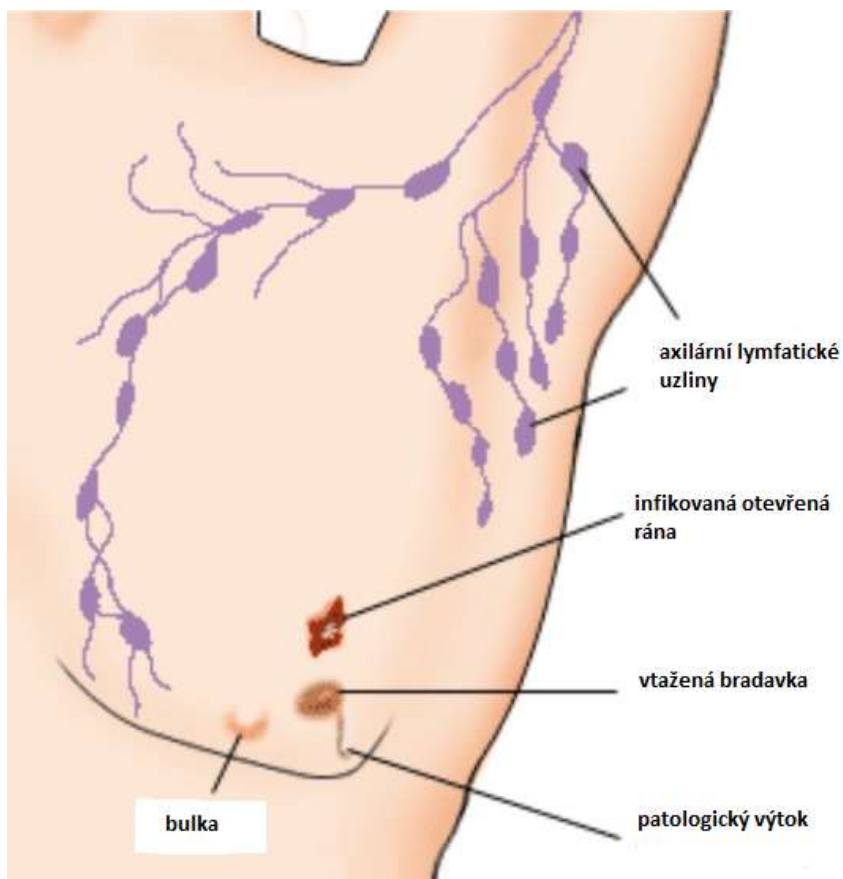
Psychika

Stále se mluví o vlivu psychiky a stresu na vznik karcinomu obecně. Studie analyzující osobnostní charakteristiku stresu ve vztahu k vzniku nádorového onemocnění, jsou většinou zběžné a neumožňují objektivní posouzení stavu pacienta před vývojem onemocnění (ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009).

1.6 KLINICKÉ PROJEVY

Vzhledem k narůstající úrovni karcinomu prsu u mužů je typicky diagnostikován v pozdějším stadiu, většinou jako lokálně pokročilé onemocnění. Nejčastějším klinickým příznakem bývá bolestivost, pokud se podaří nádoru prorůst do povrchu svalů hrudníku, mohou být změny na kůži, retrakce kůže nad tumorem, fixace kůže, ale i ulcerace. Diagnostika nádoru prsu u mužů se převážně opírá o pohmatovou asymetrii. Jinak řečeno, je na jedné straně pod bradavkou malý měkký okrsek zdravé žlázy, na postižené straně potom pod bradavkou tuhý útvar, který je obvykle fixován ke kůži bradavky, což může vypadat jako by byl s bradavkou srostlý. Na druhé straně při nevýznamném zduření žlázy nebo větším zduření žlázy podmíněném hormonálně je ložisko měkké a nespojené s kůží. Častým příznakem bývá vpáčení bradavky, v důsledku prorůstání nádoru do jejího podkoží. V mužském prsu nenajdeme nijak velkou bouli, podle statistik měří víc než polovina všech nádorů u mužů méně než čtyři centimetry. Hlavní příčinou pozdního nálezu bývá chybné smýšlení lékařů i samotných mužů, kteří nevěnují změnám na prsu dostatečnou pozornost.

Anamnéza a klinické vyšetření zůstávají prvním a nezbytným lékařským úkonem u podezření na mamární karcinom (COUFAL, O. a kol., 2011).



Obrázek2: Patologie mužského prsu

Zdroj: <http://www.mynetpharma.com/men-can-check-their-breast-cancer>

1.7 DIAGNOSTIKA

Primární prevence u nádorového onemocnění prsu není dost dobře možná, proto je neméně důležitá i prevence sekundární, jež má za cíl, včasný záchyt a detekci karcinomu. Včasné stanovení diagnózy a odhalení onemocnění v nižším stadiu snižuje mortalitu a zvyšuje šanci na vyléčení.

Prvním vyšetřením, které pacient podstoupí by mělo být klinické vyšetření. Skládá se z fyzikálního vyšetření, rodinné a osobní anamnézy. *Anamnéza a klinické vyšetření zůstávají prvním a nezbytným lékařským úkonem u podezření na mamární karcinom* (COUFAL, 2011, s. 91).

1.7.1 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Jde o vyšetření prováděné pohledem a pohmatem, je třeba nezapomínat vyšetřit i spádové uzliny v axile a oblast nadklíčku.

Pohledem

Vyšetření je závislé na pozici paží, posuzuje se tvar, symetrie, kožní změny a vzhled bradavek. Vyšetřujeme s pažemi v pozici podél těla, upaženými a vzpaženými

Pohmatem

Následné vyšetření, které je podobné samovyšetření prsu, provádí se ve stoje s rukama položenýma v bok. Krouživými pohyby a přiměřeným tlakem jsou prohmatány oba prsy, oblast axil i nadklíčků. V leže při upažení, či založení ruky za hlavu je prováděno vyšetření dolních kvadrantů a oblast podprsní rýhy.

Metastázy, které jsou vzdálené, je možno málokdy vyšetřit klinicky i když význam palpačního vyšetření není třeba podceňovat ani zde (COUFAL, O. a kol., 2011).

1.7.2 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Krevní obraz a diferenciál

Biochemické vyšetření – urea, kreatinin,

- jaterní testy (ALT, AST, ALP, GMT, bilirubin)

- ionty – Na, K, Cl, Ca

- zánětlivé parametry - CRP

Vyšetření moči a močového sedimentu

Vyšetření nádorových markerů – CEA, CA15-3 (COUFAL, O. a kol., 2011).

1.7.3 CIRKULUJÍCÍ NODOROVÉ BUŇKY (CTC)

CTC buňky se uvolňují z primárního nádoru či metastázy do krevního řečiště. Mluvíme tady o hematogenním rozsevu. Nádorové buňky se krví mohou šířit, usadit v jiných orgánech a způsobit vznik metastáz. Jsou standardně izolovány z periferní krve za pomoci různých metod. Odebírají se 3 zkumavky na krevní obraz. Díky standardizovanému fluorescenčnímu barvení lze provádět analýzu a určit počet CTC buněk nacházejících se ve vyšetřovaném objemu krve. Pokud je první odběr proveden před zahájením léčby, další v průběhu a na konci terapie, je možné definovat, zda má nemoc progresivní nebo regresivní trend. Klinické využití CTC vyšetření není zatím mezinárodními společnostmi podpořeno, ale metody se stále zdokonalují a v budoucnu by mohla mít tato metoda užití z hlediska onkologické léčby. Nedá se u této metody popřít, že odběr krve oproti biopsii je neinvazivní metodou a umožňuje opakované vyšetření v případě potřeby.

1.7.4 ZOBRAZOVACÍ METODY

1.7.4.1 Mamografie

Mamografie je nejstarší a nejdůležitější metodou v mamární diagnostice. Jedná se o metodu finančně únosnou a dostupnou. Má své místo v diagnostice karcinomu prsu i u mužů, lze téměř vždy zhotovit šikmé projekce. Výhodná je přehlednost obrazu a možné stranové srovnání.

Dokáže odhalit drobné mikrokalcifikace, které mohou být jedinou známkou DCIS. Poskytuje přehledný obraz celé žlázy s možností srovnání a v budoucnu především vyloučení další patologie v jiných částech prsu (COUFAL, O. a kol., 2011).

1.7.4.2 Ultrasonografie (USG)

Jedná se o druhou základní metodu v diagnostice prsou a doplňující metodu mamografie. Nejedná se o nijak bolestivé ani nepříjemné vyšetření, provádí se v leže na zádech. Jedná se též o metodu dobře dostupnou, ale výsledek je závislý na zkušenosti vyšetřujícího. Je také nejčastěji používanou navigační metodou pro punkční biopsie a předoperační lokalizací lézí, které nelze nahmatat. USG je vhodná zejména v diferenciálním diagnostikování solidních a cystických lézí.

