

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Katedra Ústav ošetrovatelství

Jitka Kleslová

**Ošetrovatelská kasuistika u pacientky
onkologicky nemocné léčené chemoterapií**

Bakalářská práce

Praha 2009

Autor práce: **Jitka Kleslová**

Vedoucí práce: **Mgr. Marie Šamánková**

Oponent práce: **Prof. MUDr. Lukáš Rob, CSc.**

Datum obhajoby: červen 2009

Hodnocení: viz Příloha

Bibliografický záznam

KLESLOVÁ, Jitka. *Ošetrovatelská kasuistika o pacientku onkologicky nemocnou léčenou chemoterapií*. [s.l.], 2009. 60 s. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Marie Šamánková.

Anotace

Bakalářská práce „Ošetrovatelská kasuistika o pacientku onkologicky nemocnou léčenou chemoterapií“ pojednává o ošetrovatelské péči v oblasti onkogynekologie. Vybrala jsem si pacientku s diagnózou gestační trofoblastická nemoc. Jedná se o poměrně vzácné onemocnění, které vzniká v souvislosti s těhotenstvím a léčí se chemoterapií.

Ošetrovatelská péče je zaměřena nejen na fyzické potřeby klientky, ale je zde kladen důraz i na psychickou stránku nemocné. Špatný psychický stav pacienta může negativně ovlivňovat jeho touhu se uzdravit, spolupracovat se zdravotnickým personálem a tudíž s nemocí bojovat.

V této práci bych proto chtěla ukázat na význam sesterské péče, která se týká oblasti podpůrné psychoterapie. Onkologie patří mezi ty obory medicíny, kde se sestra neobejde bez znalostí psychologie a péče v této oblasti má stejný význam jak péče o fyzické potřeby pacienta.

Annotation

The thesis "*Nursing case report of the patient suffering by cancer treated with chemotherapy*" deals with the nursing care in the department of Oncogynecology. I have chosen the patient with diagnosis Gestational trophoblastic disease. It's a relatively rare disease, which originates in connection with pregnancy and is treated by chemotherapy.

The nursing care includes not only the care of the physical needs of the patient but stress also the need of the psychical support. The patient's bad psychical condition could have negative impact to her desire to get healed; determination to cooperate and therefore it can negatively influence a fight against the disease.

Within my thesis, I would like to emphasize the importance of the nursing care, which is related to the supportive psychotherapy. Oncology belongs to one of the medical branches, where the nurse should have a profound knowledge of the psychology and health care in this area is as significant as the physical care about the patient.

Klíčová slova

Chemoterapie

Gestační trofoblastická nemoc

Onkogynekologie

Ošetrovatelská anamnéza

Ošetrovatelská diagnóza

Ošetrovatelská péče

Keywords

Chemotherapy

Gestational trophoblastic disease

Oncogynecology

Nursing anamnesis

Nursing diagnosis

Nursing care

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne 1. listopadu 2008

Jitka Kleslová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce paní Mgr. Marii Šamánkové a paní doc. MUDr. Heleně Robové PhD. za pomoc a velmi odborný a vstřícný přístup při zpracování bakalářské práce.

ÚVOD.....	10
1. ANATOMIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ	11
1.1 VAJEČNÍK (OVARIUM, OOPHORON).....	11
1.2 VEJCOVOD (TUBA UTERINA, TUBA FALLOPII, SALPINX).....	11
1.3 DĚLOHA (UTERUS, METRA, HYSTERA).....	12
1.4 POCHVA (VAGINA, KOLPOS).....	13
1.5 ZEVNÍ RODIDLA (VULVA).....	13
2. FYSIOLOGICKÉ TĚHOTENSTVÍ.....	14
2.1 GAMETOGENEZE.....	14
2.2 REDUKČNÍ DĚLENÍ (MEIOSIS).....	14
2.3 BLASTOGENEZE.....	15
2.3.1 Rýhování.....	15
2.3.2 Vývoj blastocysty.....	16
2.3.3 Implantace a diferenciacie blastocysty.....	16
2.3.4 Změny v blastocystě v průběhu implantace a nidace.....	18
3. GESTAČNÍ TROFOBLASTICKÁ NEMOC	19
3.1 TROFOBLASTICKÁ INVAZE.....	19
3.2 HYDATIDÓZNÍ MOLY.....	19
3.2.1 <i>Mola hydatidosa partialis (částečná)</i>	20
3.2.2 <i>Mola hydatidosa completa (úplná)</i>	20
3.2.3 <i>Mola proliférans (proliferující – invazivní)</i>	20
3.3 CHORIOKARCINOMY.....	20
3.4 PERSISTUJÍCÍ TROFOBLASTICKÁ NEMOC.....	21
3.5 DIAGNOSTIKA.....	21
3.6 LÉČBA.....	22
3.7 DISPENZARIZACE.....	23
3.8 VÝSLEDKY LÉČBY V CTN.....	24
4. VYŠETŘOVACÍ METODY.....	25
4.1 ANAMNÉZA.....	25
4.1.1 Rodinná anamnéza.....	25
4.1.2 Osobní anamnéza.....	25
4.1.3 Gynekologicko – porodnická anamnéza.....	26
4.1.4 Nynější onemocnění.....	27
4.2 ASPEKCE.....	27
4.3 PALPACE, PERKUSE, AUSKULTACE.....	28
4.4 GYNEKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ.....	29
4.4.1 Vyšetření v zrcadlech.....	29
4.4.2 Bimanuální vyšetření.....	29
4.4.3 Rektální vyšetření.....	30
4.4.4 Rectovaginální vyšetření.....	30
4.4.5 Vyšetření v narkóze.....	30
4.4.6 Vyšetření prsů.....	30
4.5 LABORATORNÍ METODY.....	31
4.5.1 Základní biochemická vyšetření.....	31
4.5.2 Hematologická vyšetření.....	36
4.6 ZOBRAZOVACÍ METODY.....	37
4.7 ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY.....	39
4.8 OPERAČNÍ DIAGNOSTICKÉ METODY.....	40
5. INDIVIDUÁLNÍ PÉČE O PACIENTKU	41
5.1 ÚVOD.....	41
5.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA.....	41
5.2.1 Anamnéza obecně.....	41
5.2.2 Gynekologická anamnéza.....	41
5.3 PŘÍJEM PACIENTKY A PRŮBĚH HOSPITALIZACE Z OŠETŘOVATELSKÉHO POHLEDU.....	42
5.3.1 První den hospitalizace - příjem.....	42

5.3.2 Druhý den hospitalizace	44
5.3.3 Třetí den hospitalizace	45
5.3.4 Sedmý den léčby	45
5.4 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE MODELU VIRGINIE HENDERSON (TEORIE ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE)	46
5.4.1 Dýchání	46
5.4.2 Dostatečný příjem potravy a tekutin.....	46
5.4.3 Vylučování.....	46
5.4.4 Pohyb a udržování vhodné polohy.....	47
5.4.5 Spánek a odpočinek.....	47
5.4.6 Vhodné oblečení, oblékání a svlékání.....	47
5.4.7 Udržování fyziologické teploty	47
5.4.8 Udržování upravenosti a čistoty těla.....	47
5.4.9 Odstranění rizik prostředí, možnost poranění, poškození sebe i druhých	47
5.4.10 Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, názorů.....	48
5.4.11 Vyznávání vlastní víry.....	48
5.4.12 Smyšlná práce, aktivita.....	48
5.4.13 Účast na různých formách odpočinku	48
5.4.14 Učení, objevování nového, možnost aktivit.....	48
5.5 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	49
5.5.1 Strach z průběhu a následků léčby (strach ze smrti, strach z reakce rodiny a okolí, strach z možných recidiv onemocnění) projevující se uzavřeností pacientky.....	49
5.5.2 Obava o soukromý život (strach ze ztráty partnera, vliv na reprodukční schopnost, ztráta přitažlivosti) z důvodu probíhající léčby	50
5.5.3 Nausea v souvislosti s podávanou chemoterapií projevující se nepříjemným pocitem v ústech a pocitem na zvracení.....	51
5.5.4 Porucha spánku v souvislosti s nervozitou z hospitalizace projevující se nočním buzením, únavou a spánkem přes den.....	52
5.6 DOTAZNÍK – ODPOVĚDI PACIENTKY	53
ZÁVĚR	58
POUŽITÁ LITERATURA.....	59
SEZNAM PŘÍLOH.....	60
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	61
PŘÍLOHY	62

Úvod

Choriokarcinom je epitelový nádor vycházející z buněk trofoblastu. Histologicky byl prvním solidním nádorem s metastázami, který byl vyléčen chemoterapií. Od té doby řada nových poznatků zlepšila výsledky léčby tak, že v dnešní době je nejlépe léčitelným zhoubným nádorem i v metastazujících formách. Incidence choriokarcinomu má (podobně jako u moly) geografickou distribuci; u nás je 1/25 000 registrovaných těhotenství. Ročně je tedy v České republice dnes 5-7 choriokarcinomů.

Prognóza je velice dobrá, snahou je zachovat fertilitu u žen, které ještě plánují těhotenství. Léčba se má provádět ve specializovaném centru. Vzhledem k nízké incidenci onemocnění většina center vykazuje více než 90% trvale vyléčených žen. V České republice se choriokarcinomy léčí v onkogynekologickém centru Gynekologicko-porodnické kliniky Fakultní nemocnice Motol a Ústavu péče o matku a dítě Podolí.

Ošetřovatelskou kasuistiku u ženy s diagnózou choriokarcinom, léčenou chemoterapií, jsem si vybrala hlavně pro dobrou prognózu onemocnění a také z toho důvodu, že pracuji na oddělení, které patří k centřům, kde se diagnostikuje a léčí gestační trofoblastická nemoc.

1. Anatomie ženských pohlavních orgánů

1.1 Vaječník (ovarium, oophoron)

Ovarium je ženská pohlavní žláza, ze které se v době pohlavní zralosti uvolňují v měsíčních ovariaálních cyklech ženské pohlavní buňky – vajíčka (oocyty). Současně je ovarium žlázou s vnitřní sekrecí produkující ženské pohlavní hormony.

V období pohlavního dospívání ženy se ovarium zvětšuje a v dospělosti má tvar plochého ovoidu, šedorůžové barvy. Rozměry jsou 3 až 5 x 3 x 2 cm a hmotnost 7 – 15 g. Ovarium je uloženo laterálně od dělohy v pánevní dutině, při boční stěně malé pánve. Je zavěšeno na zadním listu širokého vazu děložního (*plica lata uteri*), krátkou peritoneální duplikaturou zvanou *mesoovarium*. K hornímu pólu ovaria se upíná peritoneální duplikatura, *ligamentum suspensorium ovarii* (*plica infundibulopelvica*), obsahující ovariaální cévy a nervy. Dolní pól ovaria poutá k děložnímu rohu *ligamentum ovarii proprium* (*chorda uteroovarica*), uložené v *plica lata uteri*.

Povrch ovaria je kryt povrchovým kubickým epitelem (tzv. zárodečný epitel). Pod epitelem je vrstva kolagenního vaziva, *tunica albuginea*. Ovarium se člení do dvou částí. Objemově převažující povrchová část, *cortex ovarii*, obsahuje ve vazivovém stromatu folikuly v různém stádiu vývoje, žlutá tělíska a bílá tělíska. Centrální oblast ovaria je dřev, *medulla ovarii*. Dřev obsahuje bohatě vaskularizované řídké kolagenní vazivo a buňky hladké svaloviny.

Kůra ovaria obsahuje *folikuly* v různém stádiu vývoje. Vývoj folikulu vrcholí tzv. *Graafovým folikulem*, který 12. až 14. den cyklu praská a vajíčko je folikulární tekutinou odplaveno do dutiny peritoneální a odtud je transportováno do vejcovodu. Až do ovulace folikul produkuje estrogény. Po ovulaci se folikul přemění na *žluté tělísko*, *corpus luteum*, které produkuje progesteron a další hormony. Dojde-li k oplodnění vajíčka, mění se žluté tělísko v *corpus luteum graviditatis*, které je aktivní první tři měsíce těhotenství. Poté dochází k jeho postupné regresi a jeho funkci přebírá placenta. nedojde-li k oplození vajíčka, vytváří se *corpus luteum menstruationis*, které během 10 až 12 dnů zaniká a zbývá po něm vazivová jizva, *corpus albi* (Rob at al, 2008, s.2- 4).

1.2 Vejcovod (tuba uterina, tuba Fallopii, salpinx)

Vejcovod je párová trubice, uložená po stranách dělohy, délky 10 až 12 cm a tloušťky asi 0,5 cm. Vejcovod je začleněn do *ligamentum latum uteri*. Horní část

ligamentum latum uteri tvoří peritoneální závěs vejcovodu, *mesosalpinx*. Mediální konec vejcovodu proráží roh děložní a označuje se jako *pars intramuralis* (pars uterina). Následuje zúžená část vejcovodu, *isthmus*, který představuje jednu třetinu jeho délky. Laterální polovina vejcovodu se označuje *ampula*, kde dochází zpravidla k oplodnění vejce. Ampula je zakončená nálevkovitým *infundibulem*. Z okrajů infundibula vybíhá 10 výběžků, fimbrií.

Stěna vejcovodu se skládá ze sliznice, hladké svaloviny a povrchové serózy (*mesosalpinx*). Vejcovod transportuje oplozené vejce (embryo) do dělohy a spermie z dělohy do ampulární části vejcovodu, kde zpravidla dochází k oplodnění (Rob et al, 2008, s. 4-5).

1.3 Děloha (uterus, metra, hystera)

Děloha je dutý, silnostěnný svalový orgán uložený v malé pánvi, mezi močovým měchýřem a konečníkem. U dospělé ženy má tvar předozadně oploštělé hrušky. Děloha je zavzata do ligamentum latum uteri. Člení se na dvě základní části: tělo -*corpus uteri* a hrdlo -*cervix uteri*.

Děložní stěna je 15 mm silná a je složena ze tří vrstev. Vnitřní tvoří sliznice, v těle *endometrium*, v hrdle *endocervix*. Endometrium má šedorůžovou barvu a je napovrch kryto jednovrstevným cylindrickým epitelem. Sliznice nejprve vlivem estrogenů regeneruje a prolifерuje, po ovulaci se vlivem progesteronu sekrečně transformuje. Střední a nejsilnější vrstva, která dává děloze tvar, je z hladké svaloviny – *myometrium*. Na povrchu dělohy je peritoneum – *perimetrium*.

Při zániku žlutého tělíska v důsledku poklesu hormonálních hladin, dochází k přechodné kontrakci spirálních arteriol endometria, s následnou ischémií a odlučováním funkční vrstvy sliznice. Nekrotická sliznice spolu s průvodním krvácením odchází z rodidel (menstruace).

Děložní hrdlo má dva druhy epitelu. Kanál hrdla vystýlá *endocervix* (cylindrické hlenotvorné buňky uspořádané v bohaté členěné řasy). Část hrdla obrácená do poševní dutiny má povrchovou sliznici (*ectocervix*) se stejnou výstelkou jako pochva, tedy s epitelem vrstevnatým, dlaždicovým (Rob et al, 2008, s.5-6).

1.4 Pochva (vagina, kolpos)

Pochva je odvodná pohlavní cesta, kopulační orgán a slouží k odvádění menstruační krve. Má tvar předozadně oploštělé trubice, kraniálním koncem se upíná na děložní hrdlo, kaudálním koncem se otevírá navenek jako *ostium vaginae* mezi labia minora do tzv. *vestibulum vaginae*. Poševní stěna se skládá ze tří vrstev: sliznice, hladké svaloviny a zevního vazivového obalu, adventicie. Sliznice – *tunica mucosa* – je na přední i zadní stěně složena v příčné řasy (*rugae vaginales*). Je kryta mnohovrstevnatým dlaždicovým epitelem, který nerohovatí a nemá žlázky (Rob et al, 2008, s. 8-9).

