



LIGA PROTI RAKOVINĚ
PRAHA

Obecné informace pro pacienty

Paliativní onkologická terapie

MUDr. LENKA HRONOVSKÁ

Vydala Liga proti rakovině Praha
Na Truhlářce 100/60, 180 81 Praha 8
Tel./fax: 224 919 732
Tel. nádorová linka: 224 920 935
Číslo účtu: 8888 88 8888/0300
e-mail: lpr@lpr.cz • <http://www.lpr.cz>

**BROŽURA
JE NEPRODEJNÁ**



Česká pošta



GlaxoSmithKline

OBSAH

1. Paliativní onkologická terapie / 4
2. Bolest v paliativní terapii / 5
 - 2.1 Terapie bolesti / 6
 - 2.2 Topická (místní) léčba bolesti / 10
 - 2.3 Konopí v paliativní léčbě nádorových onemocnění / 10
3. Rehabilitace v paliativní terapii u pacientů s nádorovým onemocněním / 11
4. Prevence a terapie povrchových defektů a dekubitů / 14
5. Výživa v paliativní onkologické terapii / 16
6. Infekce a horečnaté stavy u pacientů s nádorovým onemocněním / 18
7. Poruchy spánku / 20
8. Poruchy chování a paliativní terapie / 21
9. Hospic / 22
10. Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) / 23
11. Vysvětlení některých pojmů a zkratk / 24

1. PALIATIVNÍ ONKOLOGICKÁ TERAPIE

Podle WHO je paliativní péče definována jako celková léčba a péče o nemocné, jejichž onemocnění nereaguje na nutnou onkologickou léčbu.

Cílem je jednak zlepšit kvalitu života pacientů ve fázi, kdy ani moderní terapie nemá očekávaný efekt, zbavit pacienty bolestí a zároveň pomoci jejich rodinám.

Paliativní terapie je komplexní a aby splnila očekávaný efekt, spolupracují při její realizaci všechny lékařské obory na straně jedné a obory medicíně vzdálené na straně druhé.

Pacienti a rodina by měli být podrobně informováni o tom, co paliativní terapie obnáší, jaký léčebný postup bude zvolen a proč, jaká je prognóza onemocnění, jaká jsou možná rizika a komplikace.

Paliativní terapií můžeme ovlivnit:

- 1/ bolest,
- 2/ výživu pacienta,
- 3/ psychický stav pacienta,
- 4/ virové a bakteriální infekce,
- 5/ horečnaté stavy.

Paliativní terapie zahrnuje:

- 1/ paliativní radioterapii,
- 2/ paliativní operaci s cílem odstranit část nádoru, která např. prorůstá do okolí a způsobuje další komplikace nebo metastázy (při generalizaci),
- 3/ paliativní chemoterapii s aplikací cytostatika per os, přímo intravenózně (do žíly) nebo formou infuzí,
- 4/ odlehčovací punkce (fluidothorax = volná tekutina v hrudníku, ascites = volná tekutina v břiše, perikardiální výpotek = tekutina kolem srdce),
- 5/ prevenci a léčbu různých defektů, od malých kožních poranění až po dekubity (proleženiny),
- 6/ psychoterapii,
- 7/ léčbu infekcí,
- 8/ zajištění dostatečné výživy a hydratace,
- 9/ rehabilitaci.

Paliativní terapie se zabývá i sociální problematikou (u léčby v LDN v rámci fakultních nemocnic), umístěním pacienta do hospice, zajištěním pečovatelské služby v případě, že se pacient bude léčit doma. Nejsou opomenuty ani duchovní péče na přání nemocného a jeho rodiny.

2. BOLEST V PALIATIVNÍ TERAPII

Bolest se vyskytuje u 40 % pacientů v časném stadiu, u 60 % pacientů v pokročilém stadiu onemocnění a u 80 % pacientů v preterminálním a terminálním stadiu. U některých pacientů může být bolest výrazně ovlivněna psychickým stavem, jen velmi těžce se odliší bolest, která nemá souvislost s nádorovým onemocněním.

Nádorová bolest může být chronická nebo akutní, může mít intermitentní charakter, tzn., že se objevuje pouze občas a bývá vyvolána řadou aktivit, např. polykáním, močením, defekací, kašlem, nešetrnou manipulací s pacientem, změnou polohy atd. Intenzita bolesti je velmi individuální.

Podle **Melzackovy škály** máme 5 stupňů:

- 1 – mírná bolest
- 2 – nepříjemná bolest
- 3 – silná bolest
- 4 – krutá bolest
- 5 – nesnesitelná bolest

Bolesti se objevují při komplikacích (metastázy, infiltrace měkkých tkání nádorem, komprese okolí rostoucím nádorem), ložiskové infekci, dekubitoch, metastázách do lymfatických uzlin s následným uzlinovým syndromem a lymfedémem, při spasmech svalstva, při kompresivních frakturách jako projev metastáz do páteřního kanálu a následné komprese a ischemie nervů.

U některých pacientů může být příčinou bolestí zavedený močový katetr, opruzeniny, záněty, proleženiny atd.

Nejhorší bolest je při karcinomu ovaria a děložního čípku, pankreatu, naopak nejmenší bolest vidíme u lymfomů.

Bolest může být také následkem diagnostického postupu a terapie.

Patří sem bolest pooperační, fantomová bolest po amputacích, bolest po invazivních vyšetřeních, po biopsiích.

Bolest po aktinoterapii: fibrózy, myelopatie, dermatitidy a záněty sliznic, poškození hlasivek s následnou ztrátou hlasu, postradiační otoky.

Při vyšetření bolesti u pacienta se zaměřujeme na:

- a/ lokalizaci bolesti: pacient by měl ukázat na místo bolesti a směr šíření,
- b/ změnu bolesti v závislosti na čase: začátek bolesti, frekvenci bolesti, charakter bolesti: tlaková, pálivá aj.,
- c/ šíření bolesti,

- d/ na vyvolávající příčiny,
- e/ zda má nebo nemá pacient nějakou tzv. úlevovou polohu, kdy je bolest minimální nebo zcela vymizí,
- f/ zjišťujeme, zda pacient byl nebo je léčen, kde, u koho a jak dlouho, jakými léky,
- g/ zda byl např. po dohodě s praktickým lékařem nebo onkologem vyšetřen např. **v Centru pro léčbu bolesti** v případě, že terapie neměla očekávaný efekt,
- h/ v případě akutního zhoršení nebo náhlém vzniku bolesti musíme vyloučit tzv. patologickou frakturu (nejčastěji zlomeniny dlouhých kostí a obratlů), při akutní bolesti břicha musíme vyloučit např. náhlou příhodu břišní, apendicitidu (zánět slepého střeva), poranění vnitřních orgánů,
- i/ cíleně bychom měli zjišťovat, zda zavedená terapie analgetiky má efekt nebo naopak bolest trvá stále a ve stejné síle.

Někteří z pacientů nosí tzv. **deník bolesti**, kam si zapisují intenzitu bolesti, příčinu vyvolávající bolest, trvání bolesti, např. omezení pohybu a aktivity při zhoršení bolesti, zda pro bolest nemohou spát nebo bolest spánek ruší.

Je všeobecně známé, že celkový stav pacientů je silně ovlivňován psychickým rozpoložením. Z toho plyne, že pacient úzkostlivý, apatický, v depresi, ve stresu snáší bolest daleko hůře než ti, kteří jsou psychicky stabilizovaní.