Ultrasonografie axily je nedílnou součástí USG vyšetření prsu. *Pro vyšetření axilárních uzlin představuje metodu volby, na mammografických snímcích bývá totiž zachycena jen část dolní etáže axily* (COUFAL, 2011, s. 69).

1.7.4.3 Magnetická rezonance (MR)

Metoda s omezenými indikacemi a nutností kontrastní látky podané intravenózně. Nelze ji provádět u pacientů trpících klaustrofobií. Indikací k vyšetření může být hledání primárního nádoru v prsu při zjištění metastáz v axile nebo účinku neoadjuvantní chemoterapie, při plánování chirurgického výkonu, či doplnění mamografického a USG nálezu.

1.7.5 DOPLŇUJÍCÍ VYŠETŘENÍ

Dalšími vyšetřeními jsou Rtg snímek hrudníku, Echokardiografie, ultrasonografie břicha a scintigrafie skeletu, patří mezi základní vyšetření na začátku onemocnění v rámci stagingu. V případě potřeby vyloučit nebo potvrdit podezření na postižení některých orgánů, mohou být všechna zmíněná vyšetření nedostačující. Proto se provádí CT nebo (PET) pozitronová emisní tomografie (ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009).

1.7.6 DUKTOGRAFIE

Vyšetření sloužící k odhalení intraduktálních nádorů. Touto metodou lze odhalit papilomy a papilokarcinomy. Spočívá v Rtg snímkování za přítomnosti kontrastní látky, je indikována především při spontánní sekreci z bradavky.

1.7.7 BIOPSIE

Základním bioptickým přístupem je v současné době punkční biopsie. Tenkojehlová cytologie ustoupila před core-cut biopsií. Při ní se vějířovitě pod palpační, ultrazvukovou nebo mammografickou kontrolou odebírá několik válečků.

Core needle biopsie a mammotomie prakticky eliminovaly diagnostické exstirpace v celkové narkóze. Punkční vzorky je třeba po odběru vložit do fixačního roztoku, nesmějí zaschnout. Při nefixování vzorků roztokem, je třeba jejich doručení do 20 minut k patologovi. Histologické vyšetření patologem je základním a nutným vyšetřením. *Bez tohoto vyšetření a jasného potvrzení zhoubného nádoru není lékař oprávněn k další onkologické léčbě* (ABRAHÁMOVÁ, 2009, s. 65).

1.7.8 KLASIFIKACE NÁDORŮ TNM

Pro klasifikaci karcinomu prsu je využívána výhradně mezinárodní klasifikace TNM. *Rozsah onemocnění klasifikovaný pomocí TNM je nejsilnějším prognostickým faktorem a závisí na něm strategie léčby* (COUFAL, 2011, s. 99). Zkratka TNM znamená: tumor – nodus – metastasis. Systém slouží k posuzování primárního nádoru, postižení lymfatických uzlin, nebo vzdálených metastáz.

Rozsah onemocnění klasifikovaný pomocí TNM je nejsilnějším prognostickým faktorem a závisí na něm strategie léčby.

Stanovení klinického stagingu před léčbou v praxi obnáší minimálně:

T – posouzení primárního nádoru: klinické vyšetření + MG + USG

N – posouzení stavu regionálních uzlin: klinické vyšetření + USG

M – klinické vyšetření + RTG plic + USG jater + scintigrafie skeletu

(COUFAL, 2011, s. 99).

Klasifikace TNM:

T (tumor) – nádor je charakterizován třemi základními znaky, velikostí, postižením kůže a hloubkou uložených nádorových struktur, dále se vychází z předoperačních vyšetření a zobrazovacích metod.

N (nodul) – hodnotí se množství postižených lymfatických uzlin v axilární oblasti. Důležitý je zde počet uzlin, jejich velikost a fixace k okolním tkáním.

M (vzdálené metastázy) – jedná se o informace o možném šíření nádorových metastáz do vzdálených orgánů krevní cestou.

Klinická stadia onemocnění: jsou označována od 0 do IV

Stadium 0 – přítomnost neinvazivního nádoru

Stadium I – rané stadium invazivního karcinomu prsu, kdy tumor je menší než 2 cm, bez postižení lymfatických uzlin

Stadium II – dělíme na skupinu IIA a IIB

IIA – tumor o velikosti 2-5cm postižení lymfatických uzlin nebo nádor menší než 2cm, 1-3 lymfatických uzlin v podpaží

IIB – nádor velikosti 2-5 cm s postižením 1-3 lymfatických uzlin nebo nádor větší než 5cm bez postižení uzlin v podpaží

Stadium III – dělíme na 3 skupiny IIIA ,IIIB, IIIC

IIIA – nádor velký 2,5 cm s postižením lymfatických uzlin vzájemně fixovaných, nebo postižení uzlin v blízkosti hrudní kosti

IIIB – nádor jakkoliv velký, prorůstající do stěny hrudní, či kůže

IIIC – nádor jakkoliv velký s postižením 10 a více lymfatických uzlin v axile

Stadium IV – jde o onemocnění s prokázanými vzdálenými metastázami, nejčastěji jsou postiženy plíce, játra, kosterní aparát, mozková tkáň (Abrahámová J. a kol, 2009).

1.8 LÉČBA KARCINOMU PRSU

Karcinom prsu je systémovým onemocněním, vyžadujícím komplexní onkologickou léčbu. Už ve včasných fázích nemoci lze rozpoznat cirkulující volné nádorové buňky, nebo mikrometastázy v kostní dřeni. Bez zjištění vzdálených metastáz, mluvíme o lokalizovaném onemocnění. Pokud jsou zjištěny metastázy, označujeme onemocnění za pokročilé, metastatické.

Při lokalizovaném onemocnění je léčba kurativní s cílem vyléčit, kdy se jedná o nádory v klinických stádiích I-III. U metastatického onemocnění je léčba paliativní s cílem pozastavit, nebo omezit růst i šíření nádoru a prodloužit přežití (COUFAL, 2011).

V kurativní léčbě hraje důležitou roli chirurgický zákrok, doplňovaný ostatními metodami. V paliativní terapii je úloha chirurgie jen minoritní záležitostí. Metastatické onemocnění se považuje za nevléčitelné, ačkoli pacienti mohou přežívat řadu let (ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009).

1.8.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Nejobvyklejším prvotním léčebným zásahem je operační výkon. Může jím být radikální výkon – amputace prsu nebo částečný (konzervativní) výkon, kdy prs zůstane zachován (ABRAHÁMOVÁ, 2009, s. 78).

U mužů v časném stádiu karcinomu prsu se provádí modifikovaná radikální mastektomie. Při ní se odstraňuje kůže prsu včetně bradavky, dvorce a veškeré tkáň prsu, odstraňuje se malý prsní sval a axilární uzliny. Vysoký počet těchto výkonů je dán záchytem karcinomu v době, kdy již jsou postiženy i uzliny v podpaží. Prs šetřící operace u mužů jsou možné, ale jedná se spíše o přístup kontroverzní, jenž není zcela doporučován.

1.8.2 RADIOTERAPIE

Cílem ozáření je působit na patologickou tkáň dostatečným množstvím záření a způsobit v zacílené oblasti zničení, či smrt nádorových buněk. Zároveň je snaha nepoškodit zdravou tkáň, čehož nelze dosáhnout úplně. Při radioterapii se využívá ionizující záření, jeho účinek se při opakovaných dávkách sčítá. Záření dělíme na neoadjuvantní, adjuvantní, paliativní (COUFAL, O. a kol., 2011).

Neoadjuvantní záření – jedná se o záření předcházející chirurgickému zákroku nebo se využívá u inoperabilního nádoru, důvodem je zmenšení nádoru.

Adjuvantní záření – indikací jsou prs zachovné operace, ale provádí se i u mastektomií, kde byla infiltrována 1-3 lymfatické uzliny.

Paliativní záření – cílem není zničit nádorové buňky, ale tišit příznaky onemocnění. Paliativní léčba bývá užívána v poslední fázi života, kdy je třeba zajistit podmínky pro nejlepší kvalitu života pacienta.

Radioterapii dále rozdělujeme na zevní teleterapii, kdy je zářič v určité vzdálenosti od pacienta a vnitřní brachyterapii, kdy je zdroj záření veden přímo do nádoru.

1.8.3 SYSTÉMOVÁ LÉČBA

Zatímco léčba chirurgická a radiační jsou metodami léčby místní, léčba chemická, hormonální a biologická jsou metodami léčby celkové – systémové. *Léky se dostávají do krevního oběhu a jsou rozvedeny po celém těle pacienta a zasahují tak veškeré buňky* (ABRAHÁMOVÁ, 2009, s. 89).

Léčba karcinomu prsu u mužů je dána klinickými i patologickými vlastnostmi onemocnění. Subtypizace karcinomu je nutným vodítkem k dosažení lepších výsledků pomocí léčby i zamezení škodlivého působení léčby, pokud její indikace není správná. Terapie karcinomu prsu u mužů je odvozena od léčby karcinomu prsu u žen. Lokálně pokročilý, či inflamatorní karcinom vyžaduje neoadjuvantní chemoterapii.

