

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**KVALITA ŽIVOTA U PACIETŮ
S KARCINOMEM PANKREATU**

Bakalářská práce

Autor práce: Radka Matoušová

Vedoucí práce: prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

2011

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRALOVE**

**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING**

**QUALITY OF LIFE IN PATIENTS
WITH PANCREATIC CANCER**

Bachelor's thesis

Author: Matousova Radka

Supervisor: Prof. PhDr. Jiri Mares, Ph.D.

2011

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem čerpala, řádně cituji v práci a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

Podpis

Poděkování:

Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za odborné vedení, pomoc při výběru a hodnocení dotazníků a za poskytnutí cenných rad. Také děkuji MUDr. Danielu Dobešovi, Ph.D., za konzultace a významnou pomoc při výběru odborné literatury, paní RNDr. Evě Čermákové za statistické zpracování dat, Mgr. Michaele Šimkové za rozdání dotazníků ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové a Michaele Patolánové, DiS., za konzultace a pomoc při rozdávání a vyplňování dotazníků s pacienty v Oblastní nemocnici Jičín.

OBSAH

Úvod.....	7
1 Cíl práce.....	8
1.1 Teoretická část – cíle:.....	8
1.2 Empirická část – cíle:	8
2 Teoretická část	8
2.1 Anatomie slinivky břišní	9
2.2 Fyziologie slinivky břišní.....	9
2.3 Nádory pankreatu	10
2.3.1 Benigní nádory pankreatu	10
2.3.2 Maligní nádory pankreatu	11
2.4 Karcinom pankreatu	12
2.4.1 Rizikové faktory vzniku karcinomu pankreatu	12
2.4.2 Patologická anatomie	20
2.4.3 Klinický obraz nádoru pankreatu	21
2.4.4 Fyzikální vyšetření	23
2.4.5 Diagnostika karcinomu pankreatu.....	23
2.4.6 Terapie karcinomu pankreatu.....	27
2.4.6.1 Léčba konzervativní	27
2.4.6.2 Léčba chirurgická	27
2.4.6.3 Léčba endoskopická	30
2.4.6.4 Chemoterapie.....	30
2.4.6.5 Současná strategie léčby	31
2.4.7 Výsledky léčby karcinomu pankreatu	35
2.5 Ošetrovatelská péče o pacienty s onemocněním karcinomu pankreatu	35
2.5.1 Podpora pacientů s karcinomem pankreatu.....	35
2.5.2 Port systém	37
2.5.3 Easypumpy	39
2.5.4 Nežádoucí účinky chemoterapie – doporučení sestry	41
2.5.5 Ošetrovatelské diagnózy	42
2.6 Kvalita života	43
2.6.1 Historie kvality života	43
2.6.2 Pojem kvalita života	44
2.6.3 Hodnocení kvality života ve vztahu ke zdraví a nemoci.....	45
2.6.4 Nástroje pro měření kvality života	45
2.7 Dosavadní výzkumy karcinomu pankreatu	47

3	Empirická část.....	49
3.1	Cíle empirické části výzkumu	49
3.2	Zkoumaný soubor – vstupní kritéria	49
3.3	Zdravotnické zařízení	50
3.4	Metodika vlastního šetření	50
3.5	Výsledky.....	51
4	Diskuze.....	57
5	Závěr.....	59
	Anotace.....	61
	Anotation.....	62
	Literatura	63
	Seznam tabulek, grafů, obrázků a algoritmů.....	66
	Přílohy	69
	Seznam použitých zkratk.....	82

Úvod

Karcinom pankreatu patří k nejzávažnějším onemocněním, se kterým se v klinické praxi setkáváme. Týká se relativně menšího počtu lidí, avšak svým průběhem jistě značně ovlivní život pacientů. Ve své práci jsem se zaměřila především na kvalitu života pacientů s tímto onemocněním. Většina lidí pracujících ve zdravotnictví si uvědomuje závažnost této nemoci, i proto jsem si zvolila toto téma. Kdo jiný, než onkologický pacient si přeje, aby mu zdravotní personál pomohl a pochopil ho. Doposud v České republice neproběhla žádná studie, která by konkrétně ukázala potřeby této skupiny pacientů ve smyslu kvality jejichžití se závažnou nemocí. Proto jsem se rozhodla pro tuto pilotní studii. Většinou se lékař snaží, co nejvíce pomoci pacientovi, zachránit ho, popřípadě mu prodloužit život. Ve své práci jsem se zaměřila na to, jak se cítí pacient a na co bychom měly myslet my – zdravotní sestry, protože i my máme velký vliv nejen na jeho psychický stav. Abych mohla porovnat své výsledky, vyhledala jsem na internetu studie, které byly provedeny v zahraničí, a kontaktovala autora C. D. Johnsona, který mě odkázal na Evropskou organizaci EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer), která se specializuje na výzkum onkologických onemocnění a u které jsem po registraci obdržela standardizovaný dotazník Quality life of questionnaire QLQ-C30 pro onkologicky nemocné s modulem PAN 26, který byl speciálně vytvořen pro diagnózu karcinomu pankreatu.

1 Cíl práce

Cílem mé práce je zjistit, jakou kvalitu života mají pacienti s maligním onemocněním pankreatu, konkrétně s karcinomem pankreatu. Tento výzkum byl koncipován jako pilotní studie. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou.

1.1 Teoretická část – cíle:

1. Popsat anatomii, fyziologii pankreatu, patologické onemocnění.
2. Informovat o onemocnění karcinomem pankreatu, terapii a ošetrovatelské péči.
3. Charakterizovat pojem kvality života, definici, vývoj a použití v medicíně.
4. Shrnout dosavadní výzkumy.

1.2 Empirická část – cíle:

Na vybraném souboru pacientů s karcinomem pankreatu:

1. Ověřit použitelnost dotazníku QLQ-C30.
1. Ověřit použitelnost dotazníku QLQ PAN-26 v našich podmínkách.
2. Zjistit v jaké míře konkrétní problémy ovlivňují kvalitu života.
3. Posoudit jak pacienti hodnotí svou kvalitu života spojené s karcinomem pankreatu.
4. Stanovit míru omezení pacienta nemocí v běžných denních činnostech pacientů.
5. Vyhodnotit na jaké oblasti se v ošetrovatelské péči o tyto pacienty zaměřit.

2 Teoretická část

V teoretické části bych ráda nejprve popsala anatomii a fyziologii pankreatu, patologické onemocnění pankreatu, především o benigní a maligní onemocnění. Dále se již zaměřím na mnou zvolené onemocnění karcinomu pankreatu-rizikové faktory, klinický obraz pacienta, vyšetření, diagnostiku, TNM klasifikaci, možnosti terapie včetně operačních výkonů a ošetrovatelské péče. Poté bych charakterizovala pojem kvality života, jeho vývoj a použití v medicíně. Zmínila bych i okruhy vyšetřované v dotaznících týkajících se kvality života, hodnocení kvality života ve vztahu zdraví k nemoci.

2.1 Anatomie slinivky břišní

„Slinivka břišní se tvoří v embryu splynutím ventrálního a dorzálního pankreatického segmentu. Ventrální segment tvoří periampulární část hlavy pankreatu a processus uncinatus. Dorzální segment se vyvíjí do cefalického úseku hlavy, těla a ocasu. Slinivka břišní je příčně orientovaná žláza v retroperitoneu s hlavou vloženou do ohbí dvanáctníku a její kauda je protažena až k slezinnému hilu. U dospělého člověka váží v průměru 100 g (rozsah 60 až 125 g). Normální pankreas je tvořen světle hnědou, laločnatou homogenní tkání se segmentárními příčnými, makroskopicky viditelnými vývody. Histologicky je žláza tvořena převážně lalůčky s roztroušenými intralobulárními vývody. Lalůčky se skládají z polygonálních nebo pyramidálních acinózních buněk tvořících žlázy a kanálky. Acinózní buňky mají při bázi pod jádrem zbytnělé granulární endoplazmatické retikulum, na straně obrácené směrem do lumen jsou uložena eozinofilní sekreční granula. Jejich jádra jsou kulatá, pravidelná a s viditelnými jádérky. Malé vývody jsou vystlány kubickým až nízce cylindrickým epitelem se světlou až slabě eozinofilní cytoplazmou. Hlavní vývody pankreatu mají stěnu složenou ze dvou vrstev: vnitřní výstelku tvoří dvouvrstevný cylindrický epitel, zevní vrstva je složena z kolagenního vaziva. Endokrinní tkáň Langerhansonových ostrůvků je roztroušena po parenchymu a tvoří 1 až 2 % pankreatické tkáně. Ostrůvek se skládá ze skupiny slabě se barvících buněk.“ (Zavoral, 2002, s. 68–69)

2.2 Fyziologie slinivky břišní

Slinivka břišní je žláza, která má důležité postavení v trávení, ale i ve vnitřním metabolismu organismu. Poznání její funkce náleží až do konce minulého století a začátku století tohoto (Šváb, 2000).

Břišní slinivka (pankreas) je v podstatě podvojná žláza, která plní hned několik důležitých funkcí. Podílí se na tvorbě trávicích enzymů, produkuje hormony. Její funkce se dělí na exokrinní a endokrinní.

Obvykle žlázu s vnější sekrecí reprezentuje podstatná většina tkáně pankreatu. Jedná se o exokrinní část břišní slinivky, která produkuje zásaditou trávicí šťávu. Ta je složena z roztoku sody, který se neutralizuje kyselý žaludeční obsah ve dvanáctníku. V tomto sekretovém výměšku se zároveň nalézá řada trávicích enzymů. Ty se podílejí na rozložení potravy na primární živiny a jiné důležité látky, jež se postupně mohou vstřebávat střevním systémem přímo do lidského organismu.

Samotná břišní slinivka vyrábí většinu nezbytných enzymů, které jsou důležité pro trávení bílkovinné složky. Vytváří trypsinogen v neaktivní podobě, jenž se mění na aktivní formu až v momentu, kdy se dostane bezprostředně do dvanáctníku. Mimo toho se ještě ve slinivce břišní tvoří lipázy a amylázy, které se přímo podílejí na trávení tuků a sacharidů.

Všechny trávicí enzymy jsou běžně pokládány za velmi efektivní a účinné látky, tudíž v žádném případě se nesmějí dostat do střeva mnohem dříve, než sem obvykle připutuje samotná rozmělněná a natrávená strava ze žaludku. Právě z tohoto důvodu si lidský organismus vytvořil značně komplikovaný trávicí mechanismu, který reguluje nejen tvorbu, nýbrž i vyměšování trávicích šťáv z pankreatu. Zprvu tzv. bloudivý nerv vytváří určitý impulz. Děje se to v podstatě na základě běžných lidských reflexů, stačí, aby si člověk pomyslel jenom na jídlo anebo ucítil vůni jídla. Další vylučování trávicích šťáv značně podporuje roztažení žaludku, a to prostřednictvím automatické funkce, která jej řídí. Nicméně k největšímu nárůstu těchto trávicích enzymů dochází v průběhu vstupu natrávené potravy do dvanáctníku. Jakmile dojde ke kontaktu potravy se sliznicí, z povrchu střevní stěny se uvolní přímo do krevního oběhu množství hormonu sekretinu a pankreozyminu. Tyto dva odlišné hormony se krevním systémem dopraví přímo do slinivky břišní, kde mohutně podpoří jak produkci, tak i vyměšování trávicích pankreatických šťáv.

Endokrinní část břišní slinivky se nalézá v Langerhansových ostrůvcích, které jsou tvořeny rozsáhlými buněčnými okrsky. V této oblasti vzniká nejdůležitější hormon zvaný inzulin, který je produkován beta buňkami. Tento významný hormon zabezpečuje v lidském těle snižování, respektive utilizaci krevního cukru. Kromě toho se zde tvoří hormon glukagon pomocí alfa buněk, který cukr v krvi naopak zvyšuje.

Nyní bych se zaměřila na nádorové onemocnění slinivky břišní.

2.3 Nádory pankreatu

Nádory pankreatu dělíme podle funkce na endokrinní a exokrinní části pankreatu, podle histopatologie na mezenchymové a epitelové, z hlediska biologické povahy na benigní a maligní.

2.3.1 Benigní nádory pankreatu

Benigní nádory slinivky břišní mají epitelový a mezenchymový původ. Jejich význam pro kliniku je omezený. Příčinou je jejich méně častý výskyt a zároveň to, že se většinou nijak zvlášť klinicky neprojevují. Mezi benigní mezenchymové nádory exokrinního pankreatu řadíme lipomy,

myxomy, hemangiomy, chondromy, schwannomy aj. U epitelových benigních nádorů se většinou setkáváme s adenomy a kystadenomy (neboli skutečnými cystami pankreatu). Mají-li nádory větší rozměry, mohou se projevovat mechanickým tlakem na sousední orgány (žaludek, střevo) a jsou dostupné při palpaci. Při rentgenovém kontrastním vyšetření žaludku a střev nalézáme na některých z uvedených rentgenových snímků deformace žaludku a dvanáctníku, které mohou být velmi typické v souvislosti s lokalizací nádoru. Tyto nádory mohou vyvolat určitou symptomatiku také následkem tlaku na některý z orgánů, např. při tlaku na ureter může dojít ke vzniku hydronefrózy, při tlaku v oblasti Vaterovy papily a žlučovodu ke vzniku posthepatické obstrukční žloutenky aj. Nádory pankreatu mohou ovlivňovat i jeho exokrinní funkci a právě tak mohou být příčinou exokrinní nedostatečnosti s jejími následky pro trávení potravy.

2.3.2 Maligní nádory pankreatu

„Primárními zhoubnými novotvory pankreatu jsou karcinomy, které pocházejí z epitelových buněk, a sarkomy, pocházející z pojivové tkáně. Sarkomy se vyskytují velmi zřídka.“ (Maleev, 1988, s. 152)

Existují i další rozdělení, například podle histologického nálezu. Zmiňuji je pouze pro upřesnění.

Histologie tumorů:

- duktální karcinom (90 % všech případů)
- karcinom z acinárních buněk
- papilární karcinom
- adenosquamosní karcinom
- nediferencovaný karcinom
- mucinosní karcinom
- karcinom z velkých buněk
- smíšený typ
- karcinom z malých buněk
- cystadenokarcinom
- neklasifikovaný karcinom
- pancreatoblastom
- papilárně-cystický karcinom (s nižším maligním potenciálem, může být léčen pouze chirurgicky bez doplňující léčby)

2.4 Karcinom pankreatu

Nyní se dostávám již k mnou vybranému onemocnění. Karcinom pankreatu patří nejen svým průběhem k nejzávažnějším onemocněním, se kterým se setkáváme. Doposud není známá jasná příčina tohoto onemocnění, avšak jsou známy rizikové faktory, které mohou do jisté míry ovlivnit vznik této diagnózy. Ty uvádím v následující části práce.

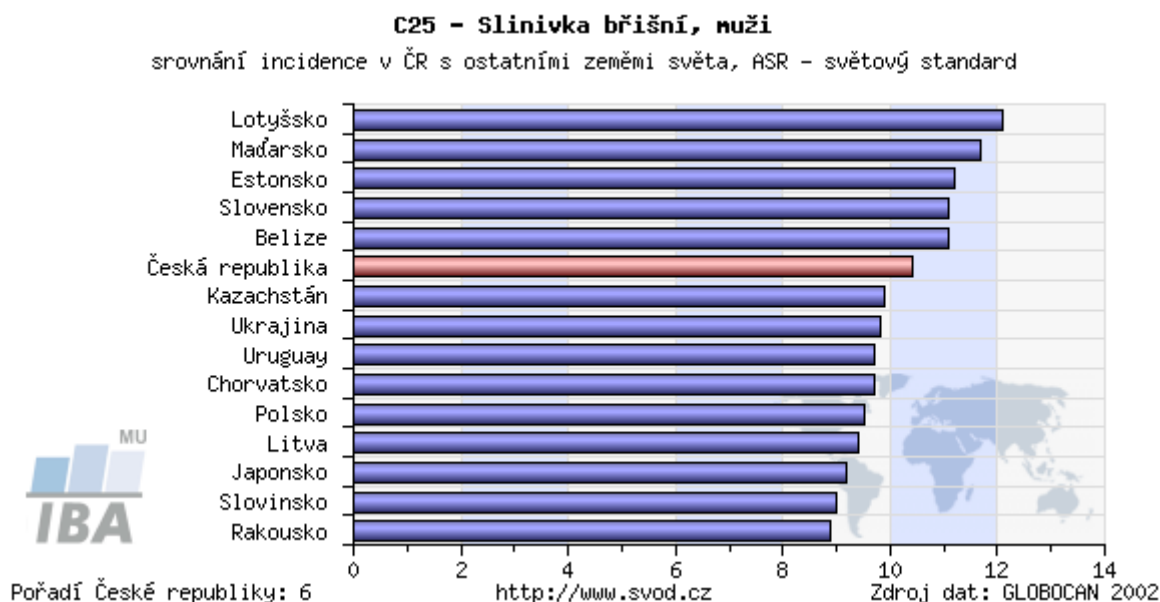
2.4.1 Rizikové faktory vzniku karcinomu pankreatu

Geografické rozdíly

K zemím s vysokou nemocností patří Švédsko, Dánsko, Finsko, USA, Anglie, kde se pohybuje mezi 8–10 případy na 100 000 obyvatel. Nízkou nemocnost má Itálie, Japonsko, Španělsko, Polsko a země bývalé Jugoslávie, kde jsou údaje mezi 3,4 (bývalá Jugoslávie) a 4,9 (Itálie) na 100 000 obyvatel. Střední místo zaujímá Austrálie, Norsko, Francie s úmrtností mezi 5–7,8 na 100 000 osob. Podle některých autorů existují rozdíly mezi městským a venkovským obyvatelstvem, přičemž ve městech je vyšší (Maleev, 1988, s. 152).

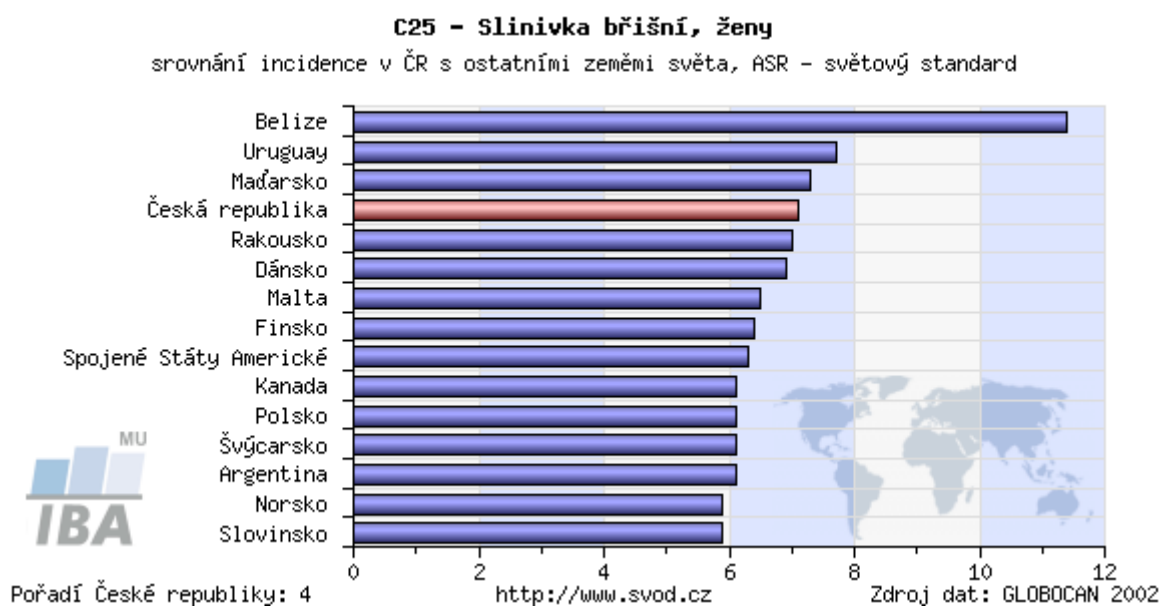
Srovnání incidence vybraných zemí ukazuje graf č. 1 a graf č. 2.