1.5 Zevní rodidla (vulva)

Zevní rodidla zahrnují stydký pahorek (*hrma, mons veneris*), velké a malé stydké pysky (*labia majora pudendi, labia minora pudendi*), poštvěváček (*clitoris*), poševní vchod (*vestibulum vaginae*), panenskou blánu (*hymen*), bulbi vestibuli, bartholinské žlázy a hráz (*perienum*) (Rob et al, 2008, s. 10-11).

2. Fysiologické těhotenství

2.1 Gametogeneze

Vývoj člověka začíná oplozením, tj. spojením ženské pohlavní buňky vajíčka –oocytu s mužskou pohlavní buňkou spermií. Spojením vznikne útvar zvaný zygota. Aby mohlo k tomuto spojení dojít, musí pohlavní buňky projít složitými cytologickými pochody týkajícími se jadra i cytoplazmy. Hlavním cílem těchto pochodů je snížení počtu chromosomů na poloviční nebo-li haploidní počet redukčním dělením.

Jádra lidských buněk obsahují 46 chromosomů, 44 z nich jsou autosomy určující fyzické a psychické znaky a 2 jsou heterochromosomy, určující pohlavní znaky. Autosomy se dají podle velikosti a tvarových vlastností seřadit do zcela identických dvojic zvaných páry homologických chromosomů, 1.-22. Z každého páru homologických chromosomů jeden partner pochází od otce (paternální homolog P) a druhý od matky (maternální homolog M). U ženského pohlaví jsou přítomny dva pohlavní chromosomy XX, u mužského pohlaví jeden chromosom X a jeden chromosom Y,(XY), který je tvarem i velikostí odlišný od chromosomu X. Pro tuto odlišnost se tyto pohlavní chromosomy nazývají heterochromosomy (Vacek, Progenese, 2006, s.1).

2.2 Redukční dělení (meiosis)

Při běžném buněčném dělení -mitóze v období mezi dvěma děleními nebo-li v interfázi se každý chromosom zdvojnásobí – replikuje. To znamená, že ke každému chromosomu se vytvoří druhý, identický, s naprosto stejnou strukturou a pořadím genů po celé délce DNA. Zdvojený, replikovaný chromosom má dvojnásobný obsah DNA a skládá se ze dvou chromatid, z nichž každá má stejnou strukturu, stejné pořadí genů jako jednoduchý chromosom před replikací. Na konci mitózy přejde do každé buňky jedna z chromatid, takže buňky mají plný diploidní počet chromosomů.

Při redukčním dělení pohlavních buněk (gamet) přecházejí do dělicích se buněk celé dvojice replikovaných chromosomů. Tím se jejich počet sníží na poloviční (haploidní počet), tj. 23 chromosomů (Vacek, Progenese, 2006, s.1).

Zracím dělením (meiosou) se počet chromosomů sníží na polovinu, je tak zabezpečeno, že při oplození počet chromosomů nevzrůstá, ale zůstává počet diploidní(46).

Zralá pohlavní buňka je přitom vybavena úplnou sadou chromosomů, neboť při meiose je zabezpečeno, že z každého páru homologických chromosomů přejde do každé buňky po jednom chromosomu „otcovského“ nebo „mateřského“ původu. Výběr toho či onoho člena je zcela nahodilý. Lze proto předpokládat, že kombinace mateřských a otcovských chromosomů ve zralých pohlavních buňkách bude odpovídat počtu pravděpodobností. Meiosa tak zajišťuje nejen přesný přenos genetických informací do zralých pohlavních buněk a jejich prostřednictvím do dalších pokolení, ale i genetickou variabilitu a proměnlivost těchto pokolení novými kombinacemi dědičného materiálu (Vacek, Progenese, 2006, s. 6).

2.3 Blastogeneze

Blastogeneze zahrnuje časnou fázi vývoje, od vzniku zygoty, její rýhování v morulu, přeměnu moruly v blastocystu až po diferenciaci zárodečných listů. Časově se jedná o období začínající několik hodin po oplození až asi do konce druhého týdne po oplození. Blastogeneze se netýká jen vývoje zárodku, ale současně i diferenciaci trofoblastu, utvářejí se základy pro cévní systém (Vacek, Blastogeneze, 2006, s. 1).

2.3.1 Rýhování

Podstatou rýhování je řada po sobě následujících mitóz. Oproti běžné mitóze buněk je však rozdíl v tom, že dceřinné buňky zvané blastomery, nenabývají velikosti mateřské buňky a vstupují do další mitózy, takže se postupně zmenšují. Rýhování tak zabezpečuje postupné obnovení velikosti buněk, charakteristické pro příslušný druh živočišné tkáně. Zmenšování buněk je rovněž jedním z předpokladů pro jejich přesuny (migrace) při dalších vývojových pochodech (Vacek, Blastogeneze, 2006, s. 1).

Prvním rýhovacím dělením se oplozené vajíčko (zygota) rozdělí na dvě téměř stejné blastomery, uložené uvnitř zona pellucida. Z pokusů *in vitro* je dokázáno, že dvoubuněčného stádia je dosaženo za 24 až 30 hodin po oplození. Čtyřbuněčného stádia je dosaženo za 40 až 50 hodin po oplození.

Blastomery až do osmibuněčného stádia jsou od sebe odděleny hlubokými rýhami, takže vyniká jejich kulovitý tvar. Seskupení blastomer bylo přirovnáváno k plodu moruše (lat. *morus* – moruše), podobá se však spíše malině. V této rané morule drží blastomery pohromadě přilnavostí adhesivních molekul. Z každé blastomery se může vyvinout celý jedinec. Samovolným fyziologickým oddělením může vzniknout jednovaječná multiparita. Rýhování probíhá během postupu zygoty vejcovodem. Postup

zabezpečuje jednak řasinkový pohyb epitelu, jednak peristaltika hladkého svalstva vejcovodu. Stádium šestnácti blastomer je dosaženo za 60 až 70 hodin, tj. asi za 3 dny (Vacek, Blastogeneze, 2006, s.3).

2.3.2 Vývoj blastocysty

Od osmibuněčného stádium mitotickým dělením vznikající další blastomery se vsouvají do moruly. Současně se mezi blastomery v povrchové vrstvě utvářejí těsné mezibuněčné kontakty (zonulae occludentes). Morula nabývá kompaktnějšího vzhledu. Na povrchu moruly zůstává od začátku rýhování zona pellucida. V tomto stádiu vývoje vstupuje pozdní morula do dělohy, asi třetí den po oplození. Zevní blastomery se přemění v buňky zevní obalové vrstvy – příští trofoblast, buňky uvnitř útvaru (blastomery) vytvoří embryoblast. K procesu první diferenciaci dochází po vstupu moruly do dělohy. Obě dvě tkáně se liší strukturou, funkcí i genovou expresí. Trofoblast má schopnost syntetizovat hormon zvaný choriový gonadotropin (hCG) a podílet se na tvorbě steroidů. Choriový gonadotropin je hormon podobný chemickou strukturou i funkcí hypofýzárnímu luteinizačnímu hormonu (LH). Vzhledem k časnému začátku jeho tvorby se dá prokázat v moči ženy již 9. dne gravidity. Mateřský organismus dostává již záhy informaci o existenci zárodku. Zvýšeným příjmem tekutin z okolí vznikne mezi zónou pelucidou a vnitřní částí buněčné dutiny, zvaná blastocel (dutina blastocysty). Buňky vnitřní buněčné dutiny se přitom přeskupí jako embryoblast k jednomu pólu vzniklého váčku – zvaného nyní blastocysta. Na povrchu je blastocysta ohraničena jednou vrstvou plochých buněk obalové vrstvy, zvané nyní trofoblast a zona pellucida odpadne. V děložní dutině zůstává volná blastocysta asi 2 dny a 6.,7. den nastává její implantace do děložní sliznice (Vacek, Blastogeneze, 2006, s.4).

2.3.3 Implantace a diferenciaci blastocysty

Po odpadnutí zona pellucida z povrchu blastocysty se dostávají buňky trofoblastu do přímého kontaktu s epitelem děložní sliznice. Blastocysta se přikládá k povrchu děložní sliznice. V místě kontaktu blastocysty s děložní sliznicí se rozvine intenzivní interakce. Morfologicky se projeví dělením buněk trofoblastu a jejich splýváním v jazykovité výběžky syncytiotrofoblastu. Primární trofoblast se tak diferencuje v buněčný

cytotrofoblast, jehož buňky se nadále mitoticky dělí a splýváním buněčných hranic (membrán) zajišťují rozrůstání syncytiotrofoblastu do děložní sliznice (Vacek, Blastogeneze, 2006,s.5).

Syncytiotrofoblast stále více prorůstá do děložní sliznice, tkáň je enzymaticky rozrušována a produkty jsou resorbovány syncytiotrofoblastem a slouží jako histiotrofě (výživa z tkáně) vyvíjejícího se zárodku.

9. den je již celá blastocysta zanořená do děložní sliznice a dosahuje průměru 2-3mm.

12. den po ovulaci je již blastocysta zcela implantovaná. Tím byl ukončen proces nidace.

Na abembryonálním konci blastocysty, obráceném k povrchu endometria, je vrstva trofoblastu tenká, převážně tvořená buňkami cytotrofoblastu. Na embryonálním pólu bují syncytiotrofoblast. Prorůstající syncytiotrofoblast brzy narazí na krevní prostory, zvané sinusoidy. Mateřská krev se začne vlévat mezi lakuny syncytiotrofoblastu. Napojením syncytiotrofoblastu na mateřské cévy endometria jsou vytvořeny základy uteroplacentárního oběhu a mateřská krev se stává novým, trvalým zdrojem výživy zárodku (hematotrofě).

V procesu nidace a implantace se uplatňují interakce mezi blastocystou, respektive trofoblastem, tvořícím její obal a endometriem. Svědčí o tom nejen cytologické a metabolické změny, ale i imunologická tolerance endometria vůči blastocystě. Zárodek a jeho obaly se geneticky liší od genomu matky. Imunologická tolerance se přičítá hCG (choriovému gonadotropinu), který v součinnosti se steroidy zabraňuje sensibilizaci mateřské tkáně a tvorbě protilátek proti zárodku. Imunitní mechanismy a navození tolerance vůči zárodku hraje zřejmě významnou roli i v pozdějších stádiích vývoje plodu. Nasvědčuje tomu zjištění, že buňky plodu pronikají ve značném množství do krve matky, a to nejen při Rh inkompatibilitě v Rh systému. Porucha těchto mechanismů může být jednou z příčin selhání implantace, nidace a odumření zárodku. Optimální podmínky pro implantaci a nidaci jsou zřejmě časově omezené jen na relativně krátký úsek sekreční fáze endometria. Endometrium těhotensky změněné se nazývá decidua. Za normálních okolností se blastocysta implantuje na přední nebo zadní děložní stěně v horním segmentu corpus uteri (Vacek, Blastogeneze, 2006, s. 5-8).

2.3.4 Změny v blastocystě v průběhu implantace a nidace

Souběžně s diferenciací trofoblastu probíhají vývojové pochody i uvnitř blastocysty. První známky diferenciaci embryoblastu spadají do začátku implantace, tj. 5.-6. den po oplození. Na straně embryoblastu obrácené od implantačního pólu blastocysty se v této době diferencují buňky vnitřního zárodečného listu – entodermu. Mezi buňkami embryoblastu vznikají šterbiny, které splnutím vytvoří primitivní dutinu amniovou. Na jejím dnu se diferencují buňky ektodermu zárodku, které přechází v ektoderm amnia, ohraničující amniový váček. Dutina blastocysty se vyplní tkání, která se nazývá primární mezoderm. V dutině blastocysty se nachází též primární žloutkový váček. Z primárního žloutkového váčku vzniká sekundární žloutkový váček. Ze zbytku primárního žloutkového váčku s přiléhajícím mezodermem vznikne provazec, táhnoucí se od sekundárního žloutkového váčku k protilehlému pólu blastocysty, zvaný žloutkový stvol. Primární mezoderm je zatlačen i k cytotrofoblastu a vytváří s ním obal zvaný chorion.

Ve stáří 12 až 13 dnů, mezi amniovým váčkem a choriem zbude provazec, zvaný též jako úponový nebo zárodečný stvol, který pak spojuje amniový a žloutkový váček s choriem na příštím kaudálním konci zárodku.

Chorion proliferací trofoblastu roste v podobě choriových klků, které jsou na povrchu kryty syncytiotrofoblastem a pod ním je jedna vrstva cytotrofoblastu. Choriové klky se původně rozrůstají po celém obvodu blastocysty-, „klkatý chorion“ (chorion frondosum). Když se embryo a tím celé plodové vejce postupně zvětšuje, rozliší se chorion ve dvě oblasti: na chorion laeve (hladký), který je větší a oproti decidua capsularis a na chorion frondosum (klkatý), proti decidua basalis, který je menší a kde klky nadále proliferují. Chorion frondosum spolu s decidua basalis postupně vytvoří lůžko neboli placentu (Vacek, Blastogeneze, 2006, s. 11).

3. Gestační trofoblastická nemoc

Gestační trofoblastická nemoc (GTN) zahrnuje několik klinických jednotek, které se liší v biologickém chování, klinické symptomatologii a histopatologických obrazech. Celá skupina má několik společných charakteristik. GTN vzniká z fetálních tkání trofoblastu a jednotlivé jednotky secernují v různé míře humánní choriový gonadotropin (hCG) (Rob at al., Gestační trofoblastická nemoc - online, 2000).

3.1 Trofoblastická invaze

Trofoblast je embryonální tkáň, která vzniká v 7. dni na povrchu oplozeného vajíčka, z níž se vyvíjí placenta, která zajišťuje normální vývoj plodu. Trofoblast se zanořuje do děložní sliznice a umožňuje zakotvení a výživu embrya v děloze. Buňky trofoblastu pronikají do děložní stěny a jejich cév, kterými se dostávají se do krevního oběhu, v první řadě do plic, ale i jiných orgánů (mozku, zažívacího traktu, ledvin,...). Tento proces provází každé těhotenství a označuje se jako trofoblastická invaze, která přetrvává po celou dobu těhotenství a po jeho ukončení mizí do 30 dnů. Po ukončení těhotenství jsou elementy trofoblastu imunologickými mechanismy odstraněny v průběhu několika dnů. Tuto eliminaci z organismu můžeme sledovat podle poklesu humánního choriového gonadotropinu (hCG), který je převážně secernován syncytiotrofoblastem. Za fyziologickou hranici považujeme 30 dnů. Po této době byla Zavadilem zavedena jednotka tzv. perzistující trofoblastické invaze. Při perzistenci hCG (elementů trofoblastu) je nutno sledovat trend poklesu. Vzestup hCG při vyloučení dalšího těhotenství je indikací komplexního přešetření ženy a následné odpovídající chemoterapii (Rob at al, Gestační trofoblastická nemoc - online, 2000).

3.2 Hydatidózní moly

Druhou skupinu trofoblastické nemoci tvoří tzv. hydatidózní moly – moly jsou patologicky změněné placenty, jejíž stavební jednotky choriové klky, tvořené trofoblastem, cévami a vazivem, které jsou normálně mikroskopických rozměrů, se enormně zvětší edémem, takže jsou viditelné pouhým okem a připomínají hrozny vína s bobulkami 10 i více mm velikými (Zavadil, Centrum pro trofoblastickou nemoc v ČR- nádory placenty – online, 2004-2008).

Podle příčin vzniku a podle mikroskopického histologického obrazu rozlišujeme tři typy mol.