2.1 Terapie bolesti

Cílem terapie by mělo být pacienta úplně zbavit bolesti nebo intenzitu bolesti medikací snížit natolik, že pacient nebude trpět. Na určení terapeutické analgezie by se měli podílet neurologové, onkologové, ortopedi, není na škodu kontaktovat Centra pro léčbu bolesti a vhodnou terapii zkonzultovat.

Nedostatečná léčba bolesti může mít tyto příčiny:

- 1/ nepřesně diagnostikovaná bolest,
- 2/ nedoceněná intenzita bolesti,
- 3/ dlouhé intervaly mezi jednotlivými dávkami léků,
- 4/ nízké dávky léků,
- 5/ obava ze vzniku závislosti na lécích na bolest a obava z abstinenních příznaků po vysazení silnějšího analgetika,
- 6/ někteří z lékařů se brání podávat opiáty,
- 7/ obavy z komplikací v případě kombinované terapie a nebo souběžné podávání jiných léků. Nejčastěji se jedná o kombinaci analgetik s léky, které ovlivňují krevní srážlivost,
- 8/ špatná kombinace analgetik,

- 9/ neznalost některých terapeutických postupů, které provádějí pouze specializovaná pracoviště,
- 10/ při léčbě bolesti bychom měli podávat i léky na zklidnění pacienta a slabá antidepresiva.

Podávání analgetik

Způsob podání volíme podle celkového stavu pacienta, a to buď perorálně, nebo parenterálně: intramuskulárně (do svalu) intravenózně (do žíly), formou infuzí, epidurálně (do páteře), intrathekálně. Poslední 2 formy podání spadají do kompetence anesteziologů.

Předtím, než se rozhodneme pro paliativní terapii bolesti, měla by být provedena následující vyšetření: kompletní biochemie včetně onkomarkerů, KO+diff. (krevní obraz a zastoupení jednotlivých typů krvinek), FW (sedimentace), CT (počítačová tomografie) mozku a skeletu před lokálním ozářením nádoru, scintigrafie skeletu pro průkaz metastáz (lokalizace, množství atd.), NMR (magnetická rezonance).

Podávání analgetik se řídí třístupňovým žebříčkem. Podstatou je, že se analgetika mají nasazovat postupně podle síly.

I. stupeň analgetické terapie: neopioidní analgetika s nebo bez pomocného léku. Jestliže tato terapie nemá očekávaný efekt, přecházíme na **stupeň II**, tj. slabý opioid v kombinaci s neopioidním analgetikem a pomocným lékem.

III. stupeň je léčba bolesti kombinací silného opioиду, neopioidního analgetika a pomocného léku.

Dávkování analgetik je individuální, ovlivněno jednak prahem bolesti, jednak citlivostí na konkrétní analgetikum, svoji roli má časový faktor.

Každý pacient by měl mít sestavený tzv. **písemný časový plán** užívání léků včetně důvodů podávání léku proti bolesti, měl by být pravidelně kontrolován, aby chom mohli zhodnotit efekt léků proti bolesti, které užívá.

Nejčastěji užívaná analgetika a jejich běžné dávkování

1) Salicyláty

Mají efekt analgetický, protizánětlivý a antipyretický, správně by se měly podávat společně s jídlem. Vzhledem k častým nežádoucím účinkům může být jejich podávání omezené.

Nejčastějším nežádoucím účinkem může být krvácení do trávicího traktu, snížení počtu krevních destiček, pálení žáhy, pocit plného žaludku, nadýmání.

Méně častými nežádoucími účinky je pocit nucení na zvracení, zvracení, kožní alergické reakce (vyrážka, kopřivka, svědění kůže).

Vzácně mohou salicyláty vyvolat astmatický záchvat.

Kdy musíme tuto skupinu léků vyřadit ze seznamu?

- a) vředová choroba žaludku a duodena (dvanáctníku)
- b) poslední 3 měsíce těhotenství
- c) při užívání léků, které ovlivňují krevní srážlivost – např. Warfarin, Heparin, Fraxiparin

Běžně se podávají ve 4–6 hodinovém intervalu, doporučujeme současně podávání antacida (léky, které brání překyselení žaludku a pálení žáhy).

Přehled nejčastěji užívaných léků: Paralen 500 mg tbl., Dafalgan.

2) NSA = nesteroidní antirevmatika

Diclofenac, Novalgin, Rewodina, Voltaren, Indometacin (Indren), Brufen, Nurofen, Ibalgin, Ketonal, Surgam.

3) Paracetamol

Lék s dobrým analgetickým účinkem, lze podávat i v těhotenství, nevýhodou je velmi slabý analgetický efekt, a to i v maximální dávce – 4g denně.

Paracetamol může být součástí i jiných léků: Paralen, Benuron, Calpol, Effergan, Panadol.

Kombinované léky: Ataralgin, Coldrex, Korylan, Panadol Extra, Panadol Ultra, Panadol plus, Baletil, Zaldiar.

4) Tramadol

Lék s dobrým analgetickým účinkem. Tramadol je obsažen v těchto lécích:

Tramal, Tralgit, Zaldiar.

Časté nežádoucí účinky: závratě, zvracení.

Občasné nežádoucí účinky: bolest hlavy, otupělost, spavost, zmatenost a dezorientace u starších pacientů.

5) Opioidní analgetika

Silná analgetika, působící centrálně.

Dělení:

- a) čisté agonisty: Morfin (Morfin, MST continus, Vendal ret.), pethidin (Dol-sin), dihydrocodein (HDC-continus), fentanyl (Fentanyl, Durogesic).
- b) smíšené agonisty: Fortran, Dolapent aj.

Dělení opioidních analgetik podle síly a jejich dávky

- a) slabé: Kodein: podávat samostatně nebo v kombinaci se salicyláty. DHC Continus, Tramadol.

b) silné: Morfin: dávka se titruje, jedná se o nejčastěji užívaný opiát u nádorové bolesti, existuje riziko závislosti. Účinné formy: tablety, čípky, ampule, sirupy, roztoky. Vrcholová plasmatická koncentrace je za 1 hodinu po podání, doba účinku je 4–6 hodin.

Morfin podáváme subkutánně, intravenózně ve formě infuzí, rizikem je útlum dýchacího systému, poruchy srdečního rytmu, mohou se objevit alergické a psychické reakce.

Všeobecné nežádoucí účinky při podávání opiátů

Několik dní po zahájení podávání opiátů se v 80 % pacientů setkáváme s nechutenstvím, zácpou, pacienti mohou být ospalí, zmatení, někdy vidíme bludy a halucinace. Po vysazení Morfinu mohou být abstinenční příznaky: strach, celkový neklid, podráždění, dyspeptické obtíže, pocení.

U nádorových bolestí má své místo v terapii podávání sedativ, antidepressiv, anxiolytik, antiepileptik atd.

Přehled některých léků: Citalec, Prothiaden, u záchvatovité neuropatické bolesti Sodanton, Biston, Tegretol, Depakine CHRONO.

Neuroleptika: působí proti zvracení, antipsychoticky, sedativně, proti strachu, např. Tisercin, Haloperidol, Thioridazin aj.

Benzodiazepiny: pozitivně ovlivňují strach, nespavost, rizika křečí, svalový hypertonus. Do této skupiny léků patří: diazepam (Diazepam, Apaurin, Seduxen), aprazolans (Neurol, Xanax), bromazepam (Lexaurin), chlordiazepoxid (Defobin, Elenium, Radepur).

