

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra



Andrea Píchová

Kvalita života pacientů s idiopatickými střevními záněty

Quality of life in patients with inflammatory bowel diseases

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Praha, 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu.

Součastně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného stejného titulu. Souhlasím trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 1.11.2013

Andrea Píchová

Identifikační záznam:

PÍCHOVÁ, Andrea. *Kvalita života pacientů s idiopatickými střevními záněty. [Quality of life in patients with inflammatory bowel diseases]*. Praha, 2014. Počet stran: 106, počet příloh: 3. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí závěrečné práce PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Velmi ráda bych touto cestou poděkovala za vedení mé bakalářské práce paní PhDr. Aleně Mellanové, CSc., především za její ochotu, cenné rady a trpělivost.

Dále všem pacientům, kteří vyplnili mé dotazníky.

V neposlední řadě chci poděkovat své rodině, manželovi a všem mým blízkým za jejich trpělivost, a také podporu, věnovanou mi po dobu tvorby mé bakalářské práce i v průběhu celého studia.

Abstrakt

Kvalita života pacientů s idiopatickými střevními záněty (IBD – inflammatory bowel disease) výrazně souvisí s aktivitou, léčbou a komplikacemi tohoto chronického onemocnění. Dále souvisí i s aspekty psychosociálními a ekonomickými. Zdravotní sestra může v péči o tyto pacienty sehrát významnou edukační a psychologickou úlohu.

Cílem práce je zhodnotit pomocí dotazníkového šetření a jeho statistického zpracování kvalitu života pacientů s IBD, v závislosti na vybraných aspektech (věk, vzdělání, sociální zázemí) a její dynamiku v průběhu onemocnění od doby stanovení diagnózy a během léčby.

Klíčová slova:

Crohnova nemoc, ulcerózní kolitida, kvalita života, chronická nemoc, pacient

Abstract

Quality of life in patients with inflammatory bowel disease (IBD) depends on activity, therapy and complications of this chronic disease. Further more it also depends on psychosocial and economic aspects. Nurse plays an important role in education and psychological care for these patients. Aim of this work, based on questionnaire and its statistical processing is to evaluate quality of life of IBD patients (according to age, education and social background) and monitor its dynamics from the time of diagnosis and during treatment of the disease.

Key words:

Crohn disease , ulcerative colitis, quality of life, chronic illness, patient

OBSAH PRÁCE

ÚVOD	- 9 -
1 TEORETICKÁ ČÁST	- 10 -
1.1 Kvalita života	- 10 -
1.1.1 Pojem kvalita života	- 10 -
1.1.2 Hodnocení kvality života	- 11 -
1.1.3 Kvalita života pacientů s idiopatickými střevními záněty	- 14 -
1.1.4 Pacientské organizace	- 15 -
1.1.4.1 Občanské sdružení „Pacienti IBD“	- 16 -
1.1.4.2 Občanské sdružení „Život bez střeva“	- 16 -
1.1.4.3 České ILCO	- 17 -
1.2 Idiopatické střevní záněty	- 17 -
1.2.1 Definice idiopatických střevních zánětů	- 17 -
1.2.2 Epidemiologie	- 18 -
1.2.3 Etiopatogeneze	- 19 -
1.2.4 Diagnostika	- 20 -
1.2.4.1 Klinický obraz Crohnovy choroby	- 20 -
1.2.4.2 Klinický obraz ulcerózní kolitidy	- 21 -
1.2.4.3 Extraintestinální příznaky IBD	- 22 -
1.2.4.4 Vyšetřovací metody	- 24 -
1.2.5 Terapie	- 31 -
1.2.5.1 Farmakoterapie	- 31 -
1.2.5.2 Chirurgická léčba	- 44 -
1.2.5.3 Nutriční podpora	- 48 -
1.2.5.4 Novinky v terapii	- 56 -

2	EMPIRICKÁ ČÁST	- 58 -
2.1	Cíle výzkumu a stanovené hypotézy	- 58 -
2.1.1	Dílčí cíle	- 58 -
2.1.2	Hypotézy	- 58 -
2.2	Metodika výzkumného šetření	- 59 -
2.2.1	Zdroje odborných poznatků	- 59 -
2.2.2	Použitá metoda	- 59 -
2.2.3	Charakteristika sledovaného souboru	- 60 -
2.2.4	Organizace výzkumného šetření	- 60 -
2.2.5	Matematické zpracování	- 61 -
	DISKUZE	- 85 -
	ZÁVĚR	- 89 -
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	- 92 -
	POUŽITÁ LITERATURA	- 94 -
	SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A GRAFŮ	- 99 -
	PŘÍLOHY	

ÚVOD

Prožít kvalitní plnohodnotný život, spojený s tělesným a duševním zdravím, je přáním každého z nás. Někdo bohužel nemá v životě tolik štěstí a toto přání se mu nesplní. Kdo má tu moc dávat zdraví a kvalitní život? Všichni ale víme, že zdraví a kvalitní život nemusí jít vždy ruku v ruce. A právě to je malou nadějí právě pro ty „nezdravé“.

Bakalářskou práci na téma „Kvalita života pacientů s idiopatickými střevními záněty“ jsem si vybrala ze dvou důvodů. Prvním je, že jako zdravotní sestra pracuji již jedenáct let na jednotce nutriční péče. Stále častěji jsou na našem oddělení hospitalizováni pacienti s idiopatickými střevními záněty. Tito pacienti nemohou vždy přijímat adekvátní výživu běžnou cestou, proto jsou odkázáni na podávání umělé výživy. Pacienti bývají ve stabilizovaném stavu a parenterální a enterální výživa bývá jediným důvodem další hospitalizace a krůčkem k domovu. Návrat těchto pacientů do běžného života umožní právě edukace na našem oddělení, kde je připravuje na to, aby byli v domácím prostředí plně soběstační z hlediska aplikace umělé výživy, ale třeba také péče o stomie a v dalších nezbytných oblastech. Druhým důvodem je, že už přes 10 let žiji s manželem, který se léčí s Crohnovou nemocí.

Proto mě zajímalo, jaký je další průběh těchto onemocnění a zkušenosti pacientů po propuštění do domácího prostředí. Zda jsou schopni se zapojit zpět do běžného denního života, a jaké oblasti života jejich nemoc zasahuje. Dále mě pak zajímalo, zda informace, které jsme pacientům poskytli, byly dostačující.

Věřím, že má práce bude přínosem a třeba nabídne možnosti ke zlepšení kvality života právě těchto pacientů.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Kvalita života

1.1.1 Pojem kvalita života

Smyslem existence člověka se čím dál více stává život sám. Symbolizuje přechod civilizace od extenzivního k invazivnímu a zejména od kvantitativního ke kvalitativnímu.

[1]

Pojem kvalita života má poměrně dlouhou a zajímavou historii. Poprvé se vyskytl ve 20. letech minulého století, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. Američtí autoři (např. Snock, 2000) se domnívají, že pojem kvalita péče byl odborně použit až v pracích amerických ekonomů S. Ordwaye a F. Osborna, kteří v letech 1953 a 1954 varovali před nebezpečnými ekologickými dopady ideje neomezeného ekonomického růstu.

Do obecného povědomí však tento pojem vstoupil až v 60. letech 20. století, jako výraz metaforický, který shrnoval sociálně-politické cíle americké administrativy za vlády prezidenta Johnsona. Ten totiž v roce 1964 prohlásil: „Cíle nemůžeme poměřovat výší našich bankovních kont. Mohou být měřeny pouze kvalitou života, který naši občané prožívají“. Teprve později se z něj postupně stal pojem vědecký, nejprve v sociologii, a pak i ve vědách o člověku. [2]

Kvalita života je složitý a velmi široký pojem. Dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka.

Původně se pojem kvalita života používal v medicíně pro vyjádření potíží, které nemoc člověku způsobuje a jak celkově ovlivňuje život jedince. [3]

Pro medicínu a zdravotnictví jsou relevantní definice opírající se o pojetí zdraví WHO, kdy zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako „stav úplné

fyzické, psychické a sociální pohody“. Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu. Kvalita života není tedy v současném pojetí Světové zdravotnické organizace součtem podmínek a zdravotního stavu, ale spíše vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek jedince. Důležitou roli zde hraje idealizovaná představa o sobě samém a svém životě. [4]

Při studiu kvality života je třeba brát v úvahu vývoj, proměny v prostoru a čase, společenské souvislosti, historické a kulturní kořeny, civilizační i generační změny. Významnou roli sehrává náboženství a víra. [1]

Na různých pracovištích ve světě se tomuto tématu věnují celé výzkumné týmy, které vycházejí z různých koncepčních rámců. Obecně řečeno, studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí.

Ideologickým důvodem pro studium kvality života a jeho nejdůležitějším cílem je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a takové životní podmínky, které by lidem umožnily žít způsobem, který je pro ně nejlepší, ve kterém nacházejí smysl a který si dovedou a mohou „užít“. [4]

1.1.2 Hodnocení kvality života

Posuzovatelem kvality života je vždy v první řadě sám pacient. Vhodné je však získat údaje o kvalitě pacienta z více stran, od všech, kteří s ním přicházejí do styku. Posuzovatelem tedy mohou být např. rodinní příslušníci, zdravotní sestra, lékař, psycholog, sociální pracovník a další profesionálové.

K hodnocení kvality života u nemocných jsou používány i dotazníky kvantifikující dopad nemoci na běžný život nemocného formalizovaným a standardizovaným postupem. V praxi je vytvořena celá řada dotazníků k zjišťování kvality života. U nás je často používán SWLS (Satisfaction With Life Scale - škála spokojenosti se životem). Dále

můžeme uvést PGWS (Psychological General Well-Being Scale), která má dobré psychometrické vlastnosti, a je proto často doporučována. K zjišťování emocionálního prožívání života jsou v psychologii k dispozici standardizované škály výskytu kladných a záporných emocí, například PANAS. [5]

V sociologickém pojetí kvality života jsou zdůrazňovány atributy sociální úspěšnosti, jako jsou status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání, rodinný stav. Je zkoumán jejich vztah ke kvalitě života, která je ovšem rovněž definována jako subjektivní životní pocit. Sociologický charakter mají také studie, ve kterých se sleduje dopad jednotlivých sociálních, nebo sociálně-zdravotních programů na kvalitu života obyvatel určité oblasti. Tímto směrem je také orientována významná současná sociologická organizace Mezinárodní společnost pro studium kvality života (International Society for Quality of Life Studies). V jejím pojetí je kvalita života chápána jako produkt souhry sociálních, zdravotních, ekonomických podmínek ovlivňujících rozvoj lidí.

Od 70. let je termín kvalita života (QOL) užíván i v medicíně. Zejména v průběhu 80. let se začíná častěji používat v klinických studiích. Přesto je ve zdravotnictví kvalita života problematikou stále poměrně novou, i když, zejména v posledních letech, velmi zdůrazňovanou. V mnoha oblastech klinické medicíny dnes existuje všeobecný konsenzus týkající se potřeby sledovat kvalitu života pacientů jako jedné z hlavních komponent různých medicínských, nebo zdravotnických intervencí. Lékaře musí zajímat, jakou kvalitu života mají pacienti trpící různými chorobami, nebo jaký je dopad konkrétní zvolené terapie na kvalitu jejich života. V medicíně a ve zdravotnictví je těžiště zkoumání kvality života posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji se potom operuje s pojmem „health related quality of life (HRQOL)“, tj. kvalita života ovlivněna zdravím. Tento pojem je možné specifikovat jako „subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí, či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky“. To znamená, že vedle klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu nasazené terapie (krevní tlak, tělesná teplota, hladina hemoglobinu, vymizení příznaků choroby, aj.) se sledují subjektivní i objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta, jako jsou přítomnost bolesti, zvládání chůze do schodů,

schopnost sebeobsluhy, intenzita únavy, převažující typ emocí či prožívaná míra úzkosti a napětí.

K měření zdravím ovlivněné kvality života byla vyvinuta celá řada instrumentů, většinou dotazníkového typu. Za jakýsi „zlatý standard“ je v této oblasti pokládán dotazník SF-36 (36 – Item Health Survey), který je zaměřen obecně a je doporučován především ke zjišťování dopadu určité farmakoterapie na kvalitu života pacientů. Existuje však celá řada metodik zcela specificky zaměřených na zjišťování kvality života pacientů trpících určitým typem onemocnění (např. pro onkologické pacienty, duševně nemocné, pro nemocné v terminálním stádiu v paliativní péči, v kardiologii apod.).

Mezinárodní organizace European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) věnuje intenzivní úsilí podpoře výzkumu kvality života onkologických pacientů a sama se v této oblasti značně angažuje. Pracovní skupina s anglickým názvem EORTC Study Group on Quality of Life vypracovala dotazník, který je zaměřen na měření kvality života onkologických pacientů. V roce 1999 se konala ve Vídni důležitá mezinárodní konference, kde byly diskutovány zejména metodologické problémy výzkumu kvality života onkologicky nemocných.

Pro psychiatricky nemocné pacienty byl u nás validizován dotazník SQUALA, který je však podle autora využitelný i pro běžnou populaci. Kvalita života je zde určena v podobě celkového skóre, a také profilem spokojenosti v jednotlivých oblastech života.

Je tedy možné shrnout, že všechna uvedená pojetí kvality života velmi dobře korespondují s všeobecně známou a obecně přijímanou definicí zdraví Světové zdravotnické organizace. To pak znamená, že v medicíně a ve zdravotnictví se sleduje dopad nemoci a jejího léčení na jednotlivé životní domény, které, ve svém souhrnu, určují kvalitu života.

Na závěr je nutné zmínit, že přes nespornou popularitu pojmu „kvalita života“ se ozývají i kritické hlasy, které poukazují na nejednoznačnost jeho vymezení a neexistující jasou a obecně přijímanou definici, která by se opírala o propracovaný teoretický model. Tuto výhradu umocňuje i fakt, že také v oblasti měření kvality života je celá řada problémů. Kritizován je proces tvorby dotazníků, jejichž konstrukce vychází

často ze subjektivních názorů tvůrců a jejich validita je problematická. Kritici poukazují na tendenci akademicky rozhodnout, jak by měl vypadat „kvalitní život“, a toto v jistém smyslu vnucovat jako určitou normu. I přes tyto oprávněné výhrady se však ukazuje, že studium kvality života je v současné vědě nosným a užitečným směrem. Jeho interdisciplinární charakter odráží současný trend prolínání společenskovedního a biologického přístupu ke zkoumání člověka. Výsledky různě orientovaných výzkumů z oblasti kvality života nesporně přispívají k lepšímu pochopení nejdůležitějších věcí člověka i k pochopení podstaty jeho lidské existence. Z hlediska zdravotnictví má svůj praktický dopad v určitém přístupu k péči o nemocné i v podpoře a rozvoji zdraví. [4]

1.1.3 Kvalita života pacientů s idiopatickými střevními záněty

Onemocnění, pro která se používá souhrnný název idiopatické střevní záněty (IBD), tedy Crohnova choroba, nebo ulcerózní kolitida, mají charakteristický chronický průběh s akutními exacerbacemi. Onemocnění vyžaduje terapii nejen v období akutní exacerbace, ale i udržovací léčbu v klidových obdobích. Nemocní se tedy potýkají s mnoha problémy a opakovaně bylo prokázáno, že idiopatické střevní záněty významně ovlivňují a zhoršují kvalitu života pacientů. Kvalitu života ovlivňuje aktivita onemocnění, jeho klasifikace, léčba konzervativní i chirurgická, včetně přítomnosti stomie, a dále faktory bez vztahu k IBD, jako jsou věk, pohlaví, vzdělání a socio-ekonomický statut, edukace, psychický stav, nebo stav výživy.

Pro hodnocení kvality života pacientů s idiopatickými střevními záněty lze využít obecné dotazníky, nejčastěji Short-Form 36 (SF 36) a dotazník Světové zdravotnické organizace (WHOQOLBref), ale vhodnější je využití specializovaných dotazníků, které se specializují na oblasti, které jsou důležité pro pacienty s daným onemocněním. Ty jsou více citlivé vzhledem ke změnám klinického stavu pacientů. U osob s IBD jsou nejčastěji využívány dotazníky IBDQ (Inflammatory bowel disease questionnaire) a jeho modifikace SIBDQ (krátká verze IBDQ), nebo IBDQ-36. Dále pak dotazník RFIPC (Rating Form of IBD Patient Concerns).

Dotazník IBDQ byl vyvinut v roce 1988 a měří kvalitu života ve 4 oblastech – střevní, celkové, sociální a emoční. Tento, v současnosti nejvyužívanější dotazník u IBD, obsahuje 32 otázek, u kterých je k hodnocení odpovědí využívá Likertova sedmistupňová škála (1 – velmi těžký problém, 7 – bez problému). Celkové skóre je tedy v rozsahu od 32 do 224 bodů, kdy čím vyšší hodnota znamená lepší kvalitu života. Skóre vyšší než 170 bodů vyjadřuje remisi onemocnění, pod 130 bodů pak jeho aktivitu. Dotazník je široce používán v klinických studiích. Jeho zkrácená verze SIBDQ obsahuje pouze 10 otázek, vyplnění trvá pouze 5 minut a umožňuje snadnější hodnocení lékařem. Modifikace IBDQ-36 byla vypracována v roce 1992, obsahuje 36 otázek v 5 oblastech – celkové příznaky, střevní, funkční zhoršení, sociální zhoršení a zhoršení emočních funkcí.

Standardizovaný 25položkový dotazník RFIPC, publikovaný v roce 1991, byl vytvořen pro odlišení IBD od ostatních střevních onemocnění a odhadu, jak se bude onemocnění dále vyvíjet. Jeho vyplnění vyžaduje 10 – 15 minut. Otázky jsou hodnoceny od 0 do 100 (0 - vůbec ne, 100 – maximálně) a vyhodnocením získáme průměrné skóre obav. Největší obavy mají pacienti ze zhoršení nemoci, nežádoucích účinků léčby, ovlivnění osobního života, závislosti na druhých, nebo z toho, jak budou vypadat. [6]

1.1.4 Pacientské organizace

Pacientské organizace sdružují nemocné s určitými společnými zájmy a mohou jim výrazně napomoci při zvládání jejich obtížné životní situace i při řešení problémů, které s sebou život s chronickým onemocněním přináší. Mohou tak v pozitivním smyslu významně ovlivnit kvalitu života pacientů, kteří mají zájem jejich činnosti využívat, nebo se do ní přímo aktivně zapojit. Z organizací, které jsou významné pro pacienty s idiopatickými střevními záněty, zmíníme ty, které jsou v současnosti pravděpodobně nejaktivnější.

1.1.4.1 Občanské sdružení „Pacienti IBD“

Občanské sdružení „Pacienti IBD“ sdružuje pacienty s idiopatickými střevními záněty. Jeho cílem je informovat, pomáhat a sdružovat pacienty, jejich blízké a spolupracující odborníky. Někteří zakládající členové organizace jsou sami pacienti s diagnózou IBD a vlastními mnohaletými zkušenostmi s léčbou a komplikacemi těchto závažných onemocnění, kteří se rozhodli vytvořit nejen virtuální prostor pro setkávání, výměnu informací a přátelskou podporu ostatním. Sdružení provozuje informační internetové stránky crohn.cz, na kterých je velmi navštěvované zejména diskusní fórum, ale organizuje i další akce, jako jsou semináře s odborníky, setkání a v posledních letech zejména Svatováclavská konference IBD, nebo Světový den IBD. [7]

1.1.4.2 Občanské sdružení „Život bez střeva“

Občanské sdružení „Život bez střeva“ sdružuje dospělé pacienty a rodiče dětských pacientů, u kterých byly diagnostikovány nemoci související s nedostatečnou základní funkcí střeva, společně s lékaři a dalšími zdravotníky, kteří se podílejí na péči o ně. Vzniklo v roce 2008 s cílem informovat veřejnost a pomáhat v nelehké životní situaci pacientům, z nichž je většina dlouhodobě nebo trvale závislá na parenterální výživě a mnoho z nich se potýká i s dalšími negativními projevy střevních onemocnění, jako jsou stomie, nebo přísné dietní režimy. Sdružení se aktivně snaží vytvářet podmínky pro vzájemnou výměnu zkušeností mezi lékaři a pacienty prostřednictvím besed, seminářů a dalších setkání, dále se snaží vydávat a distribuovat různé osvětové materiály. Toto občanské sdružení spolupracuje bezprostředně s Pracovní skupinou pro domácí parenterální výživu Společnosti pro klinickou výživu a intenzivní metabolickou péči (SKVIMP). [8]

1.1.4.3 České ILCO

Celostátní dobrovolné sdružení stomiků bylo založeno v roce 1993 a jeho hlavním úkolem je péče o specifické potřeby pacientů se stomiemi. Přináší rady a informace o problémech života se stomií, o dostupných pomůckách, včetně prezentací jejich výrobců a distributorů, kontakty na stomasestry a další informace od odborníků na danou tematiku. Zprostředkovává také setkání s vyškolenými dobrovolníky, dále organizuje společenské akce, setkání a rekondiční pobyty pro stomiky. Důležitou roli hraje také při jednáních se zdravotními pojišťovnami, firmami, nebo státními orgány. [9]

1.2 Idiopatické střevní záněty

1.2.1 Definice idiopatických střevních zánětů

Názvem idiopatické střevní záněty označujeme souhrnně Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu. Jedná se o chronická, imunitně zprostředkovaná, zánětlivá střevní onemocnění, řazená mezi civilizační choroby. Příčiny jejich vzniku zatím nebyly objasněny a patogeneze je prozkoumána pouze částečně. Pro průběh obou onemocnění je typické střídání období remisí, tedy klidových fází, s obdobími vysoké zánětlivé aktivity s klinickými obtížemi. V literatuře jsou idiopatické střevní záněty nejčastěji označovány zkratkou IBD (inflammatory bowel disease).

Crohnova nemoc (CN) je chronický, nespecifický, recidivující, transmurální a v typických případech granulomatózní zánět trávicí trubice. Nemoc byla pojmenována podle amerického gastroenterologa B. B. Crohna, který ji, společně s kolegy Ginzbergem a Oppenheimerem, poprvé popsal v roce 1932. Typické je segmentální, nebo plurisegmentální postižení oblasti terminálního ilea a ileocékálního přechodu, časté je také postižení jiné části tenkého střeva, tračníku a konečníku. Zánětlivé změny se ovšem mohou vyskytnout v celém průběhu trávicího traktu, včetně netypických lokalizací, jakými jsou žaludek, jícen, nebo ústní dutina. Lokalizace zánětlivých ložisek se také téměř vždy vzájemně kombinují.

Ulcerózní kolitida (UC) je nespecifický, hemoragicko-katarální zánět sliznice konečníku, šířící se v průběhu rozvoje onemocnění orálním směrem. První zmínky o tomto onemocnění nacházíme již v literatuře z roku 1859 a jejich autorem je britský patolog Samuel Wilks. Na rozdíl od Crohnovy choroby je však zánět vždy omezen jen na tračník a konečník, na tenké střevo se tedy již nešíří. Dalším rozdílem je, že i když idiopatické střevní záněty nejsou v současné době medikamentózně vyléčitelné, v případě ulcerózní kolitidy lze nemoc definitivně chirurgicky vyléčit - provedením proktokolektomie.

V případech, kdy u pacienta nacházíme chronický zánět lokalizovaný pouze na tračník, ale nelze přesně odlišit, o jaké z výše zmíněných onemocnění se jedná, označujeme tento stav jako IBD neklasifikovanou kolitidu. [10,11,12,13,14,15,16,17]

1.2.2 Epidemiologie

Četnost výskytu idiopatických střevních zánětů má vztah k ekonomické situaci v dané oblasti. Nejnížší je v zemích rozvojových, naopak nejvyšší v severní Americe, západní a střední Evropě a také ve Skandinávii. Obě nemoci mají tendenci vyskytovat se ve vyšších socioekonomických skupinách.

K manifestaci IBD může dojít v každém věku, ovšem nejčastěji se objevují mezi 15. až 30. rokem. CN i UC však mají bimodální věkovou distribuci a druhým (menším) vrcholem výskytu je období mezi 50-70 roky.

Incidence Crohnovy choroby v ČR je odhadována na 4-6/100 000 obyvatel a roste zejména u dětí a adolescentů. V případě UC je výskyt nemoci u nás kolem 6-12 případů/100 000 obyvatel, což odpovídá hodnotám v západní Evropě. Incidence IBD ve Skandinávii nebo západní Evropě je v posledních desetiletích v podstatě stabilní, ovšem v zemích bývalého východního bloku, jižní Evropě, nebo v Asii je trend naopak vzrůstající. Souhrnná prevalence IBD je v ekonomicky vyspělých zemích odhadována na 270–380 pacientů na 100 000 obyvatel.

Ulcerózní kolitida bývá mírně častější u mužů, zatímco Crohnova nemoc se zase vyskytuje o něco častěji u žen. Vyšší míra výskytu IBD je u osob kavkazského původu a také u Židů – Aškenazi. [10,12,14,15,18]

1.2.3 Etiopatogeneze

Příčiny vzniku IBD zatím nebyly objasněny, ovšem tato onemocnění jsou obecně řazena mezi autoimunitní, způsobená porušenou reakcí imunitního systému. Ten pravděpodobně považuje fyziologickou střevní flóru za patogenní bakterie, a proto indukuje zánětlivou reakci, která má za následek destrukci střevní tkáně. Existuje tzv. „hygienická hypotéza“, podle které je příliš čisté prostředí v ekonomicky rozvinutých oblastech příčinou toho, že imunitní systém se v prvních letech života nesetkává s dostatečným spektrem antigenů a v dalším jeho průběhu reaguje nadměrně, tedy s jistou přecitlivělostí, za vzniku zánětu.

Na odhalení etiopatogeneze obou onemocnění se ovšem v současné době intenzivně pracuje. Bez znalosti příčin a mechanismu vzniku totiž není možné vyvinout kauzální terapii. Ukazuje se, že IBD vznikají pravděpodobně u geneticky predisponovaných jedinců, vlivem společného působení faktorů zevního prostředí, které se vzájemně ovlivňují. Těmi mohou být např. dietní změny, kouření, orální antikoncepce, stres, infekční agens aj.

U Crohnovy choroby hraje genetická predispozice jedince významnou roli. Je prokázáno, že u jedinců, u kterých se CN manifestovala, se významně častěji vyskytují určité geny, respektive určité genetické abnormality. Ze zevních faktorů, které by mohly ovlivňovat výskyt onemocnění, jsou nejčastěji zmiňovány výživa, kouření, kontraceptiva, gastrointestinální infekce, preventivní vliv by mohlo mít kojení.

Také v případě ulcerózní kolitidy hrají genetické faktory důležitou roli, ovšem ve srovnání s CN je jejich vliv slabší. Podle mnohých studií má proti rozvoji UC protektivní vliv apendektomie. Riziko exacerbace UC může být zvýšeno užíváním NSAID.