3.2.1 Mola hydatidosa partialis (částečná)

Vzniká oplozením vajíčka dvěma spermii. Výsledkem je triploidní 69 XYY nebo 69 XXX mola. Důsledkem chromosomální poruchy je patologický vývoj placenty i plodu, který většinou v prvních měsících odumírá a těhotenství končí potratem.

3.2.2. Mola hydatidosa completa (úplná)

Vzniká většinou oplozením vajíčka dvěma spermii nebo jednou spermií, která provede ve vajíčku endoreduplikaci. Vajíčko před oplozením ztratilo své mateřské chromosomy. Bez mateřské genetické výbavy se nemůže plod vyvíjet a roste pouze nadměrně placenta ve formě hroznů vína.

3.2.3. Mola proliferans (proliferující – invazivní)

Většinou jde o kompletní, méně často o parciální molu, jejíž trofoblast má tak vystupňovaný růst, že prorůstá celou stěnou dělohy, někdy až do dutiny břišní a dostává tak nádorový charakter. U všech 3 typů mol je vždy přítomna trofoblastická invaze, stejně jako u každého normálního těhotenství – rozsah invaze a intenzita je však mnohem větší, a tím se zvětšuje i pravděpodobnost jejího zvratu v choriokarcinom. U kompletní moly asi v 5 %, u proliferující moly až ve 20%, u parciální je zcela vzácný.

3.3 Choriokarcinomy

Třetí, nejzávažnější skupinu trofoblastické nemoci, představují choriokarcinomy. Téměř vždy vznikají maligním zvratem trofoblastické invaze nebo perzistující trofoblastické invaze během těhotenství nebo různě dlouho po jeho skončení. 50% choriokarcinomů vzniká po molárním těhotenství, 24% po spontánních potratech, 24% po porodech a 1-2% po GEU (mimoděložních těhotenstvích).

Mikroskopicky jsou tvořeny nádorově zvrhlým trofoblastem. Většinou se vyvíjí v děloze (90%), ale vzhledem k přítomnosti trofoblastické invaze i v dalších orgánech (v plicích, mozku, ledvinách,...) a může být mylně diagnostikován jako primární nádor.

Choriokarcinom tvoří makroskopicky prokrváčené, rychle rostoucí nádorové hmoty, časně metastazující krevní cestou. Dříve usmrcoval ve 100% případů.

Mikroskopicky rozeznáváme:

- choriokarcinom, vznikající ze syncytiotrofoblastu, který produkuje hCG
- choriokarcinom z cytotrofoblastu, neprodukuje hCG nebo málo
- intermediární (Placenta Site Trophoblastic Tumor = PSTT)
- smíšený

Uvedené jednotky všech 4 skupin trofoblastické nemoci musí být diagnostikovány mikroskopickým (histologickým) a imunogenetickým vyšetřením příslušného materiálu (Rob at al, Gestační trofoblastická nemoc - online, 2000).

3.4 Persistující trofoblastická nemoc

Zvláštní, čtvrtou skupinu trofoblastické nemoci tvoří nemocné, kdy diagnóza trofoblastické nemoci je stanovena pouze klinicky na základě přítomnosti hCG v krvi, při současném vyloučení těhotenství, ale bez histologické diagnózy. Její příčinou může být kterákoliv jednotka trofoblastické nemoci uvedená v první, druhé nebo třetí skupině.

3.5 Diagnostika

Choriokarcinom má v 90% symptomatologii gynekologickou – většinou nepravidelné krvácení, kromě dalších příznaků. Diagnóza se opírá o histologické vyšetření a hodnoty hCG.

Hydatidózní moly se prezentují jako těhotenství, lze je rozpoznat na ultrazvuku. Rozhodující je diagnóza histologická. Persistující trofoblastickou invazi provází často nepravidelné krvácení. Diagnostické jsou hodnoty hCG, jejich dynamika, délka a trvání. Rozhodující je opět diagnóza histologická. Diagnóza perzistující trofoblastické nemoci se opírá o anamnestické těhotenství, přetrvávající hodnoty hCG v krvi, při chybějící histologické diagnóze (Zavadil, Centrum pro trofoblastickou nemoc v ČR- nádory placenty – online, 2004-2008).

3.6 Léčba

Většinu choriokarcinomů a část proliferujících mol léčíme pouze chemoterapií.

Chemoterapeutické protokoly zahrnují:

methotrexat je antifolát ze skupiny pojmenované antimetabolity.

Inhibuje enzym nutný pro metabolismus kyseliny listové, tím je blokována syntéza

„stavebních kamenů“ DNA. Při podávání vysokých dávek nebo v případě, že je

methotrexát pomaleji odbouráván, se podává leukovorin. Leucovorin je metabolit kyseliny listové, který ruší účinek metotrexátu především v nenádorových buňkách.

Kyselina listová a její odvozeniny hrají důležitou roli při syntéze DNA

(deoxyribonukelové kyseliny, nositelky dědičné informace). Některé léky, jako

například metotrexát, působí tím, že blokují metabolismus kyseliny listové a jejích

derivátů a tím blokují i syntézu DNA. Leukovorin obnovuje metabolismus kyseliny

listové a tím ruší účinek metotrexátu a podobných léků. Má se za to, že leukovorin

snáze vstupuje do buněk zdravých tkání než do buněk nádorových – podává se proto s

vysokými dávkami metotrexátu, při kterých chrání zdravé buňky před cytotoxickým

účinkem. Leukovorin se rovněž podává jako tzv. záchranná léčba u nemocných s

pomalejším odbouráváním metotrexátu, u kterých by dlouhodobé působení metotrexátu vedlo k projevům toxicity.

vepesid- etopozid- je derivátem alkaloidu himalájské rostliny *Podophyllum peltatum*,

řadí se do skupiny rostlinné alkaloidy. Cytotoxický účinek je dán inhibicí

topoizomerázy II. Tento enzym hraje roli při replikaci („kopírování“) DNA a při jeho

inhibici dochází ke zlomům DNA. Blokáda topoizomerázy je hlavním mechanismem

účinku, ne však jediným.

aktinomycin D – aktinomycin patří do interkalujících antibiotik (interkalace =

„vmezeření“, nekovalentní vazba látky - cytostatika do dvojšroubovice DNA)

cyklofosfamid - endoxan je nejpoužívanějším a nejuniverzálnějším cytostatikem. Je

unikátním alkylačním cytostatikem z následujících dvou důvodů: Samotný

cyklofosfamid je neúčinný, cytostatický účinek má až jeho metabolit vznikající v játrech

-4-hydroxycyklofosfamid. Ten vzniká působením mikrozomálního enzymatického

systému a cytochromu P-450. Tento metabolit se vyskytuje ve dvou formách

(tautomerie) - jako 4-hydroxycyklofosfamid a aldofosfamid, které jsou navzájem v rovnováze. V buňkách se pak aldofosfamid rozpadá na cytotoxickou látku fosforaminomustard a na akrolein. Fosforaminomustard je bifunkční alkylační látka.

cisplatina – platidiam - patří mezi platinová cytostatika. Mechanismus působení platinových derivátů je podobný alkylačním cytostatikům - tj. poškozování DNA a vznik interkalačních vazeb mezi řetězci, což zamezuje replikaci nukleových kyselin. Uvnitř buněk je menší množství iontů chlóru než mimo buňky – v tomto prostředí dochází k uvolňování kovalentně vázaného chlóru a vzniku nukleofilního radikálu, který reaguje s purinovými bázemi nukleových kyselin.

vincristin - je jedním z vinca alkaloidů, zařazený do skupiny rostlinné alkaloidy, izolovaný z rostliny *Catharanthus roseus* (barvínkovec). Jeho protinádorové působení se vysvětluje především tím, že se váže na protein tubulin. Tubulin je stavebním kamenem mikrotubulů – mikroskopických trubiček, ze kterých je tvořeno dělicí vřeténko a jiné důležité buněčné struktury. Vlivem vinblastinu je znemožněna tvorba dělicího vřeténka, chromozomy bez vřeténka se volně rozptylují a dělení buňky se zastavuje. Mimoto asi zvyšuje průnik dalších cytostatik membránou do buňky. V nádorových buňkách selektivně inhibuje reparační mechanismy DNA a syntézu RNA (Česká onkologická společnost, Databáze onkologických léčiv - online, 2006).

3.7 Dispenzarizace

Pacientky léčené v CTN (Centrum pro trofoblastickou nemoc) jsou pravidelně sledovány – choriokarcinomy jsou po dosažení trvalé klinické a laboratorní remise (vyléčení) kontrolovány jednou ročně. Po mole proliferující jsou kontroly ukončeny po 2 letech, po kompletní mole po 1 roce a po parciální mol po půl roce. Po těchto intervalech mohou pacientky znovu otěhotnět (Zavadil, Centrum pro trofoblastickou nemoc v ČR-nádory placenty – online, 2004-2008).

3.8 Výsledky léčby v CTN

Na začátku existence CTN usmrcoval choriokarcinom ve 100% během velmi krátké doby. V posledních 25 letech lékaři vyléčili choriokarcinomy 1. a 2. stupně ve 100% a to se zachováním generační funkce.

Rizikové stupně 3. a 4., které tvoří 15% všech choriokarcinomů, lze vyléčit z 50%.

Z hydatidózních mol, včetně proliferujících a persistujících trofoblastických nemocí lékaři za posledních 25let neztratili ani jednu pacientku.

Chemoterapie u žen, které otěhotněly, nezvyšuje riziko vrozených vývojových vad.

Většina mladých žen, které si přejí otěhotnět, nemají s následnými těhotenstvími problém.

4. Vyšetřovací metody

4.1 Anamnéza

Získávání anamnestických údajů od pacientky s gynekologickým nebo porodnickým onemocněním se řídí stejnými zásadami jako u obecné klinické anamnézy. Je to úplnost, systematickosti a pravdivost. Navíc má některé specifické rysy, mezi které patří hlubší zjišťování údajů týkajících se reprodukčních orgánů a nutnost naprosté diskretnosti a taktu při získávání údajů z intimního života ženy. Pro přehlednost jsou údaje získané od pacientky členěny do následujících oblastí:

4.1.1 Rodinná anamnéza

Rodinná anamnéza je zaměřena na získání zdravotních údajů od pokrevních příbuzných pacientky (rodiče, sourozenci, děti) nebo od osob, se kterými žije (manžel), a které mohou ovlivnit její současné obtíže nebo zdravotní stav.

Jde především o:

Infekční onemocnění – závažné infekce, venerická onemocnění, tuberkulóza, HIV pozitivita,...

Onkologická onemocnění v pokrevním příbuzenstvu se zaměřením na reprodukční orgány ženy, včetně mléčné žlázy

Choroby žláz s vnitřní sekrecí, zvláště diabetes mellitus, thyreopatie,...

Genetická onemocnění a výskyt vrozených vývojových vad

Onemocnění alergického původu

Jiná onemocnění, u kterých se předpokládá hereditární predispozice (např. kardiovaskulární onemocnění,...)

4.1.2 Osobní anamnéza

Osobní anamnéza je chronologickým záznamem podstatných údajů týkajících se nemoci, léčby, návyků a sociální situace pacientky od jejího narození do současnosti. Získávání údajů má mít vztah ke gynekologické nebo porodnické povaze onemocnění pacientky.

Dětský věk (prospívání, infekce se vztahem k reprodukčním orgánům ženy –např. spála, parotis,...)

Závažná onemocnění kardiovaskulárního aparátu, plic, ledvin, onemocnění neurologická, gastrointestinální, psychiatrická, nádorová,...

Závažné infekční onemocnění s možnými trvalými následky – např. opakované angíny, mononukleóza, tuberkulóza, infekční hepatitis apod.

Alergie na léky, chemikálie, potraviny a jiné látky

Aplikace krevních derivátů s popisem eventuelní nežádoucí reakce

Operace se zvláštním zaměřením na výkony na životně důležitých orgánech a nitrobřišních chirurgické zákroky.

Abuzus – kouření, alkohol, drogy (způsob aplikace)

Farmakoterapie – léky trvale užívané.

Sociální anamnéza – zaměstnání se zátěží psychickou, fyzickou, nezaměstnanost, atd.

4.1.3 Gynekologicko – porodnická anamnéza

Údaje z gynekologicko – porodnické anamnézy bývají často v příčinné souvislosti se současným stavem pacientky.

Menstruační cyklus:

věk při první menstruaci (menarché), délka a pravidelnost cyklu, délka, intenzita a bolestivost menstruačního krvácení, krvácení nepravidelné v období cyklu (premenstruační a postmenstruační, ovulační krvácení). Obtíže spojené s průběhem cyklu (otoky, vyrážky, psychické poruchy). Datum poslední menstruace s popisem eventuálních abnormalit (délka trvání, intenzita, časový rozestup, premenstruační syndrom). Věk při ukončení menstruačních cyklů (menopauza) a eventuelní klimakterické obtíže.

Průběh těhotenství:

uvádí se předchozí těhotenství v chronologickém pořadí, včetně záznamu o hmotnosti, délce a pohlaví porozených novorozenců, komplikace v těhotenství, za porodu a v šestinedělí, spontánní potraty a potraty uměle provedené.

Mimoděložní těhotenství a způsob jeho ošetření, eventuelní komplikace.

Gynekologická onemocnění:

zvláště chronicky se opakující (colpitis, adnexitis) nebo vyžadující chirurgickou intervenci (malé a velké gynekologické operace). Z hlediska stanovení gynekologicko – porodnické diagnózy jsou často důležité i údaje týkající se orgánů topograficky blízkých pohlavním orgánům ženy, jako onemocnění urologická a intestinálního traktu.

Antikoncepce užívaná dříve i v současnosti s popisem vzniklých komplikací a jejich léčby.

Sexuální život: věk při začátku pohlavního života, bolesti při styku, promiskuita pacientky nebo jejího partnera.

4.1.4 Nynější onemocnění

Popis současného onemocnění zachycuje chronologicky obtíže od jejich vzniku až do doby sběru anamnézy, se zaznamenáváním nástupu jednotlivých příznaků, reakcí organismu a dosavadní léčbu. U pacientek v alterovaném stavu jsou zdrojem informací doprovázející osoba a zdravotnická dokumentace. U žen s podezřením na onemocnění trofoblastu jsou důležitá pečlivá a chronologicky seřazená fakta o posledních těhotenstvích a poruchách menstruace.

4.2 Aspekce

Při aspekci je hodnocena konstituce těla, biologický věk, výška, hmotnost, chůze, celkový vzhled a na první pohled nápadné abnormality. Pacientku vyšetřujeme aspekci již při jejím vstupu do ambulance. Dále sledujeme stav a barvu kůže a viditelných sliznic, jejich prokrvení, pooperační, eventuelně posttraumatické jizvy, pigmentaci kůže, ochlupení, držení těla, skoliosu, kyfosu, valgositu, varositu a stav hygieny.

Při aspekci břicha si všímáme stavu výživy, vývoje svalstva, je-li břicho vtažené či vyklenuté, sledujeme výskyt strií či pigmentací.

Při aspekci vulvy si všímáme její konfigurace, vývojových abnormalit, trofiky tkání, typu ochlupení, eventuálních známek poranění.

Při aspekci se snažíme respektovat přirozený stud ženy a vždy odhalujeme pouze ty části těla, které budou vyšetřovány. Nicméně při vyšetřování některých závažných onemocnění jako jsou vrozené vývojové vady a chromosomální vady či

endokrinopathie je nutné, aby byla pacientka zcela svlečená. Dále hodnotíme introitus poševní, malé a velké stydké pysky, klitoris, zevní ústí močové trubice a hymen (konfigurace, stavy po poranění).

4.3 Palpace, perkuse, auskultace

Orgány dutiny břišní se vyšetřují pohmatem (palpace) přes stěnu břišní. Při palpaci je nutno zachovávat všeobecná pravidla, která postup usnadňují.

