

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO
LAPAROSKOPICKÉ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DANA BEREGI

Praha 2019

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO
LAPAROSKOPICKÉ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII**

Bakalářská práce

Dana Beregi

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová

Praha 2019



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

BEREGI Dana

3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

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

Ošetrovatelský proces u pacienta po laparoskopické radikální prostatektomii

Nursing Process in the Patient after Laparoscopic Radical Prostatectomy

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolina Moravcová

V Praze dne 1. listopadu 2018



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze 29. 3. 2019

.....

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce PhDr. Karolíně Moravcové za cenné rady, doporučení a trpělivost, při psaní bakalářské práce. Dále lékařům Urologické kliniky a kolektivu oddělení B.

ABSTRAKT

BEREGI, Dana. *Ošetrovatelský proces u pacienta po laparoskopické radikální prostatektomii*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce PhDr. Karolína Moravcová. Praha 2019. Str. 68.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta po laparoskopické radikální prostatektomii. Práce popisuje problematiku karcinomu prostaty, který má v posledních letech výraznou incidenci a je nejčastějším onkologickým onemocněním u mužů. Popisuje průběh a možnosti léčby tohoto onkologického onemocnění.

Cílem práce je detailně popsat danou problematiku a ošetrovatelskou péči u pacienta po laparoskopické radikální prostatektomii.

Práce má nosnou část zaměřenou na kazuistiku pacienta a na ošetrovatelský proces, který byl pacientovi během hospitalizace poskytnut a zpracován podle modelu Marjory Gordon. Na základě informací, které jsme o pacientovi získali, stanovíme ošetrovatelské problémy, zformulujeme ošetrovatelské diagnózy a následně stanovíme plán ošetrovatelské péče a realizaci. Zhodnocení ošetrovatelského procesu provedeme následně. Ke stanovení diagnóz je využita NANDA-I Taxonomie II 2015-2017.

V závěru práce jsou zhodnoceny cíle a efekt poskytnuté ošetrovatelské péče.

Klíčová slova

Karcinom prostaty, Operace, Ošetrovatelský proces, Prevence, Prostatický specifický antigen

ABSTRACT

BEREGI, Dana. Nursing process of the patient after laparoscopic radical prostatectomy. Medical college of nursing; Bachelor degree, Thesis supervisor: PhDr. Karolína Moravcová. Prague 2019. Page 68.

The topic of bachelor thesis is the nursing process in the patient after laparoscopic radical prostatectomy. Prostate cancer incidence is increasing lately, it is the most frequent oncological diagnosis in men. Thesis is describing care options and course of this oncological disease.

The aim of this work is detail description of prostate cancer surgery problematics and specifics of nursing strategy of patients after laparoscopic radical prostatectomy. The thesis consists from case report and nursing process administered to the patient during the in patient. Marjory Gordon model was used. Information about patient were collected and assessed for nursing problems, nursing diagnoses were defined. Finally was defined nursing care plan and realisation.

Nursing care process is evaluated. Diagnosis are defined with NANDA-I Taxonomy II 2015-2017.

At the end of thesis are evaluated objectives and the effect of provided nursing care.

Keywords

Prostate cancer, Surgery, Nursing process, Prevention, Prostate specific antigen

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	15
HISTORIE.....	18
1 ANATOMIE PROSTATY	20
2 KARCINOM PROSTATY	21
2.1 EPIDEMIOLOGIE	21
2.2 INCIDENCE A MORTALITA KARCINOMU PROSTATY ...	21
3 ETIOPATOGENEZE	23
3.1 PROGNÓZA.....	25
4 SYMPTOMATOLOGIE	27
5 DIAGNOSTIKA	28
5.1 ANAMNÉZA	28
5.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ	29
5.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ	30
5.4 BIOPSIE	31
5.5 ZOBRAZOVACÍ METODY	31
5.6 JINÉ METODY.....	32
6 TERAPIE.....	33
6.1 KONZERVATIVNÍ LÉČBA	33
6.2 RADIKÁLNÍ LÉČBA	34
6.3 HORMONÁLNÍ LÉČBA.....	39

7 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	41
7.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	41
7.2 POOPERAČNÍ PÉČE.....	42
8 PREVENCE.....	44
9 OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA	45
9.1 ANAMNÉZA	48
9.2 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU	51
9.3 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	54
9.4 UTŘÍDENÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE	55
9.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	61
9.6 SITUAČNÍ ANALÝZA 11. 11. 2018	64
9.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	65
9.8 ROZPRACOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	65
9.9 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	74
10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	76
ZÁVĚR..	78
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	80
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

a.carotis	arteria carotis
AIM	akutní infarkt myokardu
ATB	antibiotika
BDK	bandáž dolních končetin
BMI	body mass index
CT	počítačová tomografie
D	dech
DM	diabetes mellitus
EAU	European Association of Urology
ED	erektilní dysfunkce
fPSA	prostate specific antigen, free (volný prostatický specifický antigen)
GIT	gastrointestinální trakt
GS	gleason score
IGRT	image – guided radiation therapy
ICHS	ischemická choroba srdeční
IMRT	intensity – modulated radiotherapy
JIP	jednotka intenzivní péče
KP	karcinom prostaty
KO+diff	krevní obraz + diferenciál
LTV	léčebná tělesná výchova
MRI	magnetická rezonance
NRS	numeric rating scale
PCA3	prostate cancer gene 3
PET	pozitronová emisní tomografie
PMK	permanentní močový katétr
proPSA	proenzymová forma prostatického specifického antigenu
PŽK	periferní žilní katétr
RHB	rehabilitace
RP	radikální prostatektomie
RTG	rentgenové vyšetření

TAT	tetanus
TEN	tromboembolická nemoc
TF	tepová frekvence
TK	tlak krve
tPSA	prostate specific antigen, total (prostatický specifický antigen celkový)
TT	tělesná teplota
TURP	transuretrální resekce prostaty
USG	ultrasonografie
VAS	vertebrogenní algický syndrom

(VOKURKA a kol., 2011), (KAWACIUK, 2009)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ampula – rozšířená část dutého orgánu

anastomóza – uměle založená spojka mezi dvěma dutými orgány

androgen – mužský pohlavní hormon

anticholingerika – skupina látek blokujících účinek acetylcholinu (látka, přenášející vzruchy v nervové soustavě)

antidiabetika – léky proti cukrovce (diabetes mellitus)

biopsie – vyšetření vzorku živého lidského orgánu, nebo tkáně

bisfosfonáty – léky, používané k léčbě kostních onemocnění a poruch metabolismu vápníku

brachyterapie – radiační léčebná metoda na krátkou vzdálenost

circumcize – obřízka

dependentní – závislý

dispenzarizace – pravidelný lékařský dohled nad pacientem trpícím určitou chorobou

ductus – vývod, průchod, kanálek, vývod žláz se zevní sekrecí

dysurie – obtížné a bolestivé močení

epicystostomie – chirurgické vyústění močového měchýře břišní stěnou

fotonový – foton – elementární částice, kterou popisujeme množstvím elektromagnetické energie

grading – zhodnocení stupně malignity nádoru, na základě histologických a cytologických kritérií

hematurie – přítomnost krve v moči

hemospermie – přítomnost krve ve spermatu

hypercholesterolemie – zvýšená koncentrace cholesterolu v krvi

hyperplazie – zvětšení orgánu, či jeho části v důsledku zvýšení počtu jeho buněk

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

kondomový urinál – inkontinenční pomůcka pro muže, sloužící k derivaci moči

lymfadenektomie – chirurgické odstranění mízních uzlin

lymfedém – otok způsobený poruchou odtoku mízy

lymfokéla – dutina vyplněná mízou

mortalita – úmrtnost na určitou nemoc

nefralgie – bolest ledviny
nykturie – časté močení v noci
orchiektomie – chirurgické odstranění varlete
perineální - hrázový
prostatektomie – chirurgické odstranění prostaty
rebiopsie – opakovaná biopsie
relaps - opětovné objevení příznaků nemoci
remise – vymizení příznaků a projevů onemocnění, nikoli nemoci samé
residuum – zbytek, zůstatek
retence moči – zadržetí moči v močovém měchýři
retropubická – obejití močového měchýře oblastí za sponou stydkou
saturace – nasycený
scintigrafie - radioizotopové vyšetření
screening – postupy a metody umožňující získat rychle a jednoduše základní informace o zdravotním stavu
serom – nahromadění tekutiny v ohraničeném prostoru
sigmoideostomie – vývod na esovitě kličce
striktura – zúžení
transperitoneální – skrz peritoneum (pobřišnici)
transrektální – skrz konečník
ureterolithiáza – kámen v močovodu
uretrovezikální – týkající se močové trubice a močového měchýře
varixy – žilní městky

(VOKURKA a kol., 2011), (KAWACIUK, 2009)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Farmakologická anamnéza	48
Tabulka 2: Hodnoty fyziologických funkcí 11. 11. 2018	61
Tabulka 3: Biochemické vyšetření z 11. 11. 2018	62
Tabulka 4: Hematologické vyšetření z 11. 11. 2018	62
Tabulka 5: Záznam bolesti 11. 11. -12. 11. 2018	68

ÚVOD

Pro naši bakalářskou práci, jsme si vybrali téma, které se úzce dotýká onkologického onemocnění karcinom prostaty. Jedná se o zpracování ošetrovatelského procesu u pacienta po laparoskopické radikální prostatektomii.

Problematika onkologických onemocnění je v populaci velice aktuální téma. Karcinom prostaty je nejčastější onkologické onemocnění u mužů, po karcinomu plic je z onkologických diagnóz druhou nejčastější příčinou úmrtí.

Podle odhadů Národního onkologického registru, je každý rok nově diagnostikováno 9000 tisíc nových případů onemocnění.

Díky větší informovanosti populace v rámci preventivních programů, zlepšující se zdravotní péči a šetrnějším metodám léčby, je sice vyšší výskyt záchytu onemocnění karcinomu prostaty, ale nižší úmrtnost.

Čím dříve se onemocnění diagnostikuje, tím je lepší prognóza průběhu onemocnění, léčba a kvalita života v souvislosti s daným onemocněním.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1

Předložit aktuální pohled na problematiku karcinomu prostaty, operační léčbu vhodnost prevence.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1

Popsat ošetrovatelskou péči u pacienta po laparoskopické radikální prostatektomii.

Cíl 2

Stanovit aktuální ošetrovatelské problémy, zformulovat ošetrovatelské diagnózy, stanovit plán a realizace.

Vstupní literatura:

HANUŠ, Tomáš, 2011. *Urologie*. V Praze: Triton. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-738-7387-5.

HANUŠ, Tomáš a Petr MACEK, 2015. *Urologie pro mediky*. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3008-3.

KAWACIUK, Ivan, 2009. *Urologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-2626-7.

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Páté doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-88249-02-3.

SOCHOROVÁ, Nataša a Aleš VIDLÁŘ, 2016. *Základy obecné urologie nejen pro sestry*. Olomouc: Solen, Medical education. Meduca. ISBN 978-80-7471-142-8.

Popis rešeršní strategie:

Vyhledávání publikací použitých k tvorbě bakalářské práce s názvem *Ošetrovatelský proces u pacienta po laparoskopické radikální prostatektomii*, bylo zadáno Národní lékařské knihovně v říjnu 2018. Pro vyhledávání bylo použito Bibliographia medica Čechoslovaca, monografie fondu Národní lékařské knihovny. Kromě tištěných verzí je část fondu v elektronické podobě (Bookport), také Theses, registr vysokoškolských kvalifikačních prací a Summom vyhledavač v e-zdrojích.

Bylo nalezeno 39 možných zdrojů a 2 zdroje v anglickém jazyce z vymezeného období 2008-2018. Z toho 8 knih, 28 článků a 1 abstrakt. Dále 4 vysokoškolské

bakalářské práce. Pro tvorbu bakalářské práce byly z rešeršní strategie použity 2 knihy a 3 články ze zadaného období od roku 2008 do roku 2018.

HISTORIE

První zmínka o urologickém onemocnění je asi 7000 let př. n. l. Jednalo se o nalezení odlitkového konkrementu v mumii chlapce z oblasti Egypta. Například circumcize Egyptané prováděli již v období 4000 let př. n. l. S postupným vývojem a lepším anatomickým popisem orgánů, se medicína posouvala postupně dopředu. V období, asi 4000 let př. n. l., Sumerský slovník popisuje různé části těla, včetně penisu a ledvin.

Hippokrates 460-380 př. n. l. - prostatickou žlázu neznal, ale je možné, že právě prostatismu se týkal jeho výrok: *Onemocnění ledvin a měchýře jsou u starých mužů obtížně léčitelná* (KAWACIUK, 2009, str. 3).

Slovo prostata, je odvozené od termínu užívaného ve 4. století Herophilem z Alexandrie, který nazýval semenné vajíčky jako adenomes prostatai – žláznatou prostatu. A jejich ampuly jako kirsoides prostatai – varikózní prostatu (KAWACIUK, 2009, str. 3).

Avicena 980-1037 n. l. zpracoval Canon medicinae, který se po staletí stal velice uznávanou lékařskou učebnicí. Popsal, na svou dobu podrobnou anatomii horních i dolních cest močových.

Termín prostata byl poprvé použit v roce 1611 Casperem Bartholinem. Nejstarší ilustrace prostaty byla v Tabulae Anatomicae z roku 1538 od Vesalia.

Roku 1668 byla přesně definována a popsána normální anatomie a funkce prostaty Regierem de Graafem. První perineální prostatektomii provedl v listopadu 1891 Georg Goodfellow, po výkonu nepoužil ani katétr ani jinou formu drenáže (KAWACIUK, 2009), (MICHALSKÝ a kol., 2014).

V Čechách byl největší rozvoj do konce 19. století a začátku 20. Století. Co se týče urologie, bylo první specializované oddělení otevřeno v Praze. „Urologické oddělení pro mužské“, které bylo na první chirurgické klinice. Roku 1872 zde byly vyčleněny dva pokoje pro pacienty s urologickými obtížemi. V roce 1884 spolu oddělení opět

splynula, protože výsledky tehdy nebyly úplně příznivé. Tehdejší přednosta profesor Vilém Weiss, nebyl příznivcem antiseptiky a operoval zásadně nesterilními nástroji, i když byl velice zručným operátorem. Zlom nastal po nástupu profesora Karla Maydla, který dbal na zásady antiseptiky, aseptiky a moderní operační techniky (KAWACIUK, 2009), (SOCHOROVÁ a kol., 2016).

První zmínka o radikální prostatektomii je roku 1867 od Biliotha. Více dokumentováno je z počátku 20. století.

První laparoskopickou intervencí provedl Georg Kelling roku 1901 v Hamburku a bylo to u psa (KAWACIUK, 2009), (MACEK, 2014).

1 ANATOMIE PROSTATY

Prostata, neboli předstojná žláza, je žláznatý orgán s vlákny hladké svaloviny. Je to mužský orgán, ve kterém se setkávají močové a vývodné pohlavní cesty. Skládá se ze souborů žlázek, které tvoří tři laloky, mezi nimi prochází prostatická část močové trubice. V prostatě se vytváří prostatický sekret, jenž je součástí ejakulátu. Je umístěna v malé pánvi, mezi močovým měchýřem a močovým svěračem, obkružuje močovou trubici (BUCHLER a kol., 2017), (SOCHOROVÁ a kol., 2016).

Chámovody (ductus deferens) a semenné vajíčky (vesicula seminalis) se do prostaty napojují zezadu. Na zadní straně sousedí těsně s konečníkem, což je třeba respektovat při operacích prostaty, jak endoskopických tak i otevřených. Základem histoanatomického dělení je McNealovo zónální členění prostaty, kdy rozlišujeme zónu periferní, centrální a tranzitorní, neboli přechodnou. Karcinom prostaty vzniká především v zóně periferní.

Prostata je malý orgán. U zdravého mladého muže, má velikost 4 x 3 x 2 cm a hmotnost 30-40 gramů (PŘÍLOHA A), (HANUŠ a kol., 2015).

2 KARCINOM PROSTATY

2.1 EPIDEMIOLOGIE

Je nejčastější nádorové onemocnění u mužů. Po karcinomu plic je z onkologických diagnóz druhou nejčastější příčinou úmrtí, podle odhadů Národního onkologického registru, je každý rok nově diagnostikováno 9000 tisíc nových případů (odhad pro rok 2014). Záchyt nově nemocných je dán lepšími diagnostickými možnostmi. Díky lepšímu screeningu a rozvoji diagnostiky se výrazně snížila doba mezi detekcí a klinikou daného onemocnění.

Celosvětově je nejvyšší výskyt u populace Afroameričanů, žijících na Karibských ostrovech, nebo v Severní Americe. Nejnižší výskyt je u asijské populace. V posledních desetiletích došlo k výraznému zlepšení prognózy přežití u pacientů s touto diagnózou (PLINCELNEROVÁ a kol., 2016).

V České republice výskyt onemocnění trvale stoupá. Díky tomu se karcinom prostaty stává závažným celospolečenským problémem, který bude mít narůstající tendenci kvůli stárnutí populace (VORLÍČEK a kol., 2012).

2.2 INCIDENCE A MORTALITA KARCINOMU PROSTATY

S nástupem diagnostiky PSA došlo k nárůstu incidence s mírným poklesem mortality a k zachycení časnějších stádií nemoci (HANUŠ, 2011).

Každoročně je nově diagnostikováno více jak 7000 nových případů, na základě preventivních prohlídek (MOU, 2013).

V Evropě se ročně diagnostikuje 2,6 miliónů nových případů karcinomu prostaty. V České republice se za posledních dvacet let výskyt tohoto onemocnění ztrojnásobil, ale mortalita je třikrát nižší a to kvůli screeningu, edukaci a preventivním prohlídkám.

V roce 2014 bylo v české republice diagnostikováno 6584 s touto diagnózou a zemřelo na ni 1509 pacientů (PŘÍLOHA B), (SKÁCELÍKOVÁ a kol., 2017).

3 ETIOPATOGENEZE

Etiopatogeneze onemocnění není známá, nejsme schopni tomuto onemocnění předejít. Karcinom prostaty ovlivňuje testosteron, což je hlavní mužský pohlavní hormon. Vzniká přirozenou cestou v Leydigových buňkách ve varlatech a v buňkách nadledvin a jeho produkci ovlivňuje hypofýza (KAWACIUK, 2009).

Dalším faktorem je genetická dispozice. Asi 15 % pacientů s touto diagnózou, má výskyt v rodině. *Pouze asi 9 % pacientů má čistě geneticky podmíněný vznik, jedná se o pacienty, kteří mají alespoň tři příbuzné s tímto onemocněním v přímé linii nebo dva přímé příbuzné, kteří onemocněli karcinomem před 55. rokem věku* (PLINCELNEROVÁ a kol., 2016, str. 618).

Z rizikových faktorů jsou studii podloženy pouze vyšší věk, genetická zátěž a etnický původ. Vyšší konzumace kalcia, živočišných tuků, sexuálně přenosné nemoci, kouření, hypertenze, časté záněty prostaty, vliv pesticidů, či jiných chemických látek, jsou faktory, u kterých zatím nebyl výrazný vliv prokázán. Samozřejmě mohou vzniku karcinomu prostaty napomáhat (HANUŠ a kol., 2015), (PLINCELNEROVÁ a kol., 2016).

Klasifikace se soustředí převážně na okruh karcinomů. Záleží, z kterých buněk vzniká.

Adenokarcinom prostaty vzniká ze sekrečních buněk. Tento druh nádoru naprosto převažuje, zhruba 95 %. Vzniká mnohočetně. Šíří se lokálně, prorůstá do periprostatického tuku a semenných váčků. Lymfatickou cestou se šíří do regionálních uzlin. Hematogenně se šíří do skeletu, kdy nejvíce postihuje bederní páteř, pánev. Také metastazuje do plic a do jater, nadledvin. Prorůstá do močového měchýře a rekta, 70 % adenokarcinomů se nachází v periferní zóně žlázy, 20 % v tranzitorní zóně a 10 % v centrální zóně prostaty (KAWACIUK, 2009).

Proto provedení pouze jediné biopsie, může vést k nesprávně negativnímu výsledku, tím pádem ke špatné diagnostice a v podstatě k fatální prognóze (VORLÍČEK a kol., 2012). Další typy nejsou tak časté, je to asi 5 % pacientů.

Hlenotvorný adenokarcinom - jedna z variant karcinomu prostaty. Jedná se o agresivní nádor. Má tendence metastazovat do kostí (KAWACIUK, 2009).

Malobuněčný karcinom se chová podobně jako karcinom plic, je velmi agresivní. Prognóza přežití u pacienta je zhruba jeden rok. U tohoto typu není zvýšená produkce PSA (KAWACIUK, 2009).

Intraduktální karcinom je velice vzácný, asi u 0,4-0,8% diagnostikovaných. Vyrůstá z epitelu prostatických duktů. Dost často způsobuje obstruktivní symptomatologii, což vede k hematurii (KAWACIUK, 2009).

Dlaždicobuněčný karcinom je komplikovaný špatnou prognózou. Nereaguje příznivě na hormonální léčbu a tvoří kostní metastázy (KAWACIUK, 2009).

Karcinom z přechodného epitelu – primární karcinom prostaty má tendenci infiltrovat hrdlo močového měchýře a okolní tkáň, bez poškození močového měchýře, vyskytuje se asi u 1-4 % pacientů (KAWACIUK, 2009).

Mezenchymální nádory zahrnují především sarkomy 0,1-0,2 % všech nádorů, dále také rhabdomyosarkomy (převážně u dětí), leiomyosarkomy (VORLÍČEK a kol., 2012).

Gleasonovo skóre – systém popisující stavbu prostatických žlázek na základě histopatologického výsledku, což je tzv. grading. Je pět stupňů (1-5), kdy velmi diferenciované buňky se hodnotí jako číslo 1 a málo diferencované se hodnotí číslem 5. *Stanovuje se nejčastější a druhý nejčastější Gleasonův stupeň, Gleasonovo skóre je jejich součtem* (HANUŠ, 2011, s. 134). Může nabývat hodnot 2-10. Vyšší skóre, bývá spojeno s horší prognózou, což zvyšuje riziko selhání radikální terapie (PŘÍLOHA C), (HANUŠ, 2011), (VORLÍČEK a kol., 2012).

Klasifikace nádorů

Je stanovený celosvětově používaný systém, který hodnotí rozsah zhoubného onemocnění. Je používán téměř pro všechny typy nádorů. Účelem je lépe formulovat prognózu onemocnění, plánovat a vyhodnocovat výsledky léčby, vzájemná spolupráce pracovišť, výměna informací a rozvoj výzkumu.

Klasifikační systém UICC (Union International Contrele Cancer), (VORLÍČEK a kol., 2012, str. 58), je též označován jako **TNM klasifikace** a má tři kategorie:

T- primární nádor

N- stav spádových uzlin

M- přítomnost x nepřítomnost metastatického postižení

Kdy rozsah nádorového procesu v jednotlivých kategoriích, je určován přidáním čísla za písmeno. Čím vyšší číslo za písmenem je, tím vyšší je rozsah postižení. Pokud hodnotíme X, nebylo vyšetření provedeno, nelze hodnotit (VORLÍČEK a kol., 2012).

U karcinomu prostaty hodnotíme TNM klasifikace z roku 2009, postižení dle rozsahu:

- lokalizovaný - který je omezen pouze na výskyt v prostatě,
- lokálně pokročilý - kdy prorůstá přes prostatické pouzdro, do semenných váčků, nebo do spádových lymfatických uzlin,
- metastatický (HANUŠ a kol, 2015), (PŘÍLOHA D).

3.1 PROGNÓZA

Záleží na stádiu, kdy je karcinom prostaty diagnostikován. Čím dříve je onemocnění diagnostikováno, tím je větší pravděpodobnost vyléčení. Po radikální léčbě onemocnění, je 70 % pacientů bez projevů recidivy. U dalších 20-30 % pacientů je relaps PSA (HANUŠ, 2011).

Pětileté přežití dosahuje 100 % u pacientů, kteří mají lokalizovaný karcinom prostaty, nebo lokálně pokročilý karcinom prostaty, přesahující přes prostatické

pouzdro, nebo když postihuje pánevní mízní uzliny. Při metastatickém rozsevu, přežívá pět let pouze třetina pacientů (ČAPOUN, 2016).

Také záleží na celkovém stavu pacienta, fyzické kondici a na přidružených komorbiditách, duševním zdraví a na rodinném zázemí pacienta.

4 SYMPTOMATOLOGIE

Karcinom prostaty bývá nejčastěji zachycen v období, kdy pacient ještě nemá žádné příznaky. Bývá to v rámci primárního screeningu. Přejde-li pacient s mikčními obtížemi, nemusí se zákonitě jednat o karcinom prostaty. Může se jednat o benigní hyperplazii prostaty. Jen pro upřesnění, v páté dekádě života, bývá hyperplazie přítomna u více jak 40 % pacientů. V šesté dekádě asi u 70 % pacientů.

Nejčastěji přivedou pacienta k lékaři nespecifické mikční obtíže

- časté nutkání na močení,
- oslabení proudu, nutnost použití břišního lisu při močení, nucení na močení,
- dysurie, nykturie, retence.

Příznaky více specifické pro karcinom prostaty, pro lokálně pokročilou fázi onemocnění

- hemospermie,
- obtížná defekace, zácpa,
- nefralgie,
- erektilní dysfunkce,
- lymfedém genitálu,
- lymfedém dolních končetin.

Pokud ani tyto problémy nepřivedou pacienta na vyšetření, mohou se objevit kostní bolesti, patologické fraktury, neurologické příznaky. Toto jsou známky pokročilého metastatického procesu. K tomuto procesu patří i celkové příznaky, slabost, únava, nechutenství, hubnutí a apatie (HANUŠ a kol., 2015), (KAWACIUK, 2009), (VORLÍČEK a kol., 2012).

5 DIAGNOSTIKA

Celoplošný screening (PSA a DRE) v rámci dlouhodobého výzkumu není obecně doporučován. Největším přínosem byl v kategorii 55-69 let. *Screening nemusí vést ke snížení mortality, má negativní výsledky v nadbytečné diagnostice a léčbě nádorů, u kterých je možné aktivní sledování* (MORÁVEK a kol., 2015, s. 214).

Pacient by měl po 50. roce věku navštívit odborné urologické pracoviště a podrobit se vyšetření. Pokud má v rodině výskyt karcinomu prostaty, měl by přijít k lékaři kolem 40. roku života. Preventivní prohlídky je vhodné zahájit u mužů starších 50 ti let života minimálně jednou za dva roky do dovršení 60 ti let věku. Poté jednou ročně (MORÁVEK a kol, 2015).

5.1 ANAMNÉZA

Je jednou z velmi důležitých vyšetřovacích metod. Důležitý je citlivý a empatický přístup k pacientovi, protože se jedná pro některé pacienty o choulostivé téma, kdy se můžou stydět a některé obtíže zatajit.

Osobní anamnéza - lékař ujišťuje prodělané operace, úrazy. Dále se zajímá o životní styl a zvyky pacienta.

Rodinná anamnéza - zjišťuje se výskyt onkologického onemocnění v rodině a jiné závažné choroby, jako DM, ICHS, hypertenze.

Urologická anamnéza - lékař se ptá na urologické obtíže, zda se již pacient na urologii léčí, nebo je dispenzarizován.

Pracovní anamnéza - ptáme se na pracovní prostředí a rizikové faktory, se kterými pacient může při vykonávání své profese přijít do kontaktu. Zjišťujeme, zda se jedná o práci fyzicky či duševně namáhavou. Zda pacient pracuje venku, nebo v uzavřeném

místnosti. Jestli se v přímém kontaktu se škodlivými látkami a zda používá při práci ochranné pomůcky.

Alergická anamnéza - kdy se cíleně ptáme na alergii na léky, nebo jiné alergenů.

Farmakologická anamnéza - obsahuje léky, které pacient užívá.

Epidemiologická anamnéza - ptáme se na cestování do jiných destinací.

Nynější onemocnění - pacient je dotazován na první potíže, které ho přivedly, průběh a charakter obtíží, také na časovou osu výskytu. A veškeré subjektivní obtíže, které pacient má (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010).

5.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Provede se standardní fyzikální vyšetření, kdy je hodnocen celkový stav pacienta. Zahnuje vyšetření břicha, genitálu a vyšetření per rectum. Při palpaci břicha pátráme po eventuálních rezistencích. Také kontrolujeme dolní končetiny a genitál kvůli otokům. Nezbytné je DRE vyšetření prostaty.

Z neinvazivních zobrazovacích vyšetřovacích metod, máme k dispozici USG vyšetření, které nás informuje o velikosti prostaty, přítomnosti residua a stavu horních cest močových (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010). Před vyšetřením per rectum, je vhodné odebrat vzorek krve na PSA.

DRE je digitální vyšetření prostaty, kdy urolog digitálně pacienta vyšetří a může nahmatat prostatu hrbolatou, tužší až kamenně tvrdou, zvětšenou. U pokročilých nálezů je špatně ohraničená. Má jiný tvar i konzistenci. Palpace bývá většinou nebolestivá (HANUŠ a kol., 2015).

5.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Mezi základní vyšetření pacienta patří vyšetření KO+diff., což spolu s koagulací patří do hematologického vyšetření.

Dále se nabírá krev na biochemické vyšetření. Hodnotí se jaterní testy, urea, kreatinin, ionty, glykemie. Důležité je odebrat moč na chemický rozbor a bakteriologické vyšetření (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010). Do biochemického vyšetření patří odběr krve na PSA.

PSA (prostatický specifický antigen), je orgánový specifický marker, který je ukazatelem aktivity prostatické tkáně. Je jedním z nejlepších onkologických markerů, i když **není specifický onkologický** marker. Normální hladina v krvi je závislá na věku a velikosti prostaty. Může být falešně pozitivní, například při zánětu prostaty, po vyšetření per rektum, kolonoskopii, po zavedení permanentního močového katétru nebo PSA může ovlivnit i jízda na kole. U pacientů starších 50 ti let, se doporučuje sexuální abstinence více jak 48 hodin. Ejakulace u této věkové skupiny mužů, může zvyšovat hodnotu PSA (PŘÍLOHA E), (HANUŠ, 2011).

Pokud je hladina PSA vyšší i po kontrolním odběru, který je vhodný za 4-6 týdnů, za stejných podmínek i stejnou metodou, je potvrzené podezření na tuto diagnózu. V klinické praxi pro odlišení karcinomu prostaty od benigní hyperplazie využívá stanovení specifity - poměru volného PSA (fPSA) a celkového PSA (tPSA), (HANUŠ a kol., 2015).

Dále je při potvrzené diagnóze karcinomu prostaty dovyšetřit, zda se jedná o onemocnění lokalizované, lokálně pokročilé, kdy prorůstá kapsulu prostaty, ale není výskyt metastáz. Nebo generalizované, kdy je výskyt metastáz (VORLÍČEK a kol., 2012).

5.4 BIOPSIE

Biopsie prostaty je k diagnostice karcinomu prostaty nezbytná. Je indikována na podkladě DRE vyšetření, nebo při vyšší hladině PSA v séru. Provádí se transrektálně, méně často perineálně (u malé skupiny pacientů, např. u pacientů po amputaci rekta). Vždy pod sonografickou kontrolou (HANUŠ a kol., 2015).

TRUS je transrektální biopsie pod sonografickou kontrolou, kdy je naváděna jehla na podezřelé oblasti. Nejčastější výskyt je v periferní zóně prostaty – 68 % záchytu. Doporučuje se odběr 8, 10, 12 vzorků. Záleží na velikosti prostaty. Dále se může provádět saturační biopsie, která se provádí v analgosedaci. Odebírá se 24 až 36 vzorků.

Pacient by měl být před biopsií řádně připraven, důkladně poučen a vhodná je psychická podpora pacienta. Vyprázdněný konečník klyzmatem a antibioticky zajištěn. Pacienti, kteří užívají léky na ředění krve, je musí vysadit, protože hrozí riziko výskytu krvácení z konečníku, dále hematurie, hemospermie. Mohou se objevit febrilie, celkové známky sepsy.

Rizikový pacienti by měli být i na klasickou biopsii prostaty, kdy se odebírá kolem deseti vzorků, hospitalizováni, aby se zabránilo vzniku komplikací (HANUŠ a kol., 2015), (MORÁVEK a kol., 2015), (National Comprehensive Cancer Network, 2018).

5.5 ZOBRAZOVACÍ METODY

ULTRASONOGRAFIE – je jednou z nezákladnějších zobrazovacích metod na urologických pracovištích. Lékař posoudí velikost, tvar a hmotnost prostaty. Dále vyšetření močového měchýře a ledvin (VÁVŘOVÁ, 2016).

MRI, CT – dostupné zobrazovací metody, které slouží k lokální diagnostice, zjištění anatomických poměrů v pánvi, rozsahu onemocnění a posouzení možné generalizace onemocnění (VORLÍČEK a kol., 2012).

Scintigrafie skeletu – radionuklidové vyšetření, což je nejčastější metoda nukleární medicíny. Scintigrafie zobrazuje patologické změny v kostech dříve, než při použití jiných zobrazovacích metod, např. RTG (VORLÍČEK a kol., 2012).

PET, PET/CT - používá se značené gadolinium a metylcholin. Používá se k časné detekci relapsu po radikální léčbě a při průkazu metastáz (MORÁVEK a kol., 2015).

RTG hrudníku – vhodné doplnit k vyloučení metastáz.