1.8.4.1 Chemoterapie

Chemoterapie se dělí na neoadjuvantní, adjuvantní a paliativní. *Je to léčba chemickými látkami, cytostatiky s prokázaným protinádorovým účinkem* (ABRAHÁMOVÁ, 2009, s. 83).

Z historického pohledu se počátky cytostatik mohou počítat od 40. let 20. století. Tehdy bylo pozorováno u námořníků zasažených Yperitem a vystavených jeho záření ve 2. světové válce, výrazné zmenšení lymfoidních a myeloidních buněk, jehož si povšimli Gilman, Goodman a spol. Následně byly odvozeny různé deriváty Yperitu, tzv. dusíkaté yperity, některé z nich se používají dodnes. Roku 1959 byl schválen v USA cyklofosfamid a tato látka se dostala do praxe.

Základními cytostatiky v léčbě karcinomu prsu jsou antracykliny a taxany. Další cytostatika se využívají při nedostatečné odpovědi nádorových buněk a nemožném provedení chirurgického výkonu.

Adjuvantní léčba po operaci míří na subklinické formy onemocnění, tzn. cirkulující volné nádorové buňky či okultní mikrometastázy. Jejím cílem je snížit riziko návratu onemocnění ve vzdálených orgánech, ale i v lokálně-regionální oblasti (COUFAL, 2011, s. 117).

Adjuvantní terapie u mužů je odvozena od doporučené léčby žen. Z antracyklinů se používá epirubicin, doxorubicin a z taxánů docetaxel, paklitaxel.

1.8.4.2 Hormonální léčba

Hormonální léčba se řadí mezi nejstarší terapie léčby karcinomu prsu. Indikace k ní je založena na průkazných hormonálních receptorech, pokud ty nejsou v nádorové tkáni přítomny, hormonální léčba se nepodává, neboť by nepřinesla účinek (ABRAHÁMOVÁ, J. a kol, 2011).

Efekt hormonální léčby u mužů je podložen studiemi. Z dostupných preparátů je upřednostňován Tamoxifen před inhibitory aromatázy. Ve sledování bylo zjištěno více úmrtí mezi muži, kteří užívali inhibitory aromatázy ve srovnání s TMX. Léčba Tamoxifenem je preferovanější možností adjuvantní hormonoterapie. Délka užívání je 5 let u vysoce rizikových pacientů i déle. Odborníci doporučují u mužů s indikací inhibitorů aromatázy, konkomitantní kastraci. U mužů s kontraindikací TMX, nebo s progresí při jeho užívání, je i přes jejich neochotu doporučována bilaterální orchiektomie. Pokud nemá karcinom rychlou progresi a byla kladná odpověď na TMX, je velmi pravděpodobná vysoká efektivita další linie hormonální léčby.

1.8.4.3 Biologická léčba

Biologická léčba znamená podávání látek, které ovlivňují řetězce dějů určitých receptorů nezbytných pro přežívání, množení a růst buněk (ABRAHÁMOVÁ, 2009, s. 86).

Biologické léky jsou ve dvou formách, jednak protilátky proti receptorům na povrchu buněk a jednak jako malé molekuly, které se zaměřují proti nitrobuněčným komponentům řetězce nezbytných dějových drah. Podávají se nitrožilně, subkutánně, či ve formě tablet. Léčba jimi je velmi nákladná, ale u velké části pacientů je hrazena pojišťovnou. Biologické léky jsou podávány dlouhodobě rok i déle v kombinaci s cytostatiky, hormony, ale i samostatně. Používanými léky jsou Trastuzumab (Herceptin), Bevacizumab (Avastin), Lapatinib (Tyverb).

1.9 VEDLEJŠÍ ÚČINKY LÉČBY

Onemocnění karcinomem prsu je závažné a vyžaduje proto velmi účinnou léčbu, která je provázána vedlejšími účinky. Snášitelnost léčby je zcela individuální, je mnoho pacientů, kteří ji snášejí bez komplikací. Lékař onkolog má mnoho možností, jak poléčebné účinky zmírnit. Je velmi důležité, aby nemocní o svých problémech před léčbou, ale i při ní diskutovali s ošetřujícím personálem, aby lékař i personál včasné mohli pomoci.

1.9.1 VEDLEJŠÍ ÚČINKY CHIRURGICKÉHO ZÁKROKU

Pacienti po záchovných operacích prsu, většinou nemívají zvláštní obtíže. Amputační výkony s odstraněním lymfatických uzlin mohou způsobovat zásah do dynamiky horní končetiny. V co nejkratším časovém intervalu, ihned po zhojení, je třeba začít s cvičením, pro návrat k normální pohyblivosti ramenních kloubů, snížení a vymizení pocitu ztuhlosti jizvy (ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009).

Po radikální mastektomii bývá nebezpečí vývoje bolestivého postmastektomického syndromu. Účinně lze syndromu předcházet fyzikální rehabilitací, jemnými masážemi jizvy, cvičením paže, plaváním. K dalším velmi nepříjemným projevům patří lymfedém, omezující pohyb končetiny. Dochází ke změně velikosti a váhy končetiny, jenž má za následek bolesti zad, kloubů.

Rehabilitační režim zaměřený k prevenci otoků má začít hned po operaci a zahrnuje cvičení, aplikaci kompresních rukávů, manuální lymfodrenáže a celý program protiotokové fyzioterapie prováděný školeným fyzioterapeutem (COUFAL, 2011, s. 263).

U mužů dochází k postoperačním komplikacím jen velmi zřídka, lymfatický otok bývá velmi mírný a rychle vymizí.

1.9.2 VEDLEJŠÍ ÚČINKY RADIOTERAPIE

Léčba ozařováním je obecně pacienty dobře snášena, ale kdybychom si nepřipustili její možné vedlejší účinky, nebylo by to správné. Nežádoucí účinky dělíme na časné a pozdní (ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009).

Časné vedlejší účinky nastávají v průběhu radioterapie a odeznívají krátce po ní. Nejčastějším vedlejším účinkem radioterapie karcinomu prsu je zarudnutí kůže v místě ozařování. Pacienti snášející sluneční záření, často dobře tolerují i ozařování, ale nemusí být pravidlem. Místa kožních záhybů, řas pod prsy či v podpaží vykazují reakce nejčastěji.

Pozdní vedlejší účinky nastupují i několik měsíců po jejím skončení a jsou nevratné. Radioterapie působí pouze v místě, kde je aplikována a stejně je to i s vedlejšími účinky, k nimž dochází pouze v ozařovaných oblastech. Úplně běžným projevem je změna ve zbarvení kůže a ztuhnutí podkožních tkání (ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009). Jsou to změny v podkoží vazivové tkáně, kterým nelze po ozařování úplně zabránit, ale pacienty nijak neomezují a nejsou žádným rizikem. Při záření lymfatických uzlin v podpaží a nadklíčku se může vyskytnout lymfatický otok horní končetiny ve spojení se zhoršením její hybnosti. V dnešní době, kdy nejsou operativní zákroky tolik rozsáhlé a ozařování je přesnější než v dřívějších dobách, vidáme tyto komplikace stále méně. Poškození srdce nebo plic radioterapií je v současnosti téměř výjimečné.

1.9.2.1 Léčebná opatření při radioterapii

Před ozařováním je nutné udržovat kůži v suchu a čistotě, již několik dní před započítím radioterapie, je vhodné začít s hydratací pokožky jejím promazáváním. 3 hodiny po záření se doporučuje promazávání celé oblasti neparfemovanými mastmi a to 2-3 krát denně. Je nezbytné udržovat pokožku vláchnou, hydratovanou, aby nedocházelo k jejímu vysušování a ztrátě odolnosti probíhajícím zářením. Je nezbytné nosit volný nejlépe bavlněný oděv, zamezit mechanickému a fyzikálnímu dráždění – nepřichází do úvahy žádné koupání ve veřejných bazénech, saunování, vystavování slunečním paprskům. Pokud již dojde k prasknutí či mokvání kůže, je nezbytné ošetřovat postižené prostředky, které vysušují, dezinfikovat a krýt sterilní gázou, častěji sprchovat vlažnou vodou (VORLÍČEK, a kol., 2012).

1.9.3 VEDLEJŠÍ ÚČINKY CHEMOTERAPIE

Míra závažnosti nežádoucích účinků léčby se liší v závislosti na typu podaného cytostatika, na kombinaci cytostatik, na podané dávce léku (ABRAHÁMOVÁ, 2009, s. 100). Tolerance léčby při každém dalším cyklu společně s novou linií léčby klesá. Lékaři již v dnešní době mají značné možnosti zmírnit účinky cytostatik a mohou reagovat odpovídající léčbou na předpokládané vedlejší účinky. Cytostatika potlačují růst buněk a působí kromě buněk nádorových i na ty zdravé, především rychle se množící a rostoucí (kostní dřev, sliznice GIT, pohlavní buňky, vlasové folikuly). Nežádoucí účinky se dají rozdělit na bezprostřední, časné, oddálené, pozdní.

1.9.3.1 Bezprostřední nežádoucí účinky

Tyto účinky se dostavují v hodinách nebo dnech po aplikaci cytostatik, mají různé projevy:

Nevolnost a zvracení – jsou nejčastější komplikací po proběhlé chemoterapii, účinky je možno mírnit léky proti nevolnosti podávanými nitrožilně, v čípkách či tabletách.

Alergická reakce – dochází k ní při podávání cytostatik, pacient zčervená v obličeji, nebo se objeví červené skvrny po těle, svědění vyrážka, může být i dechová tíseň.

Reakce v místě vpichu – k této reakci může dojít při nitrožilní aplikaci cytostatika do periferní žíly, kdy je důležité správné napíchnutí kanyly. V případě této komplikace je možné zavedení intravenózního portu, což je pro pacienty komfortnější varianta při podávání chemoterapie.

Třesavka, zimnice, horečka – k těmto vedlejším nežádoucím účinkům také dochází, podávají se antipyretika. *Reakce je dána podstatou chemického složení léku a reakcí organismu na podané léčivo* (ABRAHÁMOVÁ, 2009, s. 102).

1.9.3.2 Časné nežádoucí účinky

Jedná se o účinky léčby dostavující se po několika dnech až týdnech, mající tyto projevy:

Alopecie – ztráta vlasů, bývá pro ženy velkou psychickou zátěží. Vypadání vlasů není ani pro muže samozřejmostí, ale jsou schopni se s tímto aspektem léčby vyrovnat o něco lépe než ženy. Je důležité pacientům vysvětlit, že po ukončení léčby vlasy opět narostou. Je zde možnost paruky, kterou i částečně hradí zdravotní pojišťovna.

Trombocytopenie – snížení počtu trombocytů, dochází k většímu výskytu modřin a silnému krvácení z drobných ranek. Dále se tvoří pacientům drobné červené až fialové skvrny – petechie (ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009).

Leukopenie – snížení počtu leukocytů, cytostatika nepůsobí jen na nádorové buňky, ale i na zdravé buňky a nejvíce na ty, které se rychle množí a rostou. Podávání chemoterapie je rozděleno do jednotlivých cyklů s různě dlouhým přerušením, aby tkáň poškozené léčbou mohly regenerovat a aby se mohla k normálním hodnotám vrátit i hladina bílých krvinek (COUFAL, O. a kol., 2011).

Stomatitida – zánět ústní sliznice, vzniká po léčbě antracykliny, dochází k zarudnutí a bolestivému zduření sliznice, která může místy i krvácet, tvoří se afty. Pacienti mají problémy přijímat tužší potravu. Zánětu se dá zabránit, či ho zmírnit vhodnou hygienou dutiny ústní, výplachy odvarem z šalvěje. Je vhodná nekořeněná, nedráždivá, ne příliš horká strava.

Zánět střevní sliznice a průjem – projevuje se bolestmi břicha, až poruchami střevní průchodnosti, nejčastěji průjmovitou stolicí. Při chemoterapii a déle trvajícím průjmu více jak jeden den, měl by být informován ošetřující lékař. Základem léčby je šetřící dieta a nenadýmavá strava, velmi důležitý je dostatečný příjem tekutin (ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009).

1.9.3.3 Oddálené nežádoucí účinky

Tyto nežádoucí účinky se projevují u léčby většiny cytostatik po týdnech až měsících. Bývají to tyto:

Anemie – chudokrevnost, pravidelně je sledován počet erytrocytů, leukocytů i trombocytů krevním obrazem. Při anemii je podáváno železo, transfuzní přípravky (erymasy) nebo erythropoetin. K většímu úbytku erytrocytů dochází při kombinaci chemoterapie s radioterapií. Pacienti jsou unavení, slabí, apatičtí, bledí, dostavuje se zprvu dušnost námahou, později i klidová (ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009).

Poškození jaterní tkáně – při opakovaných kombinacích chemoterapie se může poškodit jaterní parenchym. Dojde k poškození jater, zvýšení jaterních testů v biochemických odběrech krve. Což má za následek celoživotní šetření jater, je důležitý dietní režim, nesmí být alkoholová zátěž.

1.9.3.4 Pozdní nežádoucí účinky

Tyto se mohou projevit až po několika letech od ukončené léčby, jsou to:

Nepłodnost – sterilita, před započítím léčby je mladším pacientům doporučeno uchování spermatu ve spermabance v případě, že by již vlivem cytostatické léčby zůstali neplodní. Cytostatická léčba způsobuje neschopnost tvoření spermií, zvláště po FEC kombinaci - cyklofosamid, epirubicín, 5-fluorouracil.

Druhotná zhoubná onemocnění – sekundární malignity, nejčastěji se vyskytují nádory, které vycházejí z buněk krvetvorné tkáně – leukemie, lymfomy. K výskytu druhotných nádorů může dojít více jak po 10 letech od konce léčby cytostatiky (COUFAL, O. a kol., 2011)

1.9.4 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY HORMONÁLNÍ LÉČBY

U hormonální léčby je třeba zdůraznit, že v porovnání s léčbou cytostatiky se vyskytují nežádoucí účinky méně často a nejsou pro pacienty tolik obtížné. Hormonální léčba se spíše projevuje nepříjemnými komplikacemi, jež pacienti tolerují mnohem snáze (ABRAHÁMOVÁ, J. a kol., 2009).

Nežádoucí účinky spojené s hormonoterapií jsou pocity návalů horka, zvýšené pocení, častější změny nálad, deprese, přibírání na váze, snížený zájem o sexuální aktivitu.

1.9.5 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY BIOLOGICKÉ LÉČBY

K nežádoucím účinkům biologické léčby dochází jen u velmi nízkého počtu pacientů a nejedná se o žádné akutní život ohrožující komplikace. Výjimkou je přecitlivělost na účinnou látku, jež může vyvolat až alergickou reakci.

2 PREVENCE

Vzhledem k tomu, že primární prevence karcinomu prsu není prakticky možná, je třeba se zaměřit na prevenci sekundární, která směřuje k časnému zachytu a detekci karcinomu a vytipování rizikových skupin pacientů (ABRAHÁMOVÁ, 2009, s. 45).

K prevenci karcinomu prsu u mužů by mohla pomoci média, kdyby v souvislosti s tímto onemocněním u žen zmínila i mužskou část populace. Vzhledem k tomu, že se nejedná o časté onemocnění, nebude nikdy koncipován celoplošný screening. K malému počtu onemocnění by byl spíše obtěžující a nefinancovatelný. Pravidelná prevence probíhá u mužů s prokázaným BRCA 1,2 genem, jsou sledováni v genetických ambulancích. Každá zatvrdlina pod dvorcem prsu muže, by měla být vyšetřena zobrazovacími metodami. Ve screeningových centrech již mají dostatek zkušeností s vyšetřováním mužů, jen ještě nejsou pravidlem všude dotazníky pro ně, a proto často čelí otázkám spojeným s ženami a ženskou problematikou. Statistiky potvrzují, že mortalita mužů na C50 nenarůstá, důvodem je zvyšující se zachyt v časných stádiích onemocnění.

V současné době existuje internetová stránka určená speciálně pro muže. Projekt se jmenuje „I muži mají prsa“ a muži se zde mohou dočíst příběh jednoho z pacientů, který prodělal karcinom prsu. Postup jeho léčby a různá doporučení, jak rakovinu u mužů odhalit včas. Projekt také apeluje na to, aby muži nezanedbávali svá prsa a měli onemocnění pod kontrolou, i na osvětu mezi laickou, ale i lékařskou veřejností (více na www.imuzimajiprsa.cz).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KARCINOMEM PRSU

Následující ošetrovatelský proces o pacienta s karcinodem prsu byl vypracován na onkologické ambulanci Všeobecné fakultní nemocnice na Karlově náměstí v Praze. K hodnocení zdravotního stavu pacienta byla využita zdravotnická dokumentace, rozhovory s pacientem, fyzikální vyšetření, dále bylo využito i pozorování pacienta. Ošetrovatelský proces je vypracován dle TAXONOMIE II. Nanda I. 2015-2017. Bylo využito ošetrovatelského funkčního modelu zdraví Marjory Gordon.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA:

Jméno a příjmení: X. Y.

Pohlaví: muž

Věk: 45

Datum narození: 1972

Bydliště: Praha 4

Vzdělání: Střední odborné

Zaměstnání: OSVČ v oboru rekonstrukce bytů

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 4. 4. 2017

Důvod přijetí: adjuvantní chemoterapie se zvažováním radioterapie a zahájením
hormonální léčby

Oddělení: ambulance onkologické kliniky VFN

Ošetřující lékař: MUDr. B

Důvod přijetí dle pacienta:

„Budu docházet ambulantně na chemoterapii“.