Graf č. 1 Srovnání incidence karcinomu pankreatu u mužů v ČR s ostatními vybranými zeměmi



Dostupné z <http://www.svod.cz>

Graf č. 2 Srovnání incidence karcinomu pankreatu u žen v ČR s ostatními vybranými zeměmi



Dostupné z <http://www.svod.cz>

Rasová specifika

Nejvyšší incidence karcinomu slinivky břišní byla zjištěna u Afroameričanů v USA, obyvatel severní Evropy, Polynésanů na Hawaji a Maorů na Novém Zélandu. K vyššímu výskytu onemocnění u afroamerických mužů přispívají silnější kuřáctví, dlouhodobější anamnéza diabetu a rodinná zátěž zhoubným onemocněním slinivky břišní. U žen jsou příčiny spatřovány v četněji se vyskytujícím středně těžkém až těžkém abúzu alkoholu a enormním zastoupením osob se zvýšeným BMI. Studována je také hypotéza rasově podmíněných odlišností ve schopnosti detoxikovat kancerogeny z cigaretového kouře.

„V asiatské ženské populaci v USA je medián přežití od stanovení diagnózy malignity pankreatu vyšší oproti ženské populaci bělošské a černošské. Popsaný jev souvisí s četnějším zastoupením méně agresivních forem karcinomu pankreatu – papilárního karcinomu a mucinózního cystadenokarcinomu – u Asiátů obecně. Doba přežití u pacientů s těmito variantami nádoru je 3 až 4krát delší než u pacientů s adenokarcinomem.“ (Zavoral, 2002, s. 25–26)

Sociálně ekonomické podmínky

Zatímco někteří angličtí a japoňští autoři jsou toho názoru, že existuje korelace mezi karcinomem pankreatu a vyšším životním standardem, američtí autoři podobnou závislost nenacházejí.

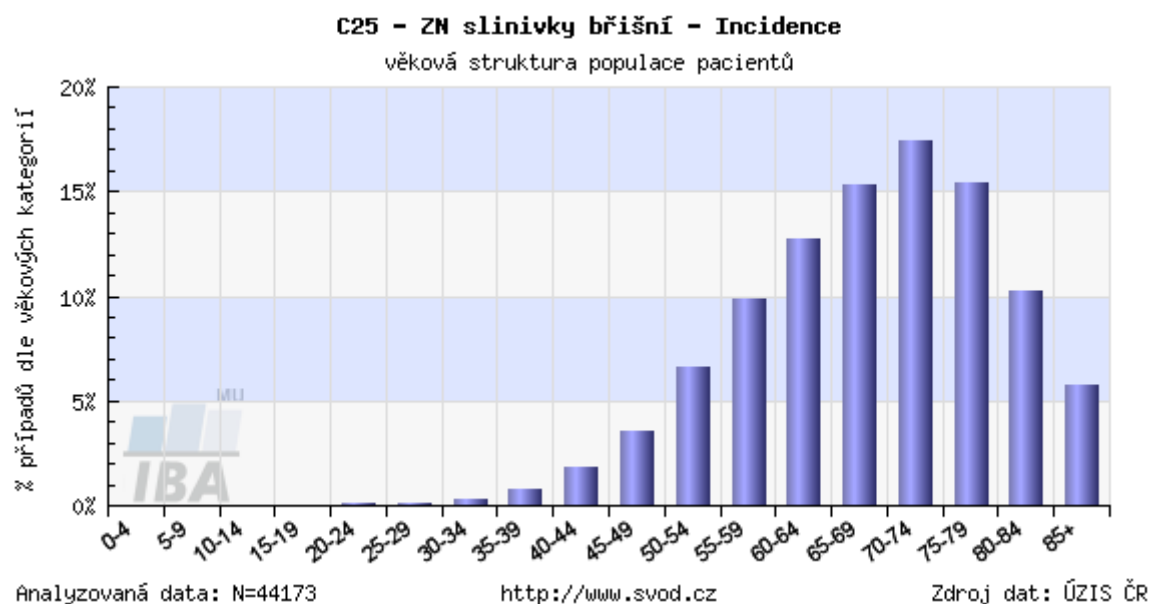
Hormonální vlivy

„Pohlavní rozdílnost v incidenci karcinomu pankreatu vedly ke studiu možných vztahů s gynekologickou anamnézou nemocných žen. V retrospektivních studiích byla potvrzena alespoň částečná estrogenová dependence pojednávaného onkologického onemocnění. Parita a délka hormonální expozice byly negativně asociovány s mírou rizika pro vznik zhoubného novotvaru slinivky břišní. Získaná data byla statisticky signifikantní u žen se třemi a více donošenými těhotenstvími a u uživatelék perorálních kontraceptiv. Naopak nárůst rizika byl pozorován u rodiček s vyšším věkem prvního donošeného těhotenství.“ (Zavoral, 2002, s. 35)

Věk a pohlaví

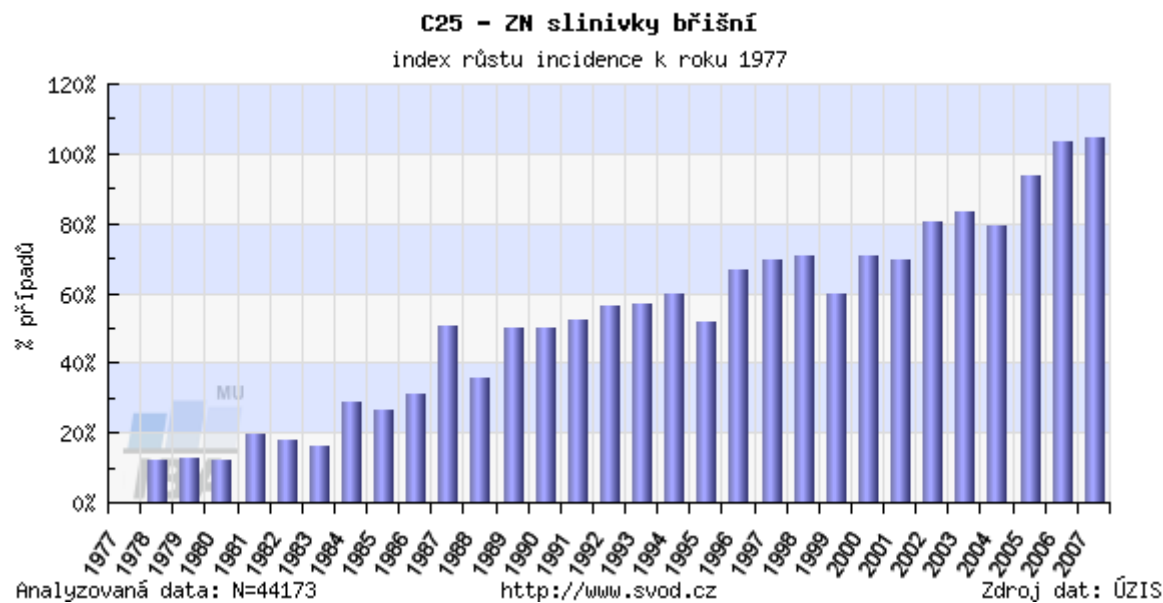
Věk je podle některých autorů nejsilnějším rizikovým faktorem pro vznik zhoubného novotvaru pankreatu. Onemocnění je nejméně zastoupeno do 30 roku života, pokud se v tomto období života objeví, vždy s sebou nese podezření na primární genetickou příčinu. Výskyt karcinomu pankreatu od 30. roku narůstá a dosahuje maxima okolo 75. roku života. „Díky této závislosti lze v naší republice očekávat další nárůst incidence v závislosti na prodlužování střední délky života české populace. Střední věk při stanovení diagnózy činí 65 let, 80 % diagnostikovaných dosáhlo věku 60 a více let. Kumulativní riziko onemocnění karcinomem pankreatu pro osobu, která završila 75 rok života, činí až 1 %.“ (Zavoral, 2002, s. 25–26, graf č. 3, 4). S karcinomem pankreatu se setkáváme častěji u mužů než u žen. „Různé statistiky vykazují poměr muži:ženy od 1,5 – 2 : 1 do 7 : 1. Přitom je tento rozdíl významnější do věku 50 let, potom začíná postupné vyrovnávání.“ (Maleev, 1988, s. 153)

Graf č. 3 Incidence karcinomu pankreatu podle věku



Dostupné z <http://www.svod.cz>

Graf č. 4 Index růstu incidence karcinomu pankreatu od roku 1977 do roku 2007



Dostupné z <http://www.svod.cz>

Faktory zevního prostředí

Kouření

Kouření cigaret je nejsilnějším a zároveň nejsnadněji ovlivnitelným rizikovým faktorem karcinomu pankreatu. Možný mechanismus působení tabákového kouře je vysvětlován orgánově specifickým efektem tabákových N-nitrosaminů nebo sekrecí těchto sloučenin do žluči a jejich refluxem do pankreatického vývodu. Aktivní kuřáctví je spojováno s dvoj- až trojnásobným zvýšením rizika vzniku malignity slinivky břišní. Karcinogenní efekt splodin cigaretového kouře na tkáň pankreatu u bývalých kuřáků pomíjí až po patnáctileté abstinenci. Pasivní kuřáctví nebylo potvrzeno jako samostatný rizikový faktor pro vznik zhoubného novotvaru slinivky břišní. Je však pravděpodobné, že atributivní riziko nikotinu pro rozvoj karcinomu pankreatu, které je udáváno v rozmezí 27–33 %, by bylo vyšší, kdyby při jeho výpočtu byla vedle aktivního kuřáctví zohledněna i pasivní expozice cigaretovému kouři. Tady bych ráda zdůraznila důležitost primární prevence a edukace obyvatel ohledně kouření aktivního, ale i pasivního. Je žádoucí upozorňovat na karcinogenní účinky cigaret nejen v souvislosti s dýchacím systémem, na který spousta zdravotníků klade velký důraz, ale zároveň je nutno poukázat i na další onemocnění, ke kterým karcinom pankreatu beze sporu patří.

Chemické a průmyslové faktory

Někteří autoři připouštějí zvýšené riziko při práci s některými kovy, zvláště s aluminím, uhlím a výrobou dehtu, naftylaminu a benzidinu. Častější výskyt tohoto onemocnění u pacientů žijících v průmyslových městech může být vysvětlena větším znečištěním vzduchu, než je na vesnicích nebo městech, u kterých se nevyskytují továrny, uhelné doły apod.

Dietetické faktory

„Hodnocení vlivu dietetických faktorů na výši rizika vzniku rakoviny pankreatu je metodicky velmi problematické a údaje získané formou dotazníkových studií mají nízkou exaktní relevanci. Přesto četné studie popisují pozitivní asociaci výskytů nádoru pankreatu s vysokoenergetickou dietou, nadměrným příjmem masa, cholesterolu a smažených pokrmů. Bohaté zastoupení zeleniny, ovoce, vlákniny, vitamínu C a dalších přirozených antioxidantů naopak působí protektivně. Byla publikována studie identifikující vyšší riziko malignity slinivky břišní u osob, které udávají současně zvýšený BMI a nadměrný kalorický příjem, zatímco u jedinců se zvýšením jen jednoho ze jmenovaných faktorů se riziko pohybovalo kolem populačního průměru. Zajímavá je hypotéza,

kteřá vysvětluje rostoucí incidenci karcinomu pankreatu vyšší spotřebou N-6 polynenasycených tuků rostlinného původu. Tyto tuky mají největší vliv na sekreci cholecystokininu, jež je u zvířecích modelů považován za promotor karcinogeneze. Naopak N-3 nenasycené mastné kyseliny, hojně zejména v rybích olejích vykazují protektivní efekt. Podobně i poživatiny bohaté na faktory ovlivňující nabídku methylových skupin, např. foláty, vykazují protektivní vliv. Souvislost s konzumací kávy prokázána nebyla; konzumace tří a méně šálků černé kávy denně zvýšení rizika pro vznik karcinomu slinivky břišní nepředstavuje.“ (Zavoral, 2002, s. 27)

Alkohol

Řada epidemiologických studií pátrala po možné souvislosti mezi konzumací alkoholu a vyšší náchylností k rozvoji karcinomu pankreatu. Dvě velké retrospektivní studie provedené ve spojených státech amerických, které analyzovaly skupiny o celkem 1,9 milionů osob, nepotvrdily souvislost mezi pitím alkoholu a vyšším rizikem pro vznik nádoru slinivky břišní. Stejně byly uzavřeny i další tři projekty publikované od roku 2000 – kanadský, japonský a americký – sledující tutéž hypotetickou souvislost. Pokud je mírné zvýšení rizika popisováno, lze je přičíst efektu shodného s kouřením. Je tedy možné tvrdit, že souvislost mezi požíváním alkoholu a vznikem karcinomu pankreatu je pouze zprostředkovaná: alkohol je známým induktorem chronické pankreatitidy, která je uznávána jako samostatný rizikový faktor pro vznik malignity. Konzumace alkoholu v míře, která nepoškozuj e pankreatickou tkáň, tedy nemá vliv na zvýšení náchylnosti k onemocnění karcinomu pankreatu. Samostatný problém představuje abúzus alkoholu u nemocných s hereditární pankreatitidou; zde navýšení rizika rozvoje malignity pankreatu zůstává pravděpodobným.

Francouzští lékaři našli větší frekvenci rakoviny pankreatu v severní Francii, což spojují s větší spotřebou piva, z čehož vyplývá pravděpodobně velký obsah nitrosaminů, které jsou kancerogenní. Nitrosaminy jsou pravděpodobně obsaženy i ve whisky, zatímco ve víně a koňaku prakticky nejsou (Maleev, 1988).

Životní styl

Obezita a fyzická aktivita

U obezity jako rizikového faktoru je třeba brát v potaz to, že u pacientů patří mezi nejčastější projevy i velký váhový úbytek. Toto je třeba brát v úvahu i při stanovení diagnózy. Z těchto důvodů je třeba hodnotit obezitu výhradně prospektivními metodami, tedy před vznikem

vlastního onemocnění. Obezita však významně zvyšuje riziko onemocnění malignitou pankreatu, fyzická aktivita jej naopak snižuje, hlavně u osob s nadváhou. „Je pravděpodobné, že obezita jako stav disponující k inzulinorezistenci přispívá ke genezi tumorů pankreatu stejným mechanismem jako diabetes a snížená glukózová tolerance. Fyzická aktivita obecně glukózovou toleranci zvyšuje, čímž lze vysvětlit projektivní vliv na míru rizika u obézních pacientů.“ (Zavoral, 2002, s. 28). Pro pacienty je opět důležitá edukace správné výživy a fyzické aktivity. K pacientovi bychom měli přistupovat individuálně. Důležitá je výchova ke zdravému a zdravému životnímu stylu už od dětského věku. Pro dospělé je dnes možnost návštěv přednášek, seminářů, poraden atd.

Faktory související s dalším onemocněním, výkony, léčbou

Chronická pankreatitida

Akutní a chronický zánět slinivky břišní jsou v současnosti považovány za dvě patogeneticky odlišná onemocnění a také jejich vztah ke genezi nádorů pankreatu je zcela rozdílný. Zatímco akutní pankreatitida není považována za rizikový faktor z hlediska uvažované onkologické diagnózy, je všeobecně přijímán koncept kauzální asociace mezi alkoholickou, hyperkalcemickou, tropickou i hereditární formou chronické pankreatitidy a zvýšenou dispozicí pro rozvoj karcinomu pankreatu. Obstrukční typ chronické pankreatitidy bývá jako rizikový faktor některými autory zpochybňován.

Riziko onemocnění zhoubným novotvarem slinivky břišní je u osob s chronickou pankreatitidou zvýšeno až 16 krát oproti zdravé populaci.

Diabetes mellitus

„Problematika vzájemného vztahu diabetu a karcinomu pankreatu byla dlouhodobě zdrojem protichůdných interpretací, kdy na jedné straně byl diabetes chápán jako rizikový faktor pro nádorové onemocnění pankreatu, na druhé straně byl považován za jeho následek ve smyslu pankreatogenního diabetu. Dnes se ukazuje, že vlastním rizikovým faktorem je zvýšená postprandiální glykémie, a tedy snížená glukózová tolerance. Jako promotor pankreatické kancerogeneze je označován produkt B buněk – inzulin. Nádorové buňky totiž exprimují inzulinové receptory, jejichž aktivace může stimulovat mitózu. Riziko vzniku karcinomu slinivky břišní dále pozitivně koreluje s příjmem živočišných produktů. Zatímco veganská dieta, která je asociována se sníženou postprandiální sekrecí inzulinu, působí preventivně. Z uvedeného vyplývá, že riziko představuje především diabetes mellitus druhého typu. Metaanalýza publikovaná v roce

2001 konstatuje, že pěti a víceleté trvání diabetu dvakrát zvyšuje relativní riziko následného rozvoje karcinomu pankreatu.“ (Zavoral, 2002, s. 35)

Stav po gastrektomii

Pro pacienty pro provedené parciální gastrektomii se udává úhrnné relativní riziko 1,8, které postupně narůstá na 3,6 ve 35. roce po operaci. Přestože zhoubné onemocnění slinivky břišní i vředová choroba žaludku a duodena sdílejí některé společné rizikové faktory, jako např. kouření, zdá se, že neoplastická transformace pankreatické tkáně je urychlena procesy podmíněnými samotným chirurgickým výkonem. Je zřejmé, že pacient po chirurgické resekci žaludku nadále kouří, své riziko oproti nekuřákům potencuje.

Cholelitiáza a cholecystektomie

Cholelitiáza ani cholecystektomie v současnosti nejsou uznávány jako samostatné rizikové faktory pro vznik nádorů pankreatu, i když se v odborném tisku stále objevují nové studie popisující vyšší relativní riziko u osob s anamnézou cholelitiázy nebo cholecystitidy. Příčiny popsané diskrepance je třeba spatřovat ve vyšším věku jako společném rizikovém faktoru pro vznik žlučových konkrementů i karcinomu slinivky břišní a nedocení této souvislosti některými autory. Dvě recentní retrospektivní studie ukázaly, že cholecystektomie provedená dříve než v průběhu dvou let před stanovením diagnózy zhoubného novotvaru pankreatu nepředstavovala vyšší riziko pro toto onemocnění.

Genetické faktory

Molekulární epidemiologie

Moderní medicína dospěla kvůli závratnému růstu poznatků molekulární biologie a genetiky k chápání karcinomu pankreatu jako primárně genetického onemocnění. Proces nádorové transformace je morfologicky popsán sekvencí chronické zánětlivé změny.

Familiární heredita

Dědičnými faktory lze vysvětlit asi 5% zhoubných nádorů pankreatu. Karcinom pankreatu byl popsán v rámci celé řady hereditárních chorob a syndromů, jako jsou například cystická fibróza, hereditární pankreatitida, hereditární nepolypózní kolorektální karcinom, familiární adenomatózní polypóza, syndrom atypického familiárního mnohočetného melanomu.

„Nově byl popsán familiární syndrom s dosud neidentifikovaným genovým lokusem sdružující projevy pankreatitidy, diabetu a karcinomu slinivky břišní. Jako nejčastější vrozená dispozice k malignímu onemocnění byly identifikovány zárodečné mutace v tumor supresorovém genu BRCA2. Studie analyzují více než tři a půl tisícový soubor pacientů s genetickou alterací BRCA2 nebo mnohočetným výskytem tumorů prsu či ovaria v rodině identifikovala 3,5krát větší riziko pro vznik karcinomu pankreatu oproti standardní populaci.“ (Zavoral, 2002, s. 34)

Hereditární pankreatitida

„Hereditární pankreatitida se řadí, obdobně jako cystická onemocnění pankreatu, mezi prekancerózy. Představuje 1 až 2 % všech zánětlivých onemocnění slinivky břišní. Jedná se o autosomálně dominantně vázané onemocnění s 80% penetrací podmíněné defektem genu pro trypsinogen, který je lokalizován na chromozomu 7q35. Nemocní s touto genovou lézí mají oproti běžné populaci riziko vzniku karcinomu pankreatu zvýšené 40 až 60krát. Zajímavostí je, že choroba vykazuje epigenetické rysy dědičnosti: relativní riziko obsahuje až 70 %, pochází-li mutovaná alela od otce. U kuřáků s hereditární pankreatitidou byl popsán až o dvě dekády časnější nástup nádorového onemocnění než u stejně disponovaných nekuřáků.“ (Zavoral, 2002, s. 34)

2.4.2 Patologická anatomie

Při stanovení diagnózy může mít nádor pankreatu průměr od 1 – 2 cm do 15 – 20 cm. Nádor většinou není jasně ohraničen vzhledem k okolní tkáni, což ztěžuje jeho odstranění operativní cestou. Nejčastěji je lokalizován v hlavě pankreatu – asi ve 2/3 případů, a zbývající třetina je uložena difuzně nebo nodulárně v těle nebo ocasu žlázy. Nádor vzniká pravidelně z epitelu pankreatických vývodů a na jeho lokalizaci a stupni obstrukce hlavního vývodu nebo jeho velkých větví do velké míry závisí klinický obraz. Při ucpání hlavního vývodu se pod místem, kde je stisknut, často nacházejí v pankreatické tkáni nespecifické zánětlivé a nekrotické změny. Na rozdíl od nálezu při akutní pankreatidě tyto nekrotické změny zřídka a ve velmi lehké formě zasahují peritoneum. Karcinom pankreatu časně metastazuje a první symptomatika je často spojena s postižením sousedních orgánů: dvanáctníku, mízních uzlin v portální zóně, velkých krevních cév – jaterních arterií a vrátnicové žíly. Metastázy karcinomu, který je umístěn v těle nebo ocasu žlázy, nebo bezprostřední prorůstání nádoru může být příčinou trombózy slezinné žíly. Nezřídka jsou splenomegalie a nález žaludečních nebo ezofágových varixů jako projevu tvorby kolaterál prvními klinickými příznaky karcinomu. Metastázy se objevují nejčastěji v játrech a plicích. (Maleev, 1988)

2.4.3 Klinický obraz nádoru pankreatu

V prvním stadiu tohoto závažného onemocnění nemusí pacient pociťovat žádné příznaky.