Zajímavý je vliv kouření. Riziko rozvoje Crohnovy nemoci je u kuřáků oproti nekuřákům 2x vyšší a celkově kouření prognózu nemocných významně zhoršuje, ovšem v případě UC hraje kouření cigaret naopak protektivní roli. Existují důkazy, že užívání perorálních kontraceptiv je spojeno se zvýšeným rizikem vzniku IBD. Dieta by zase mohla být zdrojem lumenálních antigenů, které by hrály roli v patogenezi. Také velký počet infekčních agens (mykobakterie, virus spalniček a další) byl podezřelý z

toho, že by mohl vyvolávat manifestaci IBD, ovšem tyto hypotézy zatím nebyly ověřeny. [10,12,14,15,19,20]

1.2.4 Diagnostika

Diagnostika IBD je často obtížným procesem, při kterém je nutné využít kombinace několika vyšetřovacích metod. Správně odebraná anamnéza a klinický nález stojí vždy na počátku diagnostického procesu. Významnou roli v určení správné diagnózy mají zejména endoskopické metody a histologický nález, dále pak využíváme laboratorní vyšetření a zobrazovací metody. [20,21]

1.2.4.1 *Klinický obraz Crohnovy choroby*

Klinický obraz Crohnovy choroby může být velmi různorodý. Příznaky závisí na rozsahu postižení a lokalizaci. Hlavními symptomy jsou zejména průjem, bolesti břicha a úbytek hmotnosti. Ovšem úvodní projevy onemocnění nemusí být zřetelné a nijak dramatické, mnoho pacientů si zpočátku stěžuje např. jen na únavu, teploty, neurčité bolesti břicha, nebo intermitentní průjem.

Ileitida se projevuje obvykle kolikovitými bolestmi břicha, krvácením, strikturami, píštělemi a tvorbou abscesů. Pro jejunoileitidu jsou typické obstrukce, abscesy a vnitřní píštěle. Při postižení terminálního ilea, které je nejčastější, jsou hlavními příznaky únava, úbytek hmotnosti, břišní symptomy a změny stolice. Projevuje se také krvácením, perforacemi, tvorbou striktur s následnou obstrukcí, tvorbou píštělí a abscesů. Pokud je postiženo tlusté střevo, vyskytuje se u nemocných častěji krvácení, perianální postižení a také extraintestinální příznaky (viz dále). Postižení appendixu je časté při ileokolitidě, ale může se vyskytnout i izolovaně.

Pro klasifikaci CN je možné využít Vídeňské klasifikace, která vychází z věku pacienta v době diagnózy, lokalizace onemocnění a chování nemoci, nebo novější Montrealské, která navíc operuje ještě s přítomností perianálního postižení a postižení

horní části GIT. Primární lokalizace nemoci a její chování ovšem nejsou v průběhu času stabilní. [12,22]

Tab. 1: Rozdíly mezi Vídeňskou a Montrealskou klasifikací CN [12]

Klasifikace	Vídeňská	Montrealská
A – věk v době diagnózy	A1 < 40 let	A1 < 16 let
	A2 ≥ 40 let	A2 mezi 17–40 lety
		A3 > 40 let
L – lokalizace	L1 terminální ileum	L1 terminální ileum
	L2 tlusté střevo	L2 tlusté střevo
	L3 ileum a tlusté střevo	L3 ileum a tlusté střevo
	L4 horní část GIT	L4 izolované postižení horní části GIT*
B – chování	B1 nestenózující – neperforující	B1 nestenózující – neperforující
	B2 stenózující	B2 stenózující
	B3 perforující	B3 perforující
		p modifikátor perianálního postižení**
* L4 je modifikátor, který je přidán k L1–L3, pokud je přítomno postižení horní části GIT		
** p je modifikátor, který je přidán k B1–B3, pokud je přítomno perianální postižení		

1.2.4.2 Klinický obraz ulcerózní kolitidy

Hlavními příznaky ulcerózní kolitidy jsou obvykle křečovitě bolesti břicha a průjemy, které jsou často s příměsí krve a hlenu, nebo pouze tenesmy s defekací krve a hlenu i mimo stolici a pocitem neúplného vyprázdnění. Pokud se jedná o rozsáhlejší kolitidu, trpí nemocní často profúzními krvavými průjemy, spojenými s celkovými příznaky, jako jsou úbytek hmotnosti, horečky, slabost, tachykardie, nebo anémie a pacient je ohrožen vznikem septického stavu. U pacientů s proktitidou bývají přítomny tenesmy, krvácení, nucení na stolici a v některých případech i úporná zácpa. Časté jsou také extraintestinální symptomy.

Podle oblasti, kde je zánět lokalizován, rozlišujeme tři skupiny nemocných s UC (Montrealská klasifikace E1 – E3). První skupinu tvoří pacienti s proktitidou a distálním typem UC, druhou levostranný typ, do třetí skupiny řadíme osoby s extenzivním nebo difúzním postižením tlustého střeva. [14,15,23]

1.2.4.3 Extraintestinální příznaky IBD

Idiopatický střevní zánět ovlivňuje komplexně celý organismus pacienta, proto se může manifestovat i jinak, než jen obvyklými gastrointestinálními symptomy. Tyto další příznaky označujeme jako mimostřevní, nebo extraintestinální. V průběhu života se tyto symptomy vyskytnou u 30 – 40 % pacientů a mnohdy mohou s poměrně velkým časovým předstihem předcházet příznakům postižení gastrointestinálního traktu. Někteří pacienti také uvádějí, že mimostřevní příznaky u nich signalizují blížící se relaps onemocnění. Vyskytují se zejména u osob s postižením tlustého střeva. Výskyt jednoho mimostřevního symptomu také zvyšuje pravděpodobnost, že se u daného pacienta vyskytnou i další extraintestinální příznaky.

Postižen může být prakticky každý orgánový systém. Mezi nejčastější extraintestinální manifestace patří muskuloskeletální, dermatologická, oftalmologická a hepatobiliární onemocnění.

Tyto příznaky lze z hlediska závislosti na aktivitě střevního zánětu rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří příznaky, které se vyskytují v období, kdy je nemoc aktivní. Sem patří např. periferní artritida, erythema nodosum, aftózní stomatitida, nebo episkleritida. Do druhé skupiny spadají příznaky na aktivitě IBD nezávislé, tedy přetrvávající i v období, kdy je nemoc v klidovém stádiu. Příkladem mohou být uveitida, pyoderma gangrenosum, spondylartropatie a primární sklerózující cholangitida.

Zřejmě nejčastější extraintestinální manifestací IBD jsou muskuloskeletální komplikace, které se vyskytují asi ve 23 % případů. Jedná se zejména o enteropatickou artritidu I. (na aktivitě IBD závislá) a II. (na aktivitě IBD nezávislá) typu, nebo o postižení axiálního skeletu, jako sakroileitida a ankylozující spondylitida.

Osteoporóza se vyskytuje u více než 30 % pacientů s IBD. Významnými rizikovými faktory pro její vznik jsou dlouhé trvání nemoci, resekce tenkého střeva, malnutrice a u žen dlouho trvající amenorea. Významně se na rozvoji osteoporózy podílí také dlouhodobá terapie vysokými dávkami glukokortikoidů.

Dermatologické komplikace jsou u IBD velmi časté. Udává se, že se manifestují u více než 15 % nemocných s IBD. Výskyt je vyšší u pacientek s CN. Nejčastějším kožním

příznakem je erythema nodosum, poměrně často se vyskytuje také pyoderma gangrenosum, zejména na kůži bérců.

Oční manifestace zahrnují především konjunktivitidu, uveitidu, iritidu, nebo episkleritidu, popisovány jsou ale i jiné příznaky.

Nejzávažnějším extraintestinálním příznakem IBD je primární sklerózující cholangitida. Onemocnění, charakterizované difúzním zánětem a fibrózou intra i extrahepatálních žlučových cest, je popisováno u 3 – 8 % pacientů s IBD, většinou mužského pohlaví. Téměř 75 % všech pacientů má IBD, zejména ulcerózní kolitidu. Vlivem zánětu může vzniknout stenóza žlučovodů, která způsobí poruchu odtoku žluči. Projevem může být elevace jaterních testů, ale také ikterus, nebo bakteriální zánět žlučovodů. Onemocnění vede k rozvoji jaterní cirhózy, rizikem je vývoj cholangiokarcinomu a je také zvýšené riziko klonické dysplázie a karcinomu.

Nejčastější urogenitální a renální manifestací je nefrolitiáza, nejčastěji s urátovými a oxalátovými konkrementy.

Riziko tromboembolických komplikací je u osob s IBD 3,5krát vyšší, než u ostatní populace a představují závažnou příčinu morbidity a mortality. Většinou se jedná o pacienty mladší 50 let.

Plicní komplikace se ve většině případů vyskytují v kombinaci s jinými extraintestinálními příznaky a většinou jsou postiženy ženy nekuřačky, častěji s UC.

Mezi vzácné extraintestinální manifestace patří příznaky kardiální, nebo neurologické. [15,20,24]

Tab. 2: Extraintestinální manifestace IBD [24]

DERMATOLOGICKÉ	erythema nodosum, pyoderma gangrenosum, pyoderma vegetans, kožní forma polyarteritis nodosa, perianální píštěle, erytema multiforme, fulminantní rosacea, Stevensův-Johnsonův syndrom, psoriáza, epidermolysis bullosa, ekzémy aj.
MUSKULOSKELETÁLNÍ	spondylitis, sakroileitis, artritidy jednotlivých kloubů nebo polyartritidy, hypertrofická osteoartropatie, recidivující polychondritis, avaskulární nekróza, pelvická osteomyelitida
HEPATOBILIÁRNÍ A PANKREATICKÉ	cholelitiáza, steatóza jater, chronická hepatitida, primární sklerózující cholangitida, pericholangitida, cholangiokarcinom, cirhóza, granulomatózní hepatitis, akutní a chronická pankreatitis, absces jater
UROLOGICKÉ	nefrolitiáza, amyloidóza, retroperitoneální absces, nekalkulózní obstruktivní uropatie, intestinální nefritis, renální tubulární acidóza, glomerulonefritis
OČNÍ	episkleritis, uveitis, okluze retinální arterie a žíly, retrobulbární neuritida, ischemická oční neuropatie, orbitální celulitida a myomatóza, glaukom, katarakta, oční infekce, exoftalmus
CÉVNÍ A HEMATOLOGICKÉ	tromboembolické arteriální a venózní komplikace, anémie (Fe, foláty, vitamín B12), anémie chronických onemocnění, autoimunní hemolytická anémie, léky indukovaný dřeňový útlum
KARDIÁLNÍ	perikarditida, myokarditida, endokarditida
PULMONÁLNÍ	granulomatózní pneumonitida, chronická bronchitis, plicní eosinofilie s infiltrátem, serozitida, bronchiolitis obliterans, bronchiektázie
ENDOKRINNÍ A METABOLICKÉ	růstová retardace, osteomalacie, osteopenie, osteoporóza, hypo- a hypertyreóza, deficiencie minerálů a vitaminů
NEUROLOGICKÉ	leukoencefalitis, epilepsie, cerebelární degenerace, myelopatie, zánětlivá demyelinizační polyradikulopatie, myastenia gravis, cévní příhoda mozková, trombóza venózního sinu

1.2.4.4 Vyšetřovací metody

1.2.4.4.1 Endoskopické metody

Endoskopické techniky hrají u IBD zcela nenahraditelnou úlohu. Využívány jsou nejen při vlastní diagnostice, stanovování aktivity onemocnění a hodnocení účinnosti léčby, ale v některých případech i jako terapeutická metoda, jako při balonové dilataci

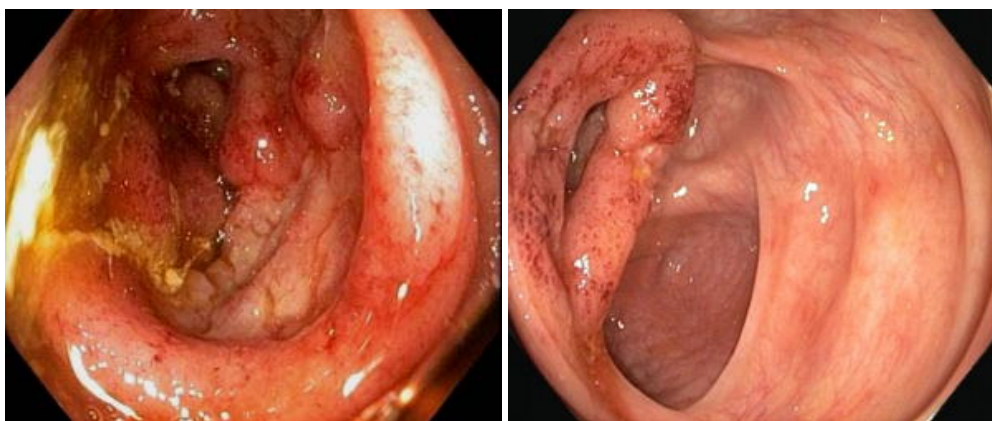
střevních striktur, zástavě krvácení, odstraňování některých menších neoplázií, implantaci stentů, nebo zavádění výživových sond. [21]

1.2.4.4.1.1 Koloskopie

Koloskopie je endoskopické vyšetření, které umožňuje vyšetření tlustého střeva a terminálního ilea, včetně odběru bioptických vzorků pro následné histologické vyšetření a je hlavní vyšetřovací metodou v diagnostice IBD. Pacient se musí k vyšetření dostavit po důkladném vyprázdnění tlustého střeva, proto několik dní před vyšetřením musí dodržovat předepsanou dietu a den předem vypije roztok makrogolu, nebo fosfátové činidlo, současně s dostatkem tekutin. Při vlastním zákroku, který může být prováděn po premedikaci zklidňující injekcí, nebo také v analgosedaci a v některých případech i v celkové anestezii, je konečníkem do střeva zaveden flexibilní endoskop s videokamerou, která promítá obraz na obrazovku. Endoskop je pak posouván dále celým průběhem střeva až do terminálního ilea. Navíc je během koloskopie možné pomocí drobných klíštěk odebrat bioptické vzorky, nebo koloskopickou trubicí zavádět nástroje k jednoduchým léčebným zákrokům, např. polypektomii. Mezi kontraindikace vyšetření patří toxické megakolon, náhlé příhody břišní, závažná kardiopulmonální onemocnění, období tři týdny po operaci tlustého střeva, třetí trimestr gravidity, velké aneurysma břišní aorty, nebo nespolupracující a špatně připravený pacient. Rizikem při vyšetření je možnost perforace střeva endoskopem.

Pro CN je typický nález segmentárního postižení, kde těžce změněné úseky střeva jsou včleněny mezi zcela intaktní úseky sliznic. V časně fázi je přítomen lokalizovaný erythém sliznice s aftoidními vředy, pokročilejším nálezem jsou eroze, povrchové defekty sliznice s bílou spodinou o velikosti do 8 mm. V pokročilém stádiu nacházíme hluboké serpiginózní, podélně orientované, vředy. Mnohočetné fisurální vředy v silně prosáklé sliznici dávají vznik charakteristickému dlaždicovému reliéfu sliznice, který lze vidět při kontrastním vyšetření střeva. Vzácně můžeme při endoskopii zachytit i přítomnost vnitřního ústí píštěle. Při histologickém vyšetření pak nacházíme typicky epiteloidní granulomy, nebo vícejaderné histiocyty.

Endoskopický obraz UC je také do značné míry charakteristický, zahrnuje kontinuální změny začínající v rektu, kde jsou přítomny vždy a proximálně se šíří. Makroskopický obraz se mění podle stupně zánětlivých změn od nenápadného otoku sliznice, který vede ke ztrátě slizniční cévní kresby, k většímu prosáknutí sliznice s granulárním vzhledem, dále následuje charakteristický fenomén křehké sliznice, která bodovitě krvácí a vznikají eroze, až po pokročilou formu zánětu, kdy sliznice spontánně krvácí, jsou přítomné vředy a vzhledem může připomínat rudý samet. [12,14,20,21,25,26]



Obr. 1: Postižení terminálního ilea u Crohnovy choroby - koloskopie [27]

1.2.4.4.1.2 Ezofagogastroduodenoskopie

Toto vyšetření horní části GIT, při kterém je endoskop zaveden ústy pacienta, je indikováno u pacientů s příznaky horní dyspepsie. Horní úseky trávicího traktu mohou být vzácně postiženy Crohnovou chorobou a nález lokální aktivní gastritidy v bioptických vzorcích je pokládán za její znak. [12,20]

1.2.4.4.1.3 Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP)

Vyšetření provádíme při podezření na postižení žlučovodů primární sklerózující cholangitidou. Endoskop je zaveden ústy až do duodena, kde je nalezena Vaterská papila, kterou se do vývodu žlučových a pankreatických cest vstříkne kontrastní látka. Obraz je zpracováván počítačem a zobrazen na monitoru. Endoskopem pak lze odebrat

z vyšetřovaných orgánů vzorek tkáně. Komplikací vyšetření může být akutní pankreatitida, vyvolaná mechanickým podrážděním pankreatu, cholecystitida vzniklá zanesením infekce z duodena do jinak sterilních vývodů, cholangitida nebo sepse.

[20,28]

1.2.4.4.1.4 *Doubleballoon enteroskopie*

Tzv. doubleballoon enteroskopie, metoda, která se již používá i v několika endoskopických centrech v ČR, umožňuje dosáhnout endoskopem i úseků trávicí trubice, které jsou pro gastroskop nebo kolonoskop nedostupné. Principem metody je systém dvou balónků, díky kterým se střevo „nasouká“ na přístroj a lze tak přehlédnout i několik metrů tenkého střeva a zároveň umožňuje odběr bioptických vzorků i terapeutické zásahy, obdobně jako např. koloskopie. [29]

1.2.4.4.1.5 *Kapslová endoskopie*

Kapslová endoskopie je moderním endoskopickým vyšetřením, při kterém je využíváno digitální snímací zařízení umístěné v plastické kapsli o rozměrech 11 x 26 mm. V průběhu vyšetření je kapsle peristaltikou posouvána trávicím traktem a provádí cestou snímání s frekvencí 2 snímky za sekundu. Následně je per vias naturales vyloučena. Využívána je v diagnostice i hodnocení efektu léčby a indikována je při suspektní Crohnově chorobě, kde lze jejím prostřednictvím detekovat již časně postižení tenkého střeva. Významné je toto vyšetření také při stanovení rozsahu a tíže choroby v oblasti tenkého střeva, při vyšetřování pooperační rekurence CN, nebo při suspektní IBD neklasifikované kolitidě. Nevýhodou kapslové endoskopie je nemožnost odebrat v průběhu vyšetření bioptický materiál. Komplikací vyšetření může být retence kapsle, proto by u osob s CN mělo kapslové endoskopii předcházet radiologické vyšetření k odhalení případné stenózy. V případě jejího nálezu je vyšetření kontraindikováno. Pro minimalizaci důsledků případného uvíznutí kapsle lze využít tzv. retenční kapsli. Ta se při uvíznutí postupně rozpadne a zbyde pouze radiofrekvenční jádro o velikosti 2 mm. [12,17,29,30]

1.2.4.4.2 Zobrazovací metody

1.2.4.4.2.1 *Sonografie břicha*

Sonografie je běžně dostupnou vyšetřovací metodou, výhodnou zejména tím, že při ní pacienti nejsou vystavováni radiační zátěži. Umožňuje identifikovat komplikace typu zánětlivého infiltrátu, střevních stenóz a prestenotických dilatací, konkrementů ve žlučníku nebo ledvinách, a také hodnotit stav jaterního parenchymu, šíři střevní stěny, nebo žlučových cest. Zejména při opakovaných vyšetřeních má vysokou senzitivitu i specifitu. [20]

1.2.4.4.2.2 *Enteroklýza*

Enteroklýza je cíleným dvojkontrastním vyšetřením tenkého střeva, při kterém je po zavedení tenké nasojejunální sondy za duodenojejunální ohbí pod skiaskopickou kontrolou podána přímo do tenkého střeva kontrastní látka (baryová suspenze) a poté roztok methylcelulózy. Kontrastní látka postupně naplní tenké střevo, na sliznici se vytvoří tenký povlak baryové suspenze a zobrazí se jeho reliéf. Během pasáže kontrastní látky střevem probíhá průběžně snímkování. Enteroklýza tedy umožňuje poměrně přesné určení délky postižení, přítomnosti stenóz a míry prestenotické dilatace, slizničních změn, řas a peristaltiky, přítomnosti fistulací, ale také posouzení stavu po operačních výkonech. Nevýhodou vyšetření je radiační zátěž pacienta (7,8 mSv). [20, 31]



Obr. 2: Stenóza terminálního ilea a přilehlé části céka - enteroklýza [32]

1.2.4.4.2.3 Dvojkontrastní irrigografie

Dvojkontrastní zobrazení tlustého střeva, při kterém se prostřednictvím rektální rourky aplikuje baryová kontrastní látka a následně vzduch. Po dostatečném naplnění střeva je pacient polohován tak, aby bylo dosaženo její dokonalé distribuce v jednotlivých oddílech střeva. Během vyšetření sledujeme pasáž kontrastní látky střevem a je prováděno snímkování. Toto vyšetření ovšem v současnosti postupně nahrazují modernější zobrazovací metody, jako jsou CT enterografie nebo CT kolografie. [20,33]

1.2.4.4.2.4 Počítačová tomografie (CT)

CT enteroklýza, CT enterografie, případně CT kolonografie jsou moderními metodami vyšetření střev. Umožňují zobrazit střevní stěnu, ale také extraintestinální struktury, jako abscesy, píštěle, ascites i ostatní orgány dutiny břišní a malé pánve. Nevýhodou vyšetření je radiační zátěž pacienta a také nefrotoxicita kontrastních látek.

CT enteroklýza je obdobou klasické enteroklýzy s využitím počítačové tomografie. Pacientovi je zavedena nasojejunální sonda, obdobně jako při klasické enteroklýze, kterou je aplikován roztok methylcelulózy a intervenózně podáno

spasmolytikum pro zpomalení pasáže a kontrastní látka a následně provedeno CT břicha a malé pánve.

CT enterografie je metodou vhodnou pro zobrazení tenkého střeva, při kterém se využívá distenze tenkého střeva roztokem mannitolu, který pacient popije přibližně 45 minut před vyšetřením. Odpadá tedy nutnost zavádění sondy pro aplikaci kontrastní látky. Další postup je obdobný, jako u CT enteroklůzy. [20,34,35]

1.2.4.4.2.5 Magnetická rezonance (MR)

MR diagnostika je metodou volby pro zobrazení tenkého střeva v rámci diagnostiky IBD a její využití je obdobné, jako u CT. Pro pacienta neznamena radiční zátěž, a je proto možné její využití dětí, u mladých pacientů v reprodukčním věku, nebo osob, které jsou v krátkém sledu vyšetřovány opakovaně. Vhodná je také pro diagnostiku přítomnosti píštělí. [20,35]

1.2.4.4.3 Laboratorní vyšetření

Při diagnostice i sledování stavu pacientů využíváme rutinní laboratorní vyšetření, které zahrnuje krevní obraz a biochemické vyšetření krve. Nejčastějšími známkami IBD jsou obvykle anémie (ztráty železa při krvácení a porucha vstřebávání vitamínu B12 při postižení terminálního ilea u CN) a trombocytóza. O aktivitě onemocnění vypovídají tzv. zánětlivé parametry - v akutní fázi onemocnění nacházíme zvýšenou sedimentaci, leukocytózu a elevaci C-reaktivního proteinu, jehož hladina koreluje obvykle s aktivitou nemoci, i když někteří pacienti s aktivní nemocí mohou mít hodnotu CRP normální. Vyšetřujeme také jaterní a renální funkce a parametry vnitřního prostředí. Při chronických průjmech nacházíme změny v elektrolytech, často bývá přítomna hypokalemie. Dále je vhodné sledovat nutriční parametry, jako jsou celková bílkovina, albumin, prealbumin a cholinesteráza. [12,14,20]

Pacienti s IBD produkují protilátky proti své normální střevní flóře, protože jejich organismus vůči ní ztrácí toleranci. V praxi nejvíce využívanými serologickými markery jsou perinukleární protilátka proti cytoplazmě neutrofilů (pANCA) a protilátka

proti *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA). Nevýhodou je jejich nízká senzitivita, proto nemohou být využívány k jednoznačné diagnostice IBD, ovšem v praxi se využívají zejména k diferenciální diagnostice CN od UC. [12,14,20]

V diagnostice IBD se využívá také vyšetření stolice. Pro vyloučení jiné příčiny chronických průjmů je vhodné vyšetřit stolicí na přítomnost bakteriální, virové, nebo parazitární infekce a doporučeno je také vyšetření na přítomnost toxinu *Clostridium difficile*. Relativně novou metodou, která umožňuje odlišení IBD od funkční střevní poruchy, je stanovení fekálního kalprotektinu a laktoferinu. Ty slouží také jako markery zánětlivé aktivity a pomáhají předpovědět akutní vzplanutí onemocnění. [20,36]

1.2.5 Terapie

1.2.5.1 Farmakoterapie

Idiopatické střevní záněty nelze v současné době žádnou farmakoterapií definitivně vyléčit. Správně vedená léčba ovšem umožňuje potlačit hlavní symptomy onemocnění, zabránit rozvoji komplikací, a také zajistit dobrou kvalitu života. Abychom dosáhli požadovaného efektu, musí být farmakoterapie dlouhodobá a často také kombinovaná, vhodné je také spojení s dietními a režimovými opatřeními.

Medikamentózní terapii lze rozdělit z několika hledisek. Prvním je rozdělení na tzv. terapii konvenční a biologickou. Podle cíle, kterého chceme terapií dosáhnout, lze pak medikamentózní terapii rozdělit na tzv. indukční, která má co nejrychleji snížit zánětlivou aktivitu a zajistit rychlý ústup symptomů aktivity nemoci a dlouhodobou terapii udržovací. Ta má zabránit novému vzplanutí onemocnění. Léčba se tedy liší podle fáze onemocnění, ve které je podávána a cíle, kterého chceme dosáhnout. Tedy v počátečním období prvního vzplanutí choroby, v období relapsu, nebo při léčbě udržovací. V indukční fázi léčby obvykle využíváme aminosalicyláty, antibiotika, glukokortikoidy, nebo biologické preparáty. Pro terapii udržovací jsou vhodné aminosalicyláty, imunosupresiva a biologická léčiva. [10,11,20]

1.2.5.1.1 Aminosalicyláty

Aminosalicyláty jsou deriváty kyseliny 5-aminosalicylové (5-ASA, mesalazin). Tyto látky jsou považovány za lék první volby zejména pro léčbu nemocných s ulcerózní kolitidou, ale uplatňují se i v terapii Crohnovy nemoci lokalizované na tračníku, lehké terminální ileitidy, a také v prevenci relapsu onemocnění po ileo-cékální resekci. Využívá se také příznivého protinádorového vlivu mesalazinu, který snižuje riziko vzniku nádoru v tračníku, postiženém chronickým zánětem.