Pacientka by měla uvolnit stěnu břišní, poté se stává palpace méně nepříjemnou a diagnostický zisk je vyšší.

Ruce lékaře musí být teplé. Studené ruce dráždí kůži a dochází k reflektorickému stažení stěny břišní.

Palpace musí být jemná, s mírným tlakem tak, aby nevyvolala stažení břišních svalů.

Při palpaci začínáme na opačné straně, než kde pacientka udává bolestivost. postupně přecházíme na postiženou stranu. Náhlé palpační vyšetření postižené oblasti zvýší napětí stěny břišní, které palpaci ztíží nebo ji dokonce znemožní.

Palpace musí být systematická, s plánovitým vyšetřením jednotlivých oblastí břicha.

Pacientka leží na zádech s mírnou flexí dolních končetin v kyčelním a kolenním kloubu a s maximálně uvolněnou břišní stěnou.

Při povrchové palpaci se zjišťuje síla stěny břišní, její napětí a oblast bolestivosti.

Při hlubší palpaci se zjišťují patologické rezistence v dutině břišní. Určuje se jejich lokalizace, velikost, tvar, konzistence, ohraničení, citlivost a pohyblivost.

Palpační vyšetření je nutno doplnit perkusí (poklepem) a auskultací (poslechem). Perkusí hledáme oblasti, kde chybí typický diferencovaný bubínkový poklep. Poklepové ztemnění prokazuje volnou tekutinu v dutině břišní, včetně možné přítomnosti patologické rezistence (tumor). Auskultací prokazujeme vymizení peristaltických střevních fenoménů při paralytickém ileu nebo zánětu pobřišnice. V těhotenství prokazuje auskultace životní projevy plodu (akce srdeční, pohyby).

Palpací také vyšetřujeme oblast zevních rodidel. Všimáme si patologických rezistencí, jejich velikosti a bolestivosti. Pozornost je nutno věnovat Bartholiniho žláze a inkuinálním lymfatickým uzlinám.

4.4 Gynekologické vyšetření

Gynekologické vyšetření se skládá z vyšetření v zrcadlech (per speculam), z vyšetření bimanuálního, rektálního a rektovaginálního. Dále dle potřeby z vyšetření v narkose. Součástí je také vyšetření prsů.

4.4.1 Vyšetření v zrcadlech

Tímto vyšetřením se rozšiřuje vyšetření aspekci na oblast pochvy a čípku děložního, provedení prosté a rozšířené kolposkopie, na zajištění prebioptických a bioptických odběrů z pochvy a z čípku děložního. Vyšetření v zrcadlech provádíme před vyšetřením bimanuálním, aby se neporušil charakter sekretu a nezpůsobilo se artificiální krvácení. Používá se dvou typů vyšetřovacích zrcadel, které kopírují anatomii pochvy, tzv. zadní a přední lžice. Přední lžice je zcela rovná nebo mírně zakřivená podle sklonu přední poševní stěny, zadní lžice je na konci lžícovitě zakřivená podle tvaru zadní poševní klenby (zrcadla Simsonova).

Se závažím na spodní lžici jsou zrcadla Scherbackova, která uvolňují vyšetřujícímu lékaři pravou ruku. Užívají se také při vaginálních operacích.

Dalším typem jsou zrcadla automatická (Cuzkovo, Trelátovo), která jsou fixovaná k sobě a zkonstruovaná tak, že je při otevření lze fixovat v pochvě. Jsou vhodná pro kolposkopické vyšetření, pro bakteriologické, cytologické a bioptické odběry. Mají velkou výhodu v tom, že uvolňují lékaři obě ruce.

Při vyšetření se hodnotí prostornost pochvy a poševních kleneb, barva poševní sliznice, sekret v pochvě, defekty jizvy poševní stěny. Popisuje se tvar a barva děložního čípku, tvar a dilacerace zevní branky, sekrece, krvácení a útvary vystupující z hrdla (polypy, rodící se myom, choriální tkáň, části plodových blan, prolabující vak blan,...).

Nálezy na děložním čípku se lokalizují podle hodinového číselníku. Po odstranění zrcadel se přistupuje k bimanuálnímu vyšetření.

4.4.2 Bimanuální vyšetření

Principem tohoto vyšetření je souhra mezi prsty ruky (ukazovák prostředník pravé ruky) zavedenými do pochvy a mezi prsty levé ruky palpujícími podbříšek zevně. Takto

lze získat prostorovou představu o anatomických poměrech vnitřního genitálu a o orgánech malé pánve a o jejich patologických změnách. U panen se zachovalým hymenem toto vyšetření neprovádíme a je nahrazeno vyšetřením rektálním.

4.4.3 Rektální vyšetření

Rektální vyšetření se používá v dětské gynekologii, u pacientek, které ještě neměly pohlavní styk a v případech, kdy je zapotřebí doplnit bimanuální vyšetření, zejména při změnách na zadní stěně děložní, na zadní části parametrií, pro lepší palpační posouzení sacrouterinních vazů v Douglasově prostoru, pro posouzení šíření tumorosního procesu z čípku do parametrií, atd...

Toto vyšetření je nezbytné i v rámci diferenciální diagnostiky nádorů rekta a zánětu appendixu.

4.4.4 Rectovaginální vyšetření

Jde o vyšetření používané k posouzení funkce análního sfinkteru, pro odlišení rectokély od enterokély, při posuzování procesů v rectovaginálním septu a v diferenciální diagnostice procesů v parametriích, mezi sacrouterinními vazy, v Douglasově prostoru a v zadní klenbě poševní.

4.4.5 Vyšetření v narkóze

Toto vyšetření používáme u pacientek velmi obézních, u těch, které nedokáží uvolnit přední stěnu břišní a nebo jako součást malého gynekologického vaginálního výkonu. Další postup se neliší od vyšetření bimanuálního.

4.4.6 Vyšetření prsů

Vyšetření prsů je součástí základního gynekologického vyšetření. Opírá se o anamnestické údaje ženy a provádí se prostřednictvím aspekce a palpce.

4.5 Laboratorní metody

K diferenciální diagnostice chorob reprodukčních orgánů významně přispívají biochemická a hematologická vyšetření. Gynekologové mohou využívat řady testů, podle svých zkušeností a podle dostupnosti laboratoře, která vzorky krve a moči zpracovává.

4.5.1 Základní biochemická vyšetření

Do základních biochemických vyšetření patří stanovení hladin elektrolytů v séru:

Natrium, sodíkový kation Na^+ - fyziologické rozmezí u dospělých je 135-145 mmol/l

Kalium, draslíkový kation K^+ - fyziologické rozmezí u dospělých je 3,8-5 mmol/l

Kalcium, celkový Ca nebo ionizovaný Ca^{2+} - fyziologické rozmezí celkového Ca v séru je 2,24 -2,90 mmol/l. Ionizovaný kvocient je 1,17-1,37 mmol/l.

Chloridy, chloridový anion Cl^- - fyziologické rozmezí u dospělých v séru je 97-109 mmol/l.

Mezi základní biochemická vyšetření patří také stanovení substrátů v krvi a moči:

Močovina (Urea) – konečný metabolit bílkovin – rozmezí u žen je 2,0-6,9 mmol/l (krev), v moči/24hodin je 167-583 mmol.

Kreatinin – konečný produkt svalového energického metabolismu – rozmezí u žen je 55-104umol/l, v moči /24hodin je rozmezí 8,8 – 13,3mmol.

Kyselina močová – konečný produkt purinů – normální hodnoty v séru jsou u žen 140-340umol/l.

Glukóza (glykémie) – základní informace o sacharidovém metabolismu

Normální hodnoty glykémie u dospělých – venózní krev 3,33-5,83 mmol/l, kapilární krev 4,44-6,10 mmol/l, plasma 4,16-6,38 mmol/l.

Mezi další základní biochemická vyšetření krve patří stanovení enzymů v séru:

AST (asparátaminotransferáza) – nitrobuněčný enzym obsažený především v srdečním svalu, v játrech a v kosterním svalstvu. Fysiologické rozmezí u dospělých je 0,29-0,79 ukat/l.

ALT (alaninaminotransferáza)- cytoplasmatický enzym lokalizovaný především v hepatocytu. Normální hodnoty u dospělých žen v séru je 0,15-0,85 ukat/l.

GMT (gamaglutamiltransferáza) – normální hodnoty u dospělých žen v séru je 0,12-1,10 ukat/l.

ALP (alkalická fosfatáza) – normální hodnota je u dospělých v séru 0,7 -2,3ukatl.

Biochemické stanovení bílkovin – celková bílkovina (**CB**). Normální hodnoty v séru u dospělých jsou 65-85g/l. V moči/24hodin je rozmezí 20-80mg.

Albumin – normální hodnoty v séru u dospělých jsou mezi 35-53g/l.

Bilirubin celkový – normální rozmezí v séru je do 20umol/l.

Vyšetření moče – základní chemické vyšetření –kvalitativní. Je to vyšetření moči na přítomnost bílkoviny, krve, glukózy a orientační změření hodnot pH.

Vyšetření močového sedimentu – mikroskopické hodnocení po zahuštění odstředěním na 1/20 objemu.

Vyšetřování hormonů v gynekologii:

FSH (folikuly stimulující hormon, gonadotropin)

Stanovuje se ze séra, ovlivňuje růst folikulů a granulóznic buněk. Ve folikulární fázi menstruačního cyklu ženy stimuluje spolu s LH (luteinizační hormon) tvorbu estrogenů. Syntéza FSH probíhá v předním laloku hypofýzy. Chemicky je FSH proteohormon.

LH (luteinizační hormon)

LH spolu s FSH stimuluje zrání folikulu a syntézu estrogenu. Vrcholem LH je vyvolána ovulace. V luteální fázi podporuje tvorbu estrogenu a progesteronu. Luteinizační hormon vzniká v předním laloku hypofýzy.

Chemicky je LH proteohormon obsahující dvě podjednotky, alfa –podjednotka je identická s FSH, TSH, hCG; beta-podjednotka je specifická pro tento hormon.

Stanovuje se také jako FSH ze séra a jeho hladiny jsou závislé na fázi menstruačního cyklu.

Prolaktin (LTH, laktotropní hormon)

Prolaktin je proteohormon z předního laloku hypofýzy, s účinkem na mléčnou žlázu a produkci mléka. Stanovuje se ze séra. Má vliv na zrání vaječné buňky a funkci žlutého tělíska. Ovlivňuje adrenální steroidogenezi. Vzniká v buňkách předního laloku hypofýzy a od 8.týdne gravidity také v placentě.

Estradiol (hormon folikulární a žlutého tělíska)

Estradiol je nejúčinnějším estrogenem produkovaným v ovariu, patří do skupiny estrogenů. Chemicky je to steroid s 18 atomy uhlíku. U žen působí proliferaci děložní sliznice a spolu s progesteronem růst a vyvrávání vaginální sliznice a ovlivňuje charakter cervikálního hlenu. Tvoří se především ve folikulech, kromě toho i v nadledvinách. U žen jsou normální hodnoty hodnoceny dle fáze menstruačního cyklu.

Progesteron (hormon žlutého tělíska)

Patří do skupiny gestagenů (pregnandiol), vyvolává transformaci endometria a udržuje časnou graviditu. Uvádí endometrium stimulované estrogeny do sekreční fáze, ve které je připraveno pro implantaci oplozeného vajíčka. Chrání těhotenství tím, že snižuje stažlivost dělohy. Vzniká ve žlutém tělísku, v ovariu, v placentě a v nadledvinách. Po chemické stránce je to steroid s 21 uhlíky. Nejvyšších hladin dosahuje progesteron asi 7.až 10.dnů po ovulaci.

Vyšetřovací metody k sledování gravidity:

hCG (lidský choriový gonadotropin) – jeho úkolem je regulovat funkci žlutého tělíska v časně graviditě. hCG je od 3.-4.týdne těhotenství produkován placentou a lze jej prokázat v moči i v krvi.

Po chemické stránce je hCG glykoproteid, který obsahuje dvě podjednotky: alfa podjednotka je identická s LH, FSH a TSH, beta podjednotka je specifická.

hCG se stanovuje v séru a jeho normální hodnoty u žen do 10 U/l –negativní, do 200 U/l –možnost časně gravidity nebo zkřížené reakce, více než 200 U/l znamená graviditu.

Stanovení hCG umožňuje:

- průkaz těhotenství

- hodnocení průběhu těhotenství – časově odpovídá zdvojnásobení hodnot hCG každý druhý den, s maximem 9-12 týden gravidity, dále pokles hCG na cca 10 000 U/l

- mimoděložní těhotenství – vzestup hodnot nenastává nebo se opoždí. Negativní hCG test mimoděložní těhotenství vyloučí

- mola hydatidosa – velmi vysoké hladiny hCG, po evakuaci moly hladina hCG v krevním oběhu klesá relativně pomalu. Je nutné hladiny pravidelně kontrolovat minimálně do 6 měsíců po chirurgickém zákroku

- potrat – vzestup chybí nebo hodnoty klesají

- společně s alfafetoproteinem (AFP) a volným estriolem screening vrozených vývojových vad (VVV)

Normální hodnoty hCG v séru v průběhu 15.-18. týdne gravidity (screening VVV)

15. týden gravidity - hCG méně než 66 000 U/l

16. týden gravidity - hCG méně než 52 000 U/l

17. týden gravidity – hCG méně než 44 000 U/l

18. týden gravidity – hCG méně než 39 000 U/l

Zvýšené hodnoty jsou u Downova syndromu a u vícečetného těhotenství.

V souvislosti s diagnózou gestační trofoblastická nemoc se provádí průkaz těhotenství, který se opírá o stanovení beta-subjednotky choriogonadotropinu v séru nebo moči.

Vyšetřovací metody v gynekologické onkologii – tumorové markery

Tumorové markery jsou látky, které se vyskytují v souvislosti s nádorovým onemocněním, jsou prokazatelné ve zvýšené koncentraci. Negativní nález tumorových markerů nevylučuje maligní tumor.

Ca 125 (sacharidový antigen 125)

Ca 125 je marker ovariálních karcinomů první volby. Stanovuje se ze séra, normální hodnoty jsou do 35 U/ml.

Zvýšené hladiny Ca 125 produkují maligní nádory: karcinomy ovárií, endometria, endocervixu, vejcovodů, pankreatu, žlučových cest a plic.

Hodnoty nad 35 U/ml mohou být nalezeny i u zdravých jedinců nebo u nemaligních onemocnění (cirhosa jater, těhotenství).

Systematické sledování sérových hladin Ca 125 je velmi užitečnou metodou monitorování především u pacientek s nemucinózním ovariálním karcinomem.

Ca 19-9 (sacharidový antigen 19-9)

Marker pro mucinózní adenokarcinomy ovárií, normální hodnoty jsou do 37,0 U/ml.

Zvýšené hladiny Ca 19-9 nacházíme u nádorů trávicího traktu, adenokarcinomy ovárií (mucinózní), endocervixu, mléčné žlázy a plic.

Ca 15-3 (sacharidový antigen 15-3)

Tumorový marker s dobrou orgánovou specificitou pro karcinom mléčné žlázy, marker první volby pro nádory mléčné žlázy. Normální hodnota je do 24,0 U/ml.

Beta hCG (lidský choriogonadotropin)

Placentární hormon; je také tvořen nádory, které obsahují buňky trofoblastu – marker první volby pro nádory choria, varlat a zárodečných buněk vaječníku.

Stanovuje se ze séra, normální hodnoty u netěhotných žen a u mužů je do 10 U/l.

Zvýšené hodnoty nacházíme

u ovariálních karcinomů (zárodečné buňky)

tumory placenty (mola hydatidosa, chorioepiteliom)

nádory varlat (seminom, teratom, embryonální karcinom)

extragonádové tumory (pankreas, mléčná žláza)

Negativní výsledek nevylučuje nádorové onemocnění.

Alfa –fetoprotein (AFP)

Tumor marker první volby u nádorů vaječníků (zárodečné buňky). Stanovuje se ze séra a normální hladiny jsou mezi 3,3 až 11,3 U/l.

SCC (squamous cell carcinoma)

Tumor marker první volby pro karcinomy z dlaždicového epitelu děložního čípku.

Normální hodnoty v séru jsou do 2,0 ng/ml.

Zvýšené hladiny SCC: karcinomy vycházející z dlaždicového epitelu – karcinom děložního čípku, vulvy, plic a nádory ze žlázových struktur –adenokarcinom endocervixu dělohy a ovárií.

4.5.2 Hematologická vyšetření

Krevní obraz – hemoglobin, hematokrit, počet erytrocytů, MCV (střední objem erytrocytů), MCH (střední hmotnost Hb v jednom erytrocytu) a počet leukocytů (diferenciální rozpočet leukocytů), počet trombocytů a reticulocytů.

Hemoglobin: ženy: 120 -160 g/l

Hematokrit :

(podíl objemu červených krvinek na celkovém objemu plné krve) – ženy: 0,37-0,47

Počet erytrocytů v krvi: ženy: $3,8-4,8 \cdot 10^{12}/l$

Počet leukocytů: dospělí: $4,0-9,0 \cdot 10^9/l$

Diferenciální rozpočet leukocytů zahrnuje tyčové granulocyty, segmentové granulocyty, eosinofilní granulocyty, basofilní granulocyty, monocyty a lymfocyty.

Počet trombocytů: dospělí: $150-350 \cdot 10^9/l$

Reticulocytů: 0,005-0,015 (tj. na 1000 erytrocytů)

Základní vyšetření hemostázy – hemokoagulace

Tromboplastinový (Protrombinový) čas- Quick test

Normální hodnoty 80-120%, více než 120% znamená náchylnost k trombózám, méně než 70% znamená léčbu antikoagulancii.

APTT-aktivovaný parciální tromboplastinový čas, normální hodnoty 25-35 sekund.

Fibrinogen – normální hodnoty 1,5-4,5g/l

Imunohematologie

Přímý antiglobulinový test – přímý Coombsův test – typizace protilátek nebo komponent komplementu vázaných na erytrocyty pomocí antisér

Nepřímý antiglobulinový test- nepřímý Coombsův test slouží k průkazu slabých inkompletních protilátek volných v séru

Krevní skupina v ABO systému

Rh faktor

Test kompatibility (slučitelnosti)-křížový pokus, naprosto nezbytné poslední zajištění slučitelnosti před každou transfuzí.

4.6 Zobrazovací metody

Metody zobrazující orgány a tkáně reprodukčního systému ženy jsou jednou z nejdůležitějších součástí moderní gynekologické diagnostiky.

Do rentgenových metod patří mimo jiné:

nativní snímek břicha - má význam například při podezření na ileus nebo subileus.

Z ošetrovatelského pohledu zajistí sestra převoz pacienta na vyšetření. Před vyšetřením není nutná příprava.

rentgenové vyšetření hrudníku – umožňuje mimo jiné diagnostikovat plicní metastázy. Vyšetření je bez přípravy pacienta. Sestra zajistí převoz pacienta na vyšetření.

mammografie – vyšetření prsu s nejvyšší sensitivitou a specificitou. Umožňuje diagnostikovat léze v prsní tkáni. Není nutná příprava pacientky.

hysterosalpingografie (HSG)– rentgenologické zobrazení dutiny děložní a vejcovodů bez narkózy. Pomocí Schultzova aparátu lékař aplikuje kontrastní látku přímo do

dutiny děložní. HSG má význam v diagnostice sterility. Příprava pacientky před vyšetřením není nutná.

pánevní lymfografie – umožňuje zobrazit metastázy v pánvi. Tato metoda má nezastupitelné místo v diagnostice rakoviny děložního čípku a vulvy. Erudovaný radiolog provede v lokální anestézii příčnou nebo podélnou incizi na nártu a do nejsilnější mizní cévy zavede kanylu, kterou je podávána kontrastní látka. Vlastní plnění mizního systému trvá asi 2 hodiny. Po aplikaci kontrastní látky je u pacientky v časových intervalech opakovaně proveden snímek a doporučen klidový režim po vyšetření. Pacientka je před vyšetřením od půlnoci lačná a preventivně do přípravy patří též podání antihistaminik.

intravenózní vylučovací urografie – má význam v posouzení odvodných cest močových. Po intravenózní aplikaci kontrastní látky je pacientka snímkována a lékař posuzuje ureter a močový měchýř. Před vyšetřením je nutná střevní příprava, pacientka je od půlnoci před vyšetřením lačná a příprava spočívá též v podání antihistaminik ráno před vyšetřením.

irrigografie – rentgenové kontrastní vyšetření tlustého střeva. Před vyšetřením je nutné naprosté vyprázdnění střeva – odpoledne vypít 4 litry projímadla (Fortrans – osmotické laxativum) a pít jen tekutiny. Pacientka je lačná od půlnoci. Irrigografie má význam v diagnostice, v posouzení rozsahu tumoru.

výpočetní tomografie(CT) – rentgenologická metoda, počítač zpracuje data po průchodu rentgenového záření vyšetřovanou oblastí. Výsledkem jsou řezy, roviny lidského těla. Význam výpočetní tomografie spočívá hlavně v posuzování parenchymatózních orgánů. Pacientka by měla být od půlnoci lačná a připravena antihistaminiky (prevence vzniku alergické reakce na kontrast).

Do radionuklidové diagnostiky patří **pozitronová emisní tomografie (PET)**. Je založena na kumulaci radiofarmaka ve tkáních se zvýšenou utilizací glukózy, tedy především v metabolicky aktivních tumorech. Příprava pacienta spočívá v dodržení pít před vyšetřením jen hořký čaj a lačnit.

Do nerentgenových vyšetření patří:

Ultrazvuková diagnostika je prakticky monopolní zobrazovací metodou v souvislosti s gestací a v poslední době se stále více užívá i v gynekologii. Ultrazvukové vyšetření provádí lékař abdominální nebo vaginální cestou. Zavedením vaginosonografie, která obchází břišní stěnu a dostává se do bezprostřední blízkosti sledovaných struktur, se zlepšila diagnostická schopnost gynekologického UZ vyšetřování. Pacientka před

ultrazvukem abdominální cestou by měla mít naplněný močový měchýř, aby byla odtlačena střeva a vyšetřující lékař mohl lépe posoudit struktury malé pánve.

Magnetická rezonance - po ultrazvuku a CT další využívanou zobrazovací metodou v gynekologii. Předností magnetické rezonance je absence radiační zátěže, možnost vyšetření ve třech na sebe kolmých rovinách, ale i v libovolné šikmé rovině, a výborná diferenciací různých měkkých tkání malé pánve. Není nutná žádná příprava pacienta. Pacient by měl ale nahlásit případné kovové materiály v těle nebo kardiostimulátor (nežádoucí vliv magnetického pole).

4.7 Endoskopické vyšetřovací metody

Endoskopická vyšetření umožňují převážně invazivní vizualizaci anatomických oblastí, které jsou nedostupné pro přímou aspekci.

Význam tyto metody mají nejen v diagnostice, ale i pro operační terapii.

Do endoskopických vyšetřovacích metod patří:

vaginoskopie – endoskopická metoda, při které optickým zařízením – vaginoskopem prohlížíme pochvu. Její doménou je dětská gynekologie, kdy neporušený hymen znemožňuje aspekci pochvy přímým pohledem. Slouží k diagnóze cizích těles v pochvě, vulvovaginitid, vrozených vývojových vad, případně nádorů této oblasti.

hysteroskopie – diagnostická metoda. Mezi indikace k provedení hysteroskopie patří nepravidelné děložní krvácení, včetně postmenopauzálního, infertilita nebo problémy spojené s nitroděložní antikoncepcí. Výkon se provádí v celkové anestézii. Aby mohl lékař dutinu děložní komplexně přehlédnout, je nutné její naplnění a dispenze speciálními médii, aplikovanými do dutiny pod limitovaným tlakem. Poté lékař zavádí hysteroskop cervikálním kanálem a prohlíží systematicky vyšetřovanou oblast.

laparoskopie – endoskopická diagnostická a operační metoda, kterou v gynekologii vyšetřujeme vnitřní rodidla ženy a pomocí instrumentária můžeme provádět i nitrobřišní operační zákroky.

cystoskopie – endoskopická metoda k vyšetření vnitřní strany močového měchýře. Do indikací k cystoskopii patří všechny druhy mikčních poruch, krvácení z močového měchýře, hematurie, recidivující a chronické záněty měchýře nebo maligní tumory vnitřních rodidel (prorůstání, metastázy).

rektoskopie – je metoda přímého sledování análního kanálu, rekta, eventuálně pánevní části sigmoidu. Lékař během rektoskopie pátrá po změnách na sliznici, slizničních polypech, známkách prorůstání tumoru z okolních orgánů nebo vnitřních hemorroidálních uzlech. Do indikací k rektoskopii patří maligní tumory vnitřních rodidel, krvácení z konečníku, krev ve stolici nebo jakékoli podezření na onemocnění rekta či sigmoidu.

kolonoskopie - je nejpřesnější metoda vyšetření tlustého střeva, případně tenkého střeva, endoskopem prováděná při podezření na zánětlivé a nádorové onemocnění tlustého střeva. Lékař může takto nejen diagnostikovat jakékoli známky zánětu, polypy, nebo nádory, ale i bezbolestně odebírat vzorky tkání pro histologické vyšetření.

4.8 Operační diagnostické metody

Do operačních diagnostických metod patří excize, probatorní kyretáž, punkce nebo probatorní laparotomie.

5. Individuální péče o pacientku

5.1 Úvod

Pacientka, ročník 1986, byla přijata v srpnu na oddělení Onkogynekologie Fakultní nemocnice Motol pro diagnózu gestační trofoblastická nemoc (choriokarcinom). Indikována chemoterapie EMA M0-1 (režim vysokého rizika, etoposid, metotrexat, actinomycin D, metotrexat, vincristin) pro persistenci hCG po evakuaci kompletní moly. Chemoterapie byla aplikována ve 3. sériích (po 21 dnech). Během léčby byly denně kontrolovány hladiny hCG. Po 3. sériích chemoterapie byla pacientka kontrolována na onkogynekologické ambulanci (4 x po týdnu, 6 x po měsíci, 3 x po 2 měsících, poté 4 x po 3 měsících). Během kontrol na ambulanci měla negativní hodnoty hCG a normální palpační a per speculam nález.

5.2 Lékařská anamnéza

5.2.1 Anamnéza obecně

Rodinná anamnéza: bezvýznamná

Osobní anamnéza: běžná dětská onemocnění

Operace: nejuje, úrazy: nejuje, transfuze: nejuje, dieta: racionální

Alergie: neudává

Farmakologická anamnéza: bez chronické medikace

Sociální anamnéza. prodavačka, svobodná

Abusus: kouření:ne, alkohol: ne, drogy: ne

5.2.2 Gynekologická anamnéza

Menarché(věk při první menstruaci): 13 let

Cyklus: 28/5

Pravidelný: ano Bolesti: ne

Porody celkem: pacientka je nullipara(nerodila)

UPT (umělé přerušování těhotenství): neudává

Spontánní abort (samovolný potrat): nejuje

Mimoděložní těhotenství: nejuje

HAK (hormonální antikoncepce): nejuje

Lokální estrogeny: nejuje

Epikrisa: persistující hCG , menstruace 2/08, následně RCUI pro krvácení histologicky mola hydatidosa completa.

hCG 1.7.08...120 000 U/l

hCG 28.7.08...136 000 U/l

hCG 1.8.08...157 000 U/l

hCG 8.8.08...147 000 U/l

hCG 16.8.08...179 000 U/l

CT hrudníku: ojedinělé ložisko vlevo v dolním laloku odpovídající metastáze.

Indikovaná chemoterapie EMA-M01:

1.den: Vepesid 200mg v 250 ml fyziologického roztoku i.v.kapat ½ hodiny,
Actinomycin D 0,5mg i.v.bolus, Metotrexat 100mg i.v. bolus, Metotrexat 300mg
v 5% 500ml Glukose i.v. kapat 12 hodin

2. den: Vepesid 200mg v 250 ml fyziologického roztoku kapat ½ hodiny, Actinomycin
D 0,5mg i.v.jako bolus, Leucovorin 12,5mg-12,5mg-5-5-5-5mg i.m.

7. den: Vincristin 1mg i.v.bolus, Metotrexat 100 mg i.v. v 5%500ml Glukose kapat 4
hodiny

5.3 Příjem pacientky a průběh hospitalizace z ošetřovatelského pohledu

5.3.1 První den hospitalizace - příjem

Pacientka byla přijata lékařem na Onkogynekologické ambulanci, kde také podepsala Informovaný souhlas s hospitalizací a poté byla odeslána s dokumentací na oddělení Onkogynekologie k hospitalizaci.

Během příjmu na oddělení jsem pacientku seznámila s Domácím řádem oddělení a Právech pacientů a poté ji přidělila ji lůžko na pokoji. Zajistila jsem identifikaci pacientky (identifikační náramek na ruce) a sepsala s ní ošetřovatelskou anamnézu. Během rozhovoru jsem dala pacientce dostatečný prostor pro případné dotazy. Během

příjmu podepsala pacientka též Edukační záznam, kterým potvrdila, že daným informacím během příjmu porozuměla.

Během příjmu jsem změřila pacientce tlak, puls a tělesnou teplotu a zapsala hodnoty do dokumentace.

Po uložení pacientky na pokoj jsem začala plnit ordinace lékaře. Během své práce jsem postupovala dle platných ošetřovatelských standardů nemocnice.

Ordinace lékaře - 1.den hospitalizace

Odběry biologického materiálu - krev (krevní obraz, biochemické vyšetření krve včetně hCG). Odebrala jsem krev dle ordinace a zavedla periferní žilní katetr. Označila jsem zkumavky identifikačními údaji pacientky a odeslala materiál do laboratoře na vyšetření. Splnění ordinace jsem zaznamenala do dokumentace lékařské i sesterské.

Podávání léků – antiemetika

Podala jsem antiemetika dle ordinace lékaře (Aloxi 1 ampule - Palonosetroni hydrochloridum 250 ug intravenózně – podává se jako bolusová injekce přibližně 30 minut před chemoterapií). Informovala jsem pacientku, že dostává účinné antiemetikum a vysvětlila jsem jí, aby během léčby dodržovala dietní omezení (jíst jen lehká jídla, jíst po malých porcích, pít spíše studené nápoje po doušcích -pivo, Coca colu). Edukovala jsem pacientku, aby se příliš nesoustředila na chemoterapii a s ní spojenou nauzeu (možný vliv psychiky). Pacientka byla spolupracující a všechna dietní omezení dodržovala.

Podávání cytostatik – chemoterapie

Zajistila jsem dodání cytostatik z lékárny (dle objednávky lékaře). Velmi pečlivě jsem znovu zkontrolovala dodané cytostatikum a ordinaci u pacientky. Nezbytně nutná kontrola – správný pacient, správný lék, správná dávka léku, správný čas podání, způsob podání a doba podání léku. Souhlas s chemoterapií nechal podepsat lékař, poté co informoval pacientku o léčbě. Během podávání chemoterapie jsem se precizně řídila ordinací lékaře a dodržovala přesně časový rozvrh vlastní aplikaci chemoterapie. Při kontinuálním podávání chemoterapie přes infúzní pumpu jsem kontrolovala pravidelně pacientku hlavně pro riziko případné komplikace (sensitivní reakce na podávanou chemoterapii, paravenózní aplikace atd.). Při komplikacích sestra okamžitě zastaví infuzi a ihned informuje lékaře. První den hospitalizace neměla pacientka během podání chemoterapie pocit nauzey a nezvracela. Nedošlo k paravenózní aplikaci cytostatika.