Spasmolytika: uvolňují ztuhlé svaly hladké i příčně pruhované, např. drotaverin = No-spa, butylskopolamin = Buscopan. Kombinovaná spasmooanalgetika: Algifen kapky.

Kortikoidy: zmírňují kolaterální edémy u mozkových nádorů nebo u metastáz do CNS, do skeletu, tlumí bolesti při kompresi okolních tkání rostoucím nádorem. Mají dobrý efekt u těžkých zánětů. Nežádoucí účinky: osteoporóza skeletu, tzv. steroidní diabetes, zhoršují DM I a II. typu. Při terapii kortikoidy začínáme vysokými dávkami, které postupně snižujeme na dávky udržovací.

Pohlavní hormony v analgetické terapii: zmírňují bolest u karcinomu prsu, včetně metastáz: testosteron (Agovirin), tamoxifen (Tamoxifen, Tamofen). Při metastázách do endometria, ovaria nebo ledvin lze terapeuticky užít medroxyprogesteron (Proverb) nebo megestrolacetát (Megace).

Při osteoporóze skeletu a nedostatku vápníku lze jako substituční terapii použít Kalcium eff., u metastáz do skeletu podáváme Miacalcic, Bonefos, Calcichew D3.

2.2 Topická (místní) léčba bolesti

Příčinou topické bolesti je poškození periferních nervů. Základem terapie je podávání lokálních anestetik. V současné době lze užít tzv. EMLA-krém (směs lokálních anestetik) nebo krém s vysokou koncentrací Lidocainu.

Paliativní radioterapie

Po lokálním cíleném ozáření se nádor zmenší, a tím se zredukuje tlak na okolní orgány.

Efekt paliativního ozáření vidíme u nádorů jater a sleziny nebo u kořenových bolestí, u metastáz do skeletu při nádorech prsu, karcinomu prostaty, u Grawitzova nádoru (ledviny), u nádoru štítné žlázy. Efekt je až u 80 % pacientů. Zároveň klesá počet patologických fraktur při metastázách do skeletu, protože se zastaví osteolýza (rozpad kostní tkáně).

Kromě cílené radioterapie lze podat radiofarmaka intravenózně. Efekt vidíme nejvíce u kostních metastáz karcinomu prostaty, plic a děložního čípku. Generalizovaný myelom nereaguje. Efekt aktinoterapie vidíme s odstupem několika týdnů, ale bolest jako taková ustoupí až po měsících.

2.3 Konopí v paliativní léčbě nádorových onemocnění

Konopí zabíjí nádorové buňky a mělo by být povoleno jeho podávání v paliativní léčbě. Jedná se o tzv. **léčebné konopí**, které má jiné složení než konopí, které známe. Perspektivní je použití konopí v léčbě rakoviny prsu, štítné žlázy, tlustého střeva, konečníku a prostaty. Konopí poškozuje nádorové buňky, ale buňky zdravé neovlivní. V Čechách není dosud žádný zákon, který by legalizoval jeho použití. Pokud někdo nemocnému konopí prodá nebo podá, jedná se o trestný čin. Pokud má někdo u sebe do 15 g konopí, je to přestupek. Legálně užívají konopí k léčbě od r. 1999 v Izraeli nejen v onkologii, ale i při léčbě AIDS, roztroušené sklerózy, při léčbě Parkinsonovy choroby a u Alzheimerovy demence.

Biologická léčba u nádorových onemocnění

Biologická léčba představuje cílené ovlivnění imunitního systému. Biologické léky jsou víceméně produkty živé přírody a zasahují do imunitního systému, u nádorových onemocnění ničí růstové faktory pro nádorové buňky. Pokud je léčba indikována odborníky a je hrazena z prostředků veřejného pojištění, měl by ji pacient dostat. Léčbu zajišťují **komplexní onkologická pracoviště**. Nejvýznamnější léky jsou nyní Avastin užívaný v udržovací léčbě a Herceptin adjuvant. Avastin je plně hrazen z pojištění, pokud se podává u karcinomu prsu, ledvin a kolorektálního karcinomu. Léky se podávají ve stanovených intervalech v tabletách, subkutánně nebo v infuzích. Komplexní onkologická centra lze najít na www.onconet.cz.

3. REHABILITACE V PALIATIVNÍ TERAPII U PACIENTŮ S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM

Rehabilitační péči je možno realizovat různými způsoby: konzultace, konzilia v nemocnicích nebo na ambulancích, na specializovaném rehabilitačním pracovišti, formou lázeňské péče, rekondičních pobytů (organizuje a finančně podporuje i Liga proti rakovině Praha). Způsob realizace rehabilitace ovlivňují následujícími faktory:

- a) postižení tělesného orgánu,
- b) histologický typ a stadium onemocnění,
- c) onkologická terapie a její komplikace,
- d) věk pacienta,
- e) přidružená onemocnění,
- f) prognóza onemocnění,
- g) psychický stav pacienta,
- h) sociální zázemí.

Cílem rehabilitace je zlepšit kvalitu života pacienta, zlepšit soběstačnost, odstranit závislost na cizí osobě, realizovat možnost vrátit se do zaměstnání, do normálního života. Adekvátní rehabilitace je zajištěna **týmovou spoluprací** onkologů, radioterapeutů, chirurgů, neurologů, ortopedů, protetiků, psychiatrů, psychologů, lékařů pro choroby z povolání, foniatrů, ergoterapeutů, specialistů na léčbu bolesti atd. Nelze opomenout spolupráci s rodinou, sociálními pracovníky a homecare.

Podle Dietze se rehabilitační terapie dělí do 4 kategorií:

- a) preventivní,
- b) podpůrná,
- c) obnovující,
- d) paliativní.

Před zahájením vlastní rehabilitace je nutné pacienta celkově vyšetřit a posoudit jeho zdravotní stav.

Rehabilitace bývá u onkologických pacientů často přerušena z důvodu plánované chemoterapie, radioterapie, imunoterapie, při horečnatých onemocněních, při polyneuropatii, při generalizaci nádorového onemocnění, při zhoršení celkového stavu v souvislosti s progresí nádorového onemocnění. V případě, že rehabilitace neplní svůj úkol, či pacient odmítá spolupracovat, nemá smysl v ní pokračovat.

Rehabilitace je kontraindikována v těchto případech:

- a) metastázy do dlouhých kostí při více než 50% postižení,
- b) metastázy v mozku a páteři,

- c) komprese důležitých orgánů, cév nebo kostí,
- d) při výpotcích,
- e) u pacientů v komatózním stavu nebo v preterminálním stavu,
- f) při kolísání TK (krevního tlaku): ortostatická hypotenze (pokles krevního tlaku při rychlém posazení na lůžku nebo rychlém postavení),
- g) při závažných kardiálních poruchách.

Jak rehabilitovat při metastázách do skeletu?

Do skeletu metastázuji nádory prsu, plic, prostaty, ledvin a štítné žlázy, hematologické malignity (lymfomy, mnohočetný myelom a leukémie). Nejčastějším místem metastáz jsou obratle, pánevní kosti, žebra, lemur (kost stehenní) a kosti lebeční. Před zahájením RHB je nutné provést RTG skeletu, scintigrafii skeletu, CT a NMR. Pokud zjistíme patologickou frakturu v horní části lemuru, je na místě chirurgické řešení. Riziko fraktury (zlomeniny) narůstá po aktinoterapii, neboť dochází k nekróze nádorové tkáně a změknutí kostní tkáně. Riziko fraktury narůstá během 6–8 měsíců po radioterapii.

Principem RHB je **postupné zatěžování organismu**. Proto nejprve provádíme svalová a dechová cvičení na lůžku, posilování svalstva při atrofii, při sníženém svalovém napětí, poté vertikalizaci (postavování) u lůžka, chůzi s pomůckami (např. vycházková hůl, tří- nebo čtyřkolka, vysoké nebo nízké chodítko, třibodová hůl).

U metastáz do skeletu (páteře) doporučujeme různé ortopedické pomůcky a korzety: Jewet-korzet, speciální páteřní ortézy atd. Pro stabilizaci páteře užíváme podpurné límce nebo různé imobilizéry. Doporučujeme i aerobní cvičení a plavání.

Postižení míchy při nádorovém onemocnění je nejčastější v hrudní páteři – až 70 %, potom v bederní páteři – 20 % a v krční páteři – cca 10 %. Pacienti s těmito metastázami v rámci RHB obtížně tolerují flexi (ohýbání) v krční a bederní páteři a protažení. **Postižení svalstva** se projeví prohlubováním slabosti, poruchou autonomních funkcí, poruchou citu aj.

Léčebné postupy zahrnují: terapii bolesti, podávání analgetik a kortikoidů, radioterapii a v některých případech léčbu operativní.

Paraneoplastický neuromuskulární syndrom

Jedná se o degeneraci nervového systému, poruchu svalstva, demenci, poruchu citlivosti. Ataxie může být jedním z prvních příznaků nádoru plic, prsu nebo ovaria. Základem pro stanovení diagnózy je EMG (elektromyografie).

Při poškození nervového systému vidíme bolest svalů, brnění prstů, poruchy rovnováhy, nestabilitu s rizikem pádu, nejistou chůzi a necitlivost rukou.

Základem terapie jsou analgetika, imunostimulancia, antidepresiva, vakuově kompresní terapie, Jandova metoda, individuální LTV (léčebná tělesná výchova) atd.

U bolestivých stavů má své místo i psychoterapie.

Lymfedém

Je častou komplikací nádorového onemocnění, příčinou je porucha odtoku lymfy po operaci tumoru nebo samotným nádorem. Nejčastěji vidíme lymfedém u karcinomu prsu, u tumoru ledvin a karcinomu prostaty. Velikost lymfedému je různá, terminální velikostí je tzv. **sloní noha nebo ruka**.

Rehabilitační postup:

- a) manuální lymfodrenáž, kdy se zlepší speciální technikou odtok lymfy. Provádí se několikrát za den, v nemocnici 2x denně, poté navazuje péče ambulantní 3x týdně 45–60 minut.
- b) tlaková masáž
- c) vakuum-kompresivní terapie. Při této technice se střídá přetlak a podtlak. Při tomto postupu klesá riziko plicní embolie.
- d) kompresivní bandáže. Součástí terapie lymfedému je polohování, zdvihání dolních končetin, pacient by měl být proškolen v provádění autodrenáže a bandážování.

Pohybová terapie

Cílem je zlepšení hybnosti, zlepšení svalové síly, koordinace pohybu, zlepšení vytrvalosti.

Cvičení v onkologii jsou:

- a) aktivní s asistencí nebo s pomůckami,
- b) aktivní samostatné cvičení bez pomůcek,
- c) aktivní cvičení proti odporu terapeuta,
- d) strečinkové cvičení s cílem zlepšit pohyblivost kloubů,
- e) dechová cvičení.

Volba metody je individuální podle typu a stadia nádorového onemocnění. U těžkých stavů by mělo být cvičení max. 5 minut s postupným prodlužováním doby cvičení, max. ale 30–45 minut. Nutno brát v úvahu stupeň únavy, tělesnou kondici, je nutné monitorovat TK, puls, dechovou frekvenci, průběžně hodnotit i EKG.

Rehabilitace u nádorů v ORL

Procvičování žvýkání, polykání, svalová a dechová cvičení, nácvik komunikace (řeč, fonace), procvičování krční páteře, cvičení po uzavírání tracheotomie atd.

Rehabilitace u plicních nádorů

Tato RHB zahrnuje dechová a svalová cvičení s cílem zabránit plicní insuficienci, zánětům horních a dolních cest dýchacích, udržet volné pohyby hrudníku, zvý-

šení fyzické kondice, udržet příznivý zdravotní stav po operaci plic, hrudníku atd., procvičování nádechu a výdechu, nácvik kašle tak, aby se zmenšila bolest po operacích, svalové masáže.

Rehabilitace u nádorů trávicího systému

Tyto nádory minimálně metastázuji do skeletu a nervového systému, dominuje únava, hubnutí, celková slabost. Je proto vhodné krátké rekondiční cvičení, po operacích se snažíme upravit střevní činnost břišní masáží, naučit pacienta ošetřování stomie, pokud byla provedena, upravit reflexní poruchu močení, je nutné posílit břišní svalstvo a svaly pánevní.

Rehabilitace u nádorů urogenitálního systému

Snažíme se o co nejrychlejší mobilizaci pacientů, provádíme dechovou a cévní gymnastiku, posílení břišního svalstva v souladu s bráničním dýcháním. Při vzniku lymfedému po operacích zahajujeme lymfodrenáže.

U karcinomu prostaty se RHB zaměřuje na zachování svalů a zabránění inkontinence, u mladých mužů se snažíme zabránit impotenci a poruše erektilní funkce.

Rehabilitace po amputacích

Měla by být zahájena co nejdříve, měli bychom se snažit již před operací posilovat svaly, nacvičovat rovnováhu, chůzi s pomůckami, přesně musí být stanoven rehabilitační plán. Součástí RHB po amputacích je bandáž pahýlu, jeho polohování, sprchování a jeho formování před protézami. Důležité je začít co nejdříve chodit a procvičovat i horní končetiny.

Jsou k dispozici tyto postupy: svalová masáž, vodoléčba, kinezioterapie, léčebný tělocvik, cvičení v bazénu.

4. PREVENCE A TERAPIE POVRCHOVÝCH DEFEKTŮ A DEKUBITŮ

Kůže má několik důležitých funkcí. Chrání organismus před bakteriální a virovou infekcí, napomáhá udržování tělesné teploty (vylučování potu, cévní reakce, izolace tukovou vrstvou). V kůži jsou receptory pro vnímání mechanických, tepelných a bolestivých podnětů, v kůži se tvoří vitamín D a melanin, potní a mazové žlázy chrání kůži, pot má i malé dezinfekční účinky.

Dekubity

Dekubity (proleženiny, tlakové léze, vředy) jsou způsobeny tlakem na jedno místo při ztrátě pohybu, při dlouhodobém pobytu na lůžku, při poruše výživy a hydratace.

Vznik dekubitů je ovlivněn velikostí tlaku určenou hmotností pacienta a dobou, po kterou tlak působí. Nejčastěji vznikají tam, kde je malá vrstva tuku a malé množství svalstva.

Nejsnáze vznikají dekubity na sakru (křížová kost), na kyčlích, bérkách, na kotních. Rychlost vzniku je dána odolností kůže vůči tlaku. Z toho vyplývá, že u starých pacientů s tzv. pergamenovou kůží vznikají defekty snáze než u těch, kteří mají kůži pružnou, dobře cévně i nervově zásobenou. Méně odolná je kůže v místech těžkého úrazu, v místech, kde byly popáleniny, v místech, kde byla provedena aktinoterapie. Při malnutrici a dehydrataci, při nedostatku proteinů, u diabetiků se poškozená kůže velmi špatně hojí.

Na vzniku dekubitů se podílejí i některé léky (chemoterapie, kortikoidy, opakovaně podávaná antibiotika, některá analgetika, anxiolytika, sedativa ve velkých dávkách atd.).

Při neurologických onkologických komplikacích je porušena kožní citlivost a riziko pro vznik dekubitů je vysoké. Větší sklon k tvorbě dekubitů mají pacienti plně inkontinentní (neschopní spontánního močení).

Dekubity mají 4 stupně:

- a) **I. stupeň:** otlačená kůže, zarudnutí, ale bez poškození kůže. Při polohování, promazávání kůže, dostatečné hydrataci a zlepšení výživy jsou tyto změny reverzibilní (vratné).
- b) **II. stupeň:** vznikají puchýře, tkáň je oteklá, bolestivě reaguje na minimální podněty, ale i v tomto případě je možné spontánní zhojení.
- c) **III. stupeň:** nekróza. Dekubitus je pokryt černou krustou nebo rozpadlou tkání. Mokvající defekt má pronikavý zápach.
- d) **IV. stupeň:** vřed, tlakové léze prostupující až na kost.

Terapie dekubitů je komplexní, tj. lokální, celková, chirurgická ve stadiu III–IV.

Nejprve je nutné odstranit tlak, který vedl k poškození kůže a podkoží, dalším krokem je odstranění nekrotické tkáně a postupné čištění rány. K oplachu rány je vhodný fyziologický roztok, peroxid vodíku, roztok s antibiotiky a další. Nekrotickou tkáň odstraňujeme pomocí lokálního použití gelů, např. Nugel, Flamigel. Vlhký způsob terapie dekubitů provádíme pomocí různých prostředků, např. TenderWet – polštářky. Mají více vrstev, sací schopnosti, Ringerův roztok, který se průběžně uvolňuje. Výměna TenderWetu je 1x za 4 dny. Lokálně přikládáme přípravky, jako je Inadine nebo Betadine, které mají dezinfekční účinky. K udržování vlhkosti používáme Hydrosorb, který zároveň chrání nově se tvořící tkáň před infekcí a pronikající vodou z okolí. K čištění a podpoře tvorby nové tkáně užíváme také Hydrocoll. Dále je nutné zlepšit výživu pacienta (vitamíny, dostatek proteinů a minerálů, Cubitan nebo Nutridrink), zmírnit nebo úplně odstranit bolest, odléčit infekci celkově podávanými antibiotiky.

5. VÝŽIVA V PALIATIVNÍ ONKOLOGICKÉ TERAPII

Naším cílem je zajistit u onkologických pacientů kvalitní výživu, která by obsahovala dostatek vitamínů, minerálů, stopových prvků, měla vyrovnané množství proteinů, sacharidů a lipidů. **Bílkoviny** jsou nutné pro obnovu tkání, jsou rostlinné nebo živočišné, skládají se z esenciálních a neesenciálních aminokyselin. **Sacharidy** jsou zdrojem energie, **lipidy** jsou také zdrojem energie.

Zajištění výživy: perorálně, intravenózně – infuzní terapie, zajištění výživy nasogastrickou sondou nebo přímým podáváním do trávicího systému přes PEG.

Zdroje bílkovin: mléčné výrobky, maso, vejce, luštěniny.

Zdroje sacharidů: rýže, těstoviny, luštěniny, cereální výrobky, ovoce a zelenina, med, džusy, ovocný a hroznový cukr.

Zdroje tuků: rostlinné oleje, ořechy, některé tropické ovoce.

Kvalitu výživy zajišťují nutriční terapeuti. Specializují se na metabolické poruchy a těžké stavy pacientů.

Pokud nemá pacient chuť k jídlu, volíme tento postup:

- a) jíst několikrát denně malé porce,
- b) sníst malé svačinky kdykoli během dne,
- c) jíst oblíbená jídla,
- d) tekutiny podávat během jídla.

Při pocitu na zvracení volíme tento postup:

- a) nejíst bezprostředně před chemoterapií,
- b) jíst po 3 hodinách malé porce,
- c) jíst a pít pomalu,
- d) zajistit si kvalitní stravu s dostatkem živin a energie,
- e) lze pít v malém množství Coca Colu, tím se zmírní pocit na zvracení,
- f) v době nevolnosti se nenutit do jídla,
- g) po jídle si odpočinout.

Jak se stravovat při zácpě:

Musíme zajistit následující:

- a) dostatek tekutin – cca 2,5 litru denně.
Vhodné tekutiny: voda, ovocné čaje, zelené čaje, mátový nebo meduňkový čaj, neperlivé minerální vody
- b) jíst jídla, která mají dostatek vlákniny (jablka, meruňky, citrusy, kompoty a přesnídávky, saláty, čínské zelí, špenát, mrkev, celer, petržel, rajčata, dýně),

- c) čeho se vyvarovat: alkohol, černá káva, kynuté pečivo, minerální vody, řízky, hranolky, paštiky,
- c) upravit dle potřeby farmakoterapii,
- d) mít dostatek pohybu, pokud je to možné.

Jak se stravovat při průjmech:

- a) pít dostatek tekutin, 2–3 litry, lze podat hořký černý čaj, ředěný džus, polévky. Omezit nebo vůbec nepít nápoje obsahující kofein, vyhnout se mléku.
- b) jíst lehká jídla,
- c) omezit kořeněná jídla, jídla tučná, mastná,
- d) vhodné jsou banány, dušená rýže, dušená mrkev, masový vývar s rýží, drůbeží maso, ryby, brokolice, špenát bez česneku, broskvové a meruňkové kompoty.

Nutriční doplňky

Sipping (anglický výraz pro slovo srkat, usrkávat, vyjádření způsobu, jak by se nápoje měly konzumovat).

Jsou to nápoje, obsahující a doplňující všechny nebo některé složky základních živin, dále vitamíny, minerály a stopové prvky. Užívají se hlavně v situacích, kdy běžná strava nestačí nebo ji nemocní nejsou schopni sníst v dostatečném množství. Podobají se mléčným koktejlům, ledové kávě, smetaně do kávy, jogurtovým nápojům nebo džusům. Oproti potravinám jsou mnohem bohatší a koncentrovanější obsahem živin. Podávají se chlazené nebo vlažné, dají se smíchat s vodou, mlékem, některými typy omáček, kaší. Tyto nápoje by se neměly pít najednou, protože by mohly zatěžovat trávicí trakt, ale usrkávat. Jedno balení by se mělo rozdělit na 3 části a vypít během jedné hodiny. Snášitelnost je individuální. Podle potřeby je možné podat tyto doplňky 1–6x denně.

Potravinové doplňky: Nutridrinky, Diasip, Fresubin, Nutrilac

Cíleně mířená výživa: Cubitan, Fortimel

Sondová enterální výživa v paliativní onkologické péči

Užívá se hlavně při neschopnosti přijímat jídlo a tekutiny per os. Tato výživa může odstranit úzkost, obavy ze zvracení, bolesti břicha.

Pro nasogastrickou výživu volíme tenké nosní sondy, které se snadno zavádějí, jejich nevýhodou je riziko aspirace stravy, riziko infekce.

Pro parenterální výživu, která bude delší než 6 týdnů, užíváme gastrostomické nebo jejunostomické sondy (sondy zavedené do žaludku nebo do střeva).

PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie): sonda se zavede přímo do žaludku, může se provést v lokální anestezii. Podáváme tekuté farmakologické přípravky nebo mixovanou stravu.

Stomie

Nejčastěji se zavádějí u karcinomu rekta nebo u neprůchodnost způsobujících stavů. Střevní vývod by měl být co nejdále od jizev, kožních řas, od pupku, od žeber a kostí pánve. Stomické pomůcky jsou jednodílné nebo dvoudílné.

Stomie ošetřují nebo naučí pacienty obsluhovat stomické sestry. Jsou pravidelné kontroly na proktologii. Při ošetření je nutné zabránit poranění, zatažení infekce, krvácení aj.

6. INFEKCE A HOREČNATÉ STAVY U PACIENTŮ S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM

Zvýšená teplota a teplota mají různé příčiny, u nádorových onemocnění jsou nejčastěji projevem probíhající infekce (záněty v dutině ústní, záněty horních cest dýchacích, zápal plic, infekce trávicího systému, močové a gynekologické infekce, kožní infekce, dekubity), mohou vznikat jako komplikace chemoterapie nebo po operacích, ale setkáváme se i s teplotami, které nemají jasnou příčinu. Horečky provázejí nejčastěji hematologické malignity (maligní lymfogramulom a nehodgkinové lymfomy), nádory ledvin nebo jater.

Mohou být virové nebo bakteriální etiologie. **Virové infekce** jsou způsobeny herpetickými viry, virem Epstein-Baarové, cytomegaloviry, příčinou **bakteriálních infekcí** jsou: Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus pyogenes aureus, streptokoky, Pseudomonas, E. coli, Klebsiella.

Plísňové infekce jsou nejčastěji u leukémií a lymfomů, infekci způsobuje Candida albicans.

Chemoterapeutika, která vyvolávají horečky: bleomycin, dakarbazin, L-asparagináza, cytosinarabinosid, methotrexat, adriamycin, 5-fluorouracil, prokarbazin.

Šíření infekce: kontaktem s nemocným, kapénkami, je možný i přenos krevní transfúzí.

Vstupní brány infekce: dýchací systém, trávicí systém, povrchové kožní defekty.

Klinický obraz infekcí a horečnatých stavů: zimnice, třesavka, únava, bolest kloubů a svalů, zvětšení lymfatických uzlin, kašel s nebo bez vykašlávání, pálení a řezání při močení, průjmy, výtoky, kožní vyrážky a další.

Základní vyšetření: KO, FW, minerály, CRP (zánětlivý marker), vyšetření moči (výsledky nelze objektivně hodnotit u pacientů se zavedeným močovým katetrem), stolice a sputa, stěry z tonzil, u defektů stěry na bakteriologické vyšetření, RTG hrudníku, ultrazvukové vyšetření břicha při podezření na tvořící se výpotek.

Terapie infekcí a horečnatých stavů

1/ antipyretika

Kyselina acetylosalicylová (Anopyrin, Acylpyrin, ASPRO, Upsarin aj.), paracetamol (Paralen, Dafalgan, Panadol aj.), ibuprofen (Brufen, Nurofen, Ibalgin), diklofenak (Apo-Diclo, Diclofenac, Olfen, Rewodina, Veral, Voltaren), indometacin (Indometacin, Indren).

Kontraindikací podávání antipyretik jsou alergické reakce a krvácení do gastrointestinálního traktu v anamnéze.

2/ antibiotika (ATB)

Výběr antibiotika se řídí citlivostí, místem infekce a toxicitou. U pacienta je nutné vědět, zda na některá antibiotika není alergický. Aby byl dosažen očekávaný efekt, je nutné ATB podávat v pravidelných časových intervalech, dostatečně dlouho a zvolit co nejvýhodnější formu: tablety, kapsle, injekce, kapky nebo masti.

Pokud není k dispozici výsledek kultivace a citlivosti, začíná se léčba širokospektrými antibiotiky, která působí na více druhů mikroorganismů, a poté se přechází na podávání antibiotik podle citlivosti. Je možná monoterapie nebo kombinovaná terapie.

Nežádoucí účinky při podávání ATB:

- a) průjemy, zvracení,
- b) alergické reakce,
- c) toxické reakce,
- d) při opakovaném podávání antibiotik často vzniká rezistence.

Někdy je nutná i konzultace s ATB střediskem.

Nejčastěji užívaná antibiotika:

Penicilinová řada

Ampicillin, Augmentin (Amoksiklav), Amoclen, Oxacilin (Oxacilin, Prostaphyllin)

Cefalosporiny

cefalexin (Cefaclen), cefadroxil (Duracef), cefuroxim (Zinat)

Tetracykliny

Mají širokospektrý účinek, mají se vždycky podávat podle výsledku kultivace, z nežádoucích účinků jsou nejčastější průjemy, zhoršení funkcí ledvin. Jsou kontraindikovány v těhotenství a u malých dětí. Z farmak sem patří oxytetracyklin (Oxymykoin), doxycyklin (Deoxymykoin).

Makrolidová antibiotika

Jsou širokospektrá, užívají se při alergii na PNC, dobře se vstřebávají, vylučují se

žlučí. Patří sem: Erytromycin, doxitromycin (Rulid), spiramycin (Rovamycine), azitromycin (Sumamed, Zithromax).

Aminoglykosidy

Užívají se u močových infekcí, u zápalu plic. Jsou neurotoxické a ototoxické. Patří sem: Gentamicin, neomycin (Mycerin), streptomycin (Streptomycin), kanamycin (Kanamycin), amikacin (Amikacin, Amikin).

Chinolony

Užívají se u močových, ale i systémových infekcí, nežádoucí účinky jsou: zvracení, bolest hlavy, závratě. Jde o: kyselina oxolinová (Desuro), ciprofloxacín (Ciprinol, Ciprobay), norfloxacín (Nolicin), ofloxacín (Tarivid), pefloxacín (Abaktal).

Sulfonamidy

sulfametoxazol (Biseptol 480), sulfametoxazol + Trimetoprim (Cotrimoxazol, Oriprim, Septin, Sumetrolim)

Ostatní antibiotika

kolistin (Kolistin, Colimycine), bacitracin (Framykoin)

Chemoterapeutika

a/ u střevních infekcí: Endiaron, Endiform

b/ u močových infekcí Furantoin, Macmiror

Antimykotika

Amfotericin B, nystatin (Fungicidin), ketokonazol (Nizoral), flukonazol (Diflucan), klotrimazol (Aknecolor, Canesten, Clotrimazol, Imazol), mykoseptin

Některá antivirotika

amantadin (Viregit K), aciklovir (Herpesin, Zovirax)

7. PORUCHY SPÁNKU

U onkologických pacientů jsou velmi časté poruchy spánku. Mohou být způsobeny samotným nádorovým onemocněním, ale nejčastěji vznikají při bolesti, po aktino- nebo chemoterapii, u infekcí atd. Musíme rozlišit poruchu usínání, přerušovaný spánek a časné buzení. Krátkodobá nespavost trvá 1–3 týdny, chronická nespavost trvá déle než měsíc.

Obecné principy farmakoterapie poruch spánku:

- 1/ podávat co nejnižší dávku hypnotik,
- 2/ podávat léky nárazově,
- 3/ hypnotika vysazovat postupně,
- 4/ užívat krátkodobě působící hypnotika.

Nejčastěji užívaná hypnotika:

nitrazepam (Nitrazepam), flunitrazepam (Rohypnol), amidazolam (Dormicum), zolpidem (Stilnox).

8. PORUCHY CHOVÁNÍ A PALIATIVNÍ TERAPIE

U nádorových onemocnění se s nimi setkáváme velmi často, mohou být přechodné, nebo trvalé, jejich terapii určují psychiatři a psychologové.

1) Úzkost

Příčinou bývá diagnóza nádorového onemocnění, probíhající terapie a její komplikace, obavy z budoucnosti. Úzkost má projevy psychické (pocit sevření, úzkostné očekávání aj.), psychomotorické (agitovanost nebo naopak psychomotorický útlum) a psychosomatické (tachykardie, zrychlené dýchání, teploty, nespavost, bledost, sucho v ústech, pocení, trávicí obtíže, zvýšená hladina cukru).

Terapie úzkosti

Používáme anxiolytika, sedativa, antidepressiva, neuroleptika, antihistaminika.

Nejčastěji užívané léky: Neurol, Chlorprotixen, Haloperidol tablety, kapky, Prothazin, Prothiaden, Seropram (Citalec), Lexaurin, Zolofit.

2) Deprese

Diagnostikuje se velmi často, hlavními projevy jsou: smutná nálada, nerozhodnost, apatie nebo vnitřní neklid, úzkost, beznadějnost, poruchy výživy (bulimie nebo anorexie), z psychosomatických projevů vidíme skleslost, slabost, závratě, poruchy srdečního rytmu, zrychlené dýchání, sucho v ústech, střídání zimy a tepla, nechutenství, poruchy menstruace, potence aj.

Terapie:

A: antidepressiva

Prothiaden, Citalec, Deprex, Ludiomil, Trittico AC, Fevarin, Zolofit

B: anxiolytika

Neurol, Lexaurin, Frisium, Rivotril tablety

C: neuroleptika

Plegomazin, Tisercin, Chlorprotixen, Haloperidol, Buronil, Rispen, Tiapridal

Péči o pacienta mimo domov zajišťují v terminálním stavu nádorového onemocnění léčebny dlouhodobě nemocných, hospice, home care, sociální služby. Etické problémy souvisí s úrovní těchto služeb, důležitý je postoj příbuzných k paliativní terapii. U nás je zakázána eutanazie. Paliativní terapie závisí na úrovni služeb zařízení. To se týká i možnosti duchovní péče.

Základní organizační formy specializované paliativní péče:

- 1) lůžková zařízení,
 - a) hospic,
 - b) oddělení paliativní péče,
- 2) ambulantní zařízení,
 - a) ambulance paliativní péče,
 - b) konziliární tým paliativní péče,
 - c) denní hospicový stacionář.

9. HOSPIC

Jedná se o lůžkové zařízení nebo program komplexní péče poskytované v domácím nebo náhradním sociálním prostředí. Léčba v hospicích není určena pouze pro onkologicky nemocné, ale i ty, jejichž onemocnění může končit úmrtím.

Všechny hospice jsou zařízení nestátní, 2 hospice v ČR jsou zřízeny katolickou charitou, 4 hospice jsou zřízeny občanskými sdruženími.

V hospicích pracují lékaři, sestry, sociální pracovníce, duchovní a také psycholog nebo psychiatr, v některých hospicích pracují i fyzioterapeuti. Ve všech českých hospicích pracují dobrovolníci. V některých hospicích si lze půjčit ošetrovatelské pomůcky. Průměrný věk pacientů v hospicích je 76 let, počet pacientů mladších je minimální.

V ČR se můžeme setkat i s tzv. **mobilním hospicem**, který nabízí rodině a blízkým pacienta podporu lidskou, psychickou, pomáhá jim v řadě případů i odborně (výživa, ošetřování inkontinentních, prevence a léčba proleženin).

Díky domácí hospicové péči lze zabránit zbytečným hospitalizacím v lůžkových zařízeních, posílit vztahy v rodině a zabránit traumatizujícím zážitkům členů rodiny z odloučení v době umírání. Jedním typem mobilního hospice je např. hospic Cesta domů.

Pokud je pacient v preterminálním stavu doma, dostává se do péče praktického lékaře, který by měl zajistit podávání analgetik, předepisovat potřebné pomůcky

a zdravotnický materiál, kontaktovat podle potřeby specialisty z příslušných onkologických zařízení atd. Problém je ale v tom, že ne všichni praktičtí lékaři mohou předepisovat opiáty, nejsou vždy schopni provádět např. odsávání, cévkování mužů, punkce výpotků, podávat léky do žíly aj. Terminální stadium nemoci je to období, kdy se nejen pacient, ale i jeho příbuzní musejí vyrovnávat s postupným zhoršováním zdraví v důsledku progresu vážného chronického onemocnění s možností úmrtí.

10. LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH (LDN)

Zajišťují následnou lůžkovou péči o pacienty v preterminálním a terminálním stadiu. Stále zůstává v podvědomí široké veřejnosti, že do LDN chodí pacienti zemřít. Většina lidí ale neví, jaká je zde péče a že v LDN trpí pacienti spíše tím, že je rodina málo navštěvuje. Kterí pacienti jsou nejčastěji v LDN?

- 1) Ti, u kterých byly vyčerpány všechny možnosti dostupné moderní medicíny a je nutná pouze péče ošetrovatelská,
- 2) pacienti s psychiatrickým onemocněním, nejčastěji demenční a těžce depresivní,
- 3) pacienti, u kterých je nutná dialýza při selhávání ledvin u nádorových onemocnění, podpůrná infúzní terapie, transfúzní terapie po aktino- a chemoterapii, speciální výživa (nasogastrická sonda, parenterální podávání upraveného jídla do PEG),
- 4) pacient po amputacích dolních končetin z důvodu diabetických nebo jiných komplikací,
- 5) nelze opomenout ani důvody sociální.

Průměrná doba hospitalizace je delší než 3 měsíce, ale nelze vyloučit ani hospitalizace delší než 1 rok.

Pro pacienty, kteří jsou schopni spolupracovat, je zajištěna RHB s cílem zlepšit chůzi s pomůckami a činnost, která by alespoň částečně zlepšila soběstačnost pacientů.

Denní stacionáře

Jsou určeny pro pacienty, kteří po dobu, kdy jsou příbuzní v zaměstnání, nemohou být sami, ale i pro ty, kteří v daném období hospitalizaci sami odmítají nebo ji nechce rodina. Význam stacionářů spočívá v tom, že pacienti dostávají předepsané léky, mají zajištěné stravování, jsou chráněni před možným poraněním z důvodu pádu, mohou se zapojit do některých programů, např. muzikoterapie, RHB, kolektivní hry atd.

Paliativní terapie je významná a nepostradatelná.

11. VYSVĚTLENÍ NĚKTERÝCH POJMŮ A ZKRATEK

Ataxie – porucha koordinace pohybu

ATB – antibiotika

CT (computer tomography – počítačová tomografie) – vyšetření lidských tkání ve velmi tenkých vrstvách z více směrů. Tyto obrazy poté vyhodnocuje počítač.

Dekubitus – proleženina

FW – sedimentace

Intramuskulárně (im.) – do svalů

Intravenózně (iv.) – do žíly

Intrathekálně – podání léku nebo diagnostik do páteřního kanálu

KO – krevní obraz

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

LTV – léčebná tělesná výchova

Nasogastrická sonda – hadička zavedená nosem do žaludku, slouží k podávání enterální stravy

Nasojejunální sonda – hadička zavedená nosem do tenkého střeva, kterou se podává enterální strava

NMR (nukleární magnetická rezonance) – zobrazovací metoda, která využívá magnetických vlastností atomu. Lze získávat snímky z různých vrstev vyšetřovaných orgánů a lze vytvořit trojrozměrný obraz.

Paliativní – udržovací terapie, jejím cílem není úplné vyléčení nádoru, ale zlepšení kvality života a jeho prodloužení

PEG – zavedení sondy do žaludku přes stěnu břišní přechodně nebo trvale, slouží k podávání enterální výživy a tekutin

PET (pozitronová emisní tomografie) – zobrazovací metoda, při které se do žíly podává glukóza (cukr) značená radioaktivním izotopem. Glukóza se spotřebovává ve tkáních, které potřebují více energie a v takových místech se hromadí i použitá radioaktivní látka, jejíž záření je pak detekováno přístroji.

RHB – rehabilitace

RTG – rentgen

Scinti (scintigrafie) – zobrazení orgánů lidského těla pomocí radionuklidů zavedených do těla

Stomie – umělý vývod dutin trávicího systému na povrch těla

Supp. – čípek

Tbl. – tableta

Terminální – konečný

TK – krevní tlak

Topická – místní

POZNÁMKY

Seznam dosud vydaných účelových publikací LPR Praha

K dispozici jsou tyto tituly:

1. Aby Vaše dítě nekouřilo
2. Bolest a možnosti jejího zmírnění či odstranění
3. Co bychom měli vědět o rakovině
4. Co byste měli vědět o rakovině děložního hrdla a čípku
5. Dědičnost jako rizikový faktor pro vznik nádorů
6. Evropský kodex proti rakovině
7. Chemoterapie nádorových onemocnění
8. Informovaný pacient
9. Jak a proč si chránit kůži
10. Jak se vyrovnat s pokročilou nádorovou nemocí
11. Kouření a zdraví
12. Léčba nádorů hlavy a krku a její komplikace
13. Léčba zářením a Vy
14. Leukémie dětského věku
15. Lymfatický otok po operacích prsu
16. Maligní lymfomy a mnohočetný myelom
17. Možnosti prevence karcinomu děložního hrdla
18. Mýty a fakta o kouření
19. Nádorová onemocnění dětského věku
20. Nádorová onemocnění ledvin
21. Nádory centrálního nervového systému
22. Nádory štítné žlázy
23. Nádory varlat
24. Nekonvenční protinádorová léčba
25. Onkologie pro laiky
26. Paliativní onkologická terapie
27. Plicní rakovina
28. Proleženiny a další poruchy kůže u nádorových onemocnění
29. Psychologické aspekty nádorových onemocnění
30. Rakovina a sex
31. Rakovina jater a žlučových cest
32. Rakovina kostí a měkkých tkání
33. Rakovina močového měchýře
34. Rakovina ovaria
35. Rakovina prostaty
36. Rakovina prsu u žen
37. Rakovina slinivky břišní
38. Rakovina tlustého střeva
39. Rakovina v pokročilém věku
40. Rakovina žaludku
41. Stomie
42. Stručné zásady onkologické prevence
43. Výživa u onkologicky nemocných
44. Záněty dutiny ústní při protinádorové léčbě
45. Ženám po ablaci prsu

PROGRAMOVÉ CÍLE, PROJEKTY A AKTIVITY LIGY PROTI RAKOVINĚ PRAHA

Liga proti rakovině Praha (LPR Praha) zahájila svou činnost v roce 1990 v Československé lize.

Od roku 1991 je samostatným právním subjektem.

Jako občanské sdružení je dobrovolnou nevládní a neziskovou organizací.

Dominantní snahou je výchova veřejnosti ke zdravému způsobu života a vyloučení rizik podílejících se na vzniku rakoviny

Tři hlavní dlouhodobé programy

1. Nádorová prevence
2. Zlepšení kvality života onkologicky nemocných
3. Podpora vybraných výzkumných, výukových a investičních projektů v onkologii

Hlavní aktivity

Výchova k nekuřáctví – průběžně

Výchovný program k nekuřáctví a ke zdravému životnímu stylu pro děti v mateřských školách (Já kouřit nebudu a vím proč) a v základních školách (Normální je nekouřit).

Světový den proti rakovině – každoroční seminář ke Světovému dni proti rakovině (4. únor) společný pro zdravotníky a laiky.

Český den proti rakovině (Květinový den) – celostátní široce všemi médii propagovaná a veřejností podporovaná sbírka pro financování programů LPR Praha, kdy každý, kdo si zakoupí žlutý květ, dostane současně leták s informacemi o možné prevenci rakoviny.

Každoročně na podzim pořádá Liga **putovní výstavu** o nádorové prevenci pod heslem „Každý svého zdraví strůjcem“.

Nádorová telefonní linka – v pracovní dny odpovídají zkušení specialisté na jakékoliv dotazy preventivního, ale i odborného charakteru. V nepřítomnosti lékaře je zapnut záznamník (tel. číslo 224 920 935). Dotazy je možné zasílat i na e-mailovou adresu **birkova@lpr.cz**.

Liga se každoročně účastní veletrhu zdravotní techniky a léčiv **Pragomedi-ca**, kde nabízí zdarma 40 titulů poradenských brožur.

Liga usiluje o snížení úmrtnosti na zhoubné nádory a o zlepšení kvality života onkologických pacientů.

Dalšími aktivitami jsou

- Poradenství lékařů specialistů na nádorové telefonní lince (telefonní číslo 224 920 935)
- Poradenství při osobních návštěvách klientů
- Vydávání poradenských brožur
- Rekondiční pobyty pro nemocné po ukončení léčby ve speciálních zdravotnických zařízeních
- Koncerty pro členy LPR, její podporovatele a hosty
- Finanční podpora členským patientským organizacím
- Finanční podpora hospicové péče

LIGA podporuje výzkum a výchovu onkologických odborníků a vybavení pracovišť

- a) Finanční příspěvky na vybrané výzkumné a výukové projekty.
- b) Udělování Vědecké ceny Ligy proti rakovině Praha spojené s prémie 50 000 Kč.
- c) Finanční podpora při vydávání výukových publikací.
- d) Finanční podpora investičních celků v komplexních onkologických centrech.
- e) Udělování Novinářské ceny za propagaci nádorové prevence.
- f) Udělování Ceny pro nejúspěšnější patientský klub LPR Praha během květnové sbírky.

Organizační struktura

- Členství v LPR Praha je dobrovolné.
- Členy se mohou stát jednotlivci i organizace.
- Členský příspěvek pro důchodce a studenty činí 100 Kč a pro ostatní 200 Kč ročně.
- Činnost LPR Praha je řízena voleným výborem. Funkční období členů výboru a revizní komise je dvouleté. V čele je volený předseda.
- Pro informovanost členů Ligy je 4x ročně vydáván Zpravodaj.

Spolupráce s domácími a zahraničními organizacemi

Kromě LPR Praha existují v ČR zájmové onkologické organizace převážně s regionální působností. Kolektivní členské organizace LPR Praha se každoročně scházejí na společném sněmu, který LPR Praha svolává k výměně zkušeností a k sjednocení hlavních projektů.

LPR Praha je ve styku a vyměňuje si zkušenosti s odbornými lékařskými organizacemi, především s Českou lékařskou společností J. E. Purkyně a z odborných s Českou onkologickou společností ČLS JEP a Společností všeobecných lékařů ČLS JEP.

Liga je členem ECL (Asociace evropských lig proti rakovině) a UICC (Světové unie proti rakovině) a zúčastňuje se mezinárodních akcí.