Může být podáván v lokálních formách jako čípky, nálevy, nebo pěny i systémově. V preparátech může být vázán na nosič, nebo uložen samostatně v tabletách, ze kterých se díky speciálnímu obalu uvolňuje vlivem pH v gastrointestinálním traktu, nebo v mikrogranulích obalených ethylcelulózou, ze kterých se účinná látka postupně uvolňuje. [10,11,20]

1.2.5.1.1.1 Sulfasalazin

Sulfasalazin (salicyl-azo-sulfapyridin) byl původně určen pro léčbu pacientů s revmatoidní artritidou. Obsahuje antibakteriálně působící sulfonamid sulfapyridin a protizánětlivé působící kyselinu 5-aminosalicylovou. K léčbě UC byl poprvé úspěšně využit v roce 1942. Je vstřebáván z tenkého střeva v nezměněné podobě, protože vstřebání 5-ASA brání sulfapyridin. Účinná látka mesalazin, která působí protizánětlivě na sliznici tlustého střeva, se z molekuly sulfasalazinu uvolňuje až účinkem bakteriálních azo-reduktáz v tlustém střevě, kam se vrací žlučí. Indikován je v případech, kde je střevní zánět lokalizován v tračníku, nebo pokud je současně přítomné postižení kloubů. Perorální denní dávka v útočné léčbě je obvykle 4-6 g, rozdělená do 2-4 dílčích dávek. V dlouhodobé udržovací terapii se podávají dávky zhruba poloviční.

Nevýhodou sulfasalazinu je relativně častý výskyt nežádoucích účinků (bolesti hlavy, nauzea, zvracení, bolesti v epigastriu, anémie, zhoršení renálních funkcí, nebo dočasná neplodnost), a také přecitlivělost, která se projevuje bez závislosti na dávce vyrážkou, horečkou, hemolýzou, nebo útlumem kostní dřeně. Protože sulfapyridin

sníží vstřebávání folátů, je v průběhu terapie sulfasalazinem vhodné podávat současně kyselinu listovou. [10,11,14,20]

1.2.5.1.1.2 Mesalazin

Mesalazin (5-ASA), v klinické praxi běžný od druhé poloviny osmdesátých let 20. století, je v současnosti nejčastěji využívaným lékem mezi gastroenterology. Je obvykle dobře snášen a hlavní výhodou je možnost volby různých forem podávání a cíleného uvolňování. Léčiva, která uvolňují mesalazin z pH dependentního obalu, umožňují dosažení vysokých koncentrací účinné látky v oblasti terminálního ilea a tlustého střeva. Míra uvolnění 5-ASA závisí na pH střevního obsahu a liší se u různých preparátů. U Asacol tbl. je to při pH-7, v případě Salofalk tbl. při pH-6. Využit lze i kombinovaného efektu systémového a lokálního podání ve formě rektálních klyzmat, čípků, nebo pěny. Pokud potřebujeme uvolnit účinnou látku i v horních etážích gastrointestinálního traktu, je možné využít preparáty s řízeným uvolňováním mesalazinu. V nich je účinná látka obalena v mikrogranulích ethylcelulózou (Pentasa® tbl.). Novinkou jsou léčiva využívající tzv. MMX (multi-matrix-systém), jako jsou Lialda® tbl., nebo Mezavant® tbl., která ovšem zatím v ČR nejsou dostupná. Mikrogranule s účinnou látkou jsou zde uloženy do hydrofilní a lipofobní matrix, při průchodu gastrointestinálním traktem se léková vehikula mění ve viskózní gel a z něj v závislosti na pH pomalu a kontinuálně difunduje mesalazin. To umožňuje podávat mesalazin pouze v jedné nebo dvou denních dávkách a zároveň dosáhnout jeho vysokých koncentrací na sliznici tlustého střeva.

I když je mesalazin obvykle dobře snášen, je i u tohoto relativně bezpečného léčiva nutné brát v úvahu možné nežádoucí účinky. Mezi nejčastěji hlášené závažné nežádoucí účinky patří podle údajů britské Committee on Safety of Medicines poruchy krvetvorby, intersticiální nefritida a na třetím místě je rozvoj akutní pankreatitidy. Riziko rozvoje polékové pankreatitidy je obecně u pacientů s IBD vyšší, než u jiných skupin nemocných. [10,11,14,20,37]

1.2.5.1.2 Probiotika

Probiotika jsou nepatogenní mikroorganismy, schopné vyvolat změny ve složení střevní mikroflóry s příznivými důsledky na zdravotní stav hostitele. Působí na organismus hostitele několika mechanismy. Mohou modifikovat střevní mikroflóru, blokovat patogenní mikroorganismy, regulovat intestinální homeostázu, regulovat imunitní odpovědi na úrovni přirozené imunity, ale také zásahem do procesů adaptivní imunity. Navíc mají schopnost modulovat signální cesty v buňkách střevní sliznice a ovlivňovat jejich funkční stav i morfologii. Využití probiotik u pacientů s IBD vychází z předpokladu, že patogeneze těchto onemocnění je úzce spjata s přítomností střevních bakterií a příčinou vzniku IBD je selhání odpovědi slizničního imunitního systému na tuto mikroflóru. Probiotika se u nemocných s IBD využívají při lehkém a středně těžkém relapsu UC, při udržovací terapii nemoci v remisi, a zejména v prevenci vzniku nebo exacerbace chronické pouchitidy, tedy zánětu neorekta po odstranění tračníku.

Probiotický kotejl, který dostal název VSL#3, významně snižuje riziko relapsu akutního zánětu u pacientů s chronickou pouchitidou. Jedná se o směs 8 bakteriálních kmenů – 3 kmenů bifidobakterií, 4 kmenů laktobacilů a *Streptococcus salivarius* spp. *thermophilus*. V terapii IBD lze také využít liofilizovanou biomasu nepatogenních bakterií *Escherichia coli* kmene Nissle 1917, serotyp O6:K5:H1. Jeho protizánětlivý účinek spočívá pravděpodobně ve stimulaci slizničních defenzinů. Toto probiotikum, které se v klinické praxi používá pod názvem Mutaflor, je podle studií stejně účinné v udržovací terapii UC, jako mesalazin. V současnosti probíhají také studie hodnotící jeho účinnost v dlouhodobé udržovací léčbě CN a nadějně se jeví i budoucí využití v terapii pouchitidy. [14,20,38,39]

1.2.5.1.3 Antibiotika a chemoterapeutika

Antibiotika a chemoterapeutika jsou využívána zejména při léčbě pacientů s CN s kolononickým a perianálním postižením, ale efekt přináší i jejich podání při léčbě zánětu v oblasti ilea. Další indikací je léčba některých hnisavých komplikací, jako jsou abscesy, nebo vnitřní píštěle. U osob s UC je terapie antibiotiky indikována zejména u pouchitidy, infekce, nebo před operačním výkonem.

Nejlepší efekt přináší obvykle podávání chinolonů, nebo makrolidů. Lékem první volby je obvykle metronidazol, využíván je také ciproflaxacin a rifaximin. Výhodou podávání je rychlý nástup účinku, ovšem podávání musí být dlouhodobé a efekt léčby je pouze krátkodobý. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří kovová pachuť v ústech, dypeptické obtíže, průjem, vyrážka, nechutenství nebo kandidová infekce. Při podávání metronidazolu se může objevit periferní neuropatie, která je indikací k přerušení léčby.

[10,12,14,20]

1.2.5.1.4 Glukokortikoidy

1.2.5.1.4.1 *Glukokortikoidy se systémovým účinkem*

Glukokortikoidy se systémovým účinkem jsou rychle účinkující léky s mocným protizánětlivým efektem. Mohou být podávány perorálně i parenterálně, indikací k jejich podání je ovšem zejména akutní vzplanutí choroby. Do klinické praxe byly zavedeny v polovině padesátých let 20. století a významně zlepšily prognózu pacientů s těžkým průběhem IBD. Systémové kortikoidy (prednison, methylprednisolon) jsou vysoce efektivní v indukční fázi léčby. Podávají se v dávce 0,5–1,0 mg/kg perorálně, nebo parenterálně. Po dosažení klinické odpovědi je dávka léčiva postupně snižována a cílem je během 3–4 měsíců terapii vysadit.

Asi u čtvrtiny pacientů po navození remise kortikoidy dochází při snižování jejich dávky znovu ke vzplanutí onemocnění a k opětovnému potlačení známek aktivity zánětu nestačí ani navýšení dávky kortikoidů o 50 %. Tento stav označujeme jako kortikorezistenci. Kortikodependence je stav, kdy u nemocných, kteří primárně dobře odpovíděli na podávání kortikoidů, není možné vysadit jakoukoliv jejich dávku, protože by se opět manifestovaly známky aktivity zánětu. Kortikodependence i kortikorezistence jsou následně důvodem k zahájení další imunosupresivní terapie a tito pacienti jsou z velké části kandidáty biologické terapie.

Dlouhodobé systémové podávání s sebou totiž nese vysoké riziko výskytu závažných nežádoucích účinků, a proto nejsou vhodné k udržování remise. Glukokortikoidy jsou totiž přirozenými základními hormony lidského těla, které se

podílejí na udržování homeostázy mnohých fyziologických funkcí a jejich nedostatek, ale i nadbytek, jako v případě terapeutického podávání s cílem využít jejich protizánětlivého efektu, s sebou nese projevy patofyziologických důsledků. Tyto nežádoucí účinky jsou mnohočetné a závisí na délce podávání a velikosti denní dávky. Jejich přehled je uveden v tabulce č. 3. Proto je nutné důsledné sledování stavu pacienta a výskytu a závažnosti nežádoucích účinků, aby bylo včas možné provést vhodná opatření k předcházení závažným komplikacím nebo následkům, vyvolaným podáváním kortikoidů. Jako příklad lze uvést včasné denzitometrické vyšetření ke zjištění rizika rozvoje kortikoidy indukované osteoporózy, nebo současné podávání blokátorů protonové pumpy k prevenci žaludečního poškození. [10,11,12,20,40]

Tab. 3: Nežádoucí projevy chronické kortikoidní léčby [40]

ORGÁN/SYSTÉM	OBVYKLÉ	NEOBVYKLÉ
KŮŽE		
tvorba krevních podlitin	+	-
ztenčení – fragilita	+	-
strie	+	-
tvářový erytém	+	-
akné	+	-
hirstusismus	+	-
atrofie (po ins.)	-	+
zhoršené hojení ran	+	-
OČI		
zadní subkapsulární katarakta	+	-
zvýšení nitroočního tlaku/glaukom	-	+
exoftalmus	-	+
KARDIOVASKULÁRNÍ		
hypertenze	+	-
hyperlipoproteinémie/akceler. ateroskleróza	+	-
městnavé srdeční selhání (při srdeční dysfunkci)	-	+
METABOLICKÝ		
diabetes/hyperglykémie	+	-
diabetická ketoacidóza	-	+
negativní dusíková bilance	+	-
obezita/trup	+	-
retence Na/edém	+	-
druhotná insuf. kůry nadledvin (> 5 mg prednisonu, > 1 týden)	+	-
potlačení růstu dětí	+	-
GASTROINTESTINÁLNÍ		
peptický vřed/žaludeční krvácení	+	-
divertikulitida/cholecystitida	-	+
steatóza jater s hepatomegalií	-	+
pankreatitida	-	+
„skrytá“ perforace střeva	-	+
NEUROLOGICKÝ/PSYCHIATRICKÝ		
benigní mozková hypertenze/pseudotumor mozku	-	+
změny nálady/deprese/nespavost/euforie/zvýšení chuti k jídlu	+	-
psychóza	-	+
HEMATOLOGICKÝ/IMUNITNÍ		
neutrofilie/monocytopenie/lymfopenie	+	-
potlačení „opožděné“ hypersenzitivity	+	-
KOSTNÍ/SVALOVÝ		
myopatie	+	-
osteoporóza/patologické zlomeniny	+	-
osteonekróza	+	-
bolesti kloubů spojené se snížením dávky (pseudo-revmat.)	-	+
INFEKCE		
zvýšené riziko pro infekce/zvl. při vysokých dávkách dlouhodobě	+	-

1.2.5.1.4.2 Topické kortikoidy

Lokální terapie kortikoidy je vhodná pro nemocné s ohraničeným tvarem UC, kdy je postižena levá polovina tračníku. K dispozici jsou v různých formách, včetně rektálních nálevů, čípků, nebo nově i pěny. Budesonid, novější topický kortikoid, který má zvýšený lokální účinek ve střevě, je v dávce 9 mg denně (která odpovídá protizánětlivým efektem dávce 20 mg prednisonu) první terapeutickou volbou pro pacienty s mírně až středně aktivní CN lokalizovanou v oblasti ileo-cékálního přechodu. Vhodná doba podávání je 3 měsíce a následné postupné snižování denní dávky o 3 mg za 3-4 týdny.

Hlavní výhodou topického použití kortikoidů jsou jejich minimální nežádoucí účinky. Budesonid se totiž enterohepatálním oběhem dostává do jater, kde je zvýšeně odbouráván – 90 % perorálně podaného léku je přeměněno na inaktivní metabolity.

[10,11,20]

1.2.5.1.5 Imunosupresiva

V klinické praxi jsou z imunosupresiv, tedy léčiv potlačujících obranyschopnost organismu, využívány zejména thiopuriny, v omezené míře dále metotrexát a kalcineurinové inhibitory cyklosporin A a tacrolimus. V terapii IBD se imunosupresivní preparáty začaly podávat od počátku 90. let 20. století a důležitou roli hrají u nemocných s chronicky aktivními formami onemocnění, fistulující CN, recidivujícími extraintestinálními symptomy, nebo u osob kortikorezistentních a kortikodependentních. [10,11,12]

1.2.5.1.5.1 Thiopuriny

Thiopuriny azathioprin (AZA) a jeho metabolit 6-merkaptopurin, představují „klasická“ imunosupresiva a jsou pro svůj pomalý nástup terapeutického účinku, který se obvykle dostavuje až po 2-9 týdnech využívány především k udržení remise u pacientů, u kterých byla dosažena podáváním systémových kortikoidů. Příznivý efekt

imunomodulační terapie thiopuriny pozorujeme také u hojení píštělí u CN, nebo při potlačování některých extraintestinálních symptomů. Jedná se o analoga purinových bází, která se inkorporují do nově tvořené nukleové kyseliny a pravděpodobně indukují apoptózu aktivovaných T lymfocytů ve sliznici a submukóze střeva. Doporučené denní dávky jsou pro AZA v rozmezí 1,5-2,5 mg/kg, pro 6-merkaptopurin od 0,5 do 1,5 mg/kg.

Z nežádoucích účinků, které pozorujeme přibližně u 20 % pacientů léčených thiopuriny, jsou nejčastější flu-like syndrom, který se manifestuje typicky 2. až 3. týden po nasazení bolestí svalů, hlavy a průjemem, ale také některé závažné nežádoucí efekty, jako je náhle vzniklá leukopenie, nebo virové a oportunní infekce. Může se vyskytnout také poškození jater, nebo pankreatitida, také je popisováno mírně zvýšené riziko vzniku lymfomů. Proto je nezbytné klinické i laboratorní monitorování všech pacientů na dlouhodobé imunomodulační terapii, a to po celou dobu léčby. Před nasazením thiopurinů je vhodné vyšetřit aktivitu enzymu thipurinmethyltransferázy (TPMT) a u osob s jeho nízkou aktivitou případně zvolit jiný druh terapie. V průběhu terapie nelze pacienty očkovat živými oslabenými vakcínami. [10,11,12,20]

1.2.5.1.5.2 Metotrexát

Při nesnášenlivosti nebo neúčinnosti thiopurinů lze u menšího počtu, zejména mladých pacientů s CN, využít podávání metotrexátu (MTX). Obvykle se jedná o kortikodependentní pacienty s chronicky aktivním onemocněním. Lék podáváme v režimu 25 mg parenterálně každý týden a v případě příznivého terapeutického efektu lze po 3 měsících přejít k perorálnímu podávání v dávce 12,5–15 mg týdně. Z nežádoucích účinků se většinou objevuje gastrointestinální symptomatologie (nauzea, zvracení, průjem, stomatitida), které můžeme předcházet současným podáváním kyseliny listové. Závažným nežádoucím účinkem může být hepatotoxicita, proto je v průběhu striktně zakázána konzumace alkoholu, nebo pneumonitida. Podání metotrexátu v těhotenství způsobuje vývojové vady, proto je absolutně kontraindikováno. [10,11,20]

1.2.5.1.5.3 *Kalcineurinové inhibitory*

Cyklosporin A a tacrolimus byly využívány jako záchranná terapie při vysoce aktivní UC u pacientů, kteří dosud nebyli léčeni thiopuriny. Intravenózní podání cyklosporinu A mělo odvrátit nutnost kolektomie, pokud pacient nereaguje pozitivně na několikadenní i.v. podávání kortikoidů. Krátkodobý efekt tohoto opatření je sice 60–80%, ovšem efekt dlouhodobý přináší jen asi u 20 % pacientů. Při perorálním podávání ve formě tobolek nebo roztoku je nezbytné podávání přesného množství a dodržování stanoveného časového intervalu 12 hodin. S ohledem na jeho vyšší bezpečnost a rychlý efekt je dnes preferováno podávání biologické terapie.

Využití kalcineurinových inhibitorů u CN je velmi omezené, pouze u nemocných s komplikovanou perianální chorobou a jako záchranná léčba při selhání ostatních léků.

[10,20]

1.2.5.1.6 Biologická léčba

Nejmodernější a v současnosti nejúčinnější formou terapie IBD je biologická léčba. Jejím principem je podávání látek odvozených ze živých zdrojů. V případě IBD se jedná o chimérické, nebo kompletně humánní protilátky proti TNF- α . Tumor nekrotizující faktor alfa je prozánětlivý mediátor, který má klíčovou roli v patogenezi IBD. Během zánětlivé reakce je uvolňován z aktivovaných leukocytů do tkání a tělesných tekutin a několika mechanismy se podílí na vzniku chronických a ireparabilních změn na střevě, které vznikají v průběhu onemocnění. Ovlivňuje také buňky střevního epitelu a zvyšuje propustnost střevní bariéry.

Výzkum nových molekul neustále probíhá, studie byly nebo jsou prováděny s více než 50 molekulami. Prvním biologickým léčivem uvedeným do klinické praxe v léčbě IBD byl v roce 1998 infliximab.

V současné době jsou v České republice pro léčbu IBD povoleny dvě látky, a to infliximab a adalimumab. V zemích mimo EU již byla ovšem do klinické praxe zavedena i další léčiva podobného účinku (certolizumab pegol), nebo látky bránící migraci

leukocytů z vaskulárního poolu do tkáně (natalizumab). Testovány jsou i další molekuly se selektivním účinkem na GIT, jako např. vedolizumab.

Biologická terapie je indikována především u pacientů s vysokou, nebo střední aktivitou zánětu, kortikorezistentním a kortikodependentním průběhem onemocnění a u pacientů s mimostřevními projevy, kteří neodpovídají na konvenční terapii kortikosteroidy a imunosupresivy. U většiny těchto případů vede biologická léčba k významnému zlepšení jejich stavu, nebo k dosažení remise. U zbývajících téměř pětiny pacientů, tzv. primárních nonrespondentů, ovšem k žádné odpovědi nedojde a v průběhu udržovací léčby může docházet ke ztrátě odpovědi (tzv. sekundární nonrespondéři). Současným trendem, který má minimalizovat nevratné poškození střeva, je časně indikování biologické terapie u pacientů s nepříznivými prognostickými faktory.

Podávání biologické terapie má ale i své nevýhody. Mezi hlavní zápory patří zejména ekonomická náročnost léčby a riziko závažných nežádoucích účinků a komplikací. Proto by měli všichni pacienti na biologické léčbě být průběžně kontrolováni lékařem alespoň každé dva měsíce, i když je jejich nemoc v remisi. Mezi nejzávažnější nežádoucí účinky patří riziko indukce infekce. Proto byl zaveden screening na latentní tuberkulózu, který je prováděn před zahájením biologické terapie. Může také dojít ke generalizaci latentních virových infekcí, jako např. herpetických nebo cytomegalovirových. Nutné je respektování kontraindikací terapie, jako je sepse. Dalším a zatím nevyřešeným problémem z hlediska bezpečnosti dlouhodobého podávání biologické terapie je riziko indukce lymfoproliferativních chorob. Výskyt alergických reakcí, poměrně častých u infliximabu, kde byly způsobeny přítomností myší bílkoviny v molekule, lze snížit vhodnou premedikací, nebo podáváním kompletně humánních preparátů, u kterých je výskyt alergických reakcí nižší.

Podávání biologické terapie u gravidních pacientek se zatím věnoval jen omezený počet klinických studií. Monoklonální protilátky mohou prostupovat placentární bariérou od 6. měsíce gravidity, proto je doporučováno ukončit jejich podávání na konci druhého trimestru.

Strategie podávání biologické terapie se v posledním desetiletí zásadně změnila. Původně byla podávána epizodicky, jedna až tři dávky v době akutního vzplanutí onemocnění. V současné době se využívá model dlouhodobého řízeného podávání.

[10,11,41,42]

1.2.5.1.6.1 *Infliximab*

Infliximab je monoklonální, chimérická lidská/myší IgG₁ protilátka, složená ze 75 % lidské a 25 % myší bílkoviny (na vazebném místě CDR imunoglobulinu je umístěna proteinová kombinace původem z imunizované myši, zbytek molekuly je lidské povahy), která je namířena proti TNF- α . Využíván je dnes nejen v gastroenterologii, ale také při léčbě revmatoidní artritidy, psoriázy, nebo ankylozující spondylitidy.

V České republice je infliximab povolen od roku 1999 pro léčbu CN, od roku 2006 i pro léčbu UC a od roku 2007 je povolen k terapii u dětských pacientů s CN, starších šesti let. Určen je pro formy nemoci se střední a vysokou zánětlivou aktivitou.

Látka je pacientovi aplikována prostřednictvím intravenózní infuze. Terapie infliximabem by měla probíhat dlouhodobě a zejména v prvních 6 měsících by měla být prováděna v kombinaci s terapií thiopuriny. Před zahájením terapie musí být provedeno nejen vyšetření k vyloučení přítomnosti latentní TBC, ale u fistulujícího typu CN je nutné také vyloučit přítomnost abscesu, jako zdroje případné sepse po podání léčby. Relativní kontraindikací je přítomnost symptomatické stenózy střeva. Při rychlém hojení a indukci fibrózy ve stěně střeva v důsledku podání léčby, by totiž mohla způsobit neprůchodnost střeva.

Během indukční fáze jsou podávány tři infuze v týdnu 0, 2 a 6, a to v dávce 5 mg/kg. V případě, že je za 2-3 měsíce po zahájení terapie zjištěna pozitivní odpověď na léčbu, přechází se do režimu dlouhodobé udržovací terapie, kdy jsou infuze aplikovány každých 8 týdnů. Délka udržovací fáze je individuální, závisí na závažnosti, předcházejícím průběhu a komplikacích onemocnění a na odpovědi na podávání infliximabu. Přibližně u poloviny pacientů, kteří na léčbu reagovali příznivě, dochází během dlouhodobé léčby ke ztrátě odpovědi. Proto je nutná tzv. optimalizace terapie, tedy navýšení dávky, nebo zkrácení intervalů podávání infliximabu, což přináší účinek u

75 % pacientů a u většiny z nich je po určité době možný návrat k původnímu dávkování. [10,11,42]

1.2.5.1.6.2 Adalimumab

Adalimumab je rekombinantní, plně humánní monoklonální protilátka třídy IgG₁, zaměřená proti TNF- α . Pravděpodobným mechanismem účinku je indukce apoptózy aktivovaných slizničních T lymfocytů. Plně humánní struktura molekuly je významná zejména pro pacienty, u kterých došlo při předchozí terapii infliximabem k alergické reakci.

Od roku 2007 je v ČR schválen pro léčbu CN, od roku 2012 i pro terapii UC a v blízké době je očekáváno jeho schválení i pro léčbu dětských pacientů. Látka je podávána formou subkutánních injekcí, jejichž aplikaci může po náležitém zaškolení provádět i sám pacient v domácím prostředí.

V indukční fázi jsou pacientům podávány vyšší dávky, zpravidla 160 mg v týdnu 0, 80 mg v týdnu 2 a 40 mg v týdnu 4. Podobně jako u terapie infliximabem, po dosažení dobré klinické odpovědi přecházíme následně k udržovací terapii, podáváním injekcí každé 2 týdny. Pokud je nutné terapii intenzifikovat, podává se adalimumab v týdenních intervalech. [10,11,42]

1.2.5.1.6.3 Certolizumab pegol

Certolizumab pegol je humanizovaný Fab fragment monoklonální protilátky antiTNF- α , který je kvůli prodloužení jejího poločasu v organismu konjugován s dvěma molekulami polyethylenglykolu. Aplikuje se jedenkrát za 4 týdny, formou subkutánní injekce. V současnosti je využíván v terapii revmatoidní artritidy. [42,43]

1.2.5.1.6.4 Natalizumab

Natalizumab je látkou, která je řazena do skupiny inhibitorů adhezivních molekul a jedná se o humanizovanou monoklonální protilátku IgG₄. Blokuje funkci $\alpha_1\beta_4$ integrinu, nutného pro migraci leukocytů z kapilár do tkání. V současnosti je již schválen pro léčbu nemocných s roztroušenou sklerózou, možnost využití u pacientů s CN, kde se jeho infuzní podávání jeví jako účinné, je stále předmětem klinických zkoušek. Hlavním důvodem dalšího testování je ověření jeho bezpečnosti, protože průběh předchozích studií poukázal na možné zvýšení rizika rozvoje fatální oportunní infekce – progresivní multifokální leukoencefalopatie. [42,44]

1.2.5.2 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba se u pacientů s IBD využívá zejména k řešení komplikací. Nutnost chirurgického zákroku je velmi častá u pacientů s CN, v průběhu života se nejméně jednomu operačnímu výkonu podrobí přibližně 75 – 85 % z nich. V případě UC je to asi 15 – 30 % nemocných. [12,14,20]

1.2.5.2.1 Indikace

Důvody k chirurgické léčbě lze rozdělit na emergentní, tedy akutní operace, které musí být provedeny během několika hodin až dnů a operace elektivní, plánované. Pokud to stav pacienta umožňuje, je vždy snaha operační zákrok oddálit a pacienta vhodně připravit, protože akutní zákroky s sebou vždy nesou vyšší riziko rozvoje pooperačních komplikací.

Nejčastější indikací k plánovaným zákrokům je obvykle selhání nebo intolerance konzervativní terapie, včetně nutnosti dlouhodobého podávání vysokých dávek kortikosteroidů. Dalšími důvody jsou stenózy způsobující obstrukční symptomy, píštěle, perianální postižení, vleklé krvácení, případně nádory střeva a přednádorové stavy. Mezi akutní důvody k chirurgickému řešení patří zejména akutní střevní

neprůchodnost, přítomnost abscesu, perforace střeva s peritonitidou, masivní krvácení do gastrointestinálního traktu, fulminantní kolitida a toxické megakolon. [20,27,45]

1.2.5.2.2 Typy operací

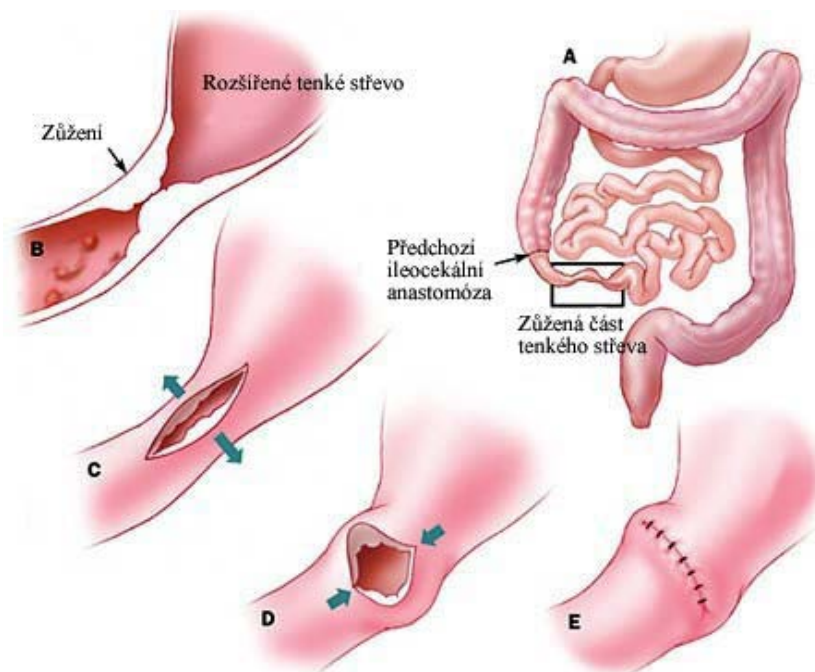
1.2.5.2.2.1 Crohnova choroba

Obvyklými operačními výkony u nemocných s CN jsou: segmentární resekce tenkého a tlustého střeva, ileocekální resekce s ileo-acendentoanastomózou, pravostranná hemikolektomie s ileo-transversoanastomózou, subtotální kolektomie s ileo-rektoanastomózou, proktokolektomie s ileostomií, nebo abdominoperineální amputace s kolostomií. Po apendektomii se zvyšuje riziko tvorby píštělí, spíše se ale provádí, protože při recidivě tak můžeme apendicitidu jako příčinu potíží vyloučit.

Nejčastějším typem operace u nemocných s CN jsou střevní resekce, buď s anastomózami, případně se stomiemi. Mnoho nemocných se v průběhu života podrobuje opakovaným střevním resekcím, které mohou vyústit až v syndrom krátkého střeva, proto je nutné vždy resekovat co nejkratší úsek a šetřit zbylé střevo. Nejčastěji je resekována ileo-cékální oblast, která je nejčastější lokalizací postižení.

Při stenotickém postižení střeva je někdy možné vyhnout se provedení resekce a zúžené střevo lze rozšířit prostřednictvím strikturoplastiky, nejčastěji podélným rozříznutím přední stěny střeva a jejím následným sešitím napříč, nebo sešitím celé střevní kličky. Další používanou metodou je také balónková dilatace stenóz.

U nemocných s CN tlustého střeva se odstraňuje postižený úsek a zdravé konce střeva je možné spojit anastomózou end-to-end, nebo je vytvořena stomie. Při perianálním postižení jsou prováděny drenáže abscesů a fistulotomie. V závažných případech je vhodné vytvoření stomie, aby do oblasti rekta nepronikala stolice. Stomie dočasná, případně trvalá, bývá založena často také u akutních výkonů, nebo když není možné rekonstruovat oblast rekta. Není-li rektum postiženo, je výhodnější jej ponechat i při trvalé ileostomii, ovšem někdy nezbyvá jiná možnost, než provést proktokolektomii a celé rektum odstranit. [12,14,20,27,45,46]



Obr. 3: Střevní obstrukce napravená pomocí strikturoplastiky [47]

1.2.5.2.2.2 Ulcerózní kolitida

U nemocných s UC jsou prováděny 4 typy operací. Proktokolektomie s terminální ileostomií, která přináší na rozdíl od CN definitivní vyléčení onemocnění, které je lokalizováno jen na tlusté střevo. Proktokolektomie s ileopouchální anastomózou (J, S nebo W pouch), která je dnes zlatým standardem chirurgické léčby, umožňuje zachovat kontinenci stolice. Při ní je odstraněno celé tlusté střevo i s rektum a ponechány jsou pouze svěrače. Z konce tenkého střeva je pak vytvořen tzv. pouch, tedy rezervoár, který slouží jako náhrada konečníku a je napojen na oblast svěračů. Subtotální kolektomie s ileorektální anastomózou je vhodná u pacientů, kteří mají dostatečnou kapacitu ampuly a minimální postižení rekta. Často je využíváno vytvoření pojistné stomie, která může být v případě dobrého průběhu léčby po 3 měsících odstraněna. [14,20,45,46]

1.2.5.2.2.3 Stomie

Stomie, tedy střevní vývod, slouží k odvedení střevního obsahu do stomického sáčku, který je připevněn na břišní stěnu.

Důvodů k vytvoření stomie je u pacientů s IBD několik. Nejčastěji k vytvoření stomie dochází v případech, kdy není možné vytvořit anastomózu. Dalším důvodem bývá špatná funkce svěrače a inkontinence stolice, perianální postižení, nebo nutnost kompletního odstranění rekta i se svěračem. Při vysokém riziku rozvoje pooperačních komplikací se vytváří pojistná stomie nad spojkou. Pokud pomine důvod, kvůli kterému byla stomie založena, je v některých případech tuto dočasnou stomii možné opět zanořit a obnovit kontinuitu gastrointestinálního traktu. V případech, kdy to možné není, zůstává stomie jako trvalá. Vždy se snažíme vytvořit vývod co nejdále proto, aby byla co nejdelší část střeva využita k výživě a resorbci vody a elektrolytů. Stomie rozlišujeme podle lokalizace a u pacientů s IBD bývají nejčastějšími typy ileostomie, případně jejunostomie a kolostomie.

V období pooperační rekonvalescence je pacient edukován stomickou sestrou tak, aby byl při odchodu do domácího ošetřování schopen plné soběstačnosti při péči o stomii. Stomické pomůcky se liší podle typu stomie a také podle výrobce. Konkrétní typ pomůcek je vždy vybírán individuálně tak, aby pacientovi co nejvíce vyhovoval. Dnes je na trhu již velké množství různých stomických pomůcek, které umožňují stomikům žít kvalitní život bez velkých omezení. Skládají se z podložky z hydrokoloidní hmoty a sáčku. V podložce se vystříhne otvor, který kopíruje co nejpřesněji velikost stomie a pak se nalepí na kůži po jejím obvodu.

U vývodů z tenkého střeva odchází vývodem nepřetržitě agresivní střevní obsah s trávicími enzymy, který při nedokonalém nalepení pomůcky eroduje pokožku v okolí stomie. Také odpady jsou vysoké, proto jsou ileostomické pomůcky vybaveny výpustným systémem. V případě kolostomie se vyměňuje celý sáček, podle frekvence, se kterou dochází k vyprázdnění stolice. [20,48]



Obr. 4: Péče o stomii [49]

1.2.5.3 Nutriční podpora

V akutní fázi onemocnění dochází u 75 – 80 % pacientů se střevními záněty k rozvoji proteino-energetické malnutrice, častý je také deficit vitamínů a mikronutrientů. Proto má zde nutriční podpora zcela zásadní roli.

Rozvoj malnutrice významně ovlivňuje výskyt komplikací i reakci nemocného na indikovanou terapii. Pokles sérových proteinů vyvolává zhoršení funkce imunitního systému, proto dochází častějšímu výskytu infekčních komplikací. Zhoršuje se hojení ran, významně se zvyšuje riziko rozpadu operačních ran a dehiscencí anastomóz.

Příčiny malnutrice jsou multifaktoriální. K hlavním příčinám patří zvýšené nároky organismu, vyvolané systémovým zánětem. Dále se na vzniku malnutrice podílí snížený příjem potravy, způsobený anorexií, nebo gastrointestinálními symptomy. Významné jsou i poruchy absorpce v postiženém střevě, a u pacientů s CN také snížení absorpční plochy tenkého střeva důsledkem opakovaných resekcí, které mohou vyústit až ve vznik tzv. syndromu krátkého střeva. V neposlední řadě jsou příčinou zvýšené střevní ztráty, zejména při průjmech.

Nutriční podpora může být realizována několika cestami, které se ovšem velmi často vzájemně kombinují. V první řadě stojí dietní opatření, následují enterální a parenterální výživa. [50,51,52]

1.2.5.3.1 Dietní opatření

Dietní opatření hrají u pacientů s IBD důležitou roli v zejména v prevenci obtíží. Dieta je individuální a závisí na rozsahu a typu postižení a fázi onemocnění. Odlišná opatření jsou u pacientů se střevními stenózami, stomiemi, nebo u osob se syndromem krátkého střeva po opakovaných střevních resekcích.

1.2.5.3.1.1 *Dieta v období remise*

V období remise se dieta neliší od racionální diety a případná omezení se týkají především individuální tolerance pacienta, nebo osob se stenózami střeva, které i v klidové fázi musí dodržovat bezsezbytkovou stravu. Mezi nevhodné pokrmy patří smažené pokrmy, tučná masa, uzeniny, nadýmová jídla, ostré koření a destiláty. Často pacienti špatně tolerují také kravské mléko. Doporučuje se omezit příjem tuhé nestravitelné vlákniny, syrového ovoce se slupkami a zrníčky, semen a ořechů. Naopak je doporučováno obohatit stravu o rozpustnou vlákninu, probiotika a polynenasycené mastné kyseliny ω -3, které jsou obsaženy zejména v mořských rybách. Důležité je také dodržování pitného režimu s dostatečným příjmem tekutin. Nepříliš vhodné jsou vhodné sycené nápoje. [50,51,52]

1.2.5.3.1.2 *Dieta v období relapsu*

Cílem diety v období relapsu je podpořit hojivé procesy a zabránit rozvoji malnutrice. Strava má být především lehce stravitelná a bezsezbytková, tedy s vyloučením nerozpustné vlákniny a jiných nestravitelných zbytků, které obsahují především čerstvé ovoce a zelenina, luštěniny, celozrnné výrobky atd. Omezujeme také

těžce stravitelná jídla s vysokým obsahem tuků. Základ stravy tvoří především škroby a zvyšujeme příjem kvalitních bílkovin ve formě dušeného masa, vajec, ryb sladkovodních i mořských, nebo zakysaných mléčných výrobků, pokud je pacient toleruje. Z tuků preferujeme spíše máslo a kvalitní rostlinné oleje. Dále je vhodný dostatečný příjem minerálních látek a vitamínů, zejména železa, vápníku k prevenci vzniku metabolické kostní nemoci, draslíku, hořčíku a vitamínů C a B. Pokrmy vaříme nebo dusíme doměkka a je možné využít i mechanickou úpravu. Doporučuje se stravování v 5-6 menších porcích denně a oddělení příjmu tekutin od stravy.

Pokud běžná strava nestačí k udržení optimálního stavu výživy, je možné využít tzv. modulárních dietetik. Jedná se o přípravky bílkovinné (Protifar) nebo sacharidové (Fantomalt) povahy, kterými lze obohatit běžně podávanou stravu. Přidávají se do pokrmů nebo tekutin a neovlivňují jejich chuť. [50,51,52]

1.2.5.3.2 Enterální výživa (EV)

Enterální výživa znamená podávání farmaceuticky připravených roztoků výživy do trávicího traktu. Aplikována může být formou sippingu (přípravků určených k popíjení), nebo prostřednictvím sond – nasogastrické, nasojejunální, perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) nebo jejunostomie. Enterální výživu lze využít v případech, kdy je gastrointestinální trakt funkční, ale pacient není schopen pokrýt běžnou stravou energetické nároky organismu. Nejčastější indikací u IBD jsou zejména zánětlivé stenózy a malnutrice, vhodné je využít EV v období, kdy se pacient připravuje k chirurgickému zákroku. U dětí s CN je pak enterální výživa využívána dokonce jako lék první volby. Může být podávána jako doplňková výživa k běžné stravě, nebo jako plná EV, případně v kombinaci s výživou parenterální.

Enterální výživa má oproti výživě parenterální celou řadu výhod. Zejména se jedná o přirozenou cestu přívodu živin, stimuluje střevní motilitu, dále slouží jako výživa pro enterocyty, a tedy jako prevence vzniku střevní atrofie, redukuje také nežádoucí osídlení GIT. Důležité je, že má méně závažných komplikací a v neposlední řadě je méně nákladná, než parenterální výživa. Z těchto důvodů je EV vždy preferována před výživou parenterální.

Podávání enterální výživy je kontraindikováno v bezprostředním perioperačním období, dále při střevní obstrukci, toxickém megakolon, těžkém střevním zánětu, u gastrointestinálních píštělí s vysokým obratem, při náhlých příhodách břišních, akutním krvácení do GIT, při šokových stavech, nebo pokud není možný přístup do GIT.

[50,51,52,53]

1.2.5.3.2.1 Sipping

Sipping můžeme využít u spolupracujících pacientů, kteří ho dobře tolerují a zároveň je u nich malé riziko aspirace. Obvykle je využíván jako doplňková výživa (250 – 500 kcal denně), ale při dostatečném množství lze sipping využít i k plné enterální výživě. Výhodou je zejména vysoký obsah energie a bílkovin v malém objemu. Přípravky mají definovaný obsah energie, živin, vitamínů i stopových prvků, jsou snadno vstřebatelné a mají dobrou biologickou dostupnost. Jsou obvykle na bázi mléčné bílkoviny, bezlaktózové, se sacharidy ve formě maltodextrinu, bez cholesterolu, obvykle bezlepkové a s nízkým obsahem sodíku. Před podáním není nutná žádná úprava. Existují v mnoha chuťových variantách, nebo neutrální bez příchutě, a liší se i svým složením. Na trhu jsou přípravky standardní (1 kcal/ml), s vyšším obsahem energie, s vyšším obsahem bílkovin, obohacené vlákninou, koncentrované, bez tuku, speciální preparáty pro diabetiky, léčbu dekubitů a jiné. Nežádoucí účinky sippingu nejsou závažné, obvykle si pacienti stěžují na průjem, bolesti břicha a nadýmání. Řešením může být pomalé popíjení v kombinaci s malou porcí pečiva, nebo podávání vychlazených preparátů oddělené od stravy. [50,51,52,53]



Obr. 5: Přípravky pro sipping [54]

1.2.5.3.2.2 Sondová EV

Pacienti obvykle netolerují více než 500 ml sippingu denně, proto je při vyšší potřebě vhodné podávání sondou. Sondovou výživu volíme také při dlouhodobé potřebě EV, nebo v případech, kdy pacient nemůže přijímat tekutou výživu. Výživu lze podávat buď sondou zavedenou nosem do žaludku, nebo do jejunu, případně perkutánně zavedenou sondou (PEG, PEJ). Nasální sondy lze aplikovat buď zapláváním, nebo endoskopicky. Jejich malý průměr nebrání současněmu perorálnímu příjmu. Výživové stomie se obvykle zavádí endoskopicky, možný je také chirurgický přístup. PEG bývá preferována v případech, kdy není tolerována nasogastrická sonda a zároveň předpokládáme podávání enterální výživy po dobu delší, než 3 – 6 měsíců. Také kosmetický efekt je lepší, než u nasogastrické sondy. Sondovou EV lze podávat v různých režimech. U pacientů bez rizika aspirace, se sondou zavedenou do žaludku, podáváme výživu bolusově, 5-8x denně v dávce až 250 ml. Do tenkého střeva musíme podávat výživu pomocí enterální pumpy, buď intermitentně, většinu přes noc, což umožňuje pacientovi být přes den mobilní, nebo kontinuálně – rovnoměrně po dobu nejméně 20 hodin. Do tenkého střeva musíme podávat vždy pouze sterilní farmaceuticky připravenou enterální výživu.

Pro sondovou výživu obvykle využíváme polymerní nutričně definované přípravky, vysokomolekulární roztoky s energetickým obsahem 0,5 až 2,4 kcal/100 ml. Nebílkovinný obsah energie tvoří asi 40 % tuků ve formě rostlinných olejů, asi 60 %

energie tvoří sacharidy ve formě maltodextrinů, škrobů a oligosacharidů. Stejně jako přípravky určené k popíjení neobsahují laktózu, gluten, cholesterol a většinou ani nevstřebatelné zbytky. U pacientů s IBD jsou často využívány preparáty se zvýšeným obsahem proteinů a obohacené o rozpustnou vlákninu. Oligomerní chemicky definované přípravky obsahují substráty v chemicky jednodušší podobě. Podávají se kontinuálně do sondy a význam mají u stavů, kde je těžká porucha trávení a vstřebávání živin, nebo kde polymerní výživa selhala. Jsou vždy bezezbytkové, obsahují lépe vstřebatelné dipeptidy a tripeptidy, disacharidy, MCT oleje a jsou doplněny esenciálními MK.

Komplikace sondové enterální výživy rozlišujeme na gastrointestinální, mechanické, metabolické a infekční. Gastrointestinální komplikace jsou nejčastější, většinou se objevuje průjem, zvracení, zácpa, nadýmání, nebo bolesti břicha. Předcházet jim lze správným ošetřováním a edukací, monitorováním pacienta a včasným převedením na méně invazivní formu výživy. Z mechanických komplikací je nejzávažnější aspirace, dále se setkáváme s obstrukcí sondy, dislokací sondy, erozemi v jejím průběhu, nebo perforací sondy. Nejzávažnější metabolickou komplikací je Refeeding syndrom, který se může manifestovat u pacientů v malnutrici, důsledkem neadekvátní realimentace. Rozvíjí se u nich těžká porucha vodní a elektrolytové rovnováhy, zejména hypofosfatémie, spojená s hypokalémií a hypomagnezemií. Dochází ke karenci vitamínů, zejména thiaminu, retenci vody a sodíku a poruchám glukózového metabolismu. U pacientů se sondou zavedenou do žaludku a bolusovým podáváním výživy může při migraci sondy do tenkého střeva vzniknout Dumping syndrom, který se projevuje náhlou slabostí, nebo kolapsem po podání výživy. Nejmenší výskyt je u infekčních komplikací, mezi které patří mikrobiální kontaminace, nebo bakteriální kolonizace sondy, případně infekce okolí sondy. Zejména u pacientů s imunodeficiencí se může při podávání EV vyskytnout sinusitida. [50,51,52,53]

1.2.5.3.3 Parenterální výživa (PV)

Parenterání výživou rozumíme podávání živin přímo do cévního systému. Její výhodou je zajištění přesně definovaného množství energie a živin, možnost rychlé

úpravy metabolického rozvratu a také využití i při úplném chybění tenkého střeva. Typy PV můžeme rozdělovat z několika hledisek. Obvykle rozlišujeme doplňkovou a kompletní, krátkodobou a dlouhodobou a podle typu přístupu periferní a centrální. Parenterální výživa je často podávána v kombinaci s výživou enterální, totální parenterální výživa je pak indikována v případech, kdy je kontraindikována výživa enterální, zejména při nefunkčním trávicím traktu, nebo v perioperačním období. Kontraindikací k podání PV jsou stavy, kdy lze využít EV, šokové stavy, oběhově nestabilní pacient, terminální stavy a odmítnutí pacientem.

Typ katetru volíme podle doby aplikace výživy. Pro krátkodobou a doplňkovou PV je vhodné zavedení periferního katetru. Za předpokladu, že výživa bude indikována v rozmezí 2 týdnů až 6 měsíců, lze zvolit periferně zavedený centrální katetr (PICC), který se pod sonografickou kontrolou zavádí cestou axilární žíly do horní duté žíly a tím je minimalizováno riziko vzniku pneumothoraxu. Délka podkožního tunelu zároveň snižuje riziko infekčních komplikací. Pro totální a dlouhodobou výživu využíváme tunelizované centrální katétry s dakronovou manžetou, které mají při správném ošetřování životnost i několik let, případně volíme zavedení podkožního venózního portu. Port, který je implantován do podkoží v podklíčkové krajině, se skládá z komůrky opatřené speciální membránou a komůrka je zakončena katétrem zavedeným do horní duté žíly. Pro aplikaci výživy pak slouží speciální jehla zavedená do komůrky katétru.

Komplikace parenterální výživy rozdělujeme na komplikace spojené se zaváděním a přítomností katetru, komplikace septické a metabolické. Do první skupiny patří pneumothorax, fluidothorax, hemothorax, chylothorax, punkce artérie, vzduchová embolie, embolizace katetru, žilní trombóza katetru, nebo malpozice katetru. Septické komplikace vznikají buď endoluminálním průnikem bakterií, nebo endogenní bakteriemi, mohou být velmi závažné a je nutné jim bránit zejména aseptickou manipulací s katetrem. Z metabolických komplikací zmíníme Refeeding syndrom, který se může rozvinout v prvních dnech podávání umělé výživy u jedinců, kteří byli v předchozím období těžce podvyživení a následně hyperalimentováni. Z dalších komplikací se setkáváme s poruchami jaterních funkcí, metabolismu živin, nebo poruchami funkce střeva.

Z hlediska složení parenterální výživy se dnes většinou uplatňuje systém all-in-one, kdy jsou všechny živiny smíchány společně v jednom vaku. V minulosti byl využíván tzv. multi-bottle-systém, kdy se jednotlivé komponenty mísily až při podání v systému více infuzních větví. Nevýhodou tohoto systému byl vyšší výskyt infekčních komplikací, způsobených častou manipulací s infuzemi, nerovnoměrný tok jednotlivých složek, horší utilizace živin a horší udržování glykémie. Vaky pro all-in-one systém mohou být připravovány v nemocničních lékárnách v laminárních boxech za přísně aseptických podmínek, individuálně podle potřeb konkrétního pacienta, nebo jsou na trhu firemní vaky, dvou nebo trojkomorové. Jednotlivé složky se pak smísí těsně před podáním. Komerční vaky lze uchovávat při pokojové teplotě a jejich trvanlivost je velmi dlouhá, oproti individuálním vakům z lékárny, které je nutné podat do 7 dnů a uchovávat je ve vyhrazené lednici při teplotě 4-6°C. [50,51,52,53]

1.2.5.3.4 Domácí umělá výživa

Pro pacienty, u kterých by jediným důvodem k pokračování hospitalizace bylo podávání umělé výživy, je vhodnou alternativou její domácí podávání. V domácích podmínkách může být aplikována jak enterální, tak i parenterální výživa. Cílem je nejen zlepšení kvality života pacientů odkázaných dlouhodobě na umělou výživu, ale tato forma nutriční podpory je zároveň také významně méně nákladná, než hospitalizace. Základními podmínkami pro domácí výživu jsou spolupráce a edukovanost, dispenzarizace a kontroly v nutriční ambulanci a možnost zajištění hospitalizace na vhodném oddělení při komplikacích. Pacienti a osoby, které o ně v domácích podmínkách budou nadále pečovat, jsou během hospitalizace edukováni, aby byli schopni samostatné aplikace výživy, péče o vstup pro její podávání a také identifikovat případné komplikace. Dále je péče zajišťována ve specializovaných nutričních ambulancích. V nich probíhají nejen kontroly zdravotního stavu a stavu výživy, péče o centrální vstupy nebo sondy, ale i distribuce přípravků pro výživu a veškerých pomůcek pro její aplikaci. [53,55]

1.2.5.4 Novinky v terapii

1.2.5.4.1 Transplantace tenkého střeva

U pacientů s CN, kteří po mnohočetných resekcích dospěli až do stádia syndromu krátkého střeva, nebo jejich tenké střevo není schopné plnit svou funkci, by mohla být alternativou jeho transplantace. Plná parenterální výživa, na kterou zůstávají doživotně odkázáni, s sebou totiž postupně nese mnoho komplikací, které limitují její trvalé použití.

Konkrétní indikační kritéria pro zařazení do transplantačního programu jsou následující:

1. Hrozící nebo již perzistující selhání jater na parenterální výživě
2. Trombóza centrálního žilního vstupu
3. Recidivující sepse v souvislosti s centrálním žilním vstupem
4. Časté těžké dehydratace spojené se stomiemi s vysokým odpadem

První klinickou transplantaci tenkého střeva sice provedl už v roce 1964 Američan Ralph Deterling, ovšem pacient po zákroku zemřel a Deterling své výsledky ani nepublikoval. Další zájem o možnost transplantace přineslo zavedení cyklosporinu a počátkem 21. století dochází díky objevu nových imunosupresiv a režimových opatření k dalšímu rozvoji transplantační aktivity. U dospělých jsou možné tři varianty střevní transplantace. Může být provedena izolovaná transplantace tenkého střeva, transplantace střeva společně s játry, nebo multiorgánová transplantace. Výsledky jsou ovšem v porovnání s výsledky jiných orgánových transplantací významně horší, zejména z důvodu velmi vysokého výskytu imunitní reakce, která je příčinou vysoké potransplantační úmrtnosti. Tenké střevo, jako největší imunitní orgán těla, je v tomto ohledu nesmírně rizikové. Také technické provedení zákroku je obtížné, protože pacienti mají často po předchozích zákrocích v břišní dutině množství srůstů, které zhoršují její přístupnost. [56,57,58]

1.2.5.4.2 Transplantace kmenových buněk

Zajímavou novinkou v terapii Crohnovy choroby, která je zatím ve fázi klinických studií, je možnost transplantace autologních hemopoetických kmenových buněk. Studie ASTIC (Autologous Stem cells Transplantation In Crohn's disease), na které se podílí mezinárodní tým odborníků, včetně několika pracovišť v ČR, je cílena na nemocné, u nichž selhala terapie imunosupresivy a přípravky biologické léčby. Jejím cílem je ověřit hypotézu, že výměna hyperaktivně reagujícího imunitního systému za novou generaci imunitních buněk může být u Crohnovy choroby, jako autoimunitního onemocnění, dlouhodobě efektivní. Pak by mohlo dojít nejen k okamžitému zlepšení stavu pacientů, ale také by mohla být obnovena citlivost nových klonů lymfocytů na předtím neefektivní přípravky.

V první fázi se provádí mobilizace a v rámci ní jsou pacientům odebrány kmenové buňky. Protože léky využívané k mobilizaci jsou zároveň účinné v léčbě Crohnovy nemoci, je tak přípravná fáze zároveň i fází terapeutickou. Následuje imunoablace aplikací kombinace vysokých dávek cyklofosfonamidu a antithymocytárního globulinu. Poslední fází je transplantace autologních kmenových buněk infuzí. [59,60]

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Cíle výzkumu a stanovené hypotézy

Hlavním cílem výzkumné práce bylo zjištění a posouzení kvality života pacientů s idiopatickým střevním zánětem (tj. Crohnovou nemocí a ulcerózní kolitidou), na podkladě vyhodnocení a porovnávání sledovaných údajů v daném vzorku respondentů.

2.1.1 Dílčí cíle

- 1.) Zjistit, zda jsou respondenti spokojeni s informacemi, které jim byly sděleny před zahájením léčby.
- 2.) Zjistit, zda užívání enterální výživy vedlo u respondentů ke zlepšení fyzického výkonu.
- 3.) Zjistit, zda jsou respondenti s diagnózou Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy omezeni ve společenském životě.

2.1.2 Hypotézy

Na základě stanovených cílů jsem si ve své práci stanovila následující výzkumné hypotézy:

- 1.) Domnívám se, že nadpoloviční většina respondentů má pocit, že jsou dostatečně informováni o své nemoci, jejím průběhu a léčbě.
- 2.) Domnívám se, že u nadpoloviční většiny respondentů došlo z důvodu fyzické indispozice ke změně zaměstnání.
- 3.) Předpokládám, že nadpoloviční většina respondentů s idiopatickým střevním zánětem má zhoršenou kvalitu života.
- 4.) Domnívám se, že nadpoloviční většina respondentů již slyšela o občanském sdružení zaměřeném na tuto problematiku.

2.2 Metodika výzkumného šetření

2.2.1 Zdroje odborných poznatků

Pro soustředění potřebných odborných podkladů pro bakalářskou práci byla v teoretické části využita odborná literatura, odborné publikace a internetové zdroje, které jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Pro dosažení vytyčených cílů a ověření teoretických předpokladů bakalářské práce bylo použito vyhodnocení údajů získaných od respondentů prostřednictvím dotazníkového šetření.

2.2.2 Použitá metoda

V bakalářské práci jsem pro sběr dat v empirické části použila metodu kvantitativního šetření pomocí anonymního dotazníku. Inspirovala jsem se dotazníkem skórování kvality života podmíněné zdravotním stavem – HRQOL (Health Related Quality of Life) a dotazníkem SF 36 (Item Health Survey) a pro své šetření je upravila a doplnila otázkami, které mi pomohly pro potřebné zjištění předem určených cílů a hypotéz. Dotazník (příloha č. 1) byl připraven a vypracován tak, aby byl pro respondenty anonymní. Díky tomuto druhu dotazníku můžeme očekávat upřímnější a spolehlivější odpovědi.

K dotazníkovému šetření bylo využito 20 otázek, z toho 8 uzavřených (3 dichotomické a 5 výběrových), 4 otevřené, 4 polouzavřené a 4 filtrační.

V úvodu se respondentům představuji a seznamuji je se svými požadavky na vyplnění dotazníku a s cílem svého výzkumu. Za spolupráci jim poděkuji.

Dotazník obsahuje demografické údaje respondentů: pohlaví, věk a dalších 17 otázek, zaměřených dle vlastního chronického onemocnění. Otázky byly zaměřeny na kvalitu života pacientů po zahájení léčby.

2.2.3 Charakteristika sledovaného souboru

Dotazníky byly rozdány pacientům v ambulantní a lůžkové části IV. interní kliniky VFN Praha. Jednalo se o pacienty s idiopatickými střevními záněty, kteří ve zkoumaném období docházeli na kontrolu do nutriční ambulance, nebo byli v tomto období s diagnózou IBD hospitalizováni na standardním oddělení a oddělení JIP.

Bylo rozdáno 35 dotazníků, 9 se jich nevrátilo, 6 dotazníků se pro neúplnost muselo vyřadit. Zkoumaný soubor byl tedy tvořen 20 respondenty.

2.2.4 Organizace výzkumného šetření

Přípravná fáze výzkumného šetření probíhala tři měsíce (od března do května 2012) ve VFN, na IV. interní klinice. Mezi první kroky patřilo požádání vedení kliniky, vedení nemocnice a etické komise VFN o možnost provádět toto šetření. Po písemném souhlasu etické komise, který je součástí bakalářské práce, byla započata distribuce dotazníků. Samotná distribuce a zpětný sběr dotazníků probíhal po tři měsíce (od června do září 2012). Shromážděná data byla zpracovávána také tři měsíce (od února do dubna 2013).

2.2.5 Matematické zpracování

Pro zpracování údajů získaných z dotazníků byly využity počítačové programy Microsoft Office Excel 2000 a Microsoft Office Word 2000.

Výsledky jsou uváděny v reálných číslech a procentech, a pro přehled doplněny tabulkovým znázorněním a grafy.

Relativní četnost je znázorněna příloženými grafy a vypočtena podle vzorce č. 1:

$$f_i = \frac{n_i}{n} * 100$$

Poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. Nejčastěji se udává v procentech.

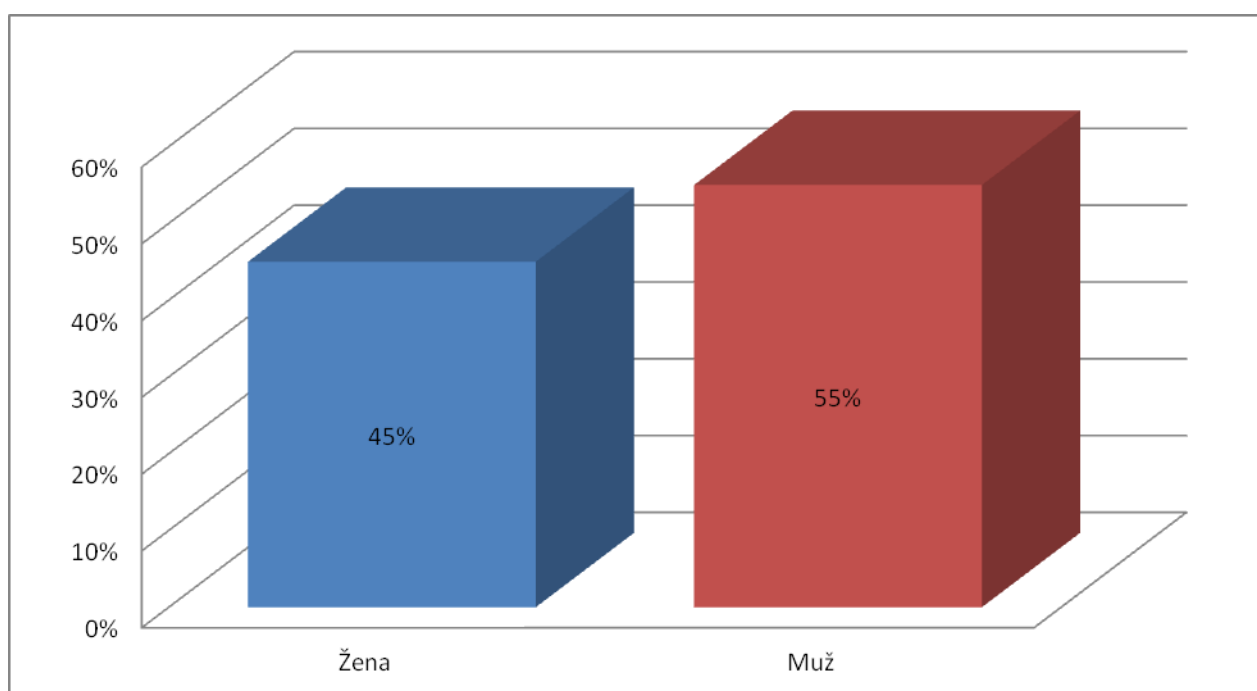
Výsledky jsou znázorněny pomocí sloupcových grafů.

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů

	n_i	f_i
muž	11	55 %
žena	9	45 %
celkem	20	100 %

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů



Komentář: Z celkového vzorku 20 respondentů (100 %) byli početnější skupinou respondenti mužského pohlaví – 11 respondentů (55 %), 9 respondentů (45 %) bylo pohlaví ženského.

Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?

Tabulka č. 2- Věk respondentů

	n_i	f_i
20 - 40 let	11	55 %
41 - 60 let	8	40 %
61 - 80 let	1	5 %
81 - 100 let	0	0 %
celkem	20	100 %

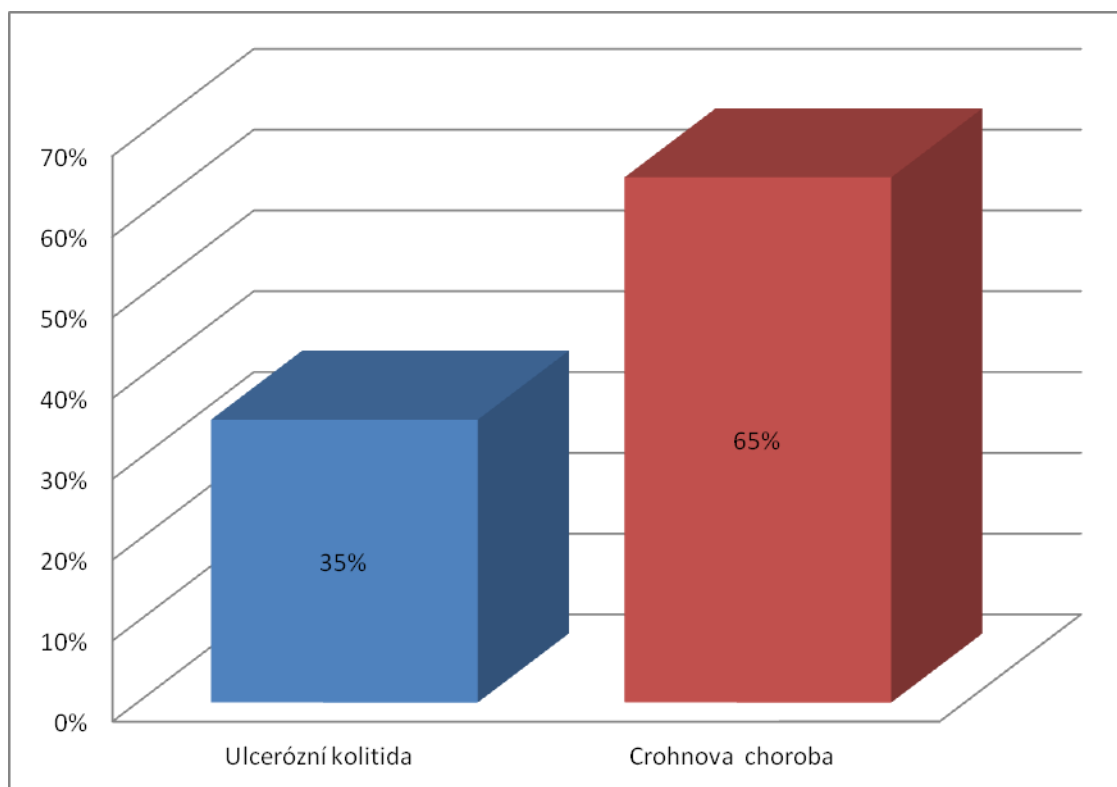
Komentář: Věkové složení vzorku 20 respondentů (100 %) se skládalo z 11 respondentů ve věku 20 – 40 let, 8 respondentů bylo ve věku 41 – 60 let, 1 respondent byl ve věku 61 – 80 let, žádný respondent nebyl ve věku 81 – 100 let. Z šetření vyplývá, že nejvíce postižených respondentů s Crohnovou nemocí a ulcerózní kolitidou je ve věku 20 – 40 let. Je zřejmé, že jde o onemocnění mladšího, především produktivního věku.

Otázka č. 3: Jaká je Vaše diagnóza?

Tabulka č. 3 – Diagnóza respondentů

	n_i	f_i
Crohnova choroba	13	65 %
ulcerózní kolitida	7	35 %
celkem	20	100 %

Graf č. 2 – Diagnóza respondentů



Komentář: Z celkového vzorku 20 respondentů (100 %) převažovala skupina respondentů s Crohnovou nemocí – 13 respondentů (65 %), 7 respondentů (35 %) uvedlo diagnózu ulcerózní kolitida. Z šetření vyplývá, že větší procento respondentů má Crohnovu nemoc.

Otázka č. 4: Jaké potíže Vám onemocnění vyvolalo?

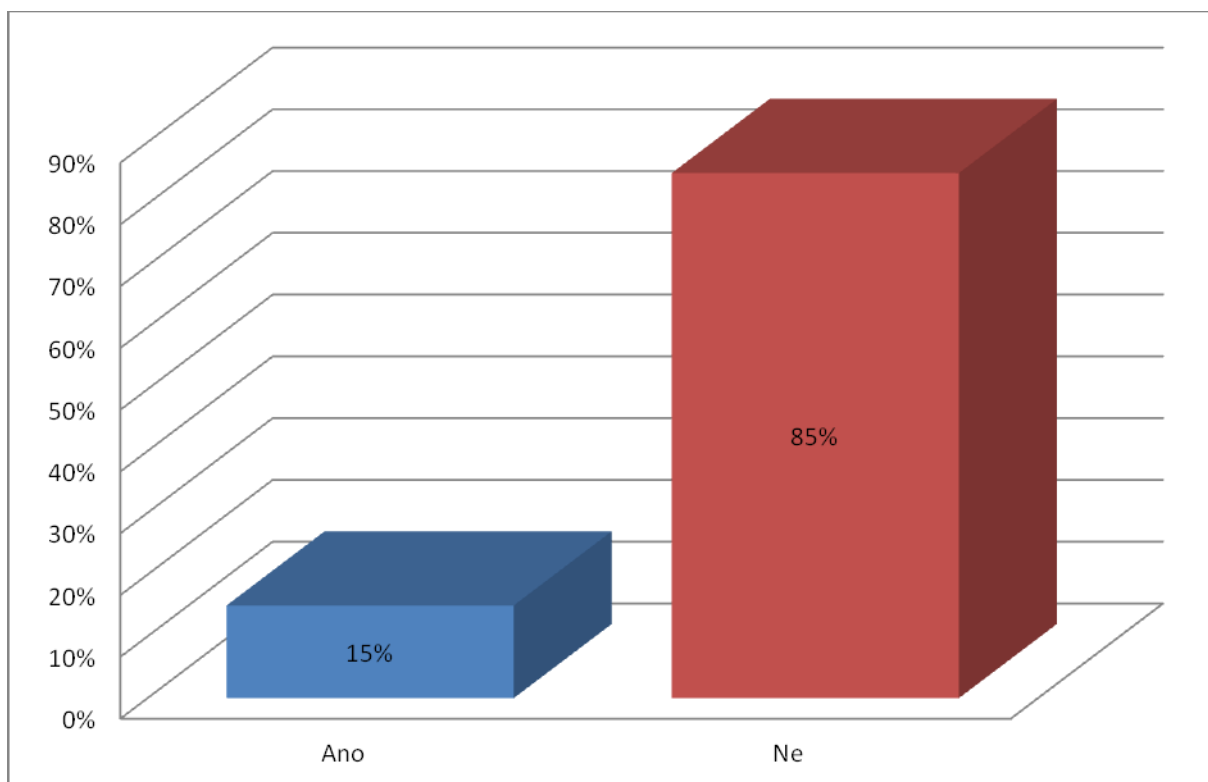
Komentář: Z hodnoceného vzorku 20 respondentů (100 %) byly nejvíce zmiňovanými potížemi průjem, časté stolice, bolest břicha, kloubů, otoky, vypadávání vlasů, nechutenství, pokles tělesné hmotnosti a ke všem se přidružovala slabost a únava.

Otázka č. 5: Jste kuřák/kuřačka?

Tabulka č. 4 – Kouření

	n_i	f_i
ano	3	15 %
ne	17	85 %
celkem	20	100 %

Graf č. 3 – Kouření



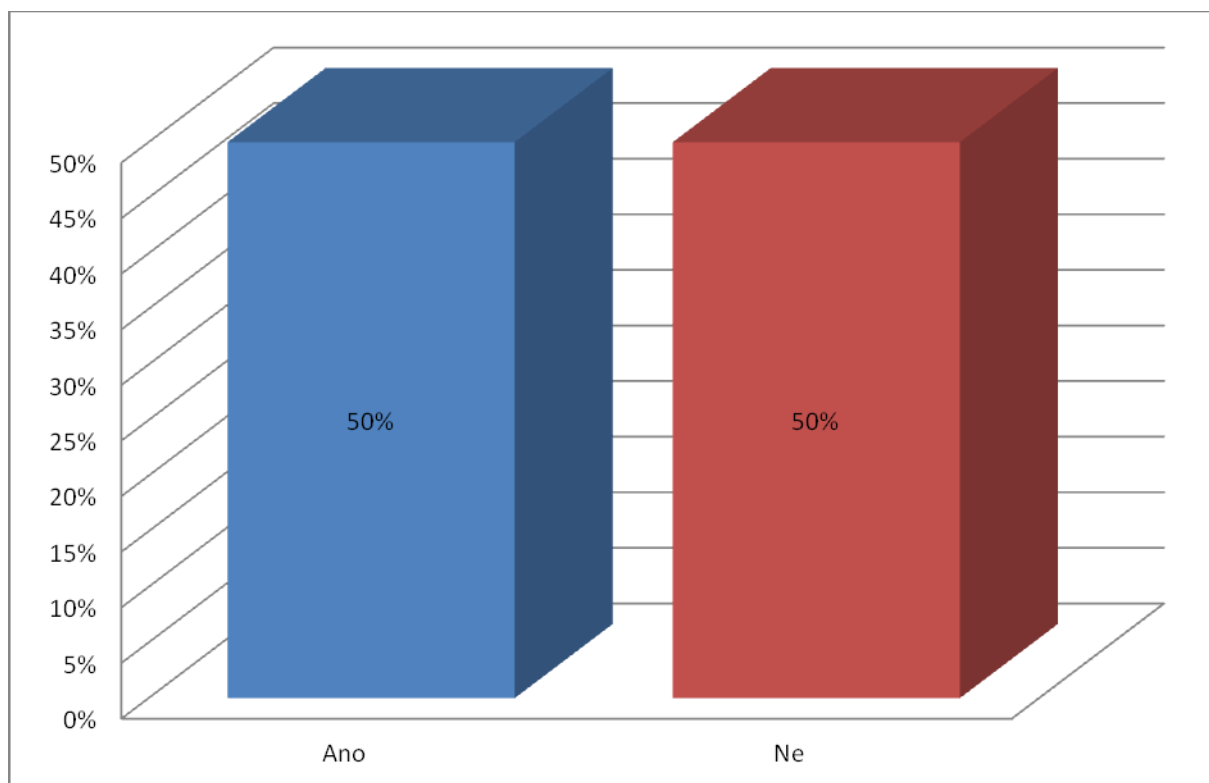
Komentář: Z daného vzorku 20 respondentů (100 %) je 17 respondentů nekuřáků (85 %) a 3 respondenti jsou kuřáci (15 %). Zdá se tedy, že pacienti s těmito diagnózami omezují kouření.

Otázka č. 6: Bylo ve Vašem případě nutné onemocnění řešit chirurgicky?

Tabulka č. 5 – Chirurgické řešení

	n_i	f_i
ano	10	50 %
ne	10	50 %
celkem	20	100 %

Graf č. 4 – Chirurgické řešení



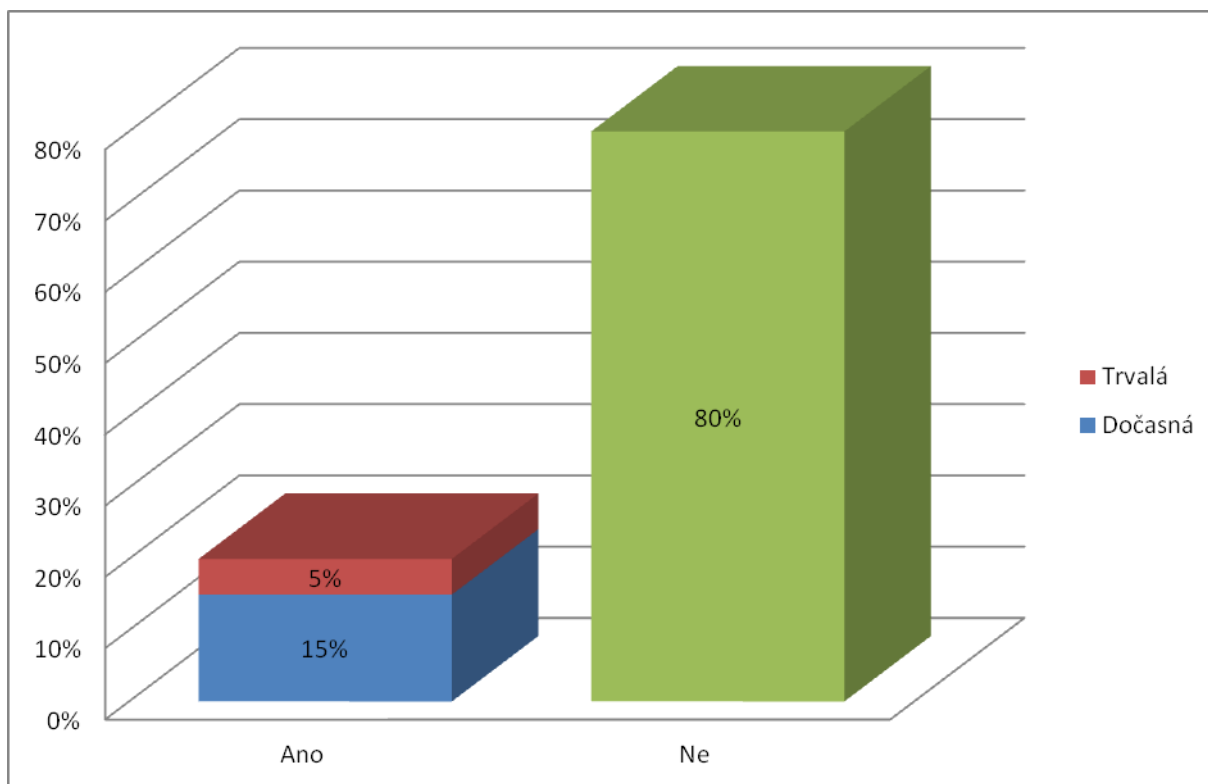
Komentář: Z celkového vzorku 20 respondentů (100 %) bylo u 10 respondentů (50 %) nutné řešit onemocnění chirurgicky, u druhé poloviny respondentů (50%) nebylo nutné chirurgické řešení. Z šetření je dále patrné, že ulcerózní kolitida nemusí být tak často chirurgicky léčena jako Crohnova nemoc.

Otázka č. 7: Máte stomii?

Tabulka č. 6 – Druh stomie

	n_i	f_i
dočasná	3	15 %
trvalá	1	5 %
ne	16	80 %
celkem	20	100 %

Graf č. 5 – Druh stomie



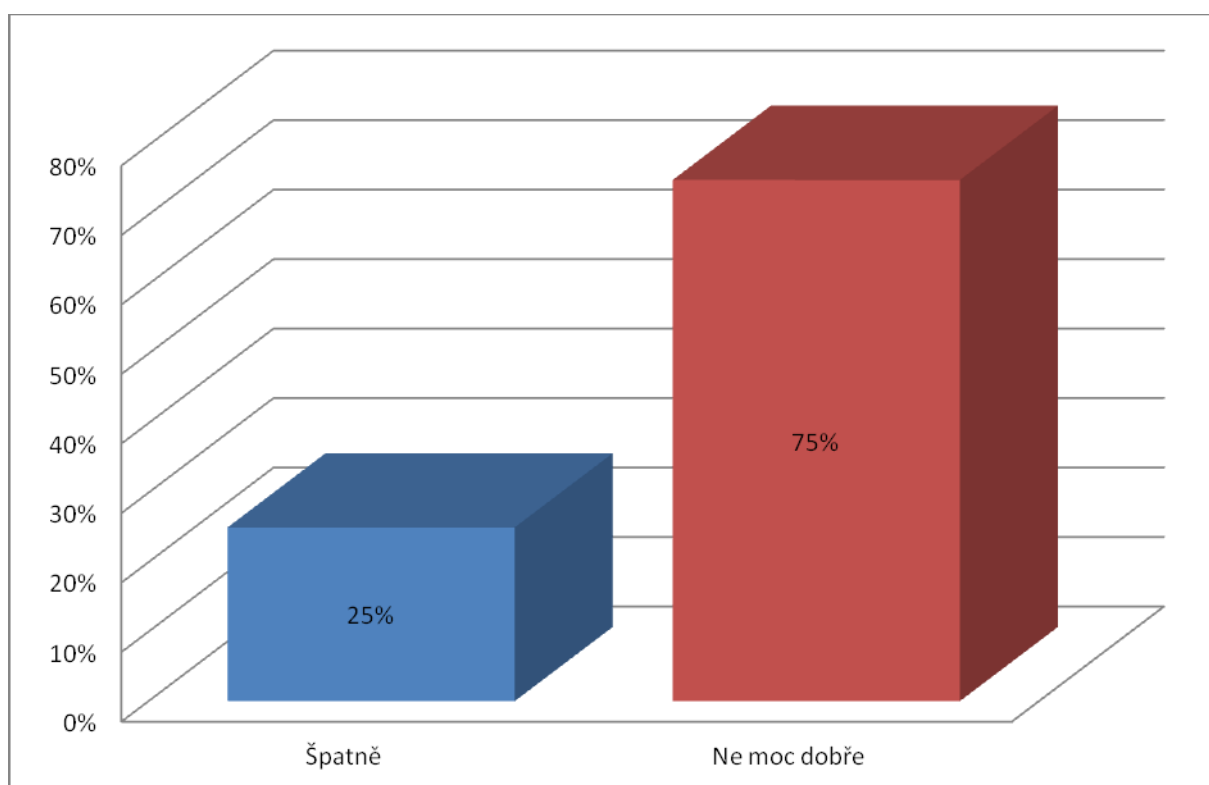
Komentář: Z šetření vyplývá, že z celkového počtu 20 respondentů (100 %) nemělo stomii 16 respondentů (80 %), 3 respondenti (15 %) uvedli, že jim byla založena dočasná stomie a 1 respondent (5 %) uvedl, že má stomii trvalou.

Otázka č. 8: Jak byste hodnotil/a kvalitu života se stomií?

