

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Specifika ošetrovatelské péče u pacientek po rekonstrukčních
výkonech po ablaci prsu**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Alena Polanová

Autor: Hana Bouřilová

22.4. 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Specifika ošetrovatelské péče u pacientek po rekonstrukčních výkonech po ablaci prsu, vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/ v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 22.4. 2010

.....

Poděkování

Děkuji Bc. Aleně Polanové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Abstrakt

Ženský prs představuje jeden z nejvýznamnějších atributů ženské krásy. Proto také jakákoli vrozeně podmíněná odchylka ve velikosti a tvaru prsu bývá ženou vnímána velmi bolestně. Jaký dopad má potom na ženu ablační výkon, je více než jasné. Ztráta či deformace prsu z léčebných důvodů postihuje ženu ve dvou sférách. Vedle obav z dalších postupů léčby, vývoje zdravotního stavu a dalšího osudu, trápí většinu žen strach z toho, jak změní jejich život ztráta tak dominantního symbolu ženskosti. Pro postiženou ženu je snaha o vytvoření nového prsu často stejně důležitá jako exaktně provedená operace primární. Jde totiž o navrácení jistoty a sebedůvěry v osobním a společenském životě ženy.

Rekonstrukční operace k vytvoření prsu patří mezi operace velmi náročné a bolestivé. Následné pooperační období je pro pacientku svízelné a pooperační režim přísný. Ošetrovatelská péče je dlouhodobě intenzivní a vzhledem k nezbytným lékařským ordinacím pro pacientku omezující a ztěžující. Přesto se žena odhodlá toto všechno podstoupit a trpělivě snášet veškerá úskalí s výkonem spojená. Taková změna fyzická, ale možná více psychická, kterou jí to přinese, jí za to bezesporu stojí.

Cílem této práce bylo zjistit, jak žena, která přichází k operačnímu výkonu, vnímá ošetrovatelskou péči. Druhým cílem pak bylo zkoumat, jak ošetrovatelská péče ovlivňuje a působí na pacientku po operačním výkonu. Pro zjištění výsledků bylo osloveno šest žen hospitalizovaných na dvou různých chirurgických odděleních. Celkem s rozhovorem souhlasily čtyři pacientky, z nichž jedna byla přijata na chirurgické oddělení a zbylé tři na oddělení úrazové a plastické chirurgie. Výzkumnou otázkou zaměřenou na ošetrovatelskou péči vnímanou z pohledu pacientky bylo zjištěno, že se pacientky především soustředí na samotný chirurgický výkon a jeho úspěšnost a ošetrovatelské úkony pro ně představují spíše zátěž a postupem času jsou pro ně až obtěžující. Druhá výzkumná otázka měla za úkol zjistit, jak může ošetrovatelská péče ovlivnit průběh hospitalizace. Vzhledem ke zjištěným podmínkám, do kterých byly pacientky přijímány, pro ně ošetřující personál znamenal velké pozitivum. Jeho přístup a jednání pomáhalo pacientkám lépe snášet strasti spojené s pooperačním režimem a ony se v konečném shrnutí cítily v průběhu hospitalizace spokojené.

Na základě zjištěného by tato práce měla osvětlit problematiku hospitalizace pacientek sestřám, aby pronikly a lépe pochopily pocity pacientek a jejich vnímání ošetrovatelské péče. Aby svou péčí mohly v průběhu hospitalizace zaměřit účinněji a poskytovat ji se znalostmi, které jim pomohou v nesnadných podmínkách pečovat o pacientku jak po somatické stránce, tak jim být oporou v oblasti psychické. Více se zaměřit na komunikaci v těsném kooperativním období a na vstřícný přístup, který je pro pacientku velmi důležitý, a kde má sestra velkou možnost pocity pacientky ovlivnit pozitivním způsobem.

Vzhledem k zjištěným skutečnostem můžeme vyslovit hypotézu, že nevhodnost prostředí negativně ovlivňuje psychiku pacienta. Druhou hypotézou může být vyjádření, že vhodná komunikace pozitivně ovlivňuje pacientovo prožívání za hospitalizace.

Klíčová slova: pacient, sestra, ošetrovatelská péče, onemocnění prsu, chirurgická léčba, rekonstrukce prsu.

Abstract

A woman's breast represents one of the most important attribute of women beauty. This is why any congenitally conditioned anomaly is usually perceived very sorely. The impact an ablative operation has on a woman is thus more than obvious. Breast loss or deformation for treatment purposes affects a woman in two spheres. With the fear of further treatment procedures, health condition development and further fate most women are scared of how a loss of such a dominant femininity symbol will change their lives. The effort to have a new breast created is often as important as the exactly performed primary operation for an affected woman. It actually relates to recovery of self-reliance and self-confidence in social life of such a woman.

A reconstruction operation to create a new breast belongs to very complicated and painful operations. The subsequent post operation period is difficult for the patient and the postoperative regime is strict. The nursing care is long and intensive and it is limiting and burdening for a patient. Nevertheless a woman takes courage to undergo all that and bear all the difficulties linked to the intervention patiently. However such a physical but particularly mental change it brings is worth it.

The aim of the thesis was to find out how a woman approaching the operation perceives the nursing care. The next aim was to find how the nursing care affects a patient after such an operation. Six women hospitalized at two different surgery wards were invited to participate in the research. Four patients, one of which was taken to the surgical ward and the three others to the casualty and plastic surgery ward, agreed with the interview. A research question focused on the nursing care perceived from the viewpoint of a patient revealed that patients mainly concentrated on the surgery intervention itself and its success, while the nursing care acts were perceived as a burden and they even became bothering during the time. Another research question was focused on finding how nursing care might affect the course of hospitalization. With regard to the conditions the patients were taken to the nursing personnel was perceived very positively by the patients. Their approach and behaviour helped the patient stand the distress of the postoperative regime and they finally felt satisfied with the hospitalization course.

Upon the discovered facts this thesis should clarify the issues of hospitalization to nurses, so as they are able to get a better insight into the patients' feelings and their perception of nursing care. To be able to focus their care more efficiently and provide it with the knowledge that helps them care about a patient in the demanding conditions from the somatic point of view but also be supportive in the mental sphere. To focus more intensely on communication in the early postoperative period and on helpful approach, which is very important for a patient, as a nurse has possibility to influence a patient positively to a large extent.

With regard to the facts discovered we may form a hypothesis that improper environment has negative influence on a patient's psyche. The other hypothesis may be a statement that suitable communication may influence patient's welfare during hospitalization positively.

Keywords: patient, nurse, nursing care, breast disease, surgical treatment, breast reconstruction.

OBSAH

Úvod.....	str. 3
1 SOUČASNÝ STAV.....	str. 4
1.2 Chirurgie prsu z historického pohledu.....	str. 4
1.2.1 Historie rekonstrukčních postupů.....	str.6
1.3 Anatomie a fyziologie prsu.....	str.7
1.4 Onemocnění ženského prsu.....	str.8
1.4.1 Hyperplastické změny.....	str.8
1.4.2 Nádory.....	str.9
1.5 Chirurgická terapie karcinomu prsu.....	str.11
1.6 Rekonstrukce prsu.....	str.12
1.7 Pooperační péče a rekonvalescence.....	str.13
1.7.1 Pooperační lékařské ordinace.....	str.14
1.7.2 Sesterská péče o pacientku po rekonstrukci prsu.....	str.14
1.7.2.1 Péče o tělní vstupy.....	str.15
1.7.2.2 Tlumení bolesti po rekonstrukční operaci prsu.....	str.16
1.7.2.3 Péče o výživu a vyprazdňování.....	str.17
1.7.2.4 Péče o spánek.....	str.17
1.7.2.5 Rehabilitační péče a rekonvalescence.....	str.18
1.8 Komplikace rekonstrukčních výkonů.....	str.20
1.9 Psychologické aspekty zhoubného onemocnění prsu.....	str.21
1.9.1 Vliv rekonstrukčního výkonu na psychiku pacientky.....	str.23
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	str.25
2.1 Cíl práce.....	str.25
2.2 Výzkumné otázky.....	str.25
3 METODIKA PRÁCE A CHARAKTERISTIKA VÝZK. SOUBORU.....	str.25
3.1 Metodika práce-technika sběru dat.....	str.25
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	str.25
4 ROZHOVORY.....	str.26
4.1 Kasuistika č.1.....	str.26
4.2 Kasuistika č.2.....	str.30
4.3 Kasuistika č.3.....	str.34

4.4 Kasuistika č.4.....	str.40
5 TABULKY.....	str.45
6 DISKUZE.....	str.50
7 ZÁVĚR.....	str.56
8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	str.58
9 KLÍČOVÁ SLOVA.....	str.61
10 PŘÍLOHY.....	str.62

Úvod

Ženský prs představuje jeden z nejvýznamnějších atributů ženské krásy. Proto také jakákoli vrozeně podmíněná odchylka ve velikosti a tvaru prsu bývá ženou vnímána velmi bolestně. Jaký dopad má potom na ženu ablační výkon, je více než jasné. Ztráta či deformace prsu z léčebných důvodů postihuje ženu ve dvou sférách. Vedle obav z dalších postupů léčby, vývoje zdravotního stavu a dalšího osudu, trápí většinu žen strach z toho, jak změní jejich život ztráta tak dominantního symbolu ženskosti. Pro postiženou ženu je snaha o vytvoření nového prsu často stejně důležitá jako exaktně provedená operace primární. Jde totiž o navrácení jistoty a sebedůvěry v osobním a společenském životě ženy.

Plastický chirurg figuruje někde na konci řady odborníků vzájemně spolupracujících při řešení této problematiky, ale měl by být neoddělitelnou součástí týmu v této celistvé péči o ženy.

Rekonstrukce prsu se provádí u pacientek, u kterých bylo nutné prs odstranit v rámci léčby maligního onemocnění prsu. Při těchto výkonech lze použít vlastní tkáň nebo umělé prsní implantáty, či zkombinovat obě tyto metody [1, 13].

1 Současný stav

Plastická chirurgie se už nezabývá pouze zkrášlením těla v rámci komerční chirurgie, pomocí rekonstrukčních technik dokáže vrátit tělu i jeho původní obraz. To má pro ženy, které díky zákeřné nemoci přišly o část znaku své ženskosti, nesmírný význam a to nejen z hlediska fyzického, ale i pro zlepšení psychické rovnováhy.

Péče o ženy s maligním tumorem prsu je multidisciplinární. Podílí se na ní gynekolog, radiodiagnostik, onkolog, chirurg, patolog a rozhodně ne v poslední řadě psycholog. Následná rekonstrukce prsu spadá do kompetencí plastického chirurga. Rozhodnout o tom, zda a kdy výkon provést, musí ovšem onkolog, psycholog a někdy i genetik. Rekonstrukce prsu je výkon plastikochirurgický. Vede k vytvoření nového prsu včetně jeho prsního dvorce a bradavky. V dnešní době se jedná o nedílnou součást léčby žen s karcinomem prsu. S touto možností má být žena seznámena co nejdříve před samotným zahájením léčby. Vědomí možnosti navrácení ztraceného prsu pomocí jeho rekonstrukce pomáhá pacientce o něco lépe snášet trauma spojené s jeho odnětím.

Existuje celá řada způsobů rekonstrukce a záleží na mnoha faktorech, jaký se pro pacientku zvolí jako nejvhodnější. Rovněž systém ošetrovatelské péče má svá specifika a zvláštnosti vycházející z charakteru operace a požadavků operátéra. Komunikace mezi lékařem-operatérem a sestrou ošetřující pacientku je proto velmi důležitá. Ošetřující personál je vyškolen, aby znal veškeré možné komplikace a včasným odhalením jejich počátků zabránil konečnému nezdaru celého chirurgického snažení. Důležitá je i zkušenost sester v rámci komunikace a přístupu k pacientce. Souhra všech členů týmu má veliký podíl na výsledku rekonstrukce a spokojenosti pacientky s naší péčí [17, 1].

1.2 Chirurgie prsu z historického pohledu

Jedním z nejstarších dochovaných lékařských dokumentů, vztahujících se k onemocnění prsu, jsou egyptské papyry z 18. dynastie (1587-1328 př. Kr.). Na jednom z nich je popis 48 případů onemocnění prsu léčených operativním zásahem. Pravděpodobně se také jedná o jeden z prvních zápisů o rakovině prsu a jeho operační

léčbě. K onemocnění prsu rozvíjí evropské lékařství svůj vztah až o 1000 let později a to v klasickém Řecku. Hippokrates (460-377 př. Kr.) přičítal vznik rakoviny zástavě menstruace. Domníval se, že menopauza způsobuje překrvení prsů a vede k výskytu uzlin, které se přemění ve skrytý nádor. Velmi osobitě na sebe upozornil Galénos z Pergamu (129-199), jenž se podobně jako Platón a Aristoteles přikláněl k názoru, že mužské tělo je daleko dokonalejší než ženské. A aby se vypořádalo se svými nedostatky, jsou nezbytné všelijaké zvláštní úpravy. Rovněž věřil, že ženy melancholické jsou k onemocnění karcinomem prsu náchylnější než ženy mysli veselé.

Áetios z Amidy je považován za prvního autora, který vyhotovil podrobný popis operace rakoviny prsu. Pacientce v poloze na zádech vedl řez ve zdravé části prsu nad karcinomem a ránu vypaloval, dokud rána nepřestala krvácet. Další řez vedl hluboko do prsu a opět oblast vypaloval pro zástavu krvácení. To celé opakoval, dokud nebyl karcinom odstraněn. Nakonec ránu po odstraněném nádoru ještě důkladně vypálil a to za účelem vymícení všech pozůstatků choroby.

První, kdo poukázal na význam vyšetření prsu, byl italský chirurg Theodoric Borgognone žijící ve 13. století. Jeho lékařské sdělení vyobrazuje lékařské vyšetření prsu na sedící ženě, přičemž další přítomná žena se učí, jak si prs vyšetřovat sama. Německý chirurg Wilhelm Fabry je proslaven tím, že s nádorem prsu odstraňoval i zduřeniny přítomné v podpaží. Holanďan Adrien Helvétius (1661-1741), praktický lékař působící v Paříži, je považován za prvního protagonistu poprvé uskutečněné záchovné operace při nádoru prsu. Provedl pouhou exstirpaci. Velmi rozlišoval mezi amputací nutnou v případech rozšíření nemoci do celého prsu a právě exstirpací v případě, jestliže nádor postihl jen část prsu.

K zásadnímu posunu v souvislosti s operačními výkony dochází ve druhé polovině 19. století a to díky dvěma revolučním vynálezům – antiseptice a anestézii. To pochopitelně ovlivnilo i operační léčbu karcinomů prsu, do té doby doprovázené pouze podáním sklenky vína před operací, výjimečně i podáním opia [1, 25].

1.2.1 Historie rekonstrukčních postupů

Historické prameny o malignitách prsu a jejich chirurgické léčbě sahají daleko do starověku. Totéž ovšem nelze říci o prsních rekonstrukcích. První zmínky o jakýchsi pokusech o změnu vzhledu prsu pocházejí již z roku 1889 kdy Gersuny používá injekce parafínu k augmentaci prsu. Roku 1895 Czerny provedl pokus o zvětšení prsu pomocí lipomu, který odebral z oblasti zad. V roce 1945 Berson a 1950 Maliniac použili koriotukový štěp a vycházeli přitom z dřívějších zkušeností, kdy byl použit do prsů podkožní tuk z hýždí nebo stěny břišní. Tyto pokusy však nebyly příliš úspěšné. Docházelo k resorpci tuku a vznikala tak asymetrie prsů, nebo povrch koriotukového štěpu revaskularizoval a zároveň vznikala ischemická nekróza uvnitř tuku. Objevovaly se olejové cysty, které se mohly infikovat či vyprázdnit pístěli třeba až několik let od operace.

Ještě než byl zahájen program rekonstrukčních operací po mastektomii, americká Společnost pro boj s rakovinou založila roku 1953 spolek Reach to Recover. Tento spolek se obracel na ženy po ablaci prsu s informacemi o způsobech nahrazení prsů dobře padnoucími protézami.

Za historický milník v rekonstrukční chirurgii prsu lze označit objev implantátů ze silikonu a jeho vkročení do praxe v roce 1963. Roku 1977 Cronin silikonový implantát poprvé používá i při rekonstrukci prsu. Začínají se objevovat další operační postupy, které využívají nejen silikonové implantáty, ale i tělu vlastní tkáň. Jde o fasciokutánní nebo mosculokutánní laloky, eventuelně jejich vzájemné zkombinování. Významný posun v rekonstrukční chirurgii představují postupy umožňující vytvoření nového prsu bez použití cizích materiálů. Jedná se o využití dostatečně velkých objemných laloků, které vytvoří kůži i chybějící objem prsu v místě jeho ztráty. Jak se ukázalo, pro takový lalok je nejvhodnější odběrové místo z oblasti podbřišku. Většina žen zde má nadbytek kůže i tuku a vzniklá jizva se snadno ukryje po spodní prádlo. V osmdesátých letech byl pro rekonstrukci prsu poprvé použit lalok odebraný z břicha, tzv. TRAM, a dodnes se používá.

Rekonstrukce prsu po mastektomii v posledních desetiletích prošla nebyvalým rozvojem. Neexistuje žádná problematika léčby nádorů a jejich následků, která by byla provázena tak revolučními změnami, jako je tomu právě u karcinomu prsu. A to se týká nejen od upouštění přílišné radikality primárního výkonu, ale také doby načasování rekonstrukční operace [1, 25].

1.3 Anatomie a fyziologie prsu

Mléčná žláza je největší kožní žláza lidského těla. U ženy se žláza vyklenuje pod kůži na přední straně hrudníku a tvoří podklad ženského prsu. Zakládá se již ve fetálním období obou pohlaví a to v horní části mléčné lišty. Mužům zůstává základ žlázy zakrnělý celý život. U dívek, které procházejí obdobím puberty, vlivem vaječnickových hormonů dochází k silnému rozvoji mléčné žlázy. Celý prs se začne nápadně vyklenovat a stává se velmi výrazným sekundárním pohlavním znakem.

Ženský prs je párový orgán. Zcela vyvinutý je uložený na přední straně hrudníku laterálně od sternu v oblasti 3. až 6., případně 2. až 5. žebra. Je to žláza s vnější sekrecí. Ženské prso je systém skládající se z velké části z několika vrstev tukové tkáně, žláz a šlach, krytý kůží. Na povrchu prsa běžně v jeho středu se nachází prsní dvorec s bradavkou. Ta má většinou cylindrovitý nebo kuželovitý tvar. Její velikosti jsou různé, většinou ovšem spojené s velikostí samotného prsu. Bradavka je z vnějšku hrbolatá a nepravidelná v důsledku mnoha papil a vrásek pokrývajících její povrch. Obsahuje vývody, do kterých ústí laktační kanálky. Prsní dvorec je kruhová oblast situovaná na vrcholu prsu, je tmavší barvy než kůže těla. Uvnitř se nachází mazové žlázy a 12 až 20 nerovnoměrně rozložených hrbolků nazývaných Tubercula Morgagni.

Tuková tkáň je spolu se systémem kanálků zodpovědná za propojení prsních žláz s vnějškem. Větší mléčné kanálky, které se zdržují v oblasti bradavky, se uvnitř prsu větví a vyúsťují v prsních žlázách nebo lalůčkách. Každý z těchto lalůček je složen ze systému kanálků, které mají svoje ústí v prsní bradavce. S kůží je pojí kolagenové pásy, někdy jsou označovány jako zvedáče. Svou spodní částí jsou upevněny na prsní sval.

Tvar prsu se v různých obdobích ženy mění. Vlivem věku, v souvislosti těhotenstvím, porodem, kojením, klimakteriem [2, 12].

1.4 Onemocnění ženského prsu

Během života prodělává prs ženy mnohotvaré strukturální a funkční změny, především hormonálně podmíněné. Počínají v pubertě a jsou výrazné během každého menstruačního cyklu, v těhotenství při laktaci a končí menopauzou. V návaznosti na tyto děje ženský prs prodělává mnoho malformací, dysfunkcí a vážných onemocnění. Zvláště karcinom patří k nejzávažnějším problémům medicíny. Nemoci ženského prsu nejsou dnes záležitostí jednoho oboru a jednoho odborníka. Pouze na základě týmové spolupráce je možné stanovit nejvhodnější strategii komplexní léčebné péče o ženu s onemocněním prsu [22].

1.4.1 Hyperplastické změny

Hyperplastické změny jsou nejčastější, se kterými se v mléčné žláze můžeme setkat. Řadíme je do obrazu tzv. fibrózní cystické mastopatie. Mikroskopicky se vyskytují u 50-ti až 90-ti procent žen a považují se pouze za přehnanou fyziologickou odpověď na měnící se hormonální prostředí v životě ženy, kdy začíná involuce prsu, to znamená mezi 30. až 35. rokem. Tato proliferace způsobuje mamografické nálezy tzv. zvýšené denzity prsu nebo s použitím jiné terminologie obrazy významné dysplazie či mastopatie (samozřejmě nelze z mamografického obrazu jednoznačně usuzovat histologický nález). V mikroskopickém obraze nacházíme tři základní projevy: hyperplazii epitelu v lobulech a duktech, cysty a fibrotizaci. Cysty se mohou mimo kombinace s jinými benigními změnami v prsu objevovat i samostatně. Jejich přítomnost řadíme k nejčastějším změnám tkáně prsu.

Jako součást fibrocystických změn, ale i samostatně, se může vyskytnout sklerotizující adenóza a radiální jizvy. Sklerotizující adenóza je nejčastější formou adenózy, která má moc napodobit karcinom v mamografickém nálezu. Patří

k proliferujícím lézím, které však riziko karcinomu nezvyšují. Radiální jizva představuje objekt s centrální zónou fibroelastózy obkrouženou epitelovými strukturami. Makroskopicky a mamograficky a někdy i mikroskopicky může napodobovat infiltrující karcinom.

Mezi prekancerózy můžeme řadit i mnohočetné papilomy, které vznikají v okolí terminální duktolobulární jednotky. Morfologicky se podobají izolovanému papilomu včetně změn epitelových a cystických. Některé studie udávají koincenci s karcinomem u 25-29 procent případů. U žen mladších dvaceti let se vyskytuje juvenilní papilomatóza. Většinou ji nacházíme v horních zevních kvadrantech prsu. Vzhledem k většímu výskytu papilomatózy v rodinách s pozitivní anamnézou výskytu karcinomu prsu je nutné její sledování [3, 22].

1.4.2 Nádory

Nádorová onemocnění sužují lidstvo od nepaměti. Důkazem jsou archeologické nálezy kosterních pozůstatků pravěkých lidí. U egyptských mumií byly objeveny známky svědčící o nádorovém onemocnění malé pánve. V egyptských papyrech i v písemnictví mezopotámském, čínském, indickém, arabském a japonském nacházíme zmínky o nádorech a jejich léčbě. Termín karcinom použil jako první slavný řecký lékař Hippokrates (460-377 př. Kr.). Říká se, že toto pojmenování zvolil podle pokročilého karcinomu prsu, který při svém šíření s průvodní lymfangoitidou připomínal siluetu pobřežního kraba (*carcinides meanas*). Hippokrates doporučoval léčbu rozžhaveným železem u nádorů, které jsou uloženy na povrchu těla. Ostatní pacienty doporučoval ponechat bez zákroků, protože léčení pacienti umírali rychleji než neléčení. Už v antickém Řecku se řešily aspekty filozofické a etické spojené s medicínou. Platon v Ústavě uvádí, že Asklépios ustanovil lékařství, by se nemoci vyháněly léky a řezáním lidí, jež mají těla v celkově dobrém zdravotním stavu, přesto však trpí nějakým neduhem. Ale těla, která jsou skrz na skrz prostoupena chorobou, se vůbec nesnažil nařízenými životosprávami vyprazdňovat nebo naopak do nich zase něco přidávat, a tak

člověku připravit dlouhý a zlý život. Galénos, další klasik antické medicíny, věnoval značnou pozornost nádorovým onemocněním, včetně faktorům prognostickým. Za jeho časů se s úspěchem používala chirurgická léčba u lokalizovaných forem nádorů a profilovali se tak první onkochirurgové, například Leonidas, který se specializoval na operace karcinomu prsu. Rovněž se zkoušela léčba medikamentózní, arsenik a extrakty z plodů a rostlin. Ve středověku až do 16. století se chirurgická léčba nádorů naopak nedoporučovala, protože progresi nádoru urychlovala a názor byl „pokud nádor odpočívá, má odpočívat také lékař“ (G. Fallopio, 1510-1598). Pomoc se očekávala od světců, kdy se patronem pro nemocné s nádorem stal sv. Peregrin, sv. Agáta pomáhala pacientům s karcinomem prsu, sv. Erasmus nemocným s nádory trávicího ústrojí [15].

1) mezenchymové nádory

V mléčné žláze se z benigních mezenchymových nádorů může vyskytnout lipom a hemangiom, neepitelové nádory maligní, například angiosarkom, fibrosarkom a karcinosarkom.

2) smíšené nádory

- Fibroadenom patří k nejčastějším benigním útvarům prsu, vyskytuje se u mladých žen, obvykle mezi 25. až 35. rokem života. Za obrovské fibroadenomy jsou označovány ty, které dosahují v průměru více než 10 cm.

- Cystosarcoma phyllodes je ohraničený rychle rostoucí tumor, který díky své velikosti může způsobit výrazné zvětšení prsu a může vést až k nekróze kůže.

3) karcinomy in situ

Tyto nádory patří mezi neinvazivní. Společným znamením jsou epitelové buňky, kdy některé vykazují změny charakteru karcinomu. Změny však nepřesahují bazální membránu epitelu. Mohou se vyskytovat jako duktální a lobulární.

Léčba duktálních karcinomů in situ je kontroverzní. Dle rozsahu a povahy biologického nálezu zahrnuje celou škálu léčebných postupů. U většiny je doporučen konzervativní chirurgický výkon (tj. široká excize) s nebo bez následné radioterapie. V rámci alternativy lze pacientce nabídnout subkutánní či prostou mastektomii s okamžitou rekonstrukcí. Pokud jsou léze větší než 4 cm nebo tam, kde je více samostatných ložisek

a větší incidence mikroinvaze, je indikovaná mastektomie. V případech nálezů blížících se klasifikaci invazivního karcinomu se doporučuje provést izotopové vyšetření sentinelové uzliny.

Lobulární karcinom in situ. Převážně se vyskytuje u žen v menopauze a bývá asymptomatický. Proto je často objeven náhodně při biopsii provedené z jiných důvodů. Možnostmi terapie jsou jednak léčba chirurgická nebo alternativní přístup, který spočívá v přísném sledování pacientky. Naopak radioterapie není přínosná. Chirurgická léčba spočívá v profylaktické oboustranné prosté nebo subkutánní mastektomii s případnou okamžitou rekonstrukcí.