5.6 JINÉ METODY

Nádorově specifický marker PCA3 – hodnotíme z moči pacientů po masáži prostaty, jeho nevýhodou je vysoká cena. Vyšetření není hrazené pojišťovnou a není standardně dostupné (MORÁVEK a kol., 2015).

Náhodný záchyt při vyšetření **resektátů prostaty u pacientů po TURP** pro benigní hyperplázii prostaty.

Stanovení proPSA – specifický marker, který je získáván z krve pacienta. Vede k zpřesnění diagnostického procesu mezi hyperplazií a karcinomem prostaty. Není hrazen z veřejného zdravotnictví. Provádí se pouze v několika odběrových laboratořích (FUCHSOVÁ a kol., 2014).

6 TERAPIE

„Je vyléčení možné tehdy, když je nezbytné, a je nezbytné tehdy, když je možné.“

(Willett F. Whitmor)

Na základě rozsahu onemocnění, klinické a patologické charakteristiky tumoru, věku pacienta, celkovém stavu, předpokládanému dožití, přidruženým komorbiditám a zvyklostem pracoviště volíme formu terapie. Samozřejmě také záleží i na preferencích pacienta.

6.1 KONZERVATIVNÍ LÉČBA

Kdy pacienta sledujeme a léčbu zvolíme až po progresi onemocnění. Bývá hlavně u lokálních karcinomů.

Prosté sledování – Watchfull waiting – vhodné pro starší a polymorbidní pacienty. Bývá u pomalu rostoucích neagresivních karcinomů, s nízkou pravděpodobností vzniku metastáz a možného úmrtí pacienta. Nutno kontrolovat PSA a DRE. Pokud onemocnění progreduje a karcinom metastazuje, je vhodná hormonální léčba (KAWACIUK, 2009), (HANUŠ a kol., 2015).

Aktivní sledování – Active surveillance – bývá doporučeno pacientům mladší věkové skupiny, kteří mají nízkorizikový karcinom prostaty. Většinou bývá mírná elevace PSA. U těchto pacientů je velmi častý zájem zachovat dosavadní kvalitu života, předejít ED, inkontinenci, která může nastat po radikálním řešení. Zvolí se forma léčby, kterou pacient zvolí sám, po rozhovoru s urologem. Je pravidelně sledován. PSA kontrolujeme každých 6 měsíců a doplňujeme vyšetření DRE. Po roce, při nezměněném zdravotním stavu pacienta, se provádí rebiopsie prostaty (KAWACIUK, 2009), (HANUŠ a kol., 2015).

K přerušení této fáze léčby vede např. změna hodnoty PSA (bývá rychlý nárůst). Vyslovení na suspekci při DRE vyšetření. Změna GS v rebiopsii a samozřejmě

pacientovo rozhodnutí o změně terapie, kdy si přeje radikálně řešit aktuální zdravotní stav (HANUŠ, 2011).

6.2 RADIKÁLNÍ LÉČBA

Rozděluje se na radioterapii a chirurgickou léčbu:

Radioterapie – bývá vhodná pro starší pacienty s dalšími komorbiditami, nebo s pokročilejším onemocněním. Je srovnatelná s radikální prostatektomií. *Moderní technologie – radioterapie s modulovanou intenzitou (IMRT), trojrozměrná konformní radioterapie (3D- CRT) a nejnověji obrazem řízená radioterapie (IGRT), možná aplikace vysokých dávek bez zvýšení toxicity pro okolní tkáně* (HANUŠ, 2011, s. 136).

Transperineální brachyterapie – kdy se zářič zavede přímo do tkáně prostaty, není vhodná pro všechny. Pacient by neměl podstoupit v předchozím období TURP. Prostata by měla být menší, PSA menší jak 10 ng/ml. U pacientů bez metastáz a bez lokálního postižení uzlin (HANUŠ a kol., 2015), (HANUŠ, 2011).

Paliativní radioterapie – při včasné aplikaci na metastaticky postižený skelet, přináší pacientovi úlevu od bolestí, zlepšuje hybnost a tím vylepšuje kvalitu života (VORLÍČEK a kol., 2012).

Protonová terapie – perspektivní technika radioterapie, která vede k léčbě karcinomu prostaty. *Vlastností protonového svazku je deponovat vysokou lokalizovanou dávku v určité hloubce pod povrchem, která závisí na energii protonů* (PETERA a kol., 2018, str. 72). Základní vybavení pro protonovou terapii, je urychlovač protonů, dále transportní systém, který vede do jedné, či více ozařoven. A kolimační systém, což je vlastně zaměřovací systém. Výhody protonové terapie, ve srovnání s klasickým fotonovým ozářením pacienta jsou, cílené zaměření s přesností na milimetry, absence výstupní dávky záření, minimální boční rozptyl. Menší dávka záření do okolních tkání, svalů, kostí.

Protonová terapie není v evropských, ani v českých doporučených postupech, jako standardní terapie lokalizovaného karcinomu prostaty. V doporučených postupech EAU je protonová terapie zmíněna jako možnost pro klinické studie.

Riziko vedlejších účinků u protonové terapie, může být v podstatě vyšší než u klasického ozařování, kdy může být postižení močového měchýře, či rekta. Prospektivní studie kvality života mezi protonovou léčbou a ozařováním neprokázala žádné rozdíly ve výsledcích v oblasti močové inkontinence, ED a střevních (rektálních) poškození, (PETERA a kol., 2018), (MOTTET a kol., 2017).

Chirurgická léčba karcinomu prostaty – radikální prostatektomie - vhodná u pacientů s lokalizovaným karcinomem, s očekávanou délkou života nad 10 let a bez závažným komorbidit.

Radikální prostatektomie spočívá v odstranění prostaty včetně kapsuly a semenných váčků a následnou anastomózou mezi hrdlem močového měchýře se zadní močovou trubicí. Vždy se jedná o výkon obtížný, který by měl provádět zkušený operátor.

Překážkou operačního výkonu není ani kompenzovaný DM, ani ICHS. Věk pacienta též není limitující. Možnost úplného vyléčení je závislá na řadě faktorů.

Nejdůležitějším krokem po stanovení rozhodnutí operačního výkonu, je rozmluva s pacientem. Vysvětlení možností dlouhodobých výsledků nejen onkologických, ale i funkčních. Což je možnost inkontinence po operačním výkonu a také erektilní dysfunkce (GREPL, 2010), (HANUŠ a kol., 2015).

Metody radikální prostatektomie:

- **Radikální retropubická prostatektomie** – otevřený výkon, poprvé popsán Walsh v roce 1979,
- **Radikální perineální prostatektomie** – též otevřený výkon, méně častý,
- **Laparoskopická radikální prostatektomie** – transperitoneální techniku provedl poprvé v roce 1992 Schuessler. Převážně díky francouzským urologům,

kteří popsali přesně kroky výkonu a zasloužili se o její rozšíření. A v jejich domácím prostředí v Paříži, se učili i čeští urologové (NOVÁK, 2016),

- **Endoskopická extraperitoneální radikální prostatektomie (EERP)** – popsána na přelomu tisíciletí. Tato metoda, díky výhodám miniinvazivního přístupu, vedla k výraznému zkrácení doby operačního výkonu. Ve srovnávání s klasickou laparoskopickou transperitoneální RP, vede nejen ke kratší době výkonu, ale i snižuje riziko komplikací. Redukuje anatomické limity, jako je např. obezita pacienta, nebo předchozí břišní operace. U pacienta je 4-5 malých incizí pro porty (PŘÍLOHA F),

Nevýhodou EERP může být omezený prostor u provádění lymfadenektomie a větší riziko vzniku lymfokély (HANUŠ, 2011), (NOVÁK a kol., 2014).

- **Roboticky asistovaná radikální prostatektomie** - umožňuje simulovat pohyby zápěstím, prostorové vidění 3D umožňuje lepší orientaci, zvětšení operačního pole, přesnější diferenciaci nervově cévních svazků, lepší suturu uretrovezikální anastomózy. Operatér nesedí u pacienta, ale u konzole, mimo operační stůl. První asistovaná radikální prostatektomie byla provedena v roce 2001 v některých Evropských centrech. V roce 2002 byla poprvé provedena v USA, kde se 80 % provádí tímto způsobem. Ne každé pracoviště disponuje tímto vybavením, jeho nevýhodou je velice vysoká pořizovací cena (HANUŠ a kol., 2015), (KAWACIUK, 2009).

Průběh rekonvalescence:

První den po výkonu je vhodná časná mobilizace pacienta. Redonův drén, který pacient po výkonu má, se extrahuje dle sekrece a dle operátora. Většinou to bývá první až třetí den po výkonu. Po extrakci drénu, mobilizaci pacienta, obnovení střevní peristaltiky a přiměřenému pooperačnímu průběhu, může být pacient propuštěn a odchází s PMK.

U pacientů je vhodné zahájit časnou rehabilitaci. Časná rehabilitace po výkonu, je zaměřená na dechovou RHB a včasnou mobilizaci pacienta. Důležité je udržet pohyblivost pacienta. Zaměřujeme se na aktivní i pasivní RHB.

Zhruba pátý den po operačním výkonu, začíná fyzioterapeut s edukací v rámci cviků na zlepšení funkce pánevního dna. Pacient je fyzioterapeutem důsledně edukován, dostává edukační materiály a nacvičuje RHB pod dohledem fyzioterapeuta. Poté je vhodné samostatné cvičení. Cviky by měl pacient provádět s vyprázdněným močovým měchýřem, pravidelně, v klidném prostředí a zvyšovat frekvenci opakování (JANSKÁ, 2008), (NOVÁK a kol., 2014).

Cystografie – RTG vyšetření močového měchýře pomocí kontrastní látky, která se zavádí přes PMK. Kdy zjišťujeme těsnost uretrovezikální anastomózy – únik kontrastní látky anastomózou. Pokud není popsán na RTG žádný zátok kontrastní látky, PMK je extrahován. Uniká-li kontrast anastomózou, katétr se ponechává ještě několik dní. Závisí na rozhodnutí operátora. Vyšetření je bez přípravy, provádí se většinou sedmý den od výkonu. Pacient by měl mít negativní výsledek kultivace moči.

U pacientů po otevřené radikální prostatektomii, je PMK ponechán na devět až dvanáct dní. Též závisí na okolnostech jako u laparoskopických výkonů. Extrakce epicystostomie a drenáže závisí na průběhu rekonvalescence. Extrakce stehů závisí na zhojení rány.

Po operaci je nutná rekonvalescence, která trvá čtyři až šest týdnů po operaci. Je doporučeno nezvedat těžká břemena. Neprovádět těžkou fyzickou aktivitu, jako je posilovna, práce na zahradě. Nejezdit na kole, neběhat. Pacientova pracovní neschopnost se odvíjí od typu zaměstnání a fyzické náročnosti povolání (MORÁVEK a kol., 2015), (ČAPOUN a kol., 2016).

Komplikace u radikálních prostatektomií:

Mohou být **časné**:

- kdy po provedeném operačním výkonu, je nutná revize pro krvácení (vždy otevřená), podání transfúze, poranění rekta, rektoanastomotická píštěl, což může vést až k založení terminální sigmoideostomie. Únik kontrastu anastomózou. Žilní trombóza, případně plicní embolie. Vznik urinomu, což je častá časná x pozdní komplikace, kdy se jedná o patologickou kolekci tekutiny v retroperitoneu, která se hromadí mimo vývodné močové cesty. Urinom se řeší drenáží (NOVÁK a kol., 2014), (NOVÁK, 2016).

A komplikace **pozdní:**

- mezi ně patří hlavně inkontinence a erektilní dysfunkce, což jsou komplikace způsobeny poruchou cév a nervů, které probíhají okolo prostaty. Mohou být při operaci přerušeny nebo poškozeny podvazem nebo koagulací (KAWACIUK, 2009).

Inkontinence – totální inkontinence naštěstí není úplně častá, nedosahuje 5 %. Určitý stupeň inkontinence udává 25 % pacientů. Léčba se odvíjí od doby operace. Do jednoho roku od výkonu, se pacientovi doporučuje rehabilitační léčba. Doporučují se cviky na posílení pánevního dna, tzv. Kegelovy cviky. A medikační terapie anticholinergiky. Zlepšení kontinence je možné až do dvou let od výkonu. Lepší výsledky mají pacienti do šedesáti let věku (NOVÁK a kol., 2014), (KAWACIUK, 2009).

U trvající inkontinence se může volit kondomový urinál, nebo operační léčba, což je tzv. Argus sling (výkon v oblasti bulbární uretry). *Kdy je cílem zvýšit uretrální odpor a eliminovat intrinsicfnkterickou deficienci* (ŽENÍŠEK, 2010, s. 28), (VYTEJČKOVÁ, 2013).

Další operační výkon je implantace AMS 800 (operační výkon, kdy se provede implantace umělého svěrače uretry). Pro tento výkon je několik kritérií, pacienti jsou na čekací listině (ŽENÍŠEK, 2014).

Erektilní dysfunkce – je stav, kdy pacient není schopen udržet erekci penisu v dostatečné tuhosti, po dostatečně dlouhou dobu, která je nutná pro kvalitní pohlavní styk. Funkční výsledky se u této kategorie pacientů obtížně hodnotí. Faktory ovlivňující hodnocení dysfunkce jsou, věk pacienta, stav erekce před operačním výkonem, motivace k léčbě dysfunkce, cévní onemocnění, způsob operace – šetření, či nešetření nervově cévních svazků (záleží na perioperační histologii), (NOVÁK a kol., 2014).

Spontánní erekci po výkonu nemá 30-100% odoperovaných pacientů. Kromě vhodně zvolené farmakologické léčby erektilní dysfunkce, je vhodná komunikace s pacientem.

Nutnost vysvětlení a edukace ohledně komplikací již před výkonem a psychická příprava. Pokud pacient nezvládá situaci dysfunkce po psychické stránce, je vhodné

doporučit eventuálně klinického psychologa, psychoterapeuta, androloga, popř. sexuologa. Vhodná je i terapie s partnerkou. Důležité je motivovat pacienta. Podněcovat ho ke spoluúčasti na léčbě, nejen jeho, ale i blízké okolí. Manželka, partnerka, přítelkyně (HARSA, 2016).

Další pozdní komplikace jsou:

Striktura anastomózy, lymfokéla, prevesikální hematom, serom, striktura uretry (NOVÁK a kol., 2014).

Zhodnocení výsledků radikální léčby:

Po radikální prostatektomii klesá hladina PSA velmi rychle. Záleží na předoperační hodnotě. Během několika dnů od výkonu, může PSA dosáhnout neměřitelných hodnot. První kontrolní PSA po výkonu se doporučuje odebrat za tři měsíce. Poté každé tři měsíce do jednoho roku od výkonu. K tomu patří i DRE vyšetření.

Kontroly pacienta se postupně prodlužují, jakýkoli vzestup, ukazuje na progresi onemocnění.

Po radikální radioterapii může PSA nejprve vystoupat, poté většinou klesne. U 30-60 % pacientů dosáhne neměřitelných hodnot (VORLÍČEK a kol., 2012), (ČAPOUN a kol., 2016).

6.3 HORMONÁLNÍ LÉČBA

Hormonální terapie – základní metodou u primárně metastatického karcinomu. *Asi 80 % je karcinom androgen - dependentní, léčba lokálně pokročilého KP je založena na hormonální manipulaci, androgenové deprivaci, tj. eliminaci nebo supresi cirkulujících androgenů* (HANUŠ, 2011, s. 137).

Často se provádí chirurgická kastrace – bilaterální orchiektomie. Má okamžitý a trvalý efekt. Samozřejmě má nežádoucí účinky, návaly horka, impotence, psychologický efekt. Dále využíváme medikamentózní kastraci (HANUŠ, 2011).

Při selhání léčby, progresi onemocnění, nárůstu PSA, metastatickém postižení přecházíme k **chemoterapii**. Nejčastěji se aplikuje mitoxantron, estramustin, docetaxel. Cílem je zlepšit kvalitu života pacienta. Ovlivnit délku života. Ulevit pacientovi od bolesti.

Další možná léčba bisfosfonáty, k prevenci kostních komplikací u metastáz. Cílená radioterapie, analgetika, aplikace radionuklidů (HANUŠ, 2011), (CORNFORD a kol., 2017).

7 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacient před plánovaným operačním výkonem přichází většinou o jeden den dříve. Měl by mít kompletní předoperační vyšetření, s lékařem podepsaný souhlas s výkonem a souhlas s hospitalizací a sepsaný kompletní příjem.

Sestra se pacientovi představí a odvede ho do prostředí vhodného k sepsání ošetrovatelské dokumentace. Po kontrole identifikace, dá pacientovi na ruku identifikační náramek. Hned od začátku je nutný empatický přístup. Je nutno dbát na zachování soukromí pacienta, dále sestra změří fyziologické funkce.

Sepsání ošetrovatelské dokumentace, kdy od pacienta zjistíme anamnézu. Zjišťujeme, pro jaké choroby se pacient léčí, užívání medikace, zda pacient kouří, užívá drogy, či alkohol. Dále se ptáme na alergie. Zhodnotíme celkový stav pacienta, míru schopnosti sebezpečí.

Sestra stanoví aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy, poté stanoví plán ošetrovatelské péče, který dle možností realizuje.

Pacienta odvede na pokoj, kde mu ukáže vybavení, signalizaci a jak se ovládá. Na pokoji má pacient možnost přečíst práva pacientů. Po provedení edukace, podepíše pacient ošetrovatelskou dokumentaci. Dále je seznámen s režimem a chodem oddělení. Nutno dbát na potřeby pacienta a ke každému přistupovat individuálně a s empatií.

7.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Samotná příprava k operaci spočívá ve vhodné přípravě pacienta, je stejná jako u chirurgických výkonů v oblasti dutiny břišní. Nejen edukační rozhovor, ale i fyzická příprava, která zahrnuje prevenci TEN. Aplikace nízkomolekulárního heparinu a kompresní punčochy. Dále je vhodná střešní příprava. Záleží na standardech pracoviště, nebo na požadavcích operátora. Dříve byl pacient připravován pomocí

Fortransu. Nyní stačí rektálně podané Salynické klyzma a pacient zůstává lačný. Zajištění celkové čistoty pacienta.

Profylakticky podaná ATB dle ošetřujícího lékaře před výkonem jsou samozřejmostí. Stejně jako premedikace dle anestezie (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010).

Před odjezdem pacienta na sál, je nutné zkontrolovat, zda má podepsány informované souhlasy s operačním výkonem, i s anestezí. Dohlédnout na hygienu, obléci košili, ve které pojede na sál, změřit fyziologické funkce, zkontrolovat, zda na sobě nemá šperky, hodinky. Sundané brýle a vyndanou zubní protézu, čočky. Dále sestra zavede periferní žilní katétr a po celou dobu je empatickým přístupem pacientovi oporou a snaží se minimalizovat projevy strachu a pacienta povzbudit. Po aplikaci premedikace zajistit bezpečnost pacienta až do převozu na sál (SOCHOROVÁ a kol., 2016).

7.2 POOPERAČNÍ PÉČE

Po výkonu je pacient předán na JIP. Kde je sledován na monitorovaném lůžku přibližně 24 hodin. Sestra sleduje obnovení bdělosti a vědomí. Dále sleduje fyziologické funkce, odpad z drénu, bilanci tekutin, krvácení, zvracení. Péče o PMK, drény a epicystostomii. Kontroluje prosáknutí obvazu a ránu, sleduje psychický stav, hodnotí a monitoruje bolest a vše důsledně zapisuje. Sestra podává medikaci dle ordinace lékaře (analgetika, antibiotika, infuzní terapie). Provádí ordinovaná vyšetření, sleduje výsledky. Pečuje o postupnou realimentaci pacienta a dutinu ústní, o hygienu, vyprazdňování, bilanci tekutin, rehabilitaci a celkový stav pacienta. Snaží se včas zachytit možné pooperační komplikace. Pokud je pacient v pořádku, je následující den přeložen na standardní oddělení.

Cílem ošetrovatelské péče je minimalizovat pooperační komplikace, zajistit správný průběh rekonvalescence, tlumit bolest. Být pacientovi oporou a správně provést edukaci (JANÍKOVÁ a kol., 2013), (SOCHOROVÁ a kol., 2016).

Multioborový přístup s účastí urologů, onkologů, anesteziologů, rehabilitačních pracovníků, psychologů a dalších specialistů je důležitý pro udržení a zlepšení kvality života pacienta, správné diagnostiky. Stanovení vhodného postupu léčby. Nekomplikovaný operační a pooperační průběh. Správná rekonvalescence. Tlumení bolesti, minimalizování nežádoucích účinků, výběr vhodných inkontinenčních pomůcek.

Osvěta v rámci preventivních programů a různých akcí, je nesmírně důležitá.

8 PREVENCE

Projekty MZČR v rámci prevence karcinomu prostaty, kdy cílem je zvýšit informovanost v problematice prevence, diagnostiky a léčby v populaci. Prostřednictvím internetového portálu, medializací problematiky a vydáváním informačních materiálů (ZACHOVAL a kol., 2018).

Primární prevence – se zaměřuje na zdravé jedince, kdy jde o snižování rizikových faktorů, majících vliv na maligní onemocnění. Boj proti kouření, boj s alkoholismem, ochrana kůže před nadměrnou expozicí slunečního záření, vakcinace a výchova ke zdravému životnímu stylu i zdravé výživě.

Sekundární prevence – se zaměřuje na dosud neodhalené onemocnění, většinou v plně vyléčitelném stádiu. Časná detekce, preventivní prohlídky. Dispenzarizace pacientů s výskytem karcinomu prostaty v rodině.

Terciální prevence- má za cíl zachytit případný návrat onkologického onemocnění po primární léčbě a bezpříznakovém období.

Kvartérní prevence – předchází důsledkům nevléčitelného onemocnění, které je ve fázi progredující. A může snižovat kvalitu zbylého života (ZACHOVAL a kol., 2018).

Každoročně se setkáváme s akcí MOVEMBER. Nezávislá charitativní organizace působící globálně. Vyzývá muže, aby změnili svůj vzhled a tím celkově tvář mužského zdraví. V rámci MOVEMBRU si muži nechají každého roku v měsíci listopad, růst knír. Hovoří o svém zdraví, mají možnost účasti na preventivním vyšetření (odběr PSA, DRE vyšetření). Jedná se především o onkourologické problémy. Spojené s charitativními příspěvky. Z těchto příspěvků se sponzorují také nové přístroje pro urologická pracoviště. Odkazy na stránky s urologickou problematikou, prevence (PŘÍLOHA G).

9 OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA

Cílem této části práce, která je zaměřená na část praktickou, je popsat ošetrovatelskou péči u vybraného pacienta po laparoskopické radikální prostatektomii a stanovit aktuální ošetrovatelské problémy, zformulovat ošetrovatelské diagnózy, stanovit plán a realizace.

Informace pro naši část bakalářské práce, jsme získaly ze zdravotní dokumentace pacienta, pozorováním, rozhovorem při sepsání ošetrovatelské dokumentace.

Vypracování ošetrovatelského procesu proběhlo na urologickém oddělení. Pro sběr anamnestických údajů týkajících se pacienta, byl použit model funkčních vzorců zdraví, podle Marjory Gordon. Dle NANDA I Taxonomie II 2015-2017, byly stanoveny aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy, na základě zjištěných ošetrovatelských problémů, které poté byly sestaveny podle priorit. Stanoven ošetrovatelský plán, realizace a v konečné fázi zhodnocení ošetrovatelského procesu.

Dle zákona č. 101 / 2000 Sb o ochraně osobních údajů, jsou následující identifikační údaje smyšlené.

Časová data a identifikační údaje pacienta byly změněny z důvodu dodržení díkce platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: X. Y.

Datum narození: XX. XX. 1950

Rodné číslo: 50.....

Věk: 68 let

Pohlaví: muž

Stav: ženatý

Vzdělání: základní

Zaměstnání: starobní důchodce, dříve řidič kamionu

Státní příslušnost: česká

Datum a čas příjmu: 9. 11. 2018 v 10,15 hod.

Typ příjmu: plánovaný

Oddělení: urologie

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Mám nádor, pan doktor mi řekl, že operace by mě mohla vyléčit. A já mu věřím.

Medicínská diagnóza hlavní:

C61. Zhoubný novotvar předstojné žlázy

Medicínská diagnóza vedlejší:

E78.0 Hypercholesterolémie

K25 Vředová choroba gastroduodenální - chronická léze žaludku

N20.1 Ureterolithiáza

N28.1 Cysta ledviny

R31 Hematurie

I83.9 Varixy DK

M54.5 VAS bederní páteře

Hodnoty a údaje zjištěné při příjmu pacienta:

TK: 130/85mmHg

TF: 89/min

D: 14/min

TT: 36,1 ° C

Výška: 180 cm

Hmotnost: 89 kg

BMI: 24, 47

Pohyblivost: Neomezená

Orientace místem, časem, osobou: Orientován

Stav vědomí: Při vědomí

Řeč, jazyk: Plynulá, hovoří česky

Krevní skupina: A pozitivní

Nynější onemocnění:

Pacient s biopticky verifikovaným karcinomem prostaty, plánovaně přijat k endoskopické extraperitoneální radikální prostatektomii. Toho času se cítí dobře, bez výraznějších obtíží, bez bolestí, dušnosti. Stenokardie neguje. V anamnéze hematurie od roku 2016, postupná elevace PSA. Občasné bolesti v levém třísele a erekce prakticky není. Dle slov pacienta. *Nic mi není, občas mě bolí záda, a čůrám krev. Jenže to dělá i ta cysta co mám v ledvině. Jinak si připadám dobře.*

Informační zdroje: pacient, zdravotnická dokumentace

Sepsání ošetrovatelské dokumentace probíhalo po přijetí pacienta, kdy byl odveden na pokoj, kde byl sám. Po empatické edukaci ohledně běžného chodu oddělení, ukázání manipulace s lůžkem a signalizací, která byla potvrzena zpětnou vazbou pacienta, byl dán pacientovi čas na vybalení a zabydlení na pokoji. Teprve potom, proběhl rozhovor, kontrola fyziologických funkcí a fyzikální vyšetření. Během komunikace s pacientem byl prostor na jeho dotazy a tím i zmírnění jeho obav.

9.1 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka zemřela tragicky v 50 letech, do té doby se s ničím neléčila.

Otec zemřel v 65 letech na AIM. Léčil se s hypertenzí a DM, který byl korigován perorálními antidiabetiky.

Sourozenci: sestra (68 let, dvojče), léčí se s depresivním syndromem, má hypertenzi. Bratr (64 let), má varixy, před deseti lety měl úzkostnou poruchu, pro kterou byl hospitalizován v psychiatrické léčebně. Od té doby je dispenzarizován.

Děti má dvě. Syn (34 let), s ničím se neléčí a má chlapce dvojčata, která jsou zdravá. Dcera (38 let), více neví. Nestýkají se.

Osobní anamnéza

Pacient v dětství prodělal běžná dětská onemocnění. Vážné zdravotní obtíže zatím neměl. Pouze v nedávné době úraz spojený s hospitalizací, kdy se při vystupování z kamionu netrefil na schůdky a spadl. Zlomil si pravou dolní končetinu a nos. Jinak od roku 2010 léčen pro vysoký cholesterol, který má korigovaný pravidelným užíváním medikace a lehkou dietou. V roce 2012 pro bolesti žaludku provedena gastroskopie, kdy zjištěna chronická léze, nasazena léčba, po kontrolní gastroskopii, již bez intervencí. Medikaci má pouze při obtížích. Chronický VAS bederní páteře, dle pacienta 10 let. Od roku 2016 hematurie, kdy zjištěna cysta pravé ledviny, ureterolithiáza. Bez nutné intervence, pouze dispenzarizace. Nyní je hospitalizován podruhé. Jiné úrazy neměl. Transfuze nepodány.

Očkování

Dle standardního očkovacího kalendáře. TAT 7/2015. Na doporučení praktického lékaře přeočkován Vaxigrip Tetra10/2018, Pneumo 23 10/2018.

Tabulka 1 Farmakologická anamnéza

Název léku	Léková forma	Síla	Dávkování	Skupina
Torvacard	Tbl.	20 mg	0-0-1	Atorvastatinum Hypolipidemikum
Helicid	Enterosolventní tvrdá tobolka	20 mg	Při obtížích	Omeprazolium Antiulcerózium, Inhibitor prot.pumpy
Detralex	Tbl.	500 mg	Při obtížích	Diosmin,kombinace Venofarmakum

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacienta, 2018

(INPHARMEX , 2014)

Sociální anamnéza

Pan X. Y. je ženatý již 40 let. S manželkou žijí sami v rodinném domku o velikosti 3+1. Mají domácí zvířata. Péči o dům a zahradu zvládají zatím dobře. Pomoc dětí, potřebují minimálně.

Rád pracuje na zahradě, chová zvířata. Spolu s manželkou chodí na dlouhé procházky. Berou sebou psa. V létě rád rybaří. Jinak rád luští křížovky a čte detektivky.

Když s manželkou můžou, velmi rádi hlídají synova vnoučata. Tříletá, velmi živá, dvojčata.

Pracovní anamnéza

Pan X. Y. má ukončené základní vzdělání. Nic ho nenutilo k tomu, aby studoval. V mládí pracoval jako pomocný dělník v pekárně, tamtéž začal pracovat jako pomocný řidič. A po několika letech začal pracovat jako řidič kamionu.

Dneska je ve starobním důchodu, přibližně 5 let. Když má čas a je ho potřeba, chodí vypomáhat do firmy, kde pracoval. Jezdí krátké trasy po Čechách, nyní už jen s malou dodávkou. A je za to velice rád.

Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Kontrastní látky: neguje

Potraviny: neguje

Jiné: neguje

Urologická anamnéza

Pacient byl poprvé na urologii, když mu bylo 57 let. Dříve ho na urologii v rámci dispenzarizace posílala praktická lékařka, odmítal. Poté chodil nepravidelně, od roku 2012 chodí každý rok. Asi tři roky zpátky udává obtíže s močením, kdy objevil krev v moči. Od té doby chodí na kontroly pravidelně.

Samovyšetření varlat neprovádí. Dle slov pacienta: *Od toho přeci chodím k doktorovi, ne?*

Poslední návštěva urologa před hospitalizací byla 29. 8. 2018, kdy s ním řešil pozitivní výsledek biopsie a termín nástupu k hospitalizaci.

Abúzus

Kouří asi 20 cigaret denně, po dobu 30 let. Snaží se kouření omezit, ale moc mu to nejde. Obzvlášť poslední tři měsíce, kdy udává větší nervozitu. Alkohol pije občas, tak 3 piva za týden. Do restaurace na pivo nechodí.

Káva je pro pacienta dle jeho slov: *Životabudič, bez kterého bych ráno ani nevstal z postele, kávu mám moc rád. A nejlépe ji umí manželka, která má na kávu speciální stroj.* Denně v průměru vypije 5 káv. Drogová, či léková závislost – neguje.

Spirituální anamnéza

Dle slov pacienta: *Věřím tomu, že pokud se má něco stát, tak se to prostě stane. Ve svém životě ničeho nelituji a nic zlého jsem neprovedl. Smrti se nebojím. Občas zajdu do kostela, ale jen s manželkou. Mám rád to ticho a zvláštní klid.*

V Boha nevěří, s žádnou církví nesympatizuje.

9.2 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU

V den příjmu, 9. 11. 2018, bylo provedeno sepsání ošetrovatelské dokumentace a provedení vyšetření fyzikálního stavu pacienta. Kdy byla použita pacientova zdravotnická dokumentace, pozorování a fyzikální vyšetření podle modelu Marjory Gordon.

Posouzení zdravotního stavu bylo provedeno první den po výkonu, tedy 11. 11. 2018, po překladi z JIP na standardní oddělení, pro lepší stanovení ošetrovatelských problémů a následně ošetrovatelských diagnóz pro naši bakalářskou práci.

VYŠETŘENÍ POHLEDEM

Celkový vzhled pacienta – upravený, čistě oblečený, působí klidným dojmem

Hlava – bělmo bílé, spojivky růžové, oči, uši a nos bez sekrece

Výraz tváře – normoformický, klidný

Dutina ústní – zuby má své, chybí mu stolička vpravo dole, k zubaři chodí jednou za dva roky, relativně pravidelně. Hrdo klidné, bez známek zánětu.

Jazyk není povleklý, plazí středem. Vlhký. Rty nejsou oschlé, bez projevů herpetické infekce.

Kůže – bez ikteru a cyanózy, s drobnými oděrkami v oblasti malých kloubů na obou horních končetinách. Bez známek dekubitů, otoků, dekubitů.

Vlasy – šedé, husté. Krátkého střihu.

Ochlupení – normální mužské ochlupení šedé barvy

Nehty – čisté, krátce zastřižené, bez defektů

Stav vědomí – při vědomí, orientován časem, místem i osobou

Dýchání – pravidelné, klidné, bez pískotů, či jiných vedlejších fenoménů

Chůze a abnormální pohyby – normální, stabilní

Poloha, postoj – nyní sedící, při stoji mírně shrbený

VYŠETŘENÍ POKLEPEM

Čerpáno z dokumentace pacienta a rozhovorem s ním.

Hlava

Subjektivně: *Hlava mě nebolí, na bolesti hlavy vůbec netrpím.*

Objektivně: Hlava na poklep nebolestivá, bez známek traumatu, bez deformit.

Hrudník

Subjektivně: *Bolesti na hrudi jsem nikdy neměl.*

Objektivně: Nebolestivý poklep, na obou stranách stejný. Normální nález.

Břicho

Subjektivně: *Bolesti břicha mám, když se přejím, poslední dobou se snažím nepřejídat. Občas mám pocit bolestivosti v třísele, která vystřeluje do břicha. Na stolici chodím pravidelně každý den, jiné problémy nemám.*

Objektivně: Poklep diferencovaný bubínkový.

Reflexy

Stisk rukou, na obou horních končetinách stejný.

VYŠETŘENÍ POHMATEM

Hlava a krk

Hlava bez známek deformit, fraktur. Štítná žláza nezvětšená, uzliny jsou nehmatné.
Pulzace na a. carotis hmatná.

Hrudník a prsy

Hrudník symetrický, bez rezistence a bolestivosti. Prsy mužské. Bradavky normálního tvaru, nejsou vpáčené, bez sekrece.

Břicho

Měkké, nebolestivé, bez patologických rezistencí. Játra a slezina nejsou hmatné.

Pohybové ústrojí a cévy

Subjektivně: *Občas mě bolí záda, nesmím dlouho sedět. A taky pravá noha, kde mám křečové žíly, ta noha občas otéká.*

Objektivně: Páteř na pohmat mírně bolestivá hlavně v oblasti bederní páteře. Hybnost zachována. Velké klouby klidné, bez bolestivosti a patologických deformit.

Končetiny bez otoků, hmatných rezistencí. Pouze varixy na pravé dolní končetině v oblasti lýtka. Nebolestivé, hmatné a bez známek zánětu.

VYŠETŘENÍ POSLECHEM

Srdce a a. carotis

V normě, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené bez šelestů. Při zadržném dechu pacienta, nejsou slyšitelné šelesty ani jiné fenomény na a. carotis.

Plíce

Dýchání čisté, sklípkové. Bez vedlejších dýchacích fenoménů, vpravo dýchání výrazně oslabené.

Břicho

Peristaltika slyšitelná.

Vyšetření per rectum

Prostata mírně zvětšená, hladká, nebolestivá. Celkově tužší, bez stop krve na rukavici.

9.3 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Po sepsání ošetrovatelské dokumentace a fyzikálním vyšetření, je pacientovi umožněno, aby se zorientoval v chodu oddělení, v klidu si vybalil svoje osobní věci a naobědval se.

V odpoledních hodinách navštíví pana X. Y. anesteziolog, který s ním sepíše anesteziologickou dokumentaci. A upřesní pacientovi pravděpodobný čas operačního výkonu.

Dále za pacientem přichází lékař, který bude pacienta operovat. S pacientem se seznámí a je prostor na komunikaci mezi lékařem a pacientem. Také probíhá kontrola podpisu informovaných souhlasů.

Sesterská příprava spočívá ve vyprázdnění střev, kdy je ve večerních hodinách pacientovi zavedeno Salinycké klyzma rektálně. Následně je edukován o vhodnosti minimálně 20 minutového udržení daného roztoku v konečníku.

Po vyprázdnění je doporučeno nepřijímat per orální stravu. Do půlnoci může přijímat tekutiny. V tomto případě, kdy je pacient kuřák, může také do půlnoci kouřit a je dovolena jedna káva. Od půlnoci by měl být lačný. Je opakovaně edukován o tomto režimu.

Ve večerních hodinách je aplikována premedikace ordinovaná anesteziologem. Její součástí je podkožně aplikovaný Fraxiparine 0,4 ml. Per orálně podaný Frontin 0,5 mg je pacientovi podán až ve 22 hodin. Předtím je doporučena celková hygiena, kterou pacient X. Y. zvládl sám.

Dále je poučen o nutnosti sepsání cenností, které je možno ráno před výkonem uzamknout do trezoru na oddělení a přípravy věcí na JIP. Na JIP by měl mít léky, které trvale užívá, základní hygienické pomůcky, věci osobní potřeby, jako je například kniha, křížovky, malé rádio, sluchátka.

V den výkonu 10. 11. 2018, byly pacientovi změřeny fyziologické funkce (TK: 140/85, P: 79/min a TT: 36,4°C). Všeobecnou sestrou zkontrolováno užití medikace dle anestezie, kdy byl ordinován Helicid 20 mg cps p.o. Pacient zapil půl sklenkou vody. Je znovu edukován o nutnosti lačnění. Poté provedl celkovou tělesnou hygienu, kterou zvládl sám, bez nutné dopomoci personálu.

V 8,30 je voláno ze sálu o premedikaci pacienta. Všeobecná sestra zavádí periferní žilní katétr velikosti G 20, do levého předloktí, po kontrole aspirace krve do spojovací hadičky a fixaci je intravenózně aplikován Augmentin 1,2 g., který je rozředěn do 20 ml fyziologického roztoku. Pacient je poslán na toaletu. Převleče se do košile a obleče si nemocniční košili a BDK. Po uložení na lůžko, zapíše malým množstvím Frontin 0,5 mg. Na cílený dotaz, který se týká zubní protézy, šperků pacient odpovídá negativně. Poté je všeobecnou sestrou vše zapsáno s časem podání a razítkem s podpisem sestry do perioperačního protokolu. Znovu probíhá kontrola dokumentace.

Po příjezdu sanitáře, je identifikační kontrola pacienta, kontrola zdravotnické dokumentace, podepsáno předání a převzetí pacienta mezi všeobecnou sestrou a sanitářem, opatřeno časem a razítky personálu a pacient je odvezen na operační sál.

Po výkonu je pacient přeložen na JIP, kde je monitorován do druhého dne 11. 11. 2018 v 10,00 je stabilizovaný pacient přeložen na standardní oddělení. Na JIP vertikalizován, překládán se zavedeným PMK, Redonovým drénem, PŽK.

9.4 UTRŽENÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Posouzení proběhlo 11. 11. 2018, což je třetí den hospitalizace a první den po operačním výkonu.

1. Doména PODPORA ZDRAVÍ

- Uvědomění si zdraví,
- Management zdraví.

Subjektivně: *Jsem rád, že mám operaci za sebou, na prohlídky budu chodit dřív. Nebudu to nechávat na poslední chvíli, teď ještě záleží na výsledku histologie. A pak uvidím. Možná přestanu i kouřit.*

Objektivně: Pacient plně spolupracuje, k pooperačnímu režimu se staví zodpovědně, dbá na daná doporučení ze stran personálu. Cítí se relativně dobře.

Ošetrovatelský problém: závislost na tabáku

Priorita: nízká

2. Doména VÝŽIVA

- Příjem potravy,
- Trávení,
- Vstřebávání,
- Metabolizmus,
- Hydratace.

Subjektivně: *Teď mám dietu, zatím nemůžu nic jíst, ani nemám chuť. Dostávám pouze bujon, piškoty a kaši. Zítřka už bude normální jídlo. A pití mi také moc nejde. Na zvracení mi není, plyny začínají pomalu odcházet.*

Objektivně: Pacient přijímá potravu per orálně, nyní pouze O-K, postupná realimentace GIT. Pitný režim není schopen úplně dodržet, vypil půl litru tekutin. Nemá chuť ani žízeň. Kožní turgor přiměřený. Za posledních šest měsíců zhubl 3 kg, kvůli pravidelnějšímu pohybu. BMI má 27,47. Což je nadváha. Při hodnocení nutričního screeningu bylo zjištěno, že pacient není v malnutrici.

Měřicí technika: nutriční screening, BMI

Ošetrovatelský problém: nízký příjem tekutin, nechutenství

Priorita: nízká

3. Doména VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

- Funkce močového systému,
- Funkce GIT systému,
- Funkce kožního systému,
- Funkce dýchacího systému.

Subjektivně: *Mám zavedenou cévku, čůrá to samo, což je fajn. I když občas mám pocit, že se mi chce čůrat a nejde to. Na záchod se mi zatím nechce, ani nevím, jak to s cévkou půjde. Co jsem po operaci, více se potím. A dýchá se mi dobře.*

Objektivně: Po výkonu má pacient PMK, který odvádí. Při neopatrné manipulaci s PMK několikrát došlo k obtékání a neodvádění katétru. Moč je žlutá, bez patologických příměsí a bez zápachu. Na stolicí ještě nebyl, plyny začínají odcházet. V domácím prostředí nemá s defekací obtíže. Chodí pravidelně, stolice je normální konzistence, barvy a zápachu.

Kůži má na první pohled vlhkou, lehce opocenou. Dušný není, saturace 96%.

Měřicí techniky: bilance tekutin, měření tělesné teploty, saturace

Ošetrovatelský problém: dyskomfort při močení, snaha o lepší vylučování moči, zvýšené pocení

Priorita: dyskomfort při močení – střední, snaha o lepší vylučování moči- střední, zvýšené pocení – nízká

4. Doména AKTIVITA- ODPOČINEK

- Spánek,
- Aktivita, cvičení,
- Rovnováha energie,
- Kardiovaskulární – pulmonální reakce,
- Sebepéče.

Subjektivně: *Doma spím dobře, tady mě ruší hluk. Jsem zvyklý spát na břiše, což teď po operaci nejde.*

Objektivně: Pacient zaujímá polohu na zádech, pokrčené dolní končetiny. Pohyb z lůžka je omezený. Má relativní klidový režim, rehabilitace stoj, sed a nácvik chůze probíhá s fyzioterapeuty, kteří za pacientem 2 x – 3 x denně dochází. V odpoledních hodinách s fyzioterapeutem prochází po chodbě na oddělení. Jinak volný čas tráví čtením, u knihy pospává. A sleduje TV. Cítí se unavený. V pooperačním hodnocení testu Barthelové získal pacient 65 bodů. Což je lehký stupeň závislosti. Doma je nezávislý a sebepéči zvládá sám.

Měřicí techniky: Barthelové test základních všedních činností

Ošetrovatelský problém: problémy se spánkem, únava, špatná sebeobsluha při hygieně

Priorita: problémy se spánkem – střední, únava – nízká, špatná sebeobsluha při hygieně – nízká

5. Doména PERCEPCE/ KOGNICE

- Pozornost,
- Orientace,
- Kognice,
- Komunikace.

Subjektivně: *Vím, kde jsem i kolikátého je. Slyším Vás dobře a brýle nosím jen na čtení. Jsem moc rád, že si s Vámi můžu povídat. Jak jsem na jednolůžkovém pokoji, tak nemám s kým promluvit. Ale zase tu mám TV.*

Objektivně: Pacient je orientován místem, časem, osobou. Je plně při vědomí, velmi dobře komunikující. Slyší mě dobře a brýle používá pouze na čtení. Je v plném rozsahu informován o svém zdravotním stavu. Glasgow Coma Scale je 15 bodů. Což je stav plného vědomí, bez patologie.

Měřicí techniky: Glasgow Coma Scale

Ošetrovatelský problém: 0

Priorita: 0

6. Doména SEBEPERCEPCE

- Sebepojetí,
- Sebeúcta,
- Obraz těla.

Subjektivně: *Cítím se dobře, jsem rád, že už jsem po operaci. Věřím tomu, že to bude dobré. Dopadne to dobře. Mám úžasné vnuky a manželku. Tak to musí být dobré.*

Objektivně: Pozitivně laděný, usměvavý. Mírné obavy se mu daří schovávat za úsměv.

7. Doména VZTAHY MEZI ROLEMI

- Role pečovatelů,
- Rodinné vztahy,
- Plnění rolí.

Subjektivně: *Už jsem v důchodu, občas pomůžu v práci. Jsem doma s manželkou, jsem s ní doma rád. Je to moje sluníčko. Přátel máme pár, ale když se všichni sejdeme, je pěkně veselo. Jediné co mě mrzí je, že se nestýkám s dcerou. Neviděl jsem ji dvacet let. Promiňte, nechci o tom mluvit.*

Objektivně: Pacient bydlí v rodinném domku, chodí za ním na návštěvy rodina a přátelé. Izolovaný se necítí, na jednolůžkovém pokoji je rád, kvůli TV. Péči po propuštění zvládne dobře.

8. Doména SEXUALITA

- Reprodukce.

Subjektivně: *No, mluvit se mi o tom nechce. Sex už mi nic neříká. Moc to nejde a teď po operaci to už nepůjde vůbec. Manželku už jsem varoval.*

Objektivně: Má dvě děti a manželku. V tomto směru je stydlivý a je mu to trapné. Proto více nezjišťuji.

Ošetrovatelský problém: změněná sexualita

Priorita: změněná sexualita – nízká

9. Doména ZVLÁDÁNÍ / TOLERANCE ZÁTĚŽE

- Posttraumatická reakce,
- Reakce na zvládání zátěže,
- Neurobehaviorální stres.

Subjektivně: *V posledních dvou letech se nic strašného nedělo, jen jsem začal více chodit po doktorech. A je to dobře, alespoň mi přišli na rakovinu. Ale co se má stát, tak se prostě stane. K pití se rozhodně neuchyľuji, když mi to řekli, začal jsem víc kouřit.*

Objektivně: Pacient si plně uvědomuje svou diagnózu, má strach z další léčby, ale je pozitivně laděný. V rodině má dobré zázemí. Při hospitalizaci se s důvěrou obrací na personál a neobává se zeptat. Jakmile si začal být více jistý v chůzi, odešel kouřit na vymezené místo pro kuřáky.

Ošetrovatelský problém: úzkost, obavy z dalšího průběhu terapie

Priorita: úzkost – nízká, obavy – nízká

10. Doména ŽIVOTNÍ PRINCIPY

- Přesvědčení,
- Soulad hodnot.

Subjektivně: *Jak jsem řekl, co se má stát, se stane. Operaci už mám naštěstí za sebou. Nejdůležitější je pro mě rodina. Do kostela jdu kvůli manželce, sám bych tam asi nešel.*

Objektivně: V Boha nevěří, priorita je pro něj jeho rodina a zázemí.

11. Doména BEZPEČNOST/ OCHRANA

- Infekce,
- Tělesné postižení,
- Násilí,
- Environmentální rizika,
- Obranné procesy,
- Termoregulace.

Subjektivně: *Cítím se tu dobře. Všechny ty hadičky, co v sobě mám, mi nevadí. Vůbec mě nebolí. Jsem tu spokojený, postel má postranice, v koupelně jsou madla na přidržení a židle ve sprše. To jsem moc rád.*

Objektivně: V den operačního výkonu byl pacientovi zaveden PŽK, který je bez známek infekce. Při operaci zaveden PMK a Redonův drén. Na oddělení je nutná edukace ohledně bezpečné manipulace s derivacemi. Kontrola, zda je Redonův drén na sání – podtlak – odvádí minimálně. Operační rána je klidná, bez prosáknutí obvazu. Pacient nekrvácí, výrazné hematomy se netvoří. Kontrola FF, pacient bez teploty, funkce jsou v normě. Dále je edukován o použití signalizace na pokoji a v koupelně. V rámci zpětné vazby chápe. Hodnocení rizika pádu dle ošetrovatelské dokumentace 4 body, což je riziko pádu. Dle stupnice Nortonové 28 bodů, což je bez rizika vzniku dekubitu.

Měřicí techniky: měření TK, P, TT, D, modifikovaná škála - hodnocení rizika pádu, stupnice Nortonové – riziko vzniku dekubitu, bilance

Ošetrovatelský problém: možnost vzniku infekce, krvácení, porušená tkáňová integrita, nejistý v chůzi, možnost poranění močového ústrojí

Priorita: možnost vzniku infekce – střední, krvácení – střední, porušená tkáňová integrita – nízká, nejistý v chůzi – střední, možnost poranění močového ústrojí – nízká

12. Doména KOMFORT

- Tělesný komfort,
- Komfort prostředí,
- Sociální komfort.

Subjektivně: *Jsem tu spokojený, trochu mě to po operaci bolí. Musím si zvyknout na cévku. Jsem rád, že za mnou chodí manželka. A zítra když sestřičky dovolí, přivede kluky (vnoučata).*

Objektivně: Pacient si na nic nestěžuje, po návratu z JIP má bolesti. Dle NRS uvádí bolest na stupnici (0-10) na čísle 4, pacientovi jsou pravidelně podávána analgetika dle ordinace lékaře. Edukován o možnosti se kdykoli obrátit na zdravotnický personál a problém řešit. Signalizace je v dosahu pacienta. Jinak je na naší klinice spokojen. Rád s personálem komunikuje.

Měřicí techniky: numerická škála bolesti

Ošetrovatelský problém: bolest v operační ráně

Priorita: střední

13. Doména RŮST/VÝVOJ

- Růst,
- Vývoj.

Subjektivně: *Vždycky jsem rostl normálně, neříkám, že bych nemohl trochu zhubnout. Ale pak přijde nemoc a nikdy nevíte, kdy zhubnete. Já zatím tři kila, ale to jen proto, že mě vnučata v létě proháněli.*

Objektivně: Nikdy neměl problémy s růstem a vývojem. S BMI 27,47 což je nadváha, může sám pracovat.

Měřicí techniky: BMI

Ošetrovatelský problém: 0

Priorita: 0

9.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření: Po překladu z JIP 11. 11. 2018 v 10,00 hodin je kontrola fyziologických funkcí 3x denně, dále měřit bilanci tekutin po 24 hodinách. Kontrola krvácení, rány a odvodu drénu. Kontrolní krevní odběry dle ordinace lékaře.

Tabulka 2 Hodnoty fyziologických funkcí:

ČAS	TK	P	D	TT	RÁNA
10,30	145/75	88	14	36,8	neprosakuje
15,00	125/70	70	15	36,5	neprosakuje
22,00	145/80	86	15	36,6	prosakuje

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacienta, 2018

Z uvedených hodnot – pacient normotenzní, bez teploty. Ve 22,00 hodin je mírně prosáklá operační rána. Převaz sestrou, kontrola odvodu Redonova drénu, který je stále na sání. Do rána je rána klidná, bez prosáknutí.

Bilance za 24 hodin:

Příjem tekutin: p.o. 1000 ml

Výdej tekutin: PMK 1800 ml

i.v. 1000 ml

Redonův drén 15 ml

Pacient má celkový příjem 2000 ml a celkový výdej 1815 ml. Což je + 185 ml. Není to významná pozitivní bilance.

Z krevních výsledků:

Tabulka 3 Biochemické vyšetření z 11. 11. 2018 v 17,00 hodin

Název	Výsledekmmol/l	Referenční mez
Natrium	141	137-146
Kalium	4,1	3,8-5,0
Chloridy	102	97-108
Calcium	2,05	2,0-2,75
Glukóza	5,0	3,9-5,6
Urea	5,9	2,8-8,0
Kreatinin	86	44-110
C -reaktivní protein	6 mg/l	0-9 mg/l

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacienta, 2018

Tabulka 4 Hematologické vyšetření z 11. 11. 2018 v 17,00 hodin

Název	Výsledek	Referenční mez
Leukocyty	11,07 $10^9/l$	4,00-10,00
Erytrocyty	4,18 $10^{12}/l$	4,00-5,80
Hemoglobin	130 g/l	135-175
Hematokrit	0,398 l	0,400-0,500

Trombocyty	221 10*9/l	150-400
------------	------------	---------

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacienta, 2018

Pacient má dle výsledků laboratorních vyšetření biochemické vyšetření v normě a z hematologických výsledků leukocytózu, nižší hemoglobin a nižší trombocyty.

Chirurgická léčba 10. 11. 2018

Operace: Endoskopická extraperitoneální radikální prostatektomie (EERP).

Konzervativní léčba

Před operačním výkonem je pacient bez obtíží.

Dieta: 3 + tekutiny, základní racionální strava do půlnoci, v den výkonu lačný, po překlada z JIP dieta O-K a tekutiny. Další den opět dieta racionální.

Výživa: příjem per orální, parenterální infuzní terapie dle ordinace lékaře.

Pohybový režim: volný pohyb po oddělení, i po klinice. Po výkonu má pacient relativní klidový režim. Chůze nejprve s fyzioterapeutem, poté dopomoc personálu při potřebě.

RHB: LTV na lůžku, dechová RHB, prevence TEN, nácvik vertikalizace, sed, stoj, chůze. V odpoledních hodinách po překlada na oddělení pacient zvládá chůzi bez dopomoci.

Medikace:

Intravenózní terapie

- Fyziologický roztok 500 ml po překlada z JIP,
- Plasmalyte 500 ml,
- Novalgin 1 g ve 100 ml FR á 6 hodin pravidelně.

Medikace p.o.

- Chronická medikace – Torvacard 20 mg p. o.,
- Furolin 100 mg v 18,00 hodin,
- Frontin 0,5 mg při nespavosti podat na noc.

Medikace s.c.

- Fraxiparine 0,4 ml v 18,00 hodin.

9.6 SITUAČNÍ ANALÝZA 11. 11. 2018

Muž ve věku 68 let, plánovaně přijat 9. 11. 2018 v 10,15 hodin k operačnímu výkonu pro biopticky potvrzený karcinom prostaty na urologické oddělení. Přijat k endoskopické extraperitoneální radikální prostatektomii, která provedena 10. 11. 2018. Pacient seznámen s chodem oddělení, provedena standardní předoperační příprava, kdy pacient vyprázdněn, poučen a večer přijímá pouze tekutiny. Ráno lačný. Poučen, že nemá **kouřit**. S premedikací ordinované podání antibiotik intravenózně.

Den po operaci, 11. 11. 2018 v 10,00 pacient přeložen z JIP. Má zavedený **PMK, Redonův drén** a **PŽK**. Derivace jsou bez známek **infekce**. Katétr při neobratné manipulaci **obtéká** a **neodvádí**. Pacient má **dyskomfort** při vyprazdňování **močového měchýře**, ze stran personálu snaha o **lepší funkčnost** a **odvod katétru**.

Sledujeme operační **ránu**, která je **klidná, nekrvácí** a celkový stav pacienta. Pacient je mírně **opocený**, teplotu nemá. **Bolesti** v **operační ráně** má po překladu z JIP, dle NRS 4. Analgetika má první pooperační den pravidelně, dále jen při NRS 3+. V 11,00 hodin udává zmírnění bolesti, dle NRS 2.

Antibiotika má perorální, infuzní terapie dle ordinace z JIP. Kontrola fyziologických funkcí, kdy je pacient normotenzní, bez teploty. Dietu má kašovitou, zatím moc nejedl, **nemá chuť k jídlu**, ani toho **moc nevyopil**, nemá žízeň. Kontrola **bilance**.

V dopoledních hodinách trénuje vstávání z lůžka, sed a stoj. Cítí se **nejistý, unavený**, má **obavy aby neupadl**. Chůze je v odpoledních hodinách stabilnější. Doprovod zdravotnického personálu pouze při potřebě. Do **koupelny si doprovod vyžádal**. Jinak se cítí relativně dobře, má **obavy** z dalšího průběhu léčby. Ale ví, že to neovlivní.

Ve večerních hodinách, je bolest dle NRS 4. Ve 22,00 hodin podána analgetika a pro mírné prosáknutí obvazu proveden převaz rány. Klidná, bez **krvácení** či nadměrné sekrece. Ve 23,00 bolest NRS 2. **Nemůže usnout**, proto si vyžádal si lék na spaní. O půlnoci znovu zkontrolován sestrou. Spí.

Provedeny ordinované odběry a podání medikace dle ordinace lékaře.

9.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Stanovení ošetřovatelských diagnóz bylo provedeno dle NANDA I Taxonomie II 2015-2017. Ke dni 11. 11. 2018, což je první den po operačním výkonu. Diagnózy jsou rozděleny na aktuální a potencionální.

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

- **Akutní bolest (00132)**
- **Zhoršené vylučování moči (00016)**
- **Snaha zlepšit vylučování moči (00166)**
- **Strach (00148)**
- **Narušený vzorec spánku (00198)**
- **Narušená integrita kůže (00046)**
- **Úzkost (00146)**
- **Únava (00093)**
- **Deficit sebepěče při koupání (00100)**
- **Sexuální dysfunkce (00059)**
- **Neefektivní vzorec sexuality (00065)**

POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

- **Riziko infekce (00004)**
- **Riziko krvácení (00206)**
- **Riziko poranění močového ústrojí (00250)**
- **Riziko pádu (00155)**
- **Riziko bezmocnosti (00152)**
- **Riziko dehydratace (00028)**

9.8 ROZPRACOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

V této kapitole byly rozpracovány dvě aktuální diagnózy dle NANDA I Taxonomie II 2015-2017. Po překladu z JIP byly stanoveny jako nejaktuálnější.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

AKUTNÍ BOLEST (00132)

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

DEFINICE: *Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem (HERDMAN, KAMITSURU, 2015, s. 404).*

Určující znaky:

- změny ve fyziologických funkcích,
- vyhledávání antalgické polohy,
- vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál (numerická škála NRS).

Související faktory:

- fyzikální původce zranění (operace).

Priorita:

- střední.

Cíl krátkodobý:

Pacient pocítuje úlevu po podání analgetik do 30 minut, zlepšení mobility do 1 hodiny po podání analgetik.

Cíl dlouhodobý:

Pacient je bez projevů bolesti při ukončení hospitalizace a při rekonvalescenci v domácím prostředí.

Očekávané výsledky:

- pacient bude umět použít signalizaci ihned,
- pacient bude umět zaujmout úlevovou polohu do 1 hodiny,
- pacient bude schopen určit stupeň (NRS) a lokalizaci bolesti do 30 minut,
- pacient bude mít bolest NRS 2 po podání analgetik do 1 hodiny,
- pacient bude informován o analgetické terapii, při nedostatečném účinku bude vědět, že jsou další možnosti analgetické terapie do 2 hodin,
- zlepšení mobility do 1 hodiny.

Ošetrovatelské intervence:

- sleduj projevy bolesti, vegetativní příznaky a fyziologické funkce – všeobecná sestra průběžně,
- zhodnot' pacientem udávanou bolest – nástup bolesti, lokalizaci, charakter, intenzitu, trvání – všeobecná sestra průběžně, maximálně po 1 hodině,
- akceptuj pacientem popisovanou bolest, přístupuj empaticky – všeobecná sestra průběžně během hospitalizace,
- všímej si neverbálních projevů pacienta – všeobecná sestra během hospitalizace,
- nauč pacienta ovládat signalizaci a dohlídni na dostatečnou blízkost signalizace u pacientova lůžka – všeobecná sestra, ošetrovatel, sanitář už při příjmu, průběžně během hospitalizace,
- nauč pacienta pracovat s numerickou škálou bolesti (**Tabulka 5**) – všeobecná sestra do 15 minut,
- sleduj možné nežádoucí účinky – všeobecná sestra – ihned, maximálně do 30 minut,
- aktivně vyhledej ve spolupráci s pacientem úlevovou polohu a nauč ho úlevovou polohu používat – všeobecná sestra, fyzioterapeut do 1 hodiny,
- sleduj efekt podaného analgetika – všeobecná sestra do 1 hodiny,

- snaž se odpoutat pacientovu pozornost – poslech hudby, sledování TV, četba, klid na pokoji – všeobecná sestra do 1 hodiny.

Tabulka 5 Záznam bolesti 11. 11. – 12. 11. 2018

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

hodina	10,00	11,00	15,00	18,00	22,00	23,00	12,00	22,00	23,00
NRS	4	2	2-3	2	4	2	3	3	1-2
lokalizace	oper. rána				oper. rána				

Zdroj: autor, 2018

Realizace:

Po překladu z JIP 11. 11. 2018 v 10,00 hodin, pacient udává bolest v operační ráně. Ve spolupráci s všeobecnou sestrou uložen na lůžko, po domluvě s pacientem vyhovuje poloha vleže, na zádech s koleny ve flexi.

- je edukován o numerické škále, je mu vysvětleno, jak se škálou pracuje – všeobecná sestra,
- zhodnocení NRS 4, pacientovi podán Novalgin 1 ampule do 100 ml FR i.v.kape 20 minut, dle ordinace lékaře, zapsání do dokumentace - všeobecná sestra,
- 10,30 pacient udává mírné zlepšení bolesti v operační ráně, je mírně opoceny, nežádoucí účinky léků nebyly zaznamenány, kontrola fyziologických funkcí – TK 145/75, P 88/min, TT 36,8 °C - všeobecná sestra,
- signalizace v dostatečné blízkosti pacienta, edukován o správné manipulaci se signalizací – sanitář, všeobecná sestra,
- 11,00 pacient udává NRS 2, cítí se lépe a pomalu s dopomocí vstává z lůžka – fyzioterapeut,

- 14,00 pacient spí, není buzen – všeobecná sestra,
- 15,00 pacientovi podán Novalgin 1 amp do 100 ml FR i.v., který má pravidelně. Udává bolest NRS 2-3, cítí se unavený, sedí v lůžku po předešlé fyzioterapii, kontrola fyziologických funkcí TK 125/75, P 70/min, TT 36,5°C, kontrola lékařem, zápis do dokumentace- všeobecná sestra,
- 15,30 cítí se lépe, sleduje TV- všeobecná sestra,
- 18,00 chodí po oddělení, bolesti v operační ráně NRS 2 – všeobecná sestra,
- 20,00 sedí v lůžku, sleduje TV, kontrola stavu – všeobecná sestra,
- 22,00 pacient použil signalizaci, stěžuje si na bolesti v operační ráně dle NRS 4. Kontrola stavu, fyziologických funkcí TK 145/80, P 86/minutu, TT 36,8 °C. Podán Novalgin 1 amp do ml FR i.v., dle ordinace, zápis do dokumentace – všeobecná sestra,
- 22,30 kontrola všeobecnou sestrou, cítí se lépe,
- 23,00 kontrola stavu pacienta – udává NRS 2, leží na lůžku, cítí se lépe, nemůže usnout, podán Frontin 0,5 mg p.o. dle ordinace lékaře, proveden zápis do dokumentace – všeobecná sestra,
- 24,00 pacient spí, nebuzen – všeobecná sestra.

12. 11. 2018

- 3,00 pacient spí, kontrola stavu, nebuzen- všeobecná sestra,
- 6,00 probuzen všeobecnou sestrou, kontrola TT 36,5°C.

Po ranní vizitě rozhodnuto, že analgetika budou podávána pouze na vyžádání pacienta. Při bolesti NRS 3+.

- 8,00 pacient edukován o analgetické léčbě, kontrola bolesti po 4 hodinách, cítí se výrazně lépe, mobilita zlepšena – všeobecná sestra,
- 12,00 pacient na cílený dotaz na bolest dle numerické škály udává NRS 3, ale analgetika nechce, kontrola fyziologických funkcí TK 125/80, P 76/min, TT 36,2 °C zápis do dokumentace – všeobecná sestra,
- 16,00 pacient chodí po oddělení, s návštěvou odchází na kávu, cítí se dobře,
- 20,00 pacient na bolest nyní nic nechce, bude chtít na noc analgetika a lék na spaní, aby se lépe vyspal – všeobecná sestra,

- 22,00 pacient udává bolest dle NRS 3, podán Novalgin 500 mg 2 tbl. p.o., a Frontin 0,5 mg p.o. dle ordinace lékaře, kontrola fyziologických funkcí TK 130/75, P 70/min, zápis do dokumentace – všeobecná sestra,
- 23,00 cítí se lépe, chystá se ke spánku, nežádoucí účinky léků nezaznamenány - všeobecná sestra,
- 24,00 pacient spí, nebuzen- všeobecná sestra.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl: splněn, pacient po aplikaci analgetik udává zmírnění bolesti do 30 minut, mobilita je zlepšena do 1 hodiny po podání analgetik. Pacient aktivně spolupracuje, numerickou škálu pochopil, se signalizací umí pracovat.

Dlouhodobý cíl: splněn, pacient od 4. pooperačního dne, analgetika odmítá, dle numerické škály udává NRS 0-1, mobilita je na jeho běžné úrovni. Analgetika předepsaná na recept do domácí péče odmítá.

ZHORŠENÉ VYLUČOVÁNÍ MOČI (00016)

Doména 3. Vylučování a výměna

Třída 1. Funkce močového systému

DEFINICE: *Dysfunkce při vylučování moči* (HERDMAN, KAMITSURU, 2015, s. 159).

Určující znaky:

- dysurie,
- retence moči,
- naléhavost močení.

Související faktory:

- mnohočetná kauzalita.

Priorita:

- střední.

Cíl krátkodobý:

Pacient zvládne manipulaci s katétrem i se sběrným sáčkem, PMK bude odvádět – do 3 hodin.

Cíl dlouhodobý:

Pacient bude bez dysurií, rozpozná problém při vyprazdňování a katétr bude odvádět po celou dobu, kdy bude katétr zaveden.

Očekávané výsledky:

- pacient bude umět manipulovat s PMK po celou dobu kdy bude katétr zaveden,
- bude dodržovat aseptický přístup v rámci PMK a zvýšenou hygienu genitálu po celou dobu při zavedeném PMK,
- bude mít dostatečný příjem tekutin, alespoň 2000 ml za 24 hodin,
- rozpozná problém při vyprazdňování moči do 2 hodin,
- bude umět používat signalizaci.

Ošetřovatelské intervence:

- upozorni pacienta na nutnost zvýšené hygieny rukou při manipulaci s PMK – všeobecná sestra po celou dobu hospitalizace,
- dbej na zvýšenou hygienu v oblasti genitálu- všeobecná sestra po celou dobu hospitalizace,
- přistupuj k derivaci asepticky, používej ochranné pomůcky, dodržuj hygienu rukou – všeobecná sestra po celou dobu hospitalizace,
- kontroluj pacientovi pocity tlaku, bolesti v močovém měchýři – všeobecná sestra, kdykoliv při obtížích,

- aktivně pobízej pacienta k příjmu tekutin a sleduj výdej tekutin, barvu moči, patologické příměsi – všeobecná sestra průběžně přes den,
- kontroluj správnou manipulaci s PMK a s močovým sáčkem, edukuj pacienta ve správné péči o katétr – všeobecná sestra během hospitalizace,
- nauč pacienta ovládat signalizaci a dohlídni na dostatečnou blízkost signalizace u pacientova lůžka – všeobecná sestra, ošetřovatel, sanitář už při příjmu, průběžně během hospitalizace,
- při neprůchodnosti PMK a s tím související retencí, nebo obtékání katétru, proved' kontrolu správného zavěšení sběrného močového sáčku, sleduj zda PMK není zalomený, proved' proplach 20 ml FR, vyměň sběrný sáček a sleduj průchodnost katétru - všeobecná sestra, kdykoli při zmíněných obtížích,
- pravidelně vyměňuj sběrný sáček a označ ho datem a hodinou výměny - všeobecná sestra 1 za 24 hodin,
- měř a zapisuj bilanci tekutin- dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.

Realizace:

Po příchodu z JIP má pacient zavedený PMK napojený na sběrný močový sáček s výpustí. Pro bolesti v ráně s dopomocí všeobecné sestry uložen na lůžko.

- 10,00 PMK s napojeným sběrným sáčkem – pod pacientovou pravou dolní končetinou, sběrný sáček zavěšen pod úrovní močového měchýře na plastovém závěsu – všeobecná sestra,
- signalizace v dosahu lůžka, vysvětleno ovládání a funkčnost signalizace – sanitář, všeobecná sestra,
- 10,30 poučen o manipulaci s katétrem a sběrným sáčkem, dále edukován o zvýšené hygieně rukou, genitálu – všeobecná sestra,
- poučen o dostatečném příjmu tekutin, donesen čaj – všeobecná sestra, sanitář,
- 13,00 pacient použil signalizaci, má dysurie, tlaky v podbřišku, kontrola PMK, pacient má zalomený sběrný sáček, kontrola odvodu, po dezinfekci výměna a popis močového sáčku, katétr ihned odvádí – všeobecná sestra,
- 13,30 PMK odvádí, kontrola příjmu tekutin, opět edukován o manipulaci s katétrem, vysvětleno zavěšení sběrného sáčku, zpětnou vazbou potvrzení správnosti manipulace – všeobecná sestra,

- 15,30 katétr odvádí, moč žlutá, bez hematurie a příměsí, pacient zatím vypil pouze 400 ml čaje, nemá žízeň, doporučeno zvýšit příjem tekutin – všeobecná sestra
- bilance 1000 ml infuzí, 400 ml čaje a výdej 700 ml,
- 18,00 cítí se dobře, katétr v pořádku,
- 20,00 použití signalizace, PMK obtéká, má dysurie a pocit nepřitékání moči do sběrného sáčku, všeobecnou sestrou provedena kontrola katétru. Sedí v křesle a PMK má zalomený, sedí si na katétru. Edukován o vhodnosti kontroly katétru, úprava polohy v křesle, do sběrného sáčku moč ihned natéká,
- dopomoc ve sprše, kontrola všeobecnou sestrou, aktivní nácvik péče o genitál se zavedeným katétrem, čistá košile,
- 23,00 PMK odvádí, vypuštěno 600 ml moči – všeobecná sestra,
- 24,00 spí, nebuzen.

12. 11. 2018

- 3,00 spí, vypuštěno 300 ml moči – všeobecná sestra,
- 6,00 probuzen, změřena bilance za 24 hodin, která je vyrovnaná – všeobecná sestra,
- 10,00 PMK odvádí, byl sám ve sprše, pouze kontrola všeobecnou sestrou, katétr čistý, bez zaschlé krve, či sekretu – všeobecná sestra,
- 12,00 zvládá si vypouštět sběrný sáček sám a hlásí personálu vypuštěné množství moči, vyšší příjem tekutin,
- 13,00 výměna a popis sběrného sáčku – všeobecná sestra,
- 17,00 PMK odvádí, bilance vyrovnaná,
- 20,00 po provedené hygieně katétr v pořádku, odvádí, kontrola všeobecnou sestrou,
- 24,00 spí, z močového sáčku vypuštěno 1000 ml – všeobecná sestra.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl v daném časovém úseku není splněn.

Pacient plně zvládá a chápe péči o PMK s napojeným sběrným sáčkem do 11 hodin po překladu z JIP.

Dlouhodobý cíl splněn, pacient zvládá péči o PMK po celou dobu hospitalizace, rozpozná dysurické obtíže. S PMK umí dobře manipulovat. Hygienickou péči o genitál se zavedeným PMK zvládá dobře.

9.9 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Muž ve věku 68 let, byl plánovaně přijat 9. 11. 2018 na urologické oddělení k laparoskopickému řešení biopticky potvrzeného karcinomu prostaty. První den příjmu provedeno označení identifikačním náramkem, s pacientem sepsána ošetrovatelská dokumentace dle modelu funkčního zdraví podle Marjory Gordon. Provedena standardní předoperační příprava a premedikace dle ordinace urologa a anesteziologa. Pacient připraven, poučen.

Následující den po přípravě, premedikaci a antibiotické profylaxi odjíždí na operační sál, kdy provedena EERP. Po výkonu pacient zůstává 24 hodin na monitorovaném lůžku na JIP.

První pooperační den, je přeložen zpět na standardní oddělení. Stabilizován, orientovaný časem, místem i osobou. Má zaveden PMK, Redonův drén na sání a periferní žilní katétr. Rány po operačním výkonu klidné, krytí bez prosáknutí.

V tento den byly stanoveny aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I Taxonomie II 2015-2017, na základě zjištěných ošetrovatelských problémů, které poté byly sestaveny podle priorit. Nejdůležitější diagnózy, bolest akutní a zhoršené vylučování moči, byly podrobně rozpracovány, stanoveny cíle, očekávané výsledky, ošetrovatelské intervence, realizace a hodnocení stanovených cílů.

Celkem bylo u pacienta stanoveno sedmnáct ošetrovatelských diagnóz. Z toho jedenáct diagnóz aktuálních a šest potencionálních.

Druhý den po výkonu byl pacientovi odstraněn Redonův drén, rána klidná, nekrvácí. Mobilita pacienta tím více zlepšena. Následující den byl odstraněn PŽK, místo vpichu klidné, bez známek zánětu, nebolestivé.

S fyzioterapeuty aktivně spolupracoval, od čtvrtého pooperačního dne byl edukován o vhodnosti cviků na pánevní dno.

Rekonvalescence u hospitalizovaného pacienta probíhala standardně. Sedmý den po výkonu, při negativním výsledku kultivace moči byla provedena cystografie, kdy radiologem nebyl popsán zátok kontrastní látky anastomózu. Po konzultaci s urologem mohl být extrahován PMK. Pacient začal močit, měl mírné úniky moči.

Průběh hospitalizace, která trvala od 9. 11.2018-18. 11. 2018, zvládl dobře. Stran komunikace s personálem, nebyl žádný problém. Obavy a strach z dalšího průběhu nemoci se snažil zvládat s úsměvem a za velké podpory rodiny. Rány se hojí per primam. Preskripce na inkontinenční pomůcky přiložena k propouštěcí zprávě, poučen o možných komplikacích, péči o ránu, extrakci stehů a kontrole u urologa i praktického lékaře. Vybaven předpisem na nízkomolekulární heparin Fraxiparine 0,4 ml s.c., který bude aplikovat 1 x denně, po dobu dvaceti dní. Předtím všeobecnou sestrou edukován o aplikaci a proveden praktický nácvik.

Propuštěn 18. 11. 2018 ve stabilizovaném stavu v doprovodu rodiny, s naší péčí byl velice spokojen.

10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Karcinom prostaty je v posledních letech nejčastějším onkologickým onemocněním u mužů. Velmi důležitá je osvěta, prevence a časná diagnostika. V dnešní době je díky screeningovému vyšetření výrazný nárůst záchytu karcinomu prostaty.

Muži by se neměli bát hovořit o svých zdravotních problémech, měli by lékaři důvěřovat. Také by si měli všimnout možných příznaků, které by měli znát, chodit na preventivní prohlídky a provádět samovyšetřování. Léčba je pokaždé velice individuální, záleží na stádiu onemocnění. Jak a zda vůbec bude probíhat, záleží na lékařském doporučení a vzájemné komunikaci mezi lékařem a pacientem. Volbu léčby často ulehčuje patřičná podpora rodiny, partnerky a přátel. Pokud je zvolen laparoskopický výkon, tak EERP je minimálně invazivní chirurgickou možností léčby. Frekvence významných chirurgických komplikací je nízká.

Důležité je nebagatelizovat projevy strachu, nejistoty a obav. Časný příchod do ordinace lékaře, může pacientovi zachránit život.

Doporučení pro rodinu:

- nepodceňovat a nestydět se za vzniklé obtíže,
- komunikace a psychická podpora,
- fyzicky nepřeceňovat,
- podpora změn životního stylu,
- návštěva lékaře, někteří pacienti jsou rádi za doprovod.

Doporučení pro zdravotnický personál:

- empatický přístup,
- nebagatelizovat příznaky,
- s pacientem a rodinou hovořit, naslouchat,
- nepoužívat odbornou terminologii, snažit se pacientovi vysvětlit problém tak, aby ho pochopil,
- multioborový přístup (například psycholog – při nezvládnání situace, doporučit možnou psychologickou pomoc, terapii),

- každý pacient je individuální jedinec a podle toho také k němu přistupovat,
- doporučit kontakty na spolky a organizace, zabývající se daným problémem,
- sebevzdělávat se.

Doporučení pro pacienty:

- dodržovat doporučení lékaře,
- snaha zlepšit životosprávu,
- znát pooperační komplikace a možnosti řešení (inkontinence, ED),
- časná penilní rehabilitace
- mít možnost kompenzačních pomůcek,
- rehabilitace – po výkonu cviky na pánevní dno,
- chodit na pravidelné kontroly,
- nebát se o onemocnění hovořit,
- při nezvládnutí stavu využít pomoc psychologa, androloga, popř. sexuologa, nebo jiného odborníka.

Doporučení pro mužskou populaci:

- provádět samovyšetření,
- při problému vyhledat lékaře,
- preventivní prohlídky a screening,
- v rámci osvěty letáky pro laickou veřejnost, MOVEMBER,
- zdravý životní styl,
- při pozitivní rodinné anamnéze na onkologické onemocnění, brát zřetel na familiární zátěž.

ZÁVĚR

Naše bakalářská práce na téma Ošetrovatelský proces u pacienta po laparoskopické radikální prostatektomii má dvě části, teoretickou a praktickou část. Teoretická část má stanoven jeden cíl. A na část praktickou, u které jsme stanovili dva cíle. Hlavním cílem naší bakalářské práce bylo, popsat ošetrovatelský proces u pacienta po laparoskopické radikální prostatektomii, metoda léčby u pacienta byla zvolena EERP.

V teoretické části je popsána historie urologie, anatomie prostaty a s tím související incidence a mortalita karcinomu prostaty. Byla zde snaha popsat příznaky onemocnění a podrobně popsat diagnostiku karcinomu prostaty. Máme zde popsány možnosti terapie, jak konzervativní způsob terapie, hormonální léčbu, tak radikální možnosti a s tím spojené komplikace. Teoretická část je zakončena kapitolou prevence, kdy je cílem zvýšit informovanost v rámci prevence, nejen v mužské populaci.

Cílem praktické části bylo popsat ošetrovatelskou péči u vybraného pacienta po laparoskopickém výkonu, stanovit aktuální ošetrovatelské problémy, zformulovat ošetrovatelské diagnózy, stanovit plán a realizovat péči. Pro sběr anamnestických údajů, byl zvolen model funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordon. Bylo zde stanoveno sedmnáct ošetrovatelských diagnóz a dvě diagnózy byly dopodrobna rozpracovány podle NANDA I Taxonomie II 2015-2017.

Cíle teoretické i praktické části byly splněny.

Pacient byl propuštěn do domácího ošetřování osmý den po operačním výkonu, odešel bez PMK, měl mírné úniky moči. Byl to bezproblémový pacient, který měl standardní průběh rekonvalescence. Psychicky relativně dobře laděn, i přes zřejmé obavy a strach z dalšího průběhu léčby. Velký vliv na psychiku pacienta měla rodina a empatický přístup ze stran zdravotnického personálu. Na začátku ledna 2019, po druhé urologické kontrole a dle závěru onkologického hlášení, probíhá pouze dispenzarizace. Pacient je bez bolestí, v rámci kontinence potřebuje dvě vložky denně. Erekcí zatím nemá.

Ošetrovatelské diagnózy, které **trvají po propuštění** pacienta:

- **Zhoršené vylučování moči (00016)**
- **Snaha zlepšit vylučování moči (00166)**

Tyto dvě diagnózy nyní nemají souvislost s PMK, ale souvisí s inkontinencí po operačním výkonu, což je častá komplikace daného zákroku.

- **Strach (00148)**

Je ošetrovatelský problém, který bude pacienta provázet po celou dobu onemocnění a pravděpodobně i v době remise.

- **Narušená integrita kůže (00046)**
- **Riziko infekce (00004)**

Jsou ošetrovatelské diagnózy, které bychom mohly do dvou týdnů od ukončení hospitalizace označit jako za ukončené.

- **Sexuální dysfunkce (00059)**
- **Neefektivní vzorec sexuality (00065)**

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BÜCHLER, Tomáš, Marcela ČECHOVÁ, Otto HERBER a kol., 2017. *Léčba vybraných urologických onemocnění: novelizace 2017*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-87-9.

CORNFORD, Phillip, Joaquim BELLMUNT, Michel BOLLA et al., 2017. EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on prostate cancer. Part II: Treatment of relapsing, metastatic, and castration-resistant prostate cancer. [online]. [cit. 29. 12. 2018].

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27591931>

ČAPOUN, Otakar, 2016. Nové možnosti léčby pokročilého karcinomu prostaty. [online]. [cit. 20-12-2018].

Dostupné z: <http://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/karcinom-prostaty/>

ČAPOUN Otakar a Michal GREPL, 2016. Radikální léčba karcinomu prostaty. [online]. [cit. 20-12-2018].

Dostupné z: <http://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/karcinom-prostaty/>

DUŠEK, Ladislav, Jan MUŽÍK, Miroslav KUBÁSEK a kol., 2005. Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice. Masarykova univerzita [online]. [cit. 14-12-2018].

Dostupné z: <http://www.svod.cz>

FUCHSOVÁ, Radka, Ondřej TOPOLČAN, Jindra VRZALOVA a kol., 2014. Přínos stanovení [-2]proPSA v diferenciální diagnostice karcinomu prostaty. *Ces Urol*, **18**(1), 21-5. ISSN 1211-8729.

GREPL, Michal, 2010. Radikální prostatektomie. *Onkologie*, **4**(2), 72-74. ISSN 1802-4475.

HANUŠ, Tomáš, 2011. *Urologie*. V Praze: Triton. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-387-5.

HANUŠ, Tomáš a Petr MACEK, 2015. *Urologie pro mediky*. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3008-3.

HARSA, Pavel, 2016. Komunikace s pacientem po radikální prostatektomii. *Urol. praxi*, **17**(5), 243-5. ISSN1803- 5299.

HERDMAN, T. Heather, Shigemi KAMITSURU, (eds), 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015–2017*. 10. vydání, 1. české vydání. Přeložila Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, ISBN 978–80–247–5412–3.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–4412–4.

JANSKÁ, Olga. 2008. Rehabilitace v urologii. *Urol. praxi*, 9, 147-50. ISSN - 1213-1768.

KAWACIUK, Ivan, 2009. *Urologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-2626-7.

MACEK, Petr, 2014. Úloha radikální prostatektomie v léčbě karcinomu prostaty. *Onkologie*, **8**(1): 11-14. ISSN1802-4475.

Dostupné také z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2014/01/03.pdf>

MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV, 2013. Na prevenci záleží. U rakoviny prostaty to platí dvakrát. [online]. [cit. 28. 12. 2018].

Dostupné z: <https://www.mou.cz/na-prevenci-zalezi-u-rakoviny-prostaty-to-plati-dvakrat/t4240>

MICHALSKÝ, Rudolf a David MÍKA, 2014. Z historie urologie (do poloviny 19. století). *Urol. praxi*, **15**(1), 44-6. ISSN 1213-1768.

MORÁVEK, Petr, Miloš BROŽÁK, Josef KOŠINA a kol., 2015. Komplikace po radikální prostatektomii otevřeným a laparoskopickým přístupem, srovnání výsledků podle Clavienova systému klasifikace. *Ces Urol*, **19**(1), 56-63. ISSN 1211-8729.

MORÁVEK, Petr jr. a Petr MORÁVEK sen., 2015. Která vyšetření vedou k diagnóze karcinomu prostaty. *Urol. praxi*, 16, 214-7. ISSN 1803-5299.

MOTTET, Nicolas, Joaquim BELLMUNT, Michel BOLLA et al., 2017. EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on prostate cancer. Part 1: Screening, diagnosis and local treatment with curative intent.[online]. [cit. 29. 12. 2018].

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27568654>

National Comprehensive Cancer Network, 2018. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Prostate Cancer*. 15-Aug 2018, vers. 4.2018. [online]. [cit. 18. 02. 2019]. Dostupné z: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/prostate/>

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Páté doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-88249-02-3.

NOVÁK, Květoslav, 2016. Laparoskopická radikální prostatektomie. *Postgraduální medicína*, **18**(6), 631-35. ISSN 1212-4184.

NOVÁK, Květoslav, Petr MACEK, Michal VRANÝ a kol., 2014. Endoskopická extraperitoneální radikální prostatektomie a její komplikace - vlastní zkušenosti z prvních 300 operací. *Ces Urol*, **18**(2), 119-27. ISSN 1211-8729.

PETERA, Jiří, Miloš BROŽÁK, Jan POKORNÝ a kol., 2018. Kontroverze protonové terapie u karcinomu prostaty. *Urol. praxi*, 19, 72-5. ISSN 1213-1768.

INPHARMEX, 2014. *Breviř*. Dvacáté třetí doplněné vydání. Praha: Medical Tribune. ISBN 978-80-87135-57-0.

PLINCELNEROVÁ, Lenka a Otakar ČAPOUN, 2016. Léčba pokročilého karcinomu prostaty. *Postgraduální medicína*, **18**(6): 618-24. ISSN 1212-4184.

SKÁCELÍKOVÁ, Eva, David FELT, Jakub CVEK a kol., 2017. Stereotaktická radioterapie karcinomu prostaty – efektivita a toxicita. *Klinická onkologie*, **30**(2): 121-27. ISSN 0862-5307.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a Marcela BEZDIČKOVÁ, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3130-8.

SOCHOROVÁ, Nataša a Aleš VIDLÁŘ, 2016. *Základy obecné urologie nejen pro sestry*. Olomouc: Solen, Medica education. Meduca. ISBN 978-80-7474-142-8.

VÁVŘOVÁ, Lucie, 2016. Diagnostika a léčba benigní hyperplazie prostaty. *Postgraduální medicína*, **18**(6): 654-60. ISSN 1212-4184.

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

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.

ZACHOVAL, Roman, Ladislav DUŠEK a Marko BABJUK, 2018. Problematika screeningu karcinomu prostaty. *Ces Urol*, **22**(1), 14-26. ISSN 2336-5692.

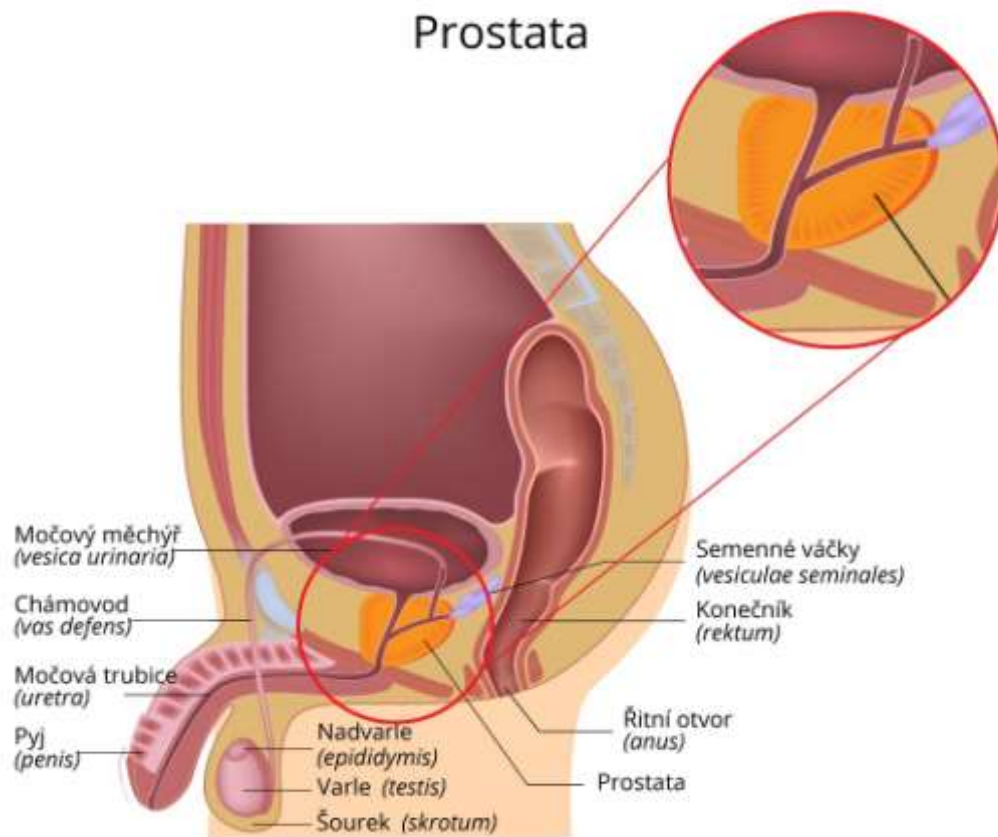
ŽENÍŠEK, Jaroslav, 2010. Inkontinence moče po radikální prostatektomii. *Urol. praxi*, **11**(1), 26-8. ISSN1213-1768.

ŽENÍŠEK, Jaroslav, 2014. Novinky v léčbě stresové inkontinence u mužů. *Urol. praxi*, **15**(2), 68-71. ISSN 1213-1768.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A	Anatomie prostaty.....	I
Příloha B	Incidence a mortalita karcinomu prostaty.....	II
Příloha C	Gleason score	III
Příloha D	TNM klasifikace z roku 2009 česká verze 2011	IV
Příloha E	Riziko karcinomu prostaty	V
Příloha F	EERP – zavedení portů.....	VI
Příloha G	Odkazy na stránky s urologickou problematikou	VII
Příloha H	Průvodní list k rešerši.....	VIII

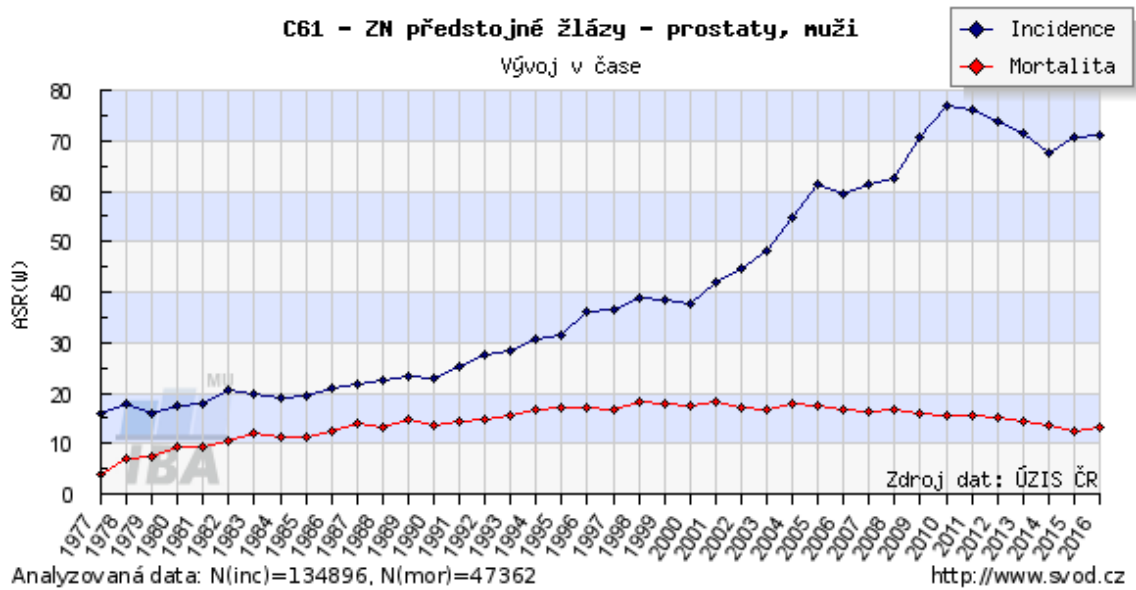
Příloha A Anatomie prostaty



symptomy.cz

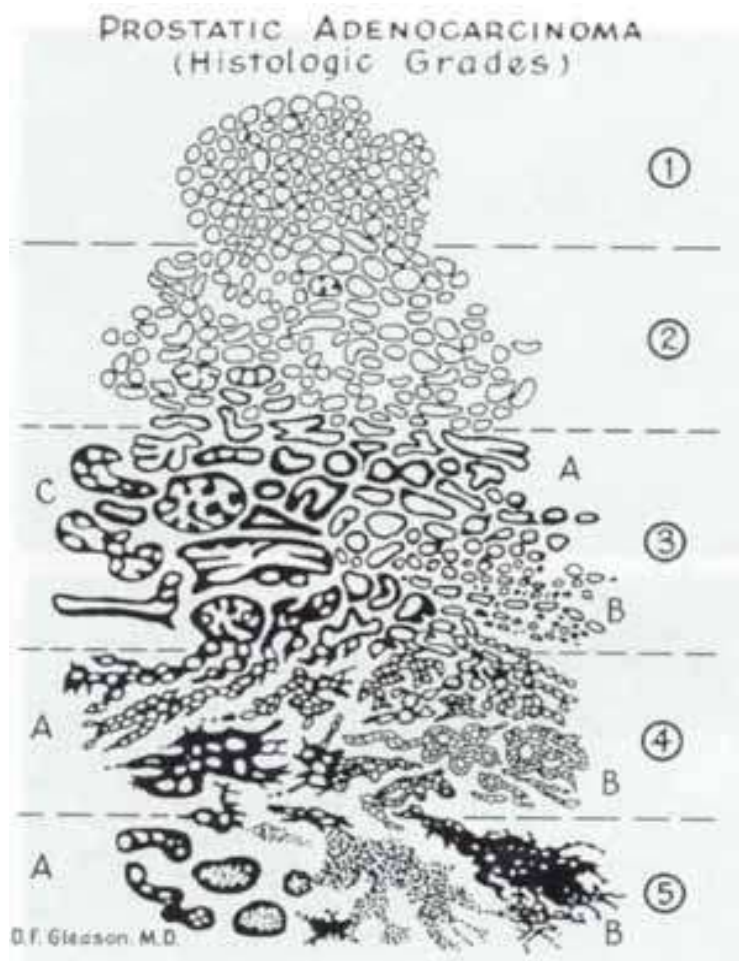
Zdroj: <https://www.symptomy.cz/anatomie/prostata>

Příloha B Incidence a mortalita karcinomu prostaty



Zdroj: <http://www.svod.cz/report.php?diag=C61>

Příloha C Gleason score



Zdroj: <http://www.prostata.nadory.cz/d22.html>

Příloha D TNM klasifikace z roku 2009 česká verze 2011

T Primární tumor
Tx Primární tumor nelze hodnotit
T0 Žádný důkaz primárního tumoru
T1 Klinicky němý, nehmatný nebo pomocí vyšetření nezobrazitelný tumor
T1a Histologický nález tumoru v < 5 % resekované tkáně
T1b Histologický nález tumoru v > 5 % resekované tkáně
T1c Tumor zjištěný jehlovou biopsií (při zvýšeném PSA)
T2 Tumor ohraničený na prostatu
T2a Tumor postihující polovinu jednoho laloku nebo méně
T2b Tumor postihující více než polovinu jednoho laloku ale ne oba laloky
T2c Tumor postihující oba laloky
T3 Tumor přesahující pouzdro prostaty
T3a Extrakapsulární šíření (jednostranné nebo oboustranné) včetně mikroskopického poškození hrdla měchýře
T3b Nádor infiltruje semenný váček (váčky)
T4 Nádor je fixován nebo postihuje okolní struktury jiné než semenné váčky: zevní sfinkter, rektum, mm. levatores a nebo stěnu pánve
N Regionální lymfatické uzliny
NX Regionální lymfatické uzliny nelze hodnotit
N0 Metastázy v regionálních lymfatických uzlinách nejsou přítomny
N1 Přítomnost metastáz v regionálních lymfatických uzlinách
M Vzdálené metastázy
MX Přítomnost vzdálených metastáz nelze hodnotit
M0 Vzdálené metastázy nejsou přítomny
M1a Metastázy mimo regionální mízní uzlinu/y
M1b Kostní metastázy
M1c Metastázy v jiných orgánech

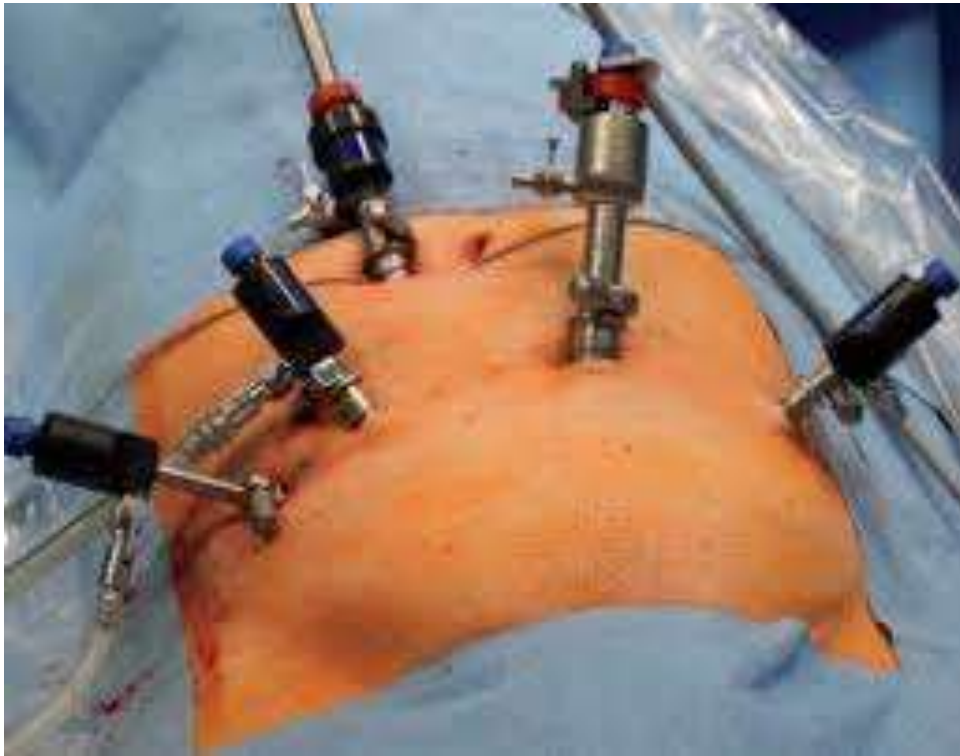
Zdroj: <https://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/tnm-klasifikace-zhoubnych-novotvaru>

Příloha E Riziko karcinomu prostaty

vyšetření prostaty konečníkem	hladina PSA		
	0-2,5	2,5-10	10 a více
normální	nízké	střední	vysoké
nenormální	střední	vysoké	vysoké

Zdroj: <http://www.synlabianer.cz/media/editor/images/Prostata%20-%20tab.1.JPG>

Příloha F EERP – zavedení portů



Zdroj: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/01/10.pdf>

Příloha G Odkazy na stránky s urologickou problematikou

<http://www.muziprotirakovine.cz>

<https://rakovinaprostaty.org/>

<http://www.uroklub.cz/>

Odkazy na stránky s urologickou problematikou, prevence:

<http://www.europauomo.cz/http://www.cus.cz>,

<http://www.uroweb.cz/https://www.mou.cz/>

<http://www.linkos.cz/http://www.moliklub.cz/>

<http://www.mzcr.cz/https://www.zdravinaroda.cz/>

<http://www.prevencenadoru.cz/> <http://www.incoforum.cz/>

<http://www.problemysprostatou.cz/>

Kontakt na spolky a sdružení pacientů s onemocněním prostaty:

<http://prostak.cz/>

http://arcus-oc.org/stare_www/index.php

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Dana Beregi

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta po laparoskopické radikální prostatektomii

Jazykové vymezení:

čeština, 2 články v angličtině

Rešeršní strategie

Deksriptyory MeSH (Medical Subject Headings): prostatektomie, nádory prostaty, prostata, urologické chirurgické výkony u mužů (ošetřování), pooperační komplikace, pooperační péče, chirurgické ošetřovatelství, ošetrovatelský proces

Časové vymezení:

2008-2018

Druhy dokumentů:

KNIHY (=monografie) - 8 , ČLÁNKY- 28, ABSTRAKTA- 1

VŠ kvalifikační práce-4

Počet záznamů: 39 (+2 AJ)

Základní prameny:

Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

Bibliographia medica Čechoslovaca

Theses - registr vysokoškolských kvalifikačních prací

Summon -vyhledávač v e-zdrojích

Rešerši zpracovala: Mgr. Jana Hercová, rešeršní odd. NLK Praha