Tabulka č. 7 – Hodnocení kvality života se stomií

	n_i	f_i
ne moc dobře	3	75 %
špatně	1	25 %
celkem	4	100 %

Graf č. 6 – Hodnocení kvality života se stomií



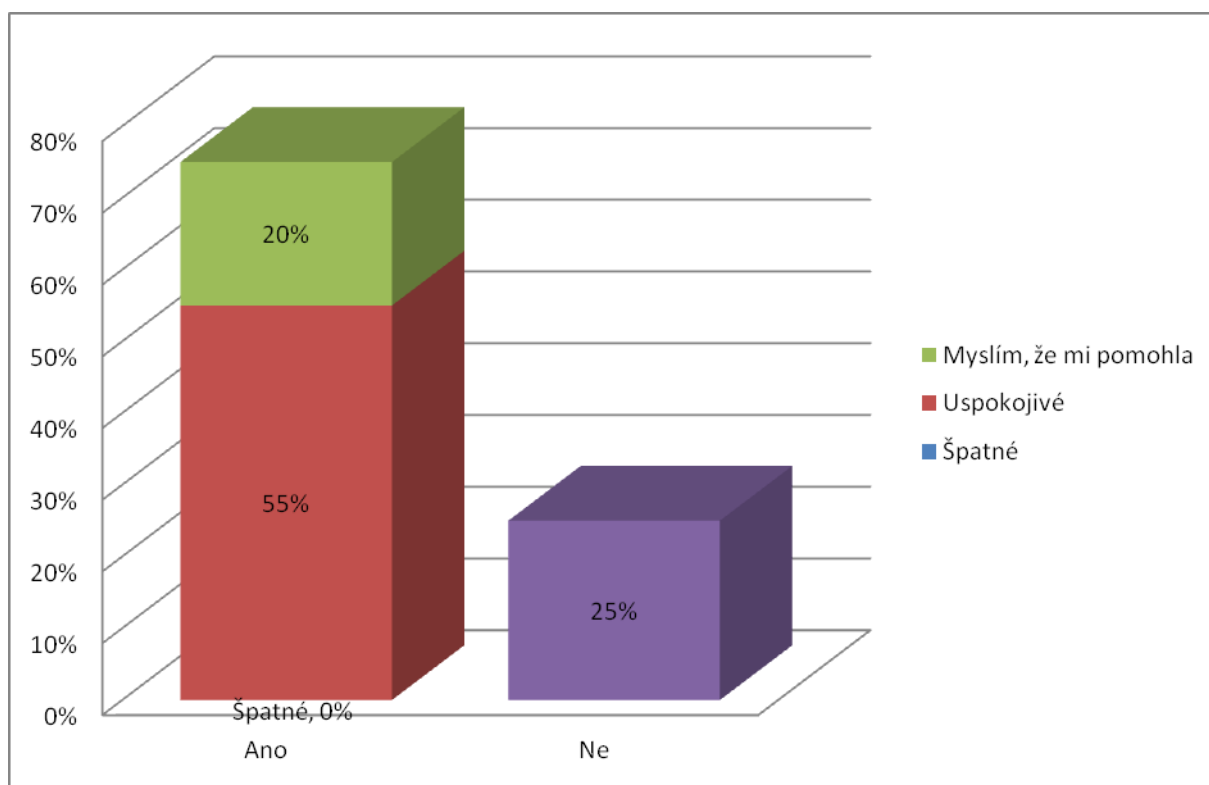
Komentář: Z celkového vzorku 4 respondentů (100 %) kteří, měli založenou stomii, hodnotí kvalitu života se stomií ne moc dobře 3 respondenti (75 %) a 1 respondent (25 %) hodnotí kvalitu života se stomií špatně. Z toho usuzuji, že pacienti hodnotí kvalitu života se stomií negativně.

Otázka č. 9: Máte zkušenosti s biologickou léčbou?

Tabulka č. 8 – Zkušenosti s biologickou léčbou

	n_i	f_i
špatné	0	0 %
uspokojivé	11	55 %
myslím, že mi pomohla	4	20 %
ne	5	25 %
celkem	20	100 %

Graf č. 7 – Zkušenosti s biologickou léčbou



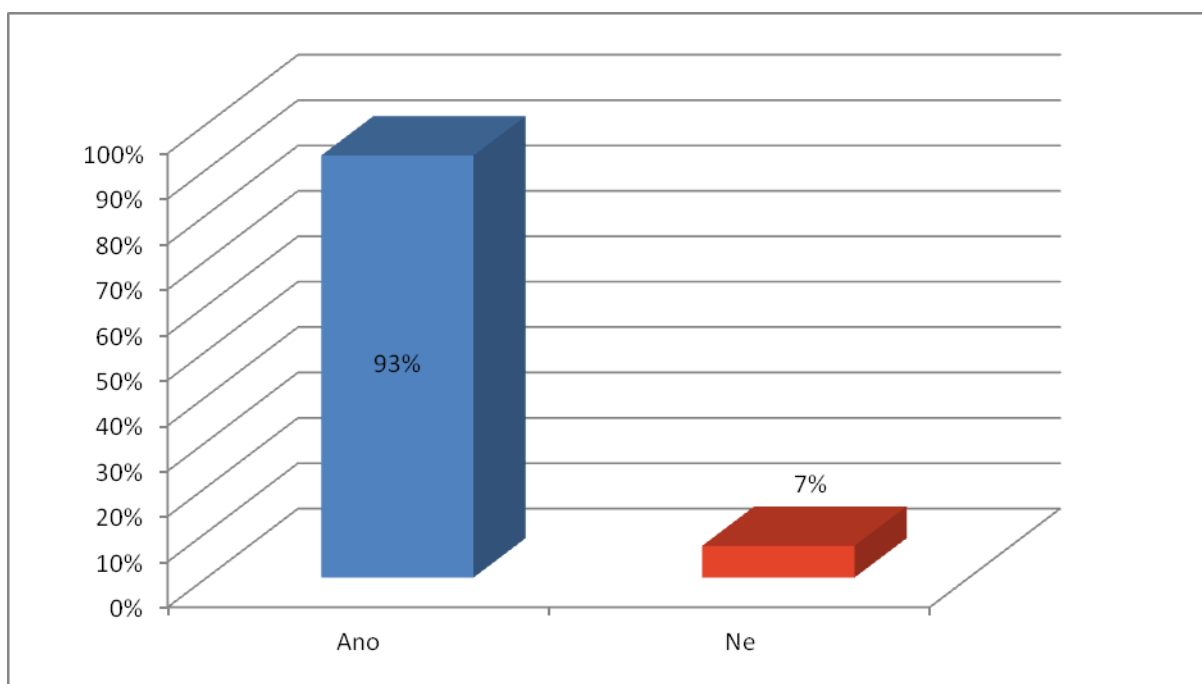
Komentář: Z celkového vzorku 20 respondentů (100 %) mělo zkušenost s biologickou léčbou 15 respondentů (75 %), z tohoto vzorku uvedlo 11 respondentů (55 %) uspokojivé zkušenosti s biologickou léčbou a pouze 4 respondenti (20 %) si myslí, že jim biologická léčba pomohla. Špatné zkušenosti s biologickou léčbou neměl žádný respondent. Z celkového vzorku 20 respondentů (100 %) uvedlo 5 respondentů (25 %), že nemá žádné zkušenosti s biologickou léčbou.

Otázka č. 10: Byl/a jste spokojen/a s informacemi, které Vám byly sděleny před zahájením léčby?

Tabulka č. 9 – Informovanost respondentů

	n_i	f_i
ano	14	93 %
ne	1	7 %
celkem	15	100 %

Graf č. 8 – Informovanost respondentů



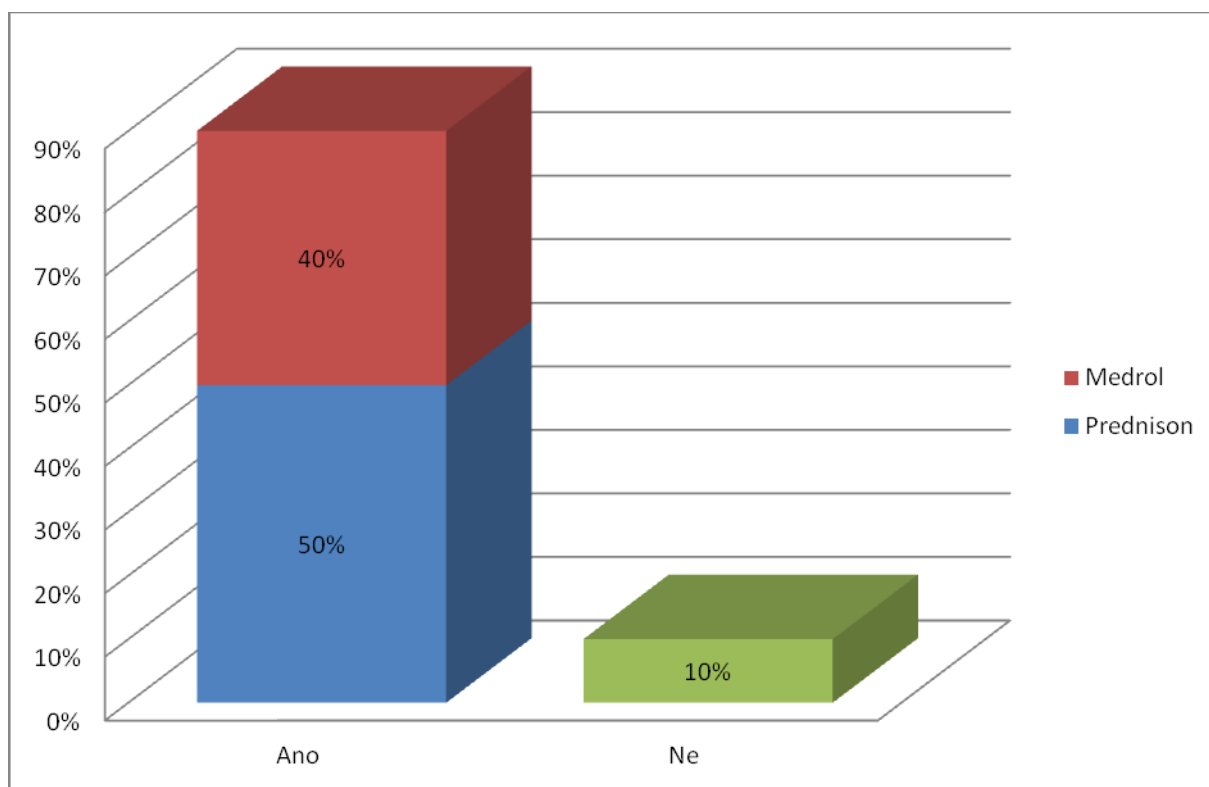
Komentář: Ze vzorku 15 respondentů (100 %) bylo s informacemi poskytnutými před zahájením léčby spokojeno 14 respondentů (93 %) a 1 respondent (7 %) spokojen s informacemi nebyl. Většina respondentů získává informace od lékaře nebo sestry, druhým nejčastějším zdrojem informací je internet, dále respondenti čerpají informace z brožur, knih, a také od ostatních pacientů.

Otázka č. 11: Užíval/a jste kortikoidy? Pokud ano, jaké?

Tabulka č. 10 – Užívání kortikoidů

	n_i	f_i
Prednison	10	50 %
Medrol	8	40 %
ne	2	10 %
celkem	20	100 %

Graf č. 9 – Užívání kortikoidů



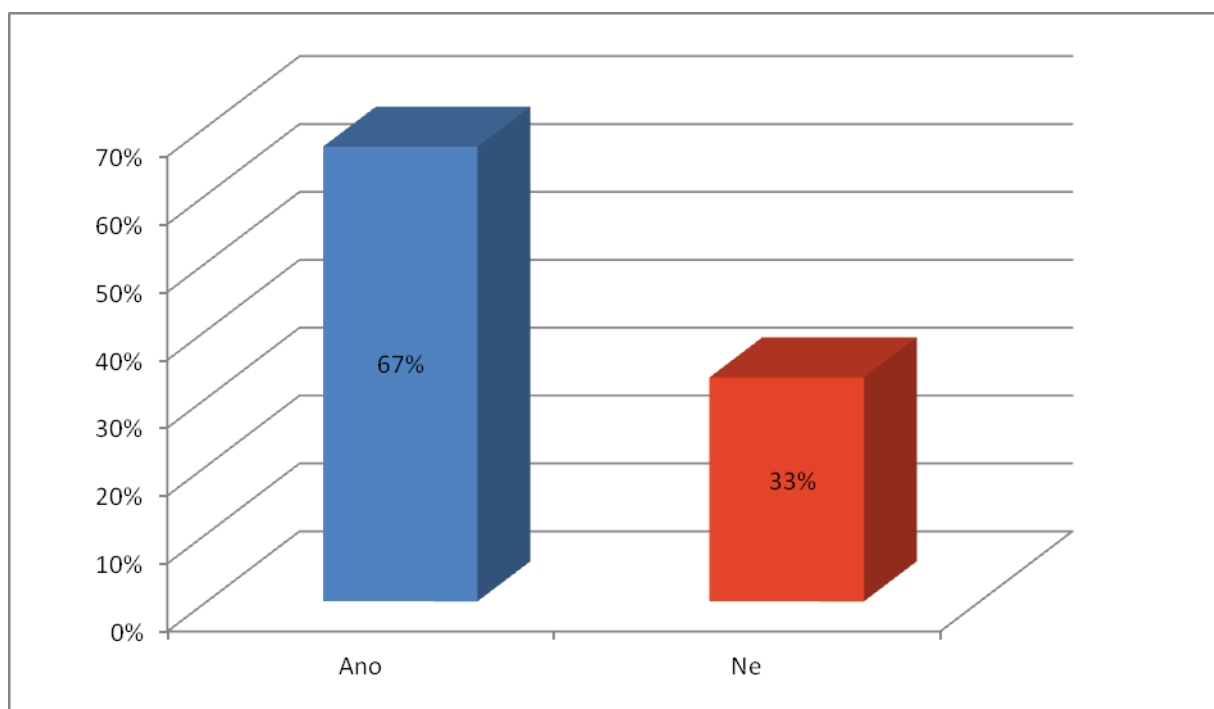
Komentář: Z daného vzorku 20 respondentů (100 %) užívalo kortikoidy 18 respondentů (90 %), z toho nejvíce užívaným lékem byl PREDNISON u 10 respondentů (50 %), druhým nejuzívanějším lékem byl MEDROL, a to u 8 respondentů (40 %). 2 respondenti (10 %) uvedli, že nemají žádné zkušenosti s užíváním kortikoidů.

Otázka č. 12: Objevily se u Vás po užívání kortikoidů vedlejší účinky?

Tabulka č. 11 – Vedlejší účinky kortikoidů

	n_i	f_i
ano	12	67 %
ne	6	33 %
celkem	18	100 %

Graf č. 10 – Vedlejší účinky kortikoidů



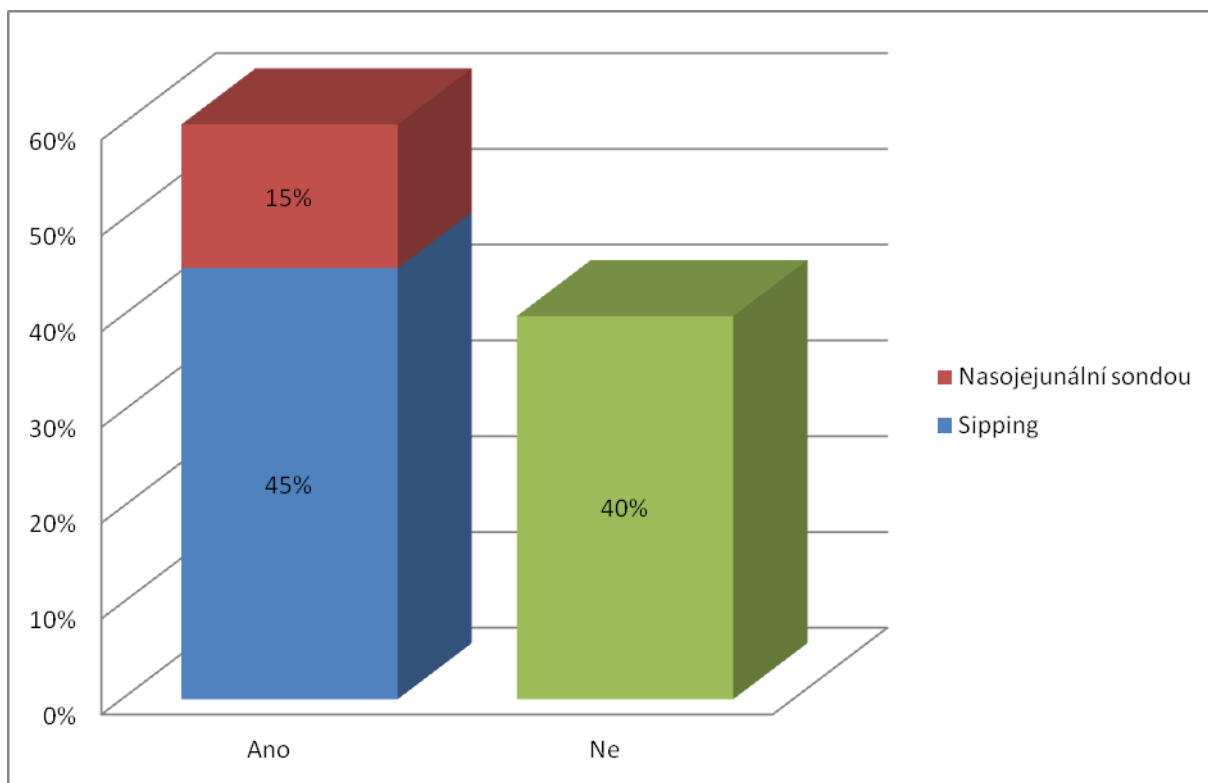
Komentář: Z celkového počtu 18 respondentů (100 %), kteří užívali kortikoidy, se projevily vedlejší účinky po užívání u 12 respondentů (67 %) a 6 respondentů (33 %) uvedlo, že se u nich neprojevily žádné vedlejší účinky. Vzhledem k tomu, že pacienti užívají kombinaci léků ze skupin kortikoidů, imunosupresiv, analgetik a podobně, je tedy možný výrazný výskyt vedlejších účinků.

Otázka č. 13: Byla Vám nasazena enterální výživa? Pokud ano, jaká?

Tabulka č. 12 – Enterální výživa

	n_i	f_i
sipping	9	45 %
nasojejunální sondou	3	15 %
ne	8	40 %
celkem	20	100 %

Graf č. 11 – Enterální výživa



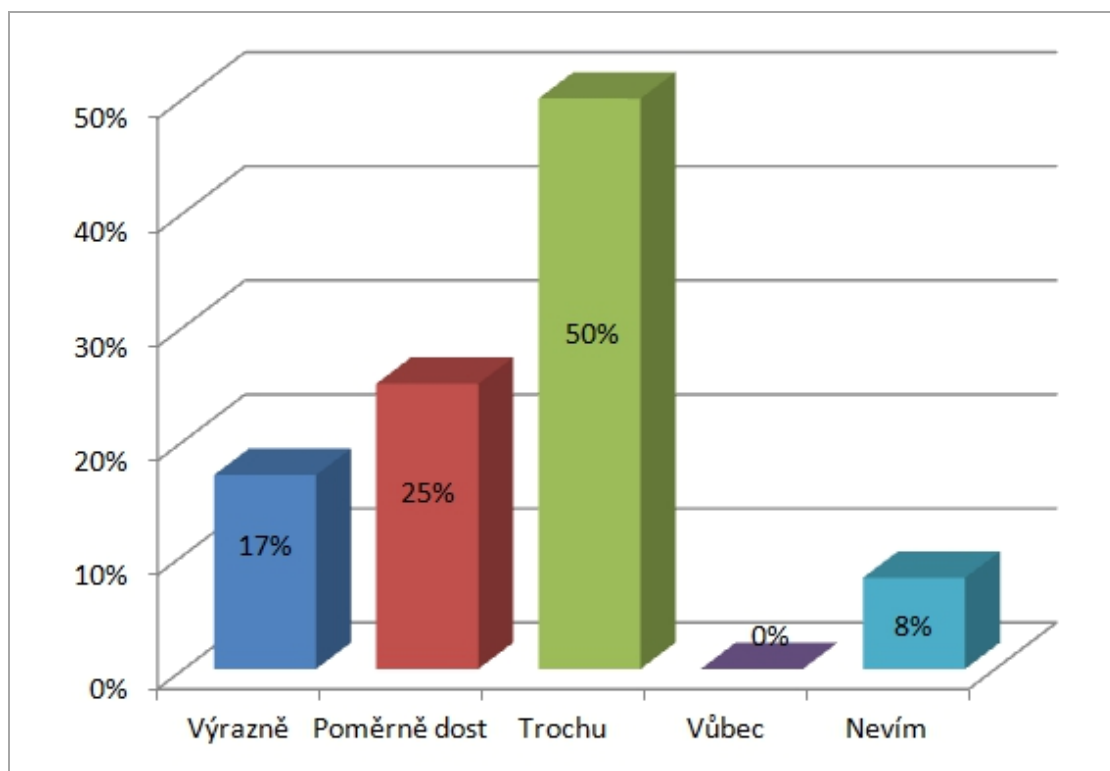
Komentář: Z hodnoceného vzorku 20 respondentů (100 %) byla nasazena enterální výživa u 12 respondentů (60 %), z toho u 9 respondentů (45 %) formou sippingu a u 3 respondentů (15 %) byla výživa aplikována nasojejunální sondou. U 8 respondentů (40 %) nebylo nutné nasazovat enterální výživu.

Otázka č. 14: Zlepšil se Váš fyzický výkon po příjmu enterální výživy?

Tabulka č. 13 – Zlepšení fyzického výkonu příjmem enterální výživy

	n_i	f_i
výrazně	2	17 %
poměrně dost	3	25 %
trochu	6	50 %
vůbec	0	0 %
nevím	1	8 %
celkem	12	100 %

Graf č. 12 – Zlepšení fyzického výkonu příjmem enterální výživy



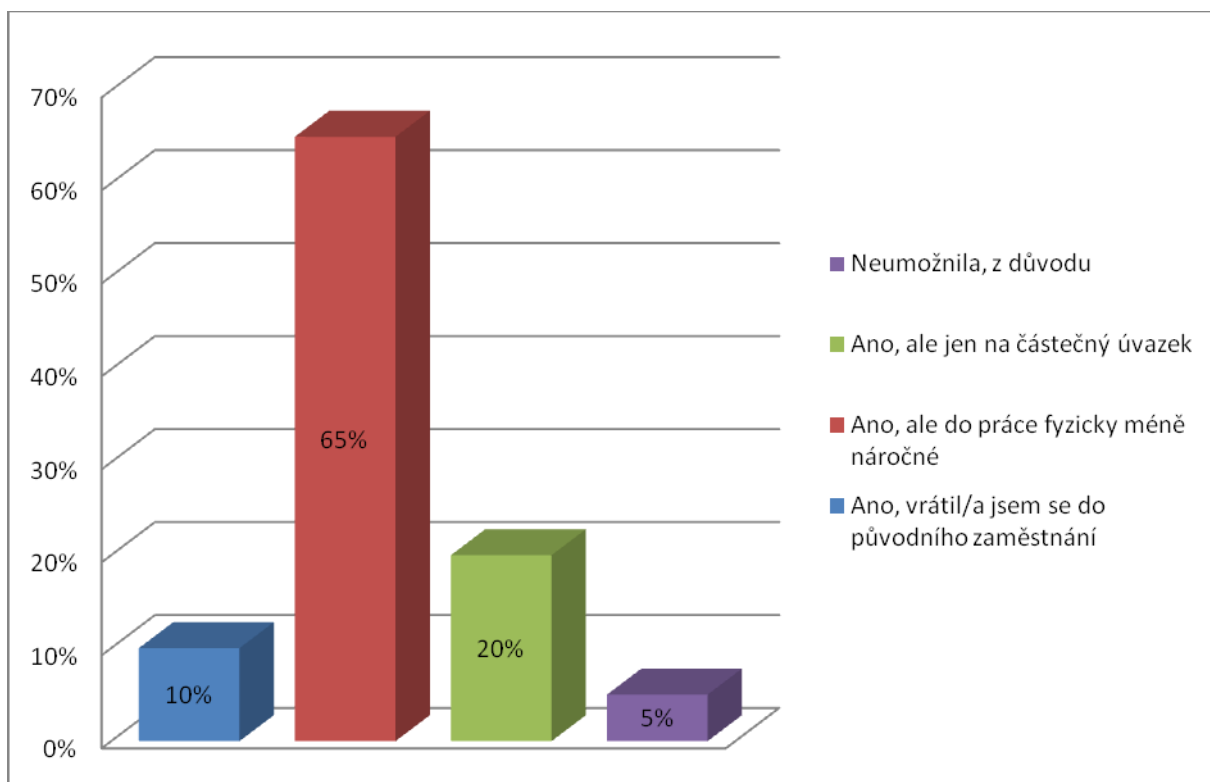
Komentář: Ze vzorku 12 respondentů (100 %), kterým byla nasazena enterální výživa, výsledky ukazují, že došlo ke zlepšení fyzického výkonu u 2 respondentů (17 %), a to výrazně. 3 respondenti (25 %) udávají, že se jejich výkon zlepšil poměrně dost, u 6 respondentů (50 %) došlo ke zlepšení fyzického výkonu trochu a 1 respondent (8 %) odpověděl, že neví, zda u něj došlo ke zlepšení fyzického výkonu. Ani jeden respondent si nevybral možnost odpovědi, že příjem enterální výživy u něj nevedl vůbec ke zlepšení fyzického výkonu. Z šetření vyplývá, že nutriční podpora je u některých pacientů významná.

Otázka č. 15: Pokud jste musel/a opustit zaměstnání, umožnila Vám správně zahájená léčba kvalitnější způsob života (návrat do zaměstnání)?

Tabulka č. 14 – Návrat do zaměstnání po zahájení léčby

	n_i	f_i
ano, vrátil/a jsem se do původního zaměstnání	2	10 %
ano, ale do práce méně fyzicky náročné	13	65 %
ano, ale jen na částečný úvazek	4	20 %
neumožnila z důvodu...	1	5 %
celkem	20	100 %

Graf č. 13 – Návrat do zaměstnání po zahájení léčby



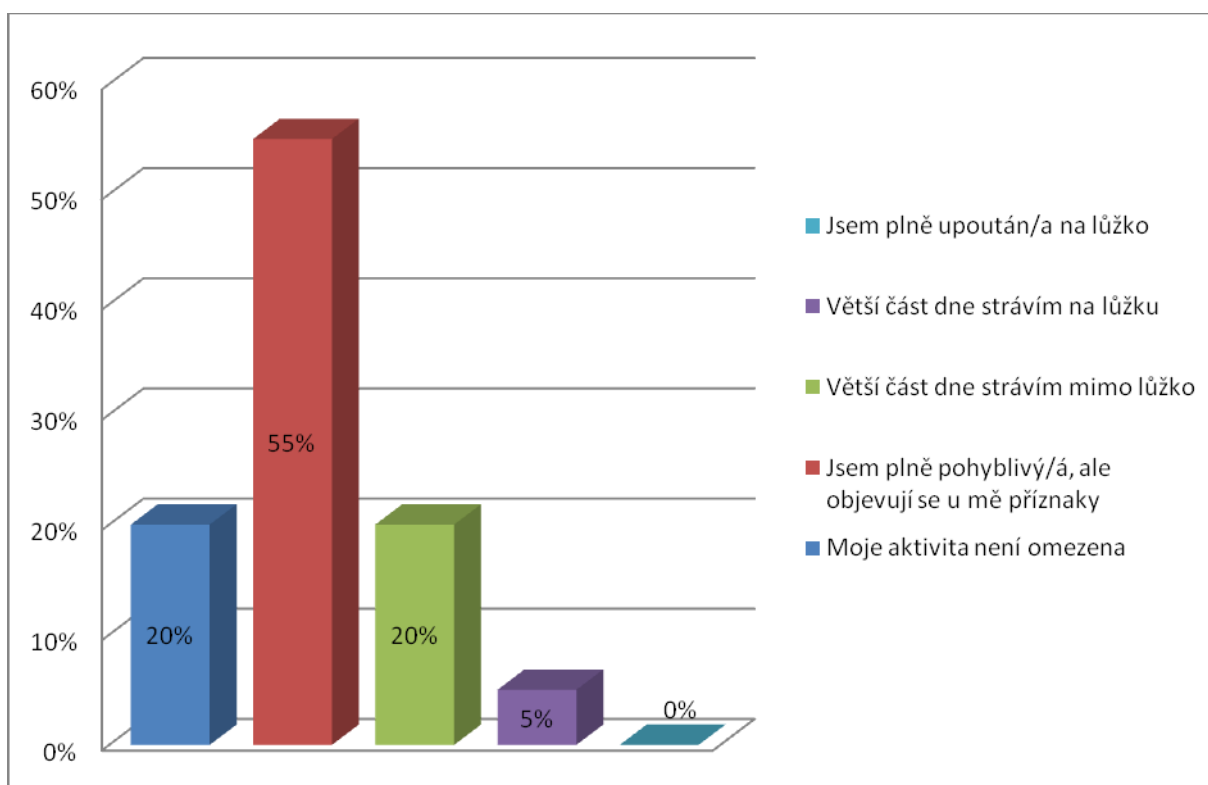
Komentář: Celý vzorek 20 respondentů (100 %) uvedl, že musel opustit své původní zaměstnání kvůli své nemoci. Po zahájení léčby se do původního zaměstnání vrátili 2 respondenti (10 %), 13 respondentů (65 %) uvedlo, že se vrátilo do zaměstnání, ale do práce fyzicky méně náročné. 4 respondenti (20 %) uvedli, že se vrátili do zaměstnání pouze na částečný úvazek a 1 respondent (5 %) uvedl, že ani po zahájení léčby nebyl schopen vrátit se do zaměstnání.

Otázka č. 16: Jak byste zhodnotil/a svůj zdravotní stav?

Tabulka č. 15 - Hodnocení zdravotního stavu

	n_i	f_i
moje aktivita není omezena	4	20 %
jsem plně pohyblivý/á, ale objevují se u mě příznaky	11	55 %
větší část dne strávím mimo lůžko	4	20 %
větší část den strávím na lůžku	1	5 %
jsem plně upoután/a na lůžko	0	0 %
celkem	20	100 %

Graf č. 14 - Hodnocení zdravotního stavu



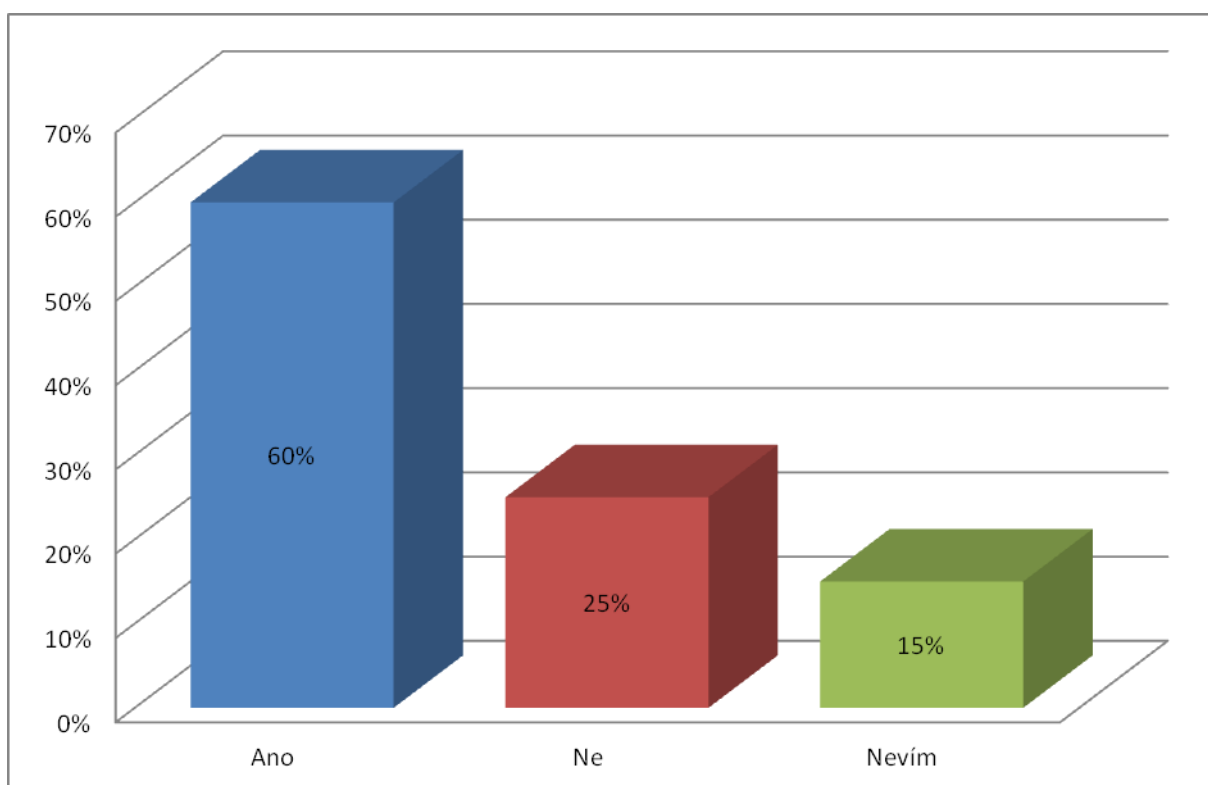
Komentář: Ze vzorku 20 respondentů (100 %) hodnotili 4 respondenti (20 %) svoji aktivitu jako neomezenou, 11 respondentů (55 %) uvedlo, že jsou plně pohybliví, ale objevují se u nich příznaky, 4 respondenti (20 %) stráví větší část dne mimo lůžko, 1 respondent (5 %) stráví větší část dne na lůžku a žádný z respondentů není plně upoután na lůžko.

Otázka č. 17: Myslíte si, že jste omezen/a ve svém společenském životě?

Tabulka č. 16 – Omezení ve společenském životě

	n_i	f_i
ano	12	60 %
ne	5	25 %
nevím	3	15 %
celkem	20	100 %

Graf č. 15 – Omezení ve společenském životě



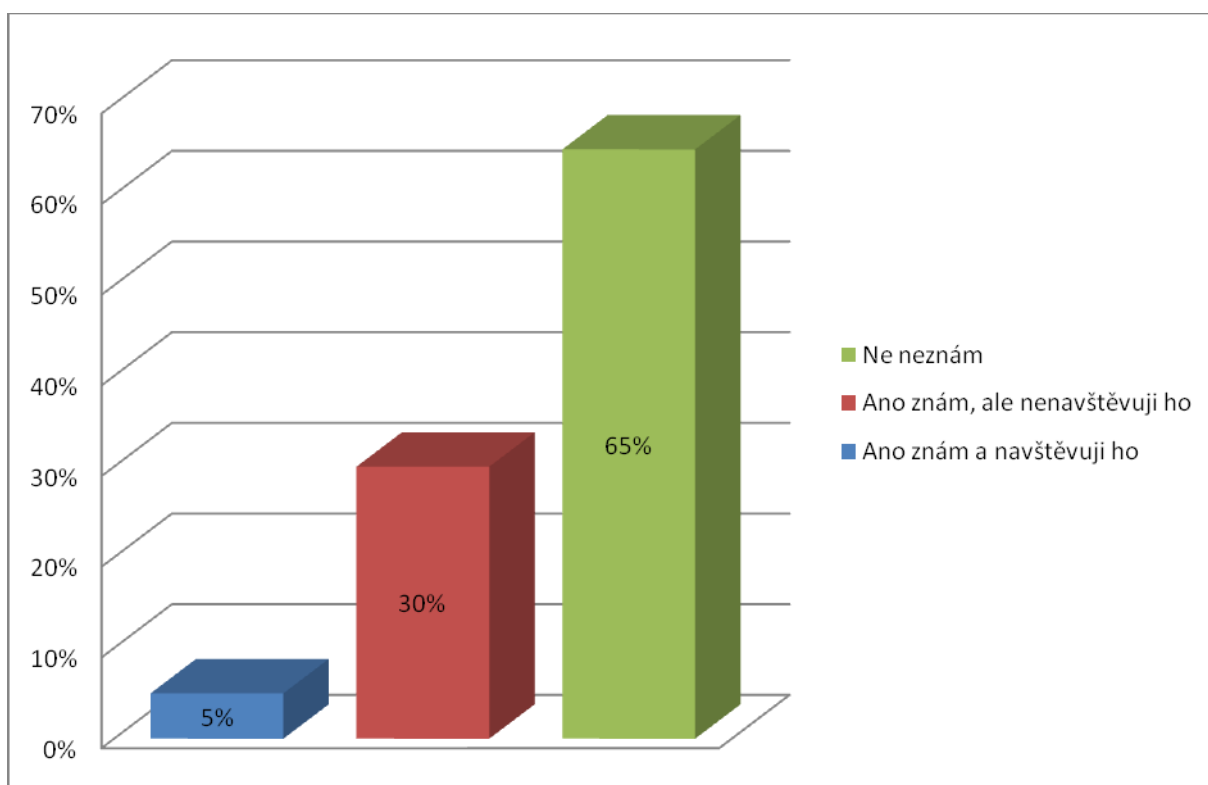
Komentář: Z celkového počtu 20 respondentů (100 %) si myslí 12 respondentů (60 %), že jsou omezeni ve společenském životě, 5 respondentů (25 %) si myslí, že nejsou omezeni ve společenském životě a 3 respondenti (15 %) neví.

Otázka č. 18: Znáte nějaké občanské sdružení, zabývající se idiopatickými střevními záněty?

Tabulka č. 17 – Občanské sdružení, zabývající se idiopatickými střevními záněty

	n_i	f_i
ano znám a navštěvuji ho	1	5 %
ano znám, ale nenavštěvuji ho	6	30 %
ne, neznám	13	65 %
celkem	20	100 %

Graf č. 16 – Občanské sdružení, zabývající se idiopatickými střevními záněty



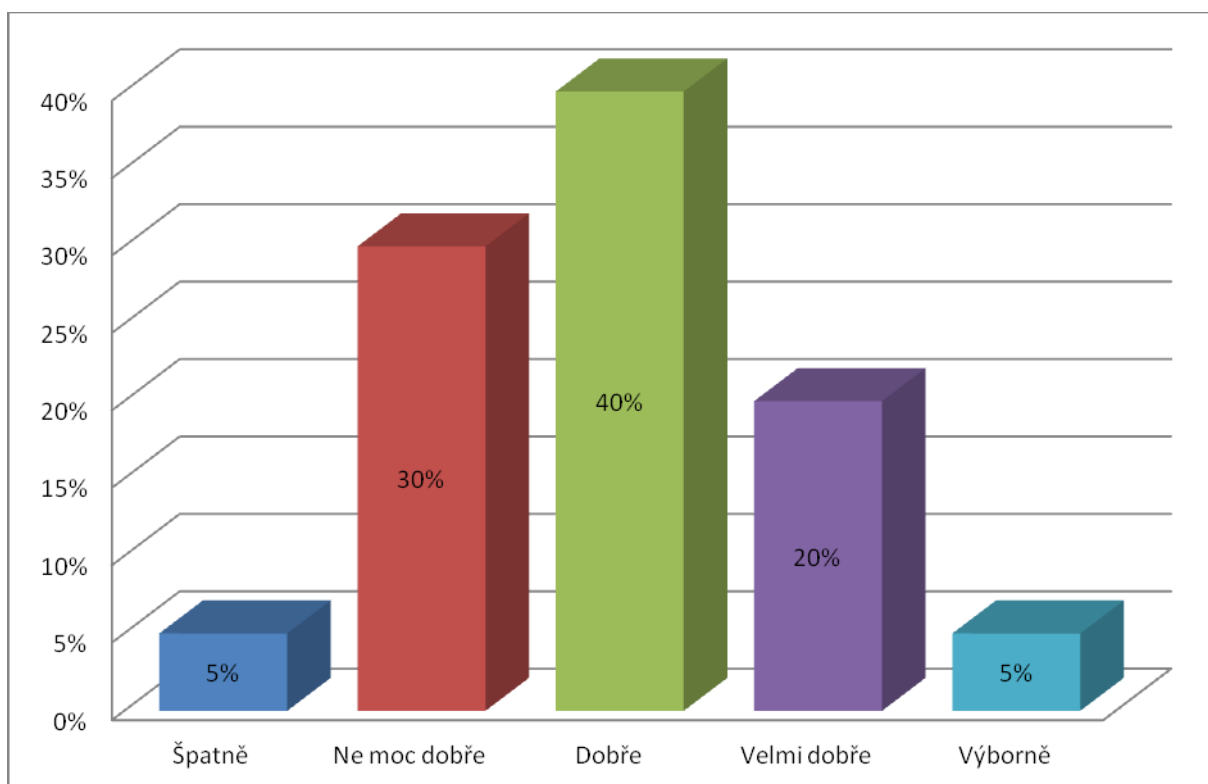
Komentář: V celkové skupině 20 respondentů (100 %) je 7 respondentů (35 %), kteří znají nějaké občanské sdružení, z tohoto vzorku je pouze jediný respondent (5 %) který sdružení navštěvuje. Ostatních 13 respondentů (65 %) nezná žádné občanské sdružení.

Otázka č. 19: Jak byste sám/a hodnotil/a kvalitu svého života po zahájení léčby s tímto onemocněním?

Tabulka č. 18 – Hodnocení kvality života po zahájení léčby

	n_i	f_i
špatně	1	5 %
ne moc dobře	6	30 %
dobře	8	40 %
velmi dobře	4	20 %
výborně	1	5 %
celkem	20	100 %

Graf č. 17 – Hodnocení kvality života po zahájení léčby



Komentář: Z celkového počtu 20 respondentů ohodnotil kvalitu svého života po zahájení léčby špatně 1 respondent (5 %), ne moc dobře 6 respondentů (30 %), dobře 8 respondentů (40 %), 4 respondenti (20 %) hodnotí kvalitu života po zahájení léčby jako velmi dobrou a 1 respondent (5 %) hodnotil kvalitu života výborně.

DISKUZE

Pro svou bakalářskou práci jsem se inspirovala na svém pracovišti, kterým je oddělení nutriční podpory, kde se s diagnózou idiopatických střevních zánětů často setkávám. Při vypracovávání dotazníků jsem kladla důraz na co největší soustředěnost respondentů při jejich vyplňování, proto jsem počet otázek zúžila na potřebné minimum. Dle mého názoru je dotazníkové šetření velmi důležité a přínosné pro komunikaci s pacientem, zlepšení péče a především edukaci pacienta, dále pak pro další zlepšení kvality života pacientů s danou diagnózou a pro dosažení kvalitnější ošetrovatelské péče.

Nejvýznamnějšími faktory pro průběh Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy jsou věk pacienta v době stanovení diagnózy, lokalizace postižení a kouření. Propuknutí onemocnění v nízkém věku je spojeno s agresivnějším průběhem jak Crohnovy nemoci, tak ulcerózní kolitidy. Průběh nemoci a s ní spojená omezení snášejí hůře především mladí pacienti. Někteří pacienti si ale mnohokrát ani neuvědomují závažnost své nemoci, potíže zlehčují, nedodržují stanovenou léčbu a nedbají rad lékaře. Zvyšují tak počet hospitalizací, průběh nemoci se u nich zhoršuje a zbytečně se prodlužuje období, kdy nemoc spěje do klidové fáze. Je ale nutné dodat, že tato onemocnění jsou ve svém průběhu nevyzpytatelná, mohou kdykoliv opětovně propuknout a zhoršit tak kvalitu života pacientů. Zaměřila jsem se proto na kvalitu života pacientů po vypuknutí nemoci.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost respondentů o své nemoci, průběhu a kvalitě života pacientů po vypuknutí nemoci a zahájení léčby. Podobná bakalářská práce na téma „Idiopatické střevní záněty“ byla již zpracována na 1. lékařské fakultě v Praze v roce 2011 Zuzanou Hodasovou. Původně jsem chtěla výsledky svého šetření porovnat právě s touto prací, ale vzhledem k rozdílným otázkám v dotazníku a nerovnoměrnému vzorku respondentů jsem tak neučinila.

Záměrem mé bakalářské práce bylo posoudit kvalitu života pacientů s idiopatickým střevním zánětem. Dotazník jsem cíleně distribuovala pacientům jak v ambulantní, tak v lůžkové péči. Do výzkumného šetření se zapojilo 20 respondentů s idiopatickými střevními záněty navštěvujících nutriční ambulanci a lůžkové oddělení

IV. interní kliniky VFN v Praze. Překvapujícím zjištěním pro mě bylo, že vzorek respondentů byl tvořen většinově zastoupenou skupinou 11 respondentů mužského pohlaví (55 %) a 9 respondentů ženského pohlaví (45 %). Průměrný věk respondentů byl 25 let, věkový rozptyl 25 – 66 let. Ze šetření vyplynulo překvapující zjištění, že nejvíce postižených respondentů s Crohnovou nemocí a ulcerózní kolitidou je ve věku 20 – 40 let. Z celkového vzorku 20 respondentů převažovala skupina 13 pacientů (65 %) s Crohnovou nemocí, 7 respondentů (35 %) uvedlo ulcerózní kolitidu.

Odpovědi na otázku č. 4 jen potvrdily zkušenosti z praxe o tom, že nejčastěji zmiňovanými potížemi, které pacientům onemocnění vyvolalo, byly: průjem, časté stolice, bolesti kloubů, otoky, vypadávání vlasů, nechutenství, pokles tělesné hmotnosti a ke všem se přidružovala slabost a únava.

Byla jsem mile překvapena, že z daného vzorku 20 respondentů (100 %) je 17 respondentů nekuřáků (85 %) a pouze 3 respondenti jsou kuřáci (15 %).

Ze šetření provedeného otázkou č. 6 dále vyplývá, že z celkového vzorku 20 respondentů (100 %) bylo u 10 respondentů (50 %) nutné řešit onemocnění chirurgicky. Ze zkoumaného vzorku 20 respondentů (100 %) uvedli 3 respondenti (15 %), že jim byla založena dočasná stomie a 1 respondent (5 %) uvedl, že má stomii trvalou. Kvalitu života se stomií, zmíněnou v otázce číslo 8, hodnotili ne moc dobře 3 respondenti (75 %) a 1 respondent (25 %) hodnotil kvalitu života se stomií špatně. Z praxe mohu sama doporučit, aby pacient zapojil do edukace péče o stomii své blízké rodinné příslušníky, aby pak měl oporu v rodině, což má velký význam hlavně na jeho psychiku. Na oddělení nutriční podpory se o edukaci pacienta a jeho rodiny snaží vyškolené sestry. Cílem je důkladně připravit pacienta a jeho rodinu na pobyt v domácím prostředí. Jedná se nejen o pacienty se stomií, ale i o pacienty na domácí parenterální výživě, enterální výživě, či s aplikací inzulínu a nízkomolekulárního heparinu a podobně.

Ze zkoumaného vzorku 20 respondentů mělo 11 respondentů (55 %) uspokojivé zkušenosti s biologickou léčbou, pouze 4 respondenti (20 %) si však myslí, že jim biologická léčba pomohla, 5 respondentů (25 %) nemělo s biologickou léčbou žádné zkušenosti.

Dílčím cílem číslo 1, bylo „zmapovat, zda pacienti byli spokojeni s informacemi, které jim byly sděleny před zahájením léčby“. Z výzkumu vyplývá, že 93 % respondentů bylo spokojeno s poskytnutými informacemi a pouze 7 % respondentů nebylo spokojeno s poskytnutými informacemi.

Dále mě zajímalo, zda pacienti při léčbě idiopatických střevních zánětů užívali kortikoidy a jaké. Z celkového počtu 20 respondentů, užívalo kortikoidy 18 respondentů (90 %). Nejvíce užívaným lékem byl Prednison a to u 10 respondentů, 8 respondentů pak užívalo Medrol. Pouze 2 respondenti (10 %) uvedli, že nemají zkušenosti s užíváním kortikoidů. Dále jsem se ptala pacientů, kteří užívali kortikoidy, zda se u nich objevily vedlejší účinky. Z celkového počtu 18 respondentů, kteří kortikoidy užívali, se vedlejší účinky objevily až u 12 respondentů. Pouze u 6 respondentů proběhla léčba bez vedlejších účinků. Tento výsledek si vysvětlujeme tím, že řada pacientů užívá kombinaci léků.

Dále mě zajímalo, zda byla pacientům nasazena enterální výživa. Z výsledků vyplývá, že enterální výživa byla nasazena 12 respondentům (60 %), z toho 9 respondentů (45 %) enterální výživu popíjelo a 3 respondentům (15 %) byla výživa podávána do nasojejunální sondy. Na tuto otázku navazuje druhý cíl mé práce, a to „zda užívání enterální výživy vedlo u respondentů ke zlepšení fyzického výkonu“. Z celkového počtu 12 respondentů (100 %), kteří enterální výživu užívali, uvedli pouze 2 respondenti (17 %), že u nich došlo k výraznému zlepšení fyzického výkonu. 3 respondenti (25 %) uvedli, že k zlepšení fyzického výkonu po užívání enterální výživy došlo poměrně dost. Většina respondentů (50 %) uvedla, že užívání enterální výživy u nich vedlo jen trochu k zlepšení fyzického výkonu. Tuto odpověď zaznamenali především respondenti, kteří užívají enterální výživu formou sippingu. 1 respondent neví, zda užívání enterální výživy vedlo ke zlepšení jeho fyzického výkonu.

Zajímavé výsledky ukázala otázka číslo 15, ve které jsem se ptala, zda respondenti museli opustit své zaměstnání z důvodu svého onemocnění a zda jim správně zahájená léčba umožnila návrat do zaměstnání. Celý vzorek respondentů odpověděl, že své zaměstnání opustit musel, a to především z důvodu fyzické náročnosti nebo nižšího pracovního výkonu. Příznivě však působí, že 2 respondenti (10 %) se po zahájení léčby mohli vrátit do svého původního zaměstnání. Nadpoloviční

většina respondentů (13) uvedla, že se vrátila do zaměstnání, ale do fyzicky méně náročného, 4 respondenti (20 %) se vrátili pouze na částečný úvazek a 1 respondent (5 %) udává, že mu léčba neumožnila návrat do zaměstnání.

Třetím cílem bylo „zjistit zda jsou respondenti s diagnózou Crohnova choroba a ulcerózní kolitida omezeni ve společenském životě“. Z výzkumu vyplývá, že 12 respondentů (60 %) si myslí, že je omezeno ve společenském životě. S tímto cílem souvisí i otázka číslo 16, která hodnotí zdravotní stav, kdy 11 respondentů (55 %) uvedlo, že jsou plně pohybliví, ale objevují se u nich příznaky. Což pravděpodobně přispívá ke společenské izolaci.

Pacientů jsem se také ptala, zda znají nějaké občanské sdružení, které se zabývá idiopatickými střevními záněty. Z celkového počtu 20 respondentů (100 %) neznalo žádné takové občanské sdružení 65 % respondentů.

Na závěr jsem pacientům položila otázku, aby oni sami zhodnotili kvalitu svého života po zahájení léčby. Nadpoloviční většina respondentů (13) ohodnotila kvalitu svého života jako dobrou až výbornou.

Poslední otázkou jsem dala pacientům možnost, mi sdělit cokoliv, co je ještě napadá. Tuto otázku nevyužil ani jeden respondent.

ZÁVĚR

Idiopatické střevní záněty, tedy Crohnova choroba a ulcerózní kolitida jsou chronická, imunitně zprostředkovaná, zánětlivá střevní onemocnění, u kterých zatím nejsou objasněny příčiny jejich vzniku, a také patogeneze je prozkoumána pouze částečně. U obou onemocnění je typické střídání období remisí s obdobími vysoké zánětlivé aktivity s klinickými obtížemi. U mnoha pacientů s idiopatickými střevními záněty se příznaky onemocnění objevují i řadu let před stanovením diagnózy.

Pacienti procházejí důsledkem chronického onemocnění a jeho léčby výraznou změnou životního stylu. Pokud pacient najde způsob, jak se s nemocí naučit žít a zvykne si na určitá omezení, udělá velký pokrok v boji se svým onemocněním. Myslím si, že psychika pacienta je velmi důležitá a nemoc, pokud to ovšem zdravotní stav dovolí, se lépe snáší v domácím prostředí.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo posoudit kvalitu života pacientů s idiopatickými střevními záněty. Nástrojem výzkumu byl dotazník, který vyplňovali pacienti IV. interní kliniky, a to jak z ambulantní části, tak z části lůžkové.

Dílčím cílem práce číslo 1. bylo „zjistit, zda pacienti byli spokojeni s informacemi, které jim byly sděleny před zahájením léčby“ a tento cíl byl splněn. Na něj navazuje hypotéza H1: Domnívám se, že nadpoloviční většina respondentů má pocit, že jsou dostatečně informováni o své nemoci, průběhu a léčbě. Hypotéza byla potvrzena. Velmi mile mě překvapilo vyhodnocení otázky č. 10, že 93 % respondentů bylo spokojeno s informacemi, které jim byly sděleny před zahájením léčby. Tyto informace získávají pacienti od lékaře, sestry, z internetu a dostupné literatury.

Dalším dílčím cílem bylo „zmapovat, zda užívání enterální výživy vedlo u respondentů ke zlepšení fyzického výkonu“. Vyhodnocovalo se z odpovědí respondentů na otázky č. 13 a 14. Tento cíl byl rovněž splněn. Pacienti, kteří užívají enterální výživu, využívají nejčastěji formu sippingu (40 % respondentů), např. nutridrink, resource. Bylo zjištěno, že pacienti po užití enterální výživy zaznamenali při své dietě lepší fyzický výkon (92 % respondentů). Na tento cíl navazuje hypotéza H2: Domnívám se, že u nadpoloviční většiny respondentů došlo ke změně povolání z důvodu fyzické indispozice. Tato hypotéza byla rovněž potvrzena výzkumným

šetřením. Až 85 % respondentů si muselo najít zaměstnání méně fyzicky náročné, nebo jen na částečný úvazek. Nejčastějším nepříznivým faktorem je také stres, který sehrává velkou roli při změně zaměstnání. Dobré rodinné zázemí má velký vliv na celkový stav nemocného, a proto se do všech aktivit snažíme při edukaci zapojit i členy rodiny.

Třetím dílčím cílem práce bylo „zjistit, zda jsou respondenti s diagnózou Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy omezeni ve společenském životě“. Tento cíl byl splněn. Na něj se váže hypotéza H3: Předpokládám, že nadpoloviční většina respondentů s idiopatickým střevním zánětem má zhoršenou kvalitu života. Hypotéza byla analýzou dat vyvrácena. Pravděpodobně včasná a správná léčba má vliv na kvalitu života, pouze 35 % respondentů ohodnotilo kvalitu života ne moc dobře či špatně.