4) invazivní karcinom

Invazivní karcinomy můžeme rozdělit do několika skupin, které se navzájem liší obrazem v histologii a typem růstu nádoru. Karcinom prsu vzniká obecně buď z epitelí středních nebo velkých ductů (duktální), nebo z epitelí terminálních duktolobulárních jednotek (lobulární). Nejvíce invazivních karcinomů vzniká ze středních ductů.

5) speciální typy karcinomu prsu

- Pagetův karcinom je představitelem přibližně jednoho procenta šech karcinomů prsu. Jedná se o zvláštní formu duktálního karcinomu in situ. Nádor nemusí být nutně hmatný, je zde infiltrován epitel prsní bradavky. Prvním klinickým projevem bývá svědění a pálení bradavky, případně výskyt erozí a ulcerací na bradavce. Bývá proto často léčen jako dermatitida nebo bakteriální infekce a detekován bývá pozdě.

- Zánětlivý karcinom, inflamatorní erysipeloidní, je nej malignějším nádorem prsu. Převážně se objevuje u žen v postmenopauze. K jeho klinickým projevům patří někdy bolestivé zarudnutí a prosáknutí kůže prsu různého rozsahu, které ale nereaguje na případnou antibiotickou léčbu. Pokud se nález pod léčbou antibiotik nelepší ani po dvou týdnech, je třeba myslet na zánětlivý karcinom a provést biopsii. Mastektomie je indikovaná velmi zřídka [1, 15].

1.5 Chirurgická terapie karcinomu prsu

Chirurgickou léčbu lze podle radikality zákroku rozdělit do dvou skupin.

Zástupcem *konzervativního* pojetí chirurgické léčby jsou tzv. záchovné neboli prs šetřící operace. Odstraňuje se nádor a okolní tkáň prsu v různém rozsahu a prs přitom není postižen z hlediska celku. Představitelem takových výkonů je lumpektomie, kdy se odstraňuje nádor jen s minimem zdravé okolní tkáň (obr.1), segmentektomie, při které dochází k odstranění tumoru v rámci celého segmentu (obr.2) a kvadrantektomie, která spočívá v chirurgickém odstranění jednoho kvadrantu včetně kůže nad a fascie velkého prsního svalu pod odstraňovanou žlázou (obr.3).

Radikální chirurgická léčba je zastoupena různými druhy mastektomií. Při mastektomii se odstraňuje celá mléčná žláza a dle onkologického stavu i prsní dvorec s bradavkou a různě velkou část kůže prsu.

Radikální mastektomie znamená krom prsu odstranění i obou pektorálních svalů, fascie, tuková a lymfatická tkáň všech tří stupňů axily. Odstraní se i torakodorzální nervověcévní svazek a dlouhý hrudní nerv. Takový druh mastektomie se již prakticky neužívá a je nahrazen modifikovanou radikální mastektomií, která odstraňuje žlázu s kůží prsu a fascií pektorálního svalu se zachováním obou prsních svalů (obr.4). Další způsob je prostá mastektomie, jež odstraňuje celý prs a ponechává axilární lymfatické uzliny jsou-li nehmavné. Posledním způsobem je subkutánní mastektomie, při níž se odstraňuje celá prsní žláza při zachování kůže prsu a dvorce s bradavkou (obr.5, 6) [1, 20, 22].

1.6 Rekonstrukce prsu

Účelem a cílem každé rekonstrukce je znovuobnovení celistvosti ženského hrudníku, odstranění deformací a nastolení symetrie hrudníku jak v objemu, tak tvaru obou prsů. Možností a technik rekonstrukcí je celá řada. Předoperační rozvaha o způsobu rekonstrukce vychází především z primárního chirurgického zákroku jeho rozsahu, hojení jizev a také tělesnými poměry ženy nebo velikosti zbylého prsu.

Provádí se rekonstrukce pomocí implantátů, které je velice atraktivní především proto, že představuje jednu až dvě kratší operace bez potřeby odběru laloku na

vzdáleném místě. V kombinaci s použitím tkáňových expandérů představuje nejjednodušší metodu rekonstrukce (obr. 7, 8, 9).

Dalším způsobem velmi variabilním je kombinace rekonstrukce implantáty a místními laloky. Jako autologní tkáň je nejčastěji využívána transpozice fasciokutánních laloků z epigastria nebo laterální strany hrudníku (obr. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16). Jako další možnost použití vlastní tkáně se nabízí rekonstrukce pomocí přenosu latissimu dorsi a implantátem (obr. 17, 18, 19).

Rekonstrukce celého prsu provedená za použití pouze vlastní tkáně nejčastěji využívá laloku odebraného z břišní stěny. Jedná se o stopkovaný TRAM lalok (transverse rectus abdominis musculocutaneous) (obr. 20, 21). Druhým způsobem je rekonstrukce volným TRAM lalokem. Lalok se po vypreparování kompletně oddělí od břicha, volně se přenesse na hrudník, kde se pod mikroskopem napojí na přírodní cévy, a tím se obnoví krevní zásobení v laloku (obr. 22, 23). Další přídatné operace, které ženu po rekonstrukci čekají, je rekonstrukce prsního dvorce s bradavkou a je-li to nutné, i korekce velikosti a tvaru prsu na opačné straně (obr. 24, 25, 26, 27).

Jako u všech chirurgických výkonů jsou i tyto náročné výkony provázány nebezpečím vzniku komplikací. Může se jednat o komplikace spojené s použitím implantátů. Rekonstrukce pomocí přenosu laloku z břicha se nejtypičtěji komplikuje poruchou jeho prokrvení. Komplikace mohou postihnout i zrekonstruovanou bradavku [1].

1.7 Pooperační péče a rekonvalescence u pacientek po rekonstrukci prsu

Pooperační péče o pacientku začíná už převzetím z operačního sálu. Sestra při převzetí pacientky již v předšálí ihned pohledem a dotykem zkontroluje nový prs, aby se daly validně hodnotit případné změny barvy a teploty. Následně je předána na jednotku intenzivní péče, kde se zpravidla zdrží jeden až dva pooperační dny. Vzhledem k délce trvání výkonu (až 5hodin) je důležitá nepřetržitá monitorace celkového stavu pacientky. Pacientka je uložena na lůžko do polohy tzv. „sklapovačky“ (obr. 28) aby nedocházelo k přílišnému pnutí sutury břišní stěny po odběru laloku. K ochraně

odběrového místa slouží též stahovací elastické prádlo, které je pacientce obléknuto již na operačním sále (obr. 29, 30, 31). Pro délku výkonu a následného přesného sledování příjmu a výdeje je pacientka rovněž z operačního sálu vybavena permanentním močovým katétrem. Dále má zavedenu Redonovu drenáž (obvykle čtyřikrát), která odvádí přebytečnou sekreci z operačních ran břicha i zrekonstruovaného prsu. Samozřejmostí jsou jeden až dva žilní vstupy [1, 8].

1.7.1 Pooperační lékařské ordinace

Pacientka je obvykle první tři dny zajištěna stejnou medikací a pokyny lékaře. Patří mezi ně přísný klid na lůžku při mikro výkonech s transpozicí břišních laloků, dostatečný přísun tekutin per os, kontrola a záznam bilance tekutin, intenzivní infuzní terapie a u mikrochirurgických přenosů se podává antiagregační terapie *reodextranem* obvykle na noc. Dále sestra aplikuje nízkomolekulární heparin v pravidelnosti po osmi hodinách jako prevence TEN a zároveň ke zlepšení prokrvení přeneseného břišního celku. Pro předejití infekce jsou nasazena intravenózně antibiotika, která se ponechávají dle stavu hojení ran a doby, po kterou je ponechána redonova drenáž. Dle ordinace lékaře, nejdříve však po třech dnech intravenózní aplikace, je poté možno přejít na perorální formu antibiotik. U rekonstrukcí prsu pomocí TRAM laloků lékař ordinuje kontrolu přenesené části po jedné hodině. Při kontrole sestru zajímá barva, teplota a kapilární návrat. Veškeré změny je třeba neprodleně oznámit lékaři. Další ordinací jsou krevní odběry, které lékař ordinuje na večer v operační den či na ráno dne následujícího. Rozhoduje o tom průběh výkonu na operačním sále [1].

1.7.2 Sesterská péče o pacientku po rekonstrukci prsu

Sesterská ošetrovatelská péče o pacientky po rekonstrukční operaci prsu je velmi důležitá. Pacientka v této době trpí mnoha nepříjemnými vjemy, které jí ztrpčují časné pooperační období. Její první cesta z operačního sálu vede na JIP. Po převozu na jednotku intenzivní péče sestra pacientku připojí na monitor, kde sleduje fyziologické

funkce (krevní tlak, srdeční akce, saturaci krve O₂), displej monitoru dále promítá srdeční a dechovou křivku . Sestra kontroluje v intervalu jedné hodiny po dobu obvykle tří dnů, vzhled nového prsu. Pohledem barvu, dotekem teplotu a mírným stlačením a uvolněním kapilární návrat. Výsledky této kontroly zaznamenává do tabulky umístěné u lůžka pacientky. Při této činnosti je velmi důležité, aby sestra pacientku informovala o výsledku kontroly prsu. Je-li vše v pořádku, blahodárně působí tato informace na psychiku pacientky, které o to trpělivěji snáší veškerá úskalí a omezení, když vidí, že pooperační průběh je příznivý a vše probíhá bez komplikací. A jak již bylo řečeno, jakoukoliv změnu k horšímu sestra bezodkladně hlásí lékaři. V neposlední řadě se sestra musí též zaměřit na obvazy, které kryjí operační ránu. I zde samozřejmě jakoukoliv změnu, hlavně prosakování obvazu, hlásí ošetřujícímu lékaři [1, 7, 8, 11].

Další hodnotu, kterou sestra sleduje, je tělesná teplota pacientky. Ta především v prvních dvou dnech může vystoupat až k 38°C. Na to je také pamatováno v ordinacích a sestra aplikuje při potřebě antipyretika a s odstupem kontroluje jejich účinnost.

První převaz pacientku čeká dle prosaku ovazu, ale nejčastěji druhý pooperační den. Provádí ho lékař operatér za asistence sestry. Lékař také ordinuje pooperačně kontrolu krevního obrazu pro velké krevní ztráty při výkonu. Provádí se první pooperační den ráno a výsledek sestra hlásí lékaři. Obvykle následuje podání jedné až dvou krevních konzerv, při jejichž aplikaci sestra asistuje lékaři. Sestra poučí pacientku o možných vjemech, které může pacientka pociťovat (pálení v okolí místa vpichu kanyly, kam se krevní derivát aplikuje, zimnice, tlak na hrudi, tlak oblasti ledvin, dušnost) a podá jí signalizační zařízení do lůžka na dosah ruky, aby pacientka mohla v případě těchto komplikací ihned přivolat sestru. Sestra rovněž pacientku sama pravidelně kontroluje. V některých případech si pacientka sama daruje krev do krevní banky a pooperačně se jí aplikuje jako autotransfuze. Rovněž lékaře zajímají biochemické parametry, které sestra nabírá spolu s krevním obrazem [4, 16, 19].

1.7.2.1 Péče o tělní vstupy

Tělní vstupy jsou vždy nepříjemnou a často nepohodlnou, ale nezbytnou součástí operačních zákroků. V tomto případě se určitě setkáme s žilním, redonovou drenáží a

permanentním močovým katétre. O redonovu drenáž sestra pečuje ve smyslu její funkčnosti. Pokud vymizí podtlak či je redonova láhev plná, vymění ji a vše zaznamená do teplotní tabulky a sesterské dokumentace. Také zaznamenává do sesterské dokumentace množství sekretu odvedené za 24 hodin.

Péče o močový katétr spočívá v udržení jeho průchodnosti, kontroluje zda není kdekoli ve svém průběhu zalomen či zaštípnut, sleduje jeho odvod a v rámci monitorování příjmu a výdeje tekutin vše zaznamenává do tabulky k tomu určené. Vždy reflektuje stížnost pacientky na případné pálení nebo tlačení v okolí katétru. V takovém případě sestra permanentní močový katétr vymění nebo po domluvě s lékařem ho již zcela odstraní. V souvislosti se sledováním močového katétru kontroluje i samotnou moč, kterou odvádí.

Dalším vstupem, který sestra monitoruje, je vstup žilní. Vzhledem k množství infuzí a intravenózně aplikovaným antibiotikům bývají zajištěny žilní linky dvě. Sestra kontroluje jejich průchodnost a také okolí místa vpichu zda nedochází ke známkám počínajícího infektu jako je začervenání v průběhu postižené žíly. I zde dbáme stížností pacientky na bolestivost v souvislosti se zavedenou kanylou [16, 18].

1.7.2.2 Tlumení bolesti po rekonstrukční operaci prsu

Velkou pozornost sestra věnuje bolesti pacientky. Bolest je tak stará, jako lidstvo samo a již z prastarých písemných památek starého Říma a Řecka můžeme najít zprávy o různých formách lidské bolesti a o prostředcích k jejímu tlumení. Bolest je pro člověka stavem tísně, je to samostatný stresor, který ani pacientku po operaci nemůže minout. U takto rozsáhlých výkonů jsou bolesti veliké a je třeba je tlumit analgetiky opiátového typu dle ordinace lékaře. Úlevová poloha je zde již zaujatá. Právě tzv. sklapovačka má zabránit namáhání operační rány a takto zajistit její dobré hojení a zároveň tato poloha funguje jako úlevová ve srovnání s polohou na rovném lůžku. Vhodné je analgetika nabízet. Sestra bolest hodnotí pomocí VAS (vizuální analogové škály bolesti) a získané hodnoty zaznamenává do dokumentace. Pozornost věnuje i účinkům podaných analgetik a to jednak účinkům tišící bolest, ale také působení

nežádoucím. I nevolnost eventuelně zvracení po anestézii a tím namáhání břišní stěny velmi neblaze působí na intenzitu bolesti. Proto je v případě potřeby pacientka zajištěna antiemetickou intravenózní ordinací [4, 19].

1.7.2.3 Péče o výživu a vyprazdňování

Výživa je primární biologickou potřebou člověka, nezbytným předpokladem pro harmonickou funkci organismu. Ovlivňuje nejen duševní pohodu a zdraví, ale také se významně podílí na celkovém zdravotním stavu člověka a průběhu pooperačních stavů. Po každém operačním výkonu prováděném v celkové anestézii se s příjmem per os začíná postupně. Sestra pacientku poučí o pozvolném příjmu zprvu pouze tekutin, po lžičkách podává čaj a to za dvě hodiny po výkonu. Pacientka většinou po zbytek dne nic jiného než tekutiny nepřijímá. Sestra pacientce tekutiny často nabízí a zabezpečí, aby měla zdroj tekutin na dosah ruky a pokud je potřeba, hrnek s tekutinou pacientce podá. Jinak dieta zůstává neměnná od té, kterou pacientka případně dodržovala před výkonem. Obyčejně přijímá pevnou stravu až druhý den po operaci. Většinou záleží na stavu pacientky, kdy bude schopna běžného příjmu potravy per os.

Také vyprazdňování řadíme mezi základní biologickou potřebu. Zasahuje člověka v jeho intimní sféře a této potřebě se proto věnuje v naprostém soukromí. Taktéž témata v této oblasti jsou často tabuizována a pacientka se s nimi většinou ostýchá oslovit ošetřující personál. V případě vyprazdňování moči nemá pacientka po operaci obtíže díky zavedenému permanentnímu katétru. Močení sestra sleduje až v momentě, kdy se močový katétr odstraní. Výrazné problémy s pasáží obvykle pooperační stav nekomplikují a vše se opět normalizuje po vertikalizaci pacientky. V každém případě je vyprazdňování stolice pro pacientku ze začátku nepříjemnou situací. Roli zde hraje i bolest, která je způsobena zapojením břišního lisu při vyprazdňování a to zejména tuhé stolice [18, 19].

1.7.2.4 Péče o spánek

Několikahodinový zákrok je pro pacientku velkou zátěží, proto většinu času po výkonu, mezi jednotlivými ošetřovatelskými úkony, upadá do spánku. Tento je ovšem

narušen častými kontrolami sester, dále vynucenou polohou do „sklapovačky“, která obvykle nebývá pro spánek příliš pohodlná a zároveň stahovací elastické prádlo, žilní vstupy, redonova drenáž nebo permanentní močový katétr - to vše představuje rušivé elementy pro spánek pacientky. Rovněž ostatní pacienti mohou působit neblaze svým chováním nebo jinak na spánek pacientky. Na jednom pokoji se mohou soustředit pacienti různého věku, onemocnění či úrazu. Už samotný fakt spát v přítomnosti cizích lidí je nepříjemný a sám o sobě může spánek ovlivnit. Pacienti se mohou navzájem rušit svými osobitými projevy a to například projevem bolesti nebo různými spánkovými návyky a v neposlední řadě i spánkovými fenomény, jako je chrápání, skřípání zuby a podobně. Také mobilita a schopnost sebeobsluhy může být u každého pacienta odlišná a i nutnost přivolávání sester během noci a jejich následné úkony u pacienta rovněž mohou ostatní pacienty významně rušit.

Pozornost sestra věnuje i úpravě lůžka. Vzhledem k tomu, že se na něm pacientka v prvních dnech zdržuje nepřetržitě, je velmi důležité udržovat lůžko čisté, suché a upravené. Sestra lůžko kontroluje, upravuje a mění prádlo pravidelně dvakrát denně a je-li to nutné i kdykoli během dne. Jedná-li se o mikrochirurgický přenos, místnost před spánkem i jindy sestra musí větrat jen velice krátce. Je totiž nutné udržovat pacientku v teplém prostředí pro zajištění dobrého prokrvování laloku tvořícího nový prs. I z těchto důvodů sestra volí vhodné umístění lůžka na pokoji. Raději pacientku uloží dále od okna a také ode dveří, aby chlad přicházející z venku nebo z chodby oddělení nemohl příliš narušit nutný pooperační režim ve smyslu teplého prostředí a pro časté kontroly jejího stavu po operaci vybere pokoj blíže k inspekčnímu pokoji sester [1,4,19].

1.7.2.5 Rehabilitační péče a rekonvalescence

Postup rehabilitace se liší podle jednotlivých rekonstrukčních technik. Pokud nedochází při rekonstrukci k odebrání laloku z břišních partií, je rehabilitace poměrně snadná. Pohyb pacientky není omezen bolestí odběrového místa a klidový režim se tedy může prodloužit například jen při poruchách hojení. Pacientkám, kterým se lalok odebíral z břicha, je ordinován přísný klid na lůžku po dobu minimálně tří dnů dle stavu

„přihojování“ prsu. Do té doby se rehabilitaci u pacientky věnují fyzioterapeuti na lůžku a to pohybem dolních končetin v hleznech a kolenou jako takzvané izometrické cvičení. Ve smyslu tohoto cvičení může pacientku informovat i sestra a v tomto jednání ji podporuje a připomíná jí blahodárnost těchto cviků. Jedná se o cvičení svalů bez zátěže a to jejich zatínáním (ve kterém pacientka vytrvá cca čtyři vteřiny) a následným povolením stahu. Toto cvičení nejenže zaměstnává svaly dolních končetin a tím je udržuje uspokojivé formě, ale také částečně simuluje chůzi, která právě zapojením svalstva napomáhá žilnímu odtoku z dolních končetin a celkově urychluje průtok krve cévami. Izometrické cvičení rovněž přispívá k prevenci tromboembolickým komplikacím. Po třech dnech a za pomoci fyzioterapeutů a sester pacientka začíná s vertikalizací. Časná vertikalizace je nezbytná i u pacientek jen dočasně imobilizovaných. Slouží k postupné opětovné adaptaci pacientky na stoj. To může být někdy spojeno s rizikem značné nestability, která je doprovázená až třesem dolních končetin, což by znamenalo riziko pádů. Teprve postupně se přechází k nácvičku chůze, kdy pacientka absolvuje kratičkou procházku pokojem. Trvání vertikalizační procedury je zhruba dvacet minut nebo dle individuálních možností pacientky. Dále fyzioterapeuti pacientku poučí, aby se během dne často posazovala s dolními končetinami spuštěnými z lůžka, aby se další vertikalizace nekomplikovala točením hlavy a nevolností způsobenou dlouhodobě horizontální polohou. Fyzioterapeuti s pacientkou také nacvičují jak vstávat z lůžka bez zapojování přímého břišního svalu. Děje se tomu přes bok a následným vzepřením o loket. Rovněž v této době sestra odstraní pacientce močový katétr a kontroluje, zda poté došlo ke spontánnímu vymočení. Redonovu drenáž odstraňuje lékař operatér za asistence sestry, kdy z prsu se tomu děje zpravidla 2.-4. pooperační den a z břicha 4.-6. pooperační den. I kontrola prokrvení přeneseného celku bývá operátorem prodloužena, nejdříve po třech dnech od výkonu, na interval po třech hodinách i déle podle stavu hojení [1, 4, 6].

Pacientka je propouštěna z nemocnice po 6.-9. dnech po operaci. Ještě zhruba týden je pacientce ordinovaná antiagregační terapie kyselinou acetylsalicylovou. Pacientka je vybavena propouštěcí zprávou, kde lékař doporučuje šetřit břišní stěnu (vstáváním přes bok, zákaz zvedání břemen těžších 4kg atd.) po dobu pěti týdnů od

operace. Odstranění stehů za 12 až 14 dní provede lékař již při ambulantní návštěvě pacientky. Nejsou-li komplikace s hojením ran, doporučuje od pátého týdne postupné protahování celého těla, plavání a po sedmém týdnu i posilování břišní stěny. Pracovní neschopnost kolísá od šesti do dvanácti týdnů. Celková doba rekonstrukce (přenos laloku, dosažení tvarové a velikostní symetrie a rekonstrukce bradavky s dvorcem) trvá většinou 4 až 12 měsíců [1].

1.8 Komplikace rekonstrukčních výkonů

Komplikace, které doprovázejí rekonstrukce prsů po mastektomiích, mohou být zapříčiněny několika faktory. Nevhodná volba způsobu rekonstrukce, chyba v operační technice, místní tkáňová nedostatečnost ve smyslu nedostatečnosti a nekvalitnosti po jejím ozáření a celkový zdravotní stav pacientky, mohou tvořit čtyři základní oblasti pro vznik komplikací. Dále se na komplikace můžeme zaměřit z hlediska již použitých technik.

Komplikace rekonstrukcí při použití implantátů mohou být časné a pozdní. K časným komplikacím můžeme zařadit hematom nebo serom kolem implantátu, infekci kolem implantátu, chybné umístění, posun nebo rotaci, obnažení implantátu a chyba ve volbě velikosti implantátu. Nejčastější pozdní komplikací je tvorba kapsulární fibrózy (kapsulární kontraktury). Možnými vyvolávajícími faktory bývají pooperační hematom, serom a subklinickou infekci kolem implantátu. Prokazatelně vyšší riziko fibróz nacházíme u pacientek po radioterapii aplikované na hrudní stěnu (nikoliv na axilu). Často bývá tato komplikace viděna u pacientek radikálně provedenou subkutánní mastektomií, kde je část implantátu kryta jen tenkou kůží.

Jednou z nejtypičtějších komplikací rekonstrukcí laloky z břicha je porucha prokrvení ve smyslu venostázy nebo ischémie s následnou nekrózou laloku různého stupně. Při úplné ztrátě laloku je nutné ho odstranit a akutně přenést kožně svalový lalok latissimus dorsi. V druhé době se přidává implantát či tkáňový expandér. U částečné ztráty laloku poškozenou tkáň nahradíme dle velikosti nekrózy a její lokalizace, latissimem nebo jiným místním lalokem.

Komplikace postihující bradavku je nejčastěji ztráta její projekce. Esteticky nejzávažnější komplikací rekonstrukce bradavky je její chybné uložení, zpravidla to bývá příliš vysoko [1].

1.9 Psychologické aspekty zhoubného onemocnění prsu

Prakticky každý člověk, který je konfrontován s diagnózou „rakovina“, je psychicky otřesen a tuto ránu musí nějakým způsobem pojmout a zpracovat. Tato zpráva není o nic méně zdrcující ani v případech, kdy lékař šance nemocného člověka hodnotí velmi pozitivně. A i když má kolem sebe mnoho lidí, kteří ho milují, podporují a pomáhají mu, srovnat se s touto skutečností musí nejprve v sobě a na to bývá vždy sám. Většina pacientek říká, že neměly těžší moment ve svém životě. Jiné kritické situace, které se v lidském životě vyskytují (jako jsou problémy s partnerem, s dětmi, finanční potíže nebo problémy v práci) ustoupí do pozadí. Žena zůstává mentálně a emočně ochromena [9,14].

Nutné je také uvědomit si rozdíly mezi pacientkami, jejich pocity a pocity ostatních lidí v jejím okolí. Citát pacientky: „Když jsem slyšela slovo rakovina, dostala jsem úplný „black out“, nic z toho, co lékař dále říkal, jsem nevnímala.“ Když žena poprvé uslyší, že onemocněla rakovinou prsu, zažívá velmi silný pocit šoku, nedůvěry a beznaděje. Jakoby se někam najedou propadla. Na tuto skutečnost není připravena, přestože se již nějakou dobu bojí, že by rakovinu mít mohla, okamžik oficiálního stvrzení této obavy je vždy vysoce traumatizující. Pocit šoku má více důvodů. Nejen to, že tu máme co dělat s velice závažným onemocněním, které velmi reálně může ohrozit ženu na životě, ale rovněž zklamání vlastním tělem, strach z agresivní a dlouhotrvající terapie, strach z bolesti a strach být druhým na obtíž. Pro každou ženu s touto diagnózou je souhrn těchto aspektů jiný, ale pro každou platí, že jí v nitru náhle vznikne psychický zmatek [10, 21, 24].

Řada žen nemůže této diagnóze uvěřit a naprosto si ji nepřipouští. Není zcela namístě tuto na první pohled škodlivou reakci hned potlačovat. Je třeba ji pokládat za zcela normální přirozenou a spontánní na ohrožující a zdrcující zprávu, kterou ženu

může zpracovat teprve postupně. Jen v případech, kdy toto popření nemoci přetrvává mnoho týdnů až měsíců a je překážkou v komunikaci o chorobě a její léčbě mezi pacientkou a léčebným týmem, případně členy rodiny, stává se nebezpečným problémem. Dalším faktorem, který může bránit ženě hovořit o nemoci je, že většina žen není zvyklá mluvit o příliš osobních věcech. Obzvláště ty ženy, pro které bylo vždy obtížné vyjadřovat své emoce, se najednou nezmění. Je mnoho dalších důvodů, proč se o této nemoci těžko hovoří. Některé ženy si dělají starosti s tím, jak budou samy reagovat, jakmile o všem začnou mluvit, například se bojí, že se rozpláčou. Nebo si naopak dělají starosti s tím, jak bude reagovat jejich okolí, přátelé, rodina, že je nepodpoří, že jim nepomůžou. I pověra, že mluvení o nemoci urychlí její průběh, je u některých žen zakotvena a je brzdícím faktorem sdílnosti. V neposlední řadě mnoho žen se nerado zmiňuje o svých potřebách. Jsou až příliš často vychovávány k tomu, že pro sebe nemají mnoho žádat [9, 10].