Zaznamenala jsem do dokumentace začátek a ukončení aplikace chemoterapie. Po ukončení infuze jsem asepticky ošetřila (propláchla) periferní žilní katetr a poučila pacientku, že katetr bude zůstat po dobu chemoterapie a zaznamenala jsem vše do dokumentace.

První den hospitalizace jsem u pacientky zaznamenala jako hlavní a naprosto převládající ošetrovatelský problém silnou psychickou reakci na léčbu (strach, uzavřenost). První den léčby pacientka neměla chuť na jídlo. Jako příčinu snížené chuti k jídlu udávala nervozitu z léčby.

Během příjmu na oddělení pacientku nikdo z příbuzných nedoprovázel a během prvního dne neměla ani návštěvu. Pacientka přesto udává, že má velmi dobré vztahy s rodinou i s přítelem.

5.3.2 Druhý den hospitalizace

Ráno se pacientka cítila unavená, v noci téměř nespala. Jako příčinu udává nervozitu z nemocničního prostředí. Ráno jsem opět odebrala pacientce krev na vyšetření hladiny hCG. Poté co se pacientka nasnídala, jsem podala chemoterapii. Během podávání chemoterapie jsem pacientku kontrolovala, sledovala žilní vstup. Během infuze pacientka udávala nepříjemný pocit v ústech a nauzeu. Druhý den hospitalizace v ordinacích lékaře byl i rozpis Leucovorinu intramuskulárně (antidotum k chemoterapii - protiléku, protilátky). Opět jsem pečlivě kontrolovala podávání léku – způsob, dávku a intervalu mezi jednotlivými dávkami.

Celou činnost jsem zaznamenávala do dokumentace - plnění ordinací lékaře, stanovení ošetrovatelských diagnóz, záznamy o kontrolách pacienta atd. O všech podstatných změnách jsem ihned informovala lékaře a informace jsem předala též ostatním sestřím. Každý záznam sestry začíná datem, časem a na konci potvrdí svým podpisem. Všechny důležité informace, které jsem sdělila pacientce, byly potvrzeny písemným souhlasem v Edukačním záznamu.

Během druhého dne hospitalizace pacientka neměla opět návštěvu. Přes den byla pacientka uzavřená, téměř nekomunikovala. Několikrát jsem se pokusila s pacientkou navázat hovor. Také jsem ji poprosila o vyplnění dotazníku pro svou práci. Souhlasila a na konci mé služby mi dotazník donesla vyplněný obyčejnou tužkou a odpovědi téměř vůbec neodpovídaly tomu, co mi pacientka během hospitalizace sdělila ústně. Během našich rozhovorů odpovídala velmi stroze a často ani neměla snahu vypnout svůj mp3

přehrávač, když jsme spolu hovořily. Cítila jsem, že se pacientka snaží vypadat velmi vyrovnaně a pozitivně. O své rodině a o svém příteli mluvila také velmi pozitivně. Přesto jsem měla z pacientky pocit, že má strach z reakce okolí a že s rodinou vyrovnaný vztah nemá.

5.3.3 Třetí den hospitalizace

Pacientka byla propuštěna do domů a byla lékařem poučena, aby se dostavila 7. den opět k hospitalizaci. Informovala jsme pacientku, aby se při jakýchkoliv obtížích telefonicky obrátila na naše oddělení. Přesvědčila jsem se, zda pacientka všem informacím na propouštěcí zprávě rozumí. Poté pacientka podepsala Edukační záznam, kde písemně stvrdila, že byla během odchodu z nemocnice informována.

5.3.4 Sedmý den léčby

Pacientka byla přijata opět na Onkogynekologii a průběh hospitalizace byl obdobný s prvním dnem léčby. Pacientka přišla na příjem bez doprovodu rodiny. Podala jsem chemoterapii dle ordinace lékaře. Komunikace s pacientkou byla opět nelehká. Dotazník, který jsem ji dala znovu pro srovnání, mně již nazpět neodevzdala. Osmý den léčby byla pacientka propuštěna a tím byla ukončena první série chemoterapie.

5.4 Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Virginie Henderson (Teorie základní ošetrovatelské péče)

Virginie Henderson (narozena 1897,USA- +1996,USA)

-celý život se věnovala ošetrovatelství (přednášela ošetrovatelství, věnovala se ošetrovatelskému výzkumu)

- dle koncepce V. Henderson osobnost pacienta je tvořena čtyřmi základními složkami (biologickou, psychickou, sociální a spirituální) a z nich V. Henderson vyvozuje 14 základních potřeb pacienta

Dle koncepce Henderson jsem sepsala ošetrovatelskou anamnézu:

5.4.1 Dýchání

Pacientka neudává potíže s dýcháním. Kuřačka není.

5.4.2 Dostatečný příjem potravy a tekutin

Během hospitalizace pacientka pociťuje sníženou chuť k jídlu, jí přibližně jen poloviční porce a udává nepříjemný pocit v ústech po podání chemoterapie.

Dietu má racionální, bez omezení.

Příjem tekutin není snížený, preferuje chladné nápoje, po douškách.

5.4.3 Vylučování

Potíže s vylučováním moči, potu nebo vyměšováním stolice pacientka během léčby neuje.

5.4.4 Pohyb a udržování vhodné polohy

Pacientka dobře tolerovala několikahodinové déletrvající infuze chemoterapie. Neměla potíže s omezením pohybu.

5.4.5 Spánek a odpočinek

Pacientka udává narušený spánek během hospitalizace – pozdě usínala a budila se v noci.

Příčinu udává nervozitu z pobytu v nemocnici a léčby, změnu prostředí.

5.4.6 Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Pacientka neuvádí pocit studu během hospitalizace, ohleduplnost a profesionalitu ze strany personálu považuje za jednu ze základních nutností.

5.4.7 Udržování fyziologické teploty

Pacientka neměla během léčby zvýšenou teplotu.

5.4.8 Udržování upravenosti a čistoty těla

Během pobytu v nemocnici neměla pacientka potíže s udržením upravenosti a čistotou těla, byla plně soběstačná.

5.4.9 Odstranění rizik prostředí, možnost poranění, poškození sebe i druhých

Pacientka neuváděla žádná rizika prostředí, ani možnosti poranění.

Nesetkala se s obdobnou situací.

5.4.10 Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, názorů

Během pobytu v nemocnici se pacientka necítila osaměle. Příbuzní pacientku nenavštěvovali.

Pacientka dávala přednost být na pokoji s pacientkami v podobném věku.

Ke komunikaci s většinou sester neměla výhrady.

5.4.11 Vyznávání vlastní víry

Pacientka nevyznává žádnou víru. Psychickou podporu nepovažuje za důležitou.

5.4.12 Smysluplná práce, aktivita

Čas v nemocnici trávila pacientka většinou pasivně, četla nebo se dívala na televizi.

5.4.13 Účast na různých formách odpočinku

Pacientka se cítila unavená hlavně z nedostatku a špatné kvality spánku. Odpočinula si většinou až po návratu z nemocnice domů.

5.4.14 Učení, objevování nového, možnost aktivit

Pacientka dávala přednost pasivnímu trávení času v nemocnici. Informace týkající se jejího zdraví a léčby získávala od lékařů během příjmu na ambulanci nebo během ranních vizit na oddělení. Sestry reagovaly na její dotazy většinou ochotně a dostatečně. Za nejpodstatnější považuje ochotu personálu zodpovídat případné dotazy.

5.5 Ošetrovatelské diagnózy

Zvolila jsem ty ošetrovatelské diagnózy, které z mého pohledu považuji za nejdůležitější.

5.5.1 Strach z průběhu a následků léčby (strach ze smrti, strach z reakce rodiny a okolí, strach z možných recidiv onemocnění) projevující se uzavřeností pacientky

Cíl:

pacientka postupně zvládá psychicky se vyrovnat s nemocí
má možnost během hospitalizace dostatečně komunikovat s personálem a rodinou
pacientka má možnost kontaktovat psychologa (dle víry pacienta možnost spirituální podpory)

Intervence (podpůrná psychoterapie ze strany zdravotnického personálu):

nabídní pacientce pomoc formou rozhovoru (nutno brát ohled na to, zda si pacientka přeje hovořit, již nabídka hovoru je vyjádření empatie)
naslouchej pacientce (možnost pro pacientku sdělit své obavy; sestra by měla dát najevo zájem naslouchat)
informuj pacientku o možnostech odborné psychologické pomoci
nabídní pacientce možnost rozhovoru s lékařem (otázky pacientů se často týkají onemocnění, léčby a prognózy)
informuj lékaře o případných patologických změnách v chování pacientky

Realizace:

Komunikovala jsem s pacientkou, nabídla jsem možnost rozhovoru s lékařem nebo psychologem. Zajistila jsem, aby měla pacientka vhodné spolupacientky, aby nebyla sama na pokoji.

Hodnocení:

I přes nabídnutou pomoc ze strany personálu není možné, aby se pacient zbavil strachu z nemoci nebo léčby. Vždy je to jen podpůrná psychologická pomoc.

Ze začátku bylo na pacientce znát, že i přes dostatečné informace ze strany lékařů, měla velký strach z léčby. Při dalších seriích chemoterapie byla pacientka postupně klidnější a vyrovnanější.

5.5.2 Obava o soukromý život (strach ze ztráty partnera, vliv na reprodukční schopnost, ztráta přitažlivosti) z důvodu probíhající léčby**Cíle:**

pacientka má dostatek informací týkající se léčby (alopecie je reversibilní; většina mladých žen, které si po léčbě přejí otěhotnět, nemají s následnými těhotenstvími problém)

pacientka informacím rozumí

pacientka nachází psychickou podporu ze strany zdravotnického personálu

Intervence:

zajisti opět rozhovor pacientky s lékařem, jestliže pacientka informacím o nemoci a léčbě nerozumí nebo je špatně pochopila (nedostatek nebo špatně pochopené informace můžou u pacientů vyvolat obavy, pacient často před lékařem nepřizná, že části informacím vůbec neporozuměl, někdy bývá pacient ovlivněn nepravdivými informacemi od ostatních pacientů)

nabídní pacientce podporu formou rozhovoru (sestra by ale měla brát ohled na pacientku a nezasahovat příliš do řešení nepříjemných témat, které by mohly pacientce více ublížit než pomoci, spíše jen pacientku vyslechnout, dát pacientce možnost se vypovídat)

informuj pacientku o možnosti paruky (zajisti pro pacientku poukaz na paruku)

Realizace:

V této oblasti jsem se snažila pacientce pomoci tím, že jsem ji vyslechla a poté co se pacientka ptala na průběh léčby, zajistila jsem ji hovor s lékařem. Vysvětlila jsem pacientce, že může žádat o poukaz na paruku a informovala jsem ji, kde si ji může poté koupit.

Hodnocení:

Pacientka jen v náznacích vyjádřila své obavy o svůj soukromý život. Jako naprostá většina pacientů neměla tendence hovořit o tomto problému otevřeně. Pomoc psychologa nevyhledala a snažila se sama vyrovnat s tímto problémem.

5.5.3 Nauzea v souvislosti s podávanou chemoterapií projevující se nepříjemným pocitem v ústech a pocitem na zvracení**Cíle:**

pacientka během léčby nemá pocit nevolnosti, nezvrací

Intervence:

informuj pacientku, že dostává účinná antiemetika, která by měla zamezit zvracení

aplikuj antiemetika dle ordinace lékaře

vysvětlí pacientce možnost negativního vlivu psychiky (odvádět pozornost od problému)

zajisti, aby pacientka mohla v případě nevolnosti zavolat sestru (signalizace na sestru v blízkosti pacientky, emitní miska, buničina,...)

doporuč pacientce pít po malých doušcích spíše studené nápoje bez bublinek, vyvarovat se těžkých jídel

Realizace:

Podala jsem před chemoterapií antiemetika dle ordinace lékaře. Vysvětlila jsem pacientce, že dostává účinný lék proti zvracení. Zajistila jsem, aby pacientka měla v blízkosti signalizaci na sestry, emitní misku a buničinu a aby na pokoji byl čerstvý vzduch. Vysvětlila jsem pacientce, která jídla a nápoje jsou vhodné a kterých by se měla vyvarovat.

Hodnocení:

Pacientka během podávání chemoterapie udávala nevolnost a nepříjemnou chuť v ústech, ale nezvracela.

5.5.4 Porucha spánku v souvislosti s nervozitou z hospitalizace projevující se nočním buzením, únavou a spánkem přes den**Cíle:**

pacientka nemá poruchu spánku, cítí se po spánku odpočatá

Intervence:

zajisti klid na oddělení během nočních služeb
podávej hypnotika dle ordinace lékaře
sleduj vliv hypnotik na pacientku

Realizace:

Zjistila jsem dle možností klid na oddělení. Podala jsem hypnotika dle ordinace lékaře. Zkontrolovala jsem, zda pacientka usnula.

Hodnocení:

Pacientka i po podání hypnotik spala přerušovaně. Dle pacientky na kvalitu spánku měly vliv i ostatní pacientky, které někdy na ni nebraly ohled, v noci nespaly a byly hlučné. Pacientka udávala únavu během hospitalizace.

5.6 Dotazník – odpovědi pacientky

Koncepce dle Virginie Henderson – Teorie základní ošetrovatelské péče

Koncepce ošetrovatelské péče dle Virginie Henderson zdůrazňuje, aby sestra během ošetrovatelské péče nezapomínala na samostatnost a nezávislost pacienta v naplňování jeho potřeb. Role sestry (dle Virginie Henderson) spočívá tedy hlavně v udržování nebo navrácení nezávislosti pacienta.

Pro lepší čitelnost jsem nekomentovala originál dotazníku.

(ofocený originál dotazníku viz Přílohy)

Můj komentář k odpovědím pacientky jsem připsala kurzívou.

Vážená paní, chtěla bych Vás poprosit o zodpovězení následujících otázek. Všechny získané informace použiji jen pro svou bakalářskou práci.

1. Dýchání

Máte obtíže s dýcháním(dušnost)? *ne*

Jste kuřačka?Kolik cigaret denně? *ne*

Pacientka během léčby neměla obtíže s dýcháním.

Během hospitalizace neodcházela z oddělení kouřit.

2. Dostatečný příjem potravy a tekutin

Během hospitalizace – měla jste dostatečný příjem potravy? *ano*

Byla někdy nutná nějaká dietní omezení? *ne*

Máte změny chuti během léčby? *ne*

V intervalech mezi chemoterapiemi - měla jste potíže s příjmem potravy a tekutin?

Změny chuti? *ano*

Nastaly během léčby změny hmotnosti? *ano*

Pacientka během podávané chemoterapie udávala nevolnost, nepříjemný pocit v ústech a sníženou chuť k jídlu. Při těchto potížích jsem ji doporučila, aby se stravovala

v menších porcích, ale častěji a aby jedla jen lehká jídla. Z tekutin jsem ji doporučila vychlazené nápoje bez bublinek. Během léčby pacientka ztratila 3kg z hmotnosti. V době mezi sériemi chemoterapií udávala velkou nevolnost a také zvracení (během hospitalizace pacientky dostávají účinná antiemetika).

3. Vylučování

Měla jste během hospitalizace nebo mezi hospitalizacemi potíže s vylučováním/vyměšováním, nadměrným pocením? (zácpu, průjem, bolesti při močení atd.) **ne**

Pacientka neudávala obtíže s vylučováním (moč, nadměrné pocení) a stolicí měla pravidelnou.

4. Pohyb a udržování vhodné polohy

Měla jste během hospitalizace pocit dostatečného pohybu? **ano**

Pacientka podstupovala léčbu (chemoterapie přes infúzní pumpu na 12 hodin), při které omezená při pohybu byla.

5. Spánek a odpočinek

Měla jste během hospitalizace problém se spánkem? **ne**

Co Vás během spánku rušilo? (spolupacientky, sestry, jiné,...) **nic**

Měla jste ráno pocit, že jste odpočatá? **ano**

Mezi hospitalizacemi - měla jste problém se spánkem a odpočinkem? Čím to bylo zapříčiněno? **ne**

Během léčby (ordinace se týkaly i nočních hodin) pacientka udávala únavu, jak z podávané chemoterapie, tak z nedostatku spánku. Ráno nevypadala odpočatě, často spala i přes den.

6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Během návštěvy ambulance /během hospitalizace na oddělení – měla jste někdy pocit studu z nedostatku soukromí během vyšetření? *ne*

Setkala jste se s neohleduplností? *ano*

V tomto bodě bych se zmínila o tom, že gynekologická oddělení jsou pro ženy místem, kde pociťují do určité míry pocit studu a kde by se měl personál snažit zajistit zvýšené soukromí.

7. Udržování fyziologické tělesné teploty

Během léčby měla jste někdy zvýšenou teplotu? *ne*

Tělesnou teplotu jsem u pacientky měřila 1x denně, pacientka neměla zvýšenou teplotu.

8. Udržování upravenosti a čistoty těla

Bylo Vám během pobytu v nemocnici umožněno být upravená? *ano*

Měla jste potíže během léčby s vykonáním hygieny? Po léčbě doma? *ne*

Zajistily Vám sestry čisté prostředí? *ano*

Během hospitalizace se standardně u pacientek začíná s chemoterapií teprve až po ranní hygieně. Samozřejmostí pro sestru je, vždy zajistit pacientce čisté prostředí.

9. Odstranění rizik prostředí, možnost poranění, poškození sebe i druhých

Cítila jste se něčím v nemocnici ohrožena? *ne*

Setkala jste se s nějakou obdobnou situací? *ne*

Pacientka se během pobytu v nemocnici neporanila, hospitalizaci zvládala velmi dobře. Možnosti poranění, pádu se většinou týká starších pacientek. Riziko pádu vyhodnocuje sestra při každém příjmu pacienta (součást ošetřovatelské anamnézy).

10. Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, názorů

Cítíte se někdy osamocena během pobytu v nemocnici? **ne**

Tato odpověď mě velmi překvapila, protože pacientka neměla jedinou návštěvu během pobytu v nemocnici.

Setkala jste se někdy s málo komunikativními spolupacienty, konfliktními nebo agresivními? **ne**

Měla jste možnost vybrat si spolupacienty?

Pacientka na tuto odpověď neodpověděla. Na našem oddělení vycházíme většinou pacientům vstříc ve výběru spolupacientů. Záleží na situaci na oddělení (počet volných lůžek). Pacientka byla v té době na pokoji se staršími pacientkami.

Měla jste potřebu komunikace s jinými osobami? **ano**

Měla jste dostatečnou možnost vyjádřit svůj názor v nemocnici? Reagovaly sestry na Vaše dotazy vždy ochotně? **ano**

Tato odpověď mě potěšila.

11. Vyznávání vlastní víry

Jste věřící? **ne**

Kde vyhledáváte psychickou podporu? **nikde**

Tato odpověď dle mého názoru velmi vypovídá o pacientce.

12. Smysluplná práce, aktivita

Měla jste během hospitalizace potřebu nějaké činnosti? **ano**

Hospitalizace může být pro některé pacienty opravdu dlouhá. Naše oddělení je ale dle mého názoru velmi dobře vybaveno.

13. Účast na různých formách odpočinku

Byla jste během pobytu v nemocnici často unavená? **ne**

Čím to bylo zapříčiněno?

Co Vám pomáhalo?

O pravdivosti těchto odpovědí pochybuji, protože pacientka známky únavy jevila.

14. Učení, objevování nového, možnost aktivit

Měla jste možnost během hospitalizace získávat nové informace?

(rozhovor s lékařem, sestrou,.....) **ano**

Jak reagovaly na vaše případné dotazy? **všichni byli ochotní**

Měla jste chuť získávat nové informace? **jak kdy**

Dáváte spíše přednost pasivnímu trávení času v nemocnici? **ano**

Opět musím přiznat, že mě velmi potěšilo, že nás pacientka označila jako ochotný personál, který si na ni udělal čas.

Děkuji za vyplnění.

Všechny informace, které získám, budou v práci použity zcela anonymně.

Jitka Kleslová.

Závěr

Ošetrovatelskou kasuistiku u pacientky onkogynekologicky nemocné jsem si zvolila hlavně z toho důvodu, že na oddělení Onkogynekologie pracuji 6 let a také proto, že dle mého názoru kasuistika může nejlépe přiblížit ošetrovatelskou péči u pacienta a průběh hospitalizace. Vybrala jsem si pacientku, která mi byla blízká věkem, abych se mohla co nejlépe vžít do její situace.

Během své práce jsem došla k závěru, že jedna z nejdůležitějších činností sestry je komunikace. Sestra pracující na onkologii by obzvlášť měla umět komunikovat s pacientem a jeho rodinou. Onkologičtí pacienti jsou často ve velmi těžkých životních situacích a laskavý, vstřícný přístup sestry by měl být vždy samozřejmostí. Vlídny přístup sester může zbavit pacienta strachu z prostředí a podpořit jej ke spolupráci se zdravotníky. Jestliže se sestra svým pacientům pečlivě věnuje, může též získat cenné informace pro lékaře. Záleží tedy jen na osobním přístupu sestry, do jaké míry má snahu komunikovat s pacientem. V této oblasti má sestra nezastupitelnou roli, protože v nemocniční praxi k ní mají pacienti nejblíže.

Přestože je ošetrovatelská péče na onkologii pro sestry velmi náročná psychicky i fyzicky, tak mám ke své práci velmi pozitivní vztah a onkologii bych se chtěla i nadále věnovat.

Použitá literatura

Česká onkologická společnost. *Česká onkologická společnost ČLS JEP : Databáze onkologických léčiv* [online]. c2006 , 5.7.2008 [cit. 2009-01-07]. Dostupný z WWW: <http://www.linkos.cz/pacienti/lecba/f_hledat.php>.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. [s.l.] : [s.n.], 2006. 150 s.

ROB, Lukáš, et al. *Gestační trofoblastická nemoc* [online]. c2000 [cit. 2008-10-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol9c4.php>>.

ROB, Lukáš, et al. *Gynekologie*. Houdek Lubomír; Dernerová Soňa; Vávra Karel. 2. přeprac. vyd. Praha : Galén, 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.

ROZTOČIL, Aleš, et al. *Vyšetřovací metody v gynekologii a porodnictví*. [s.l.] : [s.n.], 1998. 179 s. ISBN 80-7013-255-8.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, et al. *Základy ošetřovatelství pro studující lékařských fakult*. Praha : Karolinum, 2002. 272 s. ISBN 80-246-0477-9.

VACEK. *Embryologie* [online]. c2000 [cit. 2009-01-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.levret.cz/publikace/knihy/2006/embryologie/>>.

VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. [s.l.] : [s.n.], 2006. 323 s.

ZAVADIL, Miloš. *Centrum pro trofoblastickou nemoc (CTN) v ČR-nádory placenty* [online]. Praha : Ústav péče o matku a dítě, c2004-2008 [cit. 2008-10-19]. Dostupný z WWW:<<http://www.citace.com/apl-www.php>>.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Vzor dotazníku

Příloha č. 2: Dotazník vyplněný pacientkou

Příloha č. 3: Obrazová příloha

Seznam použitých zkratek

AFP: alfa-fetoprotein

APTT: aktivovaný parciální tromboplastinový čas

CT: computer tomography, počítačová tomografie

CB: celková bílkovina

CTN: Centrum pro trofoblastickou nemoc

DNA: deoxyribonukleová kyselina

FSH: folikulostimulační hormon

GTN: gestační trofoblastická nemoc

HAK: hormonální antikoncepce

Hb: hemoglobin

Hct: hematokrit

hCG: Humane Choriongonadotropin, lidský choriový gonadotropin

HSG: hysterosalpingografie

HIV: Human Immunodeficiency Virus, virus lidského imunodeficitu

LH: luteinizační hormon

LTH: lutropin

PET: pozitronová emisní tomografie

RCUI: revisio cavi uteri instrumentalis

SCC: squamous cell carcinoma

TSH: thyreostimulační hormon

UPT: umělé přerušení těhotenství

UZ: ultrazvuk

VVV: vrozená vývojová vada

Přílohy

Příloha č.: 1: Dotazník

Vážená paní, chtěla bych Vás poprosit o zodpovězení následujících otázek. Všechny získané informace použiji anonymně jen pro svou bakalářskou práci.

1. Dýchání

Máte obtíže s dýcháním(dušnost)?

Jste kuřačka?Kolik cigaret denně?

2. Dostatečný příjem potravy a tekutin

Během hospitalizace – měla jste dostatečný příjem potravy?

Byla někdy nutná nějaká dietní omezení?

Máte změny chuti během léčby?

V intervalech mezi chemoterapiemi - měla jste potíže s příjmem potravy a tekutin?

Změny chuti?

Nastaly během léčby změny hmotnosti?

3. Vylučování

Měla jste během hospitalizace nebo mezi hospitalizacemi potíže s vylučováním/vyměšováním? (zácpu, průjem, bolesti při močení atd.)

4. Pohyb a udržování vhodné polohy

Měla jste během hospitalizace pocit dostatečného pohybu?

5. Spánek a odpočinek

Měla jste během hospitalizace problém se spánkem?

Co Vás během spánku rušilo? (spolupacientky, sestry, jiné,...)

Měla jste ráno pocit, že jste odpočatá?

Mezi hospitalizacemi - měla jste problém se spánkem a odpočinkem? Čím to bylo zapříčiněno?

6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Během návštěvy ambulance /během hospitalizace na oddělení – měla jste někdy pocit studu z nedostatku soukromí během vyšetření?

Setkala jste se s neohleduplností?

7. Udržování fyziologické tělesné teploty

Během léčby měla jste někdy zvýšenu teplotu?

8. Udržování upravenosti a čistoty těla

Bylo Vám během pobytu v nemocnici umožněno být upravená?

Měla jste potíže během léčby s vykonáním hygieny? Po léčbě doma?

Zajistily Vám sestry čisté prostředí?

9. Odstranění rizik prostředí, možnost poranění, poškození sebe i druhých

Cítila jste se něčím v nemocnici ohrožena?

Setkala jste se s nějakou obdobnou situací?

10. Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, názorů

Cítila jste se někdy osamocena během pobytu v nemocnici?

Setkala jste se někdy s málo komunikativními spolupacienty, konfliktními nebo agresivními?

Měla jste možnost vybrat si spolupacienty?

Měla jste potřebu komunikace s jinými osobami?

Měla jste dostatečnou možnost vyjádřit svůj názor v nemocnici? Reagovaly sestry na

Vaše dotazy vždy ochotně?

11. Vyznávání vlastní víry

Jste věřící?

Kde vyhledáváte psychickou podporu?

12. Smysluplná práce, aktivita

Měla jste během hospitalizace potřebu nějaké činnosti?

13. Účast na různých formách odpočinku

Byla jste během pobytu v nemocnici často unavená?

Čím to bylo zapříčiněno?

Co Vám pomáhalo?

14. Učení, objevování nového, možnost aktivit

Měla jste možnost během hospitalizace získávat nové informace?

(rozhovor s lékařem, sestrou,.....)

Jak reagovaly na vaše případné dotazy?

Měla jste chuť získávat nové informace?

Dáváte spíše přednost pasivnímu trávení času v nemocnici?

Děkuji za vyplnění.

Jitka Kleslová.

Příloha č. 2: Dotazník vyplněný pacientkou**Koncepce dle V. Henderson – Teorie základní ošetrovatelské péče**

Vážená paní., chtěla bych Vás poprosit o zodpovězení následujících otázek. Všechny získané informace použiji jen pro svou bakalářskou práci.

1. Dýchání

- Máte obtíže s dýcháním (dušnost)? *NE*
- Jste kuřačka? Kolik cigaret denně? *NE*

2. Dostatečný příjem potravy a tekutin

- Během hospitalizace – měla jste dostatečný příjem potravy? *ANO*
- Byla někdy nutná nějaká dietní omezení? *NE*
- Máte změny chuti během léčby? *NE*
- V intervalech mezi chemoterapiemi - měla jste potíže s příjmem potravy a tekutin? Změny chuti? *ANO*
- Nastaly během léčby změny hmotnosti? *ANO*

3. Vylučování

- Měla jste během hospitalizace nebo mezi hospitalizacemi potíže s vylučováním/vyměšováním? (zácpa, průjem, bolesti při močení atd.)

~~ne~~ *NE*

4. Pohyb a udržování vhodné polohy

- Měla jste během hospitalizace pocit dostatečného pohybu? *ANO*

5. Spánek a odpočinek

- Měla jste během hospitalizace problém se spánkem? *NE*
- Co Vás během spánku rušilo? (spolupacientky, sestry, jiné,...) ~~NE~~ *NIC*
- Měla jste ráno pocit, že jste odpočatá? *ANO*
- Mezi hospitalizacemi - měla jste problém se spánkem a odpočinkem? Čím to bylo zapříčiněno? *NE*

6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

- Během návštěvy ambulance /během hospitalizace na oddělení – měla jste někdy pocit studu z nedostatku soukromí během vyšetření? *NE*
- Setkala jste se s neohleduplností? *ANO*

7. Udržování fyziologické tělesné teploty

- Během léčby měla jste někdy zvýšenou teplotu? *NE*

8. Udržování upravenosti a čistoty těla

- Bylo Vám během pobytu v nemocnici umožněno být upravená? *ANO*
- Měla jste potíže během léčby s vykonáním hygieny? Po léčbě doma? *NE*
- Zajistily Vám sestry čisté prostředí? *ANO*

9. Odstranění rizik prostředí, možnost poranění, poškození sebe i druhých

- Cítila jste se něčím v nemocnici ohrožena? *NE*
- Setkala jste se s nějakou obdobnou situací? *NE*

10. Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, názorů

- Cítila jste se někdy osamocena během pobytu v nemocnici? *NE*
- Setkala jste se někdy s málo komunikativními spolupacienty, konfliktními nebo agresivními? *NE*
- Měla jste možnost vybrat si spolupacienty?
- Měla jste potřebu komunikace s jinými osobami? *ANO*
- Měla jste dostatečnou možnost vyjádřit svůj názor v nemocnici?
Reagovaly sestry na Vaše dotazy vždy ochotně? *ANO*

11. Vyznávání vlastní víry

- Jste věřící? *NE*
- Kde vyhledáváte psychickou podporu? *NIKDE*

12. Smysluplná práce, aktivita

- Měla jste během hospitalizace potřebu nějaké činnosti? *ANO*

13. Účast na různých formách odpočinku

- Byla jste během pobytu v nemocnici často unavená? *NE*
- Čím to bylo zapříčiněno?
- Co Vám pomáhalo?

14. Učení, objevování nového, možnost aktivit

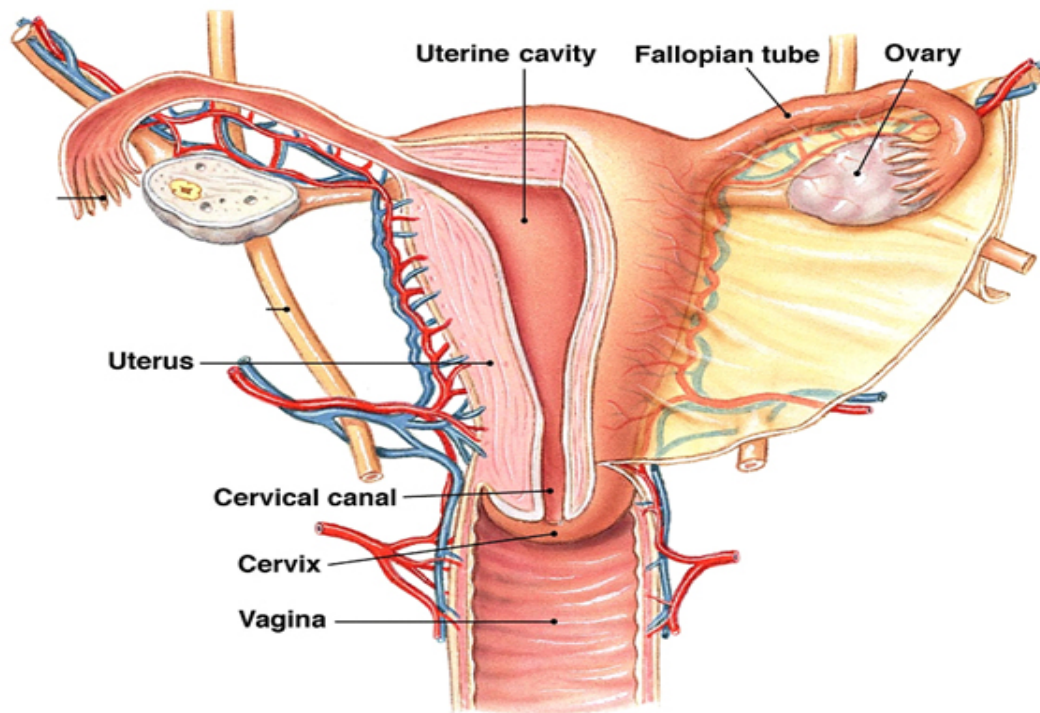
- Měla jste možnost během hospitalizace získávat nové informace? (rozhovor s lékařem, sestrou,)
ANO
- Jak reagovaly na vaše případné dotazy? *VŠICHM BYLI OCHOTNÍ.*
- Měla jste chuť získávat nové informace? *JAK KDOŽ*
- Dáváte spíše přednost pasivnímu trávení času v nemocnici? *ANO*

Děkuji za vyplnění.

Všechny informace, které získám, budou v práci použity zcela anonymně.

Jitka Kleslová.

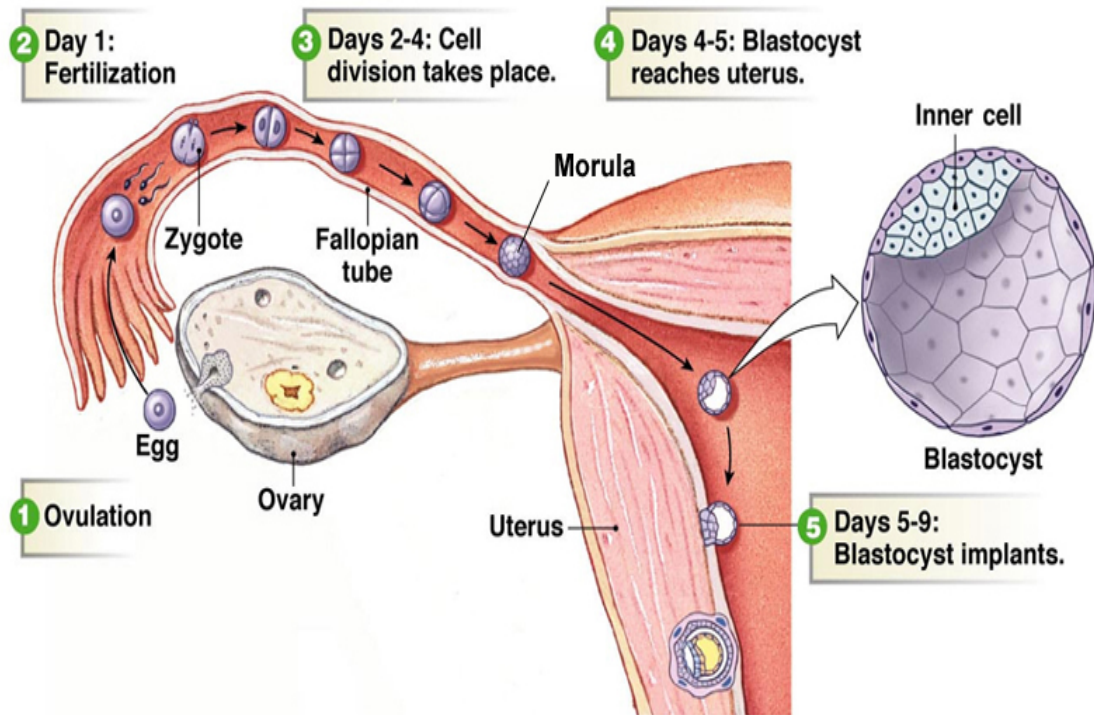
Příloha č.3: Obrazová příloha



Copyright © 2007 Pearson Education, Inc., publishing as Benjamin Cummings. **Fig. 26-12c**

Anatomie ženských reprodukčních orgánů

Převzato z:<http://www.colorado.edu/intphys/Class/IPHY3430-200/image/26-18.jpg>

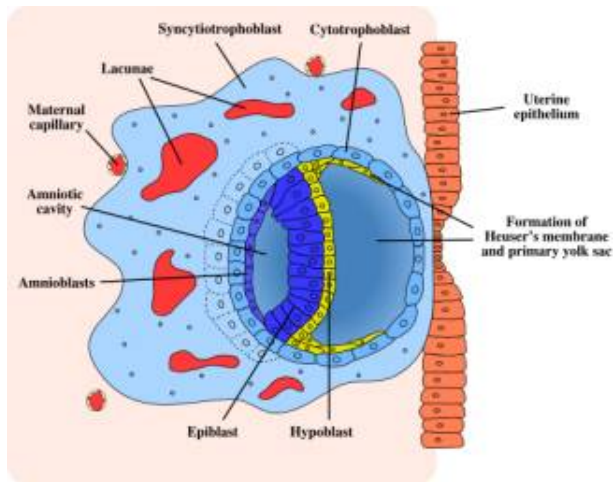


Copyright © 2007 Pearson Education, Inc., publishing as Benjamin Cummings.

Fig. 26-18

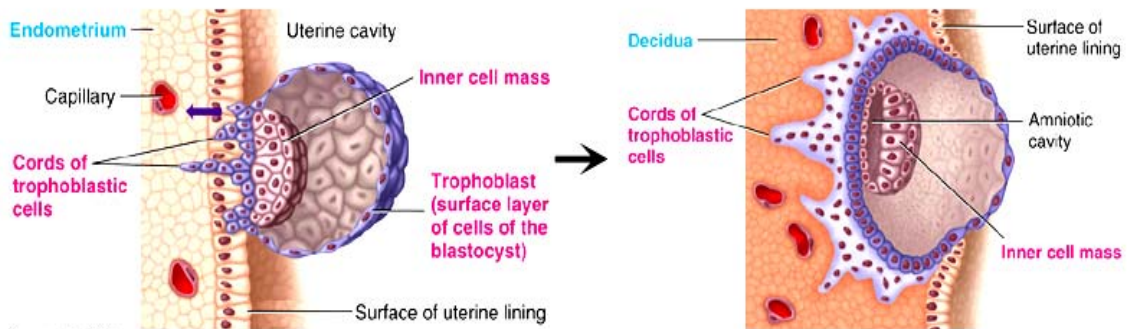
Fertilizace oocytu spermii ve vejcovodu, transport embrya vejcovodem, implantace embrya do sekrečně transformovaného endometria

Převzato z: <http://www.colorado.edu/intphys/Class/IPHY3430-200/image/26-18.jpg>



Blastocysta

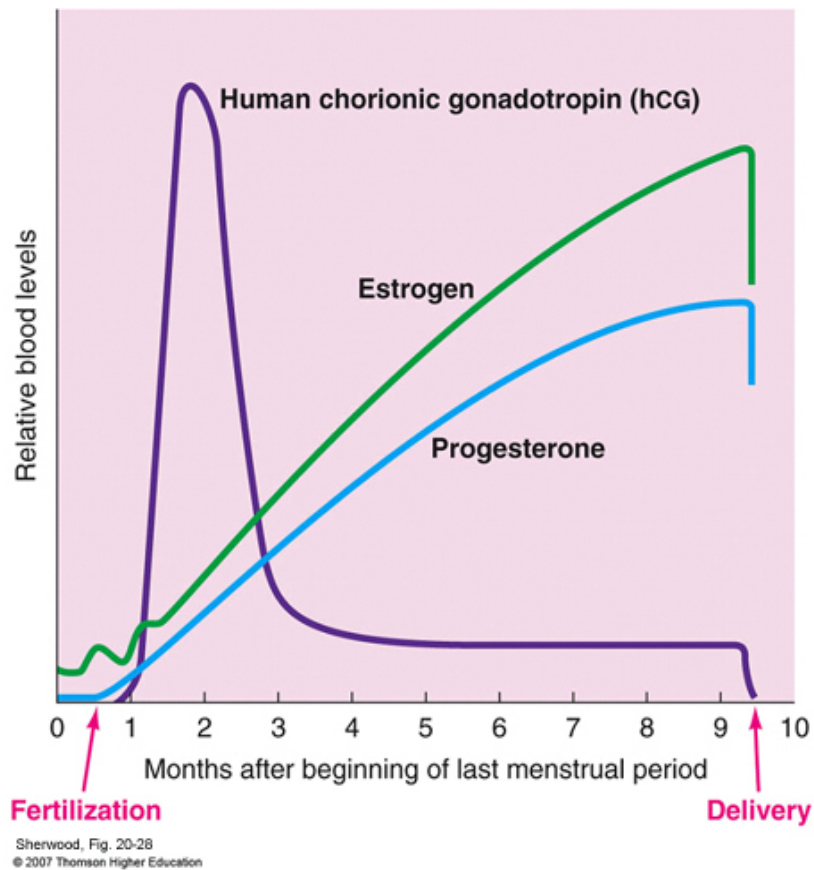
Převzato z: <http://thewelltimedperiod.blogspot.com/2004/12/snuggling-blastocyst-michelle-malkin.html>



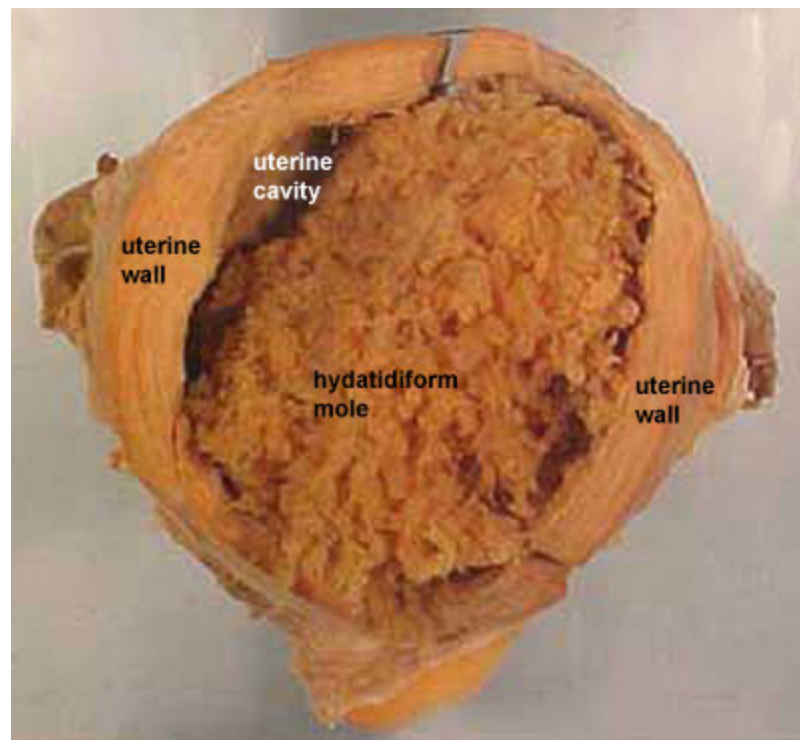
Sherwood Fig. 20-25
© 2007 Thomson Higher Education

Implantace blastocysty

Převzato z: <http://www.colorado.edu/intphys/Class/IPHY3430-200/image/26-26.jpg>

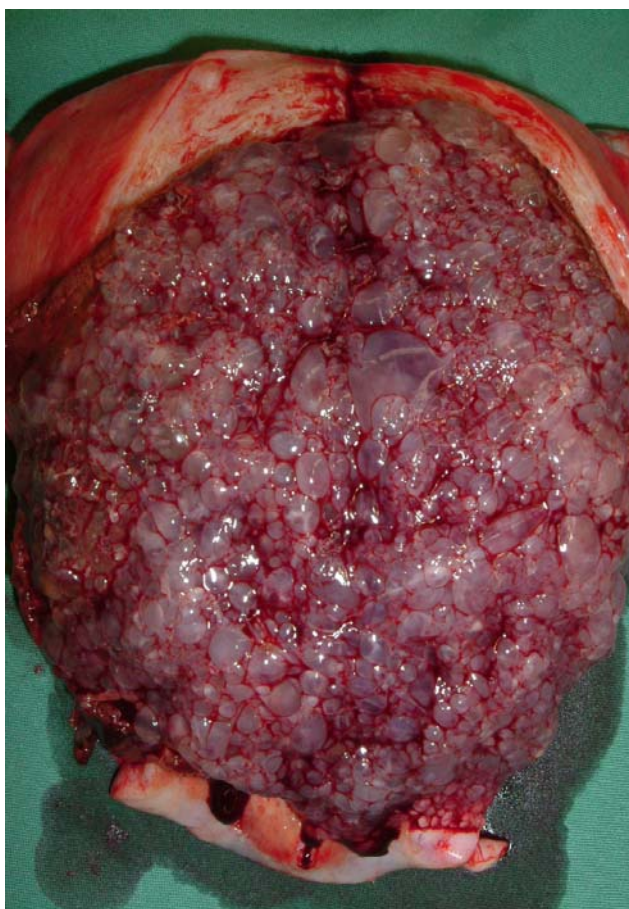


Hladiny hCG, estrogeneru, progesteronu během fyziologického těhotenství
Převzato z: <http://www.colorado.edu/intphys/Class/IPHY3430-200/image/figure2028.jpg>



Hydatidósní mola

Převzato z: http://embryology.med.unsw.edu.au/Notes/week2_2.htm



Hydatodósní mola

Převzato z: <http://www.cs.nsw.gov.au/cancer/sgog/GTD.htm>



Příprava chemoterapie v digestoři na oddělení Onkogynekologie Fakultní nemocnice Motol

(do prosince 2008 připravovaly sestry na oddělení chemoterapii, nyní funguje centrální ředění cytostatik v nemocniční lékárně, sestry zajišťují dodávku roztoků)

Převzato z : fotoarchiv Gabriely Šubrtové





Ředění cytostatik v nemocniční lékárně

Převzato z:

http://www.nemlib.cz/web/obrazky/1_33_42_23_nahodny/velky/imgp3030.jpg



Digestoř pro ředění cytostatik

Převzato z: http://www.dnformed.cz/img/envair_prace.jpg



Digestoř pro přípravu cytostatik

Převzato z: <http://tmp.aktualne.centrum.sk/soumar/img/1021/31/10213106-cytostatika.jpg>



Cytostatikum Methotrexat 1000 mg (intravenózní aplikace)

Převzato z: http://www.schumit.com/images/pic_Methotrexat_big.jpg