Bolest

Nejčastějším prvním manifestním symptomem je bolest. Může se projevit jako kolika, obvykle v pravém horním kvadrantu břicha, jako stálá tupá bolest lokalizovaná uprostřed epigastria a vystřelující dozadu ke kříži a jako paroxysmální bolest v blízkosti pupku s propagací dozadu ke kříži, na přední hrudní stěnu nebo do celého břicha. Při nádorech hlavy pankreatu je bolest nejčastěji lokalizována v epigastriu a pravém horním kvadrantu. Při nádoru v oblasti těla pankreatu je obvykle bolest lokalizována kolem střední čáry a při lokalizaci v ocasu v levém horním kvadrantu. Bolest může mít charakteristické příznaky tzv. pankreatické bolesti – zesiluje se v poloze vleže, hlavně v noci, zmírňuje se při sezení nebo předklonu. Tento charakter se vysvětluje rozpínáním zadního peritoneálního listu narůstajícím nádorem. Silná bolest, kterou nelze zmírnit analgetiky, je způsobena rozrůstáním nádoru v retroperitoneálním prostoru a zasažením nervových pletení a ganglií. Bolest většinou není spojena s jídlem, ale v případě poruchy průchodnosti hlavního pankreatického vývodu nebo některého z velkých postranních vývodů může být stimulace pankreatické sekrece vedoucí k rozpínání nad místem ucpaní, příčinou zhoršení bolestivého syndromu během jídla.

Žloutenka

Dalším symptomem, co se týče frekvence, je žloutenka. Pozorujeme ji asi u 65–80 % nemocných s karcinomem hlavy pankreatu a u velké části nemocných je hlavním důvodem k vyhledání lékařské pomoci. U mnoha nemocných zjišťujeme stížnosti na úporné svědění, které je způsobeno zvýšením hladiny sérových žlučových kyselin. Porucha enterohepatálního oběhu žlučových kyselin pravděpodobně přispívá k intermitentní zácpě s průjmem u některých nemocných s ikterickým syndromem. Žloutenka při karcinomu uloženém v těle nebo ocasu žlázy je pozdním projevem a hovoří se o vzniklých jaterních metastázách. Téměř vždy je žloutenka stálá a progreduje a někdy se stává velmi intenzivní. Jsou popsány také případy intermitentní žloutenky. Vymizení žloutenky v průběhu týdne nebo týdnů lze vysvětlit nekrotickými procesy v nádorové tkáni.

Úbytek tělesné hmotnosti

Dalším závažným příznakem je úbytek tělesné hmotnosti, často 3–4 kg za měsíc, někdy však až 12 kg. Úbytek hmotnosti nelze vysvětlit pouze nechutí k jídlu nebo poruchou trávení. Při lokalizaci karcinomu v těle nebo ocasu je úbytek hmotnosti také velmi výrazný, ačkoli u ní malabsorpční syndrom nemůže být tak zjevný jako u karcinomu hlavy pankreatu.

Potíže trávicího ústrojí

Velmi časté, i když nespecifické pro rakovinu pankreatu, jsou rozličné potíže trávicího ústrojí: říhání, zvracení, nechut' k jídlu. Častěji než nechut' k jídlu je pozorován odpor k jídlu nebo jeho úplné odmítání. Nemocní mají často pocit plnosti a plynatosti.

Krvácivé projevy

Krvácení, které hovoří o postižení žaludku, dvanáctníku nebo ampuly, lze zjistit přibližně u poloviny nemocných. Nejčastěji jde o okultní krvácení, ale u rozsáhlých erozí sliznice dvanáctníku nebo u výrazných varixů při trombóze slezinné žíly může dojít k masivnímu, život ohrožujícímu krvácení.

Někdy může být prvním příznakem karcinomu v oblasti těla nebo ocasu pankreatu tromboflebitida nebo flebotrombóza. Poruchu glukózové tolerance nebo vzniklý diabetes lze zjistit asi u 20–30% nemocných. Tyto projevy se častěji objevují pozdě v průběhu onemocnění, ale existují i zprávy o vzniku diabetu, který předcházel diagnóze karcinomu slinivky břišní.

Emoční problémy

U nemocných s karcinomem pankreatu se často objevují emoční poruchy – depresivní syndrom, strach, nespavost, neklid, někdy až pocit zániku, popřípadě sebevražedné úmysly. Část nemocných se nejdříve v počátečních stádiích onemocnění, dokud ještě není stanovena konečná diagnóza, léčí psychiatricky a neurologicky. Je to ale pouze část pacientů. Nejpravděpodobnějším vysvětlením psychických poruch je úporná bolest u starších pacientů, která léčením neustupuje, a která dokonce ani nemůže být lékařem vysvětlena. Strach z vyšetření, nálezů, léčby.

2.4.4 Fyzikální vyšetření

Fyzikálním vyšetřením se nejčastěji zjišťuje: prudké hubnutí, žloutenka, zvětšená a tvrdá játra, citlivost a bolestivost v horní polovině břicha a rezistence v oblasti pankreatu. Žlučník je zvětšen a lze jej nahmatat asi u 50 % nemocných. Nález velkého žlučníku s měkkými stěnami u nemocného se žloutenkou bez anamnestických údajů o biliární kolice je vážným podkladem pro podezření z poruchy průchodnosti extrahepatálních žlučových cest neoplastickým procesem. Zvětšená a tvrdá játra jsou většinou spojena s přítomností metastáz, častěji při karcinomu hlavy pankreatu než při lokalizaci v těle a ocasu žlázy. Splenomegalie může vzniknout jako důsledek komprese nebo trombózy slezinné žíly. „Auskultací lze zachytit šelest v periumbilikární oblasti v levém horním kvadrantu břicha. Tento nález se vysvětluje kompresí nebo invazí přírodní artérie nádorem. Palpace podle Grotta umožňuje vyhmátat nádor asi u 30 % vyšetřovaných nemocných. Trombózy a tromboflebitidy se zjišťují v době fyzikálního vyšetření asi u 10 % nemocných, a to častěji u nádoru těla a ocasu. Přibližně u 20 % nemocných je zjištěn ascites a periferní otoky. Tento nález je většinou spojen s rozsevem metastáz v peritoneu nebo s obstrukcí či trombózou vrátnicové žíly.“ (Maleev, 1988, s. 158–159)

2.4.5 Diagnostika karcinomu pankreatu

V klinické praxi zůstává hlavním požadavkem rychle provést po rozboru anamnezy, fyzikálního vyšetření a souboru základních vyšetřovacích metod další specializovaná zobrazovací vyšetření.

Neinvazivní vyšetřovací metody: Výpočetní tomografie (CT sken): vysokou výpovědní hodnotu mají především postkontrastní CT skeny s rozlišením arteriální a portální fáze náplně na spirálních přístrojích s citlivostí a specificitou 83%, resp. 93%. Omezením CT je zobrazení malých tumorů do 1.5cm a rozlišení nádorové pankreatické masy od zánětlivého pseudotumoru. CT má také nezastupitelnou úlohu při stanovení předoperačního stagingu schopností bezpečně vyhodnotit potenciální resektabilitu, přičemž extenzivní infiltraci sousedních orgánů, angioinvasi a přítomnost vzdálených metastáz považujeme za faktory znemožňující chirurgickou resekcí. (Zavoral, 2002)

Onkogenní markery: Ca 19-9 je nejčastěji studovaným onkogenním markerem v diagnostice a dispenzární péči nemocných s karcinomem pankreatu. Velký přínos stanovení Ca 19-9 pozorujeme při hodnocení účinku neoadjuvantní terapie, význam Ca 19-9 pro predikci resektability

a prognózy onemocnění je též nezpochybnitelný. Ki-ras onkogen nacházíme v pankreatické šťávě u 90% nemocných s karcinomem pankreatu.

ERCP má senzitivitu 92 % a specificitou 96 %. Neexistuje však pankreatogram zcela specifický pro karcinom.

Pro diagnózu karcinomu pankreatu je doporučován následující diagnostický postup:

1. Spirální CT
2. Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie ERCP
3. Endoskopický ultrazvuk s biopsií k doplnění předoperačního vyšetření.
4. PET CT

PET/CT je tzv. hybridní zobrazovací metoda, která kombinuje výpočetní tomografii (CT) s pozitronovou emisní tomografií (PET). Tato metoda se nejčastěji využívá pro vyšetření pacientů s podezřením na onkologické (nádorovým) onemocnění nebo nejčastěji jako kontrola po již provedené léčbě.

U mladších osob bez významné komorbiditidy má detailní předoperační staging menší význam, neboť chirurgická revize bez časového prodloužení může být u nich nejvhodnějším postupem.

Staging: V současné době je nejrozšířenější TNM klasifikace podle kritérií Union Internationale Contre le Cancer (UICC). Tento stagingový systém je standardizován pro potřeby mezinárodního srovnávání a je doporučen pro používání a sběr epidemiologických dat i v České republice.

Stagingová vyšetření

- CT
- Ultrasonografie
- Angiografie a Magnetická resonance
- Rentgen srdce a plic
- Nádorové markery: Ca 19-9 – význam jak pro diagnostiku, tak pro sledování průběhu onemocnění

TNM KLINICKÁ KLASIFIKACE A ROZDĚLENÍ DO STÁDIÍ:

Stadia choroby jsou definována TNM klasifikací. Systém TNM klasifikace je založen na popisu 3 složek anatomického rozsahu onemocnění:

T (tumor) – rozsah primárního nádoru (TX, Tis, T1 – T4), často doplněný o podrobnější vyjádření zařazením do podskupiny (např. T1a),

N (nodus) – přítomnost nebo nepřítomnost a rozsah metastáz v regionálních lymfatických uzlinách (NX, N0 – N2),

M (metastáza) – přítomnost nebo nepřítomnost vzdálených metastáz (MX, M0 – M1),

přítomnost vzdálené metastázy (kategorie M1) může být dále specifikována označením:

PUL – plicní, OSS – kostní, PLE – pleurální, HEP – jaterní, PER – peritoneální, MAR – kostní dřevě, BRA – mozkové, LYM – uzlinové neregionální, SKI – kožní, ADR – nadledvinkové nebo OTH – jiné.

Tab. č. 1 TNM klasifikace dle 6. vydání

T – primární nádor:	
TX	Primární nádor nelze zhodnotit
T0	Bez známek primárního nádoru
Tis	Karcinom in situ
T1	Nádor omezen na pankreas, 2 cm nebo méně v největším rozměru
T2	Nádor omezen na pankreas, větší než 2 cm v největším rozměru
T3	Nádor se šíří mimo pankreas. Nepostihuje však truncus coeliacus nebo arteria mesenterica superior.
T4	Nádor postihuje truncus coeliacus nebo arteria mesenterica superior
N – regionální mízní uzliny:	
NX	Regionální mízní uzliny nelze hodnotit
N0	V regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy
N1	Metastázy v regionálních mízních uzlinách jsou přítomny
M - vzdálené metastázy:	
MX	Vzdálené metastázy nelze hodnotit
M0	Nejsou vzdálené metastázy
M1	Vzdálené metastázy jsou přítomny. Doplnění dle lokalizace vzdálené metastázy:
M1 OSS	metastázy do kostí
M1 HEP	metastázy do jater
M1 LYM	metastázy do vzdálených uzlin
M1 PULM	metastázy do plic
M1 OTH	metastázy jinam
Faktor C – stupeň jistoty informace použité diagnostické metody	
C1	Informace získaná pouze klinickým vyšetřením
C2	Informace získaná speciální diagnostickou metodou
C3	Informace získaná chirurgickým diagnostickým nálezem
C4	Informace získaná po rozhodující operaci s úplným vyšetřením preparátu
C5	Informace získaná na základě pitvy

Tab. č. 2 Rozdělení stadií karcinomu pankreatu

Stadium 0	Tis N0 M0
Stadium IA	T1 N0 M0
Stadium IB	T2 N0 M0
Stadium IIA	T3 N0 M0
Stadium IIB	T1, T2, T3 N1 M0
Stadium III	T4 jakékoliv N M0
Stadium IV	jakékoliv T jakékoliv N M1

2.4.6 Terapie karcinomu pankreatu

2.4.6.1 Léčba konzervativní

Ke konzervativní léčbě se lékař uchýlí, jde-li o nemocného neúnosného k většímu operačnímu výkonu nebo tam, kde předoperační vyšetření ukázalo takový rozsah onemocnění, že nedává naději na úspěch operačního výkonu, a ten by přinesl nemocnému jen bolest a strádání. Tam nastupuje léčba onkologická a medikamentózní, případně se zavedením stentu do žlučových cest endoskopickou cestou.

2.4.6.2 Léčba chirurgická

„U nemocného s karcinomem pankreatu je v současné době radikální výkon jedinou léčebnou metodou, která signifikantně prodlouží nemocnému život. V případě pokročilé choroby by měl být chirurgický paliativní výkon plánován pouze tam, kde může nemocnému zjevně prospět.“ (Ryska, 2006).

„Odhad počtu nemocných, kteří jsou indikováni k chirurgické resekci, se výrazně liší. Friess (Heidelberg) udává 10 %, Pitt (Baltimore) v případě, že kontrastní CT předoperačně neprokáže metastatické postižení jater, uvádí 75 %. Za současný standardní chirurgický resekční výkon při lokalizaci nádoru v hlavě pankreatu je považována proximální duodenopankreatektomie. Indikací k provedení standardního výkonu je nádor do velikosti 5 cm při absenci angioinvaze do porty a dolní mezenterické žíly, nepřítomnosti postižení vzdálených mízních uzlin (N3) a vzdálených metastáz (M1). Ve 25–30 % případů karcinomu pankreatu je nádor lokalizovaný v oblasti těla a kaudy pankreatu. Vzhledem k tomu, že se klinicky karcinom této lokalizace většinou projeví pozdě, je

indikováno k resekcčnímu výkonu jako k operaci radikální - distální pankreatektomii – pouze 10 % nemocných. Radikální odstranění nádoru je racionální při stadiu T1-3, N0-1, M0.“ (Zavoral, 2002). Operační zákrok probíhá v celkové anestezii v poloze na zádech. Operační přístup je jedním řezem v nadbřišku ve střední čáře nebo řezem napříč. Nádorem postižená část slinivky je uvolněna s okolní tkání a odstraněna. Rozsah zákroku závisí na rozsahu a umístění nádoru.

Nádor v levé polovině slinivky vyžaduje nejčastěji současné odstranění sleziny. Nádory pravé poloviny slinivky je nutno často odstranit spolu s dolní částí žaludku, dvanáctníkem, žlučníkem a dolní částí žlučového. Rekonstrukce u pravostranné resekce slinivky spočívá v zavedení ocasu slinivky do kličky střeva spolu se žlučovodem a napojením zbylé části žaludku. Levostranná resekce slinivky je tedy technicky méně náročná. Někdy je při operacích pankreatu nutná transfuze. Délka výkonu závisí na rozsahu nálezu a konstituci nemocného.

V případech, kdy nelze radikálně postiženou část slinivky odstranit, jsou prováděny spojkové výkony mezi žlučovými cestami a dvanáctníkem nebo žaludkem, mezi žaludkem a první kličkou tenkého střeva k odstranění příčiny žloutenky a zvracení. (Šváb, 2000)

Chirurg může odstranit postiženou část slinivky nebo slinivku celou. Rozsah chirurgického výkonu závisí na umístění nádoru a jeho velikosti:

Whippleova operace: provádí se v případě, kdy je nádor lokalizován v hlavě slinivky (nejčastější případ), chirurg odstraní hlavu slinivky společně s přilehlou částí žaludku a tenkého střeva se žlučovými vývody a eventuálně další přilehlé tkáni.

Distální pancreatectomie: odstranění těla a ocasu slinivky, když se nachází tumor v této oblasti, společně se odstraní také slezina.

Totální pancreatectomie: chirurg odstraní celou slinivku, část tenkého střeva, žaludku, společné žlučové kanálky, žlučník, slezinu a přilehlé lymfatické uzliny. V případě, kdy nelze nádor kompletně odstranit a nádor znemožňuje odtok žluče a průchod dvanáctníkem, chirurg provede pouze **spojkovou operaci – bypass**. Tím se obnoví průchod šňáv zažívacím traktem a odstraní se žloutenka a bolesti plynoucí z blokády. Stejně tak se přemostí překážka způsobená tumorem gastro-enteroanastomozou.

Pro sestry to znamená převážně předoperační a pooperační ošetrovatelská péče o pacienty.

Příprava pacienta před operací

Vždy se začíná psychologickou přípravou, kdy pacientovi vysvětlíme v rámci svých kompetencí vše ohledně přípravy před operací i následně po operaci. Je dobré pacientovi sdělit, že bude po výkonu na jiném oddělení, kde bude monitorován jeho zdravotní stav, aby se nevyděsil při probuzení z narkózy. Nadále odebereme pacientovi krev dle ordinace lékaře (nejčastěji biochemické vyš., jaterní testy, KO, APTT, INR), objednájí se 2 krevní jednotky na transfuzním oddělení, změříme pacientovi základní fyziologické funkce, EKG, pošleme na vyšetření RTG srdce a plic, UZ, CT, popřípadě ERCP. Vše samozřejmě na ordinaci lékaře. Někdy je při žloutence nemocnému zajištěn volný odtok žluči endoskopicky zavedením drénu (stentu). Pacient 8 hodin nepřijímá per os potravu, tekutiny. Také připravíme (oholíme) operační pole (od mečíku po tříslu), provedeme bandáž dolních končetin. Těsně před operací podáváme premedikaci dle ordinace lékaře.

Pooperační péče

Po operaci je nemocný umístěn na JIP, kde podle stavu je zpravidla extubován, pokud není extubován přímo na operačním sále. Sledujeme fyziologické funkce, laboratorní hodnoty, zejména důležité jsou amylázy v séru i moči (pokud nebyla totální pankreatektomie). Důležitá je korekce glykemie. Dále sledujeme operační ránu, zejména prosáknutí obvazu, výdej z drénu, permanentního katetru a žaludeční sondy, která odvádí vzduch a sekrety zažívacího traktu, čímž usnadňuje obnovení peristaltiky, a jednak slouží k zahájení časně enterální výživy. Dále tlumíme bolest. Samozřejmě je péče o invazivní vstupy (flexila, centrální žilní katetr, port katetr). Zpočátku je dieta nic per os, infuzní a parenterální terapie, později čaj po lžičkách, následuje enterální výživa, která se podává okolo 6. pooperačního dne, dle laboratorních výsledků. Drény jsou odstraněny podle sekrece, většinou okolo 7. pooperačního dne. Kožní stehy jsou odstraněny mezi 7 a 10. pooperačním dni. Pokud je stav bez komplikací, pacient odchází do domácího léčení po 12. pooperačním dnu. Pacient musí být již převeden na perorální stravu, je určeno, jak nemocný bude korigovat zvýšenou hladinu glukosy v krvi -zda dietou či inzulinem či jinými léky. Může být doporučeno dodávat enzymy štěpící tuky a bílkoviny formou tablet. Vždy nemocného sleduje gastroenterolog nebo pankreatolog a onkolog.

2.4.6.3 Léčba endoskopická

Vzhledem k pozdní diagnóze onemocnění KP a jeho nízké resekabilitě, zůstává endoskopická paliace často jediným řešením. Nejčastějším důvodem pro endoskopickou paliaci je obstrukční ikterus, který doprovází až 70% onemocnění. Endoskopicky jsou řešeny i tumorosní obstrukce východové části žaludku a duodena. Přestože byla intenzivně zkoumána i možnost endoskopicky asistované lokální chemoterapie, nebyl efekt této terapie přesvědčivě prokázán v žádné kontrolované studii.