Zcela pochopitelné obavy vznikají stran změny zevnějšku ženy a jejich přijímání okolím a nejbližšími členy rodiny. Dojde-li k radikální chirurgické léčbě na prsu a následné chemoterapii, je vzhled ženy drasticky změněn a to má na psychiku ženy účinky ničující. Snaží se vyhybat okolí, pohledům, dotazům, lítosti, má strach z reakce svého partnera, který jí do této doby byl skutečnou oporou. Teď se domů vrací naprosto jiná žena, jiná zevnějškem i vnitřním rozpoložením. Nechce ho s odstupem nutit do fyzického kontaktu, stydí se před ním obnažit své tělo a to na partnera může působit dojmem odmítání ze strany ženy a takováto nedorozumění, která se nemusí týkat jen intimní stránky soužití, mohou vztah, pro ženu v tomto období tak důležitý, velmi zkomplikovat či ho úplně zničit. Může se zdát nepochopitelné, že bojovný kmen žen, takzvané Amazonky, si nechávaly jeden prs úmyslně odstranit (upálit či chirurgicky odejmout) aby jim nepřekážel při střelbě z luku.

Onemocní-li žena rakovinou, je často řada lidí připravena jí pomáhat. Je tedy na pouze na ní, aby se tomu nebránila a o svých potřebách mluvila. Pro ty, kteří jí chtějí pomáhat, to znamená velké ulehčení [9, 10,].

1.9.1 Vliv rekonstrukčního výkonu na psychiku pacientky

Po náročné léčbě mnoho žen usiluje o plnohodnotný návrat. Světýlkem pro vyléčenou ženu je schopnost lékařů vrátit jí ztracený prs a tím jí opět vrátit do „normálního“ života a zacelit ránu, která ho tak negativně ovlivňovala. Tato možnost znamená pro ženu obrovskou psychickou vzpruhu a jak se začne blížit termín operace, vzrůstá obvykle i těšení a odhodlání ženy stát se zase opět „celistvou“. Tento zákrok má bezesporu vliv na sebevědomí ženy, které po kompletně dokončené rekonstrukci výrazně stoupne a dříve nemyslitelné věci, jako jsou v zimním období večerní plesové šaty a v létě plavky, přestávají být noční můrou.

V rámci hospitalizace je nutno k pacientkám přistupovat šetrně a citlivě. Před operací je to naprosto soběstačná žena, ale po výkonu je zcela závislá na sestře, celém ošetrovatelském týmu a jejich péči. Pacientka může trpět pocitem z nedostatku informací, neznalosti cizích odborných pojmů a dalšího postupu. Sestra provádí okolo pacientky mnoho rozličných úkonů, které jsou potřeba pacientce vysvětlit, seznámit ji s následujícím pooperačním průběhem a neméně důležité je po každé kontrole obnoveného prsu pacientce sdělit, zda vše vypadá dobře a probíhá bez komplikací. To dodává pacientce klid a víru v úspěch celého chirurgického snažení. Je důležité pacientku obeznámit s každým výkonem, který ji čeká, informovat ji o každém léku, který jí sestra aplikuje, zasvětit ji do funkce jakou má redonova drenáž a močový katétr. Upozornit ji na veškeré vstupy a také na účel elastického prádla, včetně nutnosti udržovat ho vytažené a vypnuté bez záhybů. Pacientka musí mít přehled o všem co se kolem ní děje a všemu také rozumět [10, 21].

Komunikace je v této sféře velmi důležitá. Chápeme-li komunikaci hlavně jako transfer informací, pak se její nejvýznamnějším atributem stává srozumitelnost pro příjemce. Proto je důležité naše profesionální sdělení přizpůsobit schopnostem pacientky porozumět. Mluvíme tedy „jejím“ jazykem a nepoužíváme našich odborných termínů, které jsou pro nás naprosto samozřejmé a srozumitelné, avšak pro pacientku mohou být nejednoznačné a matoucí. Raději vůbec neužívejme cizích slov. To do jakého se žena dostane prostředí, mnoho informací, které jsou ji nesrozumitelně a rychle

podány, ještě znásobují její strach a obavy z následujících postupů. Také neverbální komunikace a samotný přístup sestry mohou pozitivně ovlivnit psychické rozpoložení a posílit důvěru v ošetřující personál [5, 23].

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

- 1) Zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče po rekonstrukčních výkonech po ablaci prsu z pohledu pacientky.
- 2) Jak ošetrovatelská péče ovlivňuje pacientku po těchto výkonech.

2.2 Výzkumné otázky

- 1) Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče z pohledu pacientky?
- 2) Jak může ošetrovatelská péče ovlivnit průběh hospitalizace?

3 Metodika práce a charakteristika výzkumného souboru

3.1 Metodika práce – technika sběru dat

Metodikou bylo kvalitativní šetření formou částečně standardizovaného rozhovoru.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily tři pacientky přijaté na oddělení úrazové a plastické chirurgie a jedna pacientka hospitalizovaná na oddělení chirurgie.

4 Rozhovory

4.1 Kasuistika č. 1

P. Lucii ve věku 25 let začalo lehce bolet levé rameno a podpaží. Po prohmatání prsů si v levém objevila tvrdou bulku. Ihned navštívila svého gynekologa, který ji ujistil, že obavy jsou zbytečné a že se jedná o běžnou reakci na holení podpaží. Postupně se příznaky začaly stupňovat a následovala druhá návštěva gynekologa. Tentokrát se již nenechala odbít a z ordinace odcházela s doporučením na ultrazvukové vyšetření prsu. Při vyšetření bylo objeveno šest ložisek rakovinového nádoru. V rychlém sledu pak následovalo vyšetření na mamografu a biopsie. V červnu 2008 podstoupila chirurgickou ablaci prsu. Následovalo pásmo chemoterapií, osm infúzí po dvou týdnech absolvovala během tří měsíců. Krátce po chemoterapii začala docházet na ozařování pooperační jizvy. Zhruba dva roky čekala na ukončení léčby, aby bylo možno přistoupit k rekonstrukci prsu.

Pacientka nastoupila na oddělení chirurgie, kde podstoupila rekonstrukci pomocí techniky volného přenosu TRAM laloku. Výkon podstoupila v celkové anestézii, probíhal bez problémů a pooperační průběh zvládla bez komplikací. Propuštěna byla standardně po deseti dnech hospitalizace a následovala péče ambulantní v plastické ambulanci.

„O rekonstrukci mi poprvé řekl pan doktor na chirurgii, který mě na operaci přijímal, když mi prs odstraňovali,“ vzpomíná paní Lucie a upravuje si polštář pod zády. „Byla jsem dost špatná a on mě tím chtěl povzbudit. Říkal, že jsou tu moc šikovní na plastické chirurgii a že by mi mohli až se úplně uzdravím udělat prso nové a že je spousta možností jak se dá udělat. To mě velmi povzbudilo. Na tuto informaci jsem se upnula, myslela na ni celou dobu léčby na onkologii,“ smutně se usmívá.

„Po propuštění z nemocnice jsem se hned vrhla k internetu a hledala cokoli co souviselo s rekonstrukcí, o které mluvil pan doktor na chirurgii,“ mávla rukou, jakoby rozháněla nepříjemné vzpomínky a nadšeně pokračovala: „Našla jsem spoustu

informací, obrázků a taky diskusní fóra, kde se dalo dopisovat se ženami podobně postiženými jako jsem já a některé byly i po rekonstrukci. To bylo hodně přínosné“ pokyvuje si hlavou.

„Všichni mě k další operaci povzbuzovali. Vzhledem k mému věku jsem to nehodlala nepodstoupit. Jenom maminka se bála, aby se mi nevrátila rakovina a o žádné rekonstrukci nechtěla slyšet. Ať jsem prý ráda, že nemoc ustupuje a neriskuji,“ usmívá se shovívavě. „Můj tehdejší přítel si zase myslel, že to chci udělat jen kvůli němu. Aby se mě nemusel štítit v posteli. Já to samozřejmě podstoupila hlavně kvůli sobě. Ještě mi nebylo ani třicet a vypadám takhle, to mě ničilo,“ zavrtěla hlavou a usrkla z hrnečku.

Při vzpomínání na zkušenosti z prvního kontaktu s lékařem na plastické ambulanci, pookřeje: „Poprvé jsem šla na konzultaci k plastickému chirurgovi do ambulance v nemocnici. Tam si pan doktor prostudoval veškerá vyšetření a vyjádření onkologa. Byl moc milý a choval se citlivě, bylo vidět, že už má zkušenosti s takovou diagnózou. Sice nebylo moc příjemné se před ním celá odhalit, ale je to nakonec doktor a takových jistě už viděl. Prsa jsem neměla nikdy moc veliká a na břicho jsem měla trochu špek, tak pan doktor řekl, že by se to nové prso dalo udělat z břicha. Byla jsem docela ráda, i když jsem už z internetu věděla, že to bolí. Ale břicho je teď pryč. Bylo to takové dva v jednom,“ hlasitě se směje.

„Vysvětlil mi vše co bylo nutné k předoperační přípravě, dostala jsem seznam co si mám vše vyřídit. Pak mi vše namaloval na papír. Pak se jen tak zmínil o možných komplikacích a to mě trochu vyděsilo, ale říkal, že jsou další možnosti jak případné komplikace napravit a že mají stejně pěkné výsledky.“

Pak vypočítává na prstech veškeré informace a požadavky, které si odnesla z ambulance.

„Já jsem nastupovala v pondělí v sedm hodin ráno na ambulanci, kde mě přijímal jiný pan doktor z plastiky, než prve při objednání. Vystavil mi papíry a poslal mě se sestřičkou na oddělení. Tady mi vlastně dělali i tu první operaci, kdy mi prso odstranili. Oddělení jsem už trochu znala, tak to pro mě nebylo nic nového,“ vysvětluje a zběžně se rozhlédla po pokoji. „Je to tu docela hezké, velmi klidné. Pokoje jsou

maximálně pro tři lidi s malou umývárnou na pokoji. Co jsem tu ležela, tak na pokoji nikdy nebylo plno, byla jsem tam s paní po žlučníku a docela jsme si rozuměly, byla o trochu starší, ale milá. Hodně jsme si povídaly a té mojí nemoci a tak,“ pokyne hlavou na prázdné vedlejší lůžko. „Včera ji propustili,“ vysvětlí.

„Nastoupila jsem den před operací. Sestřička si mě vyzvedla na chodbě a uložila na pokoj, ukázala mi kde co je, kam si můžu uložit věci, hned mi řekla ať drahé věci a peníze dám stranou, že mi je zamknou do trezoru. Pak mi přinesla košilku na převlečení, kterou budu zítra potřebovat. Přes den se už nic dalšího nedělo, dostala jsem oběd a večeři a večer mi přišla sestřička říct, abych od půlnoci nic nejedla a nepila, abych byla na ráno připravená. Potom přišel pan doktor, který mě měl při operaci uspávat, ptal se na různé věci, jestli mám alergie a tak a napsal mi nějaké tabletky na spaní, které mi potom přinesla sestřička,“ stručně vylíčila události předoperačního dne. „Všechno probíhalo v klidu a pohodě, všichni byli moc milí a já si trochu připadala jako na dovolené. Všichni kolem mě skákali. Nemohla jsem se dočkat zítřka. Ráno jsem se probudila dost brzo a už jsem neusnula a začala jsem se trochu bát. Sestřičky nám přišly upravit postele a pak přišel pan doktor na vizitu k ostatním pacientům. Svého pana doktora jsem viděla až na sále.“

„První co si pamatuju, je ženský vysoký a docela nepříjemný hlas, který křičel, abych zvedla hlavu a otevřela oči.“ Trochu se zamračí. Následně líčí pooperační události. Přerušovaně, často se při vyprávění zamýšlí a snaží se vybavit si situace co nejpřesněji, ale není si vším úplně jistá. „Pak mě asi odvezli někam jinam, kde leželi okolo jiní pacienti i muži. Sestřička mi říkala, že mi něco nasadí na prst a ptala se, jak se mi dýchá. Každou chvíli mě vzbudilo nějaké pískání nebo zvonící telefon. Sestřička mi řekla, že je to JIPka a že tam den zůstanu. Sestřičky mě zase připojily na přístroje, každou chvíli mi měřily tlak a kontrolovaly prso. Chtěla jsem si ho prohlídnout, ale řekly mi, že musí být v teple a odkrývá se jen na kontrolu. Dávaly mi něco do hadiček co na sále napíchly do rukou, a píchaly mi malé injekce, vždy jsem se raději zeptala co to je, říkaly, že antibiotika a něco na ředění krve. Moc jsem tomu nerozuměla, ale vzpomínám si, že pan doktor o něčem takovém mluvil,“ dokončí a s úsměvem dodává, že řekla vše, na co si vzpomíná.

„Druhý den ráno přišel na vizitu pan doktor co mě operoval a řekl, že to vypadá dobře a že můžu zpět na svůj pokoj. Byla jsem ráda, protože na našem pokoji byl větší klid. Byli jsme tam jenom ve dvou. Sestřička se na mě chodila dívat strašně často, pokaždé zkontrolovala prso a říkala, že vypadá dobře. Vždy se mi trochu ulevilo, že se nic nezhoršuje. Antibiotika mi dávali pořád a říkali, že injekce co mi píchají, jsou proto, abych nedostala trombózu co budu ležet a aby se to prso lépe prokrvovalo,“ pokračuje jistěji.

„Ze začátku jsem byla pořád ospalá a spala přes den i přes noc sice přerušovaně, ale zdálo se mi, že sestra přišla vždy, když jsem konečně zabrala. Celou mě odkryla, vše zkontrolovala a za chvíli zase. Později jsem byla ráda. Věděla jsem, že sestřička chodí takhle často a nemusela jsem na ni zvonit, když bylo něco potřeba,“ pokrčí rameny.

„Nejhorší byla podle mě bolest, která byla opravdu veliká a sestřičky mi dávaly proti bolesti injekci každou chvíli,“ povzdychne si a položí si ruku na břicho. „Sestřičky se mě vždy zeptaly jak moc to bolí a daly mi takovou stupnici,“ povytáhla obočí a zatvářila se trochu nechápavě, „abych jim to na ni ukázala. Byla na ní z jedné strany čísla a z druhé červený trojúhelník. Bylo milé, že mají takovou starost, ale když to bolí, tak to prostě bolí, ne?,“ směje se. „Potom bylo nejhorší to ležení. Nesměla jsem tři dny vstávat z postele a mohla jsem ležet jenom na zádech. Jinak se to všechno dalo vydržet,“ mávne rukou.

„Trochu problém jsem měla s infuzemi, vždycky jsem se zamotala do infuzního setu a bála se, abych si s tím něco neprovedla,“ smála se a gesty naznačovala zamotaný infuzní set kolem ruky. Taky jsem si musela zvyknout pohybovat se s redony, které mi dlouho zůstaly. Jednou jsem si taky rozpojila omylem cévku a museli mi převléknout celou postel,“ špitne omluvně. „Stahovací prádlo mě hodně stahovalo a zdálo se mi, že se mi hůř dýchá, ale zase, když jsem si potřebovala odkašlat, pěkně mi to drželo břicho.“

„Převazu jsem se bála, ale nejhorší bylo strhnout ty velké náplasti z břicha a hrudníku.“ Na obličeji se jí objeví bolestivá grimasa a dále popisuje: „Sestřička se sice snažila, ale nebylo to nic platné. Potom bylo dost bolestivé vyndávání těch redonů, to dělal pan doktor. Další převazy už byly úplně v pohodě, žádnou náplast jsem tam už

neměla, jenom takové pásky přímo tam kde jsou stehy, které sestřička vždy jen potřela dezinfekcí,“ vysvětluje a snaží se částečně rány odhalit z pod pyžama. „A to se dělalo obden, tak už mi to vůbec nevadilo.“

„Na rehabilitaci jsem se velice těšila, ale byl to horor,“ stočila oči v sloup. „Pořád mě dost bolelo břicho a strašně se mi točila hlava. Ale nakonec to samozřejmě přešlo, snažila jsem se často posazovat a ve finále se postavila na nohy. Pak už mi nic nechybělo. Návštěvy za mnou mohly chodit kdykoli během dne a už jsem se s nimi mohla procházet po chodbě na oddělení.“

„Pan doktor mi vše vždy během vizity nebo při převazech vysvětloval a říkal, že mi to všechno poznamená do propouštěcí zprávy, kterou mi přinese až budu odcházet domů a že se budu moci ještě zeptat, kdyby mi něco nebylo jasné. Chtěla bych poděkovat všem sestřičkám, které se o mě moc hezky staraly a hlavně panu doktorovi, který mi vrátil prso. To je všechno,“ mírně rozhodí rukama a usměje se.

4.2 Kasuistika č.2

P. Ilona u sebe rakovinu objevila ve svých 29 letech. Stejným onemocněním trpěla i její maminka a babička. Obě zemřely. Proto bezodkladně navštívila svého gynekologa. Obvodní gynekolog neváhal a vzhledem k rodinné anamnéze ji okamžitě odeslal na vyšetření ultrazvukem. Zde se podezření potvrdilo a pro verifikaci nálezu byla provedena biopsie. Výsledkem byl karcinom. Do nemocnice nastoupila čtrnáct dní po potvrzení diagnózy a za deset dní po ablaci prsu nastoupila zpátky do zaměstnání. Měsíc po operačním výkonu nastoupila na chemoterapeutickou léčbu a měsíc po jejím ukončení byla nasazena hormonální léčba. Třináct měsíců žila bez prsu, než nastala vhodná doba k rekonstrukci.

Pacientka nastoupila na oddělení úrazové a plastické, kde podstoupila rekonstrukci prsu technikou přenosu TRAM laloku. Výkon byl proveden v celkové anestézii a obešel se bez rušivých příhod, stejně jako další pooperační průběh, který proběhl bez komplikací a pacientka byla v pořádku propuštěna po deseti dnech hospitalizace do domácí léčby. Další péči dočasně zajišťovala plastická ambulance.

„Protože mi na tuto chorobu zemřela maminka i babička, to co u mě bylo na prvním místě, bylo to, že nechci dopadnout stejně. Na prsu mi ani moc nezáleželo, hlavně aby to se mnou dobře dopadlo. Tak jsem se o tuto možnost hned ze začátku moc nestarala,“ říká smutně s pohledem upřeným do peřiny. „Soustředila jsem se hlavně na léčbu samotné rakoviny. Jakmile se zdálo, že je léčba úspěšná a mám dobré vyhlídky, moje pozornost se začala soustředit na můj zevnějšek a při kontrole na onkologii se mě shodou okolností paní doktorka zeptala, jestli jsem už uvažovala o rekonstrukci. Že v mém věku to rozhodně stojí za to. Pravdou je, že mě tento můj stav trápil od začátku, ale přežít, když to tak řeknu, pro mě bylo důležitější,“ doplní na vysvětlenou.

„Pak jsem doma vyhledávala informace o samotném výkonu na internetu a zjistila jsem, že výkony se provádí i zde v nemocnici na oddělení plastiky. Zjistila jsem si, kdy a jak je možné dostavit se do jejich ambulance a přišla jsem se ze začátku jenom informovat. Všichni z mého okolí, kteří trochu viděli do mého problému, mi myslím fandili, i manžel, který to se mnou všechno vydržel.“ Na chvíli se odmlčí a zadívá se z okna. „Taky jsem chtěla, aby měl doma zase kompletní ženu. Přiznám se, že jsem se začínala i bát, aby si nenašel jinou ženu,“ opět sklopí zrak k peřině.

„Pan doktor byl hodný, trpělivě mi vše vysvětlil a řekl, ať si příště přinesu všechna vyšetření, že bychom se domluvili na termínu operace. Za týden jsem přišla a pan doktor si mě prohlédl, ale byl to jiný než před tím a dal mi termín na příští měsíc. Trochu mě ta návštěva vystrašila. Pan doktor mluvil o mnoha způsobech a že si můžu vlastně vybrat. Jenže to jsem neuměla. Pak mi pan doktor naštěstí doporučil rekonstrukci z břicha. Věřila jsem, že je to pro mě nejlepší. V čekárně bylo docela plno, já sama jsem čekala docela dlouho, ale pak jsem neměla pocit, že by pan doktor nějak se mnou spěchal. Řekl mi to nejdůležitější a další podrobnosti mi potom řekl v nemocnici před operací. O tom, jestli na operaci půjdu, jsem ale nezapochovovala.“ Při vyprávění o předoperačních peripetiích se jí viditelně uleví a dále pokračuje již uvolněněji.

„Na ambulanci mi jenom založili papíry a pan doktor mě potom přijímal až na oddělení. Na oddělení mě přivedl sanitář a posadil mě na lavičku. Za chvíli přišla

sestřička a říkala, že musím chvilku počkat na chodbě než se uvolní nějaká postel a posadila mě do křesla. Byl tu docela mumraj, všude byla spousta lidí, sestřičky chodily sem a tam, občas jely někam s postelí. Když jsem tam byla asi půl hodiny, myslela jsem si, že na mě buď zapomněli nebo jsem omylem na jiném oddělení,“ vypráví poděšeným tónem, ale usmívá se. „Nakonec mě dali někam na pooperační pokoj s tím, že až se uvolní místo jinde, znovu mě přestěhují. Na operaci jsem měla jít až druhý den a na ten pooperační pokoj vozili pacienty po úrazech, tak jsem stejně spíš chodila po chodbě., mávne rukou, aby dala najevo, že jí to tak nevadilo. „Na záchod a do koupelny jsem sice musela až na konec chodby, ale to teď před operací taky nebyl takový problém. V noci jsem tam zůstala sama a pak tam přivezli takovou starou paní, která v noci křičela a sestřičky k nám musely pořád chodit,“ povzdychla si a pokračovala: „Měli pokoj hned vedle toho našeho a celou noc se tam svítilo a prosklenou stěnou to k nám prosvítalo, i když žaluzie byly zatažené. Moc jsem toho nenaspala,“ zavrtěla hlavou.

„Sestřičky byly hodné, snažily se mi všechno důležité říct, ale moc času neměly, to bylo vidět,“ začala s vyprávěním a přitáhla si peřinu víc k bradě. „Sestřička se omlouvala za pokoj. A ukázala mi kam si můžu dát věci. Večer bylo asi více času a tak mi řekla, že od půlnoci nesmím jíst ani pít, připravila mi na zítřka anděla a stahovací punčochy a říkala, že kdybych si potřebovala dát věci do trezoru, mám si udělat hromádku. Potom mi na spaní přinesla tabletku,“ říkala s úsměvem při vzpomínání na setkání se sestrami úrazového oddělení.

„Po operaci mě probudil pan doktor, který mě uspával, říkal, že mám po operaci a všechno šlo dobře. Pak mě vezly sestřičky a říkaly, že teď zůstanu jeden den na JIPce a potom se vrátím zpět na svůj pokoj. Chtěla jsem, aby mi přinesly telefon a já mohla dát vědět domů. Ale byla jsem hrozně ospalá a každý pohyb mě strašně bolel, tak jsem se raději nehýbala a spala. Kolem se pořád něco dělo. Byl tam hluk a ostatní pacienti kolem byli občas dost neklidní. Sestřičky se mě ptaly, jestli mě to nebolí. Mě spíš bylo nevolno a horší to bylo, když jsem otevřela oči. Dostala jsem do kanyly něco, aby mě to přešlo a zároveň jsem dostala injekci proti bolesti. Sestřička říkala, že kdybych něco potřebovala, můžu jim kdykoli říct, že jsou tu pořád s námi na pokoji,“ vzpomíná a hmoří oči ve snaze vše si vybavit a nic nevynechat.

„Druhý den mě vrátili zpět na oddělení, ale na jiný pokoj. Tam jsme byli jenom ve třech a oproti JIPu to bylo daleko klidnější. Byla tam i televize,“ naznačí bradou ve směru plazmové televize zavěšené na protější zdi. „Sestřička se na mě chodila dívat skoro každou hodinu, vždy zkontrolovala prso a říkala, že to zatím vypadá moc hezky. Byla jsem ráda, sama jsem se bála se nějak odkrývat,“ pousměje se a stočí pohled k prsu. Taky mi pořád kontrolovala redony co odváděly krev a vypouštěla sáček na moč. Všechno mi říkala, co se bude dít a tak. Za čas jsem si zvykla a injekce na ředění a antibiotika jsem už znala,“ mírně pohodím ramenem.

„Hned po operaci jsem asi většinu všeho zaspala, když mě pak převezli zpět na můj na pokoj byla jsem už den po operaci a musím přiznat, že mě trochu obtěžovalo, když mne sestřička chodila kontrolovat každou chvilku i v noci.“ líčí omluvným tónem a hned dodává. „Ale to se nedalo nic dělat. Ještě jsem dostala zvonek kdybych něco potřebovala abych mohla kdykoli zazvonit. Myslím, že jsem byla maximálně zajištěná.“ směje se.

„Nejhůře jsem asi snášela tu nevolnost. Měla jsem taky návaly na zvracení,“ zhluboka vydechne přes nafouklé tváře, „a to mi dost dráždilo břicho, které potom bolelo. Sestřička mi dávala pravidelně lék proti nevolnosti, dokud to nepřešlo. Proti bolesti mi nabízeli asi třikrát denně a mohla jsem ještě kdykoli zazvonit na zvoneček. Potom se mě taky ptali na noc. Bolest ničím nehodnotili,“ zamyšleně vrtí hlavou a ihned dodává, „ale ptali se potom, jestli mi ta injekce zabrala.“

„Když jsem musela ležet v posteli, tak mi vlastně ani nic nepřekáželo.“ na moment se zamyslí a pohledem přelétne lůžko. „Občas jsem se zamotala do infuzního setu. Infuze jsem měla celý den i noc, tak jsem si musela dávat pozor. Taky se mi občas rolovalo stahovací prádlo a sestřička mi ho musela vypnout, říkala, že je potřeba, aby bylo hezky vypnuté, aby ten tlak působil rovnoměrně,“ říká a pečlivě se snaží zopakovat poučení od sestry.

„Nejhorší bylo poprvé vstát z postele,“ vzpomíná s nešťastným tónem hlasu a položí si zápěstí ruky na čelo. „Do té doby jsem cvičila s nohama jenom v posteli, jak mi to z rehabilitace ukazovali,“ mimoděk zahýbe dolními končetinami. „Při postavování se mi motala hlava a byla jsem celá zesláblá. Rehabilitační sestřičky mě naučily, jak se

správně zvedat, abych nemusela namáhat břicho, ale stejně to ze začátku bolelo, ale na záchod jsem si už chtěla dojít sama,“ dokončuje odhodlaně. „Sestřička mě ještě párkrát doprovázela, než jsem byla jistější. Byla moc hodná a člověk neměl vůbec pocit, že ji přidělává práci, i když asi přidělával. Ukázala mi také jak mám se stahovacím prádlem manipulovat, abych ho nemusela na záchodě celé sundávat.“

„Nejhorší byl první převaz,“ pokrčí nos, „kdy mi museli odlepit všechny ty náplasti, které byly zalepené na celém břiše a hrudníku, kde sahala až do podpaží, sykne. „Pan doktor mi vytáhl dva redony a jeden mi tam ještě zůstal a tem potom asi za dva dny vyndala sestřička už sama. Bolelo to, ale dalo se to vydržet, trvalo to jen chvíli a zase bylo o další hadičku méně,“ usměje se. „Přímo na stehách jsem měla nalepenou náplast,“ rukou naznačuje její umístění, „která se nesundávala, jen ji vždy postříkali desinfekcí. Pan doktor se na mě chodil dívat každé ráno, ale další převazy už udělala sama sestřička.“

„Právě při prvním převaze jsem se pana doktora na vše zeptala, horlivě přikyvuje. „Některé věci jsem věděla od sestřiček, ale něco nevěděly. Pan doktor mi všechno vysvětloval a říkal, že mi vše napíšou do propouštěcí zprávy. Jsem moc ráda, že jsem zákrok podstoupila. Na nepříjemnosti spojené s operací jsem už zapoměla. Určitě mi to zvedne sebevědomí,“ směje se a opatrně si hladí nové prso.

4.3 Kasuistika č.3

P. Helena svou diagnózu zjistila ve svých 35 letech. Má dvě děti, osmiletého syna desetiletou dceru. Na preventivní prohlídky ke gynekologovi nechodila asi tři a půl roku a žádné problémy v tomto smyslu neměla. Samovyšetření prsu si během této doby neprováděla. V zimě měla úraz na lyžích a vykloubila si koleno. Vzhledem k nedostatku času, kterého se jí tímto dostalo, navštívila svou gynekoložku a prohlídka neodhalila žádnou patologii. P. Helena si přesto vyžádala doporučení na ultrazvuk pro cystu, která se jí objevila v pravém prsu po porodech. Lékařka pacientce prsa sama nevyšetřila. Druhý den po vyšetření si pacientka nahmatala v prsu bulku a ultrazvukové vyšetření, které se mělo provést s odstupem čtrnácti dní, se tímto uspíšilo. Ultrazvuk nález v prsu

potvrdil a následoval mamograf, punkce útvaru a scintigrafické vyšetření skeletu. Se všemi výsledky následovala návštěva mamární komise, kde jí sdělili, že bude nutné odstranit celý prs. Po ablaci následovalo šest aplikací chemoterapie. Ozařování nebylo potřeba. Téměř po roce pracovní neschopnosti jí byl přiznán částečný invalidní důchod. Na vhodnou dobu k rekonstrukci čekala 11 měsíců.

Pacientka byla přijata na oddělení úrazové a plastické chirurgie a prso bylo zrekonstruováno v celkové anestézii pomocí volného přenosu TRAM laloku. Výkon probíhal bez komplikací, pooperační průběh byl standardní a hospitalizace byla ukončena v desátý den hospitalizace. Pacientka dále docházela na kontroly do plastické ambulance.

„O této operaci mi řekli v mamárním týmu, že již existují možnosti prso zrekonstruovat hned při jedné operaci zároveň s jeho odstraněním, ale že bude lepší podstoupit kompletní onkologickou léčbu a vyčkat na výsledky. Podrobnější informace o rekonstrukci si spíše vyhledával můj manžel. Seděl u internetu a ukazoval mi zajímavé věci, které našel,“ směje se a pokračuje: „Velice mě podporoval a vše s mnou přečkal.“

„Byla jsem docela překvapená. Mnoho přátel se mi touto operací snažilo dodávat naději, že takto znetvořená nezůstanu, ale jakmile se vše zhojilo a zdálo se, že nastala vhodná doba k této operaci, začali mě někteří od operace zrazovat,“ zatváříla se nechápavě a zavrtěla hlavou. „Asi si mysleli, že jsem si už zvykla na protézu a že výkon je hodně bolestivý. Nebo nevím,“ pokrčí rameny, „někteří říkali, že jsem blázen, že do toho jdu. Že už mám děti a aby se mi tam znovu nevytvořil nádor.“

„Pan doktor se mi moc hezky věnoval, vše mi ukazoval a doporučil mi literaturu, kde bych se mohla dovědět podrobné, komplexní informace. Byla jsem ráda, že si budu moci vše prostudovat v klidu doma. Sice musel každou chvilku vyřizovat telefon nebo jiný případ, ale měla jsem pocit, že se mi maximálně věnuje,“ přikyvuje s uznáním. „Protože jsem byla od kamarádů pořád strašená, ptala jsem se hlavně na komplikace. Říkal, že každá operace nese sebou rizika, ale že jich tu měli minimum a ne příliš

závažných. Tím mě hodně uklidnil. Na další jsem si přinesla svá vyšetření hlavně z onkologie a pan doktor mi navrhl termín.“

„Na oddělení mě přivedl sanitář, posadil mě na lavičku, že si mě sestřičky hned uloží na pokoj. Nakonec jsem tam seděla hodinu,“ vzpomíná a mírně protočí oči. „Potom přišla sestřička a omlouvala se, že musí připravit lůžko, ať se zatím posadím do křesla. Na operaci jsem šla až druhý den, tak to vlastně ani moc nevadilo. Z prostředí jsem byla trochu nervózní. Po mě přivezli na lehátko asi další dva nebo tři případy, ale s nějakým úrazem. Bála jsem se, aby na mě nezapomněli, když jsou tu hlavně přes úrazy. Pana doktora jsem ten den ještě neviděla. Kolem pořád chodily sestry sem a tam, buď nesly papíry nebo tlačily pacienta někam s postelí. Ošetřovatelky vozily pacienty do koupelny a vůbec byl všude takový rej. Pořád tam vyzváněl telefon. Jako moc klidné oddělení mi to tu zrovna nepřišlo,“ popisuje svou situaci při přijetí na lůžkové oddělení nyní již se slyšitelným nadhledem v hlase. „Ale za chvíli opravdu přišla sestřička a ukázala mi můj pokoj. Bohužel jsme tam byly vtěsnány ve čtyřech. Já měla postel pod oknem napříč, kolmo k ostatním postelím a všechny věci nechané v tašce, protože pokoj je určený pro tři a tedy jsou tam tím pádem jen tři skříňky na věci. Sestra se znovu omlouvala, že se to jistě brzy vyřeší a že mají hodně pacientů,“ popisovala s mírnou trpkostí v hlase, ale bez známek výčitky. „Slíbila, že pan doktor přijde odpoledne, že musel hned ráno na operační sál. A skutečně přišel, zeptal se jen na pár drobností a ujistil mě, že se mnou zítra budou počítat jako s první na sál. Dost mě to uklidnilo. Sestřička mi pak večer přinesla anděla a stahovací punčochy, abych je měla na zítra připravené a poučila mě, abych od půlnoci nejedla a nepila.“ zakončila výčet a usmála se.

„Se mnou na pokoji ležely dvě staré paní a ještě jedna zhruba mého věku. Přes den to docela šlo, ale v noci jsem moc nespala, na pokoji bylo horko a ostatním byla zima a nechtěly moc větrat. Některé taky nemohly chodit a zvonily na sestru a ta jim musela nosit mísu několikrát během noci. Pak také přišla sestřička mimo to během noci jen se podívat, jestli je vše v pořádku, jednu stařenku pokaždé otočila na stranu. Myslela jsem si, že toho stejně moc nenaspím kvůli nervozitě z operace, ale s tímhle jsem

nepočítala. Bylo ale fajn mít toaletu s koupelnou přímo na pokoji,“ vyprávěla trochu nešťastně, ale s úsměvem.

„Sestřičky byly moc milé a šikovné, ale přišlo mi, že nemají moc času skoro na nic. Na pokoji se zdržela vždy jen krátce, udělala potřebné a běžela dál. Ale informace, které jsem potřebovala před operací vědět, mi všechny řekla, sice na etapy, ale přece. Domluvily jsme se na uschování některých mých věcí do trezoru. Musím říci, že v momentě kontaktu se sestrou a lékařem mě prvotní nedůvěra, kterou ve mně vyvolala neklidná atmosféra oddělení, opustila. Věděla jsem, že jsem tu správně a že jsou tu odborníci a mají s takovým případem zkušenosti. A že za podmínky, které tu panují, samozřejmě nikdo z nich nemůže. Po operaci sestřička také za mnou pouštěla návštěvy mimo návštěvní hodiny. Byla jsem moc ráda, manžel chodil do práce a taky se musel starat o děti a v návštěvních hodinách by to za mnou nestihl,“ usmála se a pohlédla na svůj noční stolek, kde ležel obrázek zhotovený dětskou rukou.

Před odpovědí se na chvíli odmlčí a dolije si do hrnečku čaj. „Těsně po narkóze si toho moc nepamatuji, jen sestřičku jak říká, že budu teď nějakou dobu na jednotce intenzivní péče a oni mi mezitím přestěhují věci na pokoj, kde budu mít lepší pohodlí. Pak jsem byla pořád jako opilá,“ naznačí rozevlátým pohybem ruky, „ale nemohla jsem se moc hýbat, protože mě při tom hrozně bolelo břicho. To prso jsem ani necítila. Tak jsem ležela nehnutě a to se docela dalo vydržet,“ pousměje se a kývá hlavou ze strany na stranu. „Na JIPce to bylo podobné jako na chodbě standardního oddělení,“ hlasitě se směje, „myslím tím hlukem a všeobecným děním. Bylo tam plno a všichni pacienti byly po těžkých úrazech. Někteří křičeli a dokonce i sprostě nadávali.

O klidu po operaci se tedy opravdu nedalo mluvit,“ říká ublíženě. „Sestřičky na mě mluvily jen pokud u mě něco dělaly. Stejně jsem byla naprosto nepoužitelná,“ ušklíbla se a mávla nad sebou rukou, ale vzápětí se usmála a pokračovala, „ale paní, která nás ráno umývala, byla moc hodná, obstarávala nás jako vlastní. Sestřička vždy přišla, řekla, že mi dá antibiotika nebo nějaký jiný lék a mě to v tu chvíli stačilo. Opravdu jsem byla hrozně unavená a kdyby tam byl klid, spala bych nepřetržitě, jistě minimálně celý den,“ mluví a nakrátko zavřela oči. „Nejvíc ze všeho mě zajímalo, jak vypadá to prso a jestli je vše v pořádku. Sestřička chodila každou hodinu, vždy mi na prso sáhla a v noci

si na něj i svítila baterkou, aby ve tmě něco nepřehlédla. Z tohoto hlediska jsem se cítila tak nějak bezpečně. Sestřička vše hlídala a vše zatím probíhalo dobře,“ usmívala se a upravila si peřinu na prsou.

„Druhý den po snídani mě převezli zpět na oddělení, ale na jiný pokoj, kde jsme byly jen tři a každá měla svoje, v uvozovkách, pohodlí. Péče se tu vlastně ani nezměnila. Sestřička chodila každou hodinu kontrolovat prso, také kontrolovala všechny hadičky, jestli je vše v pořádku, dávala mi infuze a léky jako na jipce. Jen mi pokaždé říkala co mi dává a na co je to dobré. Za chvíli jsem si vše už pamatovala a bylo docela příjemné vědět co a kdy se bude dít. Jen bylo taky potřeba dát mi transfúzi krve, kterou jsem si sama darovala. Nebylo to příjemné, ale pan doktor mě na to upozornil už při první návštěvě, tak mě to moc nevyděsilo,“ vypráví věcně.

„Pravdou je, že čím jsem se cítila lépe, tím mě péče sestřičky přišla přílišná,“ usmívá se omluvně. „Měla jsem k dispozici zvonek a na prso jsem se čas od času podívala sama, byla jsem za něj hrozně šťastná a nemohla se na něj vynadávat,“ směje se. „Pokud bylo potřeba zvonit, vždy někdo zanedlouho přišel. Buď sestřička nebo ošetřovatelka a ochotně o nás bylo postaráno. Taky mi trochu vadily injekce na ředění krve. Dostávala jsem je do ramene a už jsem je měla obě samou modřinu. Ale vím, že je to nutné a nedá se s tím nic dělat. Hlavně, že se vše zatím daří,“ řekne vesele a spojí ruce na břicho.“ Na chvíli se zamyslí a dodá: „V podstatě jsou to už jen maličkosti, které člověk snadno vydrží, když mu to vlastně změní život zase zpátky k lepšímu.“

„Na bolest se sestřička ptala velmi často. Ze začátku jsem si ji nechávala píchnout i čtyřikrát denně, ale postupně to bylo čím dál lepší a vystačila jsem si s tabletkou většinou jen na noc,“ vzpomíná a na tváři se jí objeví bolestivý výraz. „Sestřička se vždy ptala jestli mi to pomohlo, ale žádnou škálu se mnou neměřila,“ zavrtěla hlavou a pokrčila rameny. „Myslím, že nejhůř jsem snášela tu bolest,“ pokyvovala si hlavou. „Sestřička mi dávala silné injekce, aby se mi ulevilo a já po nich i usnula. Bála jsem se, aby to vůbec přešlo, ale sestřička mě uklidnila tím, že ze začátku jsou takové bolesti normální, ale brzy se to hodně zlepší. Vážně se to zlepšovalo den ode dne. Taky mi hodně vadilo to ležení. Musela jsem být pořád na zádech a jsem bohužel zvyklá spát na břicho. Hodně mě z toho bolela záda,“ nepatrně se při vyprávění

prohnula v zádech. „Navíc jsem musela být v polosedě s pokrčenýma nohama, aby se mi tolik nenapínalo břicho,“ pokrčila nohy v kolenou, aby naznačila zmíněnou polohu. „Mám také kvůli tomu natažené stahovací prádlo, které jsem měla už z operačního sálu.“ Odkryje peřinu, aby prádlo bylo vidět a zároveň si ho pod prsy trochu poupraví.

„Myslím, že jsem neměla moc velké problémy přivyknout na redony nebo kanylu. Když jsem byla na té první operaci, také jsem je měla,“ vypráví zkušeně. „Možná mi nejvíce vadila cévka, ale v začátku jsem byla z ní ráda. Na mísu bych asi nechtěla a možná bych se na ni ani nedostala, jak mě bolelo břicho. Byla jsem moc ráda, když mi ji asi za tři dny po operaci sestřička vyndala,“ oddychne si.

„Na převaz jsem byla hodně zvědavá, chtěla jsem si vše prohlédnout. Nepříjemné bylo odlepit náplasti, které dobře držely, ale to se dalo vydržet, sestřička se snažila, aby to šlo co nejrychleji. Přes stehy jsem měla nalepenou bílou pásku, která tam musí být až do vyndání stehů,“ vypráví nadšeně. „Pan doktor vyndal jednu hadičku, ve které bylo nejméně krve a to přeci jen trochu bolelo. Potom mi vše zalepili už jen kouskem náplasti, aby to příště šlo lépe sundat. Pan doktor mě každé ráno přišel zkontrolovat, ale převazy dělala sestřička už sama. Když pan doktor řekl, vyndala mi zbývající redony a rány nechala už jen pod tou bílou páskou. Sestřička pracovala pečlivě a jemně, vůbec mě to nebolelo a byl aspoň čas prohodit pár slov,“ dodává s úsměvem.

„Na rehabilitaci jsem se těšila, ale bála se, jak mi to půjde. Chtěla jsem si už taky sama dojit na toaletu, umýt se v koupelně a být už trochu samostatnější.“ Nevěřicně vrtí hlavou a popisuje: „Bylo to dost obtížné, nečekala jsem, že to bude takové. Byla jsem hrozně zesláblá a dělalo se mi nevolno. První den jsem se jenom posadila s nohama dolu s postele a postavila se. Sestřička mi doporučila, abych si často sama sedala s nohama dolů, aby se mi potom tolik netočila hlava. Tak jsem zatím pořád cvičila v posteli s nohama jak mi ukazovali rehabilitační. Druhý den už to bylo daleko lepší, prošla jsem se po pokoji, sestřička mi vyndala cévku a já si už mohla chodit na záchod a do koupelny. Každé takové zlepšení mi dělalo radost a už jsem se viděla doma,“ zakončuje již s úsměvem.

„Při každé příležitosti jsem se pana doktora ptala na to, co mě ještě napadlo, že bych potřebovala vědět na domů a i sestřička mi spoustu věcí věděla zodpovědět. Pan doktor mi slíbil, že mi všechno napíše do propouštěcí zprávy, že budu všechno vědět a můžu i kdykoli zavolat.“ Na závěr pacientka sama dodává: „Vlastně jsem tu byla moc spokojená. Nemyslím ani tak prostředí na oddělení, protože to byla někdy docela hrůza, ne každou noc se dalo v klidu vyspat a přes den tu byl takový, nechci říct přímo zmatek, ale pořád samé stěhování, pacienty přivázeli a odváželi, na chodbách pořád bylo spousta lidí, někdy nám na pokoj přivezli pacientku jen na chvíli, než se pro ni připravilo místo a aby nemusela ležet na chodbě. Ale přístup všech, co se o nás starali, byl báječný a chtěla bych jim moc poděkovat. Držte se.“

4.4 Kasuistika č.4

Ve věku 42 let si u sebe paní Marie nahmatala bulku v levém prsu. Na mamografické vyšetření čekala měsíc a další měsíc čekala na výsledky. Nakonec se na operační stůl položila až v říjnu, kde ji lékař obeznámil s dalším postupem. Tumor odstraní a zašlou k histologickému vyšetření, kde zjistí, zda se jedná o zhoubný nádor či nikoliv. Po probuzení z narkózy ji lékař potvrdil horší variantu – jednalo se o maligní nádor a navrhl dvě varianty dalšího postupu. Zůstat u prostého odstranění samotného tumoru a čekat zda se nádor v prsu s odstupem znovu neobjeví nebo prs celý amputovat. Rozhodla se pro druhou variantu, čehož později nikdy nelitovala, ale nakonec situaci psychicky nezvládla a zvolila péči psychiatra. Následnou chemoterapii snášela velmi špatně jak fyzicky tak po psychické stránce, daleko lépe přestála ozařování. Pro nadcházející rekonstrukci se rozhodla bez váhání.

Pacientka byla přijata k výkonu na oddělení úrazové a plastické chirurgie. Rekonstrukce proběhla technikou přenosu volného TRAM laloku bez komplikací na operačním sále a rovněž průběh po operaci byl bez komplikací. Pacientka byla dimitována po deseti dnech a dále byla předána do péče plastické ambulance.

Pacientka ze začátku působí nervózně a obává se, jaké otázky jí budou kladeny. „O tom, že se prso nechá udělat nové, mi řekl pan doktor na oddělení, kde jsem ležela s první operací. Malinko mě to povzbudilo do budoucna, ale nebylo samozřejmě jisté jestli mi prso skutečně vezmou a pokud by to špatně dopadlo, hlavně jsem se chtěla uzdravit. Proto jsem neváhala a nechala si prso odstranit, když mi pan doktor řekl výsledek. Následovala další léčení, která jsem nesnášela moc dobře a stále jsem neměla jistotu, že to se mou dobře dopadne. Nakonec mě to přece jen dostihlo a já se obrátila na pomoc psychiatra. Měla jsem po chemoterapii vypadané všechny vlasy a zůstala jsem bez jednoho prsa,“ vypráví velmi emotivně. „Tak když jsem se po chemoterapii trochu vzpamatovala, začala jsem se zajímat o možnost rekonstrukce a to převážně na internetu. Všechny příspěvky, které jsem tam našla, byly hodně povzbudivé a pozitivní. Váhala jsem jen chvíli, jestli nejsem moc marnivá a neměla bych být ráda, že je zatím léčba úspěšná, ale nakonec jsem se přišla do plastické ambulance alespoň informovat. Pan doktor působil otažitým a rezervovaným dojmem, ale choval se velice slušně. Doporučil, že po ukončení léčby od onkologů mám určitě přijít a domluvíme se přesněji jak na postupu operace tak i na termínu nástupu do nemocnice,“ popisuje své dojmy a myšlenky kolem rozhodování o rekonstrukci.

„Okolí mě podporovalo ve všech směrech. Viděli, jak jsem to všechno špatně psychicky snášela a moc mi pomáhali. Hlavně manžel myslel, že mě to psychicky hodně povzbudí. Snášel se mou všechno kolem léčby a měl se mnou velikou trpělivost. Jsem vděčná, že to se mnou všechno vydržel. Ne vždy jsem se k němu chovala dobře, ale člověk je tou nemocí hodně změněný,“ vzpomíná na své nejbližší okolí v těžkých momentech.

„Pan doktor, který mě na plastice podruhé vyšetřoval, po ukončení onkologické léčby, byl velice vstřícný. Měla jsem spoustu otázek, na všechno mi odpověděl, abych tomu rozuměla. Namaloval mi dokonce vše na papír, abych si ten zákrok uměla představit. Nechtěla jsem ani věřit, že se něco takového dá vůbec s lidským tělem provádět. Uklidnil mě, že tímto způsobem se zde operace provádějí vůbec nejčastěji,“ vypráví a nepatrně se pousměje. „Pan doktor na mě působil klidným vyrovnaným dojmem, ale vypadal velmi mladě. Přesto ve mně vzbudil důvěru, že se vše povede. Po

dlouhé době jsem odcházela od lékaře v dobré náladě,“ poprvé se usmívá, ale s očima sklopenýma na peřinu.

„Na oddělení mě přivedla sestra z ambulance a posadila na lavičku. Čekala jsem asi dvacet minut než se mě někdo ujal. Na lavičkách už sedělo spousta jiných lidí. Potom přišla sestra a omlouvala se, že zatím nemají místo a jestli mi nebude vadit ještě chvíli počkat. To mě tedy zaskočilo. Předpokládala jsem, že je se mnou počítáno, když jdu na takovou operaci. Ale prý bylo moc úrazů. Čekala jsem asi další hodinu, než mě opravdu uložili,“ vypráví roztrpčeně. „Bylo tu hrozně rušno a přelidněno, jednu chvíli jsem si myslela, že na mě zapomněli. Nakonec přišla sestra a uložila na pokoj, kde jsme byli dohromady tři. Pokoj je docela v pořádku, je tu i televize, ale záchod je sice na pokoji, ale je propojen s vedlejším pokojem, kde leží muži. To je trochu divné. Máme s muži společný záchod i koupelnu, to sestra nezmínila, když mi ukazovala pokoj a bohužel jsem na to přišla sama, když jsem narazila na záchodě na pána z vedlejšího pokoje,“ popisuje velmi nespokojeně a ruku, kterou ukazuje na dveře toalety, nechá volně dopadnout na kolena.

„Od sestry jsem se dověděla postupně všechno co jsem potřebovala. Neměla moc času si se mnou vykládat, říkala, ať si zatím udělám pohodlí ve svých věcech a později večer mi řekla ostatní podrobnosti k výkonu, ale to nejdůležitější mi už stejně řekl pan doktor. Domluvili jsme se akorát na cenných věcech, které bude potřeba dát mi do trezoru a v noci mi dala prášek na spaní. Ráno nás zase strašně brzo budili a ustýlali postele a umývali pacienty, kteří se nemohli pohybovat. Bylo to dost protivné i potom po operaci,“ líčí téměř vyčítavým tónem hlasu.

„Hned po operaci mě to strašně bolelo a bylo mi na zvracení, vezli mě někam na jednotku intenzivní péče. Byla to hrůza. Zvracela jsem a bolelo mě úplně všechno, ale asi nejvíc to břicho. Sestra mi potom píchla injekci, abych nezvracela a proti bolesti a dál už se staraly o ostatní pacienty. Bylo hrozné to tam vydržet, nebyl tam klid ani v noci a celou dobu se svítilo. Vedle sebe tam leželi muži a ženy, sestry celou noc něco řešily. Budilo mě jak pracovaly kolem ostatních pacientů a mě každou chvíli mi jenom odkryly prso. Trochu mi upravily postel a já se snažila spát, ale jak jsem říkala, šlo to těžce a já při tom byla hrozně ospalá. Na JIPu po operaci se mě ptali jak mi je a jestli

potřebuji něco proti bolesti a mě ta injekce vždycky stačila tak na tři hodiny,“ vypráví zdrceně a občas při tom rozhodí bezradně rukama. „Zpátky na oddělení to už bylo lepší, nevím jestli to bylo tím, že tam měli víc času. Ale hlavně tam byl oproti JIPce klid a v noci tma. Tady mi sestra zase pořád říkala co mi bude dělat a proč, chodila každou chvíli kontrolovat jak vypadá prso a to i v noci,“ pokračuje již s nepatrně smířlivějším tónem. „Určitě bych uvítala, kdyby se dala postel častěji celá převlékat. Hodně jsem se potila a sestry mi spíš převlékaly postel jen částečně. Celou mi převlékly asi jen jednou. Prý není prádlo,“ opět se trochu mračí.

„Vadilo mi, že nás každé ráno tak brzy budí, sestra nás chodila kontrolovat i v noci a kontrolovala mi prso baterkou a to mě pochopitelně vzbudilo. Taky mi v noci dávali injekce a antibiotika. Na sestru jsem měla i zvonek a vždycky někdo přišel, když jsem zazvonila. Říkala jsem si o injekce proti bolesti a taky sestra mi injekci nabízela i každou noc. Jenom se mě ptali jestli mi ta injekci pomáhá, ale nic se mnou neměřili,“ pokračovala opět v rozhořčeném vyprávění. „Nejhorší bylo asi všechno během prvních dvou dnů. Bolesti, ta skrčená poloha, samá infúze, kolem samá hadička, nevolnost,“ popisuje výčet skutečností s očima v sloup a mírně zakloněnou hlavou. „Překážela mi hadička na infúze, vydržela mi pokaždé jen jeden den a pak se musela přepíchnout jinam, kolem mi zčervenala kůže a páliło mě, když mi tam sestra dávala antibiotika,“ hladila si při tom postižená místa na předloktí. „Tak jsem byla šťastná, když mi infúze zrušili a antibiotika jsem mohla polykat jako tabletky.“

„První převaz byl asi nejhorší, byl u něj doktor, který mě operoval. Bylo třeba odstranit náplasti a to hodně tahalo, pak mě taky bolelo vyndávání drénů. Pak už to nebylo tak bolestivé, ale sestra mě převazovala bez doktora. Doktor přišel vždy jen jednou denně ráno. Odpoledne chodil jen doktor k pacientům s úrazem,“ Pacientka na chvíli rozhovor přerušuje a vyřizuje telefonát.

„Tak rehabilitace začala v posteli,“ pokračuje, „když jsem nemohla chodit, ukazovali mi rehabilitační, jak mám cvičit v leže nohama a to mi nedělalo potíže. Horší bylo se poprvé postavit,“ začala a přitiskla si dlaň na hrudník. „Sice mi ukazovali, i jak se to dělá, aby mě to nebolelo, ale nebylo to nic platné. Šlo to těžce a rehabilitační mi dokonce říkali, že se musím snažit. To já jsem samozřejmě dělala, ale mám rozřezané

celé břicho, nedělala jsem to schválně, ale opravdu to nešlo,“ přesvědčuje mě emotivně. „Druhý den jsem chodit odmítla a raději jsem ještě odpočívala,“ zavrtěla odmítavě hlavou. „Potom to sice nebylo o mnoho lepší, ale nakonec jsem to nějak zvládla. Říkala jsem si často proti bolesti a tak se to dalo nějak vydržet. Taky jsem si ze začátku zvonila na sestru, aby mi dělala doprovod, bála jsem se, aby se mi po cestě neudělalo slabo a neomdlela jsem,“ vysvětluje.

„Moc informací jsem nedostala, nikdo se mnou vlastně po operaci moc o dalším postupu nemluvil. Pan doktor asi neměl čas a říkal, že mi všechno napíší do propouštěcí zprávy,“ přemýšlí. „Nějaké informace mi podala sestra, ale dá rozum, že bych všechno raději slyšela od pana doktora. Nevím, jak dál s injekcemi na ředění krve a antibiotiky a jestli si budu moci sundat to stahovací prádlo na vyprání. Ale vypadá to, že se vše nakonec dobře zahojí a to je nejdůležitější. Hlavně, aby to dobře vypadalo, když už jsem podstoupila takové martyrium. Ještě mě čeká vytvoření bradavky a pak už snad bude všechno za mnou a budu moct zase normálně žít,“ usměje se s oddechem.

5 Tabulky

Tab.1 Rozdělení prostředí příjmového oddělení ve smyslu působení na pacientku

Rozhovor č.	vyhovující	nevyhovující
1	X	
2		X
3		X
4		X

Tabulka číslo jedna ukazuje, že jedna pacientka, hospitalizovaná na chirurgickém oddělení, považuje prostředí oddělení za vyhovující. Ostatní tři, uložené na oddělení úrazové a plastické chirurgie, shodně prostředí popisují jako nevyhovující.

Tab. 2 Doba čekání patientek na uložení do lůžka

Rozhovor č.	nečekala	do 30-ti minut	dosahující 1 hodiny
1	X		
2		X	
3			X
4			X

Tabulka číslo dvě popisuje dobu čekání na uložení pacientky na pokoj, kde pacientka v prvním rozhovoru nezaznamenala žádné čekání, další tři, hospitalizované na odd. úrazové a plastické chirurgie, mluví o čekání od 30 minut a po 1 hodinu.

Tab.3 Rozdělení komunikace ze strany sester, jak byla vnímána pacientkami

jednotka intenzivní péče			
Rozhovor č.	minimální	komentující jen oš. úkon	plně informující o oš. péči
1	X		
2	X		
3		X	
4	X		
standardní oddělení			
Rozhovor č.	minimální	komentující jen oš. úkon	plně informující o oš. péči
1		X	
2			X
3			X
4			X

Tabulka číslo tři popisuje rozdíly v komunikaci ze strany sester. Na jednotce intenzivní péče tři pacientky popisují minimální komunikaci, jedna ji vnímala jako pouze komentující výkon. Na standardním oddělení je u tří pacientek zaznamenána komunikace plně informující o ošetřovatelské péči a pouze jedna komentující oš. úkon.

Tab.4 Přehled kvality spánku pac. a rušivých elementů, působících na jejich spánek

Situace před operací			
Rozhovory č.	klidný-kvalitní	přerušovaný sestrou	nekvalitní-narušen prostředím
1	X		
2			X
3			X
4	X		
Situace po operaci			
Rozhovory č.	klidný-kvalitní	přerušovaný sestrou	nekvalitní-narušen prostředím
1		X	
2		X	
3		X	X
4		X	X

Tabulka číslo čtyři popisuje rozdíl mezi kvalitou spánku před výkonem a po operaci. Jako kvalitní ho před operací označily dvě pacientky a shodně dvě pacientky jako narušený prostředím. Po výkonu je u všech stejně narušen sestrou a u dvou také prostředím.

Tab.5 Rozdělení faktorů, které pacientky označily za obtěžující

Rozhovor č.	permanentní močový katétr	redonova drenáž	žilní vstup-infuzní set	elastické prádlo	klid na lůžku a speciální poloha	pravidelné kontroly prsu
1	X	X	X	X	X	X
2			X	X		X
3	X				X	X
4	X	X	X		X	X

Tabulka číslo pět ukazuje faktory, které pacientka označila za nejvíce obtěžující v průběhu hospitalizace. Ve všech případech jsou to kontroly prokrvení prsu, ve třech případech se jednalo o klidový režim ve speciální poloze, permanentní močový katétr, žilní vstup a dvakrát byla označena redonova drenáž a elastické prádlo

Tab.6 Přehled systému tlumení bolesti popisovaného pacientkami

Rozhovor č.	pravidelně	na vyžádání pacientky	nabízená
1	X		
2			X
3			X
4		X	X

Tabulka číslo šest popisuje, že jedné pacientce byla analgetika aplikována pravidelně, jedna popisuje jak aplikaci analgetik na vyžádání a zároveň jí byla analgetika nabízena. Ve dvou případech pacientky udávají, že jim analgetika byla nabízena.

Tab.7 Průběh rehabilitace dle vyjádření pacientek

Rozhovor č.	zvládnutá	zvládnutá s běžnými obtížemi	zvládnutá s většími problémy
1		X	
2		X	
3		X	
4			X

Tabulka číslo sedm říká, že tři pacientky popisují rehabilitaci jako zvládnutou s běžnými obtížemi a jen jedna jí zvládala většími problémy.

Tab.8 Přehled informovanosti, jaké pacientky dosáhly od ošetřujícího lékaře

před výkonem			
Rozhovor č.	minimální	dostatečná	komplexní
1			X
2			X
3			X
4			X
v průběhu hospitalizace			
Rozhovor č.	minimální	dostatečná	komplexní
1		X	
2			X
3		X	
4	X		

Tabulka číslo osm ukazuje na komplexní informovanost všech pacientek před výkonem. V průběhu hospitalizace jsou vnímají dvě pacientky svou informovanost jako dostatečnou, jedna jako komplexní a jednou pacientkou je vnímána jako minimální.

6 Diskuze

Tato práce zaměřuje svou pozornost na vnímání ošetrovatelské péče, kterou poskytuje sestra v rámci hospitalizace, samotnou pacientkou. A to pacientkou, která přichází do nemocnice podstoupit náročný několikahodinový výkon a následné, velmi obtížné pooperační období. V rozhovorech jsme se zaměřili na stručnou anamnézu ve smyslu onkologického onemocnění a jeho léčbu, na jednotlivé procesy, které dovedly pacientku až na operační sál a na další, velmi důležité prožívání pooperační péče a rekonvalescence. Pooperační péče hraje důležitou úlohu a má vliv i na samotný pooperační průběh a to jak v pozitivním, tak i v negativním slova smyslu. Jak pacientka vnímá hospitalizaci a jednotlivé ošetrovatelské postupy, je předmětem zjištění této práce.

Oslovených bylo šest žen, z nichž na rozhovor přistoupily pouze čtyři z nich. Věková kategorie je velmi nízká a to od 25 – 42 let. Pacientky byly požádány o vyprávění o hospitalizaci tak, jakoby svůj příběh vyprávěly člověku zcela nezasvěcenému do problematiky ošetrovatelství. Tři pacientky byly hospitalizovány na oddělení úrazové a plastické chirurgie a jedna byla přijata na oddělení chirurgie. Na výsledky šetření měl vliv nejen charakter respondentek a jejich povahové rysy, ale jisté ovlivnění bylo zjevně způsobeno i rozdílem v místě hospitalizace jednotlivých žen. Dokazuje to celkově pozitivně laděný rozhovor s pacientkou hospitalizovanou na chirurgickém oddělení v porovnání s rozhovory s pacientkami, které byly uloženy na oddělení úrazové a plastické chirurgie.

Ošetrovatelská péče má nezastupitelnou úlohu při hospitalizaci pacienta v nemocničním zařízení. Sestry při ní pečují o nemocného v momentech, kdy toho není sám schopen a ulehčují mu tím okamžiky stonání a pomáhají k návratu soběstačnosti v době rekonvalescence, to jsou slova Šámalové (2006). K tomuto tvrzení bychom také mohli připojit, že nejenom samotná péče, která může být časem vykonávána i rutinně, ale zvláště individuální přístup sestry k pacientovi a komunikace mohou výrazně ovlivnit prožívání hospitalizace. Dalším faktorem, který není zanedbatelný, je prostředí, jakým disponuje nemocniční zařízení, respektive konkrétní oddělení, na které pacientka

přichází. Je možné předpokládat, že nemoderní, zastaralé prostředí může působit nedůvěryhodně stejně jako moderní a nové prostory, které naprosto kapacitně nedostačují a svou velikostí nejsou schopny pojmout pacienty tak, aby každému z nich bylo poskytnuto adekvátní pohodlí. Tento faktor je spojujícím článkem tří z celkově čtyř provedených rozhovorů. Patientka, která byla přijata na lůžkové oddělení chirurgie, problém v této sféře nezaznamenala. V tomto světle se oddělení úrazové a plastické chirurgie jeví jako nevhodné pro hospitalizaci pacientek k těmto výkonům. Myslím si, že je více než nepříjemné, aby pacientka, která se připravuje na velmi technicky i co do pooperačního režimu a průběhu, náročný výkon, čekala na uložení do lůžka a seznámení s dalším postupem, i více než hodinu. Je tím vystavována stresu, nejistotě a také pochybnostem o kvalitě ošetrovatelské péče, která jí zde bude poskytnuta. Konkrétní pokoje, na které byly uloženy pacientky na úrazovém oddělení, nám znovu nabízejí myšlenku, zda se toto oddělení hodí pro hospitalizaci těchto pacientek. Jak již bylo uvedeno, ve všech případech pacientky na uložení na pokoj čekaly. Ale pokoj, který pro ně byl nakonec připraven, byl zcela nevhodný. V jednom případě pokoj pooperační, umístěný vedle inspekce sester, kde pacientku činnost sester a osvětlení sesterny rušilo a následná přítomnost neklidné pacientky jí zcela znemožnila spánek a klidnou přípravu na operační výkon. Další případ se stejným dopadem je umístění pacientky na pokoj již plně obsazený. Patientka je tam uložena na přistýlku do provizorních podmínek.

Pooperační monitorace pacientek na jednotce intenzivní péče je dalším svízelným místem. Několikahodinový výkon si žádá kontinuální sledování stavu pacientky, které by na standardním oddělení nebylo možné. Ale rušné prostředí, zvláště traumatologické JIP, naprostý nedostatek soukromí a smíšený kolektiv co do pohlaví, významně narušuje odpočinek pacientky. Kapounová (2007) říká, že rozsah poskytované ošetrovatelské péče je na jednotce intenzivní péče závislý na diagnóze a zdravotním stavu pacienta. Sestra tu má s pacientkou daleko bližší vztah a měla by vždy podporovat její soběstačnost a zároveň plně saturovat její potřeby. Pokud zůstaneme u JIP traumatologie, kde jsou umísťováni pacienti po závažných úrazech a riziko zhoršení jejich stavu je vysoké a vyžaduje péči nadmíru intenzivní, pak můžeme být na

pochybách, na kolik intenzivní péče zbývá pro pacientku na JIP umístěnou pouze dočasně. Rozhovory s pacientkami jasně ukazují, že prostředí bylo nevyhovující a pro pacientku další zátěží, ale způsob, jakým se tyto ženy s pobytem na JIP vyrovnaly, se liší tím, jak se liší jejich povahy. Ovšem o péči sester a ostatního pečujícího personálu se vyjadřují v zásadě kladně. Zvláště z druhého a třetího rozhovoru je patrné, že pacientky na sobě nedostatek péče nijak necítily.

Dalším spojovacím motivem je komunikace a přístup sester. Umět dobře komunikovat znamená nejen dobře mluvit, ale stejně tak pokud ne více to znamená umět dobře naslouchat. Skutečné naslouchání vyžaduje naprosté soustředění, není možné při něm dělat ni jiného. Takto charakterizuje komunikaci Chodura (2000). Může se zdát, že v hektickém prostředí oddělení není možné toto v komunikaci s pacientkou ze strany sester splnit. Z rozhovorů sice vyplývá, že sestry neměly čas téměř na nic, jak to popisuje sama pacientka v třetím rozhovoru, ale přesto zde sestry postupovaly správně. Nesnažily se v časové tísní pacientku zahrnout veškerými informacemi najednou, aby se mohly dále věnovat jiným věcem, ale naopak, informace získávala pacientka postupně. Z reakcí pacientek se dá soudit, že kontakt se sestrou byl pro ně přínosem a v mnohém přinesl uklidnění.

Aspektem, který všechny ženy shodně popisují, je nedostatek spánku. Trachtová (2001) v spánku a odpočinku vidí nezbytné předpoklady pro zachování a udržení tělesného i duševního zdraví, připisuje mu ochranný a regenerační význam. V pooperačním období je spánek narušen mnoha vlivy, bolestí, žilním vstupem, ošetrovatelskými výkony a dalšími elementy, které jsou po operačním výkonu jeho nezbytnou součástí. Ovšem v předoperační přípravě je na spánek a klid kladen důraz, kterého si můžeme všimnout i v rámci lékařské premedikace, kde jsou ordinována většinou hypnotika. Naprosto zde musíme souhlasit s Trachtovou (2001), když mluví o příčinách narušujících spánek, jako jsou samotný fakt hospitalizace, nedostatek soukromí, intimity, klidu, obavy nejistota, stres, úzkost. Pacientky nám zde ale vypráví o probdělých nocích před operací, které jsou způsobené nepokojem na oddělení, dále také rozmanitostí pacientů, jejich zdravotnímu stavu a chování, kteří jsou soustředěni na jediném pokoji. Nacházíme tu jedinou výjimku a to u pacientky, která byla

hospitalizována na oddělení chirurgie. Jak spánek narušuje noc strávená na jednotce intenzivní péče, již bylo hovořeno. Potom je potřeba zaměřit se na zlepšení situace po převozu na standardní oddělení. Pacientky zde zaznamenávají určité zlepšení a zároveň se tu setkáváme se zajímavým jevem. Pacientky počínají vnímat sesterskou péči jako obtěžující a to díky spánku, který jim sestry svým konáním i nadále narušují. Zde se ovšem dostává do konfliktu potřeba pacientky s ordinací lékaře, která říká, že prso je nutné kontrolovat po jedné hodině a to ve smyslu jeho prokrvení. Pacientky tuto skutečnost komentují s pochopením, ale je zjevné, že dlouhodobý nedostatek kvalitního spánku je vysiluje a má dlouhodobý vliv na rekonvalescenci.

První výzkumná otázka se zajímá o specifika ošetrovatelské péče vnímaná pacientkou. Ošetrovatelská péče po rekonstrukčních výkonech je pro pacientku velmi zatěžující. Dáno je to jednak základním onemocněním, které pacientka musela překonat, ale také velmi náhlou změnou a přechodem z plné soběstačnosti do naprosté závislosti, i když dočasné. Navíc je tento fakt pro pacientku komplikován mnoha tělními vstupy, ať se jedná o žilní vstup, redonovu drenáž či permanentní močový katétr. Některé pro ni nejsou novinkou, protože již chirurgický zákrok podstoupila. Oproti tomu jsou tu zjištěny odlišnosti, které jsou nezbytné pro pooperační režim. Pacientky ve vzájemné shodě popisují tato specifika a většinou je vnímají spíše negativním způsobem. Patří mezi ně elastické stahovací prádlo, nezbytná poloha v lůžku do takzvané sklapovačky a přísný třídní klid na lůžku a jsou tedy pacientkami označeny jako faktory patřící mezi nejsvízelnější v rámci pooperačního období. Další specifikum, které pacientka vnímá, a které bychom tu vyzdvihli, jsou časté kontroly v intervalu jedné hodiny. Dražan (2006) se zmiňuje o nejčastějších komplikacích při rekonstrukci pomocí přenosu volného TRAM laloku, kterými je porucha prokrvení. Tímto je vysvětlena ordinace lékaře, která je neměnná a pro sestru naprosto závazná. Toto specifikum se výrazně podílí na již uvedeném porušeném spánku patientek.

Nedílnou součástí hospitalizace, na kterou ošetrovatelská péče navazuje, je vliv prostředí, komfort a pohodlí při ubytování patientek, ve kterém bude patientkám ošetrovatelská péče poskytována. Rozsypalová (2002) dokonce píše, že nemocný má setrvávat čekáním co nejkratší dobu, i když bude okolní prostředí jakkoli komfortně a

esteticky vybavené. Dále připojuje tvrzení, že dlouhé čekání zvyšuje nervozitu a napětí, zhoršuje strach z neznáma, z operace, z odloučenosti od svých blízkých. Toto rozhodně můžeme ze získaných rozhovorů jenom potvrdit. Čekání, které tu pacientky popisují, je dlouhé a v podmínkách, které nejsou ani zvláště komfortní a estetické a skutečně se zmiňují o nervozitě, kterou tento aspekt vyvolává.

Druhá výzkumná otázka zjišťuje, jak může péče sester průběh hospitalizace ovlivnit. Vzhledem k přísnému pooperačnímu režimu, daného samotným operátorem, je pole působnosti sestry poměrně úzké a specifika, která pacientkám řekneme ztrpčovala hospitalizaci, sestra nemůže ovlivnit k naprosté spokojenosti pacientky. Ale tam, kde je to možné, má velkou moc přístup sester a jejich působení na pacientku. Na tomto místě musím znovu souhlasit s Rozsypalovou (2002), která píše, že všechny negativní činitele nelze vždy zcela vyloučit, avšak zdravotnický personál může vstřícným, ohleduplným chováním a dobrou organizací práce snížit jejich nepříznivý vliv. Z rozhovorů vyplývá, že tento lidský faktor byl pro většinu pozitivním momentem při hospitalizaci a skutečně ho pacientky většinou vnímaly jako uklidňující. Cílem všech členů ošetrovatelského týmu je pomoci nemocnému účinně se na náročnou situaci adaptovat v co nejkratší době a sestra, která je s pacientem nejčastěji, má nejvíce příležitostí nemocného ovlivnit, to říká Rozsypalová (2002). Rozhovory ukázaly, že pokud sestra s pacientkou komunikovala a vysvětlovala veškeré úkony, pacientka získala pocit určité jistoty a klidu, když věděla jaké úkony a kdy může očekávat. Komunikovat ale lze více způsoby a ne všechny jsou správné a přínosné. Chodura (2000) tvrdí, že stylem komunikace můžeme na pacienta působit dokonce patogenně, neurotizovat ho a deprimovat. V tomto souboru rozhovorů se však s tímto jevem neseťkáváme. Otázkou ovšem zůstává, k jakým informacím bychom se dostali, pokud by na rozhovor přistoupily všechny oslovené pacientky. Domníváme se, že stud těchto pacientek by překonalo nabídnutí jim naprosté anonymity ve vyjadřování svých dojmů a pocitů, například vhodně stylizovaným dotazníkem.

Ze zjištěného můžeme soudit, že pooperační režim v mnohém změnit nelze. Věc, kterou je nutno zachovat a rozvíjet, je vhodný přístup sester, který je vnímán velmi pozitivně. Nutně se musíme zmínit o negativu shodně popisovaném pacientkami

přijatými na oddělení úrazové a plastické chirurgie, které se týká prostředí a podmínek, za jakých a kam byly pacientky ukládány na lůžko. V tomto případě se musíme zamyslet nad tím, zda je toto oddělení dostačující pro příjem patientek a zda by nebylo vhodné soustředit klientky na takové oddělení, které příjem pacientů může ovlivnit a věnuje svou péči pouze pacientům přijatým k plánovaným výkonům. Můžeme se v takovém případě domnívat, že přívětivější podmínky při přijetí pacientky by přispěly k odbourání počáteční nervozity a nedůvěry a tím by ušetřily pacientce alespoň jednu z nepříjemných zkušeností. To, vzhledem k tomu jak náročný výkon má před sebou, určitě stojí za zamyšlení.

7 Závěr

Tato bakalářská práce se věnovala specifikám ošetrovatelské péče po operační rekonstrukci prsu po mastektomii. Jejím cílem bylo zjistit, jak tuto péči vnímají samotné pacientky a v jakém smyslu může ošetrovatelská péče ovlivnit průběh hospitalizace. Vyprávění čtyř žen nám poskytlo cenné informace, které nám poodhalí jejich pocity a zkušenosti v roli pacientek.

Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče z pohledu pacientky?

Specifika, která pacientky popisují, se úzce týkají výkonu, který podstoupily, a který je sám o sobě specifický. Tato operace nepatří mezi běžné a proto podmínky pooperačního režimu také nepatří mezi obvyklé. Z rozhovorů se podařilo získat konkrétní informace o pocitech pacientek a o péči, kterou vnímaly jako specifickou. Shodně jako takovou popisovaly pooperační monitorování prokrvení zrekonstruovaného prsu v intervalu jedné hodiny. Dále se nejčastěji zmiňují o permanentním močovém katétru, žilním vstupu a infuzní terapií, která s ním souvisí. Dalším specifikem, o něco méně vnímaným, je četná redonova drenáž, která částečně omezovala pacientku v pohybu na lůžku a speciální elastické prádlo, nutné pro celé pooperační období a rekonvalescenci. Taktéž se ženy zmiňují o pooperačním režimu ve smyslu klidového režimu na lůžku a zvláště o specifické poloze do „sklapovačky“.

Jak může ošetrovatelská péče ovlivnit průběh hospitalizace?

Ze zjištěného může být mnoho věcí, které ovlivní hospitalizaci a to jak pozitivně, tak i v negativním smyslu. Jako ovlivnění negativním způsobem zde můžeme uvést nedostatek spánku způsobený pravidelnými kontrolami sester v rámci kontrol prokrvení prsu. Také je zjištěna naprosto minimální komunikace sester na JIP při dočasné pooperační péči.

Za pozitivní můžeme označit komunikaci sester na standardním oddělení, která byla velmi dobře přijímána pacientkami a kladně ovlivňovala rozpoložení pacientky. Také komunikace lékaře s pacientkami před výkonem a až na jednu výjimku i v průběhu hospitalizace, je vnímána pacientkami jako pozitivum. Zájem sester o

ovlivnění bolesti pacientek se tu rovněž ukazuje jako kladně působící faktor, který má svůj podíl na průběhu hospitalizace.

Samostatnou kapitolu, ale nemalou svým významem, tvoří prostředí oddělení na která byly pacientky přijímány. Jako naprosto nevhodné a nepříjemné se zde ukazuje prostředí oddělení úrazová a plastické chirurgie. Jedná se skutečně jen o vliv prostředí, neboť péče sesterská, která zde byla poskytována, byla hodnocena pacientkami velmi kladně. Ovšem nelze opomenout nervozitu a nejistotu, kterou jim čekání na uložení do lůžka způsobilo a nakonec samotný pokoj, který jim ani v nejmenším toto nevynahradil. V této souvislosti můžeme vyslovit hypotézu, že nevhodnost prostředí negativně ovlivňuje psychiku pacienta. Druhou hypotézou může být vyjádření, že vhodná komunikace pozitivně ovlivňuje pacientovo prožívání za hospitalizace.

Na základě zjištěného by tato práce měla osvětlit problematiku hospitalizace pacientek sestrám, aby pronikly a lépe pochopily pocity pacientek a jejich vnímání ošetrovatelské péče. Aby svou péčí mohly v průběhu hospitalizace zaměřit účinněji a poskytovat ji se znalostmi, které jim pomohou v nesnadných podmínkách pečovat o pacientku jak po somatické stránce, tak jim být oporou v oblasti psychické. Více se zaměřit na komunikaci v těsném kooperativním období a na vstřícný přístup, který je pro pacientku velmi důležitý a kde má sestra velkou možnost pocity pacientky ovlivnit pozitivním způsobem.