Poslední hypotéza H4: Domnívám se, že nadpoloviční většina respondentů již slyšela o občanském sdružení zaměřeném na tuto problematiku. Hypotéza byla analýzou výsledků vyvrácena. Zarážejícím zjištěním pro mě bylo, že v celkové skupině 20 respondentů (100 %) je totiž pouze jediný respondent (5 %), který zná občanské sdružení a navštěvuje ho, 6 respondentů (30 %) zná občanské sdružení, ale nenavštěvuje ho. Ostatních 13 respondentů (65 %) nezná žádné občanské sdružení. Pro rozšíření povědomí o organizacích, zabývajících se idiopatickými střevními záněty, by bylo vhodné informovat pacienty například formou letáčku v čekárnách praktických lékařů a zdravotnických zařízení. Ke zlepšení především psychického stavu pacienta mohou také napomoci internetové stránky těchto organizací. Pacienti se zde dozvědí o své diagnóze, vývoji onemocnění, možnostech léčby, chirurgických řešeních a postupech při zdolávání problémů, spojených s jejich onemocněním. Pozitivním zjištěním v mé praxi bylo, že pokud nemocní mohli hovořit s lidmi ve svém okolí se stejnou diagnózou, snášeli průběh léčby lépe. Komunikace je opravdu velmi důležitá pro psychiku pacienta.

Výzkumným šetřením bylo potvrzeno, že idiopatické střevní záněty jsou závažným onemocněním, v klidové fázi je kvalita života u respondentů poměrně únosná, někdy i srovnatelná s kvalitou života zdravého jedince. Po vypuknutí onemocnění je při zahájení léčby na pacienta kladena velká zátěž, léčba vyžaduje jeho spolupráci a nese s sebou četná omezení.

Doporučení pro praxi:

Výsledky výzkumných šetření budou v případě zájmu poskytnuty Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, a mohou tak sloužit ke zlepšení ošetrovatelské péče.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

5-ASA - Kyselina 5-aminosalicylová
aj. – A jiné
apod. – A podobně
ASCA - Protilátka proti *Saccharomyces cerevisiae*
ASTIC - Autologous Stem cells Transplantation In Crohn's disease
(Transplantace kmenových buněk u Crohnovy choroby)
AZA - Azathioprin
CN - Crohnova nemoc
CT - Počítačová tomografie
ČR - Česká republika
EORTC - European Organization for Research and Treatment of Cancer
ERCP - Endoskopická retrogradní cholangiopankreatografie
EU - Evropská unie
EV - Enterální výživa
f – relativní četnost
GIT - Gastrointestinální trakt
HRQOL - Health Related Quality of Life
IBD - Inflammatory bowel disease (Idiopatický střevní zánět)
IBDQ - Inflammatory bowel disease questionnaire
JIP – Jednotka intenzivní péče
MCT - Medium Chain Triglycerides (Mastné kyseliny se střední délkou řetězce)
MK – Mastné kyseliny
MMX - Multi-matrix-systém
MR - Magnetická rezonance
MTX – Metotrexát
n - Absolutní četnost
N - Celková četnost
NSAID - Non-steroidal anti-inflammatory drug (Nesteroidní antirevmatika)
PANAS - Positive and Negative Affect Schedule
pANCA - Perinukleární protilátka proti cytoplazmě neutrofilů
PEG - Perkutánní endoskopické gastrostomie
PEJ - Perkutánní endoskopické jejunostomie
PGWS - Psychological General Well-Being Scale
PICC - Periferně zavedený centrální katetr
PV - Parenterální výživa
QOL – kvalita života
RFIPC - Rating Form of IBD Patient Concerns

SF 36 – Short Form 36

SKVIMP - Společnosti pro klinickou výživu a intenzivní metabolickou péči

SWLS - Satisfaction With Life Scale (Škála spokojenosti se životem)

TBC - Tuberkulóza

Tbl. – Tableta

tj. – To je

TNF- α - Tumor nekrotizující faktor alfa

TPMT - Thipurinmethyltransferáza

UC - Ulcerózní kolitida

WHO - World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

WHOQOLBref – Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace

POUŽITÁ LITERATURA

1. SVOBODOVÁ. *Soudobá sociologie II - kvalita života*. Dostupné z: http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.doc
2. MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006, 228 s. ISBN 80-866-3365-9.
3. NOVÝ, Ivan a Alois SURYNEK. *Sociologie pro ekonomy a manažery*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2006, 288 s. Manažer. ISBN 80-247-1705-0.
4. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, s. 208-213. ISBN 8072546570.
5. SLOVÁČEK, Ladislav, Brigita SLOVÁČKOVÁ, Ladislav JEBAVÝ, Martin BLAŽEK a Jaroslav KAČEROVSKÝ. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy* [online]. 2004, roč. 73, č. 1 [cit. 2013-11-20]. Dostupné z: http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vzl1_2.%20Slovacek.pdf
6. GABALEC, Libor. Kvalita života u Crohnovy nemoci. *Folia Gastroenterol Hepatol* [online]. 2007, roč. 5, č. 2, s. 16-29 [cit. 2013-11-20]. Dostupné z: <http://www.pro-folia.org/files/1/2007/2/gabalec.pdf>
7. *Crohn.cz: Web pro pacienty s nespecifickými střevními záněty provozovaný Občanským sdružením Pacienti IBD* [online]. [cit. 2013-11-20]. Dostupné z: www.crohn.cz
8. *Život bez střeva* [online]. [cit. 2013-11-20]. Dostupné z: www.zivotbezstreva.cz
9. *České ILCO: Dobrovolné sdružení stomiků* [online]. [cit. 2013-11-20]. Dostupné z: www.ilco.cz
10. LUKÁŠ, Milan. Možnosti medikamentózní léčby u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy. *Interní medicína pro praxi*. 2011, roč. 13, č. 11, s. 422-426. Dostupné z: http://www.internimedicina.cz/artkey/int-201111-0002_Moznosti_medikamentozni_lecby_u_Crohnovy_nemoci_a_ulcerozni_kolitidy.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DMo%BEnosti%20medikament%F3zn%ED%20IE9%E8by%20u%20Crohnovy%20nemoci%20a%20ulcer%F3zn%ED%20kolitidy%26sfrom%3D0%26spage%3D30
11. EHRMANN, Jiří a Michal KONEČNÝ. Léčba střevních zánětů. *Praktické lékařství*. 2012, roč. 8, č. 4, s. 156-160. Dostupné z: http://www.praktickelekarenstvi.cz/artkey/lek-201204-0002_Lecba_strevnich_zanetu.php
12. GABALEC, Libor. Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. *Interní medicína pro praxi*. 2009, roč. 11, č. 1, s. 16-20. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/01/03.pdf>
13. VILELA, Eduardo Garcia. Evaluation of inflammatory activity in Crohn's disease and ulcerative colitis. *World Journal of Gastroenterology*. 2012, roč. 18, č. 9, s. 872-. ISSN 1007-9327. DOI: 10.3748/wjg.v18.i9.872. Dostupné z: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v18/i9/872.htm>
14. GABALEC, Libor. Ulcerózní kolitida – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. *Interní medicína pro praxi*. 2009, roč. 11, č. 6, s. 276–281. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/06/06.pdf>

15. LUKÁŠ, Milan a Martin BORTLÍK. Etiologie a patogeneze ulcerózní kolitidy. Stále více otázek než jasných odpovědí. *Gastroent Hepatol.* 2011, roč. 65, č. 2, s. 56-64. Dostupné z: http://www.csgh.info/dwnld/gh_2011_2_56_64.pdf
16. RENDI, Mara. Crohn Disease Pathology: Overview. *Medscape* [online]. 2011 [cit. 2013-02-23]. Dostupné z: <http://emedicine.medscape.com/article/1986158-overview>
17. DOUDA, Tomáš. Kapslová endoskopie u IBD. *Endoskopie.* 2010, roč. 19, č. 3 a 4, 117–120. Dostupné z: <http://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2010/03/07.pdf>
18. HANAUER, Stephen B. Inflammatory bowel disease: Epidemiology, pathogenesis, and therapeutic opportunities. *Inflammatory Bowel Diseases* [online]. 2006, roč. 12, č. 5, S3-S9 [cit. 2013-02-23]. ISSN 1078-0998. DOI: 10.1097/01.MIB.0000195385.19268.68. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>
19. YAMAMOTO, T., M. NAKAHIGASHI a A.R. SANIABADI. Diet and Inflammatory Bowel Disease - Epidemiology a Treatment. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009, roč. 30, č. 2, s. 99-112. Dostupné z: <http://www.medscape.com/viewarticle/707278>
20. PRACOVNÍ SKUPINA PRO NESPECIFICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida.* Praha, 2010.
21. LUKÁŠ, Milan. Postavení koloskopie u idiopatických střevních zánětů. *Endoskopie.* 2010, roč. 19, č. 3 a 4, 105–111. Dostupné z: <http://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2010/03/05.pdf>
22. LUKÁŠ, Karel. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST JANA EVANGELISTY PURKYNĚ. *Doporučené postupy pro praktické lékaře: Crohnova choroba.* 2002. Reg. č. o/012/283. Dostupné z: <http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CGUQFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww.cls.cz%2Fdokumenty%2Fpostupy%2Ft283.rtf&ei=yQNrUbyvF8XEsgaD04C4Cg&usg=AFQjCNGQZIPSrX7-yfQ7KqtfyJQycYuv-Q&sig2=XWVav-VFu52uyL5ii3Agyw&bvm=bv.45175338,d.Yms>
23. Nespecifické střevní záněty. *Česká gastroenterologická společnost: Informace pro pacienty* [online]. [cit. 2013-05-04]. Dostupné z: <http://verejnost.cgs-cls.cz/informace-pro-pacienty/strevni-zanety/#jedna>
24. ZÁDOROVÁ, Zdena. Léčba extraintestinálních manifestací idiopatických střevních zánětů. *Interní medicína pro praxi.* 2012, roč. 14, č. 1, 8–11. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/01/02.pdf>
25. Koloskopické vyšetření. In: *Wikiskripta* [online]. 2011 [cit. 2013-05-04]. Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Koloskopick%C3%A9_vy%C5%A1et%C5%99en%C3%AD
26. BENEŠ, Zdeněk. Význam kolonoskopie pro současnou praxi. *Medicína pro praxi.* 2005, roč. 2, č. 3, 125–127. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2005/03/10.pdf>
27. Crohnova choroba. In: *Wikiskripta* [online]. 2013 [cit. 2013-05-04]. Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Crohnova_choroba
28. Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie. In: *Wikiskripta* [online]. 2013 [cit. 2013-05-04]. Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Endoskopick%C3%A1_retrogr%C3%A1dn%C3%AD_cholangiopankreatikografie

29. BENEŠ, Marek. Novinky v terapii a diagnostice IBD. *Medical Tribune* [online]. 2007 [cit. 2013-05-05]. Dostupné z: <http://www.ikem.cz/www?docid=1005434>
30. Špičák, Julius et al. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii* [online]. 1. vyd. Praha: Grada, 2008 [cit. 2013-05-05]. ISBN 80-247-1783-2. Dostupné z: <http://books.google.cz/books?id=KTOplLQkN94C&pg=PA253&lpg=PA253&dq=fek%C3%A1ln%C3%AD+kalprotektin&source=bl&ots=KIHesNSJOE&sig=o9o6Dmraac-gdIZSXZ6fxaoUYyg&hl=cs&sa=X&ei=0gmFUeXoF470sgboyoCgAw&ved=0CG8Q6AEwCQ#v=onepage&q=fek%C3%A1ln%C3%AD%20kalprotektin&f=false>
31. BARTUŠEK, Daniel. Vyšetření trávicí trubice - možnosti radiologie. *Postgraduální medicína* [online]. 2006, č. 1 [cit. 2013-05-05]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/vysetreni-travici-trubice-moznosti-radiologie-170728>
32. *Crohn's disease*. 1999. Dostupné z: <http://www.lfhk.cuni.cz/kcvl/stranky/X-RAY/RTG-%20Crohn1.html>
33. Skiaskopické vyšetření trávicí trubice. *Nemocnice Na Homolce* [online]. 2013 [cit. 2013-05-05]. Dostupné z: <http://www.homolka.cz/cs-CZ/oddeleni/radiodiagnosticke-oddeleni-rdg/nase-sluzby/skiaskopie.html>
34. Radiodiagnostické vyšetření tenkého střeva. In: *Wikiskripta* [online]. 2013 [cit. 2013-05-04]. Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Radiodiagnostick%C3%A9_vy%C5%A1et%C5%99en%C3%AD_tenk%C3%A9ho_st%C5%99eva
35. SEIDL, Zdeněk. *Radiologie pro studium i praxi* [online]. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 368 s., iv s. obr. příl. [cit. 2013-05-05]. ISBN 978-80-247-4108-6. Dostupné z: <http://books.google.cz/books?id=4Ms7RTOEgSkC&pg=PA161&lpg=PA161&dq=ct+enterografie&source=bl&ots=5vKYIGzvGd&sig=oBokqwvc9Tz3TelZYkfN-LGFsNE&hl=cs&sa=X&ei=qjGFUeO8CcWLTAbA2oDgAQ&ved=0CFcQ6AEwCTgo#v=onepage&q=ct%20enterografie&f=false>
36. LUKÁŠ, Milan. Mezinárodní konsenzus ke sledování aktivity nemoci u pacientů s Crohnovou chorobou. *Gastroent Hepatol*. 2012, roč. 66, č. 2, s. 136-141. Dostupné z: http://www.csgh.info/dwnld/gh_2012_2_136_141.pdf
37. VINKLEROVÁ, Ilona a Karel URBÁNEK. Akutní pankreatitida jako nežádoucí účinek farmakoterapie idiopatických střevních zánětů. *Med. praxi*. 2011, roč. 8, č. 4, s. 168-171. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/04/05.pdf>
38. BORTLÍK, Martin. Probiotika v gastroenterologii. *Remedia*. 2009, roč. 19, č. 1, s. 47-51.
39. LUKÁŠ, Milan. Escherichia coli (Escherichia coli kmen Nissle 1917, sérotyp O6:K5:H1) jako probiotikum v klinické praxi. *Remedia*. 2003, roč. 13, č. 4, s. 283-286.
40. TEGZOVÁ, Dana, Jiří VENCOSKÝ, Jaroslav HRBA, Ctibor DOSTÁL a Tomáš ZITKO. Nežádoucí účinky léků používaných v revmatologii a základní principy sledování jejich bezpečnosti - II. biologické léky, kortikosteroidy, antiporotika. *Klin Farmakol Farm*. 2004, č. 18, s. 30-37. Dostupné z: <http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2004/01/07.pdf>
41. LUKÁŠ, Milan a Martin BORTLÍK. Éra biologické terapie: Jaké změny přinesla biologika v léčbě pacientů s idiopatickými střevními záněty v posledních deseti letech?. *Remedia*. 2009, roč. 19, č. 5, s. 322-323.

42. LUKÁŠ, Milan. Biologická terapie idiopatických střevních zánětů. *Remedia*. 2007, roč. 17, č. 4, s. 348-355.
43. VENCOVSKÝ, Jiří. Certolizumab pegol v léčbě revmatoidní artritidy. *Remedia*. 2009, roč. 19, č. 4, s. 308-311.
44. REENAERS, C., E. LOUIS a J. BELAICHE. Review: Current directions of biologic therapies in inflammatory bowel disease. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. 2010-03-15, vol. 3, issue 2, s. 99-106. DOI: 10.1177/1756283X09356872. Dostupné z: <http://tag.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1756283X09356872>
45. Ulcerózní kolitida. In: *Wikiskripta* [online]. 2013 [cit. 2013-05-05]. Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Ulcer%C3%B3zn%C3%AD_kolitida
46. KONEČNÝ, Michal a Jiří EHRMANN. Nespecifické střevní záněty. *Postgraduální medicína* [online]. 2003, č. 3 [cit. 2013-05-05]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/nespecificke-strevni-zanety-153067>
47. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PACIENTI IBD. *crohn.cz* [online]. 2013 [cit. 2013-04-02]. Dostupné z: www.crohn.cz
48. ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie* [online]. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 200 s. [cit. 2013-05-05]. ISBN 978-802-4732-565. Dostupné z: http://books.google.cz/books?id=-p0m34pWeFgC&pg=PA13&lpg=PA13&dq=kontinentn%C3%AD+ileostomie&source=bl&ots=fLcJhQKwtk&sig=k71plmsuwDUB2753wV2axPEWvxY&hl=cs&sa=X&ei=sFqBUdqRGc_QsgblnYDgBQ&ved=0CGsQ6AEwCQ#v=onepage&q=kontinentn%C3%AD%20ileostomie&f=false
49. Foto - péče o stomii. Dostupné z: <http://img.mf.cz/298/725/61.jpg>
50. MEISNEROVÁ, Eva. Nutriční podpora u střevních zánětů. *Interní Med* [online]. 2011, roč. 13, č. 1, s. 35-37 [cit. 2013-05-05]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/01/09.pdf>
51. ŠACHLOVÁ, Milana. Jakou volit stravu u pacientů s Crohnovou chorobou?. *Interní Med* [online]. 2011, roč. 13, č. 10, s. 403-405 [cit. 2013-05-05]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/10/10.pdf>
52. KOHOUT, Pavel. Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty. In: *Postgraduální medicína* [online]. 2011 [cit. 2013-05-05]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/vyziva-u-pacientu-s-idiopatickymi-strevnimi-zanety-457915>
53. SVAČINA, Štěpán. *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén, 2010, s. 369-388. ISBN 978-80-7262-676-2.
54. *Lékárna.cz* [online]. 2013 [cit. 2013-05-05]. Dostupné z: <http://www.lekarna.cz/leky-volne-prodejne-doplnekova-vyziva/>
55. KOTRLÍKOVÁ, Eva a Jaromír KŘEMEN. Domácí parenterální výživa. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2008, roč. 10, č. 2, s. 76-79 [cit. 2013-11-02]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/02/08.pdf>
56. OLIVERIUS, Martin. Transplantace tenkého střeva. In: *IKEM* [online]. [cit. 2013-11-02]. Dostupné z: <http://www.ikem.cz/www?docid=1005459>

57. JOLY, F. a Y. PANIS. Indications and results of small bowel transplantation in adults. *Bull Acad Natl Med.* [online]. 2012, roč. 196, č. 2, s. 393-404 [cit. 2013-11-02]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23420959>
58. IKEM: Vrcholí přípravy na první transplantaci tenkého střeva. In: *Zdravotnické noviny* [online]. 2009 [cit. 2013-11-02]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/ikem-vrcholi-pripravy-na-prvni-transplantaci-tenkeho-streva-v-cr-448752?category=z-domova>
59. LUKÁŠ, Milan a Jan ČINČURA. Nová metoda terapie Crohnovy nemoci i v Praze. In: *Medical Tribune* [online]. 2007 [cit. 2013-11-02]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/10882>
60. DITSCHKOWSKI, Markus, Hermann EINSELE, Rainer SCHWERDTFEGGER, Donald BUNJES, Rudolf TRENSCHEL, Dietrich W. BEELEN a Ahmet H. ELMAAGACLI. Improvement of inflammatory bowel disease after allogeneic stem-cell transplantation. *Transplantation* [online]. 2003, vol. 75, issue 10, s. 1745-1747 [cit. 2013-11-02]. DOI: 10.1097/01.TP.0000062540.29757.E9. Dostupné z: <http://studies.fhcrc.org/cats/Ditschkowski-TRANSPLANTATION2003.pdf>

SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Tabulky:

Tab. 1: Rozdíly mezi Vídeňskou a Montrealskou klasifikací CN	21
Tab. 2: Extraintestinální manifestace IBD	24
Tab. 3: Nežádoucí projevy chronické kortikoidní léčby	37
Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů	62
Tabulka č. 2- Věk respondentů	63
Tabulka č. 3 – Diagnóza respondentů	64
Tabulka č. 4 – Kouření	66
Tabulka č. 5 – Chirurgické řešení	67
Tabulka č. 6 – Druh stomie	68
Tabulka č. 7 – Hodnocení kvality života se stomií	69
Tabulka č. 8 – Zkušenosti s biologickou léčbou	70
Tabulka č. 9 – Informovanost respondentů	71
Tabulka č. 10 – Užívání kortikoidů	72
Tabulka č. 11 – Vedlejší účinky kortikoidů	73
Tabulka č. 12 – Enterální výživa	74
Tabulka č. 13 – Zlepšení fyzického výkonu příjmem enterální výživy	75
Tabulka č. 14 – Návrat do zaměstnání po zahájení léčby	77
Tabulka č. 15 - Hodnocení zdravotního stavu	79
Tabulka č. 16 – Omezení ve společenském životě	81
Tabulka č. 17 – Občanské sdružení, zabývající se idiopatickými střevními záněty	82
Tabulka č. 18 – Hodnocení kvality života po zahájení léčby	83

Grafy:

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů	.....	62
Graf č. 2 – Diagnóza respondentů	.....	64
Graf č. 3 – Kouření	.....	66
Graf č. 4 – Chirurgické řešení	.....	67
Graf č. 5 – Druh stomie	.....	68
Graf č. 6 – Hodnocení kvality života se stomií	.....	69
Graf č. 7 – Zkušenosti s biologickou léčbou	.....	70
Graf č. 8 – Informovanost respondentů	.....	71
Graf č. 9 – Užívání kortikoidů	.....	72
Graf č. 10 – Vedlejší účinky kortikoidů	.....	73
Graf č. 11 – Enterální výživa	.....	74
Graf č. 12 – Zlepšení fyzického výkonu příjmem enterální výživy	.....	75
Graf č. 13 – Návrat do zaměstnání po zahájení léčby	.....	77
Graf č. 14 - Hodnocení zdravotního stavu	.....	79
Graf č. 15 – Omezení ve společenském životě	.....	81
Graf č. 16 – Občanské sdružení, zabývající se idiopatickými střevními záněty	.....	82
Graf č. 17 – Hodnocení kvality života po zahájení léčby	.....	83

Obrázky:

Obr. 1: Postižení terminálního ilea u Crohnovy choroby - koloskopie	.....	26
Obr. 2: Stenóza terminálního ilea a přilehlé části céka - enteroklýza	.....	29
Obr. 3: Střevní obstrukce napravená pomocí strikturoplastiky	.....	46
Obr. 4: Péče o stomii	.....	48
Obr. 5: Přípravky pro sipping	.....	52

Příloha A - Dotazník – kvalita života pacientů s idiopatickým střevním zánětem (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida)

Vážený pane, vážená paní.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku.

V současné době dokončuji 3. ročník bakalářského studia oboru ošetřovatelství na 1. lékařské fakultě UK v Praze a vybrala jsem si toto téma pro svoji závěrečnou bakalářskou práci.

Dotazník je zcela anonymní a jeho vyplnění je dobrovolné. Veškeré údaje, které vyplníte, budou použity pouze pro účely osobního výzkumného projektu.

Předem děkuji za Váš čas a upřímnost, kterou budete dotazníku věnovat a přeji Vám mnoho úspěchu v osobním i profesním životě.

Vámi vybranou odpověď označte křížkem, u některých otázek je možné označit více odpovědí či dopsat odpověď.

Po vyplnění vraťte prosím dotazník sestře v ambulanci. Děkuji.

S pozdravem

Marečáková Andrea

VFN Praha, IV. interna – JNP

1. Pohlaví:

- a) Žena
- b) Muž

2. Věk:..... let

3. Jaká je Vaše diagnóza?

.....
.

4. Jaké potíže Vám onemocnění vyvolalo?

.....

5. Jste kuřák/čka?

- a) Ano
- b) Ne

6. Bylo nutné ve Vašem případě onemocnění řešit chirurgicky?

- a) Ano
- b) Ne

7. Máte stomii?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, jakou: a) dočasnou
 b) trvalou

8. Jak byste hodnotil/a kvalitu života se stomií?

- a) Špatně
- b) Ne moc dobře
- c) Dobře
- d) Velmi dobře
- e) Výborně

9. Máte zkušenosti s biologickou léčbou?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, jaké: a) špatné
 b) uspokojivé
 c) myslím, že mi nepomohla

10. Byl/a jste spokojen/a s informacemi, které Vám byly sděleny před zahájením léčby?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ne, jaké informace jste ve výkladu
postrádal/a.....

11. Užíval/a jste kortikoidy?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, jaké:.....

12. Objevily se u Vás po užívání kortikoidů vedlejší účinky?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, jaké:

13. Byla Vám nasazena enterální výživa?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, jakým způsobem: a) sipping (pitíčka – nutridrink, resource...)
b) nasajejunální sondou

14. Zlepšil se Váš fyzický výkon po příjmu enterální výživy?

- a) Výrazně
- b) Poměrně dost
- c) Trochu
- d) Vůbec
- e) Nevím

15. Pokud jste musel/a opustit zaměstnání, umožnila Vám správně zahájená léčba kvalitnější způsob života? (návrat do zaměstnání)

- a) Ano, vrátil/a jsem se do původního zaměstnání
- b) Ano, ale do zaměstnání fyzicky méně náročného
- c) Ano, ale jen na částečný úvazek
- d) Neumožnila, z důvodu.....

16. Jak byste zhodnotil/a svůj zdravotní stav?

- a) Moje aktivita není omezena
- b) Jsem plně pohyblivý/á, ale objevují se u mě příznaky
- c) Větší část dne strávím mimo lůžko
- d) Větší část dne strávím na lůžku
- e) Jsem plně upoután/a na lůžko

17. Myslíte si, že jste omezen/a ve svém společenském životě?

- a) Ano a jak.....
- b) Ne
- c) Nevím

18. Znáte nějaké občanské sdružení zabývající se idiopatickým střevním onemocněním (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida), sdružení stomiků apod.?

- a) Ano znám a navštěvuji ho
- b) Ano znám, ale nenavštěvuji ho
- c) Ne znám

Pokud jste odpověděli, že ano, napište prosím jaké.....

19. Jak byste sám/a hodnotil/a kvalitu svého života po zahájení léčby svého onemocnění?

- a) Špatně
- b) Ne moc dobře
- c) Dobře
- d) Velmi dobře
- e) Výborně

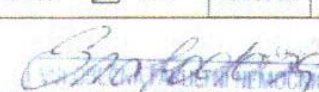
20. Pokud je něco, co mi ještě chcete sdělit, udělejte to prosím zde.....

.....

Děkuji Vám za čas věnovaný vyplnění mého dotazníku, přeji Vám pevné zdraví a co nejméně překážek při cestě životem s Vaším onemocněním!

Příloha B - Žádost o umožnění výzkumného šetření

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	HAREČÁKOVÁ ANDREA		
Kontaktní adresa	KE KARLOVY 2, PRAHA 2, 128 00		
Telefon	608 779 347	e-mailová adresa	adinnka@seznam.cz
Škola / fakulta	Univerzita Karlova v Praze, 1.lékařská fakulta		
Obor studia	Všeobecná sestra kombinovaná		
Téma závěrečné práce	KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S IDIOPATICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY		
Termín sběru dat	30.3.2012 - 30.5.2012		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	IV. INT. KLINIKA VFN - U NEMOCNICE 2, PRAHA 2, 128 00		
Zjišťované informace	KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO ZAHÁVENÍ LÉČBY VE STŘEV. ZÁNĚTY		
Forma prezentace dat:	TIŠTĚNÝ DOTAZNÍK		
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	10.03.2012	Podpis žadatele	Marečková Andrea
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty	☒ Souhlasím ☐ Nesouhlasím		
Datum	10.03.2012	Podpis	Mgr. Gregorovičová Milada
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	☒ Souhlasím ☐ Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	☐ Ano ☒ Ne Částka		
Datum		Podpis	

Příloha C - Prohlášení zájemce o nahlédnutí do bakalářské práce

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis