

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ZÁVĚREČNÁ BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2006

MARTINA VONDROUŠOVÁ

KARLOVA UNIVERZITA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ



KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S IDIOPATICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY

Závěrečná bakalářská práce

Vypracovala: Martina Vondroušová

Studijní obor: Ošetrovatelství – pedagogika ve zdravotnictví

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

Hradec Králové 2006

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované odborné literatury. Nemám námitek proti půjčování práce se souhlasem katedry.

V Pardubicích dne 28.4.2006

Martina Vondroušová

Na tomto místě bych chtěla poděkovat všem, kteří mi pomáhali. Za odborné konzultace a ochotu při vedení závěrečné bakalářské práce panu prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc., vedoucímu Ústavu sociálního lékařství Univerzity Karlovi lékařské fakulty v Hradci Králové. Za pomoc při kontaktu s pacienty staniční sestře JIP Jiřině Klevarové a sestrám z gastroenterologické poradny Evě Lírové a Marice Olivové z Interní kliniky interního oddělení v Krajské nemocnici Pardubice. Dále všem pacientům s idiopatickými střevními záněty, kteří mě poctili svou důvěrou.

V neposlední řadě chci poděkovat svému manželovi Jirkovi za shovívavost, toleranci a psychickou podporu nejen při zpracování této práce, ale i po celou dobu studia a své mamce, která mi je oporou již od narození. Dík patří také mé sestře Petře, ochotně mi pomohla při tvorbě grafů a tabulek v této práci. Také děkuji všem mým blízkým, kteří mě celou dobu studia podporovali a fandili mi.



Motto:

Zdraví je vzácná věc, je to vpravdě jediná věc, která zaslouží, abychom úsilí o ni obětovali nejen čas, pot, námahu, jmění, ale i život; tím spíše, že bez něho se pro nás život stává trápením a strastí. Není-li zdraví, potemní a vyprchají i rozkoš, moudrost, učenost a ctnost.

Michel de Montaigne

OBSAH

1. ÚVOD.....	8
2. TEORETICKÁ ČÁST.....	9
2.1 CÍL PRÁCE.....	9
2.2 KVALITA ŽIVOTA.....	9
2.2.1 Zdraví a kvalita života.....	9
2.2.2 Vymezení pojmu kvalita života a jeho vývoj.....	11
2.2.3 Metody pro měření kvality života.....	13
2.3 ANATOMIE ZAŽÍVACÍHO TRAKTU.....	15
2.3.1 Obecná stavba stěny trávicí trubice.....	15
2.3.2 Dutina ústní, cavitas oris.....	16
2.3.3 Hltan, pharynx.....	18
2.3.4 Jícen, oesophagus.....	19
2.3.5 Žaludek, gaster, ventriculus.....	19
2.3.6 Tenké střevo, intestinum tenue.....	20
2.3.7 Tlusté střevo, intestinum crassum.....	21
2.3.8 Játra a žlučové cesty.....	22
2.3.9 Slinivka břišní, pankreas.....	24
2.3.10 Pobříšnice, peritoneum.....	24
2.4 FUNKCE TRÁVICÍHO TRAKTU.....	25
2.4.1 Trávení.....	25
2.4.2 Vstřebávání.....	25
2.4.3 Sekrece.....	26
2.5 DEFINICE, HISTORIE, TERMINOLOGIE A KLASIFIKACE ISZ.....	27
2.5.1 Definice.....	27
2.5.2 Historie.....	27
2.5.3 Terminologie užívaná v klinickém nálezů obou nemocí.....	30
2.5.4 Klasifikace zánětů tlustého střeva.....	32
2.6 EPIDEMIOLOGIE IDIOPATICKÝCH STŘEVNÍCH ZÁNĚTŮ.....	33
2.6.1 Význam epidemiologických studií.....	34
2.6.2 Incidence a prevalence.....	34
2.6.3 Epidemiologické vztahy.....	37
2.7 ETIOLOGIE A PATOGENEZE.....	38
2.7.1 Animální a experimentální patologie.....	39
2.7.2 Epidemiologie a genetika.....	39
2.7.3 Patologie a histopatologie.....	40
2.7.4 Psychogeneze.....	40
2.7.5 Infekce.....	40
2.7.6 Imunologie.....	41
2.8 JEDNA NEBO DVĚ NEMOCI?.....	41
2.9 ETIOLOGIE A PATOGENEZE.....	42
2.9.1 Etiologie a patogeneze ulcerózní kolitidy.....	42
2.9.2 Etiologie a patogeneze Crohnovy nemoci.....	43
2.10 KLINICKÝ OBRAZ.....	43
2.10.1 Ulcerózní kolitida.....	43
2.10.2 Crohnova nemoc.....	45
2.11 PRŮBĚH A VÝVOJ.....	48
2.11.1 Ulcerózní kolitida.....	48
2.11.2 Crohnova nemoc.....	50
2.12 DIAGNÓZA.....	51
2.12.1 Klinický nález.....	51
2.12.2 Endoskopie.....	51
2.12.3 Patologická anatomie.....	54
2.12.4 Radiodiagnostika.....	57
2.12.5 Laboratorní vyšetření.....	57

2.13	KOMPLIKACE.....	58
2.13.1	Ulcerózní kolitida.....	58
2.13.2	Crohnova nemoc.....	60
2.14	EXTRAIESTINÁLNÍ MANIFESTACE.....	64
2.14.1	Kloubní manifestace.....	64
2.14.2	Oční manifestace.....	65
2.14.3	Kožní manifestace.....	65
2.14.4	Slizniční manifestace.....	65
2.14.5	Jaterní a biliární manifestace.....	65
2.14.6	Ledvinné manifestace.....	66
2.14.7	Plicní manifestace.....	66
2.14.8	Cévní manifestace.....	66
2.14.9	Anémie.....	66
2.14.10	Srdeční manifestace.....	67
2.14.11	Pankreatické manifestace.....	67
2.15	NEURČITÁ (INDETERMINATE) KOLITIDA.....	67
2.16	FERTILITA A TĚHOTENSTVÍ.....	68
2.16.1	Fertilita.....	68
2.16.2	Těhotenství.....	68
2.16.3	Léčba idiopatických střevních zánětů v těhotenství.....	69
2.16.4	Sledování nemocných v průběhu gravidity.....	70
2.17	IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY V DĚTSTVÍ.....	70
2.17.1	Ulcerózní kolitida.....	70
2.17.2	Crohnova nemoc.....	71
2.18	KONZERVATIVNÍ LÉČBA A PÉČE O NEMOCNÉ.....	71
2.18.1	Farmakoterapie.....	71
2.18.2	Umělá výživa.....	73
2.18.3	Dieta.....	77
2.19	LÉČBA CHIRURGICKÁ.....	79
2.19.1	Ulcerózní kolitida.....	80
2.19.2	Crohnova choroba.....	81
2.20	PROGNÓZA.....	84
2.12.1	Ulcerózní kolitida.....	84
2.12.2	Crohnova nemoc.....	85
2.21	SDRUŽENÍ LIDÍ TRPÍCÍCH CROHNOVOU NEMOCÍ A ULCEROZNÍ KOLITIDOU.....	85
3.	EMPIRICKÁ ČÁST.....	87
3.1	ÚVOD.....	87
3.2	CÍL VÝZKUMU.....	87
3.3	METODA SBĚRU INFORMACÍ PRO VÝZKUM.....	88
3.4	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	89
3.5	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	90
4.	DISKUSE.....	123
5.	ZÁVĚR.....	126
	POUŽITÁ LITERATURA.....	127
	PŘÍLOHA 1a,b.....	oslovení pacienta
	PŘÍLOHA 2.....	anonymní dotazník
	PŘÍLOHA 3.....	úvodní strany internetových odkazů pro pacienty

1. ÚVOD

Mít a zároveň smět žít kvalitní plnohodnotný život spojený s tělesným a duševním zdravím je přáním každého z nás. Někdo má takové štěstí, že se mu právě toto splní a neváží si toho. Někdo má tak málo štěstí, že se mu toto přání nesplní. Kdo má právě 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“.

Jsem zdravotní sestrou již sedm let, jsem zdravá a podle mého názoru vedu celkem kvalitní život. Pracuji ale s velkou spoustou lidí, kteří tolik štěstí nemají. Někdy mi je těchto lidí líto. Ale oni si lítost nepřejí, alespoň většina z nich. Přejí si vést kvalitní život i s nemocí. Snahou nás všech by mělo být těmito lidem pomáhat plnit svá přání. Jednou z možností jak právě toto plnit, je zmapovat kvalitu života lidí nemocných určitou nemocí. Na základě tohoto zmapování můžeme pomáhat lidem plnit alespoň jedno přání: „žít kvalitním životem“.

Pro tuto práci jsem si vybrala pacienty s onemocněním, které postihuje lidi v kterémkoliv věku. Jde o idiopatické, neboli nespecifické střevní záněty. S těmito pacienty se na našem oddělení setkáváme celkem často a bohužel ve stavu, který se u této nemoci opakuje i několikrát za rok. Jde o tzv. relaps. Na vyplňování mého dotazníku se ale podíleli pacienti v klidovém období, kteří přišli na kontrolu do poradny, nebo se účastní klinické studie, která probíhá na našem oddělení.

Doufám, že má práce dobře vystihuje kvalitu života všeobecně, popíše právě zmiňované onemocnění a výzkum poukáže na zajímavé skutečnosti.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 CÍL PRÁCE

Cílem předložené práce jako celku bylo posoudit kvalitu života pacientů s idiopatickými střevními záněty a zjistit, co kvalitu života z jejich pohledu zřejmě zhoršuje.

Teoretická část práce si vytkla dva cíle. Prvním bylo popsat kvalitu života všeobecně, uvést její definici a charakterizovat metody, jimiž se kvalita života měří. Druhým cílem teoretické části bylo co stručně a výstižně popsat anatomii zažívacího traktu a vlastní nemoc, idiopatické střevní záněty.

Cílem empirické části bylo popsat a analyzovat kvalitu života vybraného souboru pacientů, kteří trpí idiopatickými střevními záněty. Byly zkoumány tři oblasti kvality života – oblast fyzická, psychická i sociální. Fyzická oblast byla zaměřena na vnímání svého zdraví, prožívání bolesti, pocity únavy a potíže spojené s vyprazdňováním stolice. V oblasti psychické pacienti posoudili své obavy z operace, pozitivní i negativní pocity a vnímání sebe sama. Sociální oblast zahrnovala dopady nemoci na pacientovu možnost pracovat či studovat, na jeho ekonomickou situaci a způsob trávení volného času. Práce rovněž porovnávala kvalitu pacientova života před onemocněním, po onemocnění a po léčbě.

2.2 KVALITA ŽIVOTA

2.2.1 Zdraví a kvalita života

Původní význam slova zdraví

Význam klíčových slov obvykle hledáme ve slovnících. R Williams (1983) nám však říká: „Význam slov, která se nevztahují k věcem, ale k ideám - a zdraví je takovýmto slovem - , nehledejte ve slovnících.“

V etymologickém slovníku, který sleduje vývoj slov a jejich významů v průběhu staletí, se o významu slova „zdraví“ dočteme, že původně znamenalo (v řečtině i latině a nejen v nich) „CELEK“. Tento pojem celku se dnes objevuje opět, a to v názvu směru, který chápe zdraví a péči o něj z podstatně širšího hlediska. Máme zde na mysli tzv. HOLISMUS (tento termín je odvozen od anglického slova „whole“ – celek).

Co si lidé představují pod pojmem zdraví

David Seedhouse (1995) ukazuje na čtyřech příkladech to, co si lidé různého zaměření představují pod pojmem zdraví:

- *Lékař* – pojem „zdraví“ rozumí nepřítomnost nemoci, choroby či úrazu.
- *Sociolog* – rozumí pojmem „zdravý člověk“ člověka, který je schopen dobře fungovat ve všech jemu příslušných sociálních rolích.
- *Humanista* – slovy „zdravý člověk“ označuje takového člověka, který je schopen pozitivně se vyrovnávat s životními úkoly, které se před ním naskytou.
- *Idealista* – pod pojmem „zdraví člověk“ si představuje člověka, kterému je dobře – tělesně, duševně, duchovně i sociálně.

Definice zdraví

- ✓ Williams (1983) podrobil analýze pojetí zdraví v různých kulturách. Zjistil, že v mnoha primitivních kulturách je možno setkat se s lidovým holistickým pojetím zdraví. *Zdraví je tak považováno za určitý druh síly, která člověku pomáhá v životě zdolávat přerůzné těžkosti.* Této síly člověk může mít více nebo méně. Williams (1983, s. 192) píše:

„Dobré zdraví je síla zvítězit nad nemocí, která člověka momentálně ohrožuje.“

- ✓ Řada humanisticky orientovaných teorií zdraví považuje zdraví za určitý druh vnitřní síly člověka. Tuto sílu nazývají autoři různými jmény – např. elán vital, vitalita, schopnost adaptace, zdravotní síla apod.

„Zdraví je představa něčeho, co člověku umožňuje dosahovat vyšších cílů, než je samo zdraví.“

- ✓ Definice zdraví, která je dnes velice rozšířená, definuje zdraví jako schopnost dobrého fungování (fitness). V populaci je známá svým logem „Buď fit“. V literatuře toto pojetí vyjádřil T. Pardone (1981, s 69):

„Zdraví je stav optimálního fungování člověka (individua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován.“

- ✓ Nejznámější definicí – jak se zdá – je ta, kterou publikovala Světová zdravotnická organizace (WHO). Tato definice v originálu (Constitution of WHO z roku 1946) říká:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity.“

„Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.“

- ✓ David Seedhouse ve své monografii (1995, s. 61) uvádí svou definici zdraví:

„Optimální stav zdraví určité osoby závisí na stavu souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti (potenciály).“

(Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví*,. Portál, 2001)

2.2.2 Vymezení pojmu kvalita života a jeho vývoj

Termín „kvalita života“ byl poprvé v historii zmíněn již ve 20. letech, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. Byl diskutován zejména vliv státních dotací na kvalitu života chudších lidí a na celkový vývoj státních financí. V poválečné době se tento termín opět objevil v politickém kontextu v USA, kdy v 60. letech tehdejší americký prezident Johnson v jednom ze svých projevů prohlásil zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky. Měl tím na mysli, že ukazatelem společenského blaha není prostá kvalita spotřebovaného zboží (*how much*), ale to jak dobře se lidem za určitých podmínek žije (*how good*). Tento termín se pak začal používat jako určitá alternativa konceptu „společnost hojnosti“ (*affluent society*), který byl v té době stále častěji zpochybňován jako adekvátní měřítko společenské

prosperity. Začalo se totiž ukazovat, že soustavný ekonomický růst nevede ke zvýšení spokojenosti lidí se životem, ale spíše k růstu požadavků, které není možné vždy naplnit.

O něco později, v 70. letech, také německý politik Willy Brandt postavil politický program německé socialistické demokracie na dosahování lepší kvality života pro své spoluobčany. Brzy tento termín zdomácněl v sociologii, kde od té doby sloužil k odlišení podmínek života, jako jsou například příjem, politické zřízení či počet automobilů na domácnost, od vlastního životního pocitu lidí. Do této doby je rovněž datováno první použití termínu kvality života pro výzkumné účely, a to v souvislosti se sociologickým trendem na monitorování dopadu společenských změn na život lidí, známý pod názvem „*Social Indicators*“. V rámci tohoto hnutí je zdůrazňována, že život lidí v určitém specifickém prostředí, jako je vesnice nebo město, není možné popsat pouze pomocí objektivních, většinou ekonomických, ukazatelů, a že je také nutné přihlížet k celému souboru dalších sociálních ukazatelů, které jsou ve svém komplexu s to lépe postihnout kvalitu života lidí v určitém sociálním kontextu.

V 70. letech proběhlo v USA první celonárodní šetření kvality života obyvatelstva, jehož cílem bylo vyvinout subjektivní indikátory, které by ukazovaly, jak lidé sami hodnotí svůj život, a které by doplňovaly objektivní charakteristiky životních podmínek., jak jsou například úroveň bydlení, kriminalita, hluchost či znečištění ovzduší. Pro subjektivní vnímání kvality života je rozhodující kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života, které se socioekonomickým statutem, a dokonce ani s biologickým zdravím, nemusí být v přímé úměře.

Studium kvality života prodělává svůj „boom“ zejména v posledních deseti letech. Na různých pracovištích ve světě se tomuto tématu věnují celé výzkumné týmy, které vycházejí z různých koncepčních rámců, pokoušejí se z různých aspektů uchopit toto zajímavé a důležité téma. 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 ne nejlepší, ve kterém nacházejí smysl a který si dovedou a mohou „užít“. Rovněž na půdě WHO v průběhu let vznikla řada významných dokumentů, které rozvíjí tento přístup v podobě programů podpory zdraví (např. Otawská charta z roku 1986 či hnutí Zdravých měst a jiné).

O kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách. Jsou to především psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie, medicína. Ve zdravotnictví se z hlediska kvality života hodnotí poskytovaná péče či jednotlivé zdravotnické programy.

V literatuře existuje celá řada definic „kvality života“. Neexistuje však ani jedna, která by byla v průběhu posledních třiceti let všeobecně akceptována. Lze shrnout, že na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické podmínky, které ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností.

S jistým zjednodušením lze konstatovat, že v rámci všech přístupů má koncept v zásadě dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Je stále otevřenou otázkou, jak tyto dvě úrovně spolu souvisí, a jak by tedy měla být kvalita života nejlépe měřena.

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.

Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu vymezuje kvalitu života takto: „Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života.“

V psychologii lze vysledovat tři podoby toho, co se pod pojmem „kvalita života“ skrývá. Jde o → spokojenost se životem

→ prožívanou subjektivní pohodu

→ štěstí

(Payne, J. a kolektiv: *Kvalita života a zdraví*, Triton, 2005)

2.2.3 Metody pro měření kvality života

Metod, které se k měření kognitivních aspektů subjektivní pohody používají, je celá řada. I u nás je často používána **SWLS** (*Satisfaction With Life Scale*) čili Škála spokojenosti se životem. Dále můžeme uvést **PGWS** (*Psychological General Well-Being Scale*), která má dobré psychometrické vlastnosti, a je proto často doporučována. K zajišťování emocionálního prožívání života jsou v psychologii k dispozici standardizované škály výskytu kladných a záporných emocí, například **PANAS**.

V sociologickém pojetí kvality života jsou naopak 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, kdy se sleduje dopad jednotlivých sociálních či sociálně-zdravotních programů na kvalitu života obyvatel určité oblasti. Tím směrem je také orientovaná 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 užívána 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 již existuje všeobecný konsenzus týkající se potřeby sledovat kvalitu života pacientů jako jednu z hlavních komponent různých medicínských či zdravotnických intervencí. Lékaře dnes musí zajímat, jakou kvalitu života mají pacienti trpící různými nemocemi či jaký je dopad konkrétní zvolené terapie na kvalitu jejich života. Je logické, že 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*“, tj. kvalita života ovlivněna zdravím. To znamená, že vedle klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu nasazené terapie (hladina hemoglobinu, krevní markery, TK, tělesná teplota, vymizení příznaků choroby,...) se sledují subjektivní i objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta, jako jsou přítomnost bolesti, zvládání chůze do schodů, intenzita únavy, schopnost sebeobsluhy, 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 lidí trpících určitým typem nemoci (např. pro onkologické pacienty, duševně nemocné, pro nemocné v terminálním stádiu v paliativní péči, v kardiologii apod.).

Významná 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 rovněž dotazník, který je zaměřen k měření kvality života onkologických pacientů. V roce 1999 se konala ve Vídni významná mezinárodní konference, kde byly diskutovány zejména metodologické problémy výzkumu kvality života onkologicky nemocných.

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

Na závěr je nutné se zmínit, že přes nespornou popularitu pojmu „kvalita života“ se ozývají i kritické hlasy, které poukazují na nejednoznačnost jeho vymezení a neexistující jasné a obecně přijímané definice, která by se opírala o propracovaný teoretický model. Tuto výhradu umocňuje i fakt, že také v oblasti měření kvality života je celá řada problémů. Je kritizován proces tvorby dotazníků, jejichž konstrukce vychází často ze subjektivních názorů tvůrců a jejich validita je problematická. Kritici poukazují na tendenci akademicky rozhodnout, jak by měla 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 rozvíjení zdraví.

(Payne, J. a kolektiv: *Kvalita života a zdraví*, Triton, 2005)

2.3 ANATOMIE ZAŽÍVACÍHO TRAKTU

Trávicí systém patří k příjmu potravy, jejímu rozmělnění, zpracování a vstřebávání živin. Důležitou součástí trávicího systému jsou žlázy, které produkují látky uplatňující se spolu se střevní flórou na procesu trávení. Jsou uloženy ve stěně trávicí trubice nebo mimo ní.

2.3.1 Obecná stavba stěny trávicí trubice

Stěna trávicí trubice má čtyři základní vrstvy:

- sliznice – je tvořena v dutině ústní, hltanu, jícnu a v terminální části konečníku vrstevnatým dlaždicovým epitelem, v ostatních částech pak jednovrstevným cylindrickým epitelem s četnými žlázkami
- podslizniční vazivo – jde o druhou vrstvu, je řídkší
- svalová vrstva – na začátku (asi do dvou třetin jícnu) a na konci tvořena příčně pruhovanou svalovinou, zbývající oddíly mají svalovinu hladkou, orientovanou jednak cirkulárně, jednak podélně, longitudinálně
 - cirkulární svalovina je na některých místech zesílena a tvoří svěrače
 - příčně pruhovaná svalovina trávicí trubice je inervována míšními a hlavovými nervy a je ovládána vůlí, hladkou svalovinu inervuje autonomní systém a nepodléhá volní kontrole
 - obecně slouží svalovina trávicí trubice k posunu potravy a k jejímu promíchání
- na povrchu trávicí trubice se nachází buď vazivová adventicie (na hltanu, jícnu), nebo serózní pobřišnice, která kryje části trubice nacházející se v břišní dutině

2.3.2 Dutina ústní, *cavitas oris*

Rty, *labia*

Rty jsou dvě silné řasy, kryté ze zevní strany kůží, která přechází tzv. přechodní zónou (zóna červeně rtů) do sliznice na vnitřní straně rtů. Účastní se příjmu a mechanického zpracování potravy, podílí se na artikulaci. Podkladem rtů je kruhový sval ústní, *m. orbicularis oris*.

Tváře, *buccae*

Podkladem tváří je tvářový sval, *m. buccinator*, doplněný tukovým tělesem. Zevně kryje tváře kůže, uvnitř je sliznice, která je pokračováním sliznice rtů.

Předsíň dutiny ústní, *vestibulum oris*

Je to úzký podkovovitý prostor ohraničený ze zevní strany rty a tvářemi a z vnitřní strany zuby a dásněmi. Vystýlá ho sliznice, která přechází ze rtů a tváří na dásňové oblouky. Ve výši druhé horní stoličky ústí do vestibula vývod žlázy příušní, *duktus parotideus*. Ústí je patrné jako malá vyvýšenina – *papila parotideae*.

Vlastní dutina ústní, *cavitas oris propria*

Vlastní ústní dutina je vpředu a po stranách ohraničena oblouky zubními, strop tvoří tvrdé a měkké patro. Součástí spodiny dutiny ústní je jazyk.

Zuby, *dentes*

Zuby jsou tvrdé útvary vyčnívající z horní a dolní čelisti, slouží k uchopování a rozměňování potravy.

Každý zub se skládá z korunky vyčnívající z dásně, krčku a kořene. Kořen je upevněn v zubním lůžku pomocí vazivových vláken nazývaných ozubice, *peridontium*. Krček je úzká část zubu mezi korunkou a kořenem a za normálních okolností je kryt dásní.

Hlavní stavební složkou je zubovina, *dentic*, která je v rozsahu korunky kryta sklovinou a na povrchu kořene a krčku je pak *cement*. Uvnitř zubu je dřevná dutina vyplněná zubní dřevinou, do které pronikají cévy a nervy kořenovým kanálkem z *peridontia*.

Zuby jsou seřazeny do dvou oblouků, horního a dolního. Podle tvaru zubů rozlišujeme:

- Řezáky – kousací plochu na korunce tvoří jen úzká hrana a mají jeden kořen
- Špičáky – kousací plochu tvoří opět jen hrana, vybíhá v hrot a mají také jeden kořen
- Zuby třenové – na kousací ploše jsou dva hrbolky a kořen bývá často rozdvojen
- Stoličky – jsou vícekořenné zuby (dolní stoličky mají dva, horní mají tři kořeny), kousací plocha vybíhá v drobné hrbolky

U člověka se vyskytují dvě generace zubů, zuby dočasné a zuby stálé.

- Zuby dočasné, mléčné, *dentes denticidui* – dočasný chrup má 20 zubů: 8 řezáků, 4 špičáky a 8 stoliček

- zuby jsou celkově menší než zuby stálé, začínají prořezávat mezi 6. – 8. měsícem a u zdravého člověka mají být prořezané do dvou let života
- Zuby definitivní, *dentēs permanentes* – stálý chrup má 32 zubů: 8 řezáků, 4 špičáky, 8 zubů třenových a 12 stoliček
- výměna chrupu mléčného za stálý začíná kolem 6. roku a ukončuje se kolem 15. roku, výjimku tvoří poslední stolička, která prořezává až v dospělosti („zub moudrosti“)

Patro, *palatum*

Patro je vodorovný ploténka oddělující dutinu ústní od dutiny nosní. Přední část je tzv. **tvrdé patro, *palatum durum***, vzadu pokračuje **měkké patro, *palatum molle***.

Měkké patro má význam při polykání, dýchání a fonaci. Z měkkého patra dolů sbíhají dva oblouky hltanové, mezi kterými je jamka, kde je uložena **patrová mandle, *tonsilla palatina***.

Jazyk, *lingua*

Jazyk je svalový orgán na spodině ústní dutiny. Uplatňuje se při zpracování potravy, při sání a při fonaci.

Horní plocha jazyka (hřbet) má sametový vzhled, jehož příčinou jsou četné výběžky, **papily**. Podle tvaru rozlišujeme papily nitkovité, kterých je nejvíce, papily houbovitě, kuželovité, listovité a papily hrazené, které jsou největší a je jich jen 8-12, nacházejí se na hranici mezi tělem a kořenem jazyka a v jejich stěnách je soustředěno nejvíce chuťových pohárků.

Slinné žlázy, *glandulae salivariae*

Jsou to žlázy jejichž vývody ústí do ústní dutiny; jejich produktem jsou sliny. Sliny zvlhčují a obalují sousto, čímž usnadňují polykání a dále obsahují enzymy Ptyalin, který štěpí škroby.

Existují dvě skupiny slinných žláz:

- Malé – jsou rozesety po celé ústní dutině a produkují sliny neustále
- Velké – tvoří sliny jen na nervové podněty
 - mezi velké žlázy patří následující párové žlázy – žláza příušní, podčelistní a podjazyková

2.3.3 Hltan, *pharynx*

Hltan je trubice asi 12-15 cm dlouhá, sahá od baze lební až k tělu 6. krčního obratle, kde přechází do jícnu.

Na hltanu popisujeme 3 části:

- Nosohltn, *nosopharynx* – přechází dopředu do nosní dutiny, v jeho stropu leží nosní mandle a na bočních stranách ústí Eustachova trubice (spojení se středoušní dutinou)
- Ústní část, *pars oralis pharyngis* – navazuje na ústní dutinu
- Hrtanová část, *pars laryngea pharyngis* – v přední stěně je vchod do hrtanu, který uzavírá příklopka hrtanová, *epiglottis*

Stěna hltanu je tvořena příčně pruhovanými svaly, které fungují hlavně jako jeho svěrače a zdvihače. Na přechodu hltanu do jícnu je zúžení, a to mezi 6. krčním obratlem a chrupavkou prstencovou (více viz jícen)

2.3.4 Jícen, *oesophagus*

Jícen je svalová trubice, která spojuje hltan se žaludkem. Je dlouhý asi 25 cm a má průměr zhruba 1,5 cm. V krčním úseku leží mezi páteří, která je za ním, a průdušnicí, která je před ním. V hrudníku leží jícen těsně před páteří (jen v dolní části se mezi něj a páteř vsouvá aorta), před ním v horní části hrudníku se nachází průdušnice a v dolní části hrudníku je pak před jícnem srdce. Otvorem v bránici pak jícen vstupuje do dutiny břišní a prakticky hned ústí do žaludku. Stěna jícnu je pružná.

Sliznice je složena v řasy a je kryta mechanicky odolným mnohvrstevným dlaždicovým epitelem, svalovina je v horní části příčně pruhovaná a postupně přechází do hladké svaloviny v dolní části jícnu. Aktivně transportuje sousto do žaludku (peristaltická vlna).

Na třech místech je jícen zúžen. První zúžení je na začátku jícnu mezi chrupavkou prstencovou a páteří. Druhé tam, kde jícen kříží levý bronchus a třetí je při průchodu bránicí.

2.3.5 Žaludek, *gaster, ventriculus*

Žaludek je plochá vakovitá část trávicí trubice velmi proměnlivého tvaru (záleží na náplni, poloze těla, konstituci, věku apod.). Nejčastěji má tvar písmen J. Může pojmout asi

1-1,5l rozmělněné potravy. Strava je v žaludku mechanicky rozmělněována, promíchána s žaludeční šťávou a v peristaltických vlnách posouvána do další části trávicí trubice, do tenkého střeva. Žaludek leží v levé brániční klenbě.

Nahoře ústí do žaludku jícen a toto místo se nazývá **česlo**, *kardie*. Na kardinii navazuje **tělo žaludku**, *corpus*, vyklenující se doleva nahoru v **klenbu**, *forix*. Směrem dolů se tělo zužuje, ohýbá doprava a trochu vzhůru a končí **vrátníkem**, *pylorus*. Uzávěr pyloru zabezpečuje siný kruhový svěrač, *m. sphincter pylori*.

Sliznice žaludku je nepravidelně síťovitě zřasená, toto uspořádání řas umožňuje, aby tekutá potrava stékala přímo do dvanáctníku. Ve sliznici jsou četné žlázy produkující jednak ochranný hlen, jednak látky účastnící se trávení potravy (kyselinu chlorovodíkovou a enzymy, z nichž nejdůležitější je pepsin zahajující trávení bílkovin).

Svalovina žaludku je hladká, má tři vrstvy. Zevní vrstvu tvoří peritoneum.

2.3.6 Tenké střevo, *intestinum tenue*

Tenké střevo je trubice navazující na žaludek, zhruba 3-5 m dlouhá a 3-4 cm široká. Na začátku je nejširší, ke konci se zužuje. V pravé části břicha (v pravé jámě kyčelní) přechází do střeva tlustého.

Má tři úseky:

- Dvanáctník
- Lačník
- Kyčelník

V tenkém střevě probíhá hlavní část trávení a vstřebávání potravy. Důležitou úlohu v tom hraje hlavně první část střeva – dvanáctník, do které přichází žluč z jater a enzymy ze slinivky břišní.

Dvanáctník, *duodenum*

Je první a nejkratší část tenkého střeva, je dlouhý asi 25-30 cm (12 palců, odtud jeho název). Protože je přirostlý na orgány zadní stěny břicha, je nepohyblivý a má stále stejný tvar podkovy. Podle průběhu rozdělujeme dvanáctník na čtyři části. V druhé části duodena najdeme společné vyústění žlučových cest a vývodu slinivky břišní, *papila duodeni major* (*Vaterova papila*).

Lačník a kyčelník, *jejunum a ileum*

Jejunum a ileum jsou složeny v četné, volně pohyblivé kličky. **Jejunum** je delší a širší než ileum (tvoří asi 3/5 délky). Jeho kličky jsou soustředěny spíše vlevo nahoře. **Ileum** je kratší a užší s kličkami spíše vpravo dole, kde také (v pravé jámě kyčelní) ústí do první části tlustého střeva, do slepého střeva.

Sliznice tenkého střeva je složena v cirkulární řasy, které jsou nejvyšší a nejhustší na začátku střeva a směrem do ilea jich ubývá, snižují se až téměř mizí. Dále sliznice vybíhá v mikroskopické výběžky – klky. Díky řasám a klkům se mnohonásobně zvětšuje plocha, na které dochází k vstřebávání živin. Na povrch sliznice mezi klky ústí četné žlázy produkující izotonickou tekutinu, která je součástí střevní šťávy. Ve sliznici jekána a ilea se nachází lymfatická tkáň ve formě lymfatických uzlíků, jejichž četnosti přibývá směrem k tlustému střevu.

Hladká svalovina je tvořena cirkulárními a podélnými vlákny a vykonává peristaltické a kývavé pohyby, které slouží k promíchání a posunu střevního obsahu.

2.3.7 Tlusté střevo, *intestinum crassum*

Tlusté střevo je poslední úsek trávicí trubice, je asi 1,5 m dlouhý, který po stranách a nahoře obkružuje kličky tenkého střeva. Začíná v pravé jámě kyčelní nejobjemnější částí – **slepým střevem**, *caecum*, pokračuje jako **tračník vzestupný, příčný a sestupný**, který přechází do **esovité kličky**. Na ni navazuje poslední část tlustého střeva – **konečník**, ležící již v malé pánvi. Hlavní funkcí tlustého střeva je vstřebávání vody a zahuštění obsahu.

Sliznice tlustého střeva je bez klků a tvoří poloměsíčitě řasy. Obsahuje velké množství hlenových žláz, jejichž produkt chrání sliznici.

Svalovina má dvě vrstvy, cirkulární a podélnou. Smrštěním cirkulární svaloviny vznikají výpuky, *haustra*, jejich poloha se mění; postupují od slepého střeva ke konečníku a posunují obsah střevní.

Slepé střevo, *caecum*

Leží v pravé jámě kyčelní, zleva do něj ústí konečná část tenkého střeva, ileum. Ústí je opatřeno řasou, která brání zpětnému posunu obsahu. Na dolním konci odstupuje z céka **červovitý přívěsek**, *apendix vermiformis*, dlouhý průměrně 5-10 cm. Konec přívěsku může

zaujímat skoro jakoukoliv polohu v dutině břišní nebo pánevní. Nachází se v něm velké množství lymfatické tkáně, která je příčinou častých zánětů apendixu.

Tračník, *colon*

Na slepé střevo navazuje **vzestupný tračník**, *colon ascendens*, který probíhá vzhůru po pravé straně břišní dutiny (přirostlý na zadní stěnu) až po játra, kde jaterním ohbím přechází do **tračníku příčného**, *colon transversum*. Příčný tračník kříží břišní dutinu zprava doleva až ke slezině. Slezinným ohbím přechází pak do **sestupného tračníku**, *colon descendens*, který jde podél levé stěny břišní do levé jámy kyčelní, kde pokračuje v **esovitou kličku**, *colon sigmoideum*. Esovitá klička je pohyblivá a vstupuje do malé pánve, kde na ni navazuje poslední úsek tlustého střeva, **konečník**, *rektum*.

Konečník, *rektum*

Konečník je 12-15 cm dlouhý, leží těsně před křížovou kostí a řitním otvorem, anus ústí ven. V pánvi se rozšiřuje do **ampuly**, dolů se zužuje do **análního kanálu**, *canalis analis*. V ampule rekta je sliznice složena do tří příčných řas. Největší je střední řasa, je na pravé straně, vzdálena asi 7 cm od řitního otvoru. Na konci análního kanálu jsou dva svěrače, vnitřní je z hladké svaloviny, zevní je příčně pruhovaný.

2.3.8 Játra a žlučové cesty

Játra, *hepar*

Játra jsou největší žlázou v těle, váží průměrně 1,5 kg. Mají hnědočervenou barvu, jsou měkká, křehká. Tvarem se podobají šikmo seříznutému ovidu. Hrají významnou úlohu v metabolismu cukrů, tuků, vitamínů, některých hormonů, zneškodňují škodlivé nebo jedovaté látky, jednou z funkcí jater je také tvorba žluče.

Játra vyplňují celou pravou klenbu brániční (v malém rozsahu s ní srůstají), částečně zasahují také do levé klenby. Spodní plochou naléhají na některé orgány v pobřišnicové dutině (žaludek, dvanáctník, pravou ledvinu s nadledvinou, část tlustého střeva). Na spodní ploše jater leží žlučník a vtlačuje se do ní dolní dutá žíla.

Lze je dělit na větší **pravý** a menší **levý lalok**. Na zadní straně jater je rýha tvaru H, přičemž příčná rýha tvoří **bránu jaterní**, *porta hepatis*. Je to místo, kde do jater vstupuje jaterní tepna, *a. hepatis propria*, a vrátnicová žíla, *v. portae* a vystupují žlučovody.

Základní stavební jednotkou jater je jaterní lalůček. Je to tvar zhruba šestiboký, asi 1 mm široký, 2 mm vysoký. Každý lalůček se skládá z paprscitě uspořádaných trámců jaterních buněk, **hepatocitů**, v jednom trámci jsou vždy dvě řady buněk. Mezi trámci probíhají větve *v. portae*, které do jater přivádějí vstřebané živiny.

Žlučové cesty

Rozlišujeme žlučové cesty:

- Intrahepatické – začínají mezi trámci jaterních buněk, pokračují do mezilalůčkových vývodů, které se postupně spojují do stále větších vývodů a v *porta hepatis* opouštějí játra jako **pravý a levý jaterní vývoj, duktus dexter a sinister**
- Extrahepatické – začínají pravým a levým vývodem jaterním v *porta hepaticus*

- jejich spojením vzniká **společný vývod, duktus hepaticus comunis**, s ním se spojuje **vývod žlučníku, duktus choledochu**, je to trubice

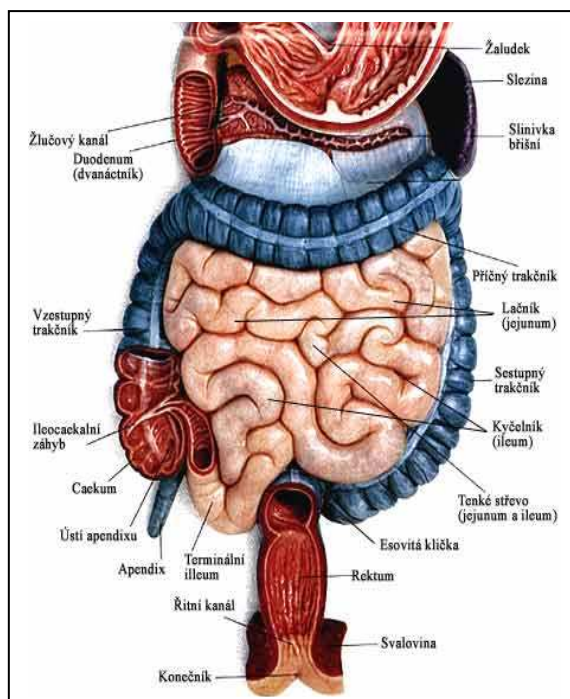
dlouhá asi 6-8 cm a odvádí žluč do sestupné části dvanáctníku, kde ústí společně s hlavním vývodem pankreatu na **Vaterově papile**, ústí papily obkružuje cirkulární svalovina, tvořící zde svěrač.

Žluč je žlutohnědá tekutina, která se v játrech tvoří nepřetržitě, denně vznikne asi 500-700 ml žluči. Shromažďuje se ve **žlučníku** a do dvanáctníku je odváděna jen po příjmu potravy.

Žlučník, *vesica fellea*

Žlučník je hruškovitý vak, ve kterém se v období mezi přijímáním potravy shromažďuje žluč. Je dlouhý asi 8-12 cm a má objem 50-80 ml. Leží na spodní ploše pravého laloku jater. Na přední stěnu protíná pravý žeberní oblouk.

Sliznice žlučníku je složena v síťovité řasy a je schopná vstřebávat vodu. Tím se žluč ve žlučníku asi 10x zahušťuje. Žlučník se vyprazdňuje reflektoricky při příchodu potravy



Obr.1 **Zaživací trakt**

(zdroj - <http://crohn.cz/upa/ColitisCrohn/product.asp?productID=352&detailSubCatCode=115>)

(zvláště bohaté na tuky) do žaludku a dvanáctníku. Po vyprázdnění žlučníku odtéká do duodena (je-li to stále třeba) řidší jaterní žluč.

2.3.9 Slinivka břišní, *pankreas*

Slinivka břišní je prítáhlá, šedorůžová žláza, vodorovně uložená, dlouhá asi 14-16 cm.

Má dvě funkčně rozdílné sekreční složky:

- Zevní sekrece – produktem jsou enzymy při štěpení všech složek potravy
 - zevně sekreční část se skládá z drobných lalůček, jejichž sekret je odváděn drobnými vývody začínajícími mezi jednotlivými lalůčkami, které se spojují do **hlavního vývodu slinivky**, *duktus pancreaticus (Wirsungi)*, ten přichází vodorovně celou slinivkou a ústí v sestupné části dvanáctníku společně s žlučovodem na Vaterově papile
- Vnitřní sekrece – vznikají hormony inzulín a glukagon, ovlivňující hladinu cukru v krvi
 - vnitřně sekreční část slinivky představuje malé skupiny odlišných buněk, nazývaných *Langerhansovy ostrůvky*, které produkují inzulín a glukagon a přádávají je přímo do krve

Slinivku dělíme na:

- Hlavu, *caput* – nejoběmnější část slinivky a vkládá se do konkavity dvanáctníku
- Tělo, *corpus* – pokračuje za hlavou doleva
- Ocas, *cauda* – zasahuje až ke slezině

2.3.10 Pobřišnice, *peritoneum*

Peritoneum je lesklá, velmi tenká blána, která vystýlá stěny břišní dutiny a ohraničuje tak **dutinu pobřišnicovou**, *cavitas peritonealis*. Podle polohy rozlišujeme **peritoneum nástěnné**, **parietální** a **peritoneum viscerální** (pokrývající orgány). Nástěnné peritoneum přechází do peritonea pokrývajícího orgány ve formě závěsů, těmito závěsy přicházejí také k orgánům cévy a nervy.

Tzv. **extraperitoneální orgány** nejsou kryté peritoneem celé. Většinou leží za peritoneem, které pokrývá jen jejich přední stěnu, proti se nazývají **retroperitoneální orgány**. Jsou to dvanáctník, slinivka břišní, vzestupný a sestupný tračník, ledviny, močovod a velké cévy.

2.4 FUNKCE TRÁVICÍHO TRAKTU

Tvorba a obnova tkání a veškerá činnost organismu vyžadují přísun látek z okolí. Spolu s vylučování jejich zbytků a produktů je tento cyklus součástí **látkové přeměny** (metabolizmu), která je jednou z charakteristických vlastností života.

Trávicí, neboli gastrointestinální trakt (GIT) zajišťuje příjem, zpracování a vstřebávání energeticky bohatých součástí potravy (živin) a látek obsahujících nezbytné stavební součásti organismu. Kromě těchto tří základních funkcí lze vymezit i řadu dalších, pro život nezbytných činností.

2.4.1 Trávení

Látky, které jsou přijímány ústy jsou označovány jako **potrava**. Potrava a většina nápojů obsahují organické a anorganické složky. Organické látky může tělo použít jako stavební součásti, nebo využít jejich chemicky vázanou energii. Jsou proto označovány jako živiny (cukry, tuky, bílkoviny).

Složité organické látky musí být před vstřebáním rozloženy na základní stavební jednotky (aminokyseliny, jednoduché cukry, mastné kyseliny apod.). Teprve ty se mohou vstřebávat do tekutin vnitřního prostředí organismu. Důvodem je snadnější vstřebávání jednoduchých molekul, odstranění potenciální toxicity některých látek, případně omezení jejich schopnosti aktivovat obranné mechanismy organismu (antigenní vlastnosti).

2.4.2 Vstřebávání

Přechod potřebných látek z trávicího traktu do těla (do tekutin vnitřního prostředí) se označuje jako vstřebávání. Většinou látky prostupují přes buňky střevní výstelky. Voda a

některé ionty mohou difundovat také štěrbinami mezi jednotlivými buňkami. Z buněk se látky dostávají do krve či do mízy.

Pohyb látek se uskutečňuje **difúzí** podle koncentračního spádu (voda, ionty, mastné kyseliny), častěji je však usnadňován systémy přenašečů v membráně (**pasivní transport**), nebo jsou látky transportovány s vynaložením energie proti koncentračnímu spádu (**aktivní transport**).

2.4.3 Sekrece

Trávicí šťávy jsou tvořeny buňkami žláz ve sliznici nebo ve specializovaných žlázách trávicího traktu. Jejich složení odpovídá postupu trávení v jednotlivých oddílech GIT. Za den vznikne 5-7 litrů trávicích šťáv, které obsahují kolem 35 g bílkovin v podobě trávicích enzymů a hlenů.

Sliny jsou tvořeny trvale drobnými žlázkami sliznice dutiny ústní. Tvorbu slin během jídla mnohonásobně zvyšují velké párové příušní, podčelistní a podjazykové žlázy. Sliny obsahují vodu a řadu iontů, ochranné a antibakteriální látky, hlen a jediný trávicí enzym, amylázu, štěpící škroby.

Buňky sliznice žaludku tvoří v souvislosti s příjmem potravy **žaludeční šťávu**. Ta obsahuje opět hlenovité látky na ochranu stěny žaludku, dále pak kyselinu chlorovodíkovou a enzymy, z nichž nejdůležitější je pepsin zahajující trávení bílkovin. Aby pepsin nepoškodil buňky stěny žaludku, je tvořen a uvolňován v neaktivní formě, jeho aktivaci spouští kyselina chlorovodíková v dutině žaludku.

Šťáva slinivky břišní je přiváděna vývodem do dvanáctníku. Obsahuje sodné a hydrogenuhličitanové ionty, dále pak enzymy štěpící bílkoviny, škroby, tuky a nukleové kyseliny. Šťáva slinivky břišní má pro trávení rozhodující význam. Do dvanáctníku ústí také žlučovod. Přivádí **žluč** vznikající v játrech. Ta obsahuje soli žlučových kyselin, které jsou významné pro trávení tuků, a navíc i některé odpadní látky (bilirubin, cholesterol).

Šťáva duodena a tenkého střeva obsahuje mucin, ionty a enzymy, které dokončují trávení bílkovin a štěpí cukry.

Sliznice tlustého střeva tvoří již jen hlenovité ochranné látky. Nestrávené zbytky potravy jsou z části štěpeny činností bakterií tlustého střeva.

(Lukáš, K. a kolektiv: *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*, GRADA, 2005)

2.5 DEFINICE, HISTORIE, TERMINOLOGIE A KLASIFIKACE ISZ

2.5.1 Definice

Do skupiny idiopatických střevních zánětů jsou řazena tato onemocnění: ulcerózní kolitida, Crohnova nemoc a tzv. neurčitá kolitida.

Ulcerózní kolitida, UC, (idiopatická proktokolitida) je nespecifický hemoragicko-katarální nebo ulcerózní zánět konečníku a přilehlé části nebo celého tračníku s nárazovým nebo chronicky exacerbujícím průběhem. Postihuje především povrchní vrstvy střevní stěny.

Crohnova nemoc, CN, je chronický nespecifický zánět střeva tenkého nebo tlustého nebo obou (nebo některé části trávicí trubice), a to segmentárně nebo plurisegmentárně. Zánět postihuje v průběhu onemocnění střevní stěnu transmurně s typickou tvorbou granulomatů.

Neurčitá kolitida (indeterminate, intermediate) je zánět tlustého střeva, u kterého jsou nacházeny překrývající se rysy ulcerózní kolitida i Crohnova nemoci, nebo různé atypické známky, takže je nemožné stanovit jistou a důvěryhodnou diagnózu.

Snaha o přesné zařazení nemá jen význam klasifikační, ale především praktický, protože správná volba léčby u obou zmíněných chorob, zejména pokud jde o chirurgický přístup, může být diametrálně odlišná.

2.5.2 Historie

Ulcerózní kolitida – historický přehled

První popis nemocného, který pravděpodobně onemocněl UC, pochází z Irska, kde byl v roce 1774 popsán případ 40letého muže, jenž od roku 1756 do své smrti v roce 1774 trpěl průjmy s krví a v pozdějších letech žloutenkou. Burce se v současnosti domnívá, že se jednalo o UC komplikovanou vznikem sklerózující cholangitidy.

Sir Samuel Wilks v roce 1859 popsal kasuistiku ženy, která trpěla krvavými průjmy s horečkami, zemřela během několika týdnů a při pitvě byl nalezen vředovitý zánět tračníku postihující celé tlusté střevo a terminální ileum.

V roce 1913 se již UC objevila na pořadu jednání lékařského kongresu v Paříži.

Pokroky v psychosomatické koncepci o vzniku různých chorob využili i UC koncem 40. let Almy a Gracek. Prokázali, že emoční stimuly výrazně ovlivňují u nemocných s UC motilitu, prokrvení sliznice, sekreci hlenu a resorpci vody v tlustém střevě.

V roce 1948 vydává Mařatka monografii Colitis ulcerosa, první rozsáhlé dílo v naší odborné literatuře, která se ISZ zabývá. Dnes již legendární kniha se stala základním pramenem, ze kterého čerpalo několik generací gastroenterologů.



Obr. 2 Prof. MUDr. Zdeněk Mařatka, DrSc. (soudobá fotografie)

Emeritní přednosta II. Interního oddělení Nemocnice Na Bulovce

Zakladatel české školy gastroenterologie, oboru zaměřeného na léčení chorob trávicího traktu. Po celý svůj profesní život se zabýval gastroenterologií a otázkami výživy. Sepsal první českou učebnici gastroenterologie. Od roku 1976 do roku 1980 byl prezidentem Evropské společnosti trávicí endoskopie, od roku 1978 do roku 1980 viceprezidentem Světové společnosti trávicí endoskopie. V letech 1990 až 1994 byl

předsedou České gastroenterologické společnosti a v červnu 1994 byl poctěn cenou J. E. Purkyně České lékařské společnosti a zlatou medailí Karlovy univerzity. Profesor Mařatka má mimořádné zásluhy v rozvoji medicíny a propagaci dobrého jména českých lékařů nejen doma, ale i v zahraničí.

(zdroj - <http://www.lf1.cuni.cz/article.asp?nArticleID=2135&nLanguageID=1>)

Za příčinu UC byla celou první čtvrtinu tohoto století považována infekce nejrůznějšími baktériemi. Představa, že UC je formou bacilární dyzentérie, u které se nedaří izolovat vyvolávající agens, na dlouhou dobu ovlivnila terapii této nemoci, než byla definitivně odmítnuta.

Od konce 30. let se stále více prosazovaly imunologické koncepce. Původně byla UC považována za projev hypersenzitivní reakce a její etiologie a patogeneze byla vysvětlována hypersenzitivní reakcí na některé složky stravy. Tato teorie Graye a Waltzera, koncipovaná v roce 1938, vedla k vytvoření tzv. eliminačních diet. Až když klinická zkušenost ukázala, že eliminační diety nemají žádný vliv na průběh UC, bylo od těchto teorií a léčebných postupů opuštěno.

V první polovině 60. let se intenzivně problematikou UC, především imunologickými odchylkami, v naší literatuře zabývali Mařatka s Wagnerem a Polčák s Vokurkou. Ze všech imunologických koncepcí se trvale udržuje představa autoimunitní reakce, která je plně aktuální i v dnešní době. Nicméně žádná z úvah, které byly v průběhu více než osmi desetiletí v etiologii UC zvažovány, plně nevysvětlila pravou příčinu vzniku této nemoci.

Ve 2. polovině 20. století došlo ke snížení do té doby převažující incidence UC před CN mající nyní na řadě míst světa vzestupnou tendenci. Změnil se i klinický průběh UC .

Crohnova nemoc – historický přehled

Koncem 19. století bylo publikováno především ve Velké Británii několik kasuistik nemocných s bolestmi břicha, průjmy, hubnutím a horečkami. Při pitvě byly nalezeny změny, které dnes považujeme za typické pro CN. Podrobný popis¹³ nemocných s transmulární a granulomatózní zánětem tenkého střeva nalézáme již v roce 1913 u Daziela z Glasgowa. Ten znal granulomatózní enteritidy u zvířat.

V roce 1925 popsal Coffen z Portlandu podrobný případ mladého muže s recidivujícími křečemi v břiše, kterými trpěl od roku 1915, v roce 1916 měl projevy střevní obstrukce a celkem třikrát se podrobil resekci tenkého střeva. V letech 1922 až 1937 léčili Pemberton a Broen 39 nemocných, kteří měli podobný klinický obraz.

Je zřejmé, že řada lékařů se s novým, dosud nepoznaným typem granulomatózního zánětu střev setkala již dávno před rokem 1932, bylo úplně jinému lékaři dáno, aby nemoc oddělil od jiných chorob. Byl jím Burrill B. Crohn.

Ve slavné newyorské nemocnici Mount Sinai bylo počátkem 20. let hned několik pracovníků, kteří se problematikou zánětlivých onemocnění střev zabývali. Byli jimi Moschowitz a Wilensky, kteří již v roce 1923 popsali 4 případy nemocných s nespecifickou granulomatózou tenkého střeva a v roce 1927 přidali ještě dalšího pátého pacienta. Druhou skupinu tvořili Ginzburg s Oppenheimerem a slavným chirurgem Bergem. Tato pracovní skupina měla zkušenosti celkem s 12 nemocnými, které sledovala od roku 1920. Všechny tyto pacienty odoperoval Berg a u všech byl podobný nález, těsná exulcerovaná stenóza terminálního ilea v délce 2-3 stop, zánětlivé změny končily u všech pacientů na bauhinské chlopni. Třetím, kdo měl ve stejné nemocnici zkušenosti s těmito pacienty, byl Crohn, který od roku 1930 léčil dva nemocné se střevním zánětem. Tehdejší šéf patologie v Mount Sinai Klemperer doporučil, aby skupina Ginzburga a Oppenheinerera spojila svých 12 pacientů se dvěma, které znal Crohn. Tak se stalo a byl vytvořen soubor celkem 14 pacientů s granulomatózní zánětem terminálního ilea a byla připravena publikace do prestižního časopisu JAMA. Podle tehdejších pravidel byli autoři seřazeni podle abecedního pořádku počátečního písmena příjmení a nikoliv podle podílu, který měli na vzniku publikace. Navíc chirurg Berg odmítl, aby byl pod článkem podepsán (ačkoliv všechny pacienty operoval), neboť článek sám nepsal. Jinak by byl on uveden na prvním místě a dnes bychom tuto chorobu označovali nejspíše jeho jménem. Ještě jedna náhoda přála B.B. Crohnova, aby se navždy tato choroba spojila s jeho jménem. Problematika regionální enteritidy byla rovněž

zařazena na pořad jednání zasedání American Medical Association v roce 1932, název sdělení byl převzat z původní publikace z JAMA a B. B. Crohn byl uveden již jako jediný autor. Již od roku 1936 se objevily práce (Crohn a Rosenak) o existenci pacientů nejen s postižením terminálního ilea, ale také tlustého střeva. Až do konce 50. let se mělo za to, že regionální enteritida je jedinou lokalizací CN. Až práce Brookovy, Mormonovy a Lockhart-Mummeraho v letech 1959-1960 definitivně prokázaly, že onemocnění postihuje rovněž tlusté střevo. V dalších letech se ukázalo, že se jedná o onemocnění, které postihuje jakoukoliv část trávicí trubice a dokonce jsou popsány případy CN mimo lokalizaci trávicí trubice.

Z našich autorů to byli Herfort, Mařatka, Kudrman a Čapek, kteří v šedesátých letech publikovali v našem a světovém písemnictví své zkušenosti klinické, histologické a rentgenologické s CN na tenkém a tlustém střevě.

CN, tak jak ji známe dnes, se liší od typického popisu z počátku 30. let. Dnes se tak často nesetkáváme s obrovským hmatným infiltrátem v pravé jámě kyčelní. Spíše se objevují pacienti s dlouhotrvajícími průjmy, úbytkem hmotnosti, často jsou přítomny mimostřední projevy bez nápadněji vyjádřené břišní symptomatologie.

Počátkem 90. let došlo ještě k většímu posunu v pohledu na CN. Ukázalo se, že se jedná o heterogenní onemocnění s rozličnou lokalizací, projevy a komplikacemi, a proto je žádoucí vytvořit její přesnější klasifikaci, opírající se nejen o průkaz nemoci jako takové, ale je nutné vzít v úvahu i lokalizaci, klinický průběh a komplikace choroby. Jinak jsou výsledky terapie a sledování těchto nemocných neporovnatelné.

2.5.3 Terminologie užívaná v klinickém nálezu obou nemocí

Nákaza (ataka)

Tímto termínem rozumíme první klinickou manifestaci CN nebo UC.

Relaps, remise

Jako **relaps** označujeme opakovanou klinickou exacerbaci choroby, provázenou různými projevy aktivity zánětu (laboratorními, endoskopickými, histologicko-morfologickými, scintigrafickými atd.). V opačném významu používáme u osob symptomatických termín **remise**. Remise i relaps mohou být **kompletní**, tj. klinicky ani žádnou pomocnou vyšetřovací metodou nejsou prokazatelné známky aktivity. **Inkompletní**

remise obvykle značí, že nemoc je klinicky v klidu, ale přetrvávají známky aktivity v ukazatelích některých pomocných vyšetřovacích metod.

Recidiva (rekurence)

Toto označení používání u pacientů s CN. Znamená exacerbaci nemoci prokázanou objektivními metodami (histologicky, endoskopicky, rentgenologicky apod.) na původně nepostíženém úseku střeva. Klinické příznaky mohou nebo nemusí být vyznačeny.

Aktivita nemoci

Je charakterizována souborem klinických příznaků a znaků, četnými laboratorními, endoskopickými, rentgenologickými a histologickými odchylkami, které jsou projevem určité intenzity, lokalizace a rozsahu aktivních zánětlivých změn v trávicí trubice. Posuzování aktivity je mnohem přesnější u pacientů s UC než s CN.

Tíže (závažnost) nemoci

Odráží přítomnost klinických příznaků a znaků (somatických a psychických), které vznikají jako následek probíhajícího zánětu nebo jeho léčby a v různém rozsahu omezují nemocného v běžných životních aktivitách.

Terminologické označení průběhu onemocnění

Z klinického hlediska posuzujeme charakter *průběhu* onemocnění teprve podle frekvence recidiv za poslední 3 roky.

U ISZ ho můžeme rozdělit (především UC) do několika skupin:

- Charakter *intermitující*, kdy během dvou let má pacient maximálně jeden relaps
- *Remitující*, charakterizovaný opakovanými relapsy během jednoho roku
- *Vleklý*, kdy nebylo možno dosáhnout kompletní remise a nemoc probíhá stále s více či méně vyjádřenou aktivitou nemoci
- *Epizodický*, u kterého se krátkodobý relaps nemoci vyskytuje sporadicky v intervalech delších než 2 roky

Druhou kvalitou, kterou můžeme při dlouhodobém sledování nemocného posoudit, je vývoj nemoci. Vyjadřujeme tím:

- tendenci ke komplikacím
- odezvu na medikamentózní terapii
- nutnost operace

Z tohoto hlediska můžeme u obou chorob nalézt dvě varianty. Vývoj **regresivní** (příznivý), charakterizovaný chronickým intermitujícím průběhem, bez tendence ke zvětšování rozsahu choroby a bez tendence ke komplikacím. U většiny těchto pacientů dochází v průběhu sledování i ke zmenšování rozsahu zánětlivých postižení úseku střeva. Druhou krajní variantou je **progresivní** (nepříznivý) vývoj s částečnými melasy nebo vleklou aktivitou, tendencí ke komplikacím, nutností operačních řešení a kombinované dlouhodobé medikamentózní terapie. V průběhu sledování dochází ke zvětšování zánětlivě změněného úseku střeva, mezi oběma extrémními variantami je největší počet pacientů s vývojem **stacionárním**, u kterých nedochází k ústupu rozsahu ani intenzity aktivity zánětu v průběhu letitého sledování a nemoc probíhá s pravidelnými relapsy po dlouhou dobu.

2.5.4 Klasifikace zánětů tlustého střeva

Klasifikaci zánětů tlustého střeva lze vytvořit podle různých kritérií. Využíváme-li klinické hodnocení, můžeme zánětlivá střevní onemocnění rozdělit např. na:

- Akutní a chronická
- Podle etiologie na
 - záněty se známou
 - a neznámou etiologií
- Z anatomického hlediska je možné zánětlivé změny charakterizovat podle rozsahu postižení střeva na
 - difúzní nebo
 - segmentární
- Podle šíření do stěny střeva lze záněty rozdělit na
 - superficiální či
 - transmurální

Důležité je rozdělení podle etiologie, neboť umožňuje cílenou terapii. Mezi záněty s neznámou etiologií (ISZ v širším smyslu) patří UC, CN, „indeterminate colitis“, ale v širším pohledu také mikroskopické kolitida (kolagenní, lymfocytární).

Druhou skupinu představují heterogenní klinické jednotky, které mají etiologii a patogenezi známou nebo velmi pravděpodobnou (např. infekčně podmíněné záněty – bakteriální, virové, parazitární,...; záněty střev cévního původu – vaskulitidy, kolagenózy,...; záněty střev při celkových onemocněních – renální insuficience, leukémie, AIDS,...; iatrogenní poškození tenkého a tlustého střeva – polékové, diverzní kolitida,...; záněty tenkého a tlustého střeva vyvolané mechanickou překážkou; poškození tenkého a tlustého střeva faktory zevního prostředí - poškození sliznice chemikáliemi, poškození toxiny obsaženými v potravě; ...)

(Lukáš, M. et al.: *Idiopatické střevní záněty*, Galén, 1998)

2.6 EPIDEMIOLOGIE ISZ

Epidemiologické studie tvoří jeden z hlavních přístupů ve výzkumu etiologie a patogenese těchto nemocí a umožňují do určité míry vyhodnotit výsledky diagnostické a terapeutické péče o tyto pacienty. Od počátku 60. let, kdy byla odlišena CN od UC, přinášejí epidemiologické studie cenné údaje o základních charakteristikách CN a UC. Přesto i v současné době mají epidemiologická data řadu nedostatků, vyplývajících především z následujících důvodů:

- ✓ UC a CN jsou vzácná onemocnění, a proto není na žádném samostatném pracovišti shromážděno dostatečné množství nemocných, od nichž by bylo možno získat potřebná epidemiologická data. Proto je stále nutné provádět multicentrické studie s jejich přesnostmi, ale i nevýhodami
- ✓ Asi u 10% pacientů nelze diferencovat mezi CN a UC
- ✓ Tzv. proktitida je v některých zemích pokládána za samostatnou klinickou jednotku, v jiných je řazena k UC. Protože v některých studiích a lokalitách představuje více než 50% všech nemocných s UC, je výsledná hodnota prevalence a incidence zkreslována
- ✓ U některých nemocných probíhá choroba symptomaticky, u jiných s mírnými projevy. Někteří nemocní vůbec nevyhledávají lékařskou péči, a tak nemohou být evidováni.

- ✓ Diagnostická kritéria těchto nemocí nejsou všeobecně a stejně přijímána.

2.6.1 Význam epidemiologických studií

Aby bylo možné lépe pátrat po epidemiologii a patogenезi nemoci, jsou nutné rozsáhlé epidemiologické studie, přinášející informace o přirozeném vývoji nemoci, frekvenci komplikací, incidenci a prevalenci obou chorob v závislosti na věku, povolání, geografické lokalizaci a o výskytu karcinomu v průběhu UC a CN. Epidemiologické studie mohou objasnit úlohu dědičnosti a vliv faktorů zevního prostředí u těchto nemocí.

2.6.2 Incidence a prevalence

V řadě zemí, kde byly epidemiologické studie u nemocných s UC a CN prováděny, se zjistilo, že incidence i prevalence kolísají v závislosti na řadě činitelů, jako je geografická poloha, socioekonomická struktura společnosti, věk, životní styl a rasová nebo etnická příslušnost.

***Prevalence** – počet všech případů určitého onemocnění vztažených obvykle na 100.000 obyvatel a kalendářní rok*

***Incidence** – počet nově vzniklých případů daného onemocnění za 1 rok, vztažený na určitý počet obyvatel, nejčastěji na 100.000*

(Vokurka, M., Hugo, J.:Praktický slovník medicíny, Maxdorf, 2004)

Incidence a prevalence ulcerózní kolitida ve světě

Největší incidence UC je v oblasti západní a severní Evropy a severovýchodní části USA. V těchto částech světa dosahuje hodnot 5-8/100.000 obyvatel, v některých místech, jako je severní Anglie, Skotsko, střední část Švédska a oblast v okolí Rochesteru v USA, dokonce 11-15. lokality se středním výskytem UC představují střední a východní Evropa a oblasti středomořské. V těchto zemích je incidence nemoci odhadována na 0,5-2. nejnížší výsky UC mají země afrického a asijského kontinentu.

Prevalence se pohybuje v zemích severní a západní Evropy a v USA v rozmezí 35-117, extrémně vysoká je v oblasti Orchestru (Minnesota, USA), kde je 212,6.

Incidence a prevalence Crohnova nemoci ve světě

Incidence CN prudce vzrostla především v 60. a 70. letech. Strmý vzestup počtu onemocnění touto chorobou má nepochybně několik různých příčin. Zdá se, že skutečně stoupl absolutní počet nových onemocnění. Musíme však konstatovat, že právě na počátku 60. let byla definitivně a všeobecně akceptována skutečnost, že CN se vyskytuje v kterékoliv části trávicí trubice a řada případů segmentární kolitida byla neklasifikována jako CN. Dalším faktorem je, že od počátku 70. let došlo k rozšíření endoskopických technik, které umožnily přesnější diagnostiku, a tak zjištění i lehkých tvarů nemoci, které dříve mohly uniknout pozornosti.

Epidemiologické studie, které probíhaly v těchto letech, prokázaly nárůst incidence CN přesahující 100%. Od počátku 80. let bylo z několika studií (Švédsko, Dánsko, USA) patrné, že nárůst incidence CN již nepokračuje a že nárůst incidence CN již nepokračuje a že se v těchto zemích s vysokou incidencí udržuje na stabilní úrovni. Ve studiích z jiných zemí (Izrael, Skotsko) je však i nyní zaznamenáván pozvolný vzestup incidence, ne však již tak prudký jako v 70. letech.

Incidence CN v jednotlivých zemích je podobně jako u UC různá. Mezi země s nejvyšším výskytem patří Švédsko, Velká Británie a severovýchodní oblast USA s incidencí kolem 9 až 10 nových případů na 100.000 obyvatel. Naopak extrémně nízká je v asijských a afrických zemích (v roce 1979 v Japonsku 0,08, v Jihoafrické republice 0,7). Země v oblasti Středomoří, východní části Evropy, Austrálie a Nový Zéland vykazují incidenci od 0,5 do 2, což znamená střední výskyt.

Incidence CN se pohybuje v zemích severní a západní Evropy v širokém rozmezí mezi 35-75 případů na 100.000 obyvatel. Nejvyšší prevalence je opět v oblasti Rochesteru (Minnesota, USA), kde dosahuje hodnoty 90,5.

Incidence a prevalence ulcerózní kolitida v České republice

Incidence UC se od roku 1968 do roku 1987 více než zdvojnásobila. Ostatní. Celkem bylo roku 1988 evidováno v českých zemích 2669 nemocných s UC. Výskyt nemocných vrcholil podle Bittnera mezi 20. a 30. rokem života, druhý (menší vrchol byl mezi 50.-59. rokem.

Prevalence byla stanovena na 39,2.

Incidence a prevalence Crohnova nemoci v České republice

Incidence se výrazně nezměnila, v letech 1975 až 1987 byl zaznamenán jen nepatrný nárůst, zvýšila se z 1,33 pouze na 1,75.

Ve své studii uvádí Bittner, že v České republice je prevalence CN 17,7. Celkem bylo v roce 1988 ve sledovaných oblastech evidováno 1207 nemocných s CN.

V roce 1995 Pelech uvedl epidemiologické poznatky, když referoval o předběžných výsledcích prvního roku tříleté studie incidence ISZ, která probíhala současně v několika vybraných okresech v Čechách a na Moravě v rámci European Collaborative Study on Inflammatory Bowel Disease. Výsledky z některých oblastí České republiky byly překvapivé a několikanásobně překročily očekávané hodnoty.

OBLAST	POČET OBYVATEL	UC	CN
Haná	200 000	3,5	1,5
Praha 4	142 000	12,7	2,8
Kladensko	96 000	7,3	1,04
Jihlavsko	108 000	6,5	0,9
Děčínsko	85 000	2,4	2,4
Krnovsko	50 000	8,0	4,0
Brno	120 000	3,3	0,8

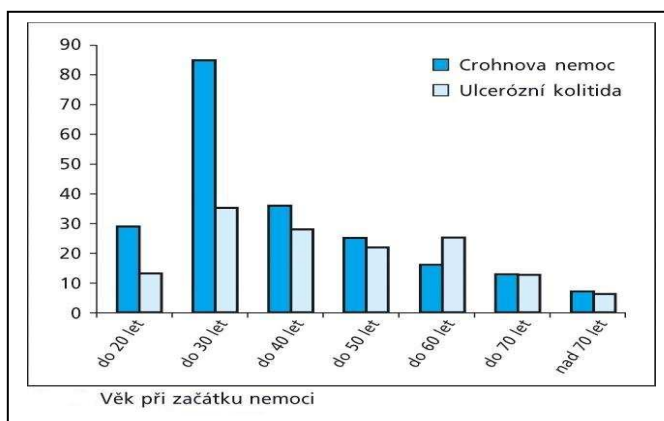
Obr.3 Incidence UC a CN v některých oblastech České republiky (podle Pelecha, 1995)

(Lukáš, M. et al.: Idiopatické střevní záněty, Galén, 1998)

Incidence a prevalence v regionu Pardubice

Incidence se v posledních 10 letech v pardubickém okrese pohybuje u CN v rozmezí 5,6-14,4/100.000 obyvatel. U UK je 1,9-10,0/100.000 obyvatel.

Prevalence CN byla v roce 2003 114/100.000 obyvatel, UK 83,1/100.000 obyvatel. Nejčastější výskyt CN je ve věku 20-30 let, u UK mezi 20.-60- rokem života.



Obr. 4 Věk při začátku nemoci

(zdroj - Česká a slovenská gastroenterologie a hematologie, Číslo 5, září 2005, ročník 59: Nespecifické střevní záněty v regionu Pardubice: Josef Hájek, Pavel Sillinger, Petr Vyhnálek, Roman Bok, Jiří Fabián)

Byla zjištěna vysoká incidence i prevalence nespecifických střevních zánětů, především CN, která je v naší oblasti častější než UK. Do studie bylo zařazeno 211 pacientů s CN a 142 pacientů s UK.

	Crohnova nemoc	Ulcerózní kolitida
Počet pacientů	211	142
Muži	114 (54%)	66 (46,5%)
ženy	97 (46%)	76 (53,5%)

Obr. 5 Celkový počet pacientů (zdroj - Česká a slovenská gastroenterologie a hematologie, Číslo 5, září 2005, ročník 59: Nespecifické střevní záněty v regionu Pardubice: Josef Hájek, Pavel Sillinger, Petr Vyhnálek, Roman Bok, Jiří Fabián)

(Česká a slovenská gastroenterologie a hematologie, Číslo 5, září 2005, ročník 59: Nespecifické střevní záněty v regionu Pardubice: Josef Hájek, Pavel Sillinger, Petr Vyhnálek, Roman Bok, Jiří Fabián)

2.6.3 Epidemiologické vztahy

Nápadné změny v incidenci a prevalenci UC a CN není možné vysvětlit genetickými faktory, protože by potřebovaly mnohem delší dobu k tomu, aby se mohly takto fenotypicky (*fenotyp = pozorovatelný vzhled či vlastnost jedince, který je výsledkem jeho dědičných vloh; Vokurka, M., Hugo, J.:Praktický slovník medicíny, Maxdorf, 2004*) projevit. Zdá se, že velmi důležitý význam v etiologii a patogenezi obou nemocí mají činitelé zevního prostředí, jejichž zkoumání je doménou právě epidemiologických studií.

- Severo-jihní gradient ve výskytu idiopatických střevních zánětů – Rozsáhlé epidemiologické studie provedené v 80. letech v Evropě ukázaly, že ve výskytu ISZ existuje výrazný severojižní gradient. Nejvyšší výskyt je pozorován ve Skandinávii, Anglii a Skotsku, a klesající tendencí přes střední a východní Evropu až do oblastí u Středozevního moře. Vůbec nejnižší výskyt ISZ je zjišťován v zemích Afriky a Asie. Situace v Austrálii a Novém Zélandu je srovnatelná se střední a východní Evropou. Příčin nápadně odlišných údajů z jižních zemí je celá řada. Nabízí se především možnost vlivu klimatických faktorů, způsobů výživy a obvykle nižšího socioekonomického standardu těchto zemí. V oblasti Afriky a Asie má asi významnou úlohu nižší úroveň zdravotní péče a také endemický výskyt infekčně podmíněných zánětů střev, které mohou diagnostiku UC nebo CN ovlivňovat.

- Výskyt idiopatických střevních zánětů v závislosti na věku – Obě nemoci se nejčastěji objevují v adolescenci nebo v nižším dospělém věku, nejčastěji jsou mezi 15. až 25 rokem života. Druhý vrchol je mezi 50. až 80. rokem života. Přesně vysvětlení bimodálního tvaru křivky incidence těchto nemocí chybí. Předpokládá se, že se zde mohou uplatňovat faktory zevního prostředí, jejichž účinek je závislý na genetické predispozici nemoci a délce jejich působení. Někteří pomýšlejí i na spoluúčast možné mezenterální vaskulární insuficience. Svůj vliv může mít i to, že nemocní ve středním a vyšším věku jsou častěji intenzívně vyšetřováni.
- Výskyt idiopatických střevních zánětů v závislosti na pohlaví – V žádné větší studii nebylo jednoznačně prokázáno, že existuje větší vazba ISZ na ženské nebo mužské pohlaví. Pouze se zdá, že ženy mají nepatrně větší riziko vzniku CN, a naopak muži UC. V domácích pracích ani tento mírný trend potvrzen nebyl.
- Výskyt idiopatických střevních zánětů u Židů – Epidemiologických studiích provedených v Izraeli i jinde ve světě na emigrantech židovského původu, bylo prokázáno, že u Židů, kteří emigrovali do Izraele z Evropy nebo Severní Ameriky (Aškenázové), je nápadně vysoký výskyt UC a CN, se stále stoupající tendencí v posledních dvaceti letech.

V evropských zemích, ve kterých je incidence ISZ vysoká, je výskyt UC a CN výrazně zvýšen v komunitách židovských emigrantů, kteří v těchto zemích žijí.

Zdá se, že u Židů existuje geneticky predisponovaná subpopulace, u které ve spojitosti s faktory zevního prostředí dochází k nápadně častější fenotypické manifestaci UC a CN.

(Lukáš, M. et al.: *Idiopatické střevní záněty*, Galén, 1998)

2.7 ETIOLOGIE A PATOGENEZE

Etiologie a patogenese Crohnova nemoci a ulcerózní kolitida se skoro ve všech publikacích řeší společně tak, jako by šlo o tutéž nemoc. Avšak otázka, je-li tomu tak, není rozhodnuta. V této práci budu probírat CN a UC zvlášť i se zvláštnostmi, které se u jednotlivých nemocí projevují a které mohou pomoci odpovědět na otázku po jejich identitě.

Výzkumem ISZ se zabývá řada oborů – experimentální patologie, epidemiologie,

genetika, patologie a histopatologie, psychologie a psychiatrie, infekciologie, imunologie aj. Každý z nich přinesl významné příspěvky, ale žádnému se nepodařilo předložit celkové jednotné pojetí. Výzkumní odborníci zakládají svou koncepci většinou na svém oboru, a je tedy na klinikovi, který není angažován v jistém směru, ale má o všech přehled, aby se o takovou ucelenou koncepci pokusil.

V tomto stručném přehledu probereme nejprve jednotlivé přístupy a pak se pokusíme odpovědět na otázky po příčinách a nozologické identitě obou nemocí.

Nozologie – obor zabývající se tříděním a názvoslovím nemocí

(Vokurka, M., Hugo, J.:Praktický slovník medicíny, Maxdorf, 2004)

2.7.1 Animální a experimentální patologie

U opic, psů, vepřů a jiných zvířat se vyskytují spontánní střevní nemoci, které mají některé podobnosti s lidskými ISZ, zvláště s CN, a pokusně lze vyvolat UC tlustého střeva. Žádný z těchto chorobných stavů se však nepodobá lidským nemocem klinickým průběhem.

2.7.2 Epidemiologie a genetika

Řada faktů dokládá význam **dědičnosti** u obou ISZ. Avšak nové poznatky svědčí o tom, že genotyp UC a CN jsou alespoň z části odlišné. Jsou to zvláště sérové markery – antineutrofilové cytoplasmatické protilátky ANCA, 20P-1 cytokinin (tumor necrosis factor TNF-alfa) a jiné laboratorní nálezy, jež kromě toho i diferencují u každé z nich různé podskupiny. Pro význam dědičnosti svědčí vyšší rodinný výskyt, většinou pro tutéž nemoc.

Epidemiologická fakta ukazují na význam **vlivů prostředí**. Povaha těchto zevních vlivů nebyla objasněna, ale zřejmě souvisí s civilizací. Lze soudit, že CN vzniká na základě vrozené dispozice vlivem zevních faktorů. Proti tomu incidence UC se významně nemění, po několik desetiletí zůstává přibližně stejná – vyšší v zemích civilizačně vyspělých, nižší v zemích rozvojových. Faktory zevního prostředí se zde patrně uplatňují v menší míře.

2.7.3 Patologie a histopatologie

Makroskopické-morfologické nálezy se u obou nemocí liší v těchto bodech:

- UC postihuje přednostně konečník, pokud postihuje i tračník, je to vždy v souvislosti s konečníkem a zcela difúzně, zánět je omezen na tlusté střevo.
- CN postihuje jeden nebo více úseků střeva tenkého nebo tlustého, přednostně oblast ileocekální, při rozsáhlejšímu postižení se mezi částmi postiženými mohou vyskytovat úseky nepostižené.

Mikroskopické charakteristiky se liší zvláště v časných obdobích, kdy se výrazně projevují:

- U proktokolitidy je změna ve sliznici a projevuje se hemoragicko-katarálním zánětem s tvorbou kryptových abscesů a deplecí (*úbytek, nedostatek*) pohárkových buněk.
- U regionální enterokolitidy je změna v lymfatických foliklech a Peyerových plátech, jež zduřují a vředovají. Tak vznikají typické aftoidní vředy obsahující sakroidní granulómy; ty se ovšem vyskytují i v jiných vrstvách střevní stěny. V pokročilejších stádiích nemoci se zánětlivé změny dále vyvíjejí a rozšiřují.

2.7.4 Psychogeneze

Psychosomatické faktory byly svého času pokládány za velmi významné zvláště u UC, kdežto dnes se jim přisuzuje spíše podpurný vliv na průběh imunologických pochodů, které jsou pod vlivem centrálně nervové regulace. Emoční poruchy jsou pochopitelně výrazné u chorob, které tak významně zasahují do společenských a citových vztahů a musí se jim věnovat v terapii přiměřená pozornost. Jako primární etiologie se však dnes psychogeneze neuplatňuje.

2.7.5 Infekce

Význam infekce v etiologii ISZ prošel několika obdobími. V prvním byly směřovány se specifickými infekčními chorobami – UC s dysenterii, CN s tuberkulózou. V druhém období se tato spojení nepotvrdila a příčina se hledala v jiných mechanismech. V současné době se zájem o infekční příčinu obnovil u Crohnovy nemoci. Předpokládá se působení mykobaktérie, *Campylobacteria*, některých virů. Skutečný průkaz však není.

2.7.6 Imunologie

Imunopatologie je dnes na prvním místě v úvahách o příčině ISZ. Obviněny byly odchylky v různých imunitních mechanismech. Jsou to:

- Časná hypersenzitivita (atopie)
- Místní tkáňová reaktivita (Shwarzmanův jev)
- Protilátková a autoprotilátková cytotoxicita zprostředkovaná buňkami
- Pozdní buněčná hypersenzitivita
- Imunitní komplexy
- Imunodeficience

Odchylky v těchto mechanismech byly skutečně u obou nemocí prokázány, avšak nikoliv ve stejné kvalitě a kvantitě. V nálezech různých autorů se výsledky značně liší a nedospělo se k jednotnému názoru kromě toho, že obě nemoci mají značné poruchy v syntéze a sekreci imunoglobulinů, zvláště IgA. Takový výsledek je však znám i u jiných střevních nemocí, např. u celiakie a u nádorů.

Tyto poznatky svědčí o tom, že popsané imunologické změny jsou asi sekundární a že patří do tzv. druhotného syndromu podobně jako infekční.

2.8 JEDNA NEBO DVĚ NEMOCI?

Dříve než přikročíme k ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci konkrétně, pokusím se odpovědět na výše položenou otázku: **Jsou ulcerózní kolitida a Crohnova nemoc jedna nebo dvě nemoci?** Oba názory mají své zastánce, opírající se zvláště o podobnost střevních a extraintestinálních příznaků a terapeutických postupů. Avšak tato podobnost se týká jen případů těžkých, pokročilých. Začátky a časná období se u obou nemocí liší a teprve rozvoj klinických i morfologických nálezů je vzájemně přibližuje. Jisté společné příznaky lze zjistit u všech střevních nemocí. Na druhé straně jsou významné rozdíly v lokalizaci a v průběhu:

- ✓ UK postihuje sliznici, predilekčním místem je konečník, postižení je difúzní, průběh je nárazový, relaps jsou ve skutečnosti exacerbacemi v téže lokalizaci, s eventuálním rozšířením do oválnějších úseků
- ✓ Proti tomu CN postihuje celou stěnu transmulární, predilekčním místem je oblast ileocekální, postižení je segmentální, průběh je chronický a recidivy postihují úseky

dosud zdravé, často „napřeskáčku“. Pro odlišnost od UK svědčí i granulomy, jež jsou patrně reakcí na antigeny.

Odlišný je v jistém ohledu i léčebný postup: chirurgickému léčení se podrobuje 5-10% nemocných s UK, ale 70-80% nemocných s CN. Prognóza se liší v tom, že UK může být vyléčena vynětím konečníku a tračníku, zatímco pro CN nemoc neexistuje radikální léčení. Také v laboratorních výsledcích jsou významné rozdíly svědčící pro různost patogenních mechanismů.

Na položenou otázku můžeme tedy odpovědět tak, že nemoci mají mnoho společného, avšak podobnost se týká převážně pokročilých období. Čím má choroba těžší průběh, tím větší je podobnost klinických příznaků i nálezů morfologických a laboratorních.

2.9 ETIOLOGIE A PATOGENEZE

2.9.1 Etiologie a patogeneze ulcerózní kolitidy

Vlastní příčina, tj. etiologie není známá, ale – pokud existuje – lze předpokládat, že postihuje sliznici konečníku a tračníku difúzně zevnitř, tj. krevní nebo nervovou cestou. Tak vzniká základní katarálně-hemoragický zánět, typický pro lehkou formu UK. K tomu přistupují projevy infekční, imunitní a systémové s celkovou klinickou a laboratorní odezvou charakterizující těžkou formou. Intenzita těchto příznaků určuje tíži nemoci a vysvětluje i terapeutické výsledky.

Toto pojetí může vysvětlit některé zvláštnosti klinického obrazu a léčebných výsledků:

- 1) Lehká, rektální forma UK je vyvolána primární příčinou, jejíž povaha není známá a proti níž není specifický lék. Tento základní proces se objevuje a mizí periodicky, což je podstatou typického nárazového průběhu. Periodické exacerbace lze v jejich zánětlivých důsledcích zčásti omezit, avšak nelze jim zcela předejít.
- 2) U těžké (levostranné nebo totální) formy převládají druhotné projevy způsobené přidruženou infekcí, senzitivací, karencí atd. a tato celková odezva reaguje na přiměřené léčení antiinfekční, imunologické, substituční atd. Proto je léčba těžkých forem paradoxně lépe ovlivnitelná terapií než formy lehké.
- 3) Je-li u nemocného s těžkou formou provedena kolektomie s ileorektální anastomózou, stav sliznice v pahýlu konečníku se změní podle stadia, v němž byla operace

provedena. Byla-li základní porucha v době operace aktivní, pak v pahýlu přetrvává lehký aktivní zánět. Byla-li nemoc inaktivní, dojde k úplné normalizaci, avšak v budoucnu se může zánět opět objevovat.

2.9.2 Etiologie a patogeneze Crohnovy nemoci

Ani zde není prvotní etiologický faktor znám, ale lze soudit, že vstupuje do střevní stěny ze střevního lumen (*vnitřek trubicového orgánu*) a má ráz nerozpustného antigenu. Na rozdíl od UK není proces omezen jen na sliznici, a proto vyvolává ve stěně střeva chronický zánět s tendencí pronikat do hloubky a hojit se fibrózou (*zmnožení vaziva v určitém orgánu na úkor funkční tkáně*). Význačnými znaky odlišující tuto nemoc od UK jsou segmentální lokalizace s predilekcí pro části střeva s mohutným lymfatickým systémem (oblast ileocekální) a postižení nejen střeva tlustého, nýbrž i tenkého, ebeny. I jiných úseků trávicí trubice. Významný je také sklon k recidivě po resekci tenkého střeva bez ohledu na to, která část střeva byla použita k anastomóze.

2.10 KLINICKÝ OBRAZ

2.10.1 Ulcerózní kolitida

Příznaky

- Dominantním příznakem UK je **průjem**, který je obvykle, ale ne vždy, spojen s **příměsí krve** ve stolici. Vyprazdňování je časté, ale stolice jsou málo objemné, což je důsledek dráždivosti zánětlivě změněného rekta.
- Nemocný si může stěžovat na **tenesmy, rektální bolest a nucení na stolici**, při kterém může odcházet jen nevelké množství krve nebo krvavého hlenu.
- Často se objevují kumulované ranní defekace, někdy se zlepšením stavu během dne a s opětovným večerním zhoršením. Při těžším průběhu a větším rozsahu zánětu mají nemocní i více než 20 vodnatých stolic za den, a defekace mohou být i během noci.
- V některých případech při bolestivých spazmech v oblasti anorektální může dojít, zejména u starších nemocných, k funkční obstrukci a následně **zácpě**.

- Pokud je zánět omezen jen na rektum, krev je jen na povrchu stolice, která může být formovaná, při rozsáhlejší postizení je krev přimísena do stolice. Hemoragie může být i masivní, což je vysvětlováno mechanickým traumatem zánětlivě změněné sliznice při průchodu stolice.
- Z dalších symptomů se mohou vyskytnout **bolesti v břiše**. Bolest může být tupá nebo ostrá a je obvykle lokalizována do dolní poloviny břicha, nebo může sledovat postižený anatomický úsek střeva. Bolest se může objevovat po jídle, pak je křečovitá a obvykle vymizí po vyprázdnění. Břišní bolest je důsledkem spasmů muscularis mucosae a střevní dispenze.
- Dalším projevem nemoci bývá **teplota**, která je častá u středně těžké a těžké formy ulcerózní kolitidy. Často se vyskytuje večerní špička, kdy teplota stoupá nad 38°C.
- Častým příznakem UK je **anorexie**, způsobená nauzeou, častým pocitem sytosti, celkovou únavou a bází, že jídlo může vyvolat průjem a abdominální bolesti.
- **Zvracení**, při nepřítomnosti mechanické obstrukce, je časté u těžkého průběhu.
- Variabilní je u nemocných s UK **úbytek na váze**, který je tím větší, čím rozsáhlejší je postižení tlustého střeva. Příčiny úbytku na váze jsou multifaktoriální: anorexie, zvracení, odmítání potravy pro bolesti objevující se po jídle, hypoproteinemie, a předpokládá se při zánětlivém procesu metabolická reakce, kdy dochází ke zvýšení hladiny kortikosteroidů a katecholaminů, které podporují mobilizaci tuků a svalových proteinů do aminokyselin pro glukoneogenezi.
- Systémové projevy – teplota, nevolnost a úbytek na váze – jsou častější při rozsáhlém postižení tračníku.

Fyzikální vyšetření

- Při lehké nebo středně těžké kolitidě může být nález při fyzikálním vyšetření normální.
- Při těžším průběhu se objeví **teplota, tachykardie a úbytek kožního turgoru**.
- Při vyšetření břicha lze poklepem zjistit **dispenzi** (*roztažení, rozpětí*) střeva plynem s **palpační bolestivostí** v průběhu tlustého střeva, které může být někdy hmatné jako rourovitá **rezistence** (*tužší útvar, který klade odpor při vyšetření pohmatem*).
- Vyšetření per rektum je často bolestivé, sfinkter (*svěrač*) bývá spastický, sliznice může být nerovná.

- Důležité je vyšetření kůže, očí a kloubů, kde mohou být patrné extraintestinální manifestace.
- U dětí může být **retardace růstu**.

Klasifikace ulcerózní kolitidy dle anatomické lokalizace

Nejčastěji užívaná klasifikace ulcerózní kolitidy je dle rozsahu postižení:

1. **pankolitida** – postižení celého tračníku
2. **subtotální forma** – tračník je postižen od rekta po hepatální ohbí
3. **levostranná forma** – tračník je postižen od rekta po lineální ohbí
4. **proktosigmoiditida** – postižení rekta a sigmoidea
5. **proktitida** – je postiženo jen rektum

Pro praxi je obvykle vyhovující dělení na:

1. **tvár lehký (rektální)**, který je v 30-50% případů
2. **tvár středně těžký (levostranná kolitida)**, která je u 30-50% nemocných
3. **tvár těžký (pankolitida)**, která bývá v 15-20% případů

Za diagnosticky nejcennější známku pro ulcerózní kolitidu je považováno postižení konečníku. V raritních případech může být rektum ušetřeno.

2.10.2 Crohnova nemoc

Příznaky

Převažujícími symptomy Crohnovy nemoci je triáda: **průjem, bolesti břicha a úbytek na váze**. Kterýkoliv z těchto projevů nemoci může být dominantní, na rozdíl od UK, kde průjem je převládajícím projevem nemoci. Úvodní projevy CN nemusí být dramatické, pacienti si mohou po dobu mnoha měsíců (až let) stěžovat na neurčité bolesti v břiše a na intermitentní průjem (*přerušovaný, s přestávkami*). Časový interval od začátku symptomů do diagnózy je široce variabilní, diagnóza může mít prodlení mnoho let (průměrně 4-5,5 let).

Průjem je častý, ale závisí na anatomické lokalizaci CN.

- Při postižení tlustého střeva je průjem v 65-90% případů.
- U nemocných s postižením rekta mohou být **málo objemné stolice** spojené s naléhavým nucením a s **tenesmy**.
- Při postižení tenkého střeva jsou **stolice objemné** a nejsou spojeny s naléhavým nucením a s tenesmy.

- Při strikturách na tenkém střevě dochází k bakteriálnímu přerůstání s dekonjugací žlučových solí a k tukové malabsorpci s následnou **steatoreou** (*nadměrná přítomnost tuku ve stolici*)

Okultní krvácení je ve stolici časté. Masivní krvácení při postižení tlustého střeva se vyskytuje asi ve 2%.

Lokalizace **bolesti** obvykle souhlasí s lokalizací onemocnění. Nejčastější jsou křečovitě bolesti v pravém dolním kvadrantu u nemocných s postižením ilea. Bolesti v břiše se vyskytují v 70-90% případů. Bolest se objevuje po jídle, pravděpodobně souvisí s částečnou intermitentní obstrukcí zúženého střevního lumen a je způsobena napětím stěny střeva v dilatovaném segmentu proximálně (*blíže počátku*) od obstrukce a kontrakcemi svaloviny tenkého střeva, které se sněží protlačit střevní obsah zúženým segmentem. Viscerální bolest (*útrobní, týkající se vnitřních orgánů*) vzniká při zánětu serózy (*tenká lesklá blanka vystýlající některé tělesné dutiny*), jehož příčinou je transmurální zánět (*zánět procházející celou stěnou*). **Abdominální dispenze** (*roztažení, rozepětí*), **nauzea** a **zvracení** mohou bolest doprovázet.

10-20% nemocných má **úbytek na váze** až o 20% tělesné hmotnosti. Někdy je úbytek na váze důsledkem malabsorbce, ale většinou jsou příčinou porušený příjem, kdy pacient odmítá přijímat potravu, protože přináší bolest nebo průjem a často je důvodem anorexie.

Postižení tlustého střeva je spojeno s vysokým výskytem **enteroragie** a **perianálního postižení**, ale s nízkým výskytem vnitřních píštělí a obstrukce. Naopak postižení tenkého střeva je spojeno s vysokým výskytem **obstrukce**, ale s nízkým výskytem krvácení a perianálního postižení.

Často jsou prvními projevy CN **extraintestinální manifestace** nebo postižení oblasti perianální, které mohou diagnózu Crohnovy nemoci předcházet i o několik let.

Postižení jícnu CN se projevuje **prózou** (*pálení žáhy*), **dysfagií** (*ztížené polykání*) a **odynofagií** (*bolestivé polykání*) nebo **bolestí za sternem**.

Klinické projevy **postižení žaludku** a **duodena** jsou variabilní. nemoc může být symptomatická, nebo se projevuje **nespecifickými potížemi**, **úbytkem na váze**, **bolestí v epigastriu**. Při stenóze pyloru a duodena je **nauzea** a **zvracení**. Krvácení je raritní. Postižení Vaterské papily se může projevit **biliární kolikou**.

Fyzikální vyšetření

Objektivní nález obvykle závisí na lokalizaci a tíži onemocnění. Je-li nemoc aktivní, pacient je **bledý, slabý** a má **vzhled chronicky nemocného**.

- Při vyšetření dutiny ústní mohou být na rtech, sliznici a jazyku ploché **aftoidní léze**, hluboké **ulcerace**, **fisury**, atd. Orální léze mohou být bolestivé i nebolestivé, jednotlivé i mnohočetné. Může být přítomna tonzilitida (*zánět krčních mandlí*) a periodontitida (*zánět ozubice*).
- **Břicho** je **citlivé**, typicky v oblasti aktivity nemoci. Ztluštělé střevní kličky a mesenterium (*slouží k připevnění střeva k zadní stěně dutiny břišní*) nebo absces jsou příčinou **pocitu tlaku** a **hmatné rezistence** zejména v pravém dolním kvadrantu. Rezistence mění svou velikost v závislosti na množství střevního obsahu a na stupni zánětu.
- Přítomnost perianálního onemocnění se projeví viditelnými **ústími píštělí**, indurací (*chorobné ztvrdnutí tkáně či orgánu způsobené množstvím vaziva*), zarudnutím a bolestmi v okolí anu.

Klasifikace Crohnovy nemoci dle anatomické lokalizace

1. **Ileitida** (regionální ileitida) – Terminální ileum je často postiženo dlouhou dobu před závažnými projevy nemoci. Vyskytuje se ve 25-35% případů, po mnoho let mohou být jen kolikovitě bolesti v břiše a zvýšená sedimentace červených krvinek. Nemoc se projevuje krvácením, perforací tenkého střeva, strikturami, píštělemi, tvorbou abscesů. Po chirurgickém výkonu často rekuruje (*vrací se zpět*).
2. **Ileokolitida** – jak název napovídá, je postiženo terminální ileum a přilehlá část tračníku, buď jen cékum (**ileocekální forma**) nebo vzestupný tračník (**ileokolonická forma**). Je nejčastější formou Crohnovy nemoci (45%) s vysokou morbiditou, která je způsobena s největší pravděpodobností přítomností vnitřních píštělí a perianální nemoci, které vyžadují více operačních řešení než ostatní formy. Ileokolitida se projevuje krvácením, perforacemi, tvorbou striktur s následnou obstrukcí, tvorbou píštělí a abscesů a častou rekurencí po chirurgickém výkonu.
3. **Kolitida** – bývá asi ve 30% případů. Nemocní s postižením tračníku mají často perianální postižení a hlavní akutní komplikací je toxické megakolon, které je méně časté než u ulcerózní kolitidy. Nezřídka se vyskytují extraintestinální manifestace. **Distální kolitida** s postižením rekta a sigmoidea je častější u starších nemocných (v 11-20%).
4. **Anorektální onemocnění** bývá často sdruženo s kolitidu nebo ileokolitidou a jeho projevy mohou být první manifestací Crohnovy choroby, které zřejmě předcházejí

zánětu proximálnějších partií střeva. Anorektální postižení bývá až ve 30-40% případů.

5. Postižení **apendixu** je časté (50%) při ileokolitidě. Izolovaná Crohnova nemoc apendixu je méně obvyklá. Po apendektomii je riziko tvorby píštěle.
6. **Orální postižení** bývá zpravidla ve spojení s ileokolitidou, ale může být i jediným projevem nemoci.
7. **Gastroduodenální postižení** není časté (0,5-4%).
8. **miliární Crohnova nemoc** je neobvyklá varianta nemoci, kdy se na seróze tenkého střeva jsou makroskopicky patrné miliární uzlíky. Klinicky se projevuje břišní bolestí, úbytkem na váze, průjmem, teplotou. Rentgenové vyšetření nalezná změny na tenkém střevě. Po chirurgické resekci prokáže histologické vyšetření změny typické pro Crohnovu nemoc.

2.11 PRŮBĚH A VÝVOJ

2.11.1 Ulcerózní kolitida

Důležitou charakteristikou UK je **průběh** a je nutné znát i faktory, které jej mohou ovlivnit. Nejdůležitějšími z nich jsou věk a rozsah postižení v době prvních projevů nemoci, trvání a tíže symptomů při prvních projevech.

- U 18% nemocných s ulcerózní kolitidou je jen **jedna ataka** akutní kolitidy.
- 7,2% nemocných má **chronický kontinuální průběh** s perzistentními (*přetrvávajícími*) symptomy a nekompletní remisí, z nichž někteří vyžadují podávání kortikoidů i v remisi.
- Většina nemocných (64,4%) má **chronický intermitentní průběh** (*přerušovaný*) s relapsy a remisemi.
- Část pacientů (8%) má **průběh fulminantní** (*velmi prudce probíhající*), který může skončit fatálně (4%).
- 8% pacientů se podrobí totální kolektomii v průběhu první ataky.

Počáteční ataka ulcerózní kolitidy může být fulminantní, ale většinou nemoc začíná nenápadně průjmem, který později bývá krvavý. Příznaky postupně narůstají v průběhu několika týdnů.

- Asi 54% pacientů s ulcerózní kolitidou má první ataku lehkou. Takový průběh je obvyklý u proktitidy a proktosigmoiditidy, ale může být dokonce u pankolitidy. Při lehkém průběhu, který má většina nemocných, je obvykle jedinou stížností průjem s příměsí krve. Lehké onemocnění, zejména je-li omezeno jen na rektum, může být často spojeno s normálními nálezy při fyzikálním a laboratorním vyšetření. Aktivita na počátku může být mírná, ale první projev může být i toxické megakolon.
- Středně těžké onemocnění se projeví 5-6 stolicemi s příměsí za den, bolestí v břiše, únavou, teplotou. Břicho je palpačně bolestivé, auskultace břicha je normální.
- Asi u 1/5 nemocných se ulcerózní kolitida projeví při první atace těžkým onemocněním s krvavým průjmem s častou frekvencí defekací. Pacient se cítí slabý, což jej upoutává na lůžko. V dalším průběhu ubývá na váze, objeví se hypoalbuminémie, anemie, teplota a tachykardie. Při palpaci je výrazná bolestivost v průběhu tlustého střeva. Je-li při auskultaci břicha bypoaktivita nebo dokonce vymizení břišních zvuků, ukazuje to na úbytek motility a je známkou těžkého onemocnění. Objeví-li se navíc vyklenutí břicha, je nutno uvažovat o atonii a toxickém megakolon.
- Do remise přechází při první atace více než 90% nemocných s lehkým onemocněním a jen 38% nemocných s těžkým průběhem.
- A naopak chirurgickou léčbu při první atace vyžaduje 29% nemocných s těžkým průběhem a žádní nemocní s lehkým průběhem.

Čím větší je rozsah postižení tračníku při první atace, tím závažnější je její tíže. Těžký průběh první ataky má při postižení rekta 12,5% nemocných a při pankolitidě 58,5% nemocných.

Tíže klinického průběhu je obvykle úměrná rozsahu postižení střeva a intenzitě zánětu. Pankolitida je obvykle spojena s těžkými zánětlivými změnami.

- Nemocní s pankolitidou mají ve více než 30% provedenou kolektomii pro konzervativní léčbou nezvládnutelné onemocnění, pacienti s levostrannou formou mají kolektomii provedenou v 10% a nemocní s proktitidou jen ve 2%.
- Nemocní, u nichž v průběhu života začalo onemocnění později, mají rozsáhlejší postižení a refrakternější (*na léčbu nereagující*) nemoc, než ti, u kterých začalo onemocnění dříve.
- U části pacientů s proktitidou může dojít při onemocnění trvajícím déle než 10 let k extenzi zánětu do hepatální flexury (v 7%) a dokonce až do oblasti proximálního tračníku (v15%).

Pro pacienty s UK je život charakterizován „dobrymi časy“ – remise a „špatnými stavy“ – relaps, přičemž pro většinu z nich převažuje období dobré. Z nově diagnostikovaných pacientů má druhou ataku do 12 měsíců 80% nemocných. Tíži relapsu nelze předpovědět, stejně tak, zda bude průběh kontinuální nebo intermitující. Pravděpodobnost remise je větší u pacientů s onemocněním distální části střeva. Pacienti s dlouhodobým onemocněním mají lepší klinický průběh, než ti s krátkou anamnézou.

- Průběh UK podle **periodicity** relapsů je rozdělován na:
 - ✓ **Typ remitující** s relapsy častějšími než jednou ročně
 - ✓ **Typ intermitující** s víceletými mezidobími
- Dále rozlišujeme:
 - ✓ Trvá-li náraz déle než rok, imituje **průběh chronický**
 - ✓ Druhým extrémem je **průběh perakutní**, s prudkým začátkem a rychlou progresí, často s fatálním zakončením.
- Mnohdy mají nemocní s ulcerózní kolitidou bifázický roční průběh (*s dvěma fázemi*) s relapsy na jaře a na podzim
- Další charakteristikou UK je **dlouhodobý vývoj** který může být:
 1. **progresivní** - nárazy se prodlužují, zhoršují a vyústí do stavu chronického nebo perakutního
 2. **stacionární** - choroba probíhá s pravidelnou periodicitou
 3. **regresivní** - nemoc probíhá v postupně mírnějších nárazech

2.11.2 Crohnova nemoc

Stejně jako u ulcerózní kolitidy, je nutné určení lokalizace a rozsahu zánětu i u Crohnovy nemoci.

Z dalších charakteristik Crohnovy choroby je to **vývoj nemoci**, který může být:

- **progresivní** – aktivita se při léčbě neupravuje a tíže nemoci se zhoršuje.
- Nemoc je stabilizovaná na mírném stupni aktivity při relativně dobrém stavu při vývoji **stacionárním**.
- Při vývoji **regresivním** dochází k úpravě, nemoc přechází do stádia klidu nebo latence.

Hranice mezi aktivním onemocněním a **remisí** u CN je daleko problematičtější než u UK. Určení bodu remise je důležité, ale obtížné, protože u CN je obvykle velké množství manifestací a ložiska aktivity mohou „doutnat“ kdekoliv v zažívacím traktu. Zřejmě

nejvýhodnější se stanovovat aktivitu dle Crohn's Disease Activity Index (DAI), který kalkuluje s numerickým skóre. Ale ACIDI je kritizován pro svou komplikovanost a snadnou ovlivnitelnost, např. tělesnou váhou nebo počtem stolic.

Za remisi je považován i stav, kdy je ukončena léčba kortikoidy, a takto lze aktivitu Crohnovy nemoci hodnotit:

- **Inaktivní** onemocnění – klinické a laboratorní parametry jsou normální bez léčby
- **Mírná aktivita** – vyžaduje udržovací dávku do 15mg kortikoidů denně.
- **Silná aktivita** – je zapotřebí vyšší dávky nebo nelze odchylky ani vysokými dávkami upravit.

2.12 DIAGNÓZA

Diagnóza idiopatického střevního zánětu je stanovena pomocí nálezů klinických, endoskopických, histologických, radiologických a radionuklidových. Nálezy laboratorní diagnózu potvrzují a slouží spíše jako pomocné při stanovení aktivity nemoci a sledování odpovědi na léčbu.

2.12.1 Klinický nález

Diagnóza idiopatického střevního zánětu musí být vzata v úvahu u všech nemocných s průjmem nebo krvavým průjmem, zácpou, subileózními stavy, tenesmy, bolestmi v břiše, teplotou a úbytkem na váze. Onemocnění se může projevovat atypicky při nepřítomnosti břišních příznaků, např. jen teplotami nebo extraintestinálními manifestacemi, z nichž nejčastější jsou artralgie a artritidy. Při objektivním vyšetření může být v břiše hmatná rezistence, na kůži viditelná ústí píštělí.

2.12.2 Endoskopie

Endoskopické vyšetření, zejména kolonoskopie, hraje prvořadou roli v diagnóze. Dovolí přímé vyšetření slizničních lézí a odběr bioptických vzorků pro histologické vyšetření.

Indikace kolonoskopie je například – úvodní vyšetření u nemocných pro diferenciální diagnózu, určení rozsahu postižení střeva a tíže zánětlivých změn, u déletrvající pankolitidy k detekci dysplazie a prevenci rozvoje karcinomu, atd.

Endoskopie má také své **kontraindikace**. Absolutní kontraindikací je toxické megakolon. Vyšetření v době vysoké aktivity nemoci může být nebezpečné, stěna střevní je změněná zánětem, její integrita může být porušena hlubokými ulceracemi. Jizvení a fibrotizace jsou příčinou menší elasticity stěny a jsou náchylné k perforaci. Při předpokládaných strikturách a píštělích je vyšetření rentgenologické přínosnější než endoskopické.

Ulcerózní kolitida

Nejčastější endoskopickou manifestací ulcerózní kolitidy je **úbytek cévní kresby a difúzní erytém**. Erytém je obvykle spojen se slizničním edémem, který se manifestuje prosáklými a **zduřelými rektálními řasami** a **granulační sliznicí**. Zánět je též spojen s přítomností žlutavého **exsudátu** na povrchu sliznice. Exsudát má žlutou až žlutohnědou barvu a čím je nemoc aktivnější, tím větší část povrchu je jím pokryta. Zánětem změněná sliznice je **křehká**, po dotyku snadno krvácí. Křehkost je důsledkem dilatace slizničních kapilár. U těžších forem sliznice krvácí spontánně a objevují se malé **vředy**. Vředy mohou mít různý vzhled, jsou oválné, mapovité, atd. Velikost vředů je různá, od několika milimetrů do několika centimetrů. Důležitým nálezem pro UK je její distribuce, nemoc začíná v rektu a pokračuje směrem proximálním souvisle. Nad postiženým úsekem je sliznice normální. U dlouhotrvající UK může být **lumen zúženo**, je redukována i peristaltika a střevo má vzhled rigidní trubice s **vymizením haustrace**.

Pro hodnocení nálezů je nutná jejich klasifikace. Všechny endoskopické klasifikace jsou více či méně inspirovány následující škálou:

- 0 = normální sliznice
- 1 = úbytek normální slizniční kresby
- 2 = krvácení po lehkém dotyku
- 3 = spontánní krvácení
- 4 = diskrétní ulcerace
- 5 = splývající ulcerace

U kolitidy, která trvá více než 10 let, se doporučují kolonoskopická vyšetření jedenkrát ročně. Jde hlavně o prevenci vzniku karcinomu.

Crohnova nemoc

Častou manifestací Crohnovy nemoci jsou **aftoidní vředy**, malé diskrétní vředy o průměru několika milimetrů (obvykle 1-3 mm velké) obkroužené úzkým rudým lemem edematózní tkáně. Mohou být lokalizovány v celém tračníku. Biopsie z nich prokazuje akutní zánět. Aftoidní vředy jsou později obvykle mnohočetné a okolí sliznice bývá normální.

Častěji než aftoidní vředy se u CN vyskytují hluboké **velké vředy** (>5mm). Vředy mohou narůstat do tvarů hvězdicových nebo lineárních, mohou být kulaté, oválné. Typické pro CN jsou vředy větší než 1 cm, hluboké, s nepravidelnými okraji. Ulcerace u těžké CN splývají a zaujímají velkou plochu sliznice. Vředy se mohou protínat jako mříž, v jejichž „otvorech“ je sliznice bez vředů a vytváří tak „**vzhled dlažebních kamenů**“. Veliké a hluboké penetrující vředy mohou být obklopeny normální sliznicí. Oblasti postižené sliznice jsou střídány úseky sliznice nepostižené, zánětlivé změny jsou diskontinuální. Změny sliznice jaké nacházíme u UK (edém, erytém, granularita), se vyskytují méně často a většinou až později v průběhu nemoci. Rektum může a nemocí být CN postiženo.

Dalším, spíše pozdějším nálezem bývají **stenózy**, které jsou zpravidla delší než u UK, většinou v délce 3-10 cm. Častou lokalizací stenóz je rektosigmoideální junkce, kde bývají kratší, do 3 cm. Fibrotické stenózy mají hladké okraje s normální sliznicí, v zánětlivých stenózách jsou přítomny vředy, erytém a jsou křehké.

Při vyšetření lze objevit i **píštěle**, komunikace je charakterizována výrazným erytémem a edémem, který obkružuje ústí píštěle.

Při reepitelizaci velkých vředů se tvoří **slizniční můstky**. V období hojení se sliznice jizví, mohou přetrvávat drobné aftoidní vřídky a v období inaktivity může mít sliznice **atrofický vzhled**, mizí haustrace a zužuje se lumen. Při jizvení mohou vznikat mnohočetné **pseudopolypy** a je tendence ke tvorbě jizevnatých stenóz.

Klasifikace endoskopické aktivity CN: (Blackstone)

- a. **klidové stádium** – vymizelá slizniční kresba, granularita
- b. **lehká aktivita** – fokální nebo difúzní erytém
- c. **střední aktivita** – aftoidní nebo malé (<5mm) vředy, méně než 5 vředů/10 cm segment
- d. **silná aktivita** – mnohočetné velké (>5mm) vředy, více než 5 vředů/10 cm segment

ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie) je nutné při biliárních komplikacích ISZ, jako sklerózující cholangitidy nebo pankreatitida.

2.12.3 Patologická anatomie

Ulcerózní kolitida

UK je charakterizována difúzním postižením tlustého střeva, asi v jedné čtvrtině případu přechází zánětlivý proces kontinuálně i na terminální část ilea. Zánětlivé změny jsou omezeny pouze na sliznici, popřípadě submukózu.

Makroskopický obraz je pestrý a závisí především na stádiu onemocnění. Sliznice je nápadně **překrvená**, popřípadě **prokrvácená**, má **sametový vzhled**. Ve sliznici se objevují drobné **eroze**, později vznikají hlubší **vředy**, které mohou splývat a vytvářet rozsáhlejší ulcerace, orientované převážně podle dlouhé osy střeva. Tyto ulcerace mají často podminované okraje. V okrajích vředů jsou ve sliznici v řadě případů i zánětlivé **pseudopolypy**. V období remisí zůstává makroskopicky sliznice většinou překrvená a granulovaná.

V mikroskopickém obraze dominuje v aktivním stádiu onemocnění **překrvení** sliznice, někdy s **hemoragiemi** a difúzní smíšený **zánětlivý infiltrát** z lymfocytů, plazmatických buněk a neutrofilních granulocytů. Často se vyskytují **kryptové pseudoabscesy**. V období remise ubývá v mikroskopickém obraze zánětlivá infiltrace a dochází k reepilizaci vředů jednovrstevným epitelem.

Crohnova nemoc

Pro CN je příznačné, že zánětlivé změny jsou segmentární a postihují všechny vrstvy střevní stěny. Proces může postihovat všechny části trávicí trubice, nicméně nejčastěji postiženým úsekem je terminální ileum, v řadě případů s přechodem na cékum. U více než poloviny nemocných je postiženo více úseků jak tenkého, tak tlustého střeva. Mezi těmito postiženými částmi jsou delší úseky, kde je střevo bez postižení.

V makroskopickém nálezu je u CN hyperémie (*překrvení*) sliznice méně vyznačená než u UK, naproti tomu **edematózní prosáknutí** střeva u CN výraznější. Slizniční kresba je změněna a má buď **granulární vzhled** nebo se objevuje zvláštní políčkování, připomínající **dlažební kameny**. Mimo to se mohou vyskytovat i četné **vředovité defekty**. Ulcerace mohou pronikat i do hlubších vrstev střevní stěny a vést ke vzniku **píštělů**, popřípadě k perforaci střeva, stěna střevní je v postiženém úseku nápadně rigidní (*tuhá, ztuhlá*), jsou i patrná bělavá ložiska **fibrózy** (*zmnožení vaziva v určitém orgánu na úkor funkční tkáně*). Seróza (*tenká lesklá blanka vystýlající některé tělesné dutiny*) je překrvená, dosti často se vytvářejí **srůsty**

s okolními strukturami. V pokročilém stádiu má postižený segment střeva výrazně zúžené lumen, četné adheze (*srůsty*) s okolními strukturami a výjimkou nejsou ani píštěle.

Mikroskopický obraz j u CN charakterizován nestejnou intenzitou změn. V některých úsecích sliznice je **zánětlivá infiltrace** relativně bohatá, jinde je zánětlivých elementů méně a sliznice je spíše **edematózní prosáklá**. Ve slizničních infiltrátech jsou četné lymfoidní elementy a plazmatické buňky, v oblasti stenóz bývá i větší příměs leukocytů. V maximálně postiženém stenotickém úseku střeva jsou rozsáhlé lymfoidní infiltráty ve všech vrstvách stěvní stěny, často orientované na lymfatické cévy. Příznačnou strukturou pro CN jsou **epiteloidní granulomy**, které se mohou vyskytovat kdekoli ve všech vrstvách stěvní stěny. V **aftózních vředech** je mikroskopicky patrné narušení epitelových struktur s rozvolňováním jednotlivých epitelových buněk a s exsudací granulocytů, které pronikají takto vzniklými dehiscencemi v epitelu. V regionálních lymfatických uzlinách se mohou najít v typických případech CN **nekaseifikující epiteloidní granulomy**, někdy s centrální nekrotizací, která však nemá kaseózní charakter.

Neurčitá kolitida

Morfologický obraz **neurčité kolitidy** je necharakteristický a odpovídá přechodným tvarům mezi UK a CN, kdy se nepodaří struktury příznačné pro danou jednotku prokázat a ani klinický průběh nemůže přispět k přesnějšímu zařazení zánětlivého procesu.

2.12.4 Radiodiagnostika

Úloha radiodiagnostiky u ISZ spočívá ve stanovení diagnózy onemocnění, jeho lokalizace a rozsahu a v rozpoznání častých komplikací. Částečně může přispět i ke stanovení aktivity onemocnění.

Ulcerózní kolitida

UK začíná v rektu a pokračuje směrem orálním k Bauhinské chlopni. Z toho vyplývá, že klíčovou roli hrají v radiodiagnostice irrigografie.

Irrigografie je vyšetřením tlustého střeva rektální aplikací baryových suspenzí. Z toho též vyplývá jediná kontraindikace vyšetření: perforace či hrozící perforace. Každé irrigoskopii by měla předcházet rektoskopie. V prvních stádiích onemocnění, kdy je sliznice edematózní, je možno pozorovat její „**smazaný povrch**“. Posléze se objevuje **granulární reliéf** a konečně

ulcerace. Edematózní mukóza mezi ulceracemi vytváří obraz **psyudopolypózy**. V další fázi **mizí haustrace**.

U akutních stavů je irrigografie nevhodná, může být však indikován nativní snímek břicha, který má největší význam při podezření na toxické megakolon. Nejvhodnější je snímek vleže, na kterém lze velmi dobře hodnotit distribuci plynu.

Využití ultrasonografie u UK je nevelké, protože rektum a sigmoideum jsou obtížně vyšetřitelné. Více lze očekávat od endosonografie rektální sondou, která zobrazí podslizniční vrstvy a okolí.

Crohnova choroba

Irrigografie prokáže typicky **diskontinuální a asymetrickou šíři lumen**. Stěna střeva je postižena celá. **Vředy** jsou zpočátku „aftoidní“, ostře ohraničené, později hluboké a štěrbinovité, tvoří se **píštěle**. Sliznice může mít vzhled „**dlažebních kamenů**“. V chronickém stadiu je segmentální **úbytek haustrace, svrašťelá střeva, striktury**.

V současné době existují dvě možnosti rentgenového vyšetření tenkého střeva:

1. **klasická pasáž** – může být doplněna insulací vzduchu do tračníku, čímž dochází k výraznému zkvalitnění obrazu terminálního ilea.
2. **enteroklýza** – přináší informace, obraz je kvalitnější, zejména v oválnějších partiích, a tím umožňuje zachycení i minimálních změn. Nevýhodami jsou nutnost zavedení sondy do duodena a delší čas nutný pro vyšetření. Příprava před vyšetřením tenkého střeva: noční lačnění. Vyšetření je prováděno baryovými preparáty.

Rentgenový nález je závislý na stádiu a aktivitě CN. V počátečních stádiích se objevují malé aftoidní **ulcerace** kolem většiny lymfatických folikulů, posléze **ztluštění řas** a jejich **neostření**. Je patrný **dlaždicový reliéf**. **Dislokace kliček** je způsobena i postižením mezenteria a uzlin, čímž dochází k obloukovitému prohnutí směrem k mezenteriu. Může být patrný i obraz uzávěru a až s latencí se prokáže úzké lumen. Při RTG vyšetření lze prokázat i **píštěle**, komunikující s okolím.

Význam ultrasonografie, ačkoliv není ideální metodou pro vyšetření trávicí trubice, stále stoupá. Její možnosti jsou omezeny přítomným plynem a částečně i stolicí. U CN je charakteristické segmentální postižení střeva, nepravidelná šíře lumen, lokální vymizení peristaltiky. Charakteristické pro aktivní stádium je nemožnost odlišení hranice mezi mukózou a submukózu, zatímco u chronického stádia bývá ostré ohraničení. Je možné rozpoznat stenózy, mezikličkové píštěle a abscesy, invaginaci, obraz ileu a volnou tekutinu.

Z extraintestinálních manifestací je ultrasonografie výbornou diagnostickou metodou při cholecystolitíaze, obstrukční uropatii, urolitíaze a postižení jater.

Počítačová tomografie patří mezi zobrazovací metody s excelentní rozlišovací schopností a její význam v diagnóze onemocnění střev vzrůstá. Příprava spočívá v lačnění, dostatečné aplikaci kontrastní látky (jodovaných či baryových preparátů) perorálně, tak, aby byly uspokojivě naplněny střevní kličky. Pokud je vyžadována náplň tračníku, je nutné látku podat o několik hodin dříve. nezbytnou součástí vyšetření je intravenózní podání jodované kontrastní látky. Zobrazení počítačovou tomografií dovoluje posoudit **šíři střevní stěny, přilehlých struktur** včetně mezenteria, zvětšených lymfatických uzlin i parenchymatózních orgánů. Dále se užívá v diagnostice nitrobřišních **abscesů**.

Fistulografie spočívá v nasondování píštělového otvoru sondou nebo cévkou a aplikací kontrastní látky (vodné jodované). Výhodná je kombinace fistulografie s počítačovou tomografií.

2.12.5 Laboratorní vyšetření

Využívá se pouze jako pomocné vyšetření k hodnocení aktivity a komplikací nemoci a extraintestinálních manifestací.

Ulcerózní kolitida

Z laboratorních nálezů je v 70% nacházena **anemie** různého stupně, která je obvykle mikrocytární z nedostatku železa, ze zvýšených ztrát. Příčinou mikrocytární anemie je deficit kyseliny listové, která je častá u nemocných užívajících sulfasalazin.

Sedimentace červených krvinek je zvýšena v závislosti na aktivitě onemocnění a přítomnosti komplikujících infekcí.

Leukocyty mohou být normální nebo zvýšené. U nemocných s těžkým průběhem se může vyskytnout přechodná leukemoidní reakce.

Při těžkém průběhu dochází při těžkém průjmu a zvracení k **poruchám acidobazické rovnováhy a změnám v koncentraci elektrolytů**.

Hypoproteinemie je častá u těžkého průběhu a nízká hladina sérového **albuminu** vzniká ztrátami zánětlivě změněným tračníkem.

Skupina sérových proteinů (orosomukoid, CRP, haptoglobin...) je zvýšena u stavů akutního zánětu. Ukazují na exacerbaci, ale nejsou specifické pro idiopatické střevní záněty.

U 70% nemocných s UK jsou zvýšeny pANCA.

Postačí obvykle sledování krevního obrazu, sedimentace erytrocytů a CRP.

Crohnova nemoc

Laboratorní nálezy jsou podobné jako u UK a jsou nespecifické.

V krevním obraze bývá **anemie**, z chronického onemocnění, krevních ztrát a nutriční deficiente (železo, foláty, vitamín B12). **Leukocytóza** je ukazatelem aktivní CN, a výrazná elevace ukazuje na přítomnost hnisavých komplikací. Může být **trombocytóza**.

Sedimentace červených krvinek sleduje aktivitu nemoci a bývá vyšší při kolitidě než ileitida.

Hypalbuminémie (*nízká hladina bílkoviny*) je dobrým ukazatelem tíže onemocnění a malnutrice. Ileitida a resekce ilea mají za následek snížení **hladiny vitamínu B12** v séru pro jeho malabsorpci. U 30% nemocných s CN jsou zvýšeny protilátky proti pankreatickým acinárním (*acinus = lalůček*) buňkám (u UK je u 2%).

2.13 KOMPLIKACE

2.13.1 Ulcerózní kolitida

Nálezy v oblasti anorektální

Poruchy anorektální jsou časté, lze sem zahrnout **hemeroidy, trhliny, výhřez anu** a **periproktální absces** (*v okolí konečníku*).

Krvácení

Krvácení z rekta je typickou manifestací UK, zejména proktosigmoiditidy. Krvácení je obvykle nevelké, ale trvalé a pochází z difúzního zánětu sliznice. Masivní krvácení se vyskytuje u extenzivního (*rozsáhlého*) postižení a pramení z velkých oblastí výrazně zánětlivě změněné, kongestivní (*překrvené*) a ulcerované sliznice. Masivní krvácení se dříve vyskytovalo ve 2-3%, ale incidence je nyní nižší, zřetelně díky včasné a účinné léčbě, při masivním krvácení mají být podány parenterálně kortikoidy a krevní transfuze. Není-li konzervativní léčba úspěšná, má být přistoupeno k chirurgickému řešení.

Perforace

Volná perforace je obvykle komplikací toxického megakolon, ale může se vyskytnout i u těžké UK bez toxického megakolon. Nejvíce perforací se vyskytuje v levé polovině tračníku, zejména v esovité kličce.

Strikтуры

Klinicky se projevující strikтуры nejsou u UK časté, ale určitý stupeň je patrný v resekátech asi ve 12%. Strikтуры se nejčastěji vyskytují u pacientů s extenzivním (*rozsáhlým*) postižením a kontinuálním průběhem bez remisí u déletrvajících onemocnění, nejčastěji v esovité kličce a konečníku. Klinicky se projevují zvýšením průjmu a inkontinencí stolice. Rozvoj striktur u dlouhotrvající UK je indikací k resekci pro riziko rozvoje maligního bujení.

Toxické megakolon

Toxické megakolon je závažná ataka (*prudký záchvat nemoci*) UK, která se projeví při těžkém zánětu tlustého střeva, provázená úpornou nebo segmentální dilatací tračníku. Incidence toxické dilatace tračníku je u UK uváděna průměrně až v 8%. Při přestupu zánětlivého procesu do hlubších vrstev stěny střevní ztrácí tračník schopnost kontrakce, dilataje se, objevuje se paralytický ileus. Zhorší se klinický stav, dostaví se teplota, prostrace (*naprosté vyčerpání*).

Diagnóza se stanovuje pomocí rentgenového průkazu dispenze (*roztažení, rozepětí*) tračníku a nejméně tři ze čtyř následujících **projevů**: **1.** teplota nad 38,6°C, **2.** tachykardie nad 120/min., **3.** leukocytóza, **4.** anemie. A dále musí být přítomna jedna **známka toxicity**: dehydratace, mentální změny, elektrolytové poruchy, hypotenze. **Břicho** je vzedmuté a je citlivé nad rozepjatým tračníkem, při poslechu jsou zvuky v břiše ojedinělé až vymizelé.

Příčiny vyvolávající toxické megakolon jsou následující: **1.** farmakologická agens, která zhoršují motilitu (anticholinergika, opiáty, antibiotika), **2.** toxické megakolon se často rozvíjí po rentgenovém kontrastním vyšetření baryovou kaší a po kolposkopii – tato vyšetření zřejmě zhoršují cévní zásobení střevní stěny a rychlé rozvinutí střeva po nich napomáhá průniku bakterií a zbytků střevního obsahu do zvrhodovatělé střevní stěny, což podporuje zhoršení zánětu. Proto jsou tato vyšetření u těžké UK kontraindikována.

Klinicky se postupně rozvíjí septický stav, celková schvácenost, tachykardie. Subjektivně jsou bolesti břicha, slabost, snižuje se počet stolic. Objektivně na břiše je rozepětí

střeva v epigastriu, později se vyklenuje celé břicho s palpační bolestivostí v průběhu tračníku.

Vyšetřením, které stanoví diagnózu, je nativní snímek břicha prokazující dilataci tračníku, která je obvykle maximální v příčném tračníku. Ke sledování rozvoje toxického megakolon jsou nutné snímky břicha ve 12-24 hodinových intervalech. Z laboratorních nálezů může být anemie, leukocytóza s posunem doleva, trombocytóza, hypokalémie, metabolická alkalóza a hypalbuminémie.

Při konzervativní léčbě nedostává pacient nic per os, je zavedena nozogastrická sonda. Odsává se obsah z horní části zažívacího traktu a vzduch, který by pronikal do dilatovaného tračníku. Dále se nahrazují tekutiny a elektrolyty, zejména draslík, zavádí se úplná parenterální výživa. Profylakticky se podávají širokospektrá antibiotika. Podávají se kortikosteroidy, i když není zatím jejich účinek při toxickém megakolon plně prokázán. A zároveň je pacient pečlivě sledován. Pokud nedojde ke zlepšení za 24-48 hodin (maximálně za 72 hodin) při konzervativní léčbě, zvyšuje se riziko perforace a je nutná včasná chirurgická intervence!

Riziko malignity

Celkové riziko vzniku karcinomu u pacientů s UK je 3-5%. Riziko výskytu stoupá s delším trváním UK (>10 let). Na rozdíl od sporadického karcinomu, který má věkový průměr 60 let, vzniká při kolitidě karcinom v nižším věku.

Koloskopie s četnými biopsiemi a hodnocením histologických nálezů jsou důležitou metodou k vyhledávání **dysplastických změn**. Dysplastické změny se vyvíjejí několik let. Je-li přítomen nízký stupeň dysplazie, má být koloskopie s biopsiemi opakována do 6-12 měsíců. Je-li přítomen střední stupeň dysplazie, má být vyšetření opakováno každých 6 měsíců a při těžké dysplazii je doporučována kolektomie (*úplné chirurgické odstranění tlustého střeva s vyústěním tenkého střeva do konečníku nebo břišní stěnou ven – ileostomie*).

2.13.2 Crohnova nemoc

Krvácení

U CN je krvácení méně časté než u UK, zřejmě proto, že kongesce (*překrvení*) je při segmentálním postižení menší. Masivní krvácení je u CN téměř raritní a pramení u ulcerací zasahujících do cév. Masivní krvácení pochází spíše z ilea než z tračníku. U všech pacientů

s ISZ, kteří mají masivní krvácení, má být provedeno endoskopické vyšetření horní části zažívacího traktu k vyloučení možného zdroje v této oblasti.

Léčba se neliší od léčby krvácení při UK.

Abscesy a píštěle

Abscesy a píštěle jsou důsledkem extenze slizničních fisur a vředů stěnou střevní do extraintestinálních tkání. Unikání střevní obsahu do peritoneální dutiny má za následek tvorbu abscesů, unikání do přilehlých orgánů nebo do stěny břišní vyústí v píštěle.

Abscesy se vyskytují asi u 15-20% nemocných s CN. Rozlišujeme:

- **intraabdominální abscesy** – tvoří se mezi střevními kličkami
- **extraabdominální abscesy** – pronikají do retroperitonea a do oblasti m. psoas vlevo, projevují se bolestí při flexy kyčelního kloubu a imitují lumboischiadický syndrom

Typickými **projevy** abscesu je teplota a bolest břicha, která závisí na lokalizaci ložiska. Může být hmatná rezistence v břiše, leukocytóza. Výsledkem spontánní ruptury abscesu břišní stěnou je enterokutánní (*vede od střeva a ústí na kůži*) píštěl. Abdominální absces lze **diagnostikovat** počítačovou tomografií, užitečná může být i monografie, magnetická rezonance, kontrastní vyšetření baryem. V **léčbě** se osvědčuje podání širokospektrých antibiotik, případně drenáž abscesu. Často se ale vytvoří enterokutánní píštěl a definitivní léčbou je chirurgická resekce ložiska včetně přilehlé části střeva.

Prevalence píštělí u CN je 20-40%. Obecně je lze rozdělit na:

- **zevní píštěle** – ústící na kůži
 - vnitřní píštěle** – které jsou mezi orgány dutiny břišní
 - smíšené píštěle** – které jsou kombinací zevních a vnitřních
- **jednoduché píštěle** – mají jeden trakt
 - komplikované píštěle** – mají dva a více traktů
- **enteroenterické píštěle** – tvoří se mezi kličkami postiženého a nepostiženého střeva nebo mezi dvěma postiženými kličkami
 - enterokutánní píštěle** – jsou často větším problémem než enteroenterické, ústí na kůži
 - enterovezikální píštěle** – projevuje se pneumaturí a recidivujícími infekcemi močového traktu, diagnostika pomocí irrigoskopii, cystoskopie, vylučovací urografií
 - enterovaginální píštěle** – ústící do pochvy, projevující se odchodem plynu nebo stolice vaginou, lze je identifikovat rektoskopicky nebo gynekologickým vyšetřením

K diagnostice píštělí se používají různé metody: monografie, rentgenové kontrastní vyšetření s baryovou kaší, fistulografie při zevních píštělích, počítačová tomografie, magnetická rezonance.

Řešením je chirurgická resekce postiženého segmentu střeva.

Symptomatické píštěle nevyžadují léčbu. Je-li píštěl symptomatická, je doporučována totální parenterální výživa a podávání imunostupresivní léčby do uzavření píštěle. Antibiotika jsou aplikována zejména u enteroenterických píštělí. Po ukončení léčby se píštěle často vracejí. Při selhání konzervativní léčby je nutná chirurgická resekce postižené oblasti. K uzavření píštěle může dojít i po diverzi střevního obsahu kolostomií.

Obstrukce

Obstrukce, zejména tenkého střeva, ať parciální nebo úplná, je častou komplikací CN, vyžadující chirurgické řešení. Zúžení lumen tenkého střeva vzniká při akutním zánětu edémem stěny, při chronickém zánětu muskulární hyperplazií a jizevnatěním, další příčinou mohou být adheze, komprese abscesy a zvětšenými mízními uzlinami.

Klinicky se parciální obstrukce projeví křečovými periumbilikálními bolestmi břicha po jídle, před vyprázdněním. Bolesti vymizí při hladovění.

Diagnóza obstrukce je potvrzena orálním podáním kontrastní látky, irrigografie, kolonoskopie. Dilatace střeva nad strikturou ukazuje na chronicitu.

V léčbě je první zásadou nepodávat nic per os, zavést nozogastrickou sondu s odsáváním, aplikovat parenterální výživu. U akutního zánětu mohou být užitečné kortikosteroidy podané parenterálně, ale u fibrózní stenózy jsou bez efektu. Pokud nedojde k ústupu při konzervativní léčbě, přichází v úvahu balónková dilatace nebo chirurgická intervence.

Perforace

Volná perforace střeva do dutiny břišní je méně častá než ohraničená perforace, která bývá spojena s píštělemi a tvorbou abscesů.

Perianální postižení

U nemocných s CN jsou často nalézány hemeroidy, anální fisury a vředy v análním kanále, které vyústí v periproktální abscesy a píštěle. Píštěle ústí v kůži v okolí anu, ve vulvě, na skrytu. Z píštělí vytéká serózní nebo hlenový obsah. Pokud není píštěl dostatečně drénována, vzniká perianální absces, který se typicky projevuje bolestí při defekaci, při chůzi a sezení. Objektivně je zarudnutí perianální, kde je i palpační bolestivost.

K diagnostice se užívá rektoskopie (často v anestézii), irrigografie, endosonografie, počítačová tomografie a magnetická rezonance jsou užitečné v průkazu perianálního abscesu. Dlouhotrvající perianální onemocnění vede k destrukci řitního svěrače a k inkontinenci.

Cílem léčby je zachování svěrače a odstranění lokálních projevů. Prvním krokem je pečlivé udržování lokální hygieny a sedací koupele. Je nutné snížit aktivitu nemoci a tím snížit frekvenci stolic, které přecházejí pochopitelně přes tuto oblast. Při přerušení léčby dochází k rekurenci u většiny nemocných. Pokud je konzervativní léčba neúčinná, je nutno přistoupit k chirurgickému řešení (drenáž, částečná anální sfinkterotomie, kolostomie).

Toxické megakolon

Incidence je u CN mnohem nižší (2%) než u UK, stejně jako výskyt perforace (0,5%). Podrobně bylo toxické megakolon probráno u ulcerózní kolitidy.

Metastatická Crohnova nemoc

Kožní léze, které nesouvisí se střevním postižením, jsou raritní komplikací. Mohou být první manifestací nemoci. Objevit se mohou kdekoli na kůži, ale nejčastěji jsou lokalizovány v gluteální (*hyžd'ové*) oblasti, v pupku, submamárně nebo na břicho. kožní léze mizí rezolucí (*ústupem*) zánětu střevního.

Osteoporóza

Osteoporóza a osteomalacie se vyskytují při malabsorpci (postižení nebo resekce tenkého střeva) s následnou deficiencí vápníku a vitamínu D a jsou ve vzniku i k léčbě kortikoidy. Jako vedlejší účinek kortikoidů jsou významné zejména u starších nemocných a tíže závisí na dávce a délce léčby.

Zhoubná přeměna

Karcinom tlustého střeva je nalézán i ve spojení s CN, ale zdaleka ne tak často jako u UK. Nádor bývá u CN obvykle nalézán až při trvání delším než 20 let. Obvykle se jedná o adenokarcinom ve spojení s dysplázií. Karcinom je obvykle infiltruujícího typu a při endoskopickém vyšetření je nezřetelný mezi makroskopickými nálezy (striktury, dlažební kameny, zúžené lumen).

U nemocných s CN může být zvýšené riziko výskytu **lymfomů** zažívacího traktu a análního **dlaždicového karcinomu**.

2.14 EXTRAINTESTINÁLNÍ MANIFESTACE

Extraintestinální manifestace jsou rozličné nonintestinální symptomy, které se vyskytují u ISZ. Jejich etiologie je dosud neznámá. Extraintestinální manifestace jsou rozděleny do dvou základních skupin:

- manifestace, jejichž klinická aktivita následuje aktivitu střevního onemocnění
- manifestace, jejichž klinická aktivita je nezávislá na aktivitě střevního onemocnění

Pravé extraintestinální manifestace nemají přímou anatomickou souvislost s primární UK nebo CN, mohou být postiženy i „vzdálené orgány“ (např. oči, klouby). Některé manifestace (artritida) jsou poměrně časté, jiné (ankylozující spondylitida) se vyskytují jen u některých kategorií nemocných. Další (perikarditida) jsou raritní a jejich kauzální vztah k ISZ je nejistý. Extraintestinální manifestace často odpovídají na aktivitu střevního zánětu a mohou se projevovat měsíce i roky před projevy střevními, mohou dokonce probíhající ISZ zastínit.

Postižení tlustého střeva má tendenci k vyššímu výskytu mimostřevních manifestací, než postižení tenkého střeva. Extraintestinální manifestace jsou nalézány u 21% pacientů s ISZ a 25% nemocných má více než jednu manifestaci.

2.14.1 Kloubní manifestace

Jsou rozděleny do tří skupin:

- a) **kolitická artritida** – jednostranné postižení velkých kloubů, zejména dolních končetin, je nejčastější v době vzplanutí střevního onemocnění
- b) **polyartritida** – symetrické postižení většího počtu periferních kloubů
- c) **spondylitida** – zánět obratle

Artritida je nejčastější ze všech extraintestinálních manifestací. Relapsy zánětu kloubního probíhají současně s relapsy zánětu střevního. Po totální kolektomii při UK se kloubní zánět již neobjeví, na rozdíl od CN, kde chirurgické odstranění postiženého úseku střeva není prevencí proti dalším atakám artritidy. Spondylitida progreduje bez závislosti na aktivitě střevního zánětu a kolektomie nemá vliv na její průběh.

2.14.2 Oční manifestace

Oční manifestace jsou popisovány až u 10% nemocných s ISZ. Jsou popisovány **konjunktivitidy, episkleritidy, uveitidy, iritidy a keratitidy**. V souvislosti s ISZ byly popsány ještě **orbitální myositida a obliterace retinální artérie**. Aktivita očních manifestací je obvykle paralelní s aktivitou a průběhem střevního onemocnění a léze výborně odpovídají na provedenou kolektomii.

2.14.3 Kožní manifestace

Jsou častější u žen než u mužů. Jasný vztah k idiopatickým střevním zánětům mají **erythema nodosum a pyoderma gangrenosum**, možný vztah mají **erythema multiforme, epidermolysis bullosa aquisita, lichen planus a kožní ulcerace**.

Léčba je směřována primárně na střevní lézi. Také dobře reaguje na kolektomii

2.14.4 Slizniční manifestace

Aftózní ulcerace se často objevují před vznikem akutního střevního zánětu. Podobné léze bývají i na povrchu sliznice jiných orgánů (jícen, urogenitální trakt, anus). Dobře reagují na léčbu základního střevního onemocnění.

Dále se vyskytují **edémy bukání sliznice a edémy rtů**. Vznikají nekrózy a ulcerace. K remisi dochází po celkově podaných kortikosteroidech.

2.14.5 Jaterní a biliární manifestace

Manifestace jaterní a biliární jsou v rozsahu od nespecifické elevace „jaterních enzymů“ až po sklerózující cholangitidy a jaterní cirhózu. Jaterní **steatóza** je často nacházena u obou nemocí a nezávisí na lokalizaci střevního onemocnění. **Sklerózující cholangitida** se vyskytuje zejména u nemocných mladších mužů s UK. Intenzivní zánětlivá fibróza intra- a extrahepatálních žlučovýchodů se projevuje úbytkem na váze, bolestmi v pravém podžebří, horečkou, třesavkou a žloutenkou. **Cirhóza** se vyskytne u nemocných s dlouhotrvajícím postižením tračníku. Kolektomie může rozvoj cirhózy zastavit. **Cholelithiáza** vzniká zřejmě

z porušení enterohepatální cirkulace žlučových kyselin. **Adenokarcinom žlučvodů** je raritní komplikací.

2.14.6 Ledvinné manifestace

Urolitiáza se nejčastěji vyskytuje u nemocných s CN. V léčbě je důležitý dostatečný přívod tekutin a dietní opatření.

2.14.7 Plicní manifestace

Nálezy se rozdělují do čtyř skupin:

1. zánětlivé postižení horních cest dýchacích (laryngitidy, tracheitidy a bronchitidy), častější u CN než u UK
2. zánětlivé změny dolních šest dýchacích (bronchitidy, bronchiolitidy), častější u nemocných UK
3. recidivující infiltráty plicního parenchymu a recidivující pleurální výpotky u nemocných s UK
4. symptomatické poruchy plicních funkcí, především snížení difúzních plicní kapacity a alveolitidy lymfocytárního typu u nemocných s CN.

2.14.8 Cévní manifestace

Venózní trombóza, zejména v hlubokém žilním systému dolních končetin, je častou a vážnou komplikací. Arteriální komplikace (kožní polyarteritida nodózní) jsou vzácné.

2.14.9 Anémie

Anémie jsou častou komplikací. Vyskytuje se anémie z krevních ztrát, sideroblastická anémie, megaloblastická anémie z nedostatku kyseliny listové, z nedostatku vitamínu B12, autoimunitní hemolytická anémie a plastická anémie.

2.14.10 Srdeční manifestace

Kardiální postižení je raritní, byla popsána **myokarditida a perikarditida**.

2.14.11 Pankreatické manifestace

V průběhu CN bývá zjišťována **dysfunkce slinivky břišní**, která je pravděpodobně způsobena léčbou imunosupresivou. Ale byl nalezen i **granulomatózní zánět** ve žláze.

2.15 NEURČITÁ (INDETERMINATE) KOLITIDA

Asi v 10% případů nespecifických kolitid je obtížné nebo nemožné rozlišit mezi UK a CN. Ani pro jednu z nemocí nejsou histologické nálezy charakteristické. Nálezy jak makroskopické tak mikroskopické se překrývají. Pro tuto skupinu nemocných, kdy není klasifikace možná ani po patologicko-anatomickém vyšetření chirurgických resekátů, je užíván termín neurčitá (intermediate, indeterminate) nebo neklasifikovatelná kolitida. Případy neurčité kolitidy mají často těžký průběh a vyžadují urgentní chirurgický zásah pro těžkou akutní kolitidy nebo toxickou dilataci tračnicku.

Ulcerace jsou omezeny na sliznici a jsou lokalizovány zejména v příčném tračnicku, rektum často bývá ušetřeno. Zánět je transmukózní, fisury procházejí svalovinou. Ale zánět není typický jako u CN, v zachovalé tkáni je architektura neporušena. Větší část neurčitých kolitid se dlouhodobě chová jako UK.

Při pozorném sledování vývoje onemocnění je možné většinu pacientů zařadit později do specifické kategorie, ať již Crohnovy či ulcerózní kolitidy. Jen malé množství nemocných zůstává nezařazeno a pro ně je pak diagnóza neurčité kolitidy legitimní.

2.16 FERTILITA A TĚHOTENSTVÍ

2.16.1 Fertilita

Fertilita u žen s ISZ je normální nebo jen minimálně porušena. Porucha fertility bývá u žen s ISZ v těchto případech:

- těžká aktivita onemocnění
- perianální postižení pístělemi (zejména při postižení vulvy)
- při přestupu zánětu stěnou na vejcovody nebo ovaria

Kolektomie s ileostomie fertilitu nepostihují. Fertilita u mužů užívající sulfasalazin je snížena, ale vrací se k normálu za několik měsíců po vysazení léku.

2.16.2 Těhotenství

Mnoho žen, které onemocní ISZ, je v reprodukčním věku, takže vliv těchto zánětů na těhotenství je důležitým klinickým problémem. Velké studie těhotných s UK ukazují, že v 76-97% se rodí zdraví novorozenci, kongenitální abnormality se vyskytují v 0-3%, spontánní potraty v 1-13% a narození mrtvého plodu v 0-3%. Studie těhotných s CN prokazují, že v 10-93% se rodí zdravé dítě, kongenitální abnormality se vyskytují v 0-1%, spontánní potraty ve 3-9%, narození mrtvého dítěte v 1-4%.

Mělo by platit:

- 1) Těhotenství by mělo být počato v období remise a nemocná by měla být sledována týmem specialistů (gastroenterolog, gynekolog, neonetolog).
- 2) Je-li nemoc inaktivní v období koncepcie, je pravděpodobné, že zůstane inaktivní i v průběhu celého těhotenství. Inaktivní UK nemá vliv na průběh těhotenství a jeho ukončení. Riziko exacerbace v průběhu těhotenství není větší než u žen ve srovnatelném věku, které nejsou těhotné. Pokud se relaps vyskytne je to nejčastěji v prvním trimestru.
- 3) Je-li onemocnění aktivní během koncepcie (*oplození*), je těžké průběh předvídat.
- 4) Těhotenství zřídka způsobuje relaps inaktivní UK i CN. Pokud se změny aktivity nebo prvotního výskytu nemoci projeví, stane se tak obvykle v průběhu prvních dvou trimestrů. Dojde-li k exacerbaci po porodu, stupeň aktivity odpovídá průběhu třetího trimestru.

- 5) Je-li CN nemoc aktivní v době koncepce, u 2/3 těhotných zůstává aktivita stejná v průběhu celého těhotenství. Dojde-li však ke zhoršení průběhu, nastane tak obvykle ve třetím trimestru a aktivita po porodu zůstává stejná.
- 6) Projevili-li se CN poprvé po koncepci, průběh se neliší od průběhu choroby u netěhotných. První ataka CN během těhotenství je ale neobvyklá.
- 7) Většina těhotenství u žen s ISZ končí porodem zdravého dítěte, ale je lehce zvýšena incidence spontánní potratů ve srovnání s ženami normální populace (9,9%). Incidence fatálních komplikací je poněkud vyšší při klinicky aktivním zánětu, ale zřejmě se jedná o vliv léčby.
- 8) Kolektomie a ileostomie před těhotenstvím nemají vliv na průběh těhotenství.
- 9) Průběh onemocnění v dalších těhotenstvích nemusí být stejný jako v těhotenství předchozím.
- 10) ISZ není indikací k předčasnému ukončení těhotenství.

2.16.3 Léčba idiopatických střevních zánětů v těhotenství

Mnoho žen s ISZ užívá dlouhodobě léky, které mohou mít nežádoucí účinky na plod. Názory na léčbu střevních zánětů v průběhu těhotenství se různí. Lze konstatovat, že riziko při léčbě je menší než riziko, že by nemoc zůstala neléčena. Ale pokud to stav ISZ dovoluje, dávky léků v těhotenství mají být co nejnižší a je nutno zvážit i možnost úplného vysazení léčby, zejména v prvním trimestru. Ale objeví-li se v průběhu těhotenství klinické projevy relapsu ISZ, je důležité zahájit neprodleně příslušnou léčbu.

Při plánovaném těhotenství, je-li nemoc déle inaktivní, je doporučováno léky vynechat. Léčba imunosupresivy by měla být v těhotenství přerušena.

V průběhu těhotenství je třeba pečlivě sledovat **stav výživy** zejména u nemocných po resekci střeva, které mohou mít malabsorpci. Pozornost je nutné věnovat sérovému železu a folátům. Úplná parenterální výživa může být bezpečně užitá k výživě matky i plodu, i k léčbě aktivity onemocnění.

Výjimečně nutná u těhotných s ISZ je **chirurgická léčba**. Indikacemi jsou rekurentní nebo chronická obstrukce střeva, těžké krvácení, perforace nebo toxická dilatace tračnicku, která je rezistentní na intenzivní konzervativní léčbu a nechirurgickou dekompresi tračnicku. Po kolektomii se v pooperačním období vyskytuje až 60% riziko spontánního potratu. U těhotných s perianální postižením je indikace k ukončení těhotenství císařským řezem.

2.16.4 Sledování nemocných v průběhu gravidity

Při pravidelných kontrolách vyšetřujeme krevní obraz, sedimentaci erytrocytů a nutriční parametry. Pokles hemoglobinu, hematokritu a sérových proteinů upozorní na aktivitu onemocnění. Při průjmu je nutno vyloučit možnou infekční příčinu. Kolposkopické vyšetření je bezpečné v počátku gravidity. Při dalším sledování jsou u UK dostačující kontrolní vyšetření rektoskopická. Rentgenové vyšetření by nemělo být v počátečních stádiích prováděno. Těhotné mívají nauzeu, zvracení, abdominální dyskomfort, které mohou mít původ jak v těhotenství, tak ve střevním zánětu.

2.17 IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY V DĚTSTVÍ

UK a CN jsou onemocnění, která se vyskytují již v dětském věku. Asi 20% pacientů s UK je diagnostikováno již před 20. rokem, u CN je toto číslo vyšší, 25-30% pacientů.

2.17.1 Ulcerózní kolitida

UK je u dětí nejčastěji diagnostikována ve věku 5-16 let, relativně vzácná je u dětí mladších než 5 let, i když byla pozorována i v kojeneckém věku. Familiární výskyt je pozorován asi u čtvrtiny pacientů.

Nejčastějším projevem onemocnění jsou **průjmy, krev ve stolici**. Dále se jedná o snadnou **unavitelnost, úbytek na váze, nauzea** a **zvracení, teploty**. Asi u poloviny adolescentních nemocných je začátek onemocnění plíživý s intermitentními subfebriliemi, mírnými bolestmi břicha, nevýraznými průjmovými stolicemi a krvácením z rekta. Asi u třetiny nemocných je začátek onemocnění dramatičtější, pacienti mají průjmy s krví, tenesmy, subfebrilie, úbytek na váze a mírnou anémii. Fulminantní (*velmi prudce probíhající*) začátek postihuje asi 10% dětí a je provázen více než šesti řídkými stolicemi s krví denně, teplotami, úbytkem na váze, tachykardií. Asi 71% dětí mají postižený celý tračník.

2.17.2 Crohnova nemoc

Zvláštností dětských pacientů je především vliv onemocnění na růst a vývoj dítěte, který může být negativně ovlivněn ještě také terapií kortikoidy.

Nejčastějšími symptomy u pacientů s CN jsou **bolesti břicha, průjem, úbytek hmotnosti, opoždění růstu, nauzea, zvracení, mimostřední projevy, krvácení z rekta, perianální onemocnění a snadná unavitelnost**. U poloviny bývají **teploty**, které nejsou příliš vysoké a mohou předcházet různě dlouhou dobu před ostatními projevy.

Až 80% dětí má postižení **ileocekální oblasti**, které se projevuje zejména postprandiálními (*v návaznosti po jídle*) bolestmi. Při náhle vzniklé bolesti v pravém dolním kvadrantu bývají děti operovány pro apendicitidu a správná diagnóza je zjištěna až během výkonu. Rozsáhlejší postižení **tenkého střeva** vede k projevům malabsorpce, průjmům a anorexii. Postižení **tračníku** má stejné projevy jako UK s krvavými stolicemi a bolestmi při defekaci. Ukázalo se, že množství dětí má onemocněním současně postiženou také **gastroduodenální oblast**. Tito pacienti mají bolesti v epigastriu, pocit plnosti, nauzeu, případně opakované zvracení.

2.18 KONZERVATIVNÍ LÉČBA A PÉČE O NEMOCNÉ

Etiologie ISZ je neznámá a z toho také pramení obtíže s léčbou, která může postihnout vyvolávající činitele. A tak medikamentózní léčba ISZ se pokouší inhibovat řadu zánětlivých mediátorů, které zánět zřejmě přímo nevyvolávají, ale zesilují a udržují jej. Léčba UK a CN je zaměřena na dvě oblasti – na léčbu aktivního onemocnění a na prevenci vzplanutí v případě, že je nemoc v remisi. Ideální léčba by měla být: 1. bezpečná, s nízkými vedlejšími účinky, 2. jednoduše aplikovatelná, 3. dostupná. Aktivní onemocnění lze téměř vždy zvládnout kortikosteroidy a udržovací léčba je hlavní indikací pro léčbu aminosalicyláty.

2.18.1 Farmakoterapie

Aminosalicyláty

Prvním lékem, který podstatněji zasáhl do léčby ulcerózní kolitidy, byl sulfasalazin, a to ve čtyřicátých letech našeho století. Spojila antibakteriální účinek sulfonamidu

s protizánětlivým účinkem salicylátu. Ukázalo se, že sulfasalazin má poměrně hojné vedlejší účinky. V sedmdesátých letech objevil Azad Khan, že aktivní složkou preparátu, který působí u idiopatických střevních zánětů, je kyselina 5-aminosalicylová (5-ASA) – mesalazin. Před sulfasalazinem má 5-ASA tyto preferenční vlastnosti: je účinnější, bezpečnější a má menší vedlejší účinky. Úloha preparátů 5-ASA je: léčba aktivní lehké a středně těžké formy ulcerózní kolitidy a Crohnovy nemoci, ale zejména jejich léčba udržovací. Jsou užívány různé **formy** léku – čípky, klyzmata i tablety. **Mesalazin** je k dispozici jako: Asacol, Salofalk, Pentasa, atd.

Kortikosteroidy

Kortikoidy se uplatňují v léčbě ISZ od padesátých let (Truelove a Witts, 1955). Působí blokádu četných manifestací zánětu. Blokují i pozdní stadia zánětlivého procesu. Kortikosteroidy jsou účinné v léčbě aktivního idiopatického zánětu, ale nikoliv v udržení remise a v prevenci relapsu. Podvýživa, anemie a hypoproteinemie snižují činnost kortikosteroidů až o 50%.

Imunosupresiva

Metotrexát je užíván při léčbě refrakterní (*nereagující na léčbu*) ulcerózní kolitidy a Crohnovy nemoci po dobu 12ti týdnů. Efekt se projevuje po 8-10ti týdnech léčby.

Cyklosporin A je extrahován z plísně a působí inhibicí T a B lymfocytů, blokuje uvolňování interleukinu-2 (*skupina látek mající význam v imunitě a v její regulaci a při zánětu*). Dobrá odpověď na léčbu se dostavuje u 70-82% nemocných, pak je možno přejít z parenterální léčby na léčbu perorální. Cyklosporin je toxický, způsobuje hypertenzi, parestézie, ale je zejména neurotoxický, proto je nutné sledovat hodnoty sérového kreatininu, draslíku a kyseliny močové. Hladinu cyklosporinu v plazmě je třeba monitorovat. Kortikoidy zvyšují koncentraci cyklosporinu a cyklosporin snižuje metabolismus kortikoidu, kombinovaná terapie může zvýšit účinnost.

Antibakteriální léčba

Mohou působit v léčbě ISZ na třech úrovních: 1/ redukují množství antigenních vyvolavatelů ve střevním lumen, 2/ účinkují proti mikroorganismům, které by mohly být zapojeny do etiologie zánětlivého procesu, 3/ mohou mít imunostupresivní účinek. Z preparátů se podávají – gentamycin, clindamycin, metronidazol, atd. Širokospektrá antibiotika mají své místo při hnisavých komplikacích u CN a při průjmu způsobeném

přerůstáním bakterií v tenkém střevě. U akutního průběhu UK je úspěšná kombinace antibiotik s kortikoidy. Ideální je aplikace antibiotik dle kultivačního nálezu.

Protiprůjmové léky

Tyto léky mohou být účinné v symptomatické terapii u lehké a středně těžké kolitidy, redukují frekvenci vyprazdňování. Léky jsou kontraindikovány u těžké kolitidy pro možnost vzniku toxického megakolon.

Sedativa

Benzodiazepiny mohou být užitečné v potlačení anxiózy (*úzkosti*), tricyklická antidepresiva podporují účinek anticholinergika a jsou prospěšná při střevních spasmech. Dlouhodobá léčba neuroleptiky patří spíše do rukou psychiatra.

(Lukáš, K.: *Idiopatické střevní záněty*, Triton, 1997)

2.18.2 Umělá výživa

Pod pojmem umělá výživa je zahrnováno parenterální nebo enterální podávání farmaceuticky připravených nutričních substrátů, které obsahují všechny potřebné látky (aminokyseliny, glycidy, tuky, vitamíny, ionty, stopové prvky).

Indikace umělé výživy u pacientů s ISZ:

- ✓ Crohnova nemoc – akutní relaps onemocnění – indukce remise
- ✓ Příprava před chirurgickým zákrokem (CN, UK)
- ✓ Malnutrice – ke zlepšení nutričního stavu či imunitních funkcí (CN, UK)
- ✓ Syndrom krátkého střeva (CN)
- ✓ Crohnova choroba – fistulující forma - enterokutánní, enterovezikulární, vnitřní píštěle
- ✓ Crohnova choroba – stenózující forma

Po indikaci umělé výživy je nutné rozhodnout o potřebě jednotlivých živin, vody a minerálů, zvláště u parenterální výživy, která je zatížena větším rizikem metabolických komplikací.

Nejprve je nutné určit potřebu tekutin – u stabilních pacientů jde o 30 až 40ml/kg za den, u kritických stavů tato potřeba stoupá. Postupně je třeba upřesnit potřebu tekutin podle

diurézy (50-70 ml/h) a extrarenálních ztrát (průjem, septické stavy, nitrobřišní abscesy, peritonitida, syndrom krátkého střeva, ileostomie, atd).

Potřebu minerálů lze upřesnit podle hladiny v séru a obsahu minerálů v moči za časovou jednotku a odhadu extrarenálních ztrát (viz výše).

Energetickou potřebu je možné odhadnout, vypočítat nebo změřit. Energetická potřeba odhadem činí cca:

- 25-30 kcal/kg na den (100-130 kJ/kg na den) u stabilních pacientů
- 35-40 kcal/kg na den (150-170 kJ/kg na den) u pacientů s vyšší energetickou potřebou

Množství aminokyselin je nutné dodat podle potřeby dusíku odhadem a potom upřesnit podle ztrát dusíku do moči a extrarenálních ztrát. Typická je ztráta bílkovin, proto je nutné zvýšit příjem aminokyselin, aby bylo možné předejít proteinové malnutrici.

Formu umělé výživy zvolíme podle potřeby výživy (zda je nutné pacientovi podat veškeré živiny, množství energie, atd.) a podle funkce gastrointestinálního traktu (GIT). Pokud je GIT funkční a je schopen absorbovat dostatečné množství živin a energie, podáváme enterální výživu, pokud není schopen trávicí trakt tuto funkci plnit, podáváme buď kombinaci parenterální a enterální výživy, nebo výživu parenterální. U pacientů s ISZ dáváme přednost aplikaci enterální výživy, pokud enterální příjem nestačí k suplementaci energie, aminokyselin, minerálů či stopových prvků, volíme parenterální přístup.

Enterální výživa

Enterální výživa je podávání nutričně definované výživy, resp. průmyslově vyráběných výživových přípravků do trávicího traktu, a to jak popíjením, tak nazoenterální sondou či gastrostomií. Enterální výživa v užším smyslu slova je podávání prostředků enterální výživy kontinuálně do tenkého střeva – to znamená první kličky jejunu.

Kromě dodávky živin v množství potřebném pro další existenci a vývoj pacienta, má enterální výživa další účinky, např. udržení střevní bariéry, prevenci prokrvení splachnické oblasti, výživu střevních buněk.

Je to přirozená cesta podávání výživy, a proto ji u všech pacientů, u kterých postačí přívod chybějících živin enterální, dáváme přednost před parenterální výživou.

Enterální výživa je indikována u pacientů se skutečnou nebo hrozící malnutricí, jejichž trávicí trakt je funkční.

Kontraindikace enterální výživy:

- v akutní fázi onemocnění není indikována žádná forma umělé výživy, nejprve je nutné stabilizovat stav, aby byl organismus schopen přijímat živiny a profitovat z jejich podání
- absolutní kontraindikací je náhlá příhoda břišní, akutní krvácení do GIT, mechanický ileus
- k relativním kontraindikacím počítáme akutní pankreatitidu, paralytický ileus, žaludeční atonii, neztižitelné krvácení, těžké průjemy, enterokutánní píštěle s vysokou sekrecí, pokud se nepodaří zavést konec nutriční sondy za ústí píštěle

Komplikace můžeme rozdělit na:

- gastrointestinální – např. reflex, nauzea, zvracení, průjem, nadýmání, bolesti břicha, zácpa, krvácení do GIT
- infekční – např. průjem, septický stav, infekce vstupu gastrostomie
- metabolické – např. hypo a dehydratace, porucha minerálového hospodářství, hyper či hypoglykémie, edémy
- mechanické – vytažení sondy či PEG, obstrukce sondy, poškození sondy, vředové léze v nose, dekubit sondy

Cesty podání enterální výživy

Enterální výživu je možné podávat perorálně, popř. zavedenou nazoenterální sondou nebo pupeční gastro- či jejunostomií.

Nejjednodušší formou výživy je její podávání per os – sipping. K tomuto způsobu výživy jsou vhodné ochucené preparáty enterální výživy obsahující buď jednotlivé živiny, či všechny složky výživy (bílkoviny, sacharidy, tuky, minerály, stopové prvky a vitamíny).

Při podávání plné enterální výživy, eventuálně pokud pacient není schopen požit celou dávku enterální výživy perorálně, je nutné zavést sondu do žaludku (nazogastrická sonda), do duodena (nazoduodenální sonda) či do 1. kličky jejunum (nazojejunální sonda). Pro krátkodobé podávání enterální výživy můžeme použít sondu nazogastickou, která má širší lumen. Pokud je třeba podávat enterální výživu po delší dobu, je vždy nutné zvažovat, zda nezavést nazojejunální sondu, či neprovést perkutánní endoskopickou gastrostomii.

Pokud předpokládáme dlouhodobé podávání enterální výživy, volíme zavedení punkční gastrostomie, nejčastěji perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG). Jde o metodu zavedení sondy přímo břišní stěnou do žaludku s použitím gastroskopu. Před výkonem je nutné vyšetřit

koagulační parametry (INR, APTT, hladina trombocytů) a pacienta krýt antibiotiky. Výkon se provádí v analgosedaci.

Enterální výživu můžeme podávat buď bolusově (při podávání do žaludku), či kontinuálně (podávání do tenkého střeva) pomocí pumpy. Velikost bonusů se pohybuje dle snášenlivosti pacienta 250-350 ml, rychlost kontinuálního podání je 100-150 ml/h a tím je možné udělat 8hodinovou přestávku (výhoda doma, přes den odpojení, od večera do rána výživa kape).

Parenterální výživa

Parenterální výživa je aplikace umělé výživy mimo trávicí trakt, v současné době jde prakticky vždy o aplikaci roztoků umělé výživy do žilního řečiště.

Indikací jsou stavy zhoršené výživy nebo stavy, které k malnutrici mohou vést, nejsou-li řešitelné dietou či podáváním enterální výživy. Je užívána jako primární léčba při akutním relapsu CN společně v kombinaci s medikamenty. Při UK má parenterální výživa jen nevelký podpůrný význam.

Kontraindikace parenterální výživy jsou minimální. Patří k nim šokový stav a etické aspekty.

Komplikace mohou nastat při zavádění centrálního katétru (vznik pneumotoraxu, hemotoraxu, kanylace artérie), při jeho dlouhodobém užívání (trombóza katétru, jeho zalomení či infekce) či z důvodů metabolických (hyperglykémie, dehydratace, minerálová dysbalance, atd.). I aplikace parenterální výživy periferní cestou může mít komplikace – může dojít ke vzniku tromboflebitidy periferní žíly, ke flegmóně či abscesu. Kanyla v periferní žíle dlouhodobou parenterální výživu nesnese – každých 20-48 hodin se musí zavést nová pro počínající flebitidu.

Sledování pacientů s umělou výživou, ošetrovatelská péče

Je nutné pečlivě monitorovat její eventuální komplikace. Proto provádíme pravidelné kontroly.

Centrální katétr – převaz druhý den po zavedení, poté 2x týdně či kdykoliv při krvácení či sekreci z okolí vpichu. Užívají se různé krycí materiály a látky bránící vzniku infekce (na našem oddělení Inadine + krytí Tegadermem, který umožňuje vizuální kontrolu vpichu a okolí).

Periferní katétr – nejméně 2x týdně měnit, ale zkušenosti ukazují, že je každých 20-48 hodin nutná výměna pro vznikající flebitidu.

Dále je nutný:

- ✓ monitoring bilance tekutin
- ✓ sledování hmotnosti (úvodem na metabolických vahách)
- ✓ měření centrálního žilního tlaku (nutností je, omezit tento invazivní vstup na minimum vzhledem k vzniku infekce centrálního katétru)
- ✓ pravidelná kontrola tělesné teploty (podezření na infekci)
- ✓ u enterální výživy je nutné pravidelné proplachování sondy po každé aplikaci přípravku EV či léku
- ✓ u PEGu jsou nutné převazy denně, alespoň 2x týdně je nutné pootočení a zanoření PEGu
- ✓ sledování laboratorních výsledků – krevní obraz, minerály, tuky, glykémie, jaterní testy, amyláza, celková bílkovina, albumin, prealbumin, CRP, FW, stopové prvky, vitamíny – vše dle zvyklostí oddělení a ordinací lékaře, některé odběry i několikrát týdně

(Kohout, P. a kolektiv: Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty, Maxdorf, 2004)

2.18.3 Dieta

V období remise nejsou u idiopatických střevních zánětů dietní opatření. Dieta by měla být nedráždivá, šetřící, dostatečně kaloricky vydatná a vyvážená, s dostatkem vitamínů, event. jejich suplementací. Nutný je individuální přístup dle snášenlivosti jednotlivých pokrmů.

- U **aktivního onemocnění** je nutná strava bezzbytková (zajistí „odpočinek střeva“), bez mléka a s nízkým obsahem cukru.
- U **vysoce aktivního onemocnění** je podávána výživa parenterální nebo enterální. Vzplanutí nemoci je stresem pro organismus, který v tomto období vyžaduje zvýšené množství energie, proto musí mít výživa energeticky vysokou hodnotu.
- Při **přechodu** z parenterální nebo enterální výživy, při mizení známek zánětu, je zprvu podáván čaj, suchary, kaše, bílé pečivo. Pokud nemocný jídlo snáší – zkoušíme přidávat (v menších množstvích): vařené ovoce, vařenou zeleninu, brambory, rýži, těstoviny, nízkotučný sýr, nízkotučné uzeniny, maso, drůbež nebo ryby. Poté je možno

zkusit přidávat tuk (máslo nebo rostlinné tuky, olej) nebo později i potraviny obsahující tuku více – uzeniny, sýr nebo maso.

- V období průjmů, při křečovitých bolestech břicha a při zúžení střeva je důležité omezení vlákniny (větší množství syrového ovoce a zeleniny), většího množství kofeinu (dobře je snášená voda a slabý čaj, do kterého je možno přidat malé množství sole), silný čaj a káva nejsou vhodné, protože povzbuzují pohyby střeva, stejně jako cukr a cukerné náhražky ve větším množství.
- Naopak při zácpě dochází ke zlepšení při dietě se zvýšeným obsahem vlákniny.
- V období následujícím po vzplanutí zánětu je možno začít podávat dobře stravitelná jídla: vařené maso, vařené ryby, vařenou drůbež, vařené brambory, rýži, těstoviny, dobře stravitelnou vařenou zeleninu a ovoce, bílý chléb, bílé pečivo, máslo (při CN by neměly být používány umělé tuky, protože byla vyslovena domněnka, že by mohly být příčinou jejího vzniku), džem, med sýry s nízkým obsahem tuku, uzeniny s nízkým obsahem tuku. Cítí-li se nemocný dobře a neobjeví-li se nové příznaky, je možno přidávat každé dva až tři dny nové jídlo. Pokud není toto dobře snášeno, jeho podání neopakujeme (v té době je vhodné vedení podrobného „jídelního deníku“ včetně sledování tělesné váhy).
- V klidovém období nejsou u ISZ požadována zásadní přísná dietní opatření. Dieta by měla být nedráždivá, šetřící, dostatečně kaloricky vydatná (38-45 kcal/ kg váhy) s vysokým obsahem bílkovin a vyvážená, s dostatkem vitaminů, event. s jejich přídatkem. Vhodný je individuální přístup dle snášenlivosti jednotlivých pokrmů. Někdy je doporučováno v mezidobí podávat zbytkové stravy (pochopitelně ne tam, kde je střevo zúženo) – opět je nutný individuální přístup. Nepoužívat cukr, nebo jen v malém množství. Vyloučit větší množství tuku (zejména tuků umělých). Vyloučit mléko při jeho nesnášenlivosti, zařadit do jídelníčku mořské ryby (jejich olej obsahuje zřejmě látky, které působí proti střevnímu zánětu). U některých nemocných dochází k úbytku na váze, což je způsobeno několika příčinami (nechutenství, pocit na zvracení, bolesti po jídle apod.). Někteří nemocní se řídí špatnou zásadou: „raději než jíst stravu, po které jsou bolesti, tak raději nejíst nic“. Nemocní s ISZ potřebují velké množství bílkovin (na 1kg váhy je zapotřebí průměrně 1,2 g bílkovin). Potraviny s vysokým obsahem bílkovin: maso, byry, drůbež, vejce, mléko a mléčné produkty.

Důležitým **doporučením** pro pacienty s ISZ záněty je v počátcích vedení podrobného seznamu požitých jídel, se zapisováním veškerých potravin, nápojů, intervalů mezi jídly. K seznamu pak přidat vlastní komentář - počet stolic, jejich vlastnosti – měkká, kašovitá, vodnatá, bolesti břicha, nedýmání – vše v závislosti na typu potravy, tak je možné prokázat, která z potravin není dobře snášena, a je možno ji vyloučit. Po několika týdnech je možno učinit nový pokus o „testování“ potravin a nápojů, které vyvolaly dříve potíže, a pokud je „test pozitivní“, potravinu nebo nápoj vyloučit.

Je známo, že často jsou **špatně snášeny** tyto potraviny a nápoje: luštěniny, syrová zelenina, zeleninové džusy, citrusové plody (pomeranče, grapefruity, mandarinky, citrony), nakládané zelí, cibule, tučná a kyselá jídla, mléko, ořechy a játra, které mohou zraňovat křehkou sliznici. Existují jen obecná doporučení! Každý nemocný reaguje rozdílně!

Nemocní s ISZ potřebují, tak jako ostatní lidé, nejméně 1,5 litru **tekutin** na den. V období vzplanutí dochází k velkým ztrátám tekutin průjmy a je proto nutný přísun tekutin zvýšit. Ovocné džusy obvykle dráždí střevní sliznici. Silná káva a čaj podporují rychlé vyprazdňování a zhoršují průjem. Alkoholické nápoje se jeví stejně problematické pro nemocné s ISZ jako kohokoliv jiného, není však prokázána vazba mezi alkoholem a ISZ. U pacientů s ISZ se často vyskytuje **nesnášenlivost mléka** a mléčných výrobků, proto je potřebný individuální přístup, ale ve stravě je nutné zachovat dostatečné množství vápníku.

Po operacích je možné se řídit výše uvedenými dietetickými principy, ale zvláště po mnohočetných nebo opakovaných resekcích střeva je vhodné a někdy nutné stravu doplňovat firemně vyráběnými přípravky umělé výživy, která zajistí dostatečnou energetickou hodnotu schopnou se vstřebat.

(Lukáš, K., Šatrová, J.: *Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci*, Triton, 2004)

2.19 LÉČBA CHIRURGICKÁ

Nemocní s UK a CN přes veškerou známou a kvalifikovaně prováděnou konzervativní léčbu jsou mnohdy nuceni navštívit chirurga a podrobit se nezbytnému operačnímu výkonu. Ve dvacetiletém průběhu onemocnění UK se chirurgickému výkonu z různých indikací musí podrobit asi 20% nemocných. V případě CN ve třicetiletém průběhu onemocnění je to dokonce až 90% pacientů trpících touto chorobou.

2.19.1 Ulcerózní kolitida

Chirurgie UK se vyznačuje určitou výhodou oproti chirurgii CN, neboť vhodně indikovaným a správně provedeným operačním výkonem moderního typu by měl být nemocný své choroby definitivně zbaven (až na event. Možnost recidiv některých extraintestinálních projevů). Chronický zánět a podslizniční vrstvy postihuje u UK výlučně tlusté střevo, resp. rektum, a vynechává střevo tenké (výjimečně až několik centimetrů terminálního ilea) a anální kanál.

Historie

Operativa UK, zvláště její fulminantní formy, se do padesátých let omezovala na provádění kolostomie, resp. Ileostomie. Tímto výkonem bylo většinou dosaženo zlepšení celkového stavu nemocných a zklidnění lokálního zánětlivého nálezu ve střevě. V druhé době bylo možné provést kolektomii. Avšak ileostomie nemocným zůstaly až do konce života. Tento problém, zvláště mladých lidí, se pokusil v šedesátých letech vyřešit v Anglii Atley zavedením metody **ileorektoanasomózy** po provedené kolektomii. Tato operace se prováděla většinou jako druhá fáze po předchozí kolektomii a ileostomie za předpokladu, že konzervativním postupem se podařilo dostatečně zklidnit zánětlivé postižení rekta. Ne vždy byla léčba rekta natolik úspěšná, že byla následná anastomóza s ileem bezpečná. Proto téměř u 50% nemocných nebylo možné anastomóze ilea s rektum provést.

V sedmdesátých letech se nové operační metody dočkali i nemocní s trvalou ileostomie, když Kock ve Švédsku publikoval svoji **kontinentní** verzi **ileostomie**. Pomocí rezervoáru a důmyslné přirozené chlopně (záklopy) bylo možné zajistit vyprazdňování ileostomie kontrolovaně pouhým zavedením cévky. Časem ale ztrácela svoji účinnost, a proto tato operační metoda nedoznala většího rozšíření.

Indikace k operaci

➤ Urgentní operace

V moderním pojetí se dnes za metodu volby při urgentní operaci považuje provedení **kolektomie** a vyústění terminálního ilea v podobě **ileostomie**. Po zvládnutí akutního stavu je obvyklé, s odstupem 2-6ti měsíců, provést **nekonstruktivní operaci**.

Indikace k akutní chirurgické léčbě UK – perforace tračnicku, krvácení, endotoxemický šok, akutní (toxické) megakolon

➤ Elektivní operace

Moderní operační přístup k UK spočívá v **úplné proktokolektomii**, což znamená, že se odstraní veškerá nemocí postižená oblast tlustého střeva a rekta, včetně střeva, které nemusí být aktuálně choré, ale téměř jistě by v budoucnu byl event. ponechaný úsek střeva zánětem zasažen. Podstatou pro tuto operaci je zachování nepoškozeného sfinkterického komplexu. Rekonstrukční fáze operace spočívá v napojení terminálního ilea na zbylou část análního kanálu. Prosté přímé terminoterminální spojení by nebylo vhodné, neboť prakticky při každé peristaltické vlně tenkého střeva by nemocný musel detekovat, protože sfinkter by tento tlak trvajícím několik desítek vteřin neudržely a nemocný by tím byl prakticky inkontinentní. Proto je nezbytné před anální kanál vřadit nový rezervoár, který nahrazuje rektum, především pak funkci jeho ampuly. Tento rezervoár se podařilo konstruovat v osmdesátých letech laterálním sešitím několika kliček terminálního ilea a toto „nové rektum“ je známo pod anglických označením **pouch** (vak). Po výkonu je nutné počítat s tím, že po obnovení peristaltiky dojde k větším ztrátám tekutin (a tím i ostatních důležitých živin), neboť pouche se rozvíjí až postupně, stejně jako se zlepšuje postupně kontinence, v prvních pooperačních dnech bývá počet stolic kolem patnácti. Postupně za pomoci farmak a nástupem adaptačních mechanismu se počet defekací snižuje na čtyři až šest stolic denně, zlepšování lze očekávat do dvou let po operaci.

Indikace k elektivní chirurgické léčbě UK – neúspěch či komplikace konzervativní léčby, karcinom či prekarcinomové změny, striktura, extrakolitické projevy.

2.19.2 Crohnova choroba

Chirurgická léčba CN má oproti léčbě UK velkou nevýhodu v tom, že odstraněním ložiska zánětu není choroba definitivně vyléčena, dochází k recidivám (40-70%), a tím úspěšnost léčby výrazně klesá. Možná lokalizace nemoci prakticky v celém GIT, význačné postižení lymfatického aparátu a částečné šíření se zánětu do okolních tkáňových struktur tvoří mnohdy velmi obtížné prostředí pro uplatnění racionální chirurgické léčby.

Historie

Ve 40. letech chirurgické řešení nemoci spočívalo v **resekcích** postižených úseků GIT . Výsledky však byly většinou nedobré, nezměnil se počet recidiv onemocnění, naopak přibýlo nemocných s malabsorpčním syndromem.

Počátkem 60. let byla změněna chirurgická taktika ve smyslu nemocného střeva neresekovat, ale obejít založením **bypassu** mezi střevem zdravým před a za ložiskem CN. Tím došlo většinou ke zklidnění klinických projevů choroby. K úplnému ústupu nemoci však nedocházelo. Byly popsány i případy výskytu karcinomu ve vyřazeném střevním úseku.

Od 70. let byla opět změněna strategie operací ve smyslu preference úsporných resekcí a v létech osmdesátých byla zavedena tzv. **strikturoplastika**, která se stala alternativní či doplňkovou operací k metodě nesekční, zvláště při recidivách onemocnění.

Indikace k operacím

➤ Urgentní operace

Indikace k urgentní chirurgické léčbě CN – masivní krvácení, střevní obstrukce, toxické megakolon, peritonitida, perianální absces.

Indikace jsou zřejmé. Výjimku tvoří situace **náhlé intestinální obstrukce**, při již dříve známé diagnóze CN. Zde se doporučuje konzervativní terapie, neboť akutní nesekční výkon v edematózní terénu většinou zbaví nemocného podstatně většího úseku střeva, než je nezbytně nutné. Pokud je ileus způsoben při CN adhezí, volvulem, invaginací, tumorem, pak je urgentní operace indikována.

Druhou, poněkud diskutabilní oblastí akutního operování CN je problém **bolesti v pravém podbříšku**. Průběh CN je velmi obtížné klinicky odlišit od akutní apendicitidy, zvláště jde-li o tzv. akutní terminální ileididu. Stále ale zůstává pravidlem – při podezření na apendicitidu raději operovat. Při operaci pro domnělou akutní apendicitidu s nálezem akutní ileitidy lze doporučit vždy provedení apendektomie a podání konzervativní léčby. Zamezí se tak nejasnostem v budoucnu. Zjistí-li se při operaci pro apendicitidu pokročilý chronický zánět Crohnova typu, je plně na místě provést primárně ileocekální resekci. Nesekční postup platí i při operacích z ostatních urgentních indikací. Provádí se resekce s primární anastomózou, v komplikovaných situacích vyústění střeva některým typem stomie, či založení dočasného bypassu. Tento postup umožňuje v druhé operační době definitivní nesekční a rekonstrukční řešení.

➤ Elektivní operace

Indikace k elektivní chirurgické léčbě CN – selhání a komplikace konzervativní léčby, střevní stenózy, vnitřní a zevní infiltráty, urologické komplikace (stenózy ureterů), karcinom a prekarcinomové změny, projevy malnutrice a retardace růstu.

Vzhledem k tomu, že CN může postihovat kteroukoliv oblast GIT, odpovídá chirurgické řešení lokalizaci a rozsahu zánětu. Chirurgickým krédem ve všech případech však v současnosti je snaha o zachování co největší ještě funkční části Crohnovu nemocí postiženého orgánu.

✓ Operace pro postižení střeva tenkého a ileocekální oblasti – máme dvě operační metody:

- Resekční terapie – klasickou resekční terapií, při které se snažíme resekovat jen ten úsek střeva, který je evidentně makroskopicky zánětem postižen. Směrem orálním i abdominálním resekujeme ve vzdálenosti 5-10 cm od konce makroskopických změn. V těchto zdravých zónách se pak doporučuje založit anastomózu terminoterminálně. Plus radikální odstranění lymfatického povodí v rozsahu, který přináleží základnímu procesu na střevě.
- Strikturoplastika – jde o operační postup, kdy ponecháváme nemocné střevo v dutině břišní a pouze v místě zánětlivé stenózy je rozšíříme natolik, abychom obnovili normální průsvit střevní, tj. minimálně 2,5 cm v jeho průměru. Ve většině případů bývá použito strikturoplastiky jako doplňujícího výkonu k operaci resekční.

✓ Operace pro postižení tlustého střeva

- Urgentní operace – u urgentních stavů a velmi zbídačených nemocných je postačujícím výkonem **stomie**. Jinak je racionálním řešením **subtotální kolektomie**.
- Elektivní výkony – pro elektivní výkony připadá do úvahy několik typů operací:
 - segmentální resekce – obdoba resekční léčby tenkého střeva, se uplatňuje v praxi velmi málo, neboť čistě segmentární postižení se vyskytuje jen velmi zřídka a dochází obvykle velmi časně k opakovaným recidivám onemocnění
 - subtotální kolektomie – často se provádí i s resekci části terminálního ilea a případně s ileorektoanastomózou

→ proktokolektomii – provádí se při postižení sigmatu, resp. rekta; je však nutné počítat s tím, že se perineální rána bude pravděpodobně hojit dlouho a s komplikacemi

✓ Operace pro postižení rekta a análního kanálu

Základním principem chirurgické léčby je dlouhodobé udržování anorektální oblasti bez akutních projevů zánětů pomocí **incizí** abscesů, **drénování** a základní trvalé drenáže. Je nezbytné pravidelně anální kanál **dilatovat**. Většina nemocných se po delší době trvání nemoci sama vyžádá řešení v podobě **kolostomie**. V těžce zánětlivě změněném terénu s píštělemi se může vcelku nepozorovaně vyvinout karcinom, a proto nemocným raději doporučujeme abdominoperitoneální amputaci konečníku, i když víme, že hojení perineální rány bývá velmi zdlouhavé a svízelné a že operace sama může mít i následek ve sféře sexuální.

2.20 PROGNOZA

2.20.1 Ulcerózní kolitida

Průběh UK závisí na tíži první ataky a odpovědi na konzervativní léčbu. Fulminantní průběh často vyžaduje chirurgické řešení. U akutní UK více než 90% nemocných přechází do remise. Špatné prognostické faktory u akutní UK jsou: extenzivní postižení tračníku, začátek ve věku nad 60 let a výskyt toxického megakolon. U většiny nemocných je průběh chronický s remisemi a relapsy. Dlouhodobá prognóza je závislá na rozsahu, aktivitě a trvání nemoci. Pokud dojde k úmrtí, je jeho příčinou obvykle perforace střev při odkládání chirurgického řešení, pooperační komplikace po kolektomii a výjimečně i karcinom. Pokroky v konzervativní a chirurgické léčbě výrazně zlepšily prognózu a kvalitu nemocných s UK. Mnoho pacientů s „benigním“ průběhem kolitidy se může na nemoc adaptovat, dle různých studií 25-70% nemocných s UK vede normální život. Ale pacient, jehož onemocnění neodpovídá adekvátně na léčbu, je omezován fyzicky i psychicky perzistentními (přetrvávajícími) symptomy.

2.20.2 Crohnova nemoc

Prognóza u CN je závislá na oblasti a rozsahu postižení střeva a na komplikacích. Průměrně 50% nemocných s CN vyžaduje chirurgické řešení, z nich pak 50% vyžaduje druhý zákrok a z těch opět 50% je nutný třetí výkon. Největší počet operací ve v období 1-2 let po stanovení diagnózy. Úmrtí nastává obvykle v pooperačním období na komplikace (plicní embolizace, sepse). Mortalita u pacientů s CN je udávána jako dvojnásobek proti normální populaci. Kvalita života je u těchto nemocných poněkud nižší než u nemocných s ulcerózní kolitidou, protože CN je na léčbu obecně rezistentnější, mívá častější komplikace a chirurgický výkon nemocí onemocnění definitivně řešit, tak jako kolektomie řeší UK. Nemocní s aktivním onemocněním mají nižší kvalitu života, než nemocní s idiopatickým střevním zánětem v remisi.

(Lukáš, K.: Idiopatické střevní záněty, Triton, 1997)

2.21 SDRUŽENÍ LIDÍ TRPÍCÍCH CROHNOVOU NEMOCÍ A ULCEROZNÍ KOLITIDOU

V České republice existuje několik regionálních klubů sdružujících pacienty s Crohnovou nemocí a ulcerózní kolitidou. Tyto kluby ovšem pracují často značně chaoticky a nezávisle na sobě. Někteří se rozhodli svou činnost koordinovat a začlenit se do evropského sdružení „European Federation of Crohn and Ulcerative Colitis Association“ (EFCCA).

Výše zmíněná federace sdružuje „Crohn-Cluby“ takřka ze všech evropských zemí a má sídlo v Bruselu. Jejím cílem je zprostředkovávat informace a vzájemné kontakty pacientů s nespécifickými střevními záněty na mezinárodní úrovni. Sdružení pacientů velmi dobře pracuje např. ve Velké Británii, Francii, Německu či Rakousku, dokonce i na Slovensku existuje výtečně organizovaný „Slovak Crohn Club“, který je již třináct let členem EFCCA, vydává svůj vlastní časopis, pořádá přednášky a rekreace pro své členy.

Náplň činností spolků vyplývá ze stanov klubu: je to především snaha sdružovat lidi postižené Crohnovou nemocí a ulcerózní kolitidou, vyměňovat si zkušenosti, pořádat přednášky a semináře, výměnné pobyty, rekreace apod.

Cílem by mělo být zapojit do klubu jak členy všech regionálních sdružení, tak všechny pacienty, kteří jsou z měst, kde tyto spolky nepracují, a mají zájem se na této aktivitě podílet. Druhým cílem, jak už jsem výše předznamenal, je vstup spolků do EFCCA. Pro vzájemný kontakt mezi jednotlivými by měl být připraven informační bulletin, kde by byly základní informace o našem klubu, a zejména kvalitní internetovou stránku, která by byla jakousi informační centrálou pro všechny lidi postižené idiopatickými střevními záněty.

Odkazy na internetové stránky vhodných pro pacienty s ISZ najdete v PŘÍLOZE 3.

(<http://Crohn.cz/upa/ColitisCrohn/produkt.asp?productID=304&detailSubCatCode=115>)

3. EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 ÚVOD

Ani po vyhodnocení dotazníků si netroufám s přesností odpovědět na otázku „Jaká je vlastně kvalita života pacientů s idiopatickými střevními záněty?“ Každý člověk žije odlišný život, má různé koníčky, pracuje v jiném prostředí, žije s jinými lidmi. Je také rozdíl v tom, jaké má zážitky, zkušenosti, nároky a hodnoty. Každý z nás je individuální, originální, neopakovatelný. Těmito všemi prvky je způsobeno, že co se zdá být pro jednoho výborné, je pro druhého pouze dobré. Proto je cílem práce zmapování subjektivních pocitů lidí s idiopatickými střevními záněty, nikoliv jednoznačné určení, zda kvalita jejich života je výborná, dobrá či špatná. A přesto má výzkum pro mě veliký význam. Dovolil mi nahlédnout do osobních oblastí života našich klientů, lépe pochopit jejich problémy, ale i radosti a poukázal na zajímavé skutečnosti.

3.2 CÍL VÝZKUMU

Hlavním cílem závěrečné práce bylo zmapovat kvalitu života pacientů s idiopatickými střevními záněty v oblasti fyzické, psychické a sociální *během posledních šesti měsíců*.

V oblasti **fyzické** jsem chtěla zjistit, jak sami vnímají své zdraví, jak silné bolesti pociťují, zda mají problémy s vyprazdňováním stolice, jestli mají dostatek informací o svém zdravotním stavu a co podle jejich zkušeností zhoršuje nemoc vlivem fyzických faktorů.

V **psychické** oblasti byly otázky týkající se psychiky a prožívání různých situací. Například jak se celkově cítili, zda mají strach z operace, jestli se změnil jejich způsob vnímání sebe sama, jak často mají pozitivní či negativní pocity, zda se v jejich životě vyskytla krize z důvodu jejich nemoci a co z jejich zkušeností ovlivňuje jejich nemoc vlivem psychiky.

V oblasti **sociální** byly otázky zaměřeny na změny finančního příjmu vlivem nemoci, zda měli obtíže s navštěvováním školy nebo vykonáváním své práce, jestli se necítí osamocení či sociálně izolovaní, zda vylučují společenské akce z důvodu nepřítomnosti toalety a ve které situaci se zhoršuje nemoc vlivem sociálních faktorů.

V **závěru** dotazníku bylo cílem porovnání, jak sami pacienti charakterizují kvalitu života před zjištěním nemoci, po zjištění nemoci a po zahájení léčby.

3.3 METODA SBĚRU INFORMACÍ PRO VÝZKUM

Náhodným výběrem jsem rozeslala dotazník pacientům, kteří se účastní klinické studie probíhající na našem oddělení. Obálka obsahovala dotazník s průvodním dopis (viz. Příloha 1a) a ofrankovanou nadepsanou obálkou. Další část oslovených pacientů byla v době probíhání výzkumu na pravidelné kontrole ve své poradně. Někteří z pacientů souhlasili s vyplněním dotazníku, který také obsahoval průvodní dopis (viz. Příloha 1b). Po vyplnění dotazník odevzdaly sestře do příslušné poradny. Výzkumnou metodou byl anonymní dotazník (viz. Příloha 2) rozdělený do pěti částí.

První část obsahovala všeobecné údaje jako věk, pohlaví, jak dlouho a s jakou nemocí se léčí. *Druhá část* obsahovala dvanáct otázek zaměřených na fyzickou oblast pacienta. V otázce číslo dvě měl každý pacient zakreslit křivku, která ukáže sílu bolestí pociťovaných v posledních šesti měsících. Ve dvanácté otázce mohl každý pacient zapsat své osobní zkušenosti týkající se vlivu fyzických faktorů na průběh nemoci. *Ve třetí části* jsem pomocí deseti dotazů zjišťovala psychický stav pacientů. V otázce dvacet dva mohl pacient udat situace z psychické oblasti ovlivňující průběh nemoci. *Čtvrtá část* dotazníku byla zaměřeno šest otázek na sociální oblast pacientů. Ve dvacáté osmé otázce byl prostor pro uvedení situací ze sociální oblasti, které ovlivňují průběh nemoci. *V páté části* dotazníku, nazvané závěr, měl každý dotazovaný zhodnotit kvalitu svého života před a po zjištění nemoci a po zahájení léčby. (vše v Příloze 3)

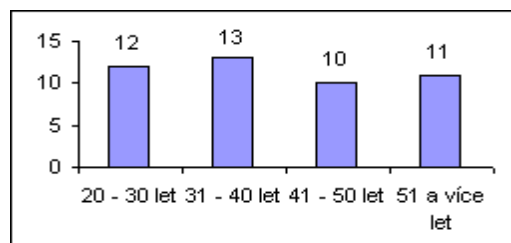
V průběhu deseti dnů od odeslání dotazníku bylo vráceno 28 vyplněných dotazníků. Dalších 13 dotazníků nebylo vráceno bez udání důvodu. Od pacientů z poradny jsem získala 18 dotazníků. Celkem tedy bylo do výzkumu zařazeno 46 kompletně vyplněných dotazníků.

3.4 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

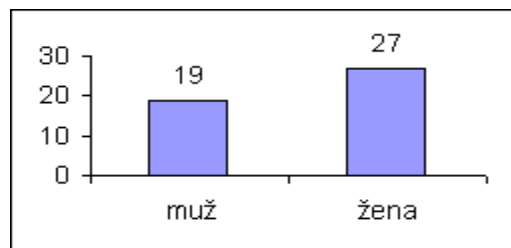
Do výzkumu jsem zařadila **46** vyplněných **dotazníků**. **Pohlaví** bylo zastoupeno jak ženami, tak muži. V počtu 19 mužů a 27 žen. **Věková kategorie** obsahovala čtyři hranice. Věk 20-30 let byl u 12 pacientů, 31-40 let u 13 pacientů, 41-50 let 10 pacientů, 51 a více let u 11 pacientů. **Délka léčby** byla rozdělena do třech bodů. 0-4 roky se léčí 10 pacientů, 5-9 let 19 pacientů, 10 a více let 17 pacientů. **Typ střevní nemoci** byl dvojitý. Šlo o Crohnovu nemoc u 36 pacientů a ulcerózní kolitidu u 10 pacientů.

Všeobecná oblast:

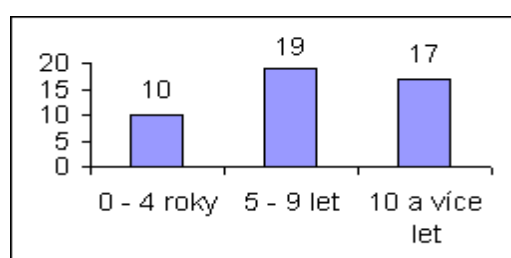
Věk	Počet dotázaných
20 - 30 let	12
31 - 40 let	13
41 - 50 let	10
51 a více let	11



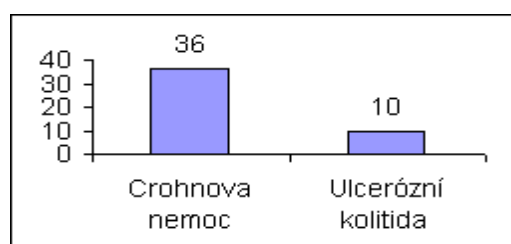
Pohlaví	Počet dotázaných
muž	19
žena	27



Jak dlouho se léčíte?	Počet dotázaných
0 - 4 roky	10
5 - 9 let	19
10 a více let	17



S jakou střevní nemocí se léčíte?	Počet dotázaných
Crohnova nemoc	36
Ulcerózní kolitida	10



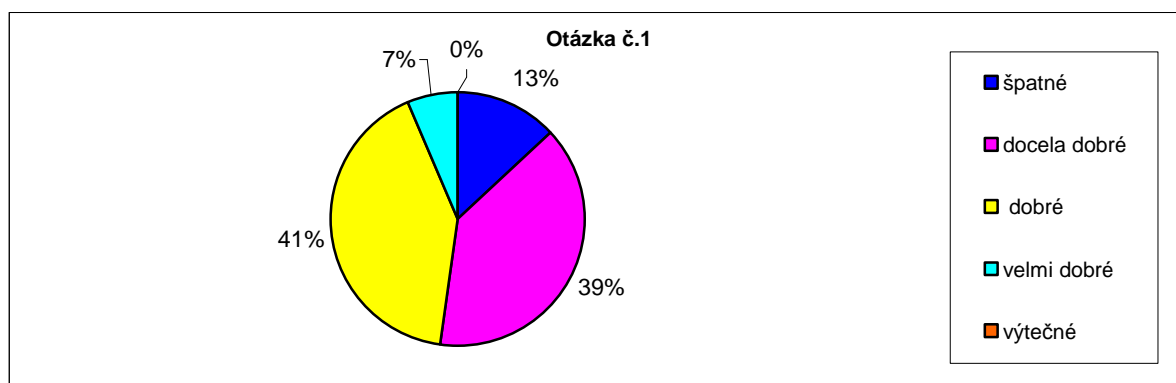
3.5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

FYZICKÁ OBLAST ZA POSLEDNÍCH 6 MĚSÍCŮ:

Otázka č. 1

Jak vy sám/sama vnímáte svoje zdraví všeobecně?

Odpověď	Počet dotázaných
špatné	6
docela dobré	18
dobré	19
velmi dobré	3
výtečné	0



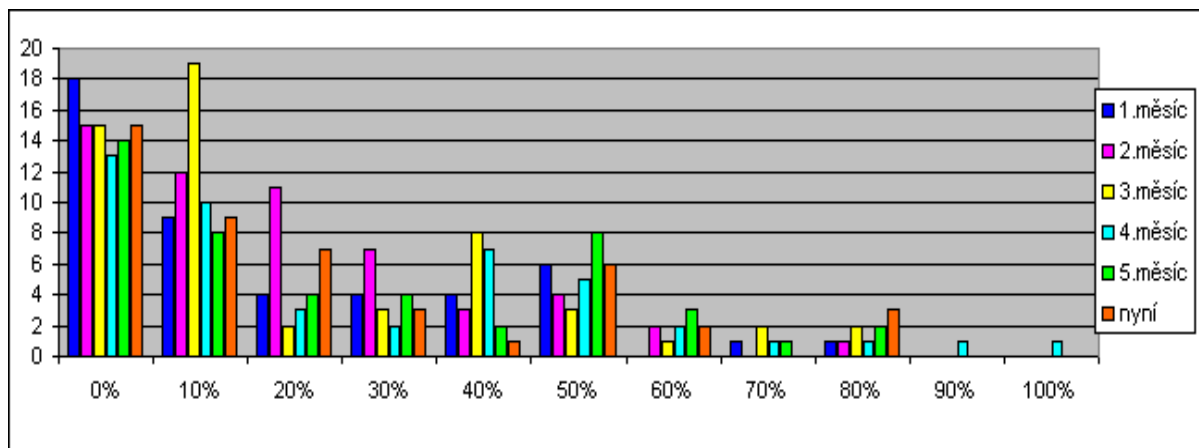
Poznámky:

Na první otázku „Jak Vy sám/sama vnímáte svoje zdraví všeobecně?“ odpovědělo 41% dobré, 39% docela dobré, 13% špatné a 7% velmi dobré. Vnímání svého zdraví jako výtečné neoznačil žádný z dotazovaných. Z grafu vyplývá, že 87% hodnotí svoje zdraví kladně, 13% pacientů záporně.

Otázka č. 2

Zakreslete do tabulky křivku, jak silné bolesti jste měl/měla v posledních šesti měsících.

Odpověď	Počet dotázaných	Počet dotázaných	Počet dotázaných	Počet dotázaných	Počet dotázaných	Počet dotázaných
0%	18	15	15	13	14	15
10%	9	12	19	10	8	9
20%	4	11	2	3	4	7
30%	4	7	3	2	4	3
40%	4	3	8	7	2	1
50%	6	4	3	5	8	6
60%	0	2	1	2	3	2
70%	1	0	2	1	1	0
80%	1	1	2	1	2	3
90%	0	0	0	1	0	0
100%	0	0	0	1	0	0
	1. měsíc	2. měsíc	3. měsíc	4. měsíc	5. měsíc	nyní



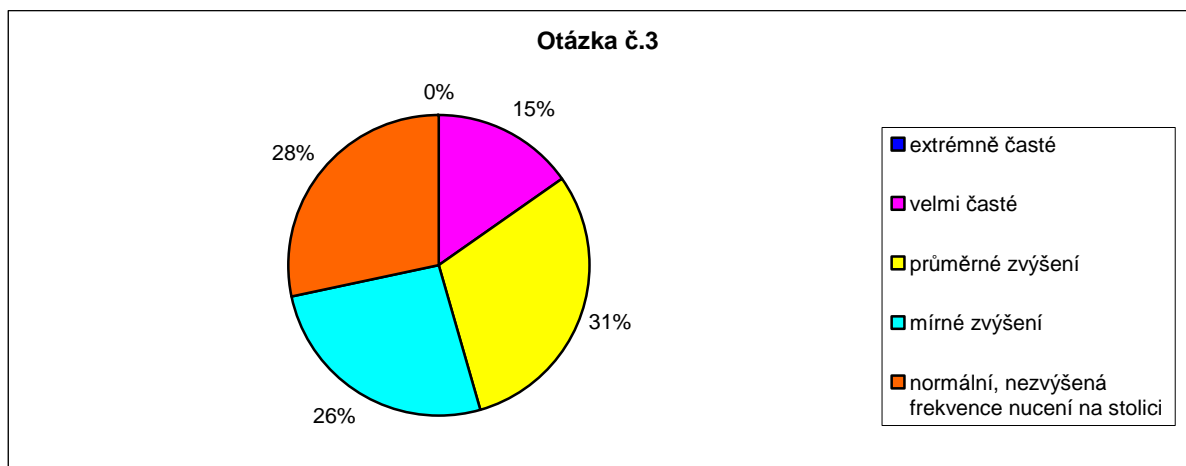
Poznámky:

Druhá otázka zkoumala sílu bolesti v posledních šesti měsících. Většina pacientů pociťovala bolesti minimální nebo žádné, 19-41% dotazovaných. Někteří střední až silnou bolest, 9-13% pacientů. Velmi silnou až nesnesitelnou bolest pociťovalo 2-11% lidí.

Otázka č. 3

Jak často míváte nucení na stolici?

Odpověď	Počet dotázaných
extrémně časté	0
velmi časté	7
průměrné zvýšení	14
mírné zvýšení	12
normální, nezvýšená frekvence nucení na stolici	13



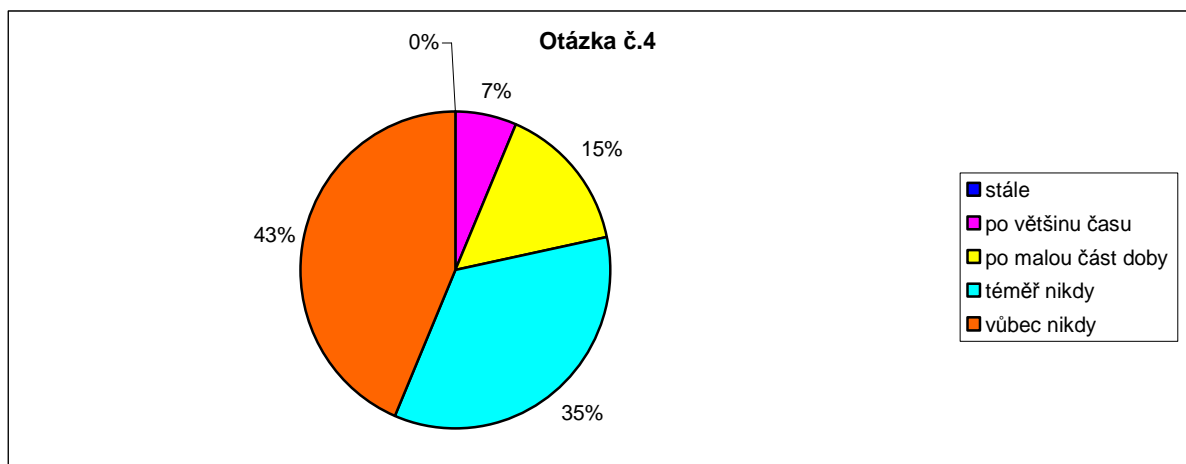
Poznámky:

Častost nucení na stolici je u většiny průměrně až mírně zvýšené, 57%. 28% dotazovaných udává normální, nezvýšenou frekvenci nucení na stolici. A 15% pacientů pociťuje nucení na stolici velmi často.

Otázka č. 4

Po jakou dobu u Vás došlo k samovolnému uvolňování stolice?

Odpověď	Počet dotázaných
stále	0
po většinu času	3
po malou část doby	7
téměř nikdy	16
vůbec nikdy	20



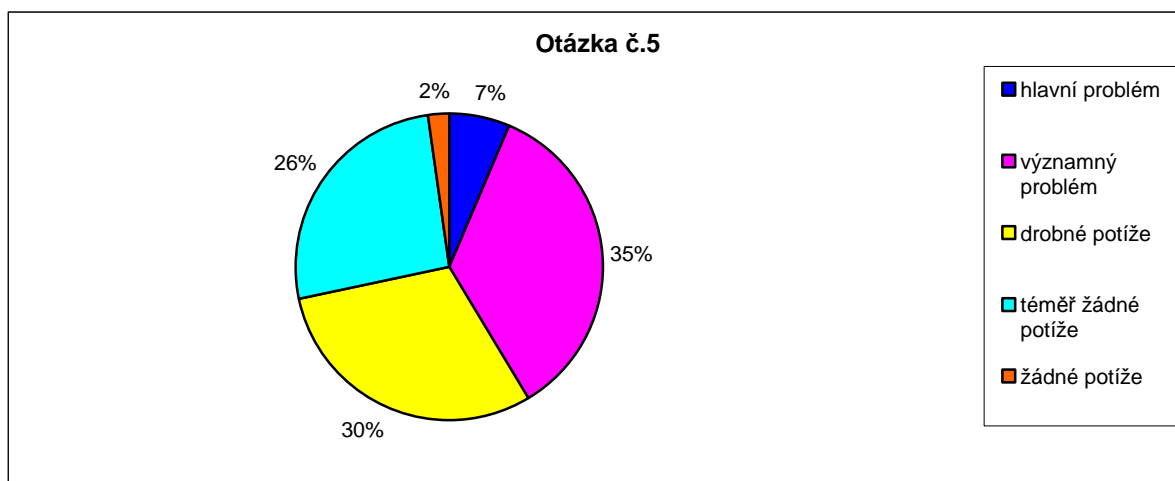
Poznámky:

S tímto problémem se neseťkalo 43%, téměř nikdy 35%, po malou část doby 15% a po většinu času 7%. Stálým problémem to není pro žádného dotazovaného.

Otázka č. 5

Jak velký problém máte s vycházením velkého množství plynů?

Odpoověď	Počet dotázaných
hlavní problém	3
významný problém	16
drobné potíže	14
téměř žádné potíže	12
žádné potíže	1



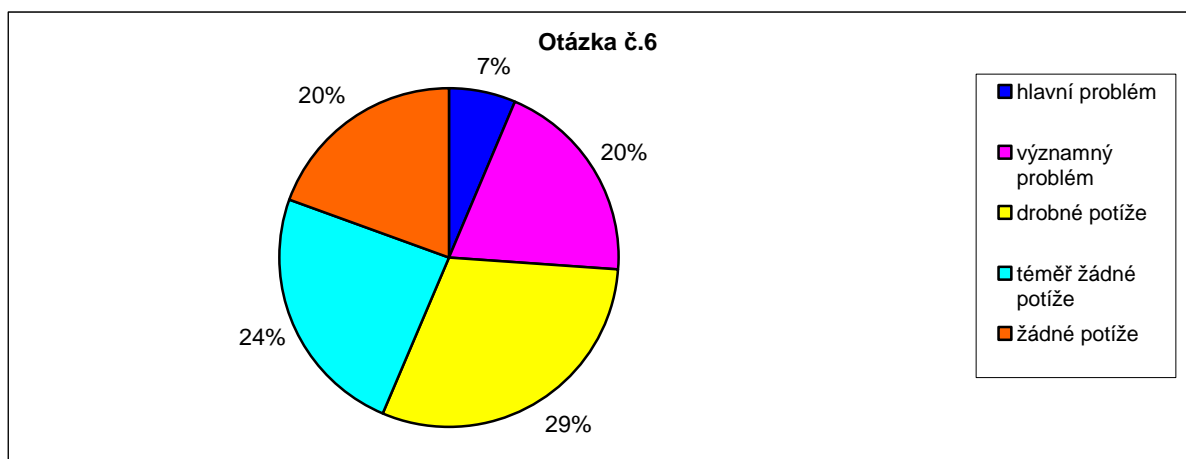
Poznámky:

Významným problémem je pro 35%, drobné obtíže působí ve 30%, téměř žádné potíže ve 26%, hlavní problém 7%. Pouze ve 2% není hlavním problémem vycházení velkého množství plynů.

Otázka č. 6

Jaký problém máte s udržením váhy nebo přibíráním?

Odpověď	Počet dotázaných
hlavní problém	3
významný problém	9
drobné potíže	14
téměř žádné potíže	11
žádné potíže	9



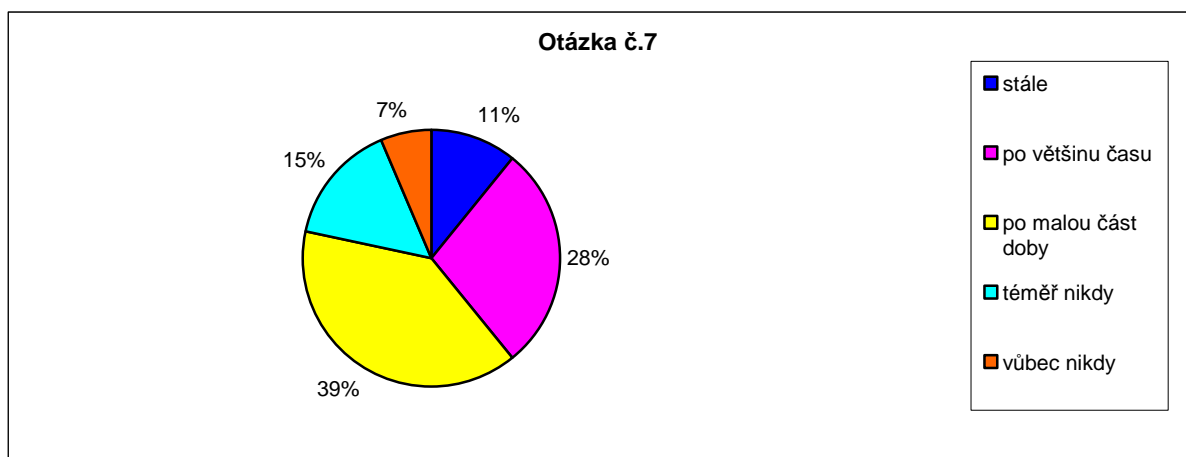
Poznámky:

29% pacientů má jen drobné potíže, 24% téměř žádné, shodně 20% téměř žádné potíže a významný problém. Hlavní problém pro 7% dotázaných.

Otázka č. 7

Po jakou dobu jste měl/měla problémy s pocitem nadýmání?

Odpověď	Počet dotázaných
stále	5
po většinu času	13
po malou část doby	18
téměř nikdy	7
vůbec nikdy	3



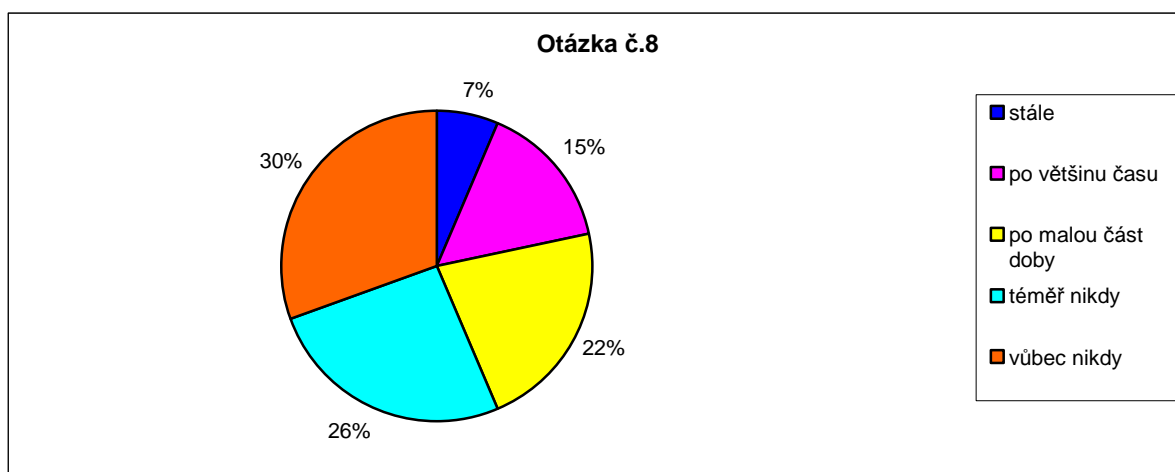
Poznámky:

39% pacientů mělo pocit nadýmání po malou část doby, 28% po většinu času, 15% téměř nikdy, 11% stále a pouze 7% vůbec nikdy.

Otázka č. 8

Po jakou dobu jste měl/měla problém s krvácením z konečníku při stolici?

Odpověď	Počet dotázaných
stále	3
po většinu času	7
po malou část doby	10
téměř nikdy	12
vůbec nikdy	14



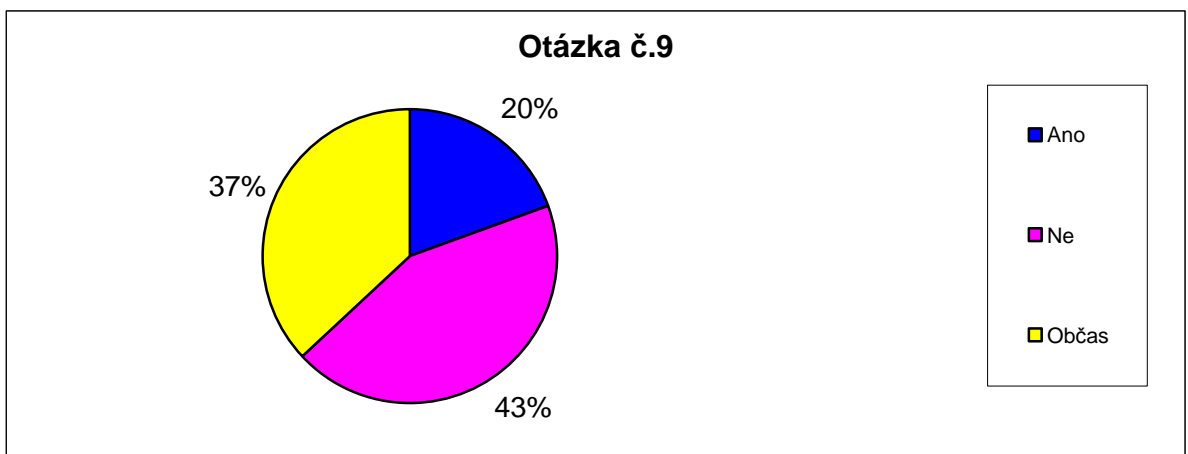
Poznámky:

S krvácením z konečníku vůbec nikdy nemělo problém 30% lidí, 26% téměř nikdy, 22% po malou část doby, 15% po většinu času, 7% stále.

Otázka č. 9

Měly Vaše střevní obtíže vliv na vaši sexuální aktivitu?

Odpověď	Počet dotázaných
Ano	9
Ne	20
Občas	17



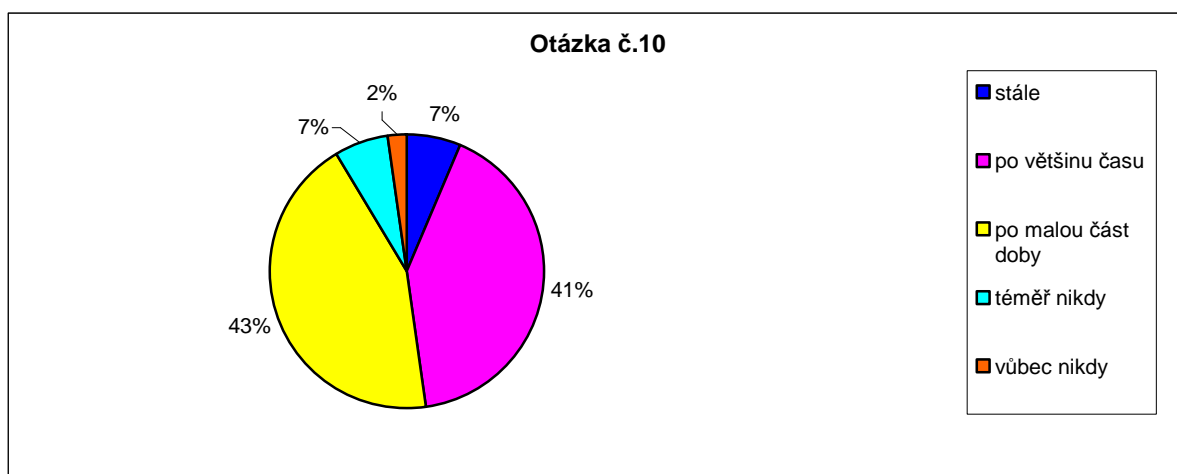
Poznámky:

43% nepocítuje vliv střevních obtíží na sexuální aktivitu, 37% občas a 20% ano.

Otázka č. 10

Jak často máte pocit vyčerpanosti nebo únavy?

Odpověď	Počet dotázaných
stále	3
po většinu času	19
po malou část doby	20
téměř nikdy	3
vůbec nikdy	1



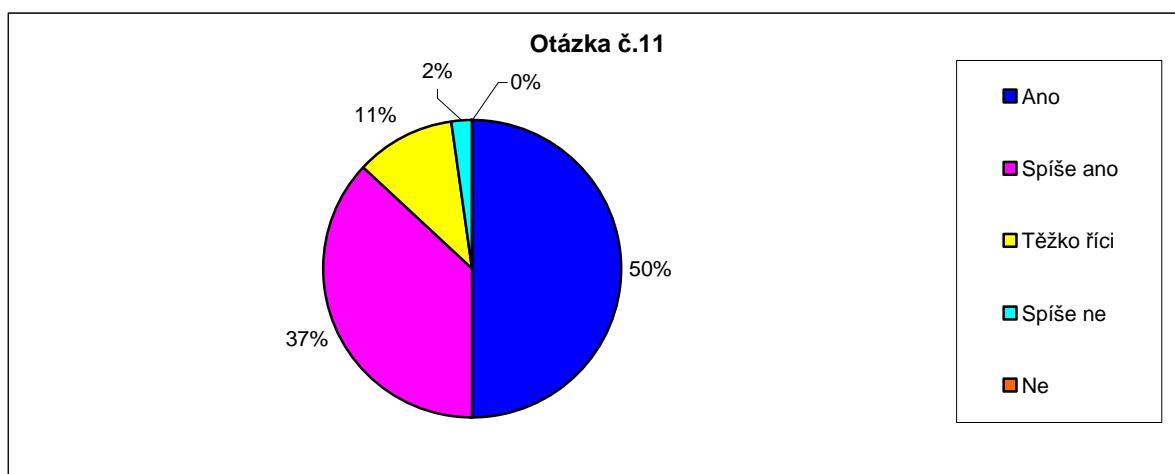
Poznámky:

Pocit vyčerpanosti a únavy po malou část doby pociťuje 43%, po většinu času 41%, 7% shodně udává stále a téměř nikdy, 2% vůbec nikdy.

Otázka č. 11

Máte pocit dostatečného poučení o svém zdravotním stavu?

Odpověď	Počet dotázaných
Ano	23
Spíše ano	17
Těžko říci	5
Spíše ne	1
Ne	0



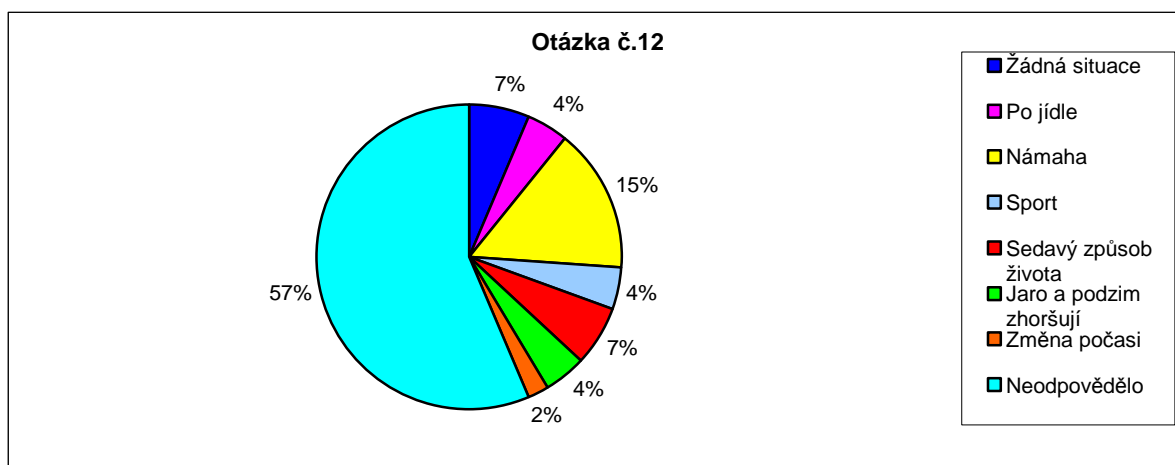
Poznámky:

50% pacientů má pocit dostatečného poučení o svém zdravotním stavu, 37% spíše ano, 11% označilo odpověď těžko říci, 2% spíše ne a žádný z dotázaných neoznačil možnost ne. Prostor k uvedení informací, které pacientovi schází, nevyužili všichni. Odpovědi obsahovaly: více informací o další možnosti léčby, zdůvodnění proč právě tato léčba je ta pravá, informace o životosprávě a preventivních opatření. Jedna pacientka napsala: „Pokud bych si nenašla sama nějaké informace na internetu, nevěděla bych o své nemoci nic.“

Otázka č. 12

Podle Vašich zkušeností uveďte, ve které situaci se Vaše nemoc zhoršuje vlivem fyzických faktorů.

Odpověď	Počet dotázaných
Žádná situace	3
Po jídle	2
Námaha	7
Sport	2
Sedavý způsob života	3
Jaro a podzim zhoršují	2
Změna počasí	1
Neodpovědělo	26



Poznámky:

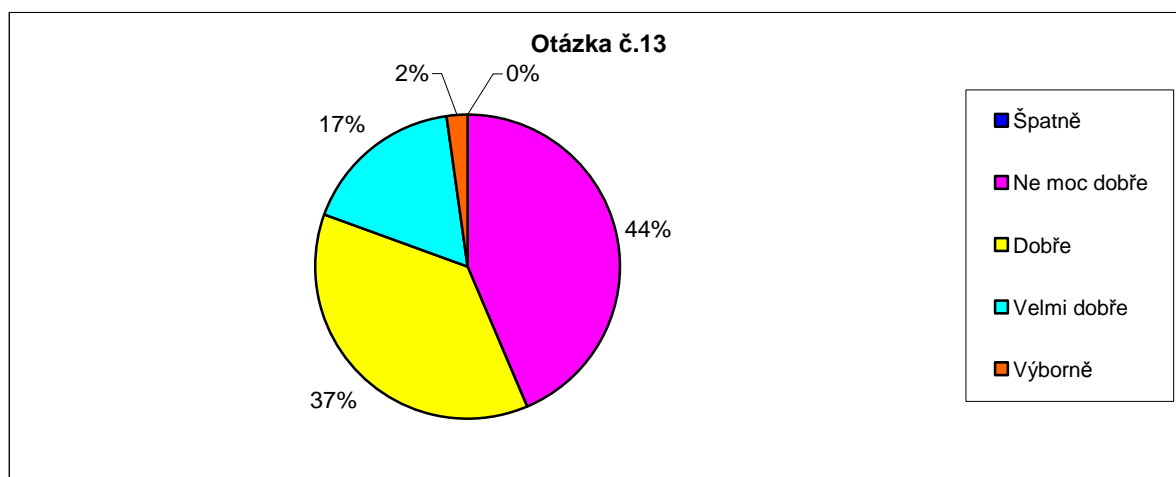
57% dotazovaných neodpovědělo, 15% označilo námahu, shodně 7% sedavý způsob života a zároveň dle subjektivního názoru žádná situace, 4% zhoršování po jídle, sportu a na jaře a na podzim, 2% považují za vliv změnu počasí.

PSYCHICKÁ OBLAST ZA POSLEDNÍCH 6 MĚSÍCŮ:

Otázka č. 13

Jak jste se celkově cítil/cítila v průměru za posledních 6 měsíců?

Odpověď	Počet dotázaných
Špatně	0
Ne moc dobře	20
Dobře	17
Velmi dobře	8
Výborně	1



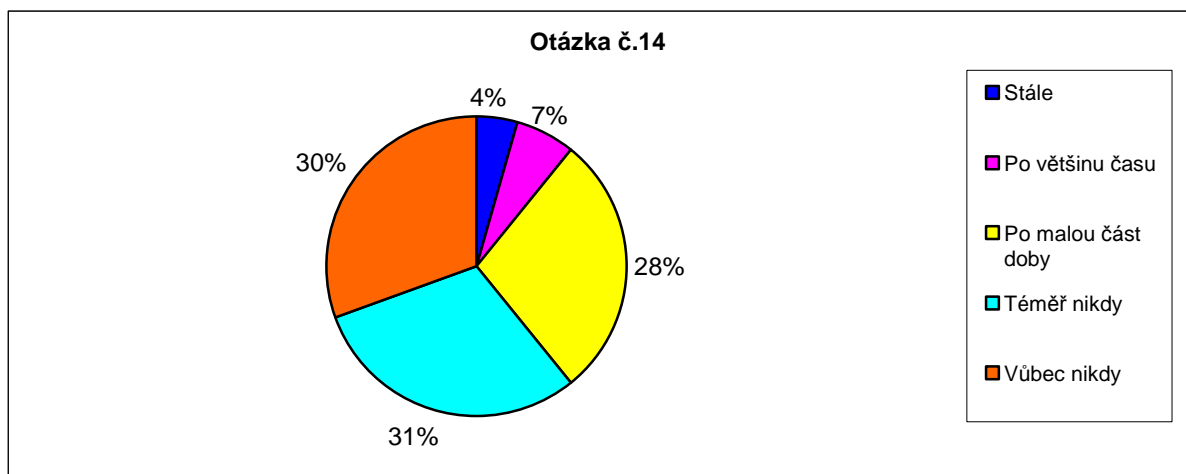
Poznámky:

44% dotázaných se celkově necítí moc dobře, 37% dobře, 17% velmi dobře, 2% výborně a špatně se necítí žádný z dotazovaných.

Otázka č. 14

Jak často máte obavy z operace?

Odpověď	Počet dotázaných
Stále	2
Po většinu času	3
Po malou část doby	13
Téměř nikdy	14
Vůbec nikdy	14



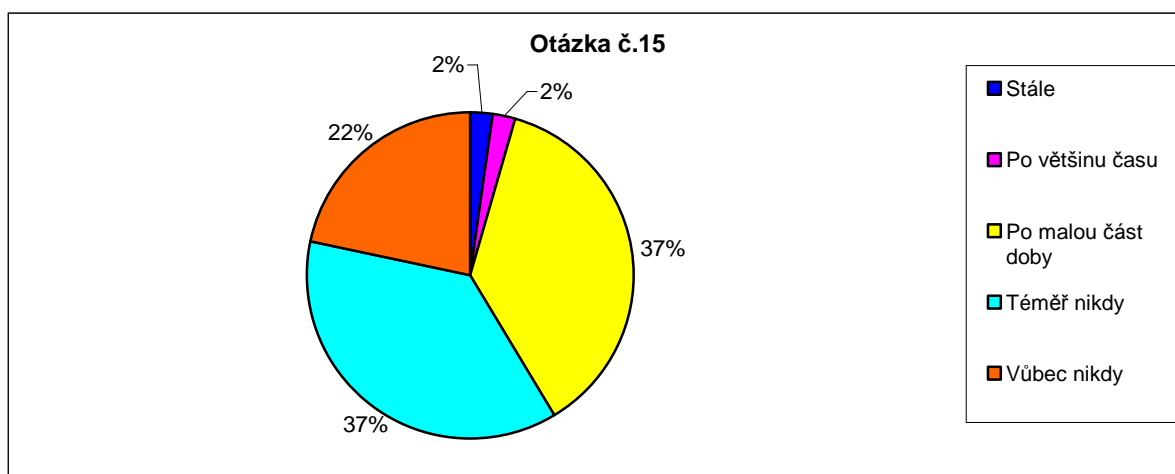
Poznámky:

31% pacientů nemá obavy z operace téměř nikdy, 30% vůbec nikdy, 28% má obavy z operace po malou část doby, 7% po většinu času a 4% stále.

Otázka č. 15

Jak často jste měli problém, protože jste nemohli najít toaletu?

Odpověď	Počet dotázaných
Stále	1
Po většinu času	1
Po malou část doby	17
Téměř nikdy	17
Vůbec nikdy	10



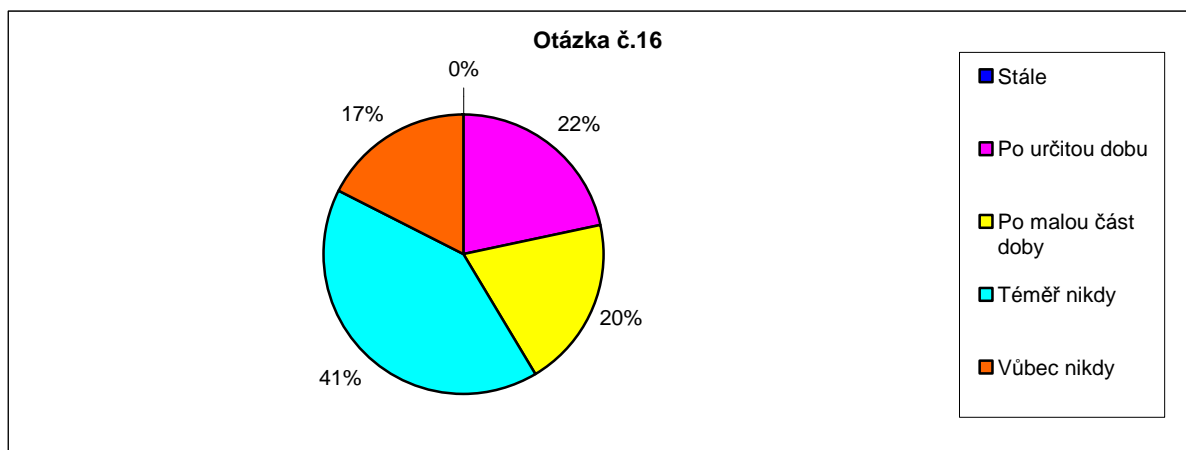
Poznámky:

Shodně udalo problém s hledání toalety 37% a to téměř nikdy a po malou část doby, 22% tento problém vůbec nikdy nemělo a 2% má problém s hledání toalety stále či po většinu času.

Otázka č. 16

Po jakou dobu jste se cítili trapně jako důsledek vašich střevních problémů?

Odpověď	Počet dotázaných
Stále	0
Po určitou dobu	10
Po malou část doby	9
Téměř nikdy	19
Vůbec nikdy	8



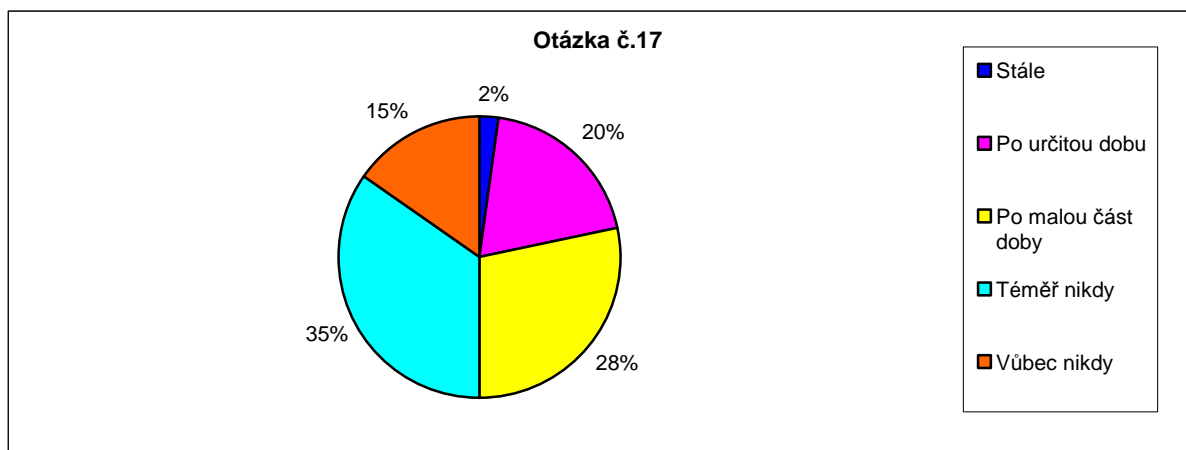
Poznámka:

V důsledku svých střevních obtíží se cítilo trapně 41% téměř nikdy, 22% po určitou dobu, 20% po malou část doby, 17% vůbec nikdy a možnost stále neudal žádný z pacientů.

Otázka č. 17

Po jakou dobu jste se cítili rozzlobeně jako důsledek vašich střevních problémů?

Odpověď	Počet dotázaných
Stále	1
Po určitou dobu	9
Po malou část doby	13
Téměř nikdy	16
Vůbec nikdy	7



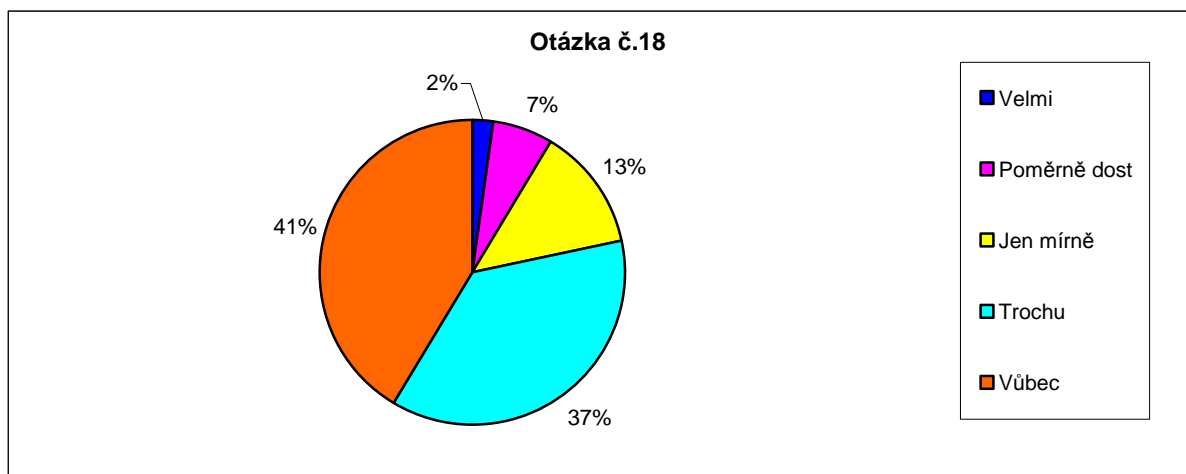
Poznámky:

35% nepociťuje rozzlobení téměř nikdy, 28% po malou část doby, 20% po určitou dobu, 15% vůbec nikdy a 2% jsou stále rozzlobeni jako důsledek svých střevních problémů.

Otázka č. 18

Změnil se Váš tělesný vzhled a tedy způsob vnímání sebe sama?

Odpověď	Počet dotázaných
Velmi	1
Poměrně dost	3
Jen mírně	6
Trochu	17
Vůbec	19



Poznámky:

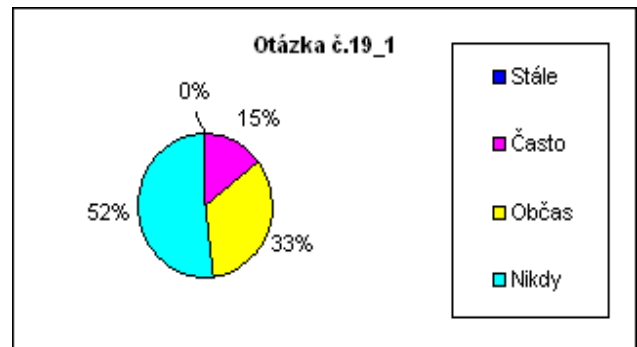
Vnímání zdravotního stavu se nezměnilo ve 41% vůbec, ve 37% se změnilo trochu, 13% jen mírně, 7% poměrně dost a 2% velmi.

Otázka č. 19

Měl/měla jste za posledních 6 měsíců z důvodu své nemoci...

...pocit strachu

Odpověď	Počet dotázaných
Stále	0
Často	7
Občas	15
Nikdy	24

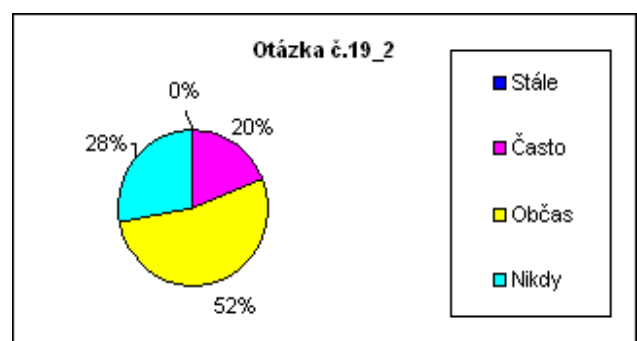


Poznámky:

Pocit strachu z důvodu své nemoci nepocituje 52% nikdy, 33% pocituje strach občas, 15% často a 0% stále.

...pocit nejistoty

Odpověď	Počet dotázaných
Stále	0
Často	9
Občas	24
Nikdy	13

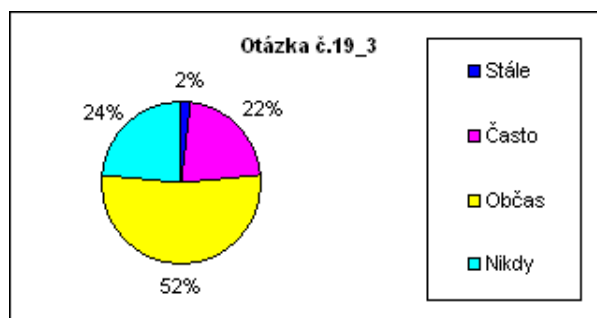


Poznámky:

Pocit nejistoty z důvodu své nemoci má 52% pacientů občas, 28% nikdy, 20% často a 0% stále.

...špatnou náladu

Odpověď	Počet dotázaných
Stále	1
Často	10
Občas	24
Nikdy	11

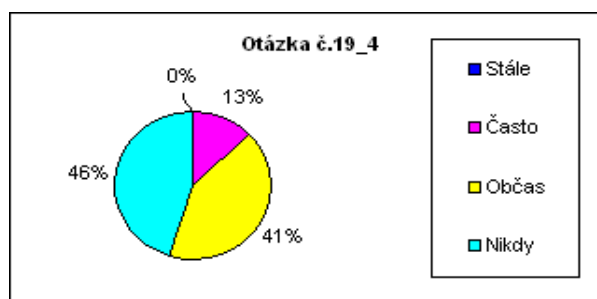


Poznámky:

Špatnou náladu s důvodu své nemoci udává 52% občas, 24% nikdy, 22% často a 2% stále.

...stav rozrušení nebo plačtivosti

Odpověď	Počet dotázaných
Stále	0
Často	6
Občas	19
Nikdy	21



Poznámky:

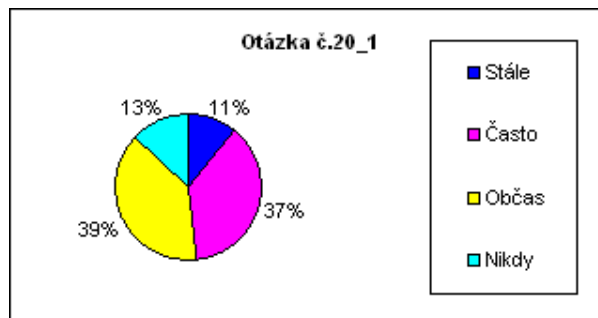
Stav rozrušení nebo plačtivosti z důvodu své nemoci nepociťuje 46% nikdy, 41% pociťuje občas, 13% často, 0% stále.

Otázka č. 20

Měl/měla jste za posledních 6 měsíců...

...pocit klidu a pohody

Odpověď	Počet dotázaných
Stále	5
Často	17
Občas	18
Nikdy	6

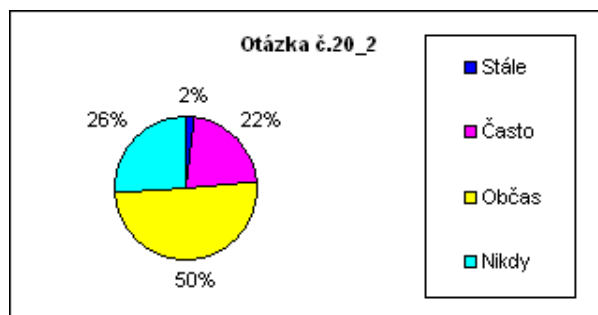


Poznámky:

Pocit klidu a pohody pocítovalo 39% občas, 37% často, 13% nikdy, 11% stále.

...pocit, že jste plni energie

Odpověď	Počet dotázaných
Stále	1
Často	10
Občas	23
Nikdy	12

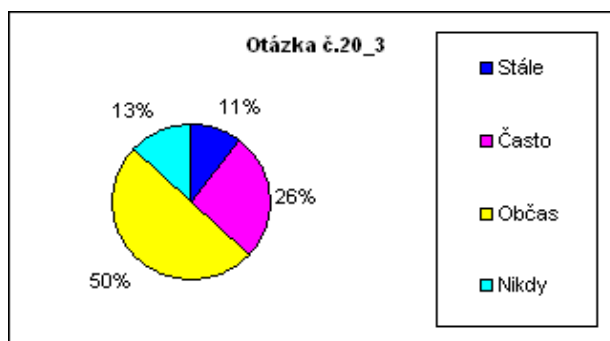


Poznámky:

Dostatek energie pocítuje 50% občas, 26% nikdy, 22% často, 2% stále.

...pocit, že jste šťastní

Odpověď	Počet dotázaných
Stále	5
Často	12
Občas	23
Nikdy	6

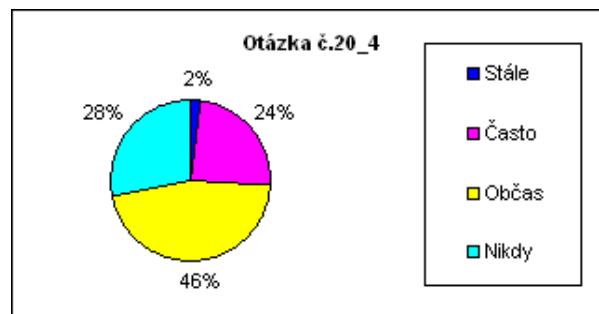


Poznámky:

Pocit štěstí mělo 50% pacientů občas, 26% často, 13% nikdy, 11% stále.

...pocit, že jste odpočínutí a uvolnění

Odpověď	Počet dotázaných
Stále	1
Často	11
Občas	21
Nikdy	13



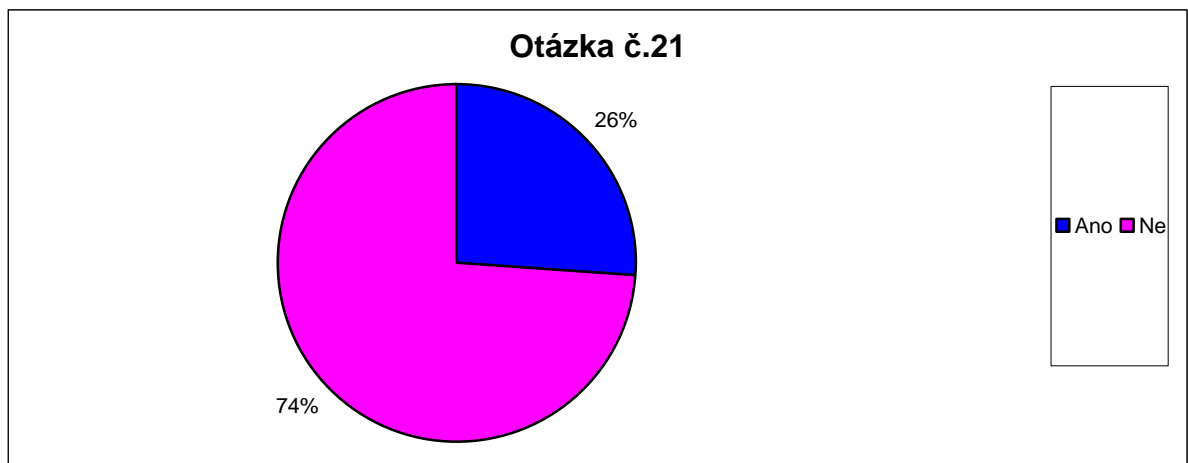
Poznámky:

Pocit odpočínutí a uvolnění udává 46% občas, 28% nikdy, 24% často a 2% stále.

Otázka č. 21

Vyskytla se ve Vašem životě za posledních 6 měsíců z důvodu Vaší nemoci situace, kterou by jste označil/označila krizí?

Odpověď	Počet dotázaných
Ano	12
Ne	34

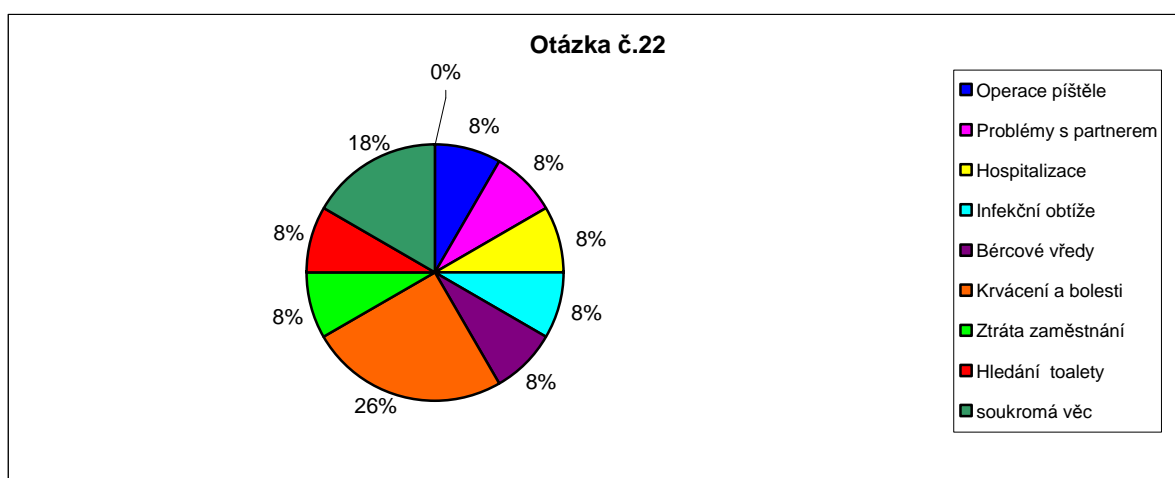


Poznámky:

V 74% se krize nevyskytla a ve 26% ano.

...Vyskytla-li se ve vašem životě za posledních 6 měsíců z důvodu Vaší nemoci situace, kterou by jste označil/označila krizí, uveďte jaká to byla situace:

Odpo věď	Počet dotázaných
Operace pí štěle	1
Problémy s partnerem	1
Hospitalizace	1
Infekční obtíže	1
Bércové vředy	1
Krvácení a bolesti	3
Ztráta zaměstnání	1
Hledání toalety	1
soukromá věc	2



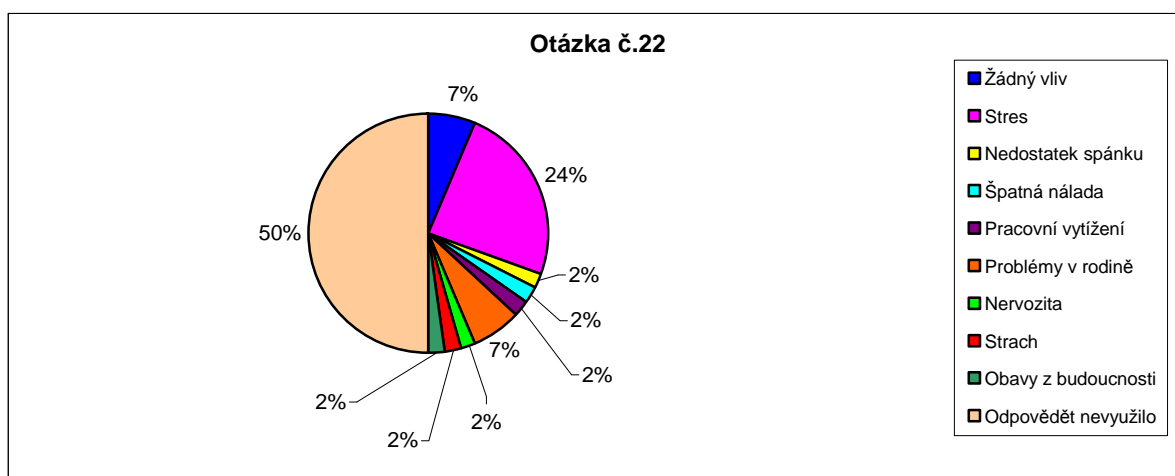
Poznámky:

12 pacientů, kteří prožili za posledních 6 měsíců krizovou situaci zde napsali svůj zážitek. 26% krvácení a bolesti, 18% udalo tento zážitek jako soukromou věc a z 8% šlo o operaci pí štěle, problémy s partnerem, hospitalizaci, infekční obtíže, bércové vředy, ztrátu zaměstnání a hledání toalety.

Otázka č. 22

Podle Vašich zkušeností uveďte, ve které situaci se Vaše nemoc zhoršuje vlivem psychiky.

Odpověď	Počet dotázaných
Žádný vliv	3
Stres	11
Nedostatek spánku	1
Špatná nálada	1
Pracovní vytížení	1
Problémy v rodině	3
Nervozita	1
Strach	1
Obavy z budoucnosti	1
Odpovědět nevyužilo	23



Poznámky:

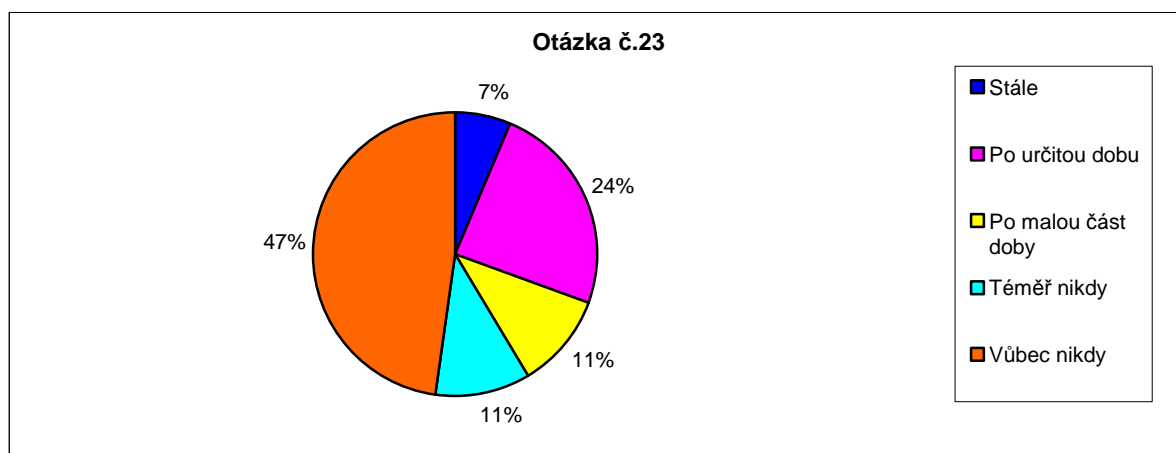
Možnosti odpověděn nevyužilo 50% dotázaných. 24% udalo zhoršení při stresu, 7% při problémech v rodině a shodně byl udán žádný vliv na nemoc, po 2% nedostatek spánku, špatná nálada, pracovní psychické vytížení, nervozita a strach.

SOCIÁLNÍ OBLAST ZA POSLEDNÍCH 6 MĚSÍCŮ:

Otázka č. 23

Jak často jste nebyli schopni navštěvovat školu nebo vykonávat svou práci z důvodu střevních problémů?

Odpověď	Počet dotázaných
Stále	3
Po určitou dobu	11
Po malou část doby	5
Téměř nikdy	5
Vůbec nikdy	22



Poznámky:

Omezení ve škole a v práci nepocítuje 47% vůbec nikdy, 24% pocítuje omezení po určitou dobu, 11% shodně po malou část doby a téměř nikdy a 7% stále.

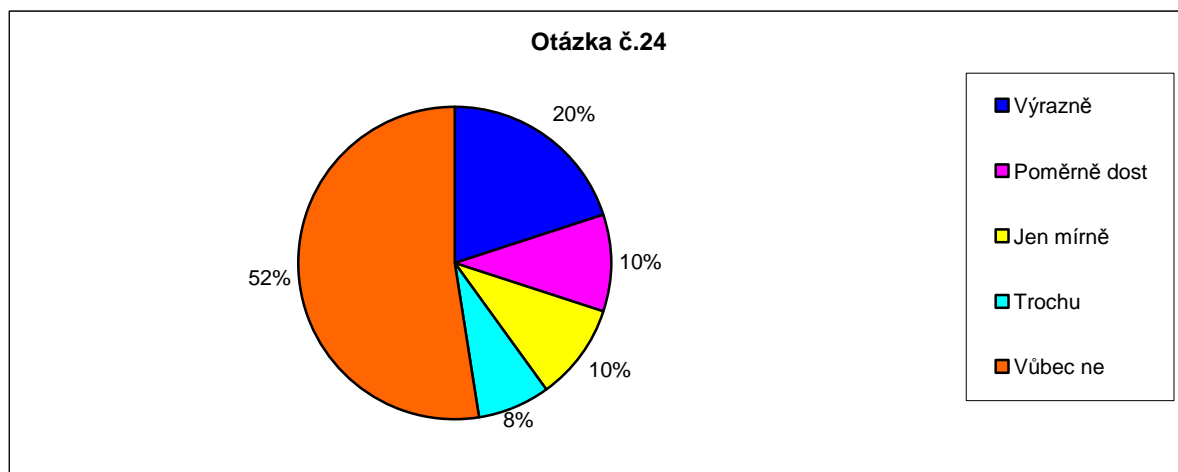
Otázka č. 24

otázka jen pro zaměstnané osoby, studenti přejdou na otázku č. 25

Snížil se Váš finanční příjem vlivem Vašeho střevního onemocnění?

Odpověď	Počet dotázaných
Výrazně	8
Poměrně dost	4
Jen mírně	4
Trochu	3
Vůbec ne	21

6 ze 46 dotazovaných bylo studentů



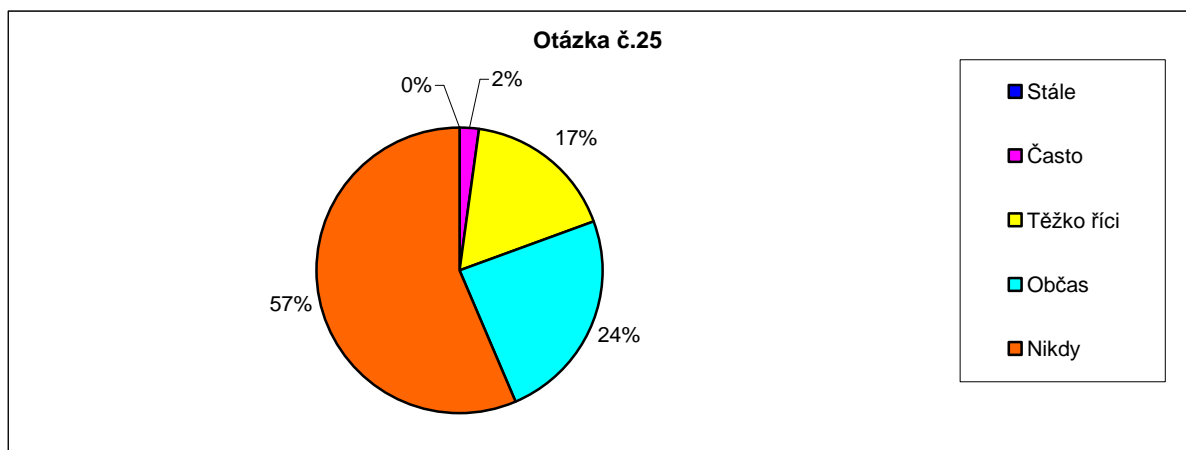
Poznámky:

Na tuto otázku odpovědělo 40 dotazovaných z celkových 46. 6 pacientů bylo studentů. Snížení finančního příjmu udává 52% vůbec ne, 20% výrazně, po 10% shodně jen mírně a poměrně dost, 8% trochu.

Otázka č. 25

Máte pocit osamocení a sociální izolace vlivem Vašeho onemocnění?

Odpověď	Počet dotázaných
Stále	0
Často	1
Těžko říci	8
Občas	11
Nikdy	26



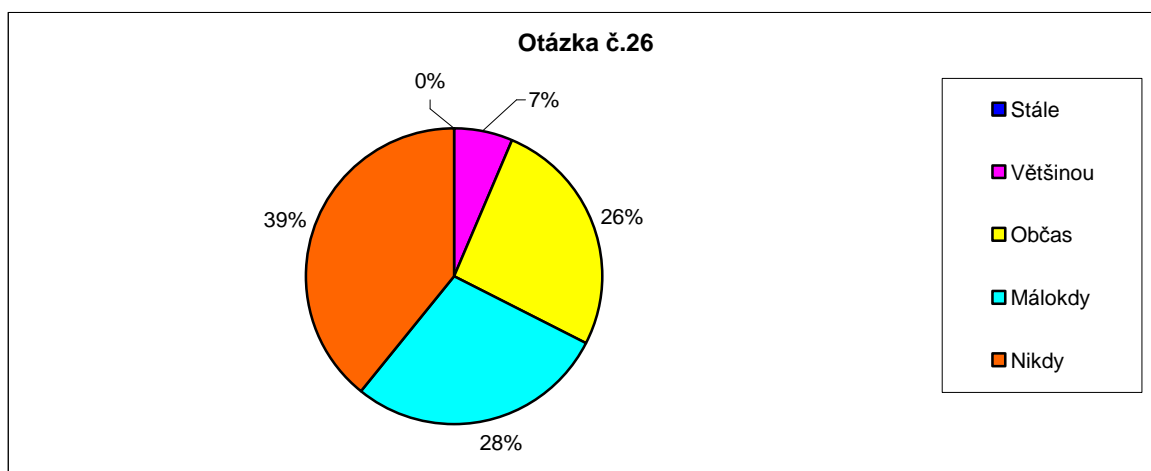
Poznámky:

57% nemá pocit osamocení a sociální izolace nikdy, dále má občas 24%, 17% odpovědělo na otázku těžko říci, 2% mají tento pocit často a žádný z pacientů stále.

Otázka č. 26

Uved'te, jak často brání Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (např. návštěvy přátel, příbuzných, kulturních akcí...)

Odpověď	Počet dotázaných
Stále	0
Většinou	3
Občas	12
Málokdy	13
Nikdy	18



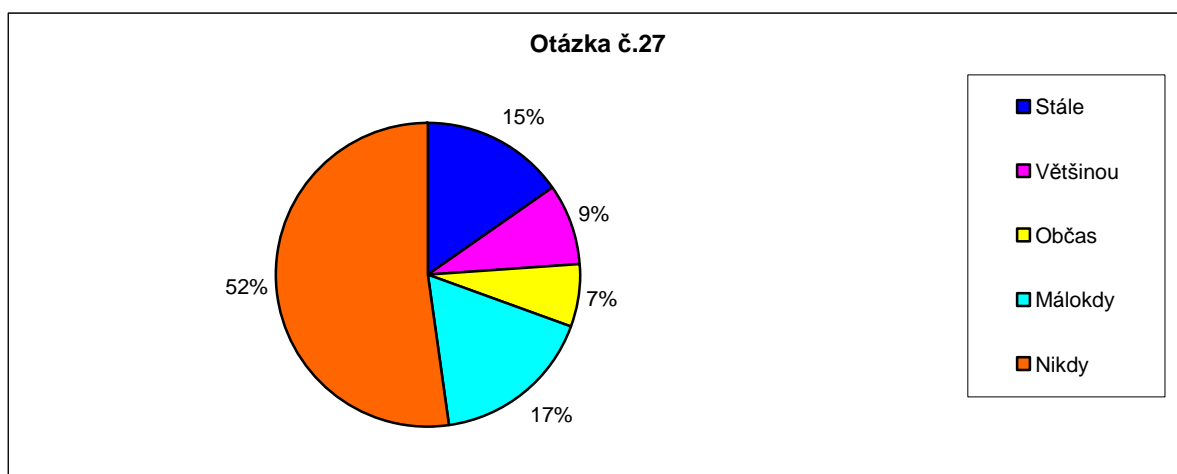
Poznámky:

Společenskému životu onemocnění nebrání ve 39% nikdy, dále omezuje 28% jen málokdy, 26% občas, 7% většinou, stále se necítí být omezován ve společenském životě nikdo.

Otázka č. 27

Jak často jste vyloučili návštěvu akcí kde nebyla k dispozici toaleta?

Odpověď	Počet dotázaných
Stále	7
Většinou	4
Občas	3
Málokdy	8
Nikdy	24



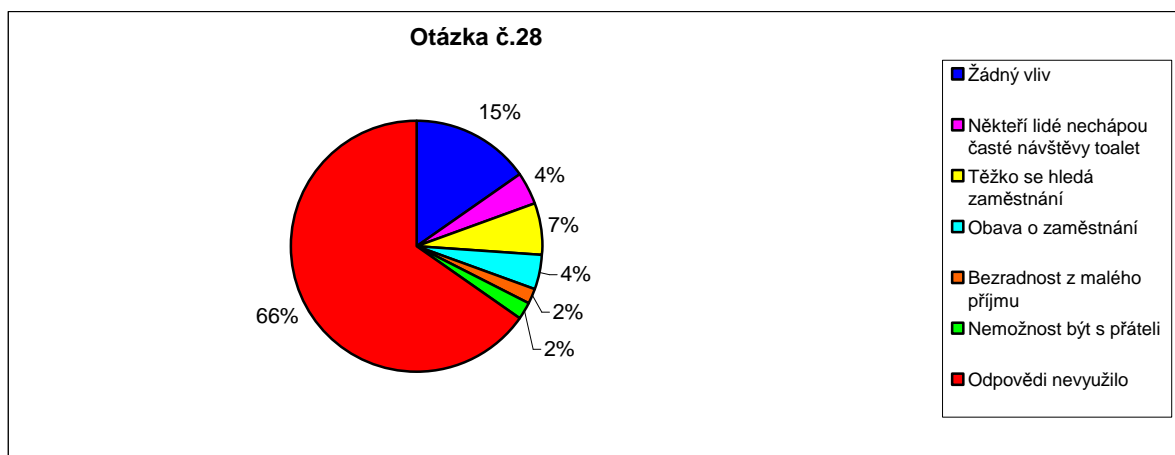
Poznámky:

Návštěvu akcí nevyloučilo 52% nikdy, ze 17% vyloučil málokdy, 15% stále, 9% většinou, 7% občas.

Otázka č. 28

Podle Vašich zkušeností uveďte, ve které situaci se Vaše nemoc zhoršuje vlivem sociálních faktorů.

Odpověď	Počet dotázaných
Žádný vliv	7
Někteří lidé nechápou časté návštěvy toalet	2
Těžko se hledá zaměstnání	3
Obava o zaměstnání	2
Bezradnost z malého příjmu	1
Nemožnost být s přáteli	1
Odpovědi nevyužilo	30



Poznámky:

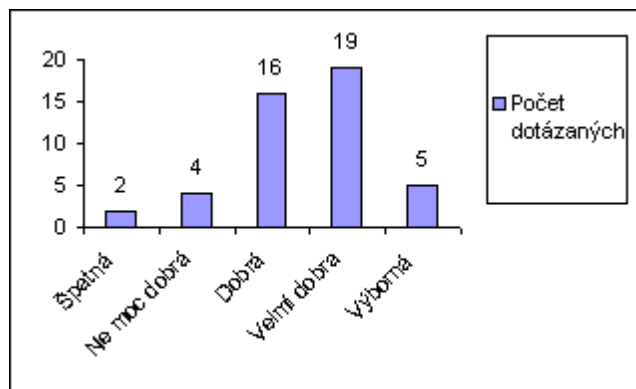
Možnost odpovědi nevyužilo 66% dotázaných. Žádný vliv sociální oblasti nevidí 15%, 7% dotazovaných udává, že se jim těžko hledá práce, shodně 4% má obava o zaměstnání a nechápavost častého navštěvování toalety některými lidmi, 2% udává nemožnost být s přáteli a bezradnost z malého příjmu.

ZÁVĚR:

Jak průměrně hodnotíte Vy sám/sama kvalitu svého života?

...před zjištěním Vaší nemoci

Odpověď	Počet dotázaných
Špatná	2
Ne moc dobrá	4
Dobrá	16
Velmi dobrá	19
Výborná	5

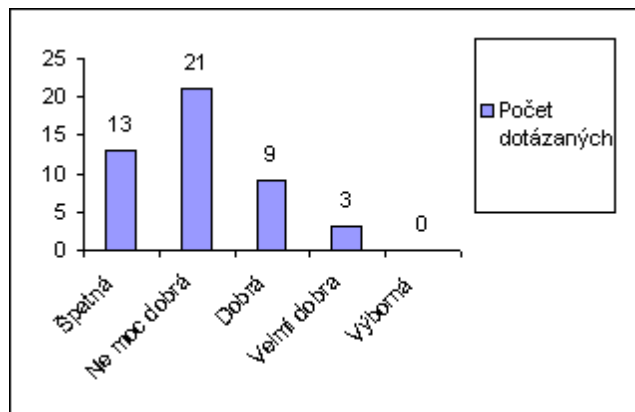


Poznámky:

Subjektivní kvalitu života před zjištěním nemoci hodnotí 19 pacientů jako velmi dobrou, 16 dobrou, 5 výbornou, 4 ne moc dobrou a 2 dotazovaní jako špatnou.

...po zjištění Vaší nemoci

Odpověď	Počet dotázaných
Špatná	13
Ne moc dobrá	21
Dobrá	9
Velmi dobrá	3
Výborná	0

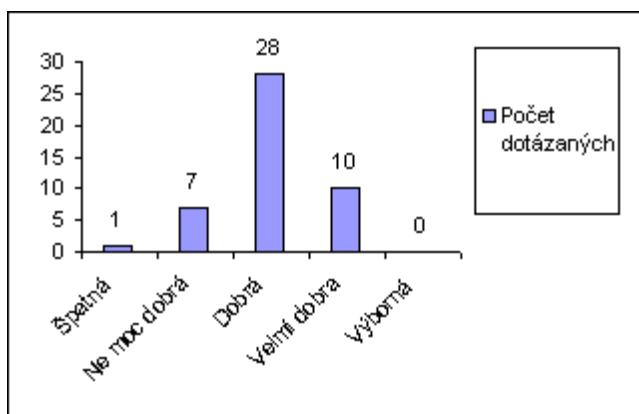


Poznámky:

Kvalitu života po zjištění nemoci hodnotí 21 pacientů jako ne moc dobrou, 13 jako špatnou, 9 dobrou, 3 velmi dobrou, jako výbornou nehodnotí kvalitu života žádný z dotazovaných.

...po zahájení léčby

Odpověď	Počet dotázaných
Špatná	1
Ne moc dobrá	7
Dobrá	28
Velmi dobrá	10
Výborná	0



Poznámky:

Po zahájení léčby vidí kvalitu svého života 28 lidí jako dobrou, 10 velmi dobrou, 7 ne moc dobrou, 1 jako špatnou, ale výborně nehodnotí svoji kvalitu života žádný z pacientů.

4. DISKUSE

Výzkumem bylo zjištěno mnoho zajímavých skutečností. Začnu samozřejmě od začátku. Věkové kategorie jsou zastoupeny přibližně ve stejném počtu, od 10 do 13 dotazovaných v každé určené hranici. Pohlaví ženské je mezi pacienty účastníci se výzkumu početnější než mužské, 27 : 19. Zde to však neznamená, že by bylo ženské pohlaví náchylnější k onemocnění idiopatickými střevními záněty. Výběr pacientů byl náhodný. 10 pacientů je léčeno v rozmezí 0-4 roky, u 19 pacientů trvá léčba 5-9 let a u 17 pacientů je již léčeno 10 a více let. Ona hranice 10 let léčby byla stanovena hlavně z jednoho důvodu, po více jak 10ti letech léčby stoupá závratně riziko vzniku rakoviny postižené části zažívacího traktu. Tzn., že 17 pacientů je již vznikem novotvaru ohroženo.

Pacienti hodnotí vnímání svého zdraví všeobecně různě. Ale z grafu vyplývá, že 87% hodnotí svoje zdraví kladně, 13% pacientů záporně.

Oblast bolesti je velice individuální, protože všichni máme práh bolesti jinak citlivý. Většina pacientů pociťovala bolesti minimální nebo žádné a to v téměř 50%. Někteří střední až silnou bolest. Velmi silnou až nesnesitelnou bolest pociťovalo 2-11% lidí.

Obtíže s častým nucením na stolicí, samovolným odcházením stolice, vycházením velkého množství plynů, pocitem nadýmání, krvácení z konečníku při stolici a udržení optimální váhy má většina pacientů. Tyto potíže jsou spojeny s vlastním onemocněním střeva a jsou tedy průvodními projevy choroby. Záleží na každém z pacientovi, jak se právě s těmito nepříjemnými a často i pro samotné pacienty trapnými situacemi vypořádá. Všechny tyto příznaky obtěžují pacienta mírně až velmi často. Někteří z dotazovaných takové problémy nemají, nebo jim možná nepřikládají tak velký důraz, někteří právě tyto problémy označují za časté a stálé.

Otázka týkající se vlivu střevních obtíží na sexuální aktivitu možná některé z klientů zaskočila, ale odpověděli všichni. Nejvíce bylo použito odpovědi b/, střevní obtíže nemají vliv na sexuální aktivitu, další čteně zastoupenou odpovědí bylo občas a nejmenší počet odpovědí bylo věnováno odpovědi a/ ano. Z teoretické části již víme, že idiopatické střevní záněty plodnost neovlivňují, pouze je možný dočasný útlum spermatogeneze po farmakoterapii a také není ojedinělý případ poruchy erekce u mužů po chirurgické léčbě. Je tedy téměř jasné, že problémem budou obtíže spojené s častým nucením na stolicí, vycházením velkého množství plynů atd.

Pocit vyčerpanosti a únavy pocítuje většina dotazovaných po malou část doby a po většinu času. Obě odpovědi mají přes 40%. Možná, že je důvodem právě uspěchanost doby, možná, střevní onemocnění.

50% všech pacientů má pocit dostatečného poučení o svém zdravotním stavu. Další početnou odpovědí bylo spíše ano. Minimální část odpovědí zněla těžko říci a spíše ne. Žádný z pacientů nemá pocit, že není poučen. Pacienti zde měli prostor pro vypsání těch informací, které jim dle jejich mínění schází. Odpovědi obsahovaly: více informací o další možnosti léčby, zdůvodnění proč právě tato léčba je ta pravá, informace o životosprávě a preventivních opatření. Jedna pacientka napsala: „Pokud bych si nenašla sama nějaké informace na internetu, nevěděla bych o své nemoci nic.“

Většina dotazovaných se za posledních 6 měsíců necítila celkově moc dobře. Další velkou skupinou jsou pacienti, kteří se cítí dobře. Je 2% lidí se cítí výborně. Naštěstí žádný z pacientů se necítil špatně, to je takové malé plus pro tuto otázku.

Obavy z operace vyjádřilo 28-30% dotazovaných. 7% lidí má obavy z operace po většinu času a 4% stále. Tyto obavy jsou oprávněné, hlavně pokud již má pacient nějakou operaci za sebou a nebo byl informován lékařem co může nastat při komplikovaném relapsu nemoci.

Ve 35-41% dělá dotazovaným problém hledání toalety, mívají pocity trapnosti a cítí se rozzlobeni jako důsledek jejich střevních problémů. 2-17% pacientů žádným z těchto problémů netrpělo a maximálně 2% lidí jimi trpí stále. Ve všech třech bodech se jedná o psychický problém, který může mít za následek nejen zhoršení střevních funkcí. Mají vliv i na celkové chování pacienta, které může vyústit až v sociální izolaci.

Způsob vnímání sebe sama se změnil za posledních šest měsíců ve 37-41% jen trochu nebo vůbec. Ve 2-13% velmi, dost či jen mírně. Je dobře, že pacienti vnímají svůj vzhled stále stejně, i když někteří po léčbě kortikoidy svůj vzhled částečně a dočasně změní. Je třeba aby lékař pacienta uklidnil, že je vše jen dočasné. A sestra musí toto tvrzení podporovat.

Negativní pocity jako strach, nejistota, špatná nálada, rozrušení nebo plačtivost potkají každého z nás. Dotazovaní nemocní je pocítují občas či nikdy. Stále má pouze jeden pacient špatnou náladu, jinak odpověď stále nebyla zastoupena. Odpověď často byla využita z 15-22%. Tyto negativní pocity také ovlivňují prožívání nemoci, proto by jich mělo být co nejméně.

Pozitivních pocitů, klid a pohoda, energické pole, pocit štěstí, odpočatosti a uvolnění, by mělo být více, aby byl i průběh nemoci klidnější. Nejvíce zastoupena byla odpověď občas a často, 22-50%. Dále je možnost nikdy 13-28% a bohužel na závěr možnost stále, 2-11%.

Bohužel jsou situace, které se vyskytnou v životě každého z nás a dají se nazvat krizí. Právě tuto krizi spojenou se střevním onemocněním prožili dotazovaní pacienti ve 26%. Šlo o operace, infekční nemoci, bércové vředy, hospitalizace, hledání toalety, krvácení a bolesti a také partnerské problémy. Naštěstí celých 76% pacientů tuto krizi spojenou se střevním onemocněním neprožili.

Důležitou oblastí je také sociální stránka. 47% dotazovaných nebyli vůbec nikdy omezeni střevními obtížemi tak, že by nemohli navštěvovat školu či zaměstnání. 11-24% je omezována částečně či po určitou dobu. Stále se cítí být omezeno 7% pacientů.

52% pacientů se finanční příjem z důvodu onemocnění vůbec nesnížil a druhým číselným extrémem je 20% lidí, kteří udávají výrazné snížení financí vlivem střevního onemocnění. Mírné snížení je kolem 10% nemocných. Finance mají následně vliv na pohodu a klid jedince i jeho rodiny. A to vše má vliv na průběh nemoci.

Jak bylo uvedeno výše, mohou mít střevní obtíže vliv na osamocení a sociální izolaci. Pocit osamocení a izolace nepocítuje 57% dotázaných nikdy, 24% občas. Možnost stále zůstala nepoužita, 0%.

Někteří pacienti z důvodu zdravotního nebo emocionálního nenavštěvují příbuzné, přátele, kulturní akce a vyhýbají se návštěvám akcí, kde není toaleta. Můžu říci, že jde celkem o malé procento lidí. Stále, většinou nebo občas 7-26%, málokdy či nikdy až 52%. Můžeme jen doufat, že se první čísla nebudou zvyšovat. Řešením není jen dostatečný počet toalet, ale i naše tolerance.

Všichni pacienti měli možnost vyjádřit, co podle jejich zkušeností zhoršuje jejich nemoc. Tento bod nebyl využit v 50-66%. Někteří pacienti uvedli, že jejich nemoc nezhoršuje nic, jiní také odmítli odpovědět. Pacienti zde udávali → námaha, těžká práce, po jídle chodí na stolicí, zácpa při sedavém zaměstnání, sport, ležení a sezení po delší dobu. Dále → operace píštěle, problémy s partnery, hospitalizace, infekční problémy, bércové vředy, hledání toalety, krvácení a bolesti, ztráta zaměstnání. Jde o velké množství vlivů a jejich vyloučení z života, alespoň ve většině, není možné.

V závěru dotazníku měl každý pacient sám zhodnotit kvalitu svého života. Před zjištěním nemoci hodnotí 19 pacientů kvalitu svého života jako velmi dobrou, 16 dobrou, 5 výbornou, 4 ne moc dobrou a 2 dotazovaní jako špatnou. Po zjištění nemoci ji hodnotí 21 pacientů jako ne moc dobrou, 13 jako špatnou, 9 dobrou, 3 velmi dobrou, jako výbornou nehodnotí kvalitu života žádný z dotazovaných. Po zahájení léčby vidí kvalitu svého života 28 lidí jako dobrou, 10 velmi dobrou, 7 ne moc dobrou, 1 jako špatnou, ale výborně nehodnotí svoji kvalitu života žádný z pacientů.

5. ZÁVĚR

Cílem předložené práce jako celku bylo posoudit kvalitu života pacientů s idiopatickými střevními záněty a zjistit, co kvalitu života z jejich pohledu zřejmě zhoršuje. Všichni pacienti s idiopatickými střevními záněty prožívají i několik změn a skoků v úrovni kvality svého života i za jediný rok. Tyto změny jsou podmíněny relapsy a remisemi vlastního onemocnění a v osobitém prožívání těchto situací.

Všichni víme, že každý z nás je osobností. Je dán klinický obraz, nález a léčba daného onemocnění, které jsou společně s historií a epidemiologií ISZ kompletně popsány v teoretické části, ale neopakovatelnost nás všech je důkazem, že pouhá teorie nestačí. Popis kvality života v úvodu teoretické části nás přiblíží k citlivým oblastem pacientova života a poskytne nám pár rad jak poznat kvalitní život zkoumaného pacienta.

Na závěr mohu říci, že kvalita života je těžce měřitelná, definice kvality je obtížná. **Kvalita je míra dokonalosti** (Webster, 1988). Kvalita představuje míru uspokojení přání a nároků a ovlivňuje ji mnoho faktorů, které nás obklopují.

Kvalitu života pacientů s ISZ bych hodnotila dle výsledků mého výzkumu známkou dobrá. Jsou oblasti, které ohodnotili sami nemocní lepší známkou, ale jsou také oblasti, které je trápí mnohem více a známku dobře by dosahovaly při zavření obou očí. Znamka dobře také proto, že se může ještě stále něco vylepšovat a posouvat kupředu.

Dotazník použitý v práci se dá použít v klinické praxi, ale vhodnější by byla jeho zkrácená verze, která by pacienta příliš nezdržovala.

Jestliže bude znovu otevřeno toto téma kvality života u pacientů s ISZ, bylo by vhodné věnovat se vlivu chirurgické léčby na kvalitu života pacientů s touto nemocí. Jistě by bylo poukázáno na zajímavé skutečnosti.

Použitá literatura

- [1] Křivohlavý, J.: Psychologie zdraví, Portál Praha, 2001, ISBN 80-7178-551-2
- [2] Mlčák, Z.: Psychologie zdraví a nemoci, Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005, ISBN 80-7368-035-1
- [3] Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci, Grada, 2002, ISBN 80-247-0179-0
- [4] Payne, J. a kolektiv: Kvalita života a zdraví, Triton, 2005, ISBN 80-7254-657-0
- [5] Korda, V.: Interna pro posluchače lékařských fakult, Státní pedagogické nakladatelství Praha, 1990
- [6] Lukáš, K.: Idiopatické střevní záněty: diagnostika a léčba pro praxi, Praha : Triton, 1997, ISBN 80-85875-31-4
- [7] Lukáš, M. a kol.: Idiopatické střevní záněty: nejistoty, současné znalosti a klinický přístup, Praha : Galén, 1998, ISBN 80-85824-79-5
- [8] Lukáš, K., Šatrová, J.: Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci, Praha : Triton, 2004, ISBN 80-7254-473-X
- [9] Neuwirth, J.: Klinická propedeutika, Martin : Osveta, 1985, ISBN 70-102-85
- [10] Lukáš, K. a kol.: Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry, Praha : Grada Publishing, 2005, ISBN 80-247-1283-0
- [11] Mařatka, Z. a kol.: Gastroenterologie, Praha : Karolinum, 1999, ISBN 80-7184-561-2
- [12] Pozler, O.: Gastroenterologie, Praha : Galén, 1999, ISBN 80-7262-016-9

- [13] Lukáš, K. a kol.: Diferenciální diagnostika symptomatologie nemocí trávicího traktu, Praha - Triton, 2003, ISBN 80-7254-420-9
- [14] Zadák, Z.: Výživa v intenzivní péči, Grada Publishing, a.s., 2002, ISBN 80-247-0320-3
- [15] Kohout, P. a kol.: Výživa pacientů s idiopatickými střevními záněty, MAXDORF, 2004, ISBN 80-7345-023-2
- [16] Chromý, K., Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy, Grada Publishing, a.s., 2005, ISBN 80-247-1473-6
- [17] Zbořil, V. a kol.: Mikroflóra trávicího traktu, Grada Publishing, a.s., 2005, ISBN 80-247-0584-2
- [18] Bureš, J., Horáček, J.: Základy vnitřního lékařství, Galén a Karolinum, 2003 ISBN 80-7262-208-0 (Galén), 80-246-0673-9 (Karolinum)
- [19] Mastiliaková, D.: Úvod do ošetrovatelství II. díl, Praha – Karolinum, 2002, ISBN 80-246-0428-0
- [20] Kozierová, B., Erbová, G., Olivieriová, R.: Ošetrovatelstvo I, II, Osveta, Martin, 1995
- [21] Vokurka, M., Hugo, J.: Praktický slovník medicíny, 7. rozšířené vydání, Maxdorf, 2004, ISBN-80-7345-009-7
- [22] Česká a slovenská gastroenterologie a hematologie, Číslo 5, září 2005, ročník 59
Nespecifické střevní záněty v regionu Pardubice, Josef Hájek, Pavel Sillinger, Petr Vyhnálek, Roman Bok, Jiří Fabián, Interní klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové, pracoviště Krajská nemocnice Pardubice
- [23] <http://Crohn.cz/upa/ColitisCrohn/produkt.asp?productID=304&detailSubCatCode=115>

PŘÍLOHA 1a

Vážený pane, vážená paní.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku: *Hodnocení kvality života pacientů s nespecifickými střevními záněty*. V současné době dokončuji 4. ročník bakalářského studia v oboru ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové Univerzity Karlovi v Praze a vybrala jsem si toto téma pro svoji závěrečnou bakalářskou práci. Ve spolupráci s Krajskou nemocnicí Pardubice zkoumá univerzita právě tuto problematiku.

Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je dobrovolné. Dotazník je rozdělen do čtyř částí (všeobecná, fyzická, psychická, sociální oblast).

Zavazuji se, že všechny údaje budou použity pouze pro výzkumné účely, aby léčba byla úspěšnější.

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

S pozdravem Martina Vondroušová
*sestra na jednotce intenzivní péče interního oddělení Krajské nemocnice
Pardubice*

Vyplněný dotazník vložte do nadepsané a ofrankované obálky, která je přiložena
a odešlete do **14ti dnů**

Děkuji

PŘÍLOHA 1b

Vážený pane, vážená paní.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku: ***Hodnocení kvality života pacientů s nespecifickými střevními záněty***. V současné době dokončuji 4. ročník bakalářského studia v oboru ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové Univerzity Karlovi v Praze a vybrala jsem si toto téma pro svoji závěrečnou bakalářskou práci. Ve spolupráci s Krajskou nemocnicí Pardubice zkoumá univerzita právě tuto problematiku.

Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je dobrovolné. Dotazník je rozdělen do čtyř částí (všeobecná, fyzická, psychická, sociální oblast).

Zavazuji se, že všechny údaje budou použity pouze pro výzkumné účely, aby léčba byla úspěšnější.

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

S pozdravem Martina Vondroušová
*sestra na jednotce intenzivní péče interního oddělení Krajské nemocnice
Pardubice*

Po vyplnění vraťte, prosím, dotazník sestře v poradně
Děkuji

PŘÍLOHA 2

ANONYMNÍ DOTAZNÍK K HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA PACIENTA S NESPECIFICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY

Tento dotazník je určen k záznamu toho, jak jste se cítil během posledních **šesti měsíců**, tedy půl roku. Odpovězte na každou otázku tím, že **označíte kroužkem** (zakroužkujete) **pouze jednu** z nabídnutých možností. Nejste-li si jisti jak odpovědět, odpovězte jak nejlépe umíte. Pokud se stane, že chcete odpověď opravit, novou odpověď zakroužkujete a nesprávnou škrtněte křížkem. Otázka, kde není nabídnuta žádná možnost, Vám umožňuje **libovolně odpovědět**.

Všeobecná oblast:

Věk: a/ 20 - 30 let b/ 31 - 40 let c/ 41 - 50 let d/ 51 a více

Pohlaví: a/ muž b/ žena

Jak dlouho se léčíte: a/ 0 - 4 roky b/ 5 - 9 let c/ 10 a více let

S jakou střevní nemocí se léčíte:

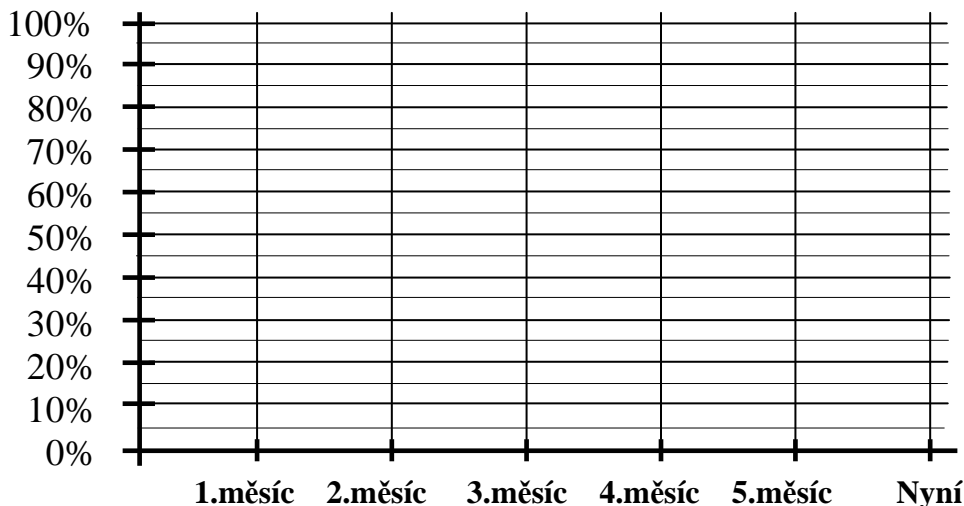
Fyzická oblast za posledních 6 měsíců:

1. Jak Vy sám/sama vnímáte svoje zdraví všeobecně?

- a/ špatné
- b/ docela dobré
- c/ dobré
- d/ velmi dobré
- e/ výtečné

2. Zakreslete do tabulky křivku, jak silné bolesti jste měl/měla v posledních šesti měsících.

(např. 0% = žádné bolesti, 50% = středně silné bolesti,
100% = nesnesitelné bolesti)



3. Jak často míváte nucení na stolici?
 - a/ extrémně časté
 - b/ velmi časté
 - c/ průměrné zvýšení
 - d/ mírné zvýšení
 - e/ normální, nezvýšená frekvence nucení na stolici

4. Po jakou dobu u vás došlo k samovolnému uvolnění stolice?
 - a/ stále
 - b/ po většinu času
 - c/ po malou část doby
 - d/ téměř nikdy
 - e/ vůbec nikdy

5. Jak velký problém máte s vycházením velkého množství plynů?
 - a/ hlavní problém
 - b/ významný problém
 - c/ drobné potíže
 - d/ téměř žádné potíže
 - e/ žádné potíže

6. Jaký problém máte s udržení váhy nebo přibráním?
 - a/ hlavní problém
 - b/ významný problém
 - c/ drobné potíže
 - d/ téměř žádné potíže
 - e/ žádné potíže

7. Po jakou dobu jste měl/měla problém s pocitem nadýmání?
 - a/ stále
 - b/ po většinu času
 - c/ po malou část doby
 - d/ téměř nikdy
 - e/ vůbec nikdy

8. Po jakou dobu jste měl/ měla problém s krvácením z konečníku při stolici?
 - a/ stále
 - b/ po většinu času
 - c/ po malou část doby
 - d/ téměř nikdy
 - e/ vůbec nikdy

9. Měli vaše střevní obtíže vliv na vaši sexuální aktivitu?
 - a/ ano
 - b/ ne
 - c/ občas

10. Jak často máte pocit vyčerpanosti nebo únavy?

- a/ stále
- b/ po většinu času
- c/ po malou část doby
- d/ téměř nikdy
- e/ vůbec nikdy

11. Máte pocit dostatečného poučení o svém zdravotním stavu?

- a/ ano
- b/ spíše ano
- c/ těžko říci
- d/ spíše ne
- e/ ne

Pokud máte pocit, že Vám schází nějaké