8 Seznam použité literatury

- 1) DRAŽAN L. MUDr., MĚŠŤÁK J. Doc. *Rekonstrukce prsu po mastektomii* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 168 s. ISBN 80-247-1123-0
- 2) DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*, 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
- 3) FRÁŇE F. MUDr. *Chirurgie pro studující ZSF JU*. 1.vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2000. 93 s. ISBN 80-7040-432-9
- 4) HŮSOVÁ J., KAŠNÁ P. *Ošetrovatelství – ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty: pracovní sešit II. 3.díl. převazy ran, rehabilitace, aplikace tepla a chladu, odběry biologického materiálu* 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 88 s. ISBN 978-80-247-2854-4
- 5) CHODURA V. MUDr. *Komunikace a duševní poruchy* 1.vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2000. 54 s. ISBN 80-7040-409-4
- 6) JANKOVSKÝ J., PFEIFFER J., ŠVESTKOVÁ O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace* 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X
- 7) KAPOUNOVÁ G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9
- 8) KOLEKTIV AUTORŮ, *Základy ošetrování nemocných* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 145 s. ISBN 80-246-0845-6
- 9) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- 10) *Mammahelp* [online]. 30.9.2009 [cit. 2010-02-23]. Rekonstrukce prsu. Dostupné z WWW: <mammahelp.cz>.
- 11) MASTILIAKOVÁ D. *Úvod do ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 187s. ISBN 80-246-0429 9

- 12) MERKUNOVÁ A., OREL M. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 302 s. ISBN 978-80-247-1521-6
- 13) MĚŠŤÁK, J. *Prsa očima plastického chirurga* 1 vyd. Praha: Grada, 2007. 92 s. ISBN 978-80-247-1834
- 14) NAKONEČNÝ M. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha: Academia, 2003. 323 s. ISBN 80-200-0528-1
- 15) PETERA J. a kol. *Obecná onkologie: učebnice pro lékařské fakulty* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 205 s. ISBN 80-246-0968-1
- 16) ROZSYPALOVÁ, M., HALADOVÁ, E., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 239 s. ISBN 80-86073-97-1.
- 17) SLEZÁK, J. *Plastická chirurgie – Praktický průvodce světem chirurgického zkrášení těla*. Vyd. 1 Frýdek Mýstek: Alpress, s.r.o., 2007. 197 s. ISBN 978-80-7362-395-1
- 18) ŠÁMALOVÁ M. *Základy ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353s. ISBN 80-246-1091-4
- 19) TRACHTOVÁ Eva, *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání zdrav. pracovníků, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-524-8.
- 20) TVRDEK M. MUDr. a kol. *Úvod do obecné chirurgie* 2. upr. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 138 s. ISBN 80-246-0958-4
- 21) VÁGNEROVÁ M. *Úvod do psychologie*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2002. ISBN 80-246-0015-3
- 22) VALENTA, J., ŠEBOR, ML., J., MATĚJKA, J. et al.: *Chirurgie pro bakalářské studium ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 237 s. ISBN 80-246-0644-5.
- 23) VENGLÁŘOVÁ, M., MÁROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. vyd. neuvedeno. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- 24) VOJÁČKOVÁ Z. *Kromě prsu mi nic nechybí* 1. vyd. Praha: Triton s.r.o., 2003. 77 s. ISBN 80-7254-354-7

25) WEIS V. *Dějiny chirurgie v Čechách* přetisk 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007.
188 s. ISBN 978-80-246-1281-2

9 Klíčová slova

Pacientka, sestra, ošetrovatelská péče, onemocnění prsu, chirurgické léčba, rekonstrukce prsu

10 Přílohy

Použitý okruh otázek

- 1) Kdy a od koho jste se dověděla o možnosti rekonstrukce prsu po mastektomii?
- 2) Vyhledávala jste si sama podrobnější informace o problematice rekonstrukce ?
- 3) Rozhodla jste se pro rekonstrukci okamžitě nebo jste váhala?
- 4) Jak reagovalo okolí na vaše rozhodnutí podstoupit náročnou rekonstrukci?
- 5) Jaký byl první kontakt s lékařem operátorem?
- 6) Měl dostatek času se vám věnovat a vše vysvětlit před samotným výkonem?
- 7) Byly pro vás informace o podstatě a provedení rekonstrukce přínosné nebo u vás naopak vyvolali strach a pochybnosti
- 8) S kým byl váš první kontakt v rámci přijetí k výkonu na lůžkové oddělení?
- 9) Jak na vás působilo prostředí oddělení?
- 10) Jak na vás působilo prostředí vašeho nemocničního pokoje?
- 11) Jaký byl první kontakt se sestrou na oddělení?
- 12) Měla dostatek času aby vám vysvětlila jaký bude další postup v rámci hospitalizace.
- 13) Seznámila vás sestra s prostředím pokoje (kde je toaleta, úložný prostory atd.)?
- 14) Zmínila se sestra o možnosti uzamčení cenných věcí v prostorách trezoru na oddělení?
- 15) Seznámila vás sestra o postupu v rámci bezprostřední předoperační přípravy?
- 16) Jaký byl váš první vjem po probuzení z anestézie?
- 17) Komunikoval s vámi ošetřující personál při ošetřování bezprostředně po anestézii?
- 18) Informovala vás sestra vždy o výkonech a jejich účelu, které u vás provádí?
- 19) Měla jste pocit, že péče sester je přílišná?
- 20) Obtěžovaly vás jejich výkony?
- 21) Uvítala by jste péči ještě intenzivnější?
- 22) Byla sestra vždy k dispozici na zavolání signalizačním zařízením?
- 23) Hodnotila sestra vaši bolest pomocí VAS (pojem pacientce vysvětlen)?

- 24) Co by jste označila za největší nesnáze, které vás v pooperačním období sužovaly?
- 25) Měla jste problém sžít se s dočasně zavedenými vstupy (kanyla, močový katétr, redonova drenáž)?
- 26) Jak náročné pro vás bylo převazování operačních ran?
- 27) Jak jste zvládala rehabilitaci?
- 28) Informovala vás sestra o rehabilitaci na lůžku?
- 29) Dostala jste dostatek informací o domácí léčbě?
- 30) Obsahovala propouštěcí zpráva veškeré, pro vás důležité informace?
- 31) Chtěla byste něco sama dodat?

Přehled získaných informací pomocí tabulek

Seznam tabulek

Tab.1 Rozdělení prostředí příjmového oddělení ve smyslu působení na pacientku

Tab.2 Doba čekání pacientek na uložení do lůžka.

Tab.3 Rozdělení komunikace ze strany sester, jak byla vnímána pacientkami.

Tab.4 Přehled kvality spánku pacientky a rušivých elementů působících na její spánek.

Tab.5 Rozdělení faktorů, které pacientky označily za obtěžující.

Tab.6 Přehled systému tlumení bolesti popisované pacientkami.

Tab.7 Průběh rehabilitace dle vyjádření pacientek

Tab.8 Přehled informovanosti, jaké pacientky dosáhly od ošetřujícího lékaře.

Vysvětlivky k tabulkám

Rozhovor č. 1–Pacientka 27 let, hospitalizovaná na chirurgickém oddělení

Rozhovor č. 2–Pacientka 30 let, hospitalizovaná na odd. úrazové a plastické chirurgie

Rozhovor č. 3–Pacientka 36 let, hospitalizovaná na odd. úrazové a plastické chirurgie

Rozhovor č. 4–Pacientka 43 let, hospitalizovaná na odd. úrazové a plastické chirurgie



Obr. 31 *Speciální elastické prádlo*

Zdroj: Vlastní archiv autorky



Obr. 30 *Speciální elastické prádlo*

Zdroj: Vlastní archiv autorky



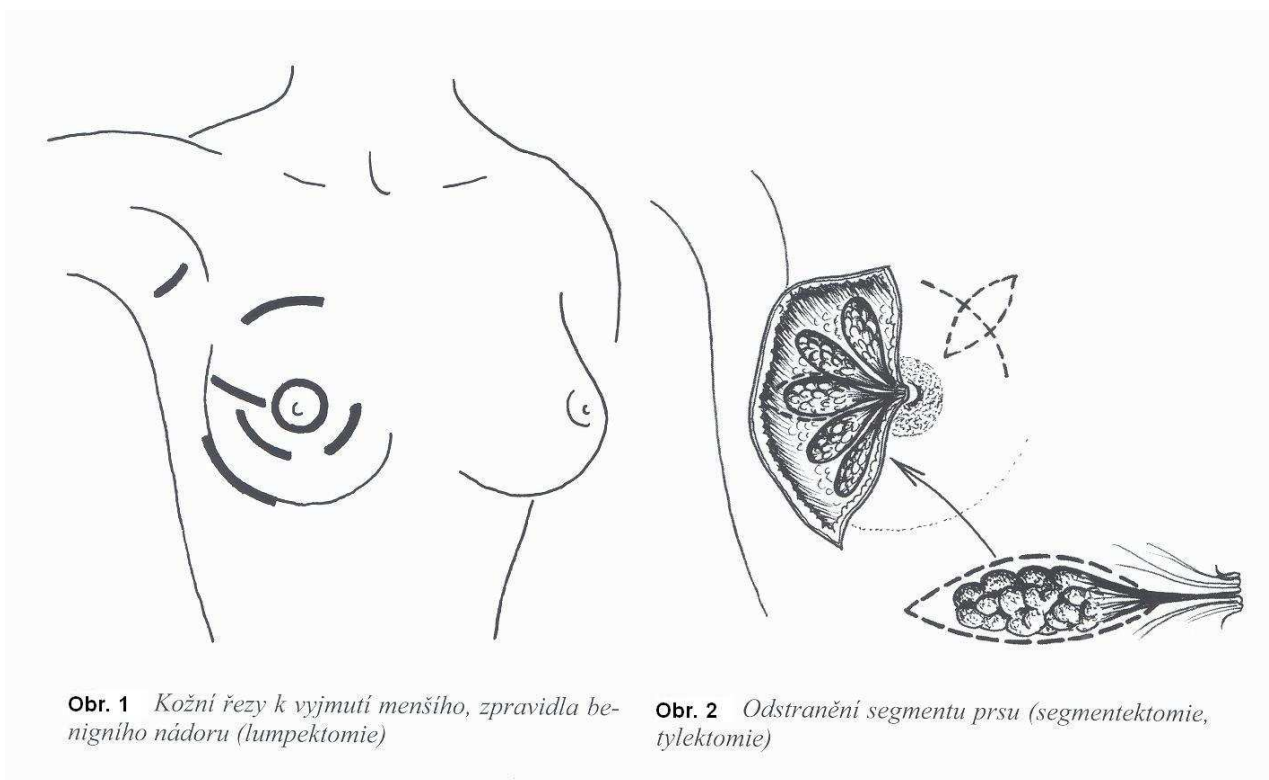
Obr. 29 *Speciální elastické prádlo.*

Zdroj: Vlastní archiv autorky

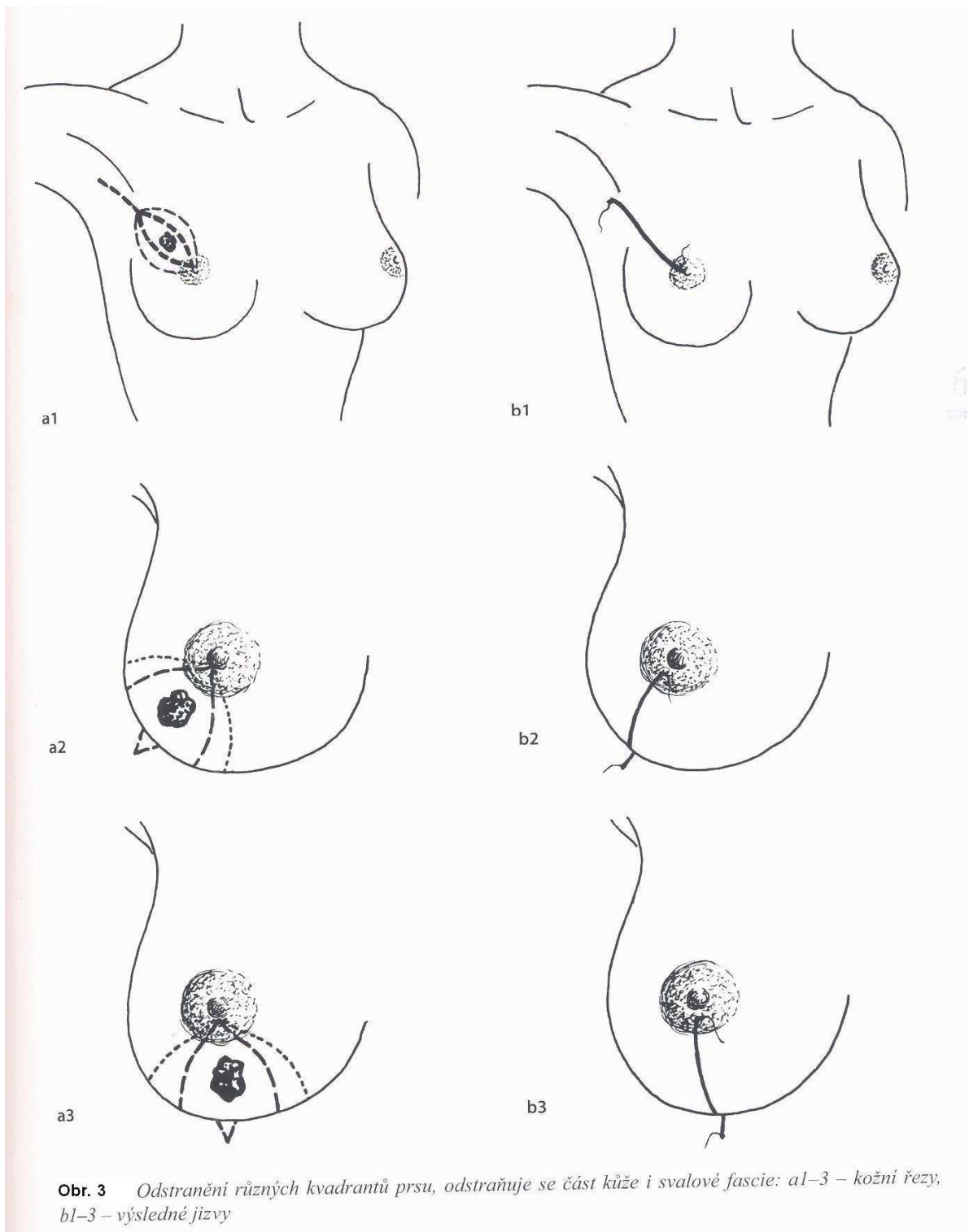


Obr. 28 *Lůžko nastavené do polohy „sklapovačka“.*

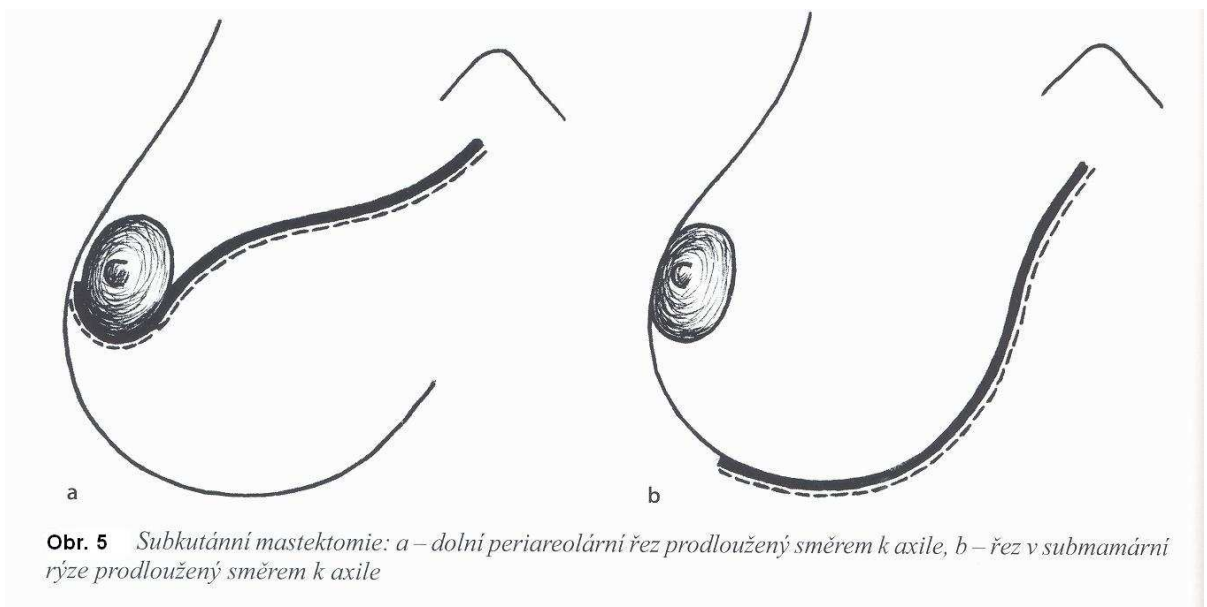
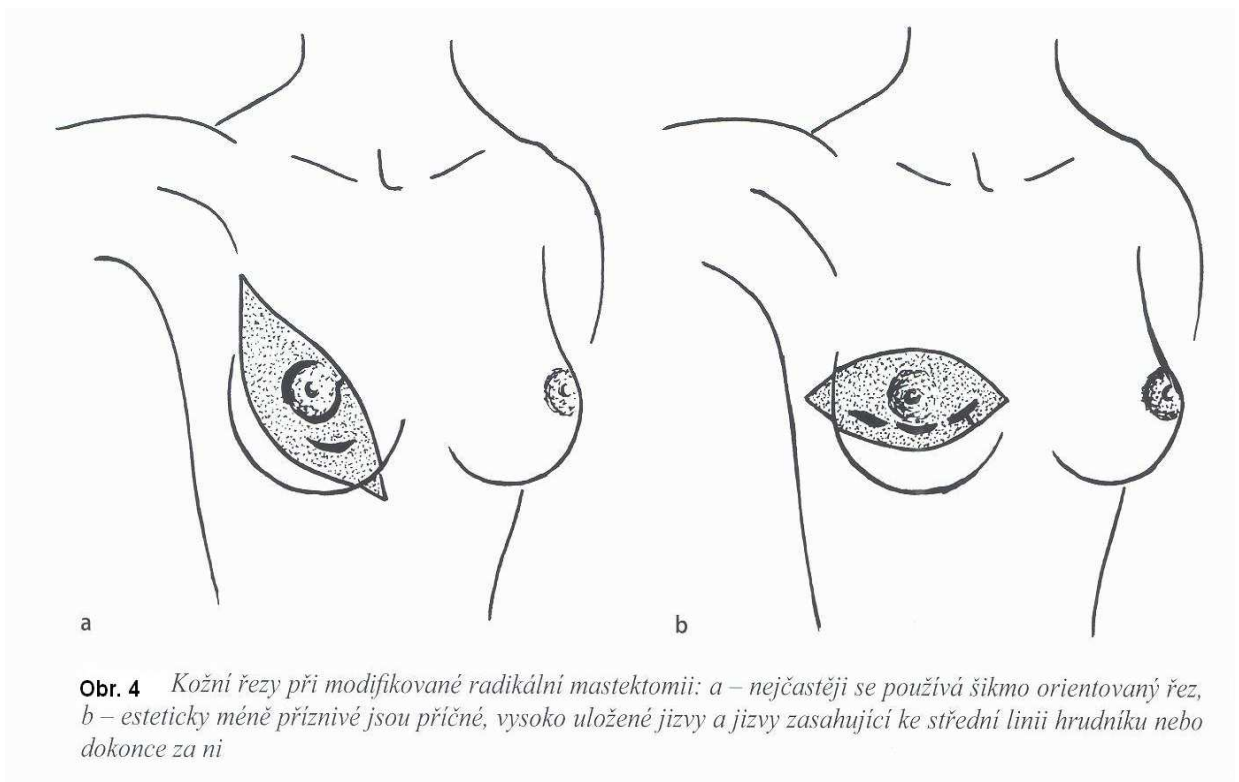
Zdroj: Vlastní archiv autorky



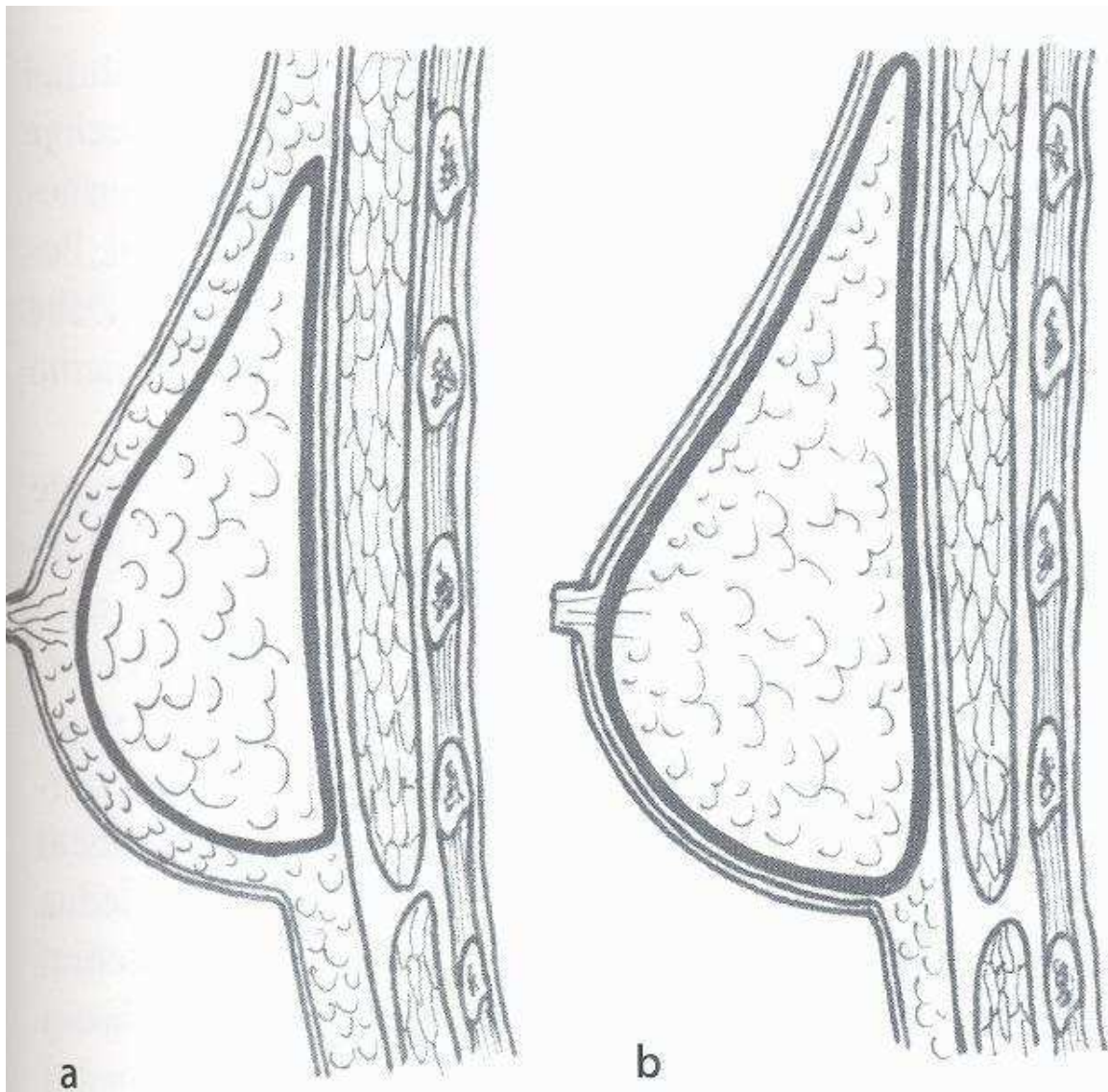
Zdroj: Rekonstrukce prsu po mastektomii, Dražan (2006)



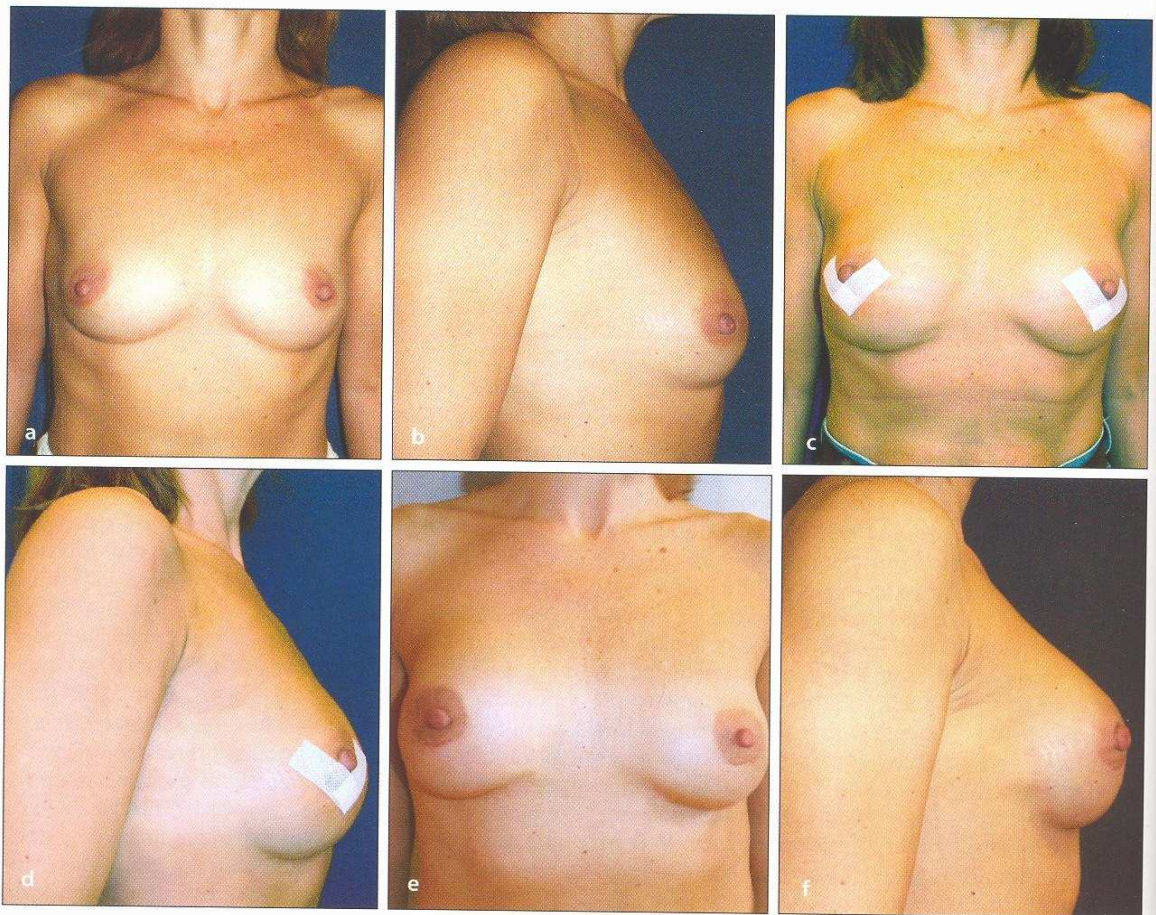
Zdroj: Rekonstrukce prsu po mastektomii, Dražan (2006)



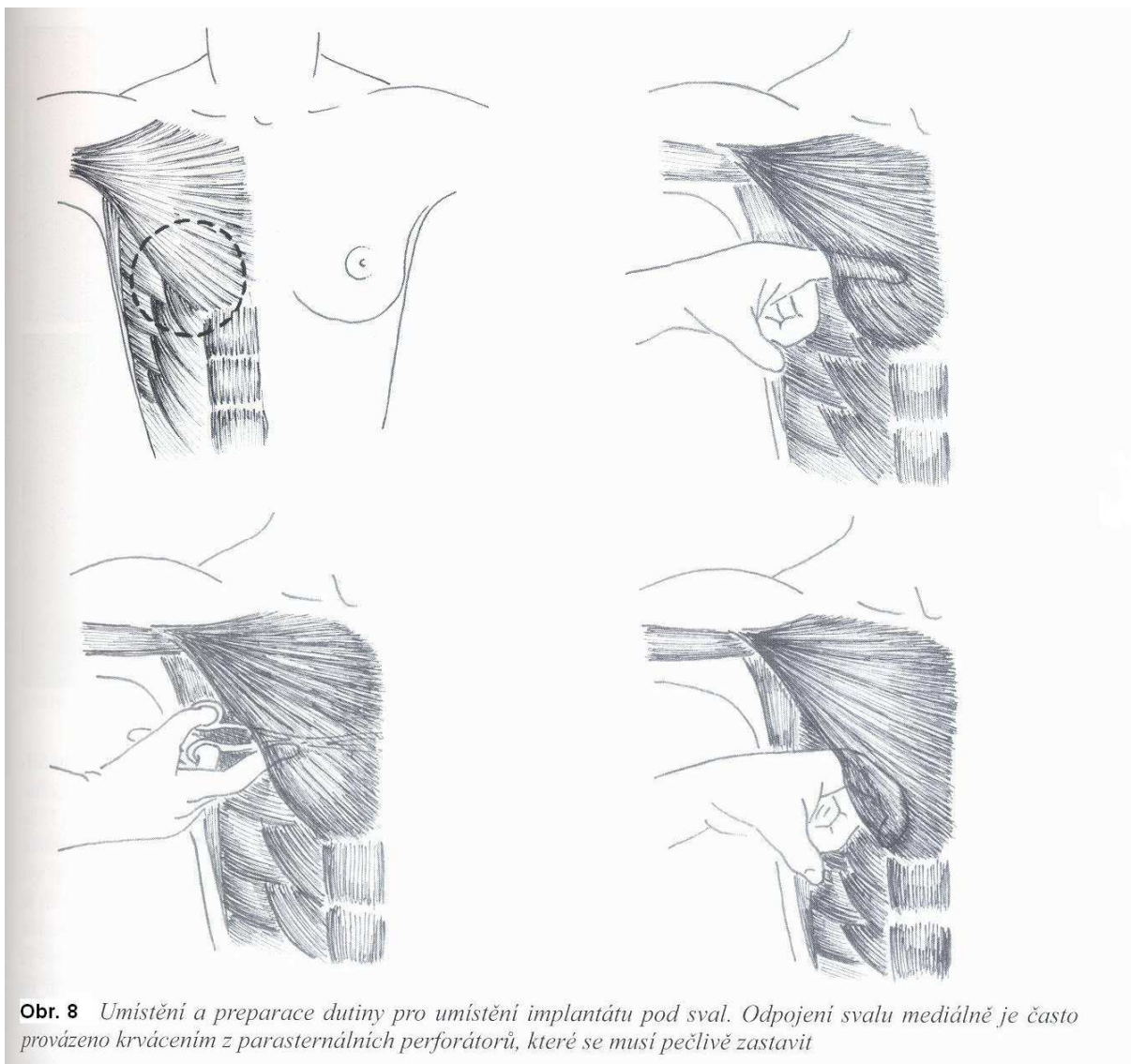
Zdroj: Rekonstrukce prsu po mastektomii, Dražan (2006)



Obr. 6 *Subkutánní mastektomie: a – limitovaná, b – radikálně provedená (rozšířená)*

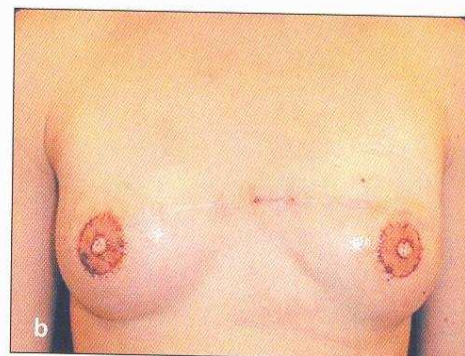


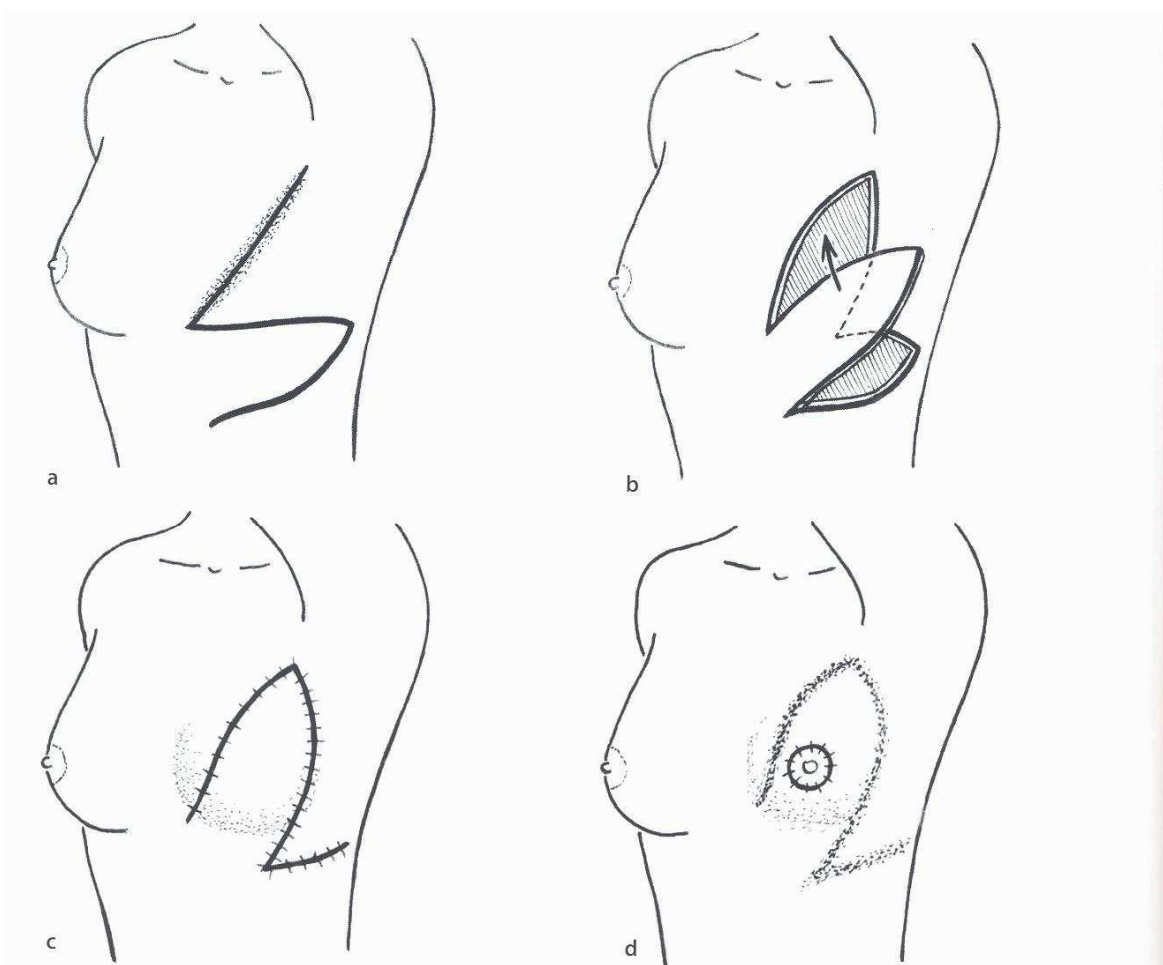
Obr. 7 Rekonstrukce obou prsů po subkutánní mastektomii: a, b – pacientka s prsy bez ptózy je ideální kandidátkou na použití implantátů, c, d – odstraněné žlázy vážily 185 g, resp. 190 g, místo nich se vložily pod prsní sval implantáty CUI 230 ml, e, f – 1 rok po operaci



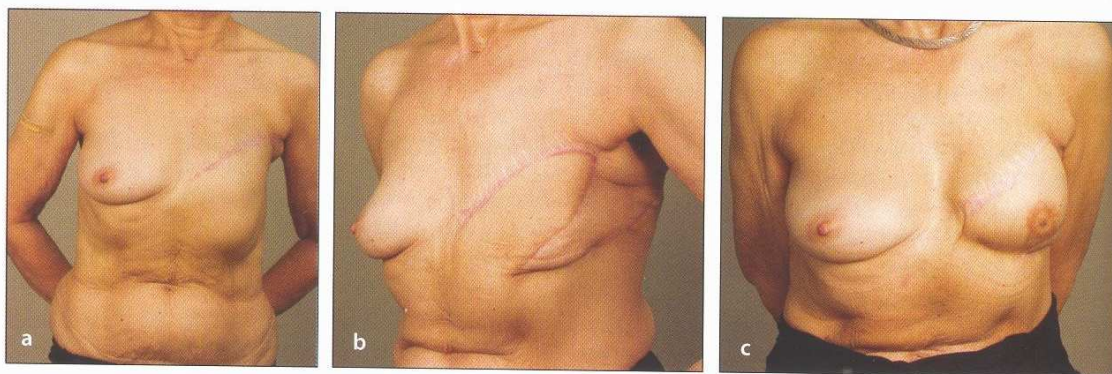
Obr. 8 Umístění a preparace dutiny pro umístění implantátu pod sval. Odpojení svalu mediálně je často provázeno krvácením z parasternálních perforátorů, které se musí pečlivě zastavit

Obr. 9 Rekonstrukce prsu expandérem a implantátem: a – pacientka po oboustranné mastektomii, b – 14 dní po dokončení rekonstrukce expandérem a anatomicky tvarovanými implantáty Eurosilikon 250ml, c, d – jeden rok po rekonstrukci



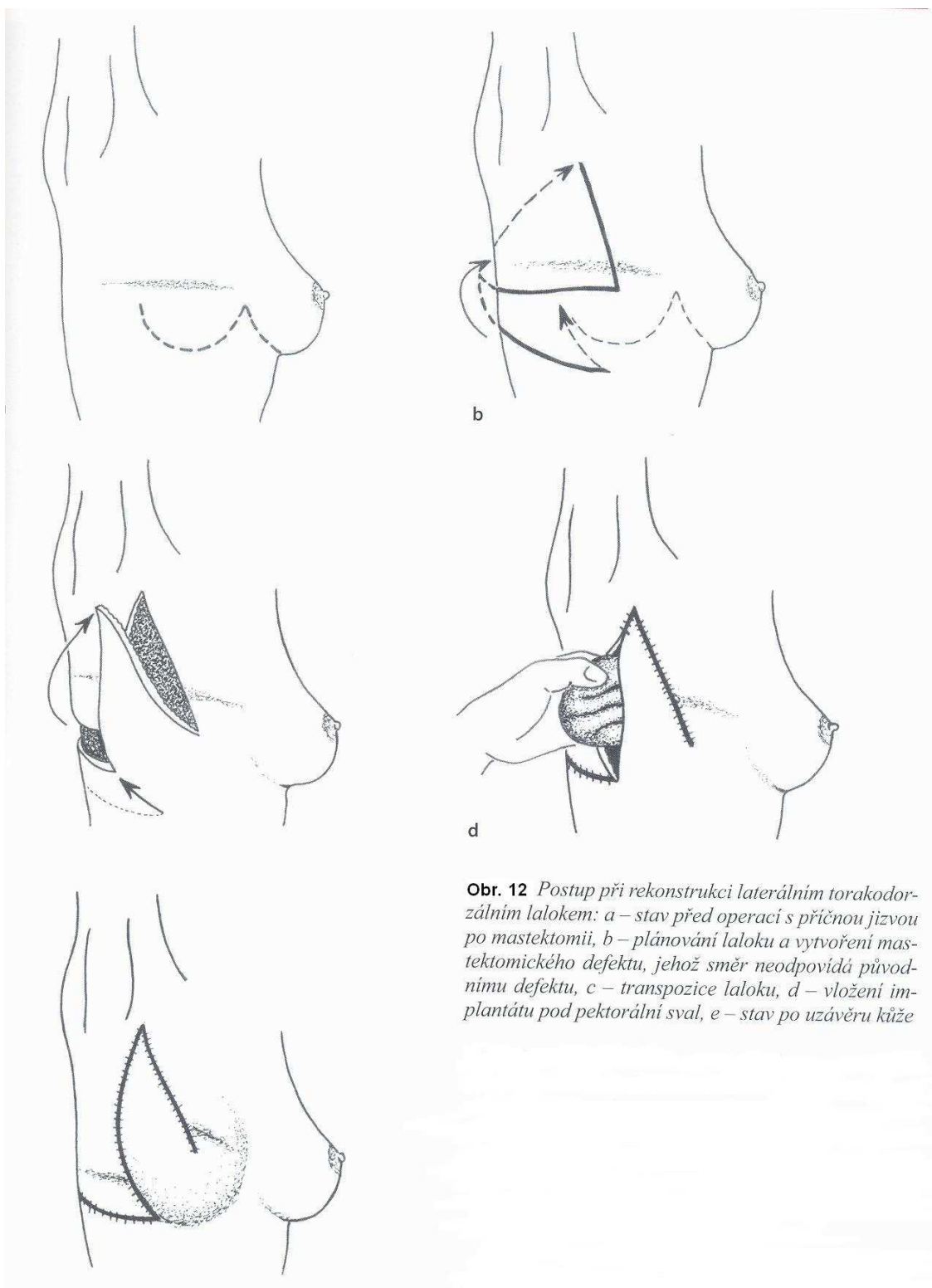


Obr. 10 Torakoepigastričtý lalok: a – fasciokutánní lalok s mediální stopkou v oblasti epigastrica, b, c – po zvednutí se lalok vkládá do defektu po vyříznutí jizvy, d – implantát se vkládá pod sval buď ve stejné době, nebo odloženě

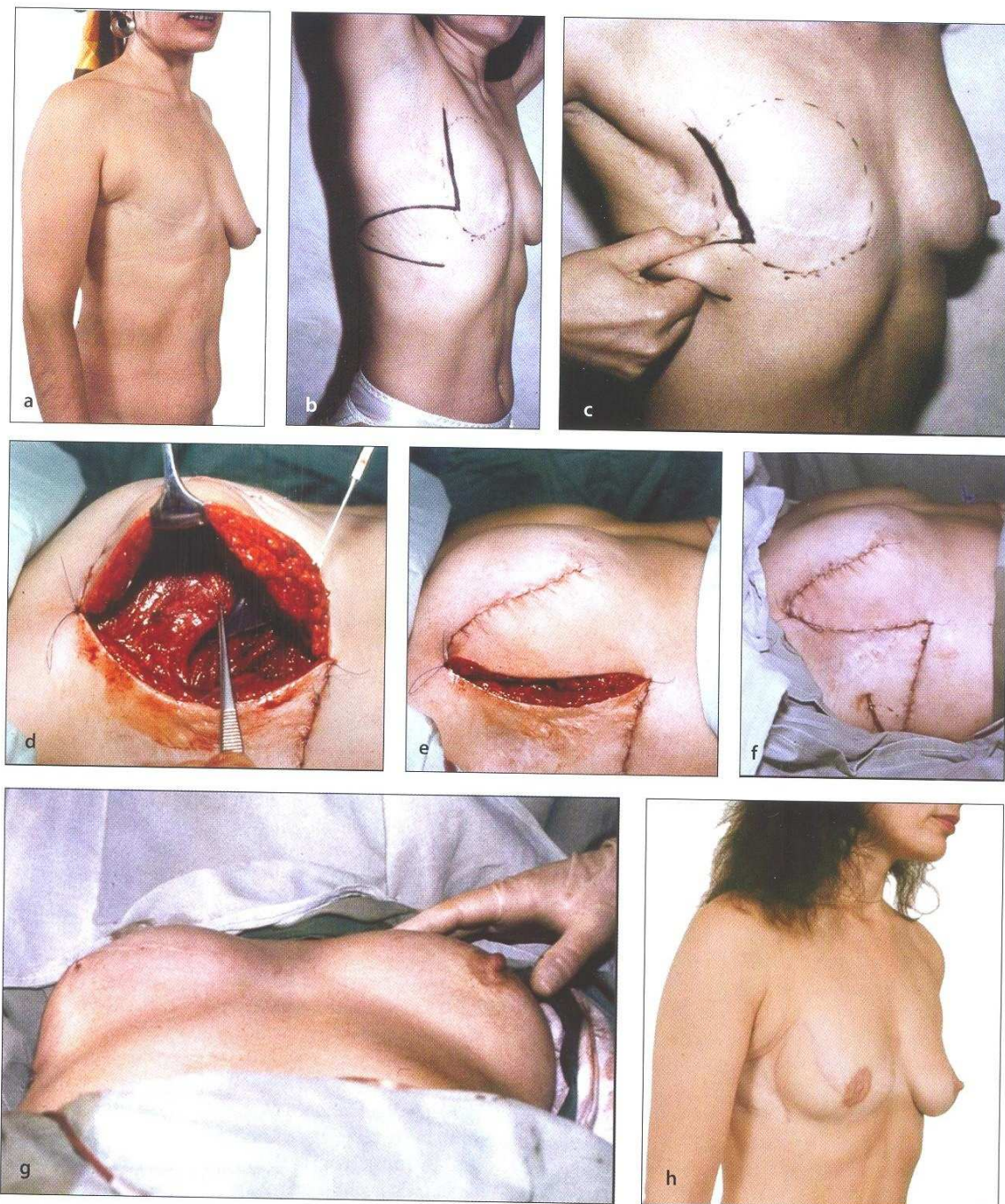


Obr. 11 Použití torakoepigastričtého laloku u 65leté pacientky: a – stav po modifikované radikální mastektomii, b – stav po transpozici laloku, c – stav po subpektorálním vložení rekonstrukčního implantátu PIP 260 ml

Zdroj: Rekonstrukce prsu po mastektomii, Dražan (2006)



Obr. 12 Postup při rekonstrukci laterálním torakodorzálním lalokem: a – stav před operací s příčnou jizvou po mastektomii, b – plánování laloku a vytvoření mastektomického defektu, jehož směr neodpovídá původnímu defektu, c – transpozice laloku, d – vložení implantátu pod pektorální sval, e – stav po uzavěru kůže

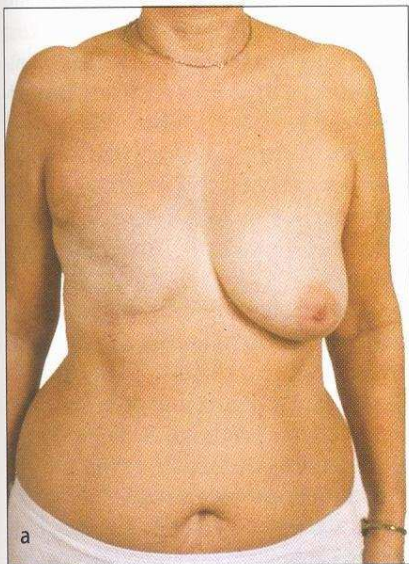


Obr. 13 Rekonstrukce laterálním torakodorzálním lalokem a implantátem: a, b – konec laloku může zasahovat až 10 cm od páteře a lalok bude po přesunu protínat jizvu po mastektomii, c – šířku laloku lze odhadnout načášením kůže na boku hrudníku, d, e – po transpozici laloku se sešije sekundární defekt a vytvoří se subpektorální dutina pro implantát, f, g – po vložení implantátu a uzávěru kůže lze dosáhnout uspokojivé symetrie hrudníku, h – stav po zhojení a rekonstrukci areolomamilárního komplexu

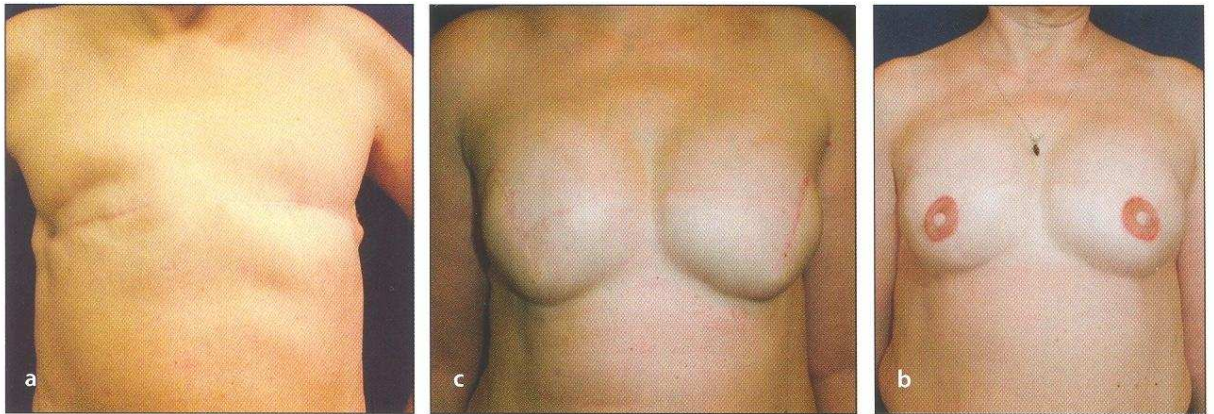
Zdroj: Rekonstrukce prsu po mastektomii, Dražan (2006)



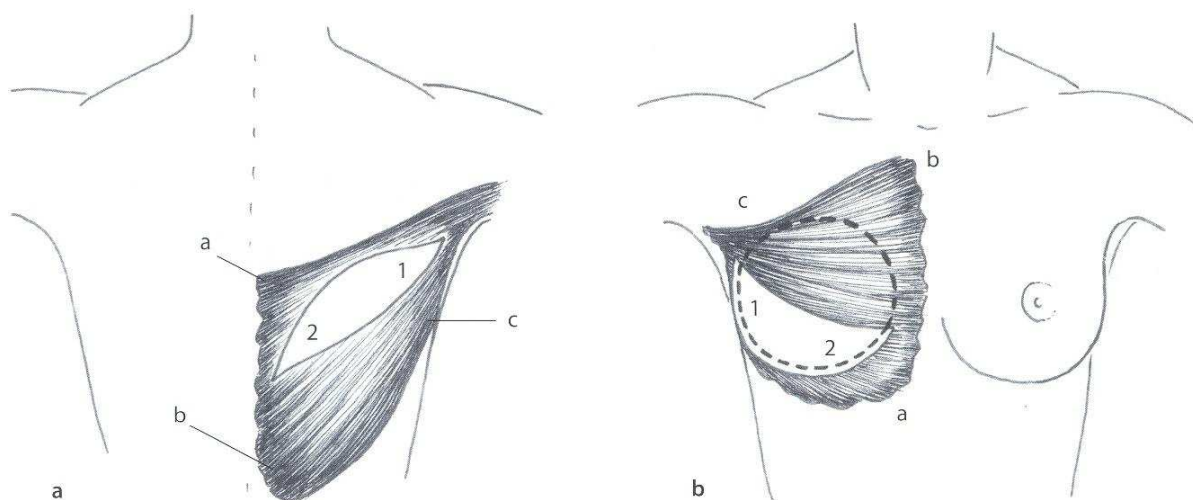
Obr. 14 Použití laterálního torakodorzálního laloku: a – vhodnými kandidátkami rekonstrukcí laterálním torakodorzálním lalokem jsou štíhlé pacientky bez nadbytku kůže a tuku na břiše, b – objem rekonstruovaného prsu se u této pacientky doplnil implantátem CUI 200 ml



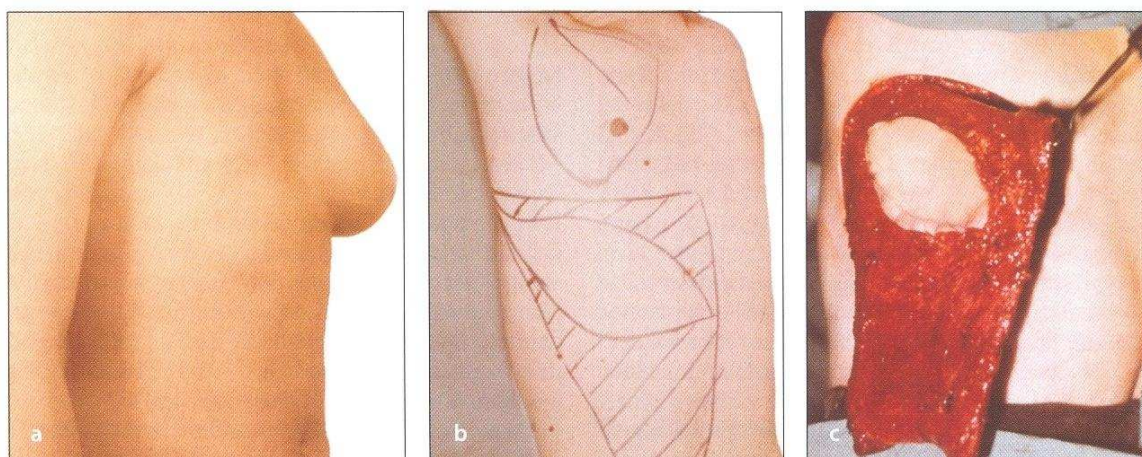
Obr. 15 Použití laterálního torakodorzálního laloku u pacientky, která je vhodnou kandidátkou i na břišní lalok: a – stav před operací, b – objem prsu byl doplněn implantátem CUI 330 ml



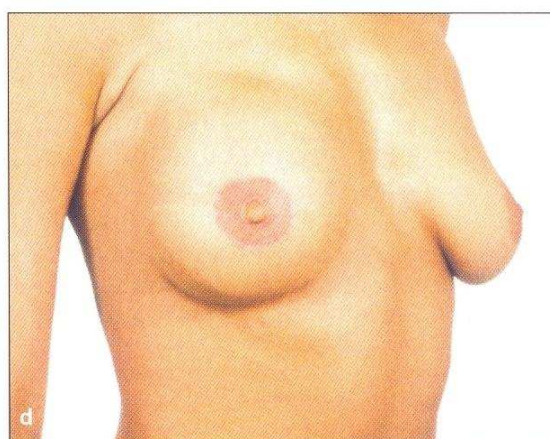
Obr. 16 *Oboustranná rekonstrukce prsu laterálním torakodorzálním lalokem: a – pacientka po oboustranné mastektomii, b – doplnění objemu prsů implantáty CUI 230 ml, c – stav po rekonstrukci dvorce a bradavky*



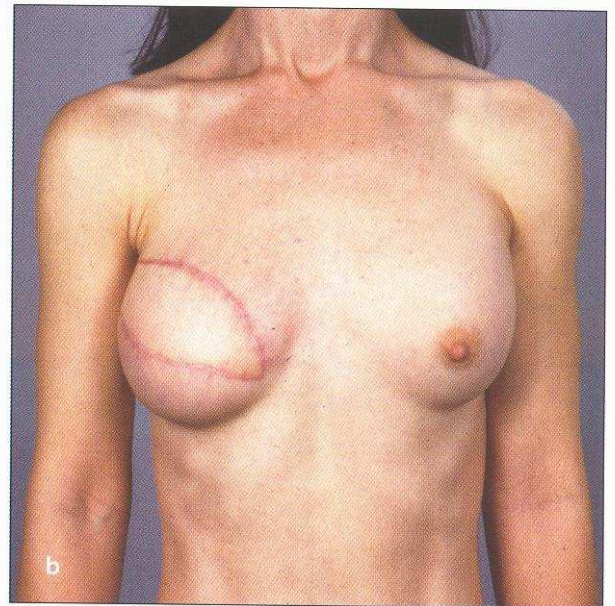
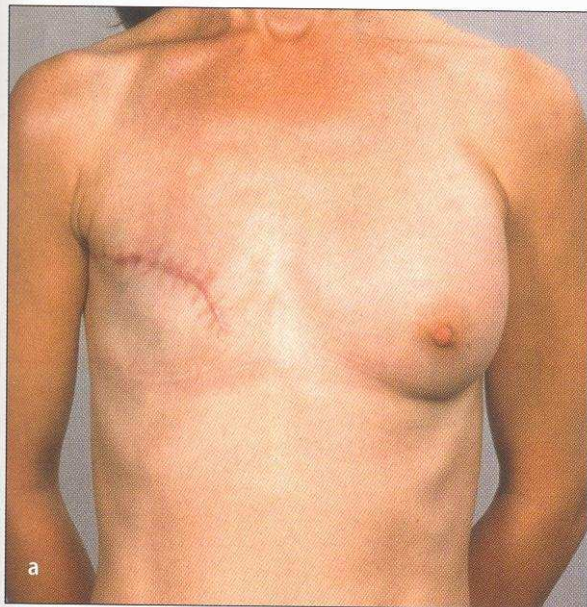
Obr. 17 Transpozice muskulokutánního laloku latissimus dorsi: a – nákres laloku na zádech, b – umístění laloku po jeho rotaci na přední stěnu hrudníku



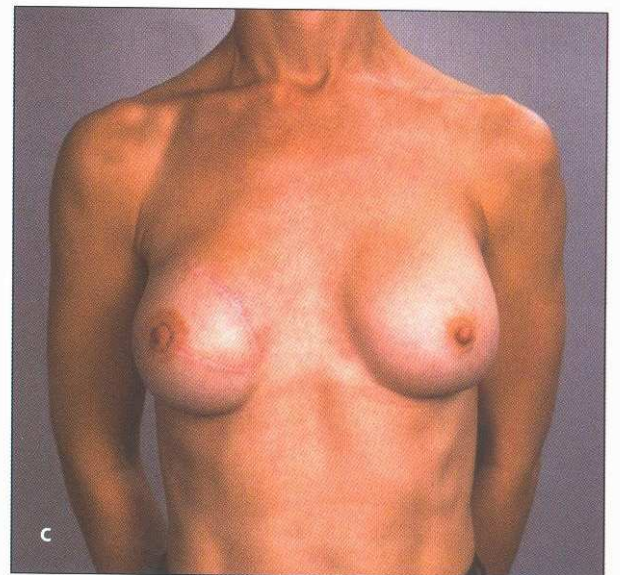
Obr. 18 Rekonstrukce prsu kombinací muskulokutánního laloku latissimus dorsi a implantátu: a – stav před operací, b – nákres laloku na zádech, c – rotace laloku do mastektomického defektu, d – stav po doplnění objemu implantátem 240 ml

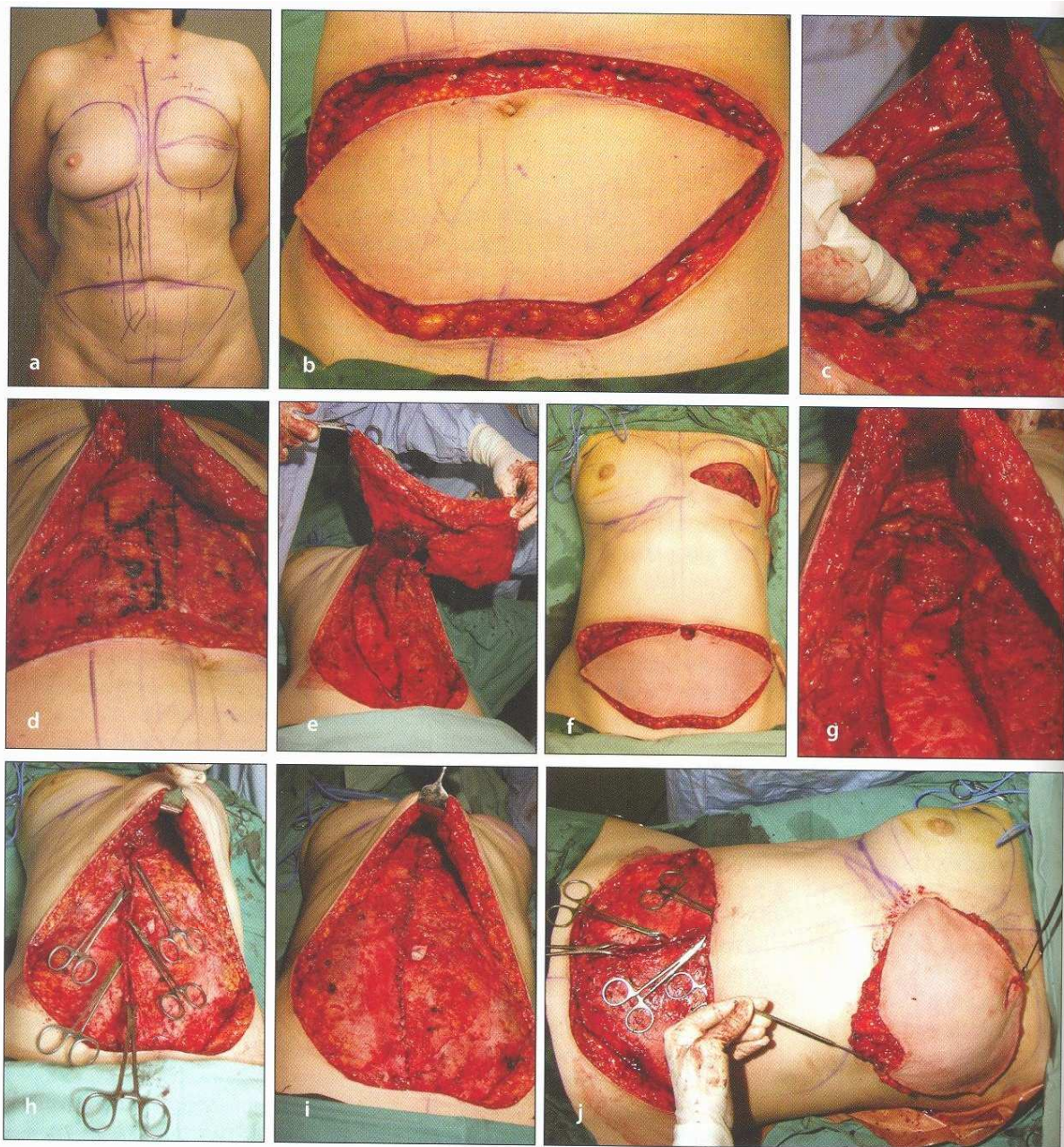


Zdroj: Rekonstrukce prsu po mastektomii, Dražan (2006)



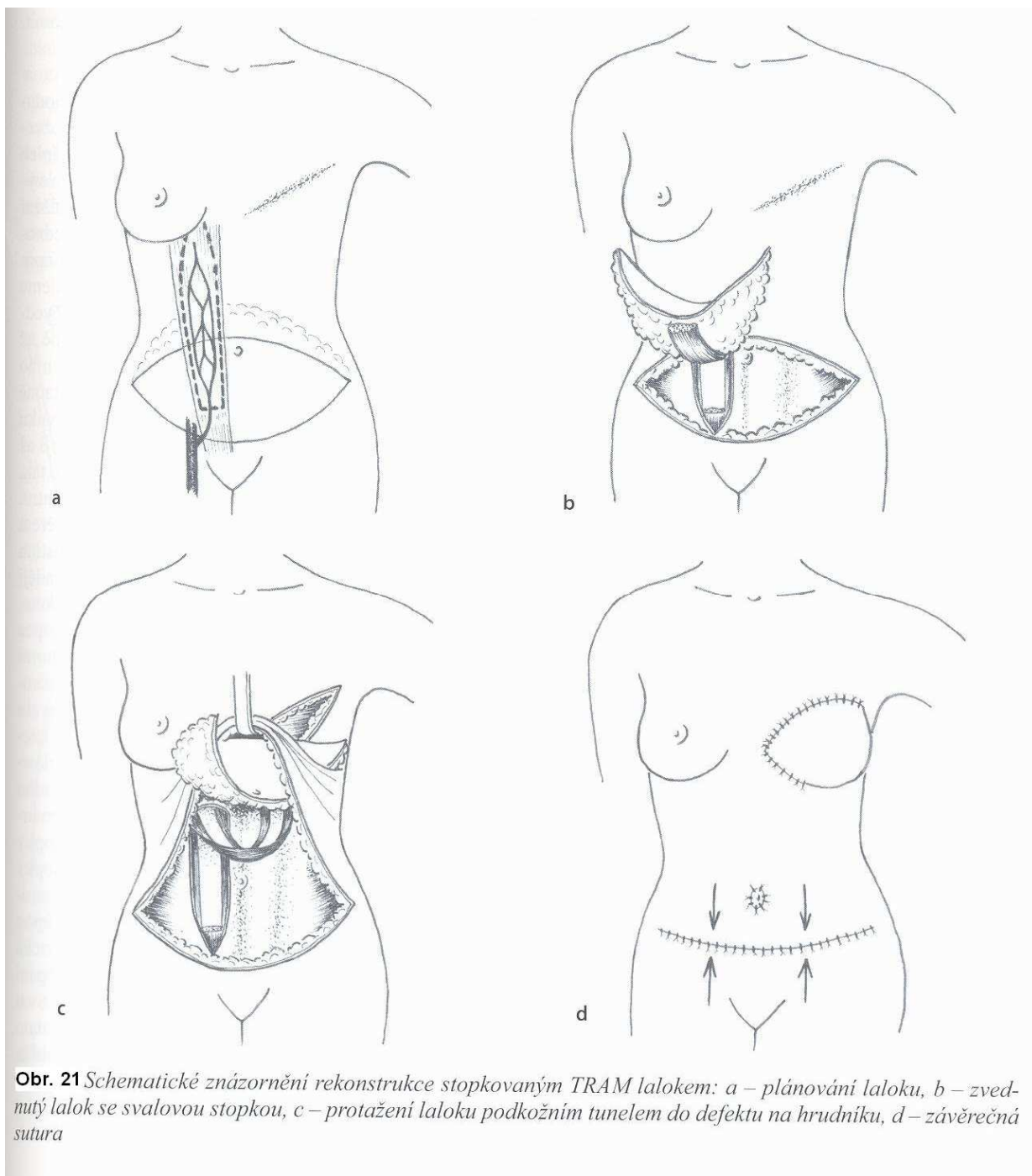
Obr. 19 Rekonstrukce prsu lalokem latissimus dorsi a implantátem: a – pacientka po pravostranné mastektomii, která měla předtím augmentaci prsů; na levém prsu je patrná kapsulární kontrakce s posunem implantátu nahoru, b – přesun muskulokutánního laloku latissimus dorsi a vložení expandéru do vrstvy mezi velký prsní sval a lalok, c – stav po výměně expandéru za implantát a levostranné kapsulektomii s posunem levého implantátu směrem dolů



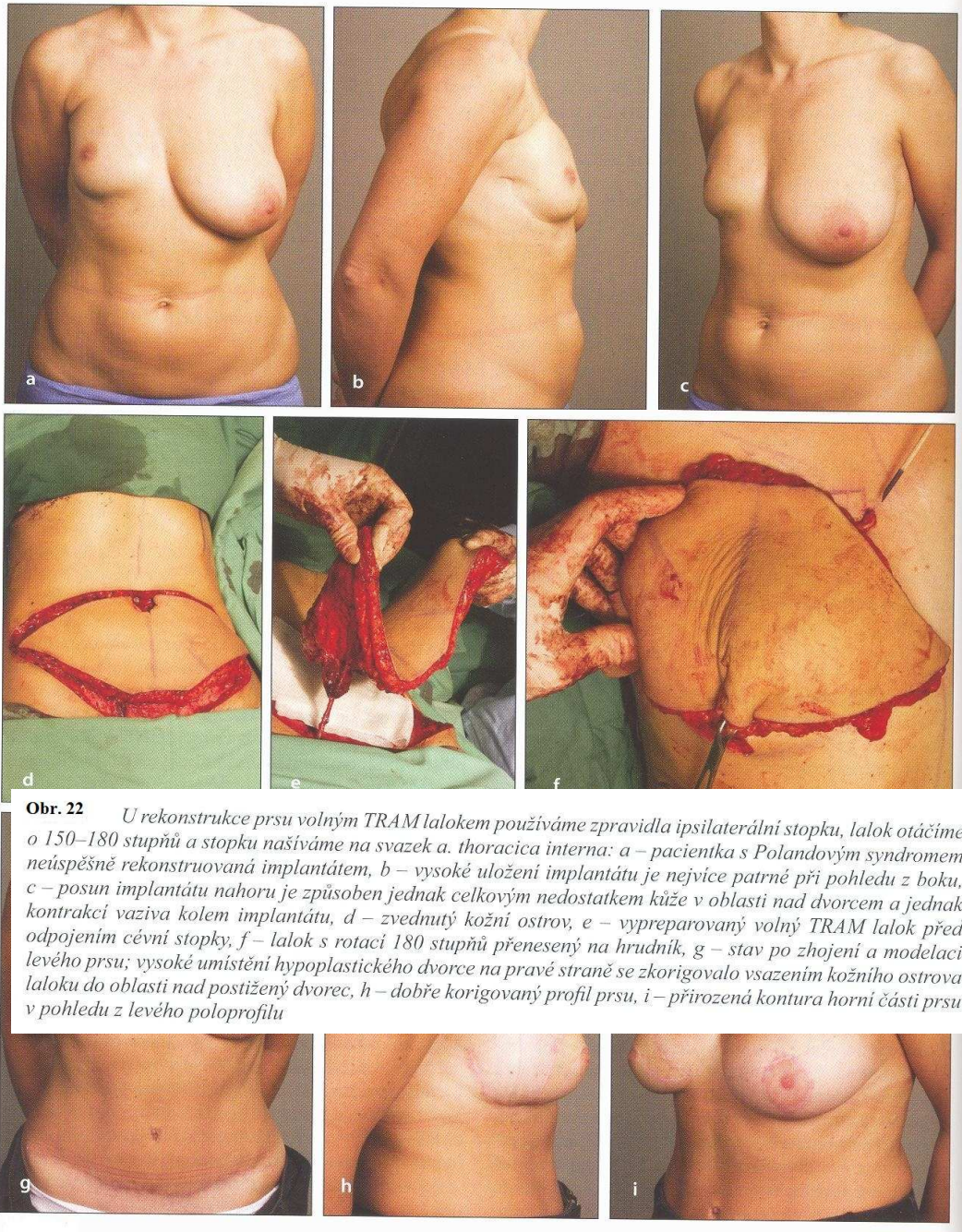


Obr. 20 Rekonstrukce stopkovaným TRAM lalokem: a – plánování laloku, b – plánování sval šetřícího zvednutí stopky laloku, c – lokalizace průběhu a. epigastrica superior ve svalu peroperačním ultrazvukovým dopplerem, d – výsledné označení průběhu cévy, e – zvednutý lalok se svalovou stopkou, f – rozsah podkožního tunelu k protažení laloku na hrudník, g – protažení laloku podkožním tunelem do defektu na hrudníku; svalová stopka by se neměla překlápet, aby nedošlo k zaškrcení cév, h – dočasný uzávěr defektu svaloviny svorkami brání retrakci šikmých břišních svalů, a tím zvětšování defektu ve svalovině, i – uzávěr břišní stěny pokračujícím nevstřebatelným loop stehem, j – tvarování laloku po jeho rotaci o 30–45 stupňů proti směru hodinových ručiček

Zdroj: Rekonstrukce prsu po mastektomii, Dražan (2006)

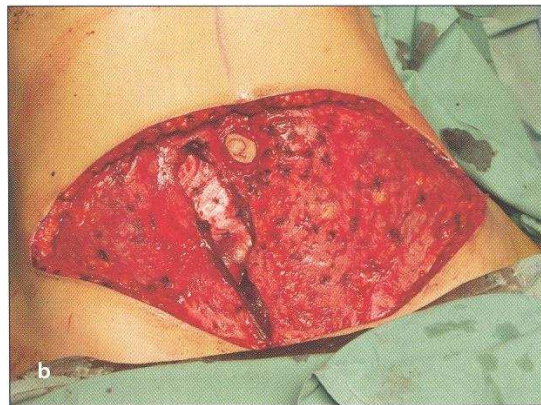
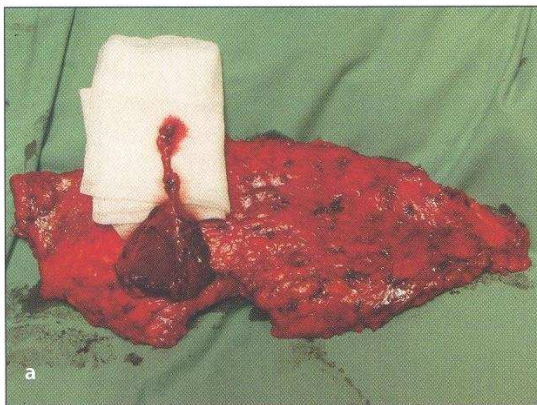


Zdroj: Rekonstrukce po mastektomii, Dražan (2006)

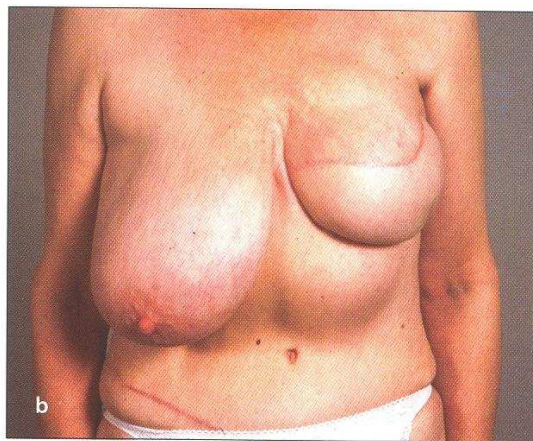
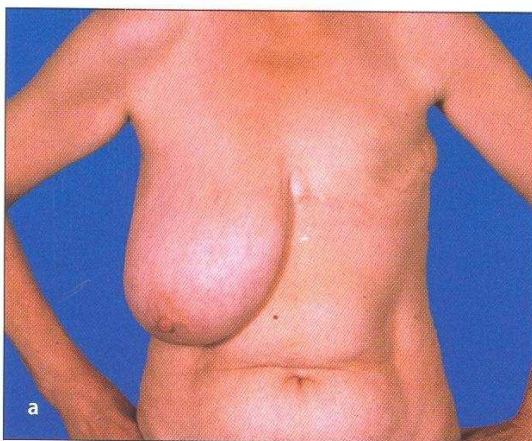


Obr. 22 U rekonstrukce prsu volným TRAM lalokem používáme zpravidla ipsilaterální stopku, lalok otáčíme o 150–180 stupňů a stopku našíváme na svazek *a. thoracica interna*: a – pacientka s Polandovým syndromem neúspěšně rekonstruovaná implantátem, b – vysoké uložení implantátu je nejvíce patrné při pohledu z boku, c – posun implantátu nahoru je způsoben jednak celkovým nedostatkem kůže v oblasti nad dvorcem a jednak kontrakcí vaziva kolem implantátu, d – zvednutý kožní ostrov, e – vypreparovaný volný TRAM lalok před odpojením cévní stopky, f – lalok s rotací 180 stupňů přenesený na hrudník, g – stav po zhojení a modelaci levého prsu; vysoké umístění hypoplastického dvorce na pravé straně se zkorigovalo vsazením kožního ostrova laloku do oblasti nad postižený dvorec, h – dobře korigovaný profil prsu, i – přirozená kontura horní části prsu v pohledu z levého poloprofilu

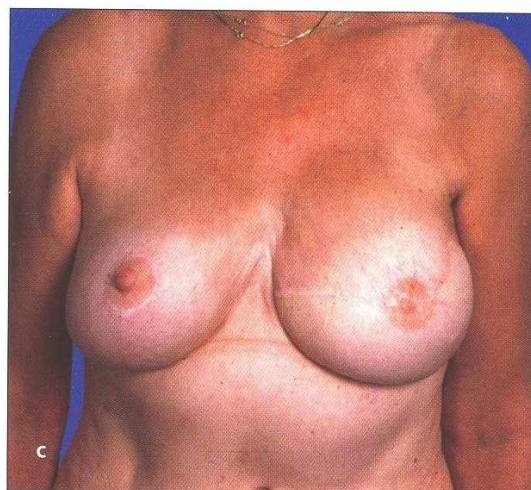
Zdroj: Rekonstrukce prsu po mastektomii, Dražan (2006)

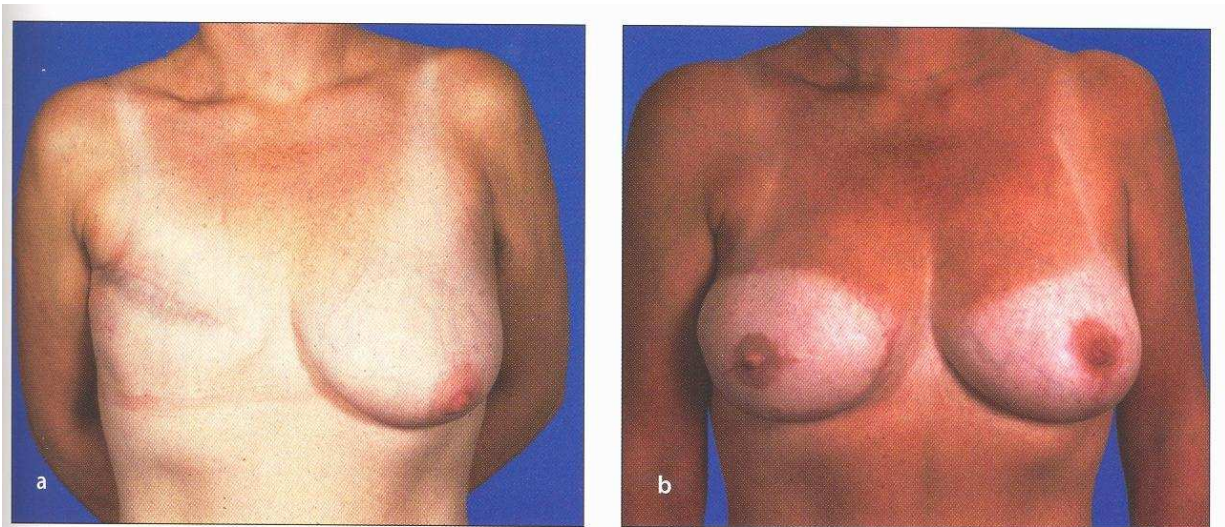


Obr. 23 Rozsah svalové porce přímého svalu břišního u volného TRAM laloku: a – lalok, b – vzniklý defekt v přímém svalu břišním



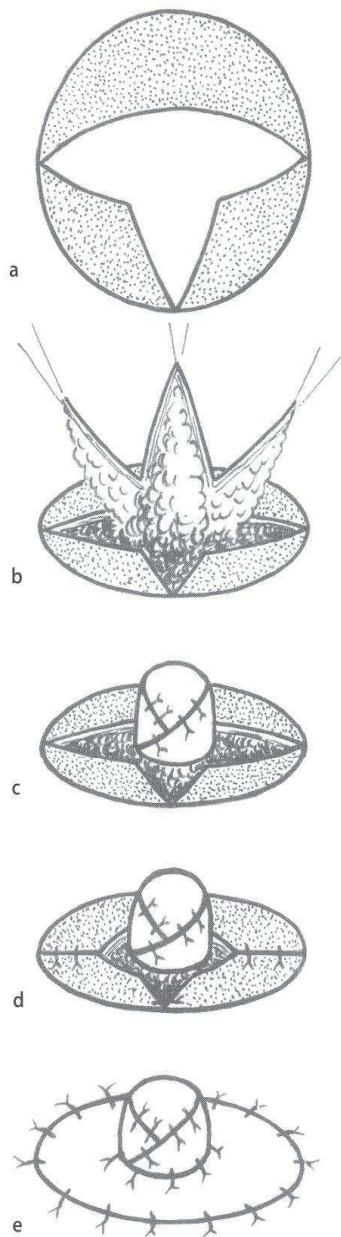
Obr. 24 Rekonstrukce volným TRAM lalokem u pacientky s původně velkými ptotickými prsy: a – stav před rekonstrukcí, b – rekonstrukce přiměřeně velkého a ptotického prsu vlevo, c – stav po redukčně modelační mamoplastice vpravo



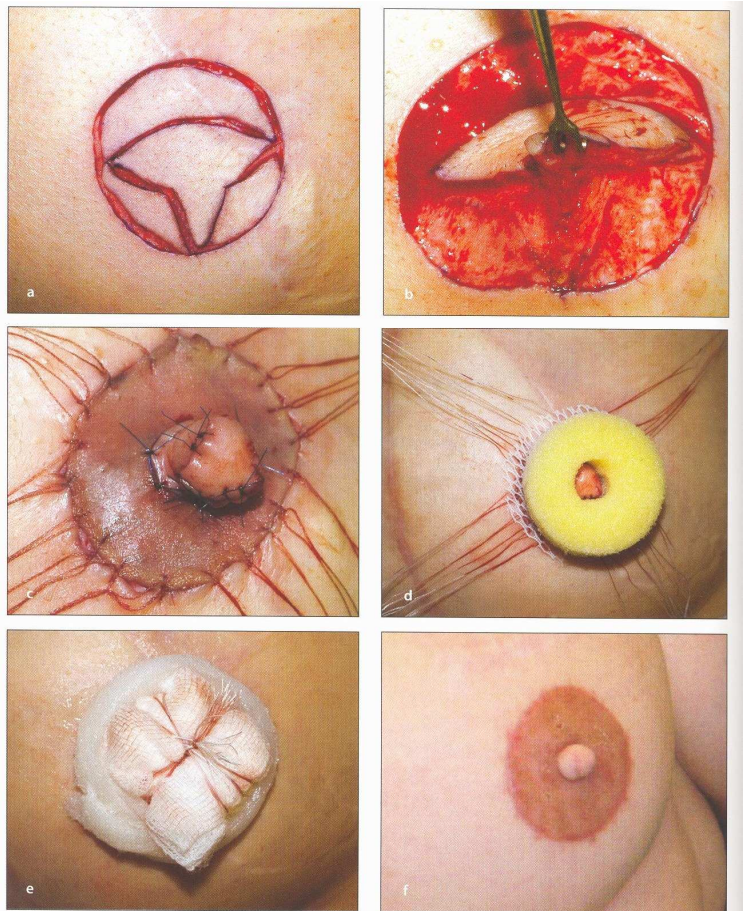


Obr. 25 Rekonstrukce volným TRAM lalokem: a – stav před operací, b – stav po rekonstrukci vpravo a drobné modelační operaci vlevo

Zdroj: Rekonstrukce prsu po mastektomii, Dražan (2006)



Obr. 26 Náčrt rekonstrukce areolomamilárního komplexu technikou modifikovaného hvězdicového laloku (modifikovaný star flap): a – kožní řezy a dekortikace (deepitelizace) dvorce, b – zvednutí cípů hvězdicového laloku, c – otočení a sešití laloků bradavky, d – částečné sešití sekundárních defektů po zvednutí cípů laloku, e – našití kožního štěpu odebraného z míst s tmavší pigmentací



Obr. 27 Rekonstrukce areolomamilárního komplexu technikou modifikovaného hvězdicového laloku (modifikovaný star flap): a – kožní řezy, b – dekortikace a zvednutí kožních laloků, c – vytvoření bradavky laloky a našití kožního štěpu s tmavší pigmentací, d, e – molitanová komprese, f – výsledek po 14 dnech