Medicínská diagnóza hlavní:

Invazivní duktální karcinom se suspektní nádorovou lymfangioinvazí (diagnóza stanovena 2. 2. 2017).

24. 2. 2017 stav po ablaci vlevo, bylo vyšetřeno 6 lymfatických uzlin, kdy v jedné z nich nalezena metastáza.

Medicínské diagnózy vedlejší:

Dorzalgie.

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ PACIENTA:

TK: 120/75 mmHg

P: 74/min

D: 18/min

TT: 36.8°C

STAV VĚDOMÍ: orientovaný, při vědomí

VÝŠKA: 185cm

HMOTNOST: 93kg

BMI: 27,17

POHYBLIVOST: chodící

KREVNÍ SKUPINA: A Rh+

Nynější onemocnění:

Stav po ablaci a exenteraci lymfatických uzlin v axile, pacient bez lymfatického otoku, k plánované adjuvantní chemoterapii, zvážení radioterapie a zahájení hormonální léčby.

Informační zdroje:

Pacient, nelékařský personál, lékař, dokumentace.

3.1 ANAMNÉZA**RODINNÁ ANAMNÉZA:**

Matka: *1949, hypertenze, srdeční nedostatečnost.

Otec: *1943, stav po CMP, DM II. typu

Sourozenci: sestra *1968, DM II. typu

Děti: dcera 23 let, zdravá

OSOBNÍ ANAMNÉZA:

Překonaná a chronická onemocnění: běžné dětské nemoci, jinak sine

Hospitalizace a operace: 0

Úrazy: 2010 zlomenina zápěstí

Transfuze: 0

Očkování: běžná povinná očkování

LÉKOVÁ ANAMNÉZA: 0

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA: Valetol

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA:

Stav: rozvedený, má přítelkyni, nežijí spolu

Bytové podmínky: v bytě žije sám

Vztahy a interakce v rodině: vztah s dcerou velmi dobrý, žije v Anglii

Volnočasové aktivity: cestování, výlety, film, hudba

ABÚZY:

Alkohol: příležitostně

Kouření: od 17 let, 20 cigaret denně

Káva: 3 krát denně

Léky: žádné

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA:

Pacient není věřící.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA:

Vzdělání: střední odborné

Pracovní zařazení: OSVČ, stavební činnost

3.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ PROVEDENÁ SESTROU

Během tělesné prohlídky pacient při vědomí, orientován časem i prostorem Na otázky odpovídá srozumitelně, spolupracuje.

HLAVA	hlava je normocefalická, na poklep nebolestivá
OČI růžovou barvu	zornice izokorické, skléry jsou bílé, spojivky mají
UŠI, NOS	bez patologické sekrece
RTY	bez cyanózy, viditelně prokrvené
DUT. ÚSTNÍ	sliznice jsou vlhké, růžové barvy
JAZYK	jazyk bez povlaků, plazící se středem
TONZILY	nepovleklé, bez viditelného zvětšení
CHRUP	udržovaný, sanovaný
KRK	žláza na pohled i pohmatově nezvětšená, šíje volná, náplň krčních žil nezvětšená , tep na karotidách je souměrný, karotidy jsou bez šelestů, krční páteř pohyblivá všemi směry, krční uzliny nejsou hmatné.
HRUDNÍK	jizva po ablaci prsu a exenteraci axily vlevo klidná, červené barvy, bez hmatných rezistencí, pravý prs bez známek patologické změny, palpační nebolestivost na obou stranách, dýchání klidné bez jakýchkoliv vedlejších fenoménů.
SRDCE	srdeční akce pravidelná
BŘICHO	měkké, palpačně nebolestivé, bez hmatných rezistencí, peristaltika střev přítomna, játra nezvětšená a nebolestivá, slezina nezvětšená, uzliny též nezvětšeny.
PÁTEŘ	bolestivost bederní páteře na poklep a pohmat
PERIFERNÍ PULZACE	pulzování na periferiích hmatné na obou stranách
VARIXY	viditelné na levém i pravém lýtku, nebolestivé

KŮŽE jizva po ablaci vlevo klidná, jizva po exenteraci lymfatických uzlin v podpaží též klidná, obě bez známek zánětu, jinak kůže fyziologického vzhledu.

OTOKY bez zjevných známek lymfatického otoku levé paže

3.3 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL ZDRAVÍ PODLE MARJORY GORDON ZE DNE 14.4.2017

3.3.1 PODPORA ZDRAVÍ

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

„Plně si uvědomuji svůj současný zdravotní stav, nikdy dříve by mě však nenapadlo, že bych mohl touto nemocí onemocnět i já, lépe řečeno, jsem ani netušil, že se toto onemocnění nevyhýbá ani mužům. Ale musím se s tou potvorou poprat. Moje dcera mě i na dálku plně podporuje a já jsem jí slíbil, že se nedám“.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Zdraví má v současné době pacient narušené, nejvíce psychosomatiku. Snaží se před svou jedinou dcerou být nad věcí, i když si uvědomuje závažnost svého zdravotního stavu. Je pro něj velmi obtížné přestat s kouřením, pokouší se tedy o jeho omezení. Občas vypije jedno pivo, alkohol nemá potřebu.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

Snaha zlepšit péči o zdraví 00162

PRIORITA: střední

3.3.2 VÝŽIVA

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

„Ve stravování se snažím o pestrost, dostatek ovoce a zeleniny, ale jelikož žiji sám, moc si nevařím, nikdy mě to nebavilo. Jím, na co mám chuť. Moje sestra i známí, když přijdou na návštěvu, mě často zásobují ovocem, nejvíce asi banány, ořechy, je to od nich milé“.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient neztrácí na váze. Příjem stravy a tekutin je přiměřený jeho postavě. Je vidět snaha o pravidelnější stravování. Nutriční poradna zatím není třeba. Tělesnou hmotnost má pacient již několik let stabilní. Pije denně 2- 3 litry čisté vody, někdy jemně perlivé. Pacient si dopřává stále 3 krát denně svou oblíbenou kávu.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

Žádný

3.3.3 VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

„S vyprazdňováním problémy nemám, chodím pravidelně každý den. Močení je též v pořádku, v této oblasti myslím jsem zdrav“.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient je soběstačný, problémy s vyprazdňováním zjevně nemá. Stolice je formovaná, bez známek patologických příměsí, normální barvy. Močení je také v pořádku bez známek jakýchkoliv problémů s prostatou. Moč čirá, množství přiměřené, normální barvy.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

Žádný

3.3.4 AKTIVITA / ODPOČINEK

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

„Jsem OSVČ, nikdy jsem neuměl vypnout, stále jsem byl v zápřahu, jsem si vědom, že i to mohlo vést k vzniku mé nemoci. V současné době jsem více unavený a snažím se odpočívat, učím se tomu. Chodím rád na procházky. Občas mívám bolesti zad, když delší dobu ležím, proto vymýšlím aktivity, jimiž bych bolesti předcházel. Jsou dny, kdy nemohu usnout a vezmu si tabletku na spaní“.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Je vidět na pacientovi, jak se snaží dělat většinu aktivit, které provozoval před určením diagnózy. Vlivem zvýšené únavy zjišťuje, že je třeba se šetřit. Musel omezit i svou výdělečnou činnost, což je pro něj obtížné existencionálně, protože žije sám. Vlivem všech souher okolností mívá problémy s usínáním a maximálně 2 krát týdně užije tabletu na spaní. Běžně chodí spát okolo půlnoci, vstává po 7 hodině ranní.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

Nespavost 00095

PRIORITA: střední

3.3.5 PERCEPCE/KOGNICE

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

„Trvale nosím brýle, mám docela silné dioptrie a bez nich vidím hodně rozmazaně. Na jedno oko mám 2,5 dioptrie, na druhé 3 dioptrie. Dříve jsem přemýšlel o operaci očí, ale již jsem na brýle natolik zvyklý, že by mi chyběly. Jiné obtíže nemám, slyším dobře, paměť mi zatím také slouží.“

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient byl při otázce kognitivních funkcí v dobrém rozmaru, dokonce i vtipkoval. Krom zhoršení zraku jiné obtíže nemá.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

Žádný

3.3.6 SEBEPERCEPCE

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

„Neumím si představit, kdy budu schopen zase pracovat jako dřív, mám obavy, co bude dál. Vůbec netuším, jak se budou lidi například na koupališti tvářit na mou jizvu po operaci“.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient cítí beznaděj kvůli přetrvávající únavě. Často řeší, kdy se bude moci vrátit do pracovního procesu. Obává se pohledů cizích lidí na svou obnaženou hrud’.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

Snaha zvýšit naději 00185

PRIORITA: střední

3.3.7 VZTAHY MEZI ROLEMI

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

„Mám skvělou dceru, která mě podporuje i přesto, že žije v Anglii, kde pracuje v realitní kanceláři. Je velmi pracovně vytížená a ve svém nabitém dni si vždy najde čas, aby se zajímala o můj zdravotní stav, jak se cítím, zda jsem v pořádku. Velkou oporou je mi moje maminka i má sestra“.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient žije sám, má však rodinu, kde panují výborné vztahy. Se svou matkou mají velmi kamarádský vztah, probírají spolu všechna možná témata, včetně jeho zdravotního stavu. Se sestrou se scházejí a často pacienta i navštěvuje. Dcera jeví o svého otce zájem a je mu oporou i na dálku.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

Žádný.

3.3.8 SEXUALITA

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

„Sexuálně si myslím, že jsem naprosto v pořádku a nepocit'uji žádné problémy. Jen snad na sexuální život v současné době nemám úplně čas myslet“.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Při tomto tématu vystupoval pacient úplně vyrovnaně a je vidno, že není třeba se této doméně věnovat.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

Žádný.

3.3.9 ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

„Obávám se, co bude v budoucnu, jestli se vyléčím. Jsem BRCA1 pozitivní a procenta, která udávají výskyt dalšího nádorového onemocnění, jsou prostě neúprosná. Stále dokola o další možnosti nemoci čtu i poslouchám od lékařů. Mám strach o svou dceru, která je též BRCA1 pozitivní, podědila mutaci genu po mně“.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient má strach z možného budoucího onemocnění. Úzkostně se bojí i o svou dceru a cítí bezmoc, když o ní v tomto duchu mluví a přemýšlí. Dcera je pro něj velkou oporou a důvodem vše zvládnout.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

Úzkost 00146, Strach 00148, Bezmocnost 00125

PRIORITA: střední

3.3.10 ŽIVOTNÍ PRINCIPY

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

„Vždy jsem byl schopen se o sebe postarat, neumím si představit, že by se někdo musel starat o mě. Ještě mám v plánu hodně cestovat a užívat si života. Plánuji cesty do Anglie za svou milovanou dcerou. Musím ještě vyřešit mnoho záležitostí ve svém životě“.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient má ještě mnoho plánů, je na něm vidět, že nechce svou léčbu vzdát. Cítí se zavázaný vyléčením své rodině. Má touhu zvýšit svůj čas trávený v přírodě se svou rodinou, svou dcerou. Je nevěřící, ale věří sám v sebe.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

Žádný.

3.3.11 BEZPEČNOST/OCHRANA

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

„Bylo mi mým ošetřujícím lékařem vysvětleno, že s chemoterapií budu mít oslaben imunitní systém a měl bych se vyvarovat větším shlukům lidí. Nikdy jsem však na žádná virová onemocnění netrpěl, chřipku či angínu jsem prodělal minimálně za svůj dosavadní život“.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient nikdy nijak v minulosti nestonal, zřejmě vyjma tohoto onemocnění je jeho imunitní systém v dobrém stavu. Nicméně s chemoterapiemi je zde možnost rizika infekce, ať už co se týče virových onemocnění, nebo se zavedením permanentního žilního katétru.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

Riziko infekce 00004

PRIORITA: střední.

3.3.12 KOMFORT

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

„Mám pocit, že v současné době není vše v mém životě úplně komfortní. Většinou zde čekám několik hodin, než na mě přijde řada a dostanu se do ambulance k lékaři, navíc zde budu muset trávit delší čas, každé 3 týdny. Nemluvě o tom, že sedím se stejnou nemocí mezi ženami a poslouchám, i když nechci jejich životní příběhy. Není to pro mě vůbec jednoduchá situace, ale vím, že nejsem v téhle situaci sám“.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient je srozuměn s naplánovanými návštěvami zde na onkologické ambulanci, je vidět, že ho celá situace nijak netěší, nicméně je s probíhající léčbou seznámen a směřuje se s ní. Co se týče fyzického komfortu souvisejícího s chemoterapií, zatím nepocit'uje, protože ještě k jejím nežádoucím účinkům nedošlo.

OŠETŘOVATELSKÝM PROBLÉM:

Zhoršený komfort 00214

PRIORITA: střední.

3.3.13 RŮST/VÝVOJ

SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

„Nejsem si vědom nějakých problémů v této oblasti“.

OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:

Pacient je bez obtíží. Jeho fyzický i psychický vývoj je v normálu.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

Žádný.

3.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Laboratorní vyšetření.

Biochemické vyšetření:

Na	141
K	4,6
Cl	105
Urea	5,5
Kreatinin	61
ALT	0,31
AST	0,26
ALP	0,89
GGT	0,46
Bilirubin celkový	9,4
Celková bílkovina	67,3
Albumin	45,6
Glukóza	4,5
CEA	4,70
CA 15-3	16,9
CA 19-9	6,3
CRP	1,0

Krevní obraz:

Leukocyty	7,32
Erytrocyty	4,91
Trombocyty	333
Hemoglobin	133
Hematokrit	0,479
Neutrofily absolutní	4,38

RTG srdce, plíce – vyšetření dle lékaře v mezích normy

Sonografie břicha – Játra nezvětšena, přiměřené echogenity a struktury, vaskulární kresba obvyklá, v obou lalocích několik drobných anechogenních cystiček do 10 mm. V. portae nerozšířena. Žlučník bez litiázy, žlučové cesty nerozšířeny. Pankreas v přehledné části těla bez ložiska, nezvětšen. Ledviny bez městnání, bez strukturálních odchylek. Slezina nezvětšena, homogenní. Paraortálně v přehledných úsecích bez lymfadenopatie. Močový měchýř málo naplněn anechogenním obsahem. Bez volné tekutiny v pánvi.

Závěr: Drobné cystičky jater. Jinak přiměřený nález.

UZ prsu vpravo, jizvy vlevo, axill – St.p. ablaci, EA vlevo pro ca 2/2017 (cestou BU Prague), nosič BRCA1 mutace. Jizva a hrudní stěna vlevo bez známek recidivy, v axile jen jizevnaté změny. Bez infiltrace uzlin v axille. Vpravo bez patrných změn mléčné žlázy, bez ložisek. Axilla vpravo bez infiltrace uzlin.

Závěr: přiměřený pooperační obraz, bez známek recidivy.

Plánovaná vyšetření: Scintigrafie kostí, ECHO srdce, odběr na CTC buňky.

Medikamentózní léčba při chemoterapii:

1.cyklus FEC 100 adjuvantně

Per os: den 1 – Emend 125 mg 1 tbl. minimálně 1 hodinu před zahájením CHMT

den 2 – 3 Fotecortin 4 mg 1 – 1 – 0

Emend 80 mg 1 – 0 – 0

Rozpis chemoterapie FEC:

I.v. do periferie pomocí PŽK: aplikovat CHMT po dodání z centrální ředírny

- 1) Aloxi / doplnit do 20 ml fyziologického roztoku / bolus
- 2) Dexamed 1 amp / 100 ml fyziologického roztoku / 20 minut kapat
- 3) 5-Fluorouracil Ebewe 1000 mg / 100 ml fyziologického roztoku / 15 minut kapat
- 4) Epirubicin Accord 200mg / do 250 ml fyziologického roztoku / 15 minut kapat
- 5) Endoxan 1000 mg / 100 ml do fyziologického roztoku / 15 minut kapat

3.5 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 14.4.2017, 1. CYKLUS FEC CHEMOTERAPIE

Pacient ve věku 45 let 2/2017 po ablaci prsu s exenterací uzlin v axile dnes přichází poprvé k plánované chemoterapii typu FEC, ke které se dohodli lékaři z důvodu pozitivivity jedné z 6 ti vyšetřovaných uzlin. Jizva po zákroku i v podpaží je zcela zhojena. Dnešní kontrolní Krevní obraz byl naprosto v pořádku, hodnoty fyziologické, TK 120/75 mmHg, P 76/min. Dle lékaře je možno CHMT podat intravenózně, pomocí PŽK do periferie. Ošetřující lékařka s týmem onkologů na klinickém semináři došli k závěru definitivního počtu CHMT, které by měl pacient absolvovat. Bude docházet jednou za 3 týdny, nejdříve 3 krát FEC poté 3 krát Docetaxel. Pacient je soběstačný, orientovaný, spolupracuje. Je na něm vidět, že je

nejistý, neví úplně, co očekávat. Obává se, jak bude jeho organismus reagovat na léčbu. Je seznámen s chodem denního stacionáře, edukován o možnosti využití lůžkového oddělení naší kliniky v noci či o víkendu, ohledně jakéhokoliv problému, který by se u něho vyskytl. S pacientem byla vyplněna nezbytná ošetrovatelská dokumentace. O každém prováděném úkonu byl sestrou informován. Bylo vysvětleno, co je třeba dělat v případě, že by se jeho fyzický stav během podávání léčby cytostatiky měnil, při jakémkoliv nucení na kašel, náhle vzniklých bolestech zad, by měl neprodleně informovat ošetřující sestru. Pacientovi byla zavedena intravenózně kanyla na hřbetu ruky PHK. Aplikace CHMT probíhala po celou dobu bez komplikací, bez reakce. Na závěr kanyla ex, místo vpichu dezinfikováno, sterilně kryto. Pacient odešel z denního stacionáře bez doprovodu v 11.15h. K 2. cyklu léčby se pacient dostaví 5.5.2017.

Dne 21.4.2017 přichází pacient na odběr Krevního obrazu, z důvodu kontroly působení chemoterapie na počet krevních elementů. Ošetřující lékařka kontroluje pacientovu tělesnou hmotnost, stav výživy, vliv CHMT na jeho celkový zdravotní stav. Vypytává se na pocity nauzey a nežádoucí účinky, které mohl pacient pociťovat po léčbě. Pacient si stěžuje pouze na špatnou kvalitu spánku. Pacient zatím žádné výrazné účinky léčby nepociťuje a je srozuměn s další návštěvou onkologické ambulance 5.5.2017 k aplikaci 2. cyklu.

Dne 5.5.2017 se dostavil pacient k 2. cyklu chemoterapie, předcházelo mu vyšetření krve a rozhovor s lékařem o probíhající a následné léčbě. Krevní obraz byl v pořádku a pacient může podstoupit další aplikaci FEC na denním stacionáři onkologické kliniky. Cítí se kromě únavy dobře, zatím bez známek alopecie a žaludečních obtíží. Aplikace cytostatické léčby proběhla bez komplikací, bez reakce.

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

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA International 2015-2017 Taxonomie II. Při řazení priorit aktuálních a potenciálních diagnóz bylo vycházeno ze zdravotního stavu pacienta

AKTUÁLNÍ DIAGNÓZY:

Nespavost 00095

Bezmocnost 00125

Nauzea 00138

Úzkost 00146

Úzkost ze smrti 00147

Strach 00148

Stresové přetížení 00177

Narušený obraz těla 00118

Zhoršený komfort 00214

POTENCIÁLNÍ DIAGNÓZY:

Riziko infekce 00004

STRACH (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: *Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí* (NANDA, 2015-2017, s. 304).

Strach o své zdraví z důvodu nádorového onemocnění a strach z reakce vlastního organismu na cytostatickou léčbu, projev – zvýšené napětí.

Priorita: střední.

Určující znaky: znepokojení, snížená sebejistota, pocit strachu, pocit obav, únava.

Související faktory: stimuly navozující fobii

Cíl krátkodobý: Pacient rozumí svému strachu a je schopen o něm mluvit od další návštěvy onkologické ambulance.

Cíl dlouhodobý: Pacient je schopen mluvit o svém strachu i se svou rodinou, svými přáteli.

Očekávané výsledky:

Pacient je schopen pojmenovat příčinu strachu od příští návštěvy kliniky.

Pacient je schopen diskutovat na téma svého strachu od příští návštěvy kliniky.

Pacient zná a je schopen využívat relaxační techniky pro zmírnění strachu od příští návštěvy kliniky.

Ošetřovatelské intervence:

Proveď s pacientem posouzení jeho strachu a všech příčin – všeobecná sestra.

Diskutuj s pacientem na téma strachu a jeho obav – všeobecná sestra.

Pokus se naučit pacienta metodám zvládnání strachu – všeobecná sestra.

Realizace dne 21.4.2018:

7:30 Pacient absolvoval kontrolní odběr Krevního obrazu na STATIM.

8:00 Čeká až na něj přijde řada v onkologické ambulanci ošetřujícího lékaře.

8:30 Lékař sdělil pacientovi další léčebný postup a výsledky krevních odběrů z dnešního rána.

9:00 Rozhovor s pacientem a posuzování strachu vyvolaného cytostatickou léčbou i současným onemocněním.

9:15 Rozhovor s pacientem o jeho starostech i obavách a možnosti rozptýlení těchto obav pomocí metod, které mohou strach zmírnit (poslouchání oblíbené hudby, sledování filmů s veselou tematikou, čtení, využití vlastních zálib). V případě potřeby poskytnuto pacientovi telefonní číslo na klinickou psycholožku.

Realizace dne 5.5.2017:

7:00 Pacient na odběru krve před plánovanou CHMT.

8:00 Lékař sdělil pacientovi výsledky odběru krve na KO a rozepisuje další cyklus FEC.

8:30 Pacient usedá na denním stacionáři k premedikaci a následnému podání cytostatik.

9:00 Rozhovor s pacientem a posuzování jeho strachu. Je vidět zmírnění obav z chemoterapeutické léčby, pacient lehce vtipkuje.

9:15 Rozhovor s pacientem na téma využívání metod, pomáhajících odpoutat pozornost od strachu a rozptýlit ho (pacient navštěvuje své příbuzné, poslouchá hudbu, čte).

Realizace dne 26.5.2017:

7:00 Pacient absolvoval odběr krve.

8:15 Lékař rozepisuje další cyklus CHMT.

8:45 Aplikována premedikace s chemoterapeutickou léčbou.

9:15 Rozhovor s pacientem na téma strachu (pacient již ví, co ho s každou léčbou čeká, je výrazně klidnější).

9:30 Hovoří o svém strachu již otevřeně, udává zlepšení a zmírnění svých obav.

Hodnocení:

Pacient si velmi dobře uvědomuje příčiny svého strachu a zcela otevřeně je schopen o nich hovořit, usmívá se a je zcela evidentní, že cíl byl naplněn. Dle vyprávění využívá často oblíbených metod pro rozptýlení obav, nejraději poslouchá hudbu.

NESPAVOST 00095

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: *Narušení množství a kvality spánku poškozující fungování* (NANDA, 2015-2017, s. 183).

Nedostatečné množství spánku vlivem obav z onemocnění a sníženou fyzickou aktivitou během dne, která se projevuje potížemi s usínáním.

Priorita: střední.

Určující znaky: změny emocí, změny koncentrace, potíže s usínáním, potíže se spaním, nedostatek energie.

Související faktory: úzkost, smutek, stresory, průměrná denní fyzická aktivita je menší než doporučení pro dané pohlaví a věk.

Cíl krátkodobý: Pacient spí alespoň 6 hodin denně přes noc do další návštěvy.

Cíl dlouhodobý: Výrazné zlepšení spánku a s ním výraznější odpočatost.

Očekávané výsledky:

Pacient spí 6 hodin v průběhu noci každý den.

Pacient je po probuzení odpočatý.

Pacient cítí zlepšení kvality spánku.

Ošetřovatelské intervence:

Pozoruj známky únavy během rozhovoru s pacientem – všeobecná sestra.

Pokus se vybudit pacienta k větší fyzické aktivitě během dne – všeobecná sestra.

Poptej se pacienta na jeho spánkové rituály – všeobecná sestra.

Posud' příčiny a související faktory spánkové poruchy.

Pokud pacient usne i během dne, edukuj ho o délce spánku, maximální je hodina denně – všeobecná sestra.

Realizace 5.5.2017:

9:30 zjištění faktorů narušujících spánek, doporučeno zvýšit fyzickou aktivitu během dne, doporučení pacientovi, aby zkusil eliminovat hluky při usínání.

Realizace 26.5.2017

9:45 rozhovor s pacientem na kvalitu jeho spánku.

10:00 pacient se rozhovořil o změnách, které učinil ohledně své spánkové hygieny, cítí se odpočatý

Hodnocení:

Pacient se cítí podstatně lépe. Sám hovoří o denních aktivitách, které začal provozovat. Chodí na procházky do přírody, jež ho pozitivně nabíjejí, při nichž se unaví a výsledkem mu tím je kvalitnější spánek o délce více než 6 hodin během noci. Vypadá klidněji a spokojeněji. Cíl byl naplněn, spánek pacientův zkvalitněn.

3.7 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacient přichází na onkologickou kliniku VFN na Karlově náměstí k plánované adjuvantní chemoterapii, následné radioterapii a hormonoterapii. Ošetrovatelská péče byla u pacienta celkově úspěšná. Pacient byl pravidelně informován o zdravotním stavu i o plánované léčbě. Při jeho přijetí byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, jejich cíle, očekávané výsledky i ošetrovatelské intervence. Realizace ošetrovatelské péče probíhala dle předem stanoveného plánu ošetrovatelské péče.

Největším problémem pro pacienta byl strach z cytostatické léčby a reakce vlastního organismu na její nežádoucí účinky. Pomocí rozhovorů s pacientem se podařilo jeho obavy rozptýlit a strach minimalizovat. Každý prováděný úkon byl srozumitelně popisován, což pacient velmi ocenil. S každou další návštěvou kliniky byl pacient klidnější a veselejší. Dále se pacient svěřil s nedostatečným spánkem, respektive usínáním. Společným hledáním vhodného řešení se nám podařilo i tento problém zvládnout a pacient svým kladným přístupem k celkové léčbě již spí 6 hodin denně během noci. Pacient se na ošetrovatelském postupu aktivně podílel. Krátkodobé i dlouhodobé cíle byly naplněny.

4 DOPORUČENÍ V PRAXI

V péči o onkologicky nemocné je velmi důležitý individuální přístup zdravotnického personálu. Léčba je komplexní a pacient musí být vnímán bio-psycho-sociálním přístupem. Je zde velmi důležitá empatie vůči pacientům, ochota naslouchat, jelikož každý prožívá svou diagnózu jinak. Nezbytné je si uvědomit, že pacienti bojují se smrtelnou nemocí a tento boj není nijak jednoduchý.

Doporučení pro zdravotnický personál:

Je nezbytně nutné absolvovat v rámci celoživotního vzdělávání, semináře s problematikou karcinomu prsu a psychické podpory u těchto pacientů.

Mít na paměti individuální přístup k pacientům.

Seznámit pacienty s postupem léčby a prováděním každého úkonu.

Motivovat pacienty v léčbě, psychicky je podporovat.

Poskytnout pacientkám dostatek informací v rámci svých kompetencí.

Chovat se k pacientům vstřícně, ohleduplně, s trpělivostí a empatií.

Dopřát pacientům přítomnost rodinných příslušníků.

Užívat svého volna k relaxaci a předcházet tak syndromu vyhoření.

Doporučení pro pacienty:

Aktivní zapojování a dodržování léčebného postupu.

Spolupráce se zdravotnickými pracovníky.

Pravidelné samovyšetřování.

Pravidelné docházení na prohlídky ke všem doporučeným lékařům.

Využít v rámci vedené rehabilitace lázeňskou léčbu.

Dodržovat vhodný a doporučený klidový režim.

Doporučení pro rodinu:

Podpora pacientů doprovázením, ale i návštěvami při hospitalizaci.

Aktivní vyhledávání informací o daném onemocnění a jeho léčebném postupu.

Aktivní zájem a vědomost o psychickém stavu pacienta.

Podporovat pacienta ve zdravém životním stylu.

Neodmítat pomoc paliativního týmu a zajímat se o tuto neocenitelnou službu.

ZÁVĚR

V současné době je karcinom prsu velmi častým onkologickým onemocněním, vyskytujícím se v malém procentu i u mužů. Kromě smrtelného onemocnění s sebou MBC pro ně nese i známky ztráty mužství. O karcinomu prsu se v současnosti hovoří často, ale ne s ohledem na mužskou populaci.

Tématem bakalářské práce byl ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem prsu. V její teoretické části jsou shrnuty dohledané publikované poznatky. Je zde popsána etiologie, rizikové faktory, diagnostika, léčba a její nežádoucí účinky. Zabývá se prevencí a přístupem k včasnému zjištění nemoci, zdůrazňuje důležitost samovyšetření. Neméně podstatná je i psychologická podpora pacientů. Cílem bakalářské práce bylo vytvoření ucelených informací a popsání specifík ošetrovatelské péče.

Praktická část představuje ošetrovatelský proces, zaměřený na anamnézu a posbírání informací o konkrétním pacientovi s karcinomem prsu. Základní metoda pro zpracování bakalářské práce byl ošetrovatelský proces ve všech jeho krocích. Byly stanoveny aktuální i potencionální diagnózy s plánem ošetrovatelských cílů, ošetrovatelských intervencí s následnou realizací. Práce měla přinést komplexní pohled se snahou odpovědět na otázky související s karcinomem prsu u mužů.

Jednou z pravd a životních moudr je, že zdraví je to nejcennější a všichni máme jen jedno. Záleží na každém z nás, jak se o své zdraví stará. Při každé nefyziologické změně je třeba vyhledat neprodleně lékařskou pomoc a aktivně reagovat, nečekat. Přestože diagnóza karcinomu prsu zní zlověstně, je možné ji v dnešní době úspěšně léčit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ABRAHÁMOVÁ, Jitka. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada, 2009. Doktor radí. ISBN 978-80-247-3063-9.
- Breast Cancer in Men: *From one man to another*. Wellington: Cancer Society of New Zealand, 2010. ISBN 0-908933-86-X
- COUFAL, O., V. FAIT et al., 2011. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3641-9
- HLADÍKOVÁ, Zuzana. *Diagnostika a léčba onemocnění prsu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. ISBN 978-80-244-2268-8.
- HYNKOVÁ, L., P. ŠLAMPA et al., 2009. *Radiační onkologie-učební texty*. Brno: Masarykův onkologický ústav. ISBN 978-80-86793-13-9.
- DIENSTBIER, Z. *Rakovina prsu u žen: prevence a léčebná péče : obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině Praha, 2010. ISBN 978-80-254-9865-1.
- DIENSTBIER, Z. a kol. *Co bychom měli vědět o rakovině*. Praha: Liga proti rakovině Praha, 2011. ISBN 978-80-260-0674-9.
- DIENSTBIER, Z. a kol. *Onkologie pro laiky*. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Liga proti rakovině, 2012. ISBN 978-80-86031-65-1.
- KLENER, P. *Principy systémové protinádorové léčby*. Praha: Grada, 2013. ISBN 97880-247-4171-0.
- MAČÁK, J. a kol. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-2473530-6.
- NANDA International, *Ošetrovatelské diagnózy, Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5412-3.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů. 3. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-904955-93.

NOVOTNÝ, Jan, Pavel VÍTEK a Zdeněk KLEIBL. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta, 2016. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3944-4.

PAVLIŠTA, D. *Neinvazivní karcinomy prsu*. Praha: Maxdorf, 2008. Jessenius. ISBN 978-80-7345-173-8.

Rakovina prsů u mužů – C 50. In: *Aliance žen s rakovinou prsu* [online]. Praha: AMALA, c2013-2016 [cit. 2017-01-05]. Dostupné z: <http://www.breastcancer.cz/cs/pro-muze-menu/rakovina-prsu-u-muzu-c-50>

SKOVAJSOVÁ, Miroslava. 2012. *Screening nádorů prsu v České republice*. Praha: Maxdorf, 87 s. Ambulantní gynekologie, sv. 2. ISBN 978-807-3453-107.

SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. ISBN 97880- 247-3130-8.

STRNAD, Pavel, 2014. *Nemoci prsu v každodenní praxi*. Praha: Maxdorf. ISBN 97880-7345-390-9.

VORLÍČEK, J. Onkologie. Praha: Triton, 2012. *Lékařské repetitorium*. ISBN 978-807387-603-6.

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

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., *Velký lékařský slovník*. 9. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-202-5.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Informační leták	I
Příloha B – Zadání rešerše NLK	II
Příloha C – Čestné prohlášení	III
Příloha D – Náhled webových stránek	IV



Rakovina prsu u mužů

Men Breast Cancer

Rakovina prsu se netýká jenom žen, ale i mužů. Šiřte tuto informaci dál, protože i Vy můžete zachránit někomu život. Může to být Váš otec, bratr, manžel nebo přítel. Myslete na to.

Breast cancer is not just a woman's disease. It also affects men. Spread this information, because you can save someone's life. He could be your dad, brother, husband or boyfriend. Think about it.

70
mužů
ročně onemocní
v ČR

www.imuzimajiprsa.cz

info@imuzimajiprsa.cz

Příloha B Zadání rešerše

Rešerše

Děkujeme za Vaši objednávku. O vyřízení Vás budeme informovat emailem.

Typ rešerše: **vícezdrojová** pro účely **bakalářská práce**

Termín vyhotovení: **2018-01-01**

Tematické vymezení:

Odborná literatura k onemocnění mužů i žen karcinomem prsu, ošetrovatelská péče o pacienty s karcinomem prsu mužů i žen

Klíčová slova: Karcinom prsu u žen
Karcinom prsu u mužů
BRCA 1,2

Časové vymezení: 10 let zpětně

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Platba a doručení: hotově-osobní-CD

Objednavatel: Daniela Volencová (775 075 376)

Pracoviště: VSZDRAV Duškova .Praha 5

Dodací adresa:

Fakturační adresa:

IČO: DIČ:

Vaše č. objednávky:

V případě dotazů se obraťte na: reserse@nlk.cz 296 335 918

Příloha C Čestné prohlášení studenta

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem prsu 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

Příloha D Náhled webových stránek

Navigation: RAKOVINA PRSU U MUŽŮ | MŮJ PŘÍBĚH | ODBORNÉ INFORMACE | NA CO SI DÁT POZOR | Z MÉDIÍ | KONTAKT

Rakovina prsu u mužů...

Na těchto stránkách bych Vás chtěl upozornit na fakt, že rakovina prsu se netýká jenom žen ale i mužů. Co to znamená, se dočtete dále...

[Můj příběh](#)

Statistika v ČR

- Ročně v České republice onemocní rakovinou prsu okolo 70 mužů. Každý sedmý muž na rakovinu prsu umře.
- Ve světovém měřítku je to jeden muž ze 100 tisíc.

Statistika v USA

- V roce 2016 bylo diagnostikováno cca 2600 nových případů invazivního karcinomu prsu u mužů.
- Asi 440 mužů točně zemře na rakovinu prsu.

Poděkování

Zdroj:www.imuzimajiprsa.cz