2.4.6.4 Chemoterapie

V onkologii se pod pojmem chemoterapie rozumí podávání léků s cytotoxickým účinkem, které působí na růst a proliferaci buněk. Pro každého pacienta podstupujícího chemoterapii jsou dávky léčiv stanoveny individuálně dle jeho tělesných parametrů. Podání cytostatik je ordinováno nejčastěji intravenózně. Pracoviště využívají k aplikaci cytostatik podkožně implantovaný port. U karcinomu pankreatu nemá léčba zaměřená pouze na podávání jednoho nebo více cytostatik, velký léčebný efekt. Vzhledem k pozdní diagnóze nádoru se chemoterapie většinou aplikuje až ve značně pokročilém stadiu onemocnění, což vysvětluje jen malý dopad na délku přežití a kvalitu života nemocných. 5-fluorouracil (5-FU) zůstává nejrozšířenějším cytostatikem pro karcinom pankreatu s udávanou 28% odpovědí. Nejběžnější léčebná schémata v současnosti spočívají v kontinuální infuzi 1000mg/m²/den 5-FU nebo intravenózně aplikovaném bolusu v dávce 400 až 500 mg/m² každý den po dobu 5 dní, které se 4 až 5x opakují v 28denních intervalech. Adjuvantní onkologickou léčbu je třeba indikovat přísně individuálně u pacientů s lokoregionálně pokročilými nádory (T3) nebo karcinomy jakéhokoli T stadia při postižení regionálních mízních uzlin. U těchto nemocných je riziko lokoregionální recidivy nejvyšší. Velké naděje se vkládají do zatím experimentálních manipulací ovlivňujících molekulárně biologické pochody kancerogeneze (Zavoral, 2002). Kombinace cytostatik k léčbě karcinomu pankreatu – obrázek č. 1 na následující straně (Slováček a spol., 2004).

Obr. č. 1 Kombinace cytostatik k léčbě karcinomu pankreatu

Cytostatikum	Denní dávka (mg/m ²)	Způsob aplikace	Dny aplikace	Opakování cyklu
5-fluorouracil	600	inf.	1.	1x za 3 týdny
epirubicin	50	i. v.	1.	
mitomycin C	6	i. v.	1.	
gemcitabin	1000	inf.	1.	1x za 3 týdny
oxaliplatin	100	inf.	2.	
streptozotocin	1000	i. v.	1., 8., 29., 36.	1x za 8 týdnů
5-fluorouracil	600	i. v.	1., 8., 29., 36.	
mitomycin C	10	i. v.	1.	
5-fluorouracil	300	inf.	1.–5.	1x za 5 týdnů
doxorubicin	40	i. v.	1.	
cisplatin	60	i. v.	1.	

2.4.6.5 Současná strategie léčby

Léčba stadia I nádorů pankreatu

Asi u 20 % pacientů je během operace možno provést resekční výkon. Operační mortalita se pohybuje pod 10 %. Přibližně 40 % pacientů s nádorem lokalizovaným v hlavě pankreatu přežívá 2 roky po operaci, zejména u T1, N0, M0 stadia. Průměrné přežití je 9–18 měsíců.

Terapeutické postupy:

Radikální resekce pankreatu – operační výkon podle lokalizace event. adjuvantní chemoterapie 5-FU, leukovorin.

Operační výkony:

- Whippleova operace (hemipankreatoduodenektomie).
- Totální pankreatectomie – u nádorů zasahujících do těla pankreatu.
- Distální pankreatectomie (resekce levé poloviny pankreatu).

Léčba stadia II nádorů pankreatu

Toto stadium zahrnuje téměř vždy nádory processus uncinatus. Pouze menší část pacientů se stadiem II je technicky resekovatelných. U neresekovatelných nádorů je prováděn paliativní bypass pro obstrukci žlučových cest – chirurgicky, endoskopicky nebo radiologicky (PTD).

Při stenóze duodena je prováděna gastroenteroanastomóza. Průměrné přežití u těchto pacientů je 5 měsíců.

Terapeutické postupy:

Resekce pankreatu pokud je možná, po radikální operaci adjuvantní chemoterapie 5-FU, leukovorin nebo gemcitabin nebo paliativní operační výkon + konkomitantní chemoradioterapie event. paliativní chemoterapie s gemcitabinem.

Operační výkony:

- Resekční zákrok na pankreatu.
- Paliativní chirurgický bypass žlučových cest, perkutánní transhepatický stent žlučových cest nebo endoskopický stent žlučových cest.
- Při obstrukci duodena též gastroenteroanastomóza.

Konkomitantní chemoradioterapie:

5-fluorouracil 300 mg/m²/24 hod. kontinuálně i.v. den 1–25 souběžně s radioterapií nebo

5-fluorouracil 400 mg c.d. i.v. bolus 1–4. a 17.–20. den ozařování.

Radioterapie: 45 Gy (25 frakcí)

Systémová chemoterapie: FU/FA Mayo režim; gemcitabin 1000 mg/m² D 1,8,15 interval 4 týdny

Léčba stadia III nádorů pankreatu

Pouze malé množství pacientů s tímto stadiem nádoru je technicky resekabilních a jen výjimečně je takový pacient vyléčitelný. Mnohem častěji je u těchto pacientů prováděn paliativní biliodigestivní bypass cestou chirurgickou, endoskopickou nebo radiologickou.

Při obstrukci duodena provádíme též gastroenteroanastomózu.

U neresekabilních nádorů jsou využívány postupy k tlumení bolesti jako je alkoholizace splachnických nervů 50% alkoholem, blokáda ganglion coeliacum, thorakoskopická splanchniectomie.

Paliativní operační výkon + konkomitantní chemoradioterapie s 5-FU, event. systémová paliativní chemoterapie s gemcitabinem, event. resekce pankreatu pokud je možná + adjuvantní chemoterapie s gemcitabinem.

Operační výkony:

- Resekční zákrok na pankreatu, doplněný o chemoterapii a radioterapii (nebo bez této doplňující léčby).
- Paliativní chirurgický bypass žlučových cest, perkutánní transhepatický stent žlučových cest nebo endoskopický stent žlučových cest.
- Při obstrukci duodena též gastroenteroanastomóza.

Konkomitantní chemoradioterapie:

5-fluorouracil 300 mg/m²/24 hod. kontinuálně i.v. den 1–25 souběžně s radioterapií nebo

5-fluorouracil 400 mg c.d. i.v. bolus 1–4. a 17.–20. den ozařování.radioterapie: 45 Gy (25 frakcí)

Systémová chemoterapie: gemcitabin 1000 mg/m² D 1,8,15 interval 4 týdny

Poznámky k radioterapii u karcinomu pankreatu

Uložení pankreatu v blízkosti radiosenzitivních struktur je limitujícím faktorem pro výši dávky. Proto se využívá potenciace radioterapie různými cytostatiky. O významu adjuvantní chemoradioterapie se diskutuje a její přínos není zcela jednoznačný. Standardní je prozatím indikace současné chemoradioterapie u neresekabilních nádorů pankreatu. Jako nejvhodnější se ukázala radioterapie v dávce 45 Gy/5fr/t potencovaná kontinuální infuzí 5-fluorouracilu den 1–25 v dávce 300 mg/m²/d.

Léčba stadia IV nádorů pankreatu

Současná chemoterapie vykazuje u těchto nádorů nízký terapeutickou odpověď a malý vliv na délku přežití. Dle klinických studií nejvyšší účinnost ze současných cytostatik prokázal gemcitabin. Fáze III. klinické studie gemcitabin versus 5-fluorouracil v léčbě první linie pokročilého nebo metastatického karcinomu pankreatu prokázala signifikantní zlepšení v přežití u pacientů léčených gemcitabinem (1-leté přežití bylo 18% u gemcitabinu oproti 2% u 5-fluorouracilu).

Biologická léčba s erlotinibem byla registrována v EU v kombinaci s gemcitabinem pro léčbu nemocných s metastazujícím karcinomem slinivky břišní v roce 2006 na základě výsledků klinické studie III. fáze PA.3. V této studii léčba s kombinací erlotinib + gemcitabin oproti léčbě se samotným gemcitabinem prodloužila medián přežití pacientů s metastatickým onemocněním přibližně o 1 měsíc bez zhoršení kvality života takto léčených nemocných.

Retrospektivní analýza ukázala, že pacienti, u kterých se objevila kožní vyrážka, měli statisticky významně delší dobu celkového přežití než nemocní bez projevů vyrážky.

U nemocných, u kterých se během prvních 4 až 8 týdnů léčby vyrážka neobjeví, je nutno znovu zvážit pokračování léčby přípravkem erlotinib.

Terapeutické postupy:

Systémová terapie:

gemcitabin 1000 mg/m² D 1,8,15 interval 4 týdny

gemcitabin 1000 mg/m² D 1,8,15 interval 4 týdny + erlotinib (Tarceva) 100 mg tbl. per

os 1x denně

Operační výkony:

- Zákroky snižující bolest (blokáda ganglion coeliacum, thorakoskopická splanchnicectomie)
- Paliativní chirurgický bypass žlučových cest, perkutánní transhepatický stent žlučových cest nebo endoskopický stent žlučových cest.
- Při obstrukci duodena též gastroenteroanastomóza.

Sledování:

Po resekčním výkonu: první rok každé 2 měsíce, dále každé 3 měsíce: klinické vyšetření, PS, krevní obraz, biochemie, TU markery, rtg plic po 6 měsících, ultrazvuk eventuelně CT břicha první rok po 3 měsících, dále po 6 měsících.

Po paliativní léčbě u inkurabilního onemocnění kontroly dle potřeby. (Karásek, 2003)

2.4.7 Výsledky léčby karcinomu pankreatu

Karcinom pankreatu je chorobou zřídka vyléčitelnou. Největší šance na vyléčení existuje tehdy, kdy je nádor lokalizován pouze v pankreatu. Toto stadium choroby je však zachycenou méně než 20 % případů a i u kompletně resekovaných nádorů je 5leté přežití asi u 5 % pacientů. U nádorů menších než 2 cm bez metastáz do lymfatických uzlin a bez prorůstání přes pouzdro pankreatu činí 5leté přežití asi 20 %. Bereme-li v úvahu pacienty se všemi stadii choroby, pak 5leté přežití je asi 1 %, přičemž většina pacientů umírá již během jednoho roku. Symptomy choroby mohou záviset na lokalizaci nádoru pankreatu a rozsahu postižení. Paliativní chirurgická nebo radiologická dekomprese žlučových cest, gastroenteroanastomóza a ovlivnění bolesti mohou zlepšit kvalitu života, i když neovlivní délku přežití. (Karásek, 2009)

2.5 Ošetrovatelská péče o pacienty s onemocněním karcinomu pankreatu

2.5.1 Podpora pacientů s karcinomem pankreatu

Život s takto vážným onemocněním není snadný. Pacienti si z počátku při stanovení diagnózy neuvědomují, co vše je v průběhu terapie čeká. Jsou ve stresu z názvu samotné diagnózy, mají obavy o svou budoucnost, ale i budoucnost své rodiny, jak jim diagnózu sdělí a nepochybně

i z toho, jak se bude nemoc vyvíjet, zda terapie bude úspěšná a jaké budou její vedlejší účinky. Proto by měla zdravotní sestra a nejen ona, samozřejmě i všichni zdravotnický personál, mít pochopení k pacientovým náladám, obavám, dotazům, kterých je někdy nespočet a které se mohou opakovat. Každého také zajímá, jakým způsobem bude jejich život pokračovat. Je důležité, aby byl všichni zdravotnický personál trpělivý a dokázal naslouchat, pokud si to pacient přeje. Někteří pacienti naopak vyžadují klid a nechtějí o své nemoci hovořit. I to bychom měli respektovat.

Lékaři, zdravotní sestry a další členové zdravotnického týmu by měli být schopni v rámci svých kompetencí odpovídat na otázky týkající se pobytu v nemocnici, stravování, léčby nebo jiných záležitostí. Hospitalizovaný pacient by měl být informován o možnosti setkání se sociálním pracovníkem, který může navrhnout možnosti pro finanční pomoc, popřípadě sociální nebo domácí péči, informuje ohledně jejich možností. V případě potřeby by měla být možnost využít psychoterapie, a pokud je věřící, tak by mělo být samozřejmostí informovat ho o konání Mše svaté v areálu nemocnice, popřípadě by mu měla být umožněna konzultace s knězem nebo jiným duchovním. Vše citlivě a podle situace! Pacient nesmí mít pocit, že mu nabízíme promluvu s knězem z jiných důvodů. Důležitá je péče i o rodinné příslušníky, zejména v pokročilejším stádiu onemocnění, když je pacient v domácí péči. Rodina by měla mít informace o agentuře domácí péče, která může značně pomoci s ošetrovatelskou péčí o klienta.

Agentura domácí péče

V Královéhradeckém kraji je v dnešní době dostatečné pokrytí domácích agentur poskytující ošetrovatelskou péči. Sestra pracující v domácí agentuře je schopna zajistit celkovou péči o pacienta, včetně infuzní terapie, podávání opiátů, odběrů krve, komplexní ošetrovatelské péče i vedení dokumentace. Má vypracovaný ošetrovatelský plán, který aktualizuje dle stavu pacienta. Dbá pokynů lékaře. Je důležité zdůraznit, že nepodává chemoterapii ani transfuze. Domácí péči hradí zdravotní pojišťovna. Pacient by měl dostat informace v ambulanci, denním stacionáři, popřípadě před ukončením hospitalizace. Je možno domluvit i sociální pracovníci, která v případě potřeby pacientovi pomůže s jinou péčí než ošetrovatelskou – nakupování, dovoz jídla, úklid, vyzvednutí receptu v lékárně apod. Sociální péči si již pacient hradí sám dle sazebníku, avšak je důležité ho upozornit, že dle výše příjmu, je možné dostat sociální příspěvky. Pokud je pacient ve vážnějším stavu a vyžaduje péči nepřetržitě, určitě bych v této práci chtěla zmínit důležitost Jednotky respitní péče, kde může být pacient hospitalizován na týden až 14 dní, pokud si rodina potřebuje zařídit svoje záležitosti, nebo si odpočinout. V případě, že pacient nemůže být

v domácím prostředí a jeho zdravotní stav je velmi vážný, měl by být pacient informován i o Hospitní péči, která je v našem kraji v Červeném Kostelci a v Chrudimi.

2.5.2 Port systém

Intravenózní port je dlouhodobý tunelizovaný katétr, který je tvořen titanovou komůrkou a silikonovým nebo polyuretanovým katétre, viz obrázek č. 2. Tento katétr zavádí lékař do centrálního řečiště. Ač nenápadná, titanová komůrka se využívá zejména v moderní léčbě nádorových onemocnění. Port není vhodný pro všechny pacienty. Například u pacientů s poruchou koagulace, morbidní obezitou či kachexií nebo u pacientů s infekcí či sepsí, by se zavádět neměl.

Obr. 2 Port katetr (Mihaliková, 2011)



Zásady péče o implantované katetrové systémy

1. Napichování portu jehlou má být prováděno za sterilních podmínek. Dezinfekce by měla být provedena mechanicky a nikoli pouze sprejem. Punktuje se zásadně ve sterilních rukavicích.
2. K punktování portu je nutné používat jen speciálních jehel se zvláštním brusem, které snižují riziko poškození nebo vyražení silikonové membrány (Hubertova jehla).
3. Port nemá být používán ke krevním odběrům.

4. Při zavedené jehle provádíme denní kontrolu k posouzení správné pozice jehly, její korektní fixace a eventuálních známek infekce v místě vpichu.
5. Častější manipulacím s punkční jehlou je třeba se vyvarovat.
6. Je třeba dávat přednost zavedení jehly na delší dobu přes i několik dní před opakovaným punktováním.
7. Odstranění punkční jehly probíhá za kontinuálního proplachování systému roztokem Heparinu ve fyziologickém roztoku (1000 IE Heparinu do 10 ml).
8. Příslušné pokyny k použití a doporučení daná výrobcem je třeba dodržovat.
9. Je vhodné, aby si pacient vedl a neustále při sobě nosil průkaz, ve kterém jsou dokumentovány všechny podstatné údaje.

Jelikož špatnou manipulací je možné port nenávratně poškodit, nepřeceňujeme své dovednosti, a pokud si nejsme jisti, raději do portu nevstupujeme.

Nejčastější obtíže

Port nelze propláchnout: Může se stát, že port nepůjde propláchnout, v tomto případě můžeme zkusit zavést dvě Huberovy jehly, přičemž na jedné je nasazena prázdná stříkačka a na druhé stříkačka s fyziologickým roztokem a heparinem (podle standardu oddělení). Aplikujeme pomalu malé množství heparinu a zároveň druhou stříkačkou aspirujeme – tímto se komůrka uvnitř propláchnou. Vždy je potřeba informovat lékaře a domluvit se, zda lze takto postupovat.

Nelze aspirovat: V případě, že nelze aspirovat, ale roztok jde aplikovat, opět informujeme lékaře. Pokud rozhodne, že můžeme aplikovat léčivo, nesmíme zapomenout napsat do portového průkazu, že aspirace neproběhla!

Použití stříkačky o objemu menším než 10 ml: Stříkačky o objemu menším než 10 ml by se neměly používat, protože při aplikaci/aspiraci je vyvíjen větší tlak/podtlak a mohlo by tak dojít k poškození portu.

Vstup do portu u pacienta v bezvědomí a bez portového průkazu: Nikdy nelze vstupovat do portu u takového pacienta, protože nevíme, kdy byl pacientovi port naposledy proplachován!

Pokud se lékař rozhodne do portu vstoupit, je nezbytné provést záznam do dokumentace a do portového průkazu. (Mihaliková, 2011)

2.5.3 Easypumpy

V dnešní době jsou prostředky, které pacientovi dopomohou při podávání chemoterapie. Neustálý výzkum a vývoj zdravotnických prostředků dopomáhá k zajištění co nejlepší péče pro pacienty. Jednou z moderních technologií je kontinuální podávání chemoterapie pomocí infuzní soustavy Easypump – elastomerická infuzní pumpa vyrobená tak, aby dala sestřám v nemocnici nebo v domácím ošetření možnost podat pacientovi předem určené množství léku kontinuálním a přesným způsobem. Jedná se o jednorázovou pomůcku, která je určena k nepřetržitému podávání léků intravenózní, intraarteriální, intramuskulární, subkutánní nebo epidurální cestou. Pro pacienta s karcinomem pankreatu je důležité venózní podání-venózní přístup – port katetr.

Obr. 3 Easypump LT



Je nutné zdůraznit, že tento systém není určen k podávání transfuze a krevních derivátů, infusí lipidů a emulsí. Tato souprava je nezávislá na přívodu dodávek energie nebo na bateriích, což je velká výhoda. Pacient nemusí mít obavy ohledně dobíjení baterií apod. Může se tedy pohybovat kdekoliv. Princip fungování elastomerické infuzní pumpy je jednoduchý. Podání léku pacientovi je udržováno pozitivním tlakem elastomerické membrány. Rychlost toku je stanovena kombinací omezovače průtoku a pozitivního tlaku membrány. Tyto pumpy rozlišujeme dle objemu, průtokovosti a časového průtoku. Důležité je také to, zda se jedná o pumpu Easypump ST, která musí být naplněna 4 hodiny před použitím, nebo zda se jedná o Easypump LT, která je připravena k okamžitému použití. Pacient dochází do denního stacionáře, kde mu sestra aplikuje část chemoterapie a poté mu nastaví Easypump s cytostatiky dle ordinace lékaře (např. 24 h, ale i déle) a pacient může odejít domů. Poté přijde na domluvenou kontrolu, kde sestra ošetří port systém dle standardů a domluví se na další termín návštěvy. Pacient ji sdělí průběh předešlých dnů. Klient musí být poučen, že v případě jakékoliv pochybnosti se musí dostavit ihned na ambulanci. Jelikož se jedná o skladnou pumpu, která není na první pohled vidět, viz obrázek č. 4, pacienti jsou s touto pomůckou spokojeni.

Obr. 4 Použití pumpy v praxi



2.5.4 Nežádoucí účinky chemoterapie – doporučení sestry

Mezi nejčastější nežádoucí účinky chemoterapie patří nevolnost, zvracení, únava, záněty sliznic, poškození nervů, infekce, průjem nebo zácpa, vypadávání vlasů.

Nevolnost

V případě nevolnosti doporučíme pacientovi, aby místo obvyklé snídaně, obědu, večeře jedl menší porce po celý den. Jíst i pít by měl tedy často a pomalu. Vyhnout by se měl smaženým, tučným, sladkým nebo silně aromatickým pokrmům. Jídlo by mělo mít pokojovou teplotu. Pacientovi bychom měli doporučit vhodné a nevhodné potraviny (viz příloha). Doporučíme pacientovi konzultaci s lékařem ohledně další terapie týkající se nevolnosti.

Únava

Příčinou únavy je samotné onemocnění, ale i léčba této nemoci. Doporučíme pacientovi, aby si krátce zdřímnul, ale není vhodné, aby hodně spal na lůžku, měli bychom jej vysazovat do křesla. Nabídnout krátké cvičení, menší procházky. Můžeme zapojit i rodinu. Energii by si měl pacient šetřit na to, co ho baví, co dělá rád.

Záněty sliznic, vředy v ústech

Některé druhy chemoterapie mohou způsobit zánět sliznic, proto před jejím zahájením by pacient měl navštívit zubního lékaře, aby se zkontroloval stav sliznice, informoval o vhodnosti zubního kartáčku, popřípadě techniky čištění zubů. Tímto se může částečně předejít problémům v dutině ústní, které by mohly vést k dalšímu snížení příjmu potravy. Pro pacienta to znamená zvýšit péči o dutinu ústní, celkově i hygienickou péči.

Infekce

Při podávání chemoterapie se musí dbát na prevenci infekce. Nejen zdravotnický personál, ale i sám pacient může ovlivnit její vznik. Proto mu doporučíme často si umývat ruce mýdlem, zejména před jídlem, po použití toalety a samozřejmě i během dne. V případě poranění řádná dezinfekce, aseptický postup, rána by měla být v suchu a čistotě do zahojení. V případě domácí péče a práce používat ochranné pomůcky, dávat pozor na poranění – říznutí nožem, popřípadě holení. Pacient by se měl vyhnout podestýlce od koček a ptáků, popřípadě jiné zvěře.

Průjem

Průjem je definován jako tři a více řídké stolice za den. V případě dlouhotrvajícího průjmu je nutno informovat lékaře. Pokud je průjem první den, můžeme doporučit pacientovi vařenou zeleninu (mrkev, fazole...), libové maso, ryby, ovoce bez slupky. Dále viz příloha o doporučených potravinách. Nesmíme zapomenout na dostatek tekutin – čaje, vody. Určitě by pacient měl informovat zdravotnický personál o dalším vývoji. V případě, že je pacient hospitalizován, sestra měří příjem a výdej tekutin. V případě potřeby zajistí infuzní terapii dle ordinace lékaře.

Zácpa

Zácpa je méně časté nebo obtížné vyprazdňování střeva a představuje výraznou odchylku od normálního vyprazdňování stolice. Může se vyskytovat u léčby analgetik, opiátů. Důležitá je strava, zejména kompoty, švestky, vláknina apod., dostatečná hydratace pacienta, pohybová aktivita, masáže a posilování břišní stěny. Nesmíme zapomínat na soukromí a polohu v polosedě, pokud pacient leží na lůžku, nikdy ne ve vodorovné poloze.

Vypadávání vlasů

Vypadávání vlasů je zejména u pacientů ženského pohlaví psychický problém. Je důležité je upozornit na programy pojišťoven a příspěvků na paruky. V dnešní době je celá škála druhů v tak vynikající kvalitě, že není poznatelné, že člověk paruku má. To je důležité zdůraznit.

2.5.5 Ošetřovatelské diagnózy

U stanovení ošetřovatelských diagnóz je vždy důležitý aktuální stav pacienta i to, v jakém stádiu onemocnění se nachází. Mezi časté ošetřovatelské diagnózy patří - bolest akutní, bolest chronická, nauzea, beznaděj, bezmocnost, strach, neznalost potřeba poučení, spánek porušený, průjem, zácpa, pohyblivost porušená, péče o sebe sama nedostatečná, obraz těla porušený, neprospívání dospělé osoby, neochota ke spolupráci, kožní integrita porušená, tkáňová integrita porušená, komunikace verbální porušená (u intubovaných pacientů po operačním výkonu), chirurgické zotavení porušené, adaptace porušená, sexuální dysfunkce, tělesné tekutiny riziko deficitu, infekce riziko vzniku, poranění zvýšené riziko, kožní integrita riziko porušení a aspirace zvýšené riziko.

Toto vážné onemocnění ovlivňuje život nemocného po mnoha stránkách. Proto se objevují výzkumy zkoumající kvalitu života u tohoto onemocnění.

2.6 Kvalita života

2.6.1 Historie kvality života

Termín „kvalita života“ byl v historii prvně zmíněn v oblasti politické. Poprvé jej použil Pigou v roce 1920 v práci, zabývající se ekonomikou a sociálním zabezpečením (Dragomirecká & Škoda, 1997). Předmětem jeho výzkumu byl dopad státní podpory pro sociálně slabší vrstvy, na jejich život a také na státní rozpočet. Boj s negramotností, nemocemi a chudobou se prosadil v řadě sociálních reforem. Později tento termín použil americký prezident J. F. Kennedy a L. B. Johnsonem v politickém sloganu hovořící o ekonomické prosperitě. Poukazoval na to, že ekonomický růst vede lid ke zvýšeným požadavkům, které nelze vždy uspokojit a tudíž ukazatelem kvality života je především to, jak dobře se za určitých podmínek lidem žije. V 70. letech v Německé spolkové republice politik Willy Brandt uvedl politický program, ve kterém chtěl dosáhnout lepší kvality života pro své spoluobčany. Tento pojem brzy zdomácněl v sociologii. V USA proběhlo první celonárodní výzkum na kvalitu života obyvatel, zejména z důvodů odhalení, jak lidé sami hodnotí svůj život, a následnému zaměření se na vytvoření indikátorů kvality (Payne, 2005).

Po roce 1968 se kvalita života stává předmětem zájmu medicíny, a to především onkologie, traumatologie a farmakologie, v souvislosti s otázkou, zda je přínosné u pacientů aplikovat nákladnou a zatěžující terapii s prognosticky nejasným přínosem (Dragomirecká & Škoda, 1997).

V roce 1974 Evropská komise OSN systematizovala sociální indikátory kvality života:

- zdraví
- kvalita pracovního prostředí
- nákup zboží a služeb
- možnosti trávení volného času
- pocity sociální jistoty
- možnosti rozvoje osobnosti
- fyzikální kvalita životního prostředí
- možnosti účasti na společenském životě (Halečka, 2002)

Zkoumáním kvality života se zabývalo postupně více a více států, ať už v politické, sociální nebo lékařské sféře. Zejména v posledních letech se maximálně věnují kvalitě života všechny vyspělé země. Je spousta výzkumných pracovišť i týmů, které se touto problematikou zabývají, vyhodnocují a zároveň porovnávají výsledky s ostatními státy. Kvalita života se v současné době používá pro hodnocení zdravotních a sociálních intervencí u širokého spektra onemocnění, postižení a nepříznivých okolností. V lékařství se nejčastěji zvolí skupina pacientů se stejným onemocněním, popřípadě se doplní o další kritéria (věk, stádium onemocnění, pohlaví...). Je vhodné použít specifický nástroj, který je zaměřen přímo na konkrétní onemocnění. Cílem je definovat faktory, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu. (Payne, 2005)

2.6.2 Pojem kvalita života

Definovat kvalitu života není snadné. V současné době je spousta definic, které vyjadřují tento pojem, avšak žádná z nich není všeobecně akceptována. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života: *„Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“*.

Kvalita života je obvykle definována jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“. Tato subjektivnost v hodnocení vlastní situace ovšem nevyklučuje objektivní přístup, resp. hledání objektivních kritérií – měření objektivní stránky kvality života. Postižení a měření subjektivní stránky kvality života je o něco složitější, neboť lidský život je jedinečný a mnohorozměrný a každý člověk má své individuální pojetí kvality života. Další příklad definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb, tj. naplnění základních fyziologických potřeb (potřeba nasycení, spánek, úleva od bolesti) je předpokladem aktualizace a uspokojení potřeb subtilnějších-potřeba bezpečí, potřeba blízkosti jiných a potřeba sebeúcty (Vojenské zdravotnické listy, 2004). Často se popisuje jako je soběstačnost, autonomie, důstojnost, seberealizace, spokojenost v rodinných, partnerských a dalších mezilidských vztazích, sociální a kulturní integrovanost, tvořivost apod., jindy jako “schopnost milovat, pracovat a žít v souladu s danou kulturou” (Freud, 1993). Subjektivní kvalita života se týká všeobecně spokojenosti se životem. Jedná se o vlastní pocit člověka. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.

2.6.3 Hodnocení kvality života ve vztahu ke zdraví a nemoci

Ohled na kvalitu pacientova života je důležitým faktorem zdravotní péče: u každého lékařského zásahu je možné zhodnotit jeho dopad na pacientovo subjektivní zdraví. Kvalitu života je však možné chápat také v souvislosti se smysluplností a transcendencí. Nic nebrání tomu, aby lékaři ve výzkumu a v rámci každodenní klinické praxe používali nástroje vyvinuté pro zjišťování kvality života ve vztahu ke zdraví – například formulář Evropské organizace pro výzkum a léčbu rakoviny (EORTC-QLQ-C30) – které se zaměřují na subjektivní symptomy a aspekty zdraví. Mezi běžné metody sběru informací o subjektivních stránkách kvality života patří rozhovory a dotazníky. K hodnocení kvality života ve vztahu ke zdraví se většinou používají standardizované dotazníky. V rámci paliativní péče, a zvláště pak krátce před smrtí, se často stává, že pacienti nejsou sami schopni zhodnotit vlastní situaci. V takovém případě musí to, co pacient zakouší, posoudit někdo z jeho blízkých nebo sám lékař.

Vzhledem k tomu, že během posledních dvaceti let byly zaváděny stále nové metody hodnocení kvality života, nebylo snadné porovnávat mezi sebou jednotlivé výsledky. Většina těchto metod byla původně zamýšlena buď pro onkologii, nebo pro pacienty trpící nezhoubnými chronickými onemocněními, jako je chronická bolest, revmatická artritida, srdeční dysfunkce, migrény nebo cukrovka. Vedle nich existuje také několik nástrojů určených speciálně k hodnocení kvality života umírajících pacientů. Disproporce mezi jednotlivými způsoby měření, pokud jde o jejich cíl a používanou stupnici, znesnadňují jakoukoli statistickou práci s výslednými daty. Ačkoli pro hodnocení kvality života ve vztahu ke zdraví neexistuje žádný zlatý standard, je přece jen možné doporučit některé nástroje spíše než jiné.

2.6.4 Nástroje pro měření kvality života

K měření zdravím ovlivněné kvality života, byla vyvinuta celá řada nástrojů, nejčastěji dotazníkového typu. Za tzv. „zlatý standard“ je pokládán dotazník SF-36 (36- Item Health Survey), který je obecně zaměřen a je doporučován především ke zjišťování dopadu určité farmakoterapie na kvalitu života pacientů. Dále je spousta metodik specificky zaměřených na zjištění kvality života lidí s určitým typem nemoci – duševně nemocné, onkologicky nemocné, pacienty s kardiologickým onemocněním atd. zde bych ráda uvedla významnou mezinárodní společnost EORTC – European Organisation for Research and Treatment of Cancer, která věnuje významné podpoře a úsilí výzkumu kvality života s onkologických pacientů. Pracovní skupina s anglickým názvem EORTC – Study Group on Quality of Life vytvořila dotazník, který je zaměřen k výzkumu

onkologicky nemocných pacientů. Pro psychiatricky nemocné byl u nás valorizován dotazník SQUALA, který je však podle jeho autora použitelný i pro běžnou populaci. V tomto dotazníku se hodnotí celkové skóre, i profil spokojenosti v jednotlivých oblastech života (Payne, 2005).

Pro účely měření kvality života v rámci paliativní péče, existuje jen několik málo spolehlivých nástrojů. Informace od pacientů v konečném stadiu nemoci jsou většinou shromažďovány na základě rozhovorů nebo vyšetření. Dokud nebudou vytvořeny lepší nástroje, nezbývá než k hodnocení přistupovat pragmaticky. Ať už je možné vést s pacientem rozhovor, nebo je třeba stanovit kvalitu života na základě vyšetření, lze k tomu využít některý z jednoduchých nástrojů, jako je Edmontský formulář pro vyhodnocování symptomů (ESAS) nebo formulář Evropské organizace pro výzkum a léčbu rakoviny (EORTC QLQ-C30). Nesmíme zapomínat na to, že žádný z nich není původně určen k hodnocení kvality života na samém konci života (Kaasa, 2000).

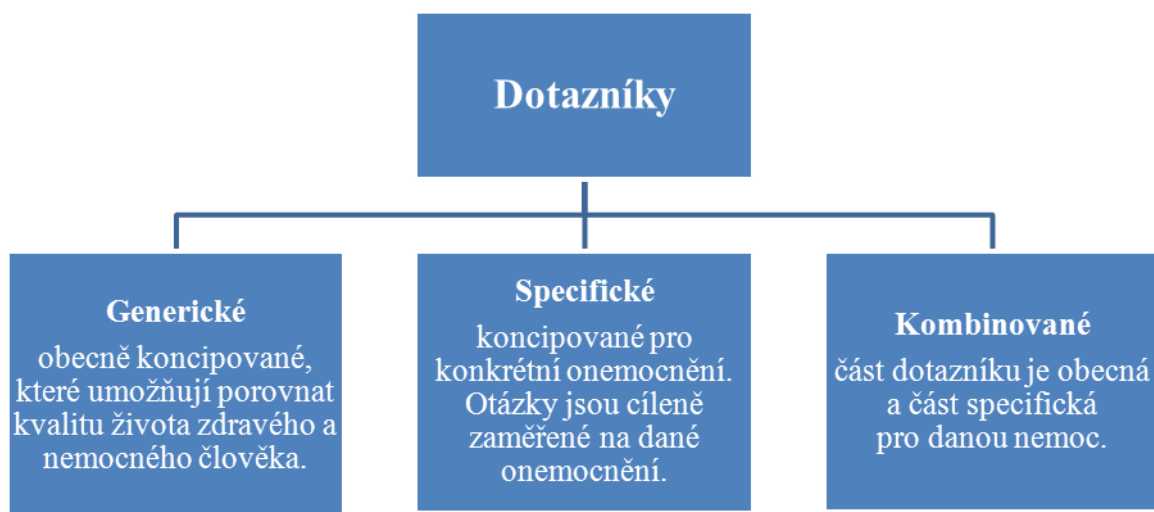
Metody pro diagnostiku kvality života

Kvantitativní přístup – nejčastěji používaným nástrojem tohoto přístupu je dotazník. Jeho výhodou je rychlejší, jednodušší a přehlednější zpracování dat. Jeho slabinou je to, že se nezaměřuje na individuální problémy jedince. Ve většině případů se jedná o jednorázové šetření, záleží tedy i na aktuální náladě pacienta.

Kvalitativní přístup – mezi nejčastěji používané metody tohoto přístupu se řadí rozhovor, diskuse v ohniskové skupině, vyprávění životního příběhu, sepsání zkušeností s nemocí. Tento přístup se zaměřuje na posouzení individuálního prožívání nemoci jednotlivcem (pacientem). Vyhodnocení těchto metod je však náročnější, oproti kvantitativnímu přístupu.

Smišený přístup – jedná se o kombinaci kvantitativního a kvalitativního přístupu. V praxi to vypadá například tak, že pacient dostane na vyplnění dotazník, na jehož konci vyplní několik doplňujících otázek (Mareš a kol., 2008).

Rozdělujeme tři typy dotazníků:



Algoritmus č. 1 Rozdělení dotazníků

Mezi základní vyšetřované okruhy patří somatické psychologické, sociální a duchovní. Doposud jsem se zaměřila především na měření kvality života v obecné rovině, nyní se již zaměřím na výzkum v oblasti karcinomu pankreatu.

2.7 Dosavadní výzkumy karcinomu pankreatu

Studie Quality of life after treatment of pancreatic cancer, jejíž autorem je D. Fitzsimmons a C. D. Johnson, podrobně rozebírá vývoj hodnotících metod kvality života při léčbě karcinomu pankreatu. V práci jsou diskutovány studie a doporučení od roku 1982 až do roku 1997. V závěrečném zhodnocení autoři doporučují individuální léčbu karcinomu pankreatu s použitím standardizovaných dotazníků hodnotících kvalitu života EORTC QLQ-C30 a QLQ-PAN26. Kombinace těchto dvou testů umožňuje použití vyšší hodnotící škálu a určitou agregaci výsledů spolu s jejich lepší výpovědností. Kombinace testů má větší validitu a senzitivitu. Použití obou testů současně umožňuje přesnější srovnání různých druhů léčby, zvláště v randomizovaných klinických studiích. To přináší určitý benefit v hodnocení intervencí ve vztahu

s kvalitou života. Zároveň testy přispívají k formování rozhodovacího procesu lékaře a jejich zařazení do standardních postupů týkající se léčby karcinomu pankreatu.

Studie amerických center pro onkologickou léčbu zahrnuje celkem 235 pacientů s karcinomem pankreatu, kteří tam byli léčeni od roku 2001 do roku 2008. Tito pacienti byli léčeni nutriční, duchovní, fyzickou, neurologickou léčbou spolu s emocionální podporou, zejména během agresivní chemoterapie. Pro hodnocení jejich fyzického a psychického zdraví byl použit dotazník Evropské organizace pro výzkum a léčbu karcinomu pankreatu (EORTC – European Organisation for Research and Treatment of Cancer) dotazník QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire), který nejvíce vypovídá o kvalitě života onkologicky nemocných. Výsledky testů nemocných byly porovnávány s hodnocením vzorku běžné populace náhodně vybraných jedinců v USA i Evropě v počtu 7800. Nemocní po specializované komplexní léčbě v centrech vykazovali průměrné fyzické zdravotní skóre 71,2 % ve srovnání s běžnou populací, která se pohybovala v rozmezí od 87 do 100 %. Psychického zdravotního skóre u nemocných s karcinomem pankreatu vycházelo 71 %, což úzce kolidovalo s rozmezím běžné populace, 67–100 % (dostupné z <http://www.cancercenter.com/pancreatic-cancer/quality-life.cfm>).

Práce McClaine a kol. (2009) hodnotí dvě skupiny pacientů a kromě jiného také kvalitu života pacientů, kteří podstoupili resekci hlavy pankreatu pro chronickou pankreatitidu. Jedna skupina podstoupila cefalickou pankreatektomií šetřící duodenum, 59 pacientů. Druhá skupina duodenum šetřící výkon, 22 pacientů. U obou skupin nebyly shledány staticky významné rozdíly v obou testech QLQ-C30, QLQ-PAN26. Kvalita života fyzického zdraví u duodenum nešetřící operace na skórující škále vycházela 67,5; šetřící operace 67,2. Skóre emočního zdraví pak vycházelo u duodenum nešetřící operace 48,4; šetřící pak 56,9.

Práce Mayera a Rollanda (2010) shrnuje práce hodnotící nejen kvalitu života, ale zaměřuje zejména na depresi jako faktor výrazně snižující kvalitu života u pacientů s karcinomem pankreatu. Kvalita života je u těchto pacientů výrazně snížena ve všech složkách. Zejména podtrhují výrazný vliv bolesti, která je nejvyšší mezi pacienty s nitrobršni malignitou.

Práce autorů: J. M. Lazenby a M. W. Saif, hodnotí efekt chemoterapie v rámci paliativní péče o pacienty s pokročilým karcinomem pankreatu z pohledu kvality života. Tato práce vychází se závěru symposia z ledna 2010 společnosti pro gastrointestinální nádory. Jednoznačně podtrhuje disproportionálnost mezi délkou přežití a kvalitou života.

Studie K. Nordin a kol. popisuje 113 pacientů s malignitou, kde 44 pacientů mělo karcinom pankreatu, ostatní pacienti měli jiné gastrointestinální tumory prokázala následující. Soubor pacientů byl rozdělený na dvě skupiny. Jedna skupina 57 pacientů podstoupila pouze chemoterapii a druhá skupina 56 pacientů podstoupila pouze základní podpůrnou terapii. Jedním z hodnotících kritérií byly proměnné v dotazníku EORTC QLQ – C30 dotazník, který byl pacientům dán na před vybranou léčbou a po 2 a 4 měsících.

V České republice probíhá od 1. 1. 2009 do 31. 12. 2011 multicentrická studie na téma – Kvalita života a léčebné náklady u nemocných s karcinomem pankreatu. Organizační jednotkou garantující řešení je Universita Karlova v Praze – 2. lékařská fakulta. Dalším účastníkem projektu je Fakultní nemocnice v Motole, Fakultní nemocnice Olomouc, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Fakultní nemocnice Plzeň a Ústřední vojenská nemocnice Praha.

3 Empirická část

3.1 Cíle empirické části výzkumu

Na vybraném souboru pacientů s karcinomem pankreatu:

- Ověřit použitelnost dotazníku QLQ-C30.
- Ověřit použitelnost dotazníku QLQ PAN-26 v našich podmínkách.
- Zjistit, v jaké míře konkrétní problémy ovlivňují kvalitu života.
- Posoudit jak pacienti hodnotí svou kvalitu života spojené s karcinomem pankreatu.
- Stanovit míru omezení pacienta nemocí v běžných denních činnostech pacientů.
- Vyhodnotit na jaké oblasti se v ošetrovatelské péči o tyto pacienty zaměřit.

3.2 Zkoumaný soubor – vstupní kritéria

Respondenti byli pacienti s diagnózou karcinomu pankreatu, kteří podstoupili paliativní spojkovou operaci a následnou chemoterapii, kterou dostávali během onkologické ambulantní péče. Souhlas pacienta s výzkumem a znalost českého jazyka. Tento výzkum byl koncipován jako pilotní studie.

3.3 Zdravotnické zařízení

Oslovila jsem dvě zdravotnické zařízení – Fakultní nemocnici v Hradci Králové a Oblastní nemocnici Jičín, a.s. Ve Fakultní nemocnici bylo podmínkou schválení standardizovaného dotazníku Etickou komisí, která zasedala v srpnu 2010, následně od září do prosince 2010 poskytla dotazníky k rozdáání. V Oblastní nemocnici Jičín schválení standardizovaného dotazníku nepožadovali, tudíž jsem začala dotazníky rozdávat již od července 2010 do ledna 2011. Z důvodu kratší doby rozdáání dotazníků a přetíženosti zdravotnického personálu se mi podařilo získat ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové 6 vyplněných dotazníků, v Oblastní nemocnici Jičín 24 dotazníků.

3.4 Metodika vlastního šetření

Pro hodnocení kvality života u pacientů s karcinomem pankreatu byly použity dvě celosvětově uznávané standardizované metody. První metodou je dotazník QLQ-C30, který je určen ke zjišťování kvality života u onkologických pacientů obecně bez ohledu na typ a lokalizaci nádoru. Dotazník má 30 položek a zjišťuje tyto proměnné:

1. Celkový zdravotní stav (otázky č. 29, 30).
2. Somatické fungování (otázky č. 1, 2, 3, 4, 5).
3. Plnění sociálních rolí (otázky č. 6, 7).
4. Emoční fungování (otázky č. 21, 22, 23, 24).
5. Kognitivní fungování (otázky č. 20, 25).
6. Sociální fungování (otázky č. 26, 27).
7. Symptomy (otázky č. 10, 12, 18 vyčerpanost, č. 14, 15 nauzea, zvracení, č. 9, 19 bolest, č. 8 ztížené dýchání, č. 11 nespavost, č. 13 chuť k jídlu, č. 16 zácpa, č. 17 průjem, č. 28 finanční potíže).

Respondenti odpovídají na každou položku pomocí čtyřstupňové škály, vyjma otázek 29 a 30, kde je rozmezí sedmistupňové. Česká standardizovaná verze tohoto dotazníku se v České republice používá ke zjišťování kvality u různých skupin onkologicky nemocných pacientů. V dostupné literatuře jsme nenašli, že by tento dotazník byl použit u pacientů s karcinomem pankreatu. Plné znění dotazníku je v příloze.

Druhou metodou je standardizovaný dotazník QLQ-PAN26. Jedná se o dotazník, který je určen speciálně pro onemocnění karcinomu pankreatu. Dotazník jsme získali od jeho autora C. D. Johnsona. Ten nám dal souhlas s použitím české verze v našich podmínkách. Dotazník má celkem 26 položek a měří těchto sedm proměnných:

1. Bolest pankreatu (otázka č. 31, 33, 34, 35)
2. Symptomy obtíží se zažíváním (otázka č. 36, 37)
3. Změna funkce střev (otázka č. 46, 47)
4. Problémy s játry (otázka č. 44, 45)
5. Vzhled těla (otázka č. 48, 49)
6. Spokojenost s poskytovanou péčí (otázka č. 53, 54)
7. Sexualita (otázka č. 55, 56)
8. Symptomy

Respondenti odpovídají na každou položku pomocí čtyřstupňové škály. V dostupné literatuře jsme nenašli, že by tento dotazník byl použit u pacientů s karcinomem pankreatu. Plné znění dotazníku je v příloze.

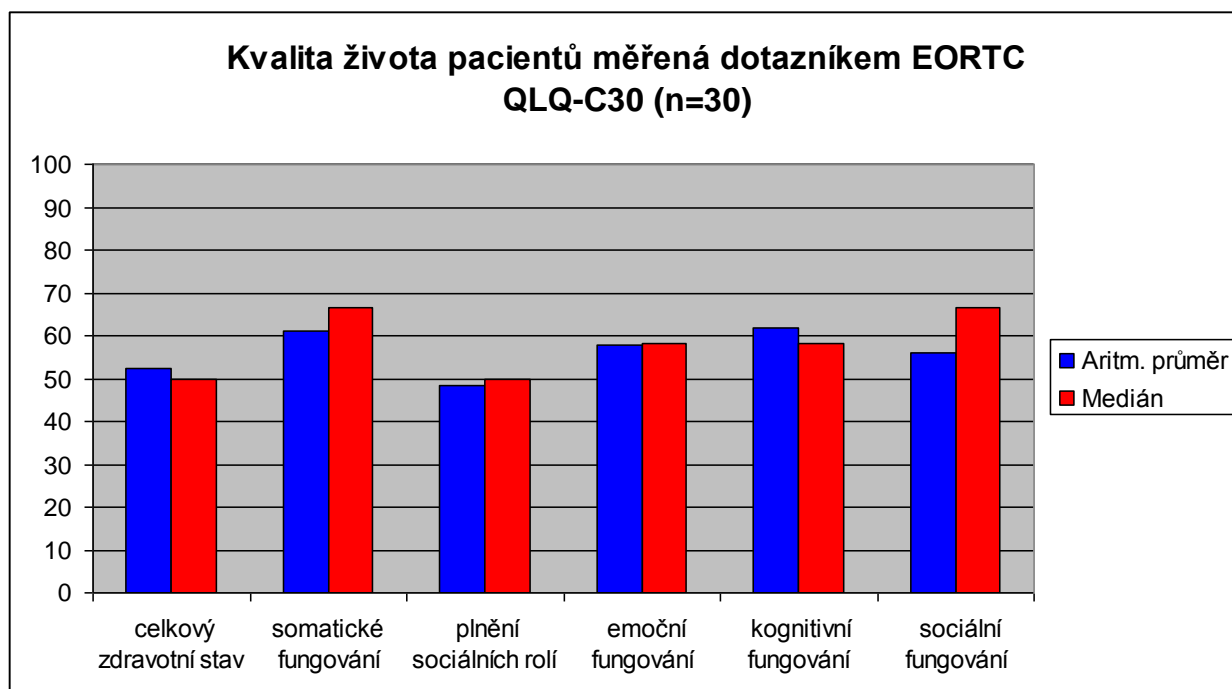
Získaná data byla zaznamenána do excelové tabulky a předána na Oddělení výpočetní techniky Lékařské fakulty University Karlovy v Hradci Králové ke statistickému zpracování. Výpočty provedla RNDr. Eva Čermáková pomocí statistického programu Descriptive Statistic Report.

3.5 Výsledky

Tab. č. 3 Kvalita života pacientů měřená dotazníkem EORTC QLQ-C30 (n=30)

Název proměnné	Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka	Medián	25. percentil	75. percentil
1. Celkový zdravotní stav	52,50	16,40	50	41,67	66,67
2. Somatické fungování	61,11	26,38	66,67	40	80
3. Plnění sociálních rolí	48,33	26,39	50	33,33	66,67
4. Emoční fungování	57,78	19,93	58,33	41,67	68,75
5. Kognitivní fungování	61,67	22,81	58,33	50	83,33
6. Sociální fungování	56,11	24,95	66,67	33,33	66,67

Graf č. 5 Kvalita života pacientů měřená dotazníkem EORTC QLQ-C30



Tab. č. 4 Celkový zdravotní stav - % odpověď (1-velmi špatné, 7-vynikající)

otázka /odpověď %	1	2	3	4	5	6	7
29. Hodnocení celkového zdraví	0	6,7	33,3	43,3	13,3	3,3	0
30. Hodnocení celkové kvality života	0	13,3	16,7	40	20	10	0

Tab. č. 5 Somatické fungování - % odpověď (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
1. Potíže při námaze	16,7	36,7	26,7	20
2. Potíže při dlouhé procházce	10	50	30	10
3. Potíže při krátké procházce	46,7	26,7	23,3	3,3
4. Na lůžku během dne	16,7	56,7	23,3	3,3
5. Pomoc při jídle, oblékání	46,7	20	23,3	10

Tab. č. 6 Plnění sociálních rolí (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
6. Omezení každodenních činností	6,7	43,3	33,3	16,7
7. Omezení koníčků, volný čas	13,3	36,7	36,7	13,3

Tab. č. 7 Emoční fungování (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
21. Pocity napětí	10	60	20	10
22. Obavy	20	46,7	30	3,3
23. Podráždění	10	56,7	30	3,3
24. Pocity deprimace	10	46,7	43,3	0

Tab. č. 8 Kognitivní fungování (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
20. Obtíže čtení novin, sledování tv	13,3	66,7	13,3	6,7
25. Potíže zapamatovat si věci	26,7	33,3	36,7	3,3

Tab. č. 9 Sociální fungování (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
26. Zásah fyzické kondice do rodiny	6,7	43,3	33,3	16,7
27. Zásah fyzické kondice do společnosti	13,3	36,7	36,7	13,3

Tab. č. 10 Vyčerpanost (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
10. Odpočinek	13,3	23,3	50	13,3
12. Slabost	16,7	26,7	36,7	20
18. Únava	6,7	30	50	13,3

Tab. č. 11 Nausea a zvracení (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
14. Žaludeční potíže	23,3	46,7	26,7	3,3
15. Zvracení	40	36,7	23,3	0

Tab. č. 12 Bolesti (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
9. Bolest	20	40	20	20
19. Bolest a narušení denní aktivity	13,3	23,3	43,3	20

Tab. č. 13 Nedostatečnost dechu (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
8. Nedostatečnost dechu	53,3	26,7	20	0

Tab. č. 14 Potíže se spaním (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
11. Potíže se spaním	26,7	33,3	36,7	3,3

Tab. č. 15 Chybění chuti k jídlu (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
13. Chybění chuti k jídlu	16,7	26,7	46,7	10

Tab. č. 16 Zácpa (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
16. Zácpa	43,3	26,7	30	0

Tab. č. 17 Průjem (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
17. Průjem	70	23,3	6,7	0

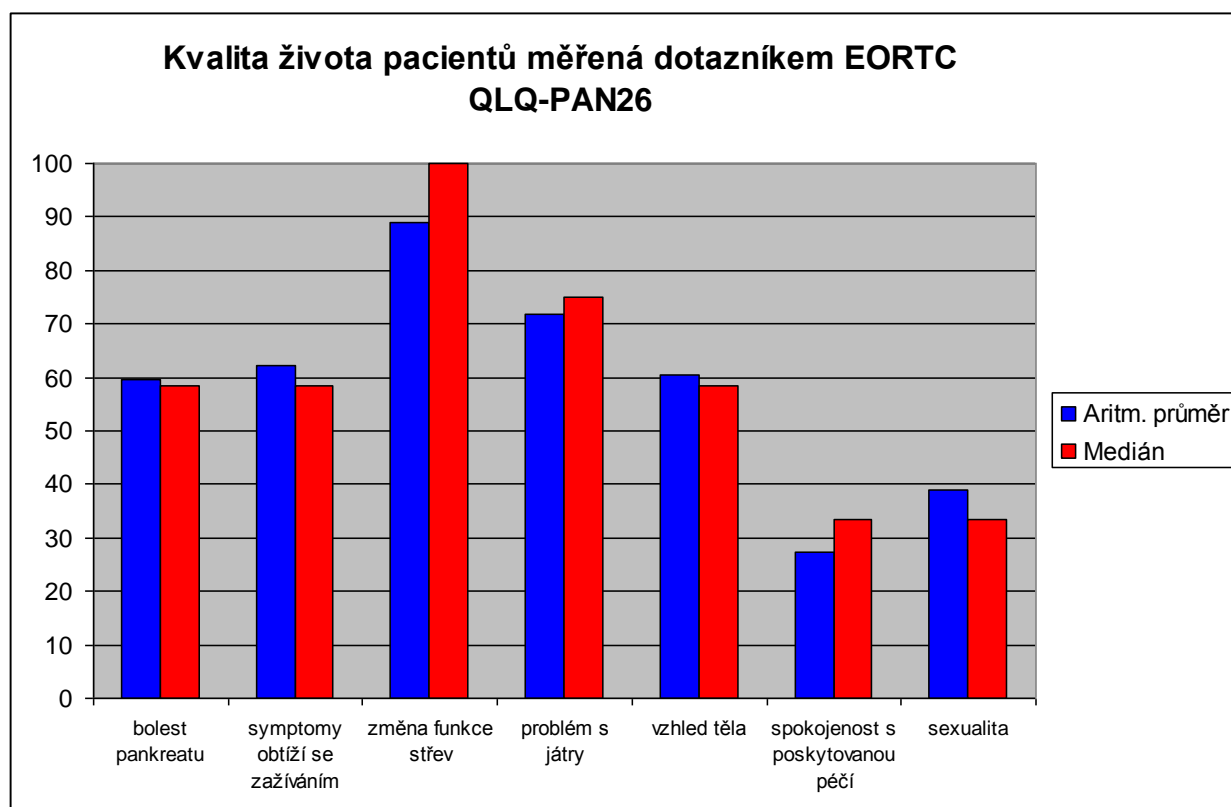
Tab. č. 18 Finanční potíže (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
28. Finanční potíže	20	46,7	30	3,3

Tab. č. 19 Kvalita života pacientů měřená dotazníkem EORTC QLQ-PAN26

Název proměnné	Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka	Medián	25. percentil	75. percentil
1. Bolest pankreatu	59,72	21,34	58,33	50	75
2. Symptomy obtíží se zažíváním	62,22	24,73	58,33	50	83,33
3. Změna funkce střev	88,89	14,74	100	66,67	100
4. Problém s játry	71,68	26,68	75	50	100
5. Vzhled těla	60,56	29,84	58,33	33,33	100
6. Spokojenost s poskytovanou péčí	27,22	20,75	33,33	0	37,5
7. Sexualita	38,89	40,2	33,33	0	75

Graf č. 6 Kvalita života pacientů měřená dotazníkem EORTC QLQ-PAN26



Tab. č. 20 Pankreatická bolest (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
31. Nepříjemné pocity v břiše	13,3	36,7	50	0
33. Bolesti zad	20	46,7	26,7	6,7
34. Bolest v noci	23,3	53,3	20	3,3
35. Nepohodlná poloha	13,3	53,3	30	3,3

Tab. č. 21 Obtíže se zažíváním (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
36. Omezení potravin	26,7	33,3	40	0
37. Omezení množství jídla	23,3	46,7	23,3	6,7

Tab. č. 22 Změna funkce střev (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
46. Častá stolice	66,7	30	3,3	0
47. Potřeba rychlého vyprázdnění stolice	70	30	0	0

Tab. č. 23 Problémy s játry (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
44. Pocity svědění	46,7	36,7	6,7	10
45. Míra zežloutnutí kůže	46,7	30	10	13,3

Tab. č. 24 Vzhled těla (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
48. Pocit úbytku fyzické přitažlivosti	33,3	33,3	23,3	10
49. Nespokojenost se svým tělem	26,7	23,3	46,7	3,3

Tab. č. 25 Spokojenost s poskytovanou péčí (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
53. Podpora zdravotnického personálu	6,7	10	36,7	46,7
54. Poskytnutí informací o stavu a léčbě	0	13,3	60	26,7

Tab. č. 26 Sexuální funkce (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
55. Menší zájem o sex	23,3	10	26,7	40
56. Menší potěšení ze sexu	23,3	10	26,7	40

Tab. č. 27 Symptomy (1-vůbec ne, 2-trochu, 3-dost, 4-velmi hodně)

otázka /odpověď %	1	2	3	4
32. Pocit nadmutého břicha	23,3	30	40	6,7
38. Změna chuti k jídlu	33,3	43,3	16,7	6,7
39. Zažívací potíže	30	36,7	23,3	10
40. Plynatost	23,3	43,3	23,3	10
41. Znepokojení nízkou tělesnou hmotností	23,3	50	23,3	3,3
42. Pocity slabosti v končetinách	20	43,3	23,3	13,3
43. Sucho v ústech	26,7	36,7	23,3	13,3
50. Obtěžování vedlejšími účinky léčby	30	43,3	13,3	13,3
51. Obavy o své zdraví v budoucnu	0	23,3	50,3	23,3
52. Omezení plánování aktivit	6,7	33,3	46,7	13,3

4 Diskuze

Výsledky této pilotní studie v porovnání s obsáhlou prací autorů D. Fitzsimmonse a C. D. Johnsona (1999), vykazují nižší hodnoty, i když zahrnují relativně malý počet respondentů. Autoři své výsledky u nemocných srovnávají se vzorkem běžné populace náhodně vybraných jedinců v USA i Evropě v počtu 7800. Pacienti s karcinomem pankreatu po specializované komplexní léčbě v 8 specializovaných centrech vykazovali průměrné fyzické zdravotní skóre 71,2 % ve srovnání s běžnou populací, od 87 do 100 %. Emoční složka u nemocných s karcinomem pankreatu vycházela na 71 %, což úzce korelovalo s rozmezím běžné populace, 67–100 % (dostupné z <http://www.cancercenter.com/pancreatic-cancer/quality-life.cfm>). Pokud bychom vzali tato data týkající běžné populace za rozmezí obvyklých hodnot, pak by naše výsledky ve srovnání se zdravou populací vypadala takto: fyzické zdravotní skóre nemocných pacientů 61 % versus 87–100 %; emoční složka zdraví 58 % versus 67–100 %. Nižší hodnoty u pacientů, kteří nebyli zatíženi chemoterapií, ale paliativní spojkovou operací mohou poukazovat na snížení kvality života stejně jako na nedostatečnou podporu v našich zdravotních zařízeních, která nedisponují komplexní terapií včetně psychologického suportu.

Práce autorů McClaine a kol. (2009) hodnotila dvě skupiny kromě jiného kvalitu života pacientů, kteří podstoupili resekci hlavy pankreatu pro chronickou pankreatitidu. Jedna skupina podstoupila cefalickou pankreatektomii šetřící duodenum, 59 pacientů. Druhá skupina duodenum šetřící výkon, 22 pacientů. U obou skupin nebyly shledány staticky významné rozdíly v obou testech QLQ-C30, QLQ-PAN26. Kvalita života fyzického zdraví u duodenum nešetřící operace na skórující škále vycházela 67,5; šetřící operace 67,2. Skóre emočního zdraví pak vycházelo u duodenum nešetřící operace 48,4; šetřící pak 56,9. Pokud však srovnáme výsledky dotazníků po poměrně závažné operaci s pacienty po paliativní spojkové operaci pro karcinom pankreatu, dostáváme velmi podobnou kvalitu života po paliativní operaci karcinomu pankreatu v kombinaci s paliativní chemoterapií. (Mc Claine, 2009)

Práce Mayera a Rollanda shrnuje práce hodnotící nejen kvalitu života, ale zaměřuje se na depresi jako faktor výrazně snižující kvalitu života u pacientů s karcinomem pankreatu. Kvalita života je u těchto pacientů výrazně snížena ve všech složkách. Zejména podtrhují výrazný vliv bolesti, která je nejvyšší mezi pacienty s nitrobřišní malignitou. V mých výsledcích bolest charakterizuje průměrné skóre 60. V souhrnu některých prací je prokázána souvislost mezi depresí u pacientů s karcinomem pankreatu a letalitou (mortalitou). Autoři tím podtrhují nutnost více chápat vztahy mezi somatickými a psychickými obtížemi, které pak následně ovlivňují letalitu onemocnění.

Práce autorů: J. M. Lazenby a M. W. Saif, hodnotí efekt chemoterapie v rámci paliativní péče o pacienty s pokročilým karcinomem pankreatu z pohledu kvality života. Tato práce vychází se závěru symposia z ledna 2010 společnosti pro gastrointestinální nádory. Jednoznačným výsledkem podtrženým diskuzí je fakt, že nelze spojovat pojem délky přežití s kvalitou života, což vyjadřují rámcově i výsledky respondentů mé práce, kde spojkové operace střevního traktu oddalující chirurgické komplikace již samy o sobě snižují kvalitu života v rámci paliativní léčby, i bez chemoterapie. Ukazuje se, že prodlužování přežití za každou cenu může naopak kvalitu života i snížit. Výsledky dotazníků takto mohou odhalit snížení kvality života pacienta, u kterého pak může individuálně pokračovat v další léčbě, tak abychom za medicínskou cenu delšího přežití kvalitu života naopak nesnižovali. (Lazenby, 2010)

Již z roku 2001 multicentrická randomizovaná studie autorů ze Švédska: K. Nordin a kol. na souboru 113 pacientů s malignitou, kde 44 pacientů mělo karcinom pankreatu, ostatní pacienti měli jiné gastrointestinální tumory prokázala následující. Soubor pacientů měli rozdělený na dvě skupiny. Jedna skupina 57 pacientů podstoupila chemoterapii a druhá skupina 56 pacientů

podstoupila základní podpůrnou terapii. Jedním z hodnotících kritérií byly proměnné v dotazníku EORTC QLQ – C30 dotazník, který byl pacientům dán na před vybranou léčbou a po 2 a 4 měsících. V závěru pacientů s chemoterapií karcinomu pankreatu bylo 24, s podpůrnou terapií 20. Závěrečné hodnocení pak vypovědělo, že není statisticky významný rozdíl mezi oběma skupinami paliativní terapie ve vztahu ke kvalitě života hodnocenými dotazníky. Fyzické zdraví u pacientů s chemoterapií vycházelo před léčbou 74, po 2 měsících 72, po 4 měsících 69. U pacientů pouze s podpůrnou terapií vycházelo skóre fyzického zdraví před léčbou 74, po 2 měsících léčby 67, po 4 měsících 73.

Skóre emočního zdraví pak u pacientů s chemoterapií vycházelo na 65, po 2 měsících 75, po 4 měsících 75. U podpůrné terapie pak na začátku 68, po 2 měsících podpůrné terapie 65, po 4 měsících 66. Pokud výsledky srovnám s hodnotami skóre fyzického i emočního skóre respondentů mé pilotní studie na srovnatelném počtu pacientů s karcinomem pankreatu docházím ke srovnatelným výsledkům, u pacientů jak s chemoterapií, tak i podpůrnou terapií.

5 Závěr

Ve své práci jsem se zaměřila na problematiku kvality života pacientů s karcinomem pankreatu. V teoretické části jsem kromě jiného rozvedla rizikové faktory a nejčastější problémy, které pacienti uvádějí. Následnou diagnostiku a terapii s nynější strategií léčby. Také zde zmiňuji výsledky současné léčby a důležitost chirurgického výkonu. Z ošetrovatelské péče jsem se zaměřila na podporu pacientů s tímto onemocněním a podporu rodinných příslušníků. Z oblasti chemoterapie, jsem zmínila port systém, podávání chemoterapie Easypumpou, se kterou mají pacienti i zdravotnický personál velmi dobré zkušenosti. Velkou výhodou pro pacienty využívající tuto pomůcku je možnost pobytu v domácím prostředí. Samozřejmostí je poučení pacientů o možných komplikacích, nejbližšího zdravotnického zařízení, které musí v případě výskytu komplikací ihned navštívit. Dále jsem uvedla časté nežádoucí účinky chemoterapie s doporučením, které by mělo pacientovi pomoci. Dalším důležitým bodem, který k tomuto onemocnění patří, je domácí péče. Je důležité informovat pacienta popřípadě i jeho rodinu, o možnosti využití domácí péče. Tuto péči hradí zdravotní pojišťovna maximálně 3 hodiny zdravotní péče za 1 den. Je důležité zmínit možnost respitní péče. V sociální oblasti je možno domluvit sociální pracovníci, která pacientovi v případě potřeby může pomoci nakoupit, uklidit apod. Tuto sociální péči si však pacient hradí sám podle sazebníku. Posledním termínem, kterým se věnuji v teoretické oblasti, je

pojem kvality života a jeho hodnocení ve vztahu ke zdraví a nemoci. V empirické části se věnuji své pilotní studii, které se zúčastnilo celkem 30 pacientů. Použila jsem dva standardizované dotazníky, první EORTC QLQ-C30, který má třicet položek a lze jej použít pro všechna onkologická onemocnění, a druhý dotazník, který navazuje na již zmíněný dotazník QLQ-C30, a který je specifický přímo pro onemocnění karcinomu pankreatu QLQ-PAN26, má dvacet šest položek. Pacienti odpověděli na všechny otázky, ovšem někteří dopisovali k posledním dvěma položkám týkajících se sexuálních funkcí, že jim toto téma připadá nevhodné. Ve výsledcích dotazníku QLQ-C30 dominovala snížená kvalita života vyjádřená mediánem ve skóre celkového zdravotního stavu 50; somatického fungování 66,67; plnění sociálních funkcí 50; skóre emočního zdraví 58,33; kognitivních funkcí 58,33; sociálního fungování 66,67. U dotazníku QLQ-PAN 26 pak dominovalo skóre vyjádřené mediánem u bolesti pankreatu 58,33; symptomů zažívacích obtíží 58,33; změny funkce střev 100, problémů s játry 75; se vzhledem těla 58,33; spokojeností s poskytovanou péčí 33,33; sexuální stránkou života 33,33. S těchto výsledků je patrné, že pacienti po paliativní chirurgické léčbě nebo při paliativní chemoterapii trpí snížením kvality života zejména v jeho fyzické a psychicko-emoční části, kde významně ovlivňujícím faktorem je bolest, vnímání sebe sama, pocity deprimace, obavy o své budoucí zdraví a omezení plánů spolu nemožností se plně postarat o svoji rodinu.

Závěrem lze konstatovat, že se v této pilotní studii podařilo určitým způsobem kvantifikovat kvalitu života pacientů s karcinomem pankreatu po paliativní spojkové operaci na gastrointestinální traktu. Tato studie prokázala významné snížení kvality života po této paliativní operaci. Další srovnání na podkladě příslušné podpůrné terapie pak umožní sledování jejího průběhu a umožní i individuální přístup. Z těchto důvodů je určitě potřebná přítomnost onkologických center, která budou nejen určovat strategii chirurgické terapie, chemoterapie a zároveň bude disponovat komplexem podpůrné terapie, tak aby na základě výsledků mohl být uplatněn individuální přístup podle specifických požadavků jak na léčbu, tak na ošetrovatelský postup. Podtrhujícím momentem by v rámci komplexního hodnocení a přístupu u těchto závažných nemocných neměla být izolovaně uváděna jako zhodnocení terapie uváděna jen délka přežití, ale také i kvalita života pacienta, která by vypovídala o kvalitě dosažené doby přežití. Je zřejmé, že celková kvalita života je pro každého svým způsobem individuální, avšak v některých attributech kvality společná, což ukazují a zároveň umožňují výsledky dotazníků.

Anotace

Autor: Radka Matoušová

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové, Oddělení ošetřovatelství

Název práce: Kvalita života u pacientů s karcinomem pankreatu

Vedoucí práce: prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Počet stran: 82

Počet příloh: 5

Rok obhajoby: 2011

Klíčová slova: karcinom pankreatu, kvalita života, ošetřovatelská péče, port systém, Easypump

Tato bakalářská práce je pilotní studií, která pojednává o kvalitě života pacientů s karcinomem pankreatu. V teoretické části popisují anatomii a fyziologii slinivky břišní, poté se zaměřují na mnou vybrané onemocnění karcinom pankreatu, rizikové faktory, diagnostiku, léčbu a její výsledky

Dále se zaměřují na podporu pacientů s tímto onemocněním, port systém a tzv. Easypumpy, které se využívají při podávání chemoterapie. Dalším termínem, který v teoretické části rozvádím, je kvalita života. Empirická část obsahuje šetření pomocí dotazníku QLQ-C30 a QLQ-PAN26, které jsou standardně zaměřené na kvalitu života u pacientů s karcinomem pankreatu. Do studie byli zahrnuti pacienti po paliativní spojkové operaci na gastrointestinálním traktu s následnou paliativní chemoterapií. Dotazníky vyplnilo celkem 30 pacientů. Ve výsledcích dotazníku QLQ-C30 dominovala snížená kvalita života vyjádřená mediánem ve skóre: celkového zdravotního stavu 50; somatického fungování 66,67; plnění sociálních funkcí 50; skóre emočního zdraví 58,33; kognitivních funkcí 58,33; sociálního fungování 66,67. U dotazníku QLQ-PAN 26 pak dominovalo skóre vyjádřené mediánem u bolesti pankreatu 58,33; symptomů zažívacích obtíží 58,33; změny funkce střev 100, problémů s játry 75; se vzhledem těla 58,33; spokojeností s poskytovanou péčí 33,33; sexuální stránkou života 33,33.

Anotation

Author: Radka Matousova

Institute: Institute of Social Medicine Department of Nursing, Medical faculty of Hradec Kralove, Charles University

Thesis: Quality of life in patients with pancreatic cancer

Supervisor: Prof. PhDr. Jiri Mares, Ph.D.

Pages: 82

Appendix: 5

Year: 2011

Key words: pancreas cancer, quality of life, nursing care, port system, easypump

The bachelor's thesis is a pilot study which describes a quality of life patients with carcinoma of pancreas. I describe an anatomy and physiology of pancreas in the theoretic part, then carcinoma of pancreas is described, together with its risk factors, diagnostic procedures, treatment and outcome of the therapy. Furthermore, I focus in a support of suffered patients by this disorder, an importance of port systems and so called Easypumps which are used for applications of the chemotherapy. The next term quality of life is specified in theoretic part of the study.

The experiential part includes the inquiry by the help of questionnaire QLQ- C30 and QLQ-PAN26 which are standardly intent on quality of life in patients with carcinoma of pancreas. The study includes patients who undergone palliative gastrointestinal operation with palliative chemotherapy. Checklists were completed as a whole 30 patients. Decreasing of quality of life dominates in the results of the QLQ-C30 questionnaire, which was expressed by median of score: general health status 50; somatic functioning 66,67; emotional functioning 66,67; working ability 50; cognitive functioning 58,33; social functioning 66,67. The questionnaire QLQ-PAN 26 outcomes express by the median of score in symptom scales: pancreas-specific pain 58,33; digestive problems 58,33; intestine dysfunction 100, liver dysfunction 75; poor body image 58,33; dissatisfaction with care 33,33; sexual dysfunction 33,33.

Literatura

1. BECKER, H. D.; HOHENBERGER, W. a kol. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 880 s. ISBN 80-247-0720-9.
2. BILLINGS, B. J., et al. Quality-of-Life after Total Pancreatectomy: is it really that Bad on Long-Term Follow-up? *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2005, Volume 9, Issue 8, p. 1059-1067.
3. BRESCIA, F., J. Palliative Care in Pancreatic Cancer. *Cancer Control*. 2004, Volume 11, No. 1, p. 39-45. [online]. [cit. 2011-3-9]. Dostupné z WWW: <http://www.moffitt.org/CCJRoot/v11n1/pdf/39.pdf>
4. CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4
5. CRIPPA, S., et al. Quality of Life in Pancreatic Cancer: Analysis by Stage and Treatment. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2008, Volume 12, Issue 5, p. 783-793.
6. DOENNGES, E.M., MOORHOUSE, M.F.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2001, 565 str., ISBN 80-247-0242-8
7. EZRA, E. *Karcinom pankreatu*. Institut onkologické péče v New Yorku. [online]. [cit. 2011-1-30]. Dostupné z WWW: <http://www.pancreaticalliance.org/panca/support.html>
8. FITZSIMMONSE, D., JOHNSON, C. D., *European Journal of Cancer* Volume 35, Issue 6, Pages 939-941, June 1999
9. FITZPATRICK, E. *Ošetrovatelská péče o pacienty s karcinomem pankreatu*. [online]. [cit. 2011-3-12]. Dostupné z WWW: www.nursing.advanceweb.com/article/pancreatic-cancer.aspx
10. HAHN, M. Zacházení a péče o implantované katérové systémy u pacientů s nádorovým onemocněním. [online]. [cit. 2011-3-30]. Dostupné z WWW: http://www.surgicaloncology.de/contentcs/therapie/support_port.php
11. HRBKOVÁ, D.; ŠACHLOVÁ, M. *Co potřebujete vědět o výživě při léčbě nádorů slinivky břišní* [online]. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2005 [2010-12-12]. Dostupný z WWW: <http://www.linkos.cz/pacienti/brozury/36.pdf>
12. HUANG, John J., et al. Quality of Life and Outcomes After Pancreaticoduodenectomy. *Annals of Surgery*. 2000, Vol. 231, Issue 6, p. 890-898. [online]. [cit. 2011-3-30] Dostupné z WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1421079/>
13. KAASA, S., Assessment of quality of life in palliative care. *Innovations in End-of-Life Care*, 2000. [online]. [cit. 2011-1-30]. Dostupné z WWW: <http://www.umirani.cz/detail-clanek/hodnoceni-kvality-zivota-v-ramci-paliativni-pece.html>
14. KARÁSEK, P. *Co potřebujete vědět o nádorech slinivky břišní* [online]. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2003 [cit. 2010-12-21]. Dostupný z WWW: http://www.onko.cz/_pub/publikace/slinivka.pdf
15. KATĚCHOVÁ, J., et al. Kvalita života pacientů po resekčních výkonůch pre chronickou pankreatitídu. *Rozhledy v chirurgii*. 2008, roč. 87, č. 4, s. 207-212. ISSN 0035-9351.
16. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0

18. LABORI, K.J., et al. Symptom Profiles and Palliative Care in Advanced Pancreatic Cancer: a Prospective Study. *Supportive Care in Cancer*. 2006, Volume 14, Number 11, p. 1126–1133.
19. LAZENBY, JM, Saif MW. Palliative care from the beginning of treatment for advanced pancreatic cancer. Highlights from the "2010 ASCO Gastrointestinal Cancers Symposium". Orlando, FL, USA. January 22-24, 2010. *JOP*. 2010 Mar 5;11(2):154-7.
20. MALEEV, A. přeložil STOILOV, M. Onemocnění pankreatu. 1. vydání, Praha: Avicentrum, 1988. ISBN (Brož.)
21. MAREŠ, J. A KOL., *Kvalita života u dětí a dospívajících III. 1. vydání*, Brno: MDS spol. s.r.o., 2008. 235s. ISBN 978-80-7392-076-0
22. MAYR, M. Roland M. Schmidt, Depression in Pancreatic Cancer: Sense of Impending Doom. *Digestion* 2010;82:1–3 DOI: 10.1159/000272422
23. McCLAIN, RJ, Lowy AM, Matthews JB, Schmulewitz N, Sussman JJ, Ingraham AM, Ahmad SA. A comparison of pancreaticoduodenectomy and duodenum-preserving head resection for the treatment of chronic pancreatitis. *HPB* 2009, 11, 667-683
24. MIHALIKOVÁ, V., SKOPALIKOVÁ, S. Intravenózní porty. *Sestra* 2/2011 [online]. [cit. 2011-3-30], dostupné z WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/intravenozni-porty-neni-seceho-bat-458207>
25. MICHÁLEK, P., et al. Léčba bolesti u nemocných s karcinomem pankreatu. *Bulletin HPB : odborná problematika z oblasti diagnostiky a léčby chirurgických onemocnění jater, žlučových cest a slinivky*. 2001, roč. 9, č. 4, s. 107-111. ISSN 1210-6755. [online]. [cit. 2010-12-9] Dostupné z WWW: <http://www.hpb.cz/index.php?pId=01-4>
26. NEKTARIA, M., Bonnie Indeck, Kostas Syrigos, Muhammad Wasif Saif Depression and Pancreatic Cancer: A Poorly Understood Link, *JOP. J Pancreas (Online)* 2009 Jan 8; 10(1):69-76.
27. NIEVEEN VAN DIJKUM, E. J., et al. Quality of Life after Curative or Palliative Surgical Treatment of Pancreatic and Periampullary Carcinoma. *British Journal of Surgery*. 2005, Volume 92, Issue 4, p. 471–477.
28. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vydání Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0
29. RYSKA, M., et al. Současná léčba karcinomu pankreatu. *Medical tribune. Tematická příloha Moderní technologie a trendy v medicíně*. 2007, roč. 3, č. 21, s. IV. ISSN 1214-8911.
30. RYSKA, M. Radikalita resekcčního výkonu u nemocných s karcinomem pankreatu z pohledu prodloužení života a jeho kvality. *Rozhledy v chirurgii*. 2010, roč. 89, č. 12, s. 725-730. ISSN 0035-9351.
31. RYSKA, M. Karcinom pankreatu – koho a jak léčit (a zda vůbec?). *Bulletin hepatopankreato-biliární chirurgie* [online]. 2002, roč. 10 supplement [cit. 2010-12-12]. Dostupný z WWW: <http://www.hpb.cz/index.php?pId=02-sup-13>. ISSN 1210-6755
32. SCHNIEWIND, B., et al. Quality of Life after Pancreaticoduodenectomy for Ductal Adenocarcinoma of the Pancreatic Head. *British Journal of Surgery*. 2006, Volume 93, Issue 9, s. 1099–1107.
33. SLOVÁČEK, L.; BLAŽEK, M.; ZACHOVAL, R. a kol. Obstrukční ikterus – jeden z časných příznaků karcinomu hlavy pankreatu. *Vojenské zdravotnické listy* [online]. 2004, roč. LXXIII, č. 3 [cit. 2010-12-21], s. 85-88. Dostupný z WWW: http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL3_2004/2Slovacek.pdf. ISSN 0372-7025.

34. SOBIN, L. H.; WITTEKIND, CH. *TNM klasifikace zhoubných novotvarů*. 6. vyd. české Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2004. ISBN 80-7280-391-3.
35. ŠENKÝŘOVÁ, P. Domácí péče o pacienta s karcinomem pankreatu. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 12, s. 51-52. ISSN 1210-0404.
36. VYTEJČKOVÁ, R. Holistický pohled na péči o nemocného s diagnózou karcinom kandy pankreatu. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 5, s. 227-233. ISSN 1801-1349.
37. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. *Klinická onkologie pro zdravotní sestry*, 1. vydání, Grada Publishing, 2006 ISBN: 80-247-1716-6
38. ZACHOVÁ, V. Ošetrovatelská kasuistika nemocného se zhoubným nádorem žlučovodu a slinivky břišní. *Onkologická péče*. 2001, roč. 5, č. 1, s. 15-19. ISSN 1214-5602.
39. ZAVORAL, Miroslav, et al. *Karcinom pankreatu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-348-6.
40. Bulletin HPB : odborná problematika z oblasti diagnostiky a léčby chirurgických onemocnění jater, žlučových cest a slinivky. 2002, roč. 10, č. 1. ISSN 1210-6755. [online]. [cit. 2010-12-9] Dostupné z WWW: <http://www.hpb.cz/index.php?pId=02-1>
41. Comprehensive Cancer Information – National Cancer Institute *NCI* (U. S. National Institutes of Health). [online]. [cit. 2011-1-30] Dostupný z WWW: <http://www.cancer.gov>
42. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice*. [online]. [cit. 2010-12-12] Dostupný z WWW: <http://www.svod.cz>
43. *Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky ÚZIS ČR*. [online]. [cit. 2010-12-12]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz>
44. Pancreatic Cancer Quality of Life Statistics and Results [online]. [cit. 2011-1-30]. Dostupný z WWW <http://www.cancercenter.com/pancreatic-cancer/quality-life.cfm>

Seznam tabulek, grafů, obrázků a algoritmů

Tabulky

Tabulka č. 1 TNM klasifikace dle 6. vydání	str. 26
Tabulka č. 2 Rozdělení stadií karcinomu pankreatu	str. 27
Tabulka č. 3 Kvalita života u pacientů měřená dotazníkem EORTC QLQ-C30	str. 51
Tabulka č. 4 Celková zdravotní stav % odpověď	str. 52
Tabulka č. 5 Somatické fungování % odpověď	str. 52
Tabulka č. 6 Plnění sociálních rolí % odpověď	str. 53
Tabulka č. 7 Emoční fungování % odpověď	str. 53
Tabulka č. 8 Kognitivní fungování % odpověď	str. 53
Tabulka č. 9 Sociální fungování % odpověď	str. 53
Tabulka č. 10 Vyčerpanost % odpověď	str. 53
Tabulka č. 11 Nausea a zvracení % odpověď	str. 53
Tabulka č. 12 Bolesti % odpověď	str. 54
Tabulka č. 13 Nedostatečnost dechu % odpověď	str. 54
Tabulka č. 14. Potíže se spaním % odpověď	str. 54
Tabulka č. 15 Chybění chutí k jídlu % odpověď	str. 54
Tabulka č. 16 Zácpa % odpověď	str. 54
Tabulka č. 17 Průjem % odpověď	str. 54
Tabulka č. 18 Finanční potíže	str. 54

Tabulka č. 19 Kvalita života pacientů měřená dotazníkem EORTC QLQ-PAN26	str. 55
Tabulka č. 20 Pankreatická bolest % odpověď	str. 56
Tabulka č. 21 Obtíže se zažíváním % odpověď	str. 56
Tabulka č. 22 Změna funkce střev % odpověď	str. 56
Tabulka č. 23 Problémy s játry % odpověď	str. 56
Tabulka č. 24 Vzhled těla % odpověď	str. 56
Tabulka č. 25 Spokojenost s poskytovanou péčí % odpověď	str. 56
Tabulka č. 26 Sexuální funkce % odpověď	str. 57
Tabulka č. 27 Symptomy % odpověď	str. 57

Grafy

Graf č. 1 Srovnání incidence karcinomu pankreatu u mužů v ČR s ostatními vybranými zeměmi	str. 12
Graf č. 2 Srovnání incidence karcinomu pankreatu u žen v ČR s ostatními vybranými zeměmi	str. 13
Graf č. 3 Incidence karcinomu pankreatu podle věku	str. 13
Graf č. 4 Index růstu incidence karcinomu pankreatu od roku 1977 do roku 2007	str. 15
Graf č. 5 Kvalita života pacientů měřená dotazníkem EORTC QLQ-C30	str. 52
Graf č. 6 Kvalita života pacientů měřená dotazníkem EORTC QLQ-PAN26	str. 55

Obrázky

Obrázek č. 1 Kombinace cytostatik k léčbě karcinomu pankreatu	str. 31
Obrázek č. 2 Port katetr	str. 37
Obrázek č. 3 Easypumpa LT	str. 39
Obrázek č. 4 Použití pumpy v praxi	str. 40

Algoritmy

Algoritmus č. 1 Rozdělení dotazníků	str. 47
-------------------------------------	---------

Přílohy

Seznam příloh:

1. Dotazník EORTC QLQ-C30
2. Dotazník EORTC QLQ-PAN26
3. Poskytnutí dotazníku QLQ-C30
4. Poskytnutí dotazníku QLQ-PAN26
5. Výživa-doporučení

Příloha č. 1 Dotazník EORTC QLQ-C30

CZECH



EORTC QLQ-C30 (version 3.0.)

Zajímáme se o některé věci, které se týkají Vás a Vašeho zdraví. Odpovězte prosím na všechny otázky tak, že zakroužkujete ten údaj, který Vám nejlépe odpovídá. Neexistují žádné "správné" nebo "nesprávné" odpovědi. Informace, které poskytnete, zůstanou přísně důvěrné.

Uveďte prosím své iniciály:

--	--	--	--	--

Vaše datum narození (den, měsíc, rok):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dnešní datum (den, měsíc, rok):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi hodně
1. Máte nějaké potíže při vykonávání namáhavějších činností jako je nošení těžké nákupní tašky nebo kufru?	1	2	3	4
2. Míváte potíže při <u>dlouhé</u> procházce?	1	2	3	4
3. Míváte potíže při <u>krátké</u> procházce venku?	1	2	3	4
4. Musíte setrvat na lůžku nebo v křesle během dne?	1	2	3	4
5. Potřebujete pomoc při jídle, oblékání, mytí nebo při používání záchodu?	1	2	3	4

Během minulého týdne:

	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi hodně
6. Byl/a jste omezen/a ve své práci nebo při výkonu jiných každodenních činností?	1	2	3	4
7. Byl/a jste omezen/a v provádění svých koníčků nebo jiných činností ve volném čase?	1	2	3	4
8. Nedostávalo se Vám dechu?	1	2	3	4
9. Měl/a jste bolesti?	1	2	3	4
10. Potřeboval/a jste si odpočinout?	1	2	3	4
11. Měl/a jste potíže se spaním?	1	2	3	4
12. Cítil/a jste se slabý/á?	1	2	3	4
13. Chyběla Vám chuť k jídlu?	1	2	3	4
14. Měl/a jste žaludeční potíže?	1	2	3	4
15. Zvracel/a jste?	1	2	3	4
16. Měl/a jste zácpu?	1	2	3	4

Prosím, přejděte na následující stranu

Během minulého týdne:

	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi hodně
17. Měl/a jste průjem?	1	2	3	4
18. Byl/a jste unaven/a?	1	2	3	4
19. Narušovala bolest Vaše každodenní aktivity?	1	2	3	4
20. Měl/a jste obtíže soustředit se na takové věci jako je čtení novin nebo sledování televize?	1	2	3	4
21. Cítil/a jste napětí?	1	2	3	4
22. Cítil/a jste obavy?	1	2	3	4
23. Cítil/a jste podráždění?	1	2	3	4
24. Cítil/a jste se být deprimován/a?	1	2	3	4
25. Měl/a jste potíže zapamatovat si věci?	1	2	3	4
26. Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vašeho <u>rodinného</u> života?	1	2	3	4
27. Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vaší <u>společenské</u> aktivity?	1	2	3	4
28. Způsobila Vám Vaše fyzická kondice nebo léčba finanční obtíže?	1	2	3	4

U následujících otázek prosím zakroužkujte v rozmezí od 1 do 7 tu odpověď, která se pro Vás nejlépe hodí29. Jak byste ohodnotil/a svoje celkové zdraví v průběhu minulého týdne?

1 2 3 4 5 6 7

Velmi špatné

Vynikající

30. Jak byste ohodnotil/a svoji celkovou kvalitu života v průběhu minulého týdne?

1 2 3 4 5 6 7

Velmi špatná

Vynikající

Příloha č. 2 Dotazník EORTC QLQ-PAN26

CZECH



EORTC QLQ - PAN26

Pacienti někdy uvádějí, že mají následující příznaky nebo problémy. Označte, prosím, v jakém rozsahu se tyto příznaky nebo problémy vyskytovaly u Vás v průběhu minulého týdne. Svou odpověď označte zakroužkováním čísla, které nejlépe vystihuje Vaši situaci.

Během minulého týdne:	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi hodně
31. Měl(a) jste nepříjemné pocity v břiše?	1	2	3	4
32. Měl(a) jste pocit nadmutého břicha?	1	2	3	4
33. Měl(a) jste bolesti zad?	1	2	3	4
34. Cítil(a) jste bolest i v noci?	1	2	3	4
35. Byla pro vás nepohodlná určitá poloha (například vleže)?	1	2	3	4
36. Existovalo v důsledku vašeho onemocnění či léčby nějaké omezení typů potravin, které jste mohl(a) konzumovat?	1	2	3	4
37. Existovalo v důsledku vašeho onemocnění či léčby nějaké omezení množství jídla, které jste mohl(a) konzumovat?	1	2	3	4
38. Chutnalo vám jídlo a pití jinak než obvykle?	1	2	3	4
39. Měl(a) jste zažívací potíže?	1	2	3	4
40. Obtěžovala vás plynatost (flatulence)?	1	2	3	4
41. Znepokojovala vás nízká tělesná hmotnost?	1	2	3	4
42. Cítil(a) jste slabost v horních a dolních končetinách?	1	2	3	4
43. Měl(a) jste sucho v ústech?	1	2	3	4
44. Pociťoval(a) jste svědění?	1	2	3	4
45. Do jaké míry vám zežloutla kůže?	1	2	3	4
46. Měl(a) jste častou stolicí?	1	2	3	4
47. Měl(a) jste potřebu rychlého vyprázdnění stolice?	1	2	3	4
48. Pociťoval(a) jste úbytek fyzické přitažlivosti v důsledku onemocnění nebo léčby?	1	2	3	4

Prosím, pokračujte následující stránkou

Během minulého týdne:

	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi hodně
49. Byl(a) jste nespokojen(a) se svým tělem?	1	2	3	4
50. Do jaké míry vás obtěžovaly vedlejší účinky léčby?	1	2	3	4
51. Měl(a) jste obavy o své zdraví v budoucnosti?	1	2	3	4
52. Cítil(a) jste se omezen(a) v plánování aktivit, jako je například návštěva přátel?	1	2	3	4
53. Poskytoval vám zdravotnický personál adekvátní podporu?	1	2	3	4
54. Byly vám podávány adekvátní informace o vašem zdravotním stavu a léčbě?	1	2	3	4
55. Pociťoval(a) jste méně zájmu o sex?	1	2	3	4
56. Pociťoval(a) jste méně potěšení ze sexu?	1	2	3	4

Příloha č. 3 Poskytnutí dotazníku EORTC QLQ-C30

matousova.radka@seznam.cz

Od: <qlqc30@eortc.be>

Předmět: QLQ-C30 download request from Radka Matousova

Datum: 11. 6. 2010, 16:42

Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:

Title: Ms

Firstname: Radka

Lastname: Matousova

Hospital/Institution: Charles University in Prague

Address: Velky Vrestov 105, Hradec Kralove

County/State: Czech Republic

Postal Code: 544 54

Country: Czech Republic

Phone: +420777554929

Protocol: Quality of life in patients with pancreatic cancer

Documents requested:

QLQ-C30 Core Questionnaire in Czech

QLQ-C30 Scoring Manual

Addendum scoring instructions validated modules

Příloha č. 4 Poskytnutí dotazníku EORTC QLQ-PAN26

matousova.radka@seznam.cz

Od: Johnson C.D. <C.D.Johnson@soton.ac.uk>

Kopie: 'Petra Jeglikova'

Předmět: RE: Request for a questionnaire QLQ-PAN 26

Datum: 26. 6. 2010, 19:09

Thank you for explaining your study. I am happy for you to use the questionnaire, please confirm that you can send me your data from the clinical questions, and from the c30 as well as the PAN26
Petra will send you a translated version of the Pan26

Colin Johnson

Příloha č. 5 Výživa – doporučení

(dostupné z WWW: http://www.onko.cz/_pub/publikace/vyziva-slinivka.doc)

Výživa při léčbě onemocnění slinivky břišní má podpůrný charakter. Chybějící enzymy je možno podávat ve formě léků, které se užívají s jídlem a často je nutné jich prát větší množství než je obvyklé, aby dostatečně působily. Správným výběrem potravin se snažíme především předejít obtížím, zlepšit využití jednotlivých živin v těle a tím zabránit hubnutí a zlepšit tak celkovou fyzickou kondici. Vznik cukrovky vyžaduje trvalé změny ve stravování, které se týkají nejen výběru potravin, ale také dodržování časového rozvrhu jednotlivých jídel.

Co to znamená v praxi?

Hlavní zásadou je jídlo dobře pokousat, nikdy se nepřejídat, jíst častěji v menších dávkách. Potravin, které nadýmají, pokrmy s vyšším obsahem tuku a alkohol často vyvolávají potíže, proto je zcela vylučujeme. Při cukrovce nahrazujeme cukr umělými sladidly.

Které potraviny jsou vhodné?

Maso – netučné druhy

- vhodné je maso kuřecí, krůtí, libová slepice, králík, ryby – filé, kapr, štika, omezeně vepřové – kýta, kotleta, hovězí kýta.

Uzeniny a uzenářské výrobky

- omezujeme. Pokud přece jen chcete zařadit do jídelníčku tuto skupinu potravin, vybírejte si netučné druhy, které jsou snadno stravitelné – pozor na snášenlivost.
- vhodná je kuřecí nebo krůtí šunka, vepřová šunka, kladenská nebo debrecínská pečeně, drůbeží dietní uzeniny apod.

Mléko a mléčné výrobky

- vhodné jsou tavené sýry s obsahem tuku 30 % – 45 % v sušině bez příchutí, eidam, nízkotučný tvaroh, tvarohové sýry (Lučina), netučné jogurty, termizované dezerty, pudinky.
- mléko používejte nízkotučné, pro častou nesnášenlivost jej nedoporučujeme jako samostatný nápoj, ale pouze k přípravě pokrmů. Zakysané mléčné nápoje s nízkým obsahem tuku bývají dobře snášeny (kefir, podmáslí, acidofilní mléko).

Vejce

- používejte k přípravě pokrmů (žloutek ne víc než jeden kus denně, bílky neomezeně).

Tuky

- pokrmy připravujte bez tuku, teprve do hotových jídel přidávejte malé množství másla nebo kvalitního rostlinného oleje. K namazání pečiva použijte malé množství másla, nebo rostlinné tuky (typu Flóra, Rama, Perla apod.). Množství tuku závisí na snášenlivosti.

Pečivo a obiloviny

- vhodné jsou housky, rohlíky, veka, starší chléb, netučná vánočka, piškot, bílkové pečivo; sladké druhy pečiva nejsou vhodné u nemocných s cukrovkou.
- k zahuštění pokrmů používejte pšeničnou mouku opraženou na sucho a dobře povařenou, (nemocní s alergií na lepek použijí škrob bramborový, kukuřičný nebo bezlepkovou mouku).
- po tepelné úpravě jsou vhodné krupice, ovesné vločky, krupky (např. jako zavařka do polévky).
- vhodné jsou rýže, těstoviny, dietní knedlíky, krupicové noky.
- množství pečiva, mouky a ostatních obilovin u nemocných s cukrovkou se řídí doporučením diabetické diety.

Zelenina

- vhodné jsou brambory a zelenina nenadýmavá; mrkev, celer, petržel, dýně, patison, jemně strouhaná červená řepa, krájený hlávkový salát, čínské zelí, rajčata oloupaná a bez zrněk, rajčatový protlak, špenát, malé množství brokolice. Zeleninu upravujte vařením nebo dušením, lisovaná a jemně strouhaná zelenina je snadněji stravitelná. Saláty ze syrové zeleniny zařazujte do jídelníčku dle snášenlivosti.

Ovoce

- vhodné jsou dobře vyzrálé, nenadýmavé druhy ovoce; jablka, nektarinky, broskve, mandarinky, pomeranč, banán; lisované bez zrněček jahody, maliny, rybíz; kompotované

ovoce; jablka, dýně, meruňky, broskve; marmelády a džemy z uvedených druhů bez zrníček. Nemocní s cukrovkou mohou uvedené ovoce v povoleném množství dle doporučené diabetické diety, kompoty a džemy slazené umělým sladidlem omezeně. Ovoce zvolte dle vlastní snášenlivosti.

Koření

- vhodné jsou zelené natě, kopr, pažitka, petrželka, majoránka, bazalka, kmín, vanilka, citrónová šťáva, sůl.

Nápoje

- vhodné jsou nápoje neperlivé, slabý černý čaj, bylinné čaje, ovocné čaje, obilninová káva, ředěné ovocné šťávy, džusy, přírodní minerální vody. Pro nemocné s cukrovkou jsou ředěné přírodní ovocné šťávy povolené pouze v malém množství, džusy pro obsah cukru nedoporučujeme.

Sladidla, sladkosti, pochutiny

- sladíme mírně - cukrem, medem, glukopurem, nemocní s cukrovkou používají umělá sladidla.
- do jídelního lístku můžete zařadit pokrmy z piškotového, odpalovaného, spařovaného, bílkového, tvarohového a krupicového těsta; kypřete bílky (sněhem), kypřícím práškem.
- vhodné jsou také pudinky, nákypy, ovocné rosoly.
- při cukrovce a špatné snášenlivosti cukrů omezujeme slazení a sladké pokrmy nepodáváme nebo je připravujeme s umělými sladidly.

Které potraviny jsou nevhodné?

Maso

- nevhodná jsou tučná masa, jako je vepřový bůček, krkovice, kačena, husa, zvěřina, skopové, vnitřnosti.

- nevhodné jsou masové konzervy, paštiky, uzená masa, nakládaná a marinovaná masa, nakládané ryby a rybí konzervy, plody moře, jitrnice, jelita, prejt, klobásy a většina uzenin.

Mléko

- nevhodné jsou mléčné výrobky s vysokým obsahem tuku, šlehačka, smetana, plísňové a zrající sýry.

Vejce

- nevhodná jsou vejce jako samostatný pokrm; smažená vejce, vaječné omelety, sázená a vařená vejce.

Tuky

- zakázané jsou přepalované tuky, smažená jídla, sádlo, škvarky, slanina, majonézy, tatarská omáčka, apod.

Pečivo

- nevhodné je celozrnné a tmavé pečivo, čerstvý chléb, čerstvé kynuté pečivo; buchty, koláče, loupáky, koblihy; výrobky z lístkového těsta, müsli, oplatky s krémy, tučné sušenky apod. Nevhodné je zahušťování pokrmů jíškou.

Luštěniny

- nevhodné jsou všechny druhy luštěnin; čočka, hrách, fazole, sója.

Zelenina

- nevhodné jsou nadýmavé druhy zeleniny; zelí, kapusta, květák, paprika, okurky, česnek, cibule, pór, ředkvičky, křen.

Ovoce

- nevhodné je ovoce nedozrálé, tuhé, s tvrdou slupkou a zrníčky, příliš kyselé a bobtnající, švestky, hrozny, hrušky, fiky, datle, třešně, rybíz, angrešt, ořechy, oříšky, kokos, mák, olivy.

Koření

- nevhodné je ostré koření; pepř, chilli, paprika, směsi koření na grilování, pečení, do gulášů, polévkové koření, sojová omáčka, hořčice, muškátový oříšek, nové koření, bobkový list, kečupy apod.

Nápoje

- nevhodné jsou sycené perlivé vody, limonády, zrnková káva, silné kakao, silný čaj, alkohol.

Ostatní

- nevhodné jsou čokoládové bonbony, čokoláda, zmrzliny, zákusky plněné krémy, dorty apod.

Několik praktických rad na závěr

- Pokrmy připravovat bez tuku a k tomu využívat vhodného nádobí s teflonovou úpravou, s ocelovým dnem, vaření v páře, pečení v alobalu, apod.
- Při přípravě používat vaření, dušení i pečení. Doba úpravy musí být dostatečně dlouhá, aby bylo jídlo měkké. Nevhodné je jakékoliv smažení (smažené maso, sýr, brambůrky apod.).
- Nepoužívat cibulový základ; smažená cibulka není vhodná.
- Zahušřovat moukou opraženou nasucho, moukou rozmíchanou ve vodě, popřípadě v mléce, nepoužívejte jíšku. Mouku vždy dobře povařte.
- Přidávat do hotového pokrmu malé množství másla pro zvýšení energetické hodnoty.
- Jídlo nesmí být příliš horké ani studené, musí být lehce stravitelné, nenadýmavé, nesmí být příliš kořeněné.
- Pokud pacient nesnáší mléko, neměl by ho používat.
- Důležitá je dostatečná konzumace bílkovin a ty jsou především v mase, mléčných výrobcích, bílku apod.
- Při špatné snášenlivosti cukru a při onemocnění cukrovkou by neměl pacient používat cukr.

- Snášenlivost některých potravin je individuální, pokud pacient zjistí, že mu některá z doporučených potravin nedělají dobře, vyřadí ji.
- Pacient by se měl snažit jíst pestrou stravu, v časových intervalech 2–3 hodin, menší porce.

Cílem je udržet co nejlépe dobrý stav výživy.

Seznam použitých zkratek

5-FU	5-fluorouracil
C25	Karcinom pankreatu (podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10)
CEA	Karcinoembryonální antigen
CT	Computer Tomography
Č.	číslo
DM	Diabetes mellitus
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
ERCP	Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
ESPAC	European Study Group for Pancreatic Cancer
EUS	Endosonografie
FUFA	5-fluorouracil v kombinaci s Acidum folicum
GIT	Gastrointestinální trakt
GITSG	Gastrointestinal Tumor Study Group
Gy	Gray (jednotka absorbované dávky radiačního záření)
KP	Karcinom pankreatu
M	Přítomnost vzdálených metastáz (M0, M1, MX)
MAX	Maximální (nejvyšší) získaná hodnota
MIN	Minimální (nejnižší) získaná hodnota
MR (MRI)	Magnetická rezonance (Magnetic Resonance Imaging)
N	Regionální mízní uzliny (N0, N1, NX)
Obr.	Obrázek
PET	Pozitronová emisní tomografie
PGT	Porucha glukózové tolerance
PTC	Perkutánní transhepatická cholangiografie
QLQ-C30	Quality of Life Questionnaire karcinom 30
QLQ-PAN 26	Quality of Life Questionnaire Pankreas 26
RTG	rentgen
Str.	strana
T	Velikost primárního tumoru (T1-4, TX)
Tab.	Tabulka
Tis	Karcinom in situ
TNM	Tumor Nodus Metastasis
USA	Spojené státy americké
UZ	Ultrazvuk
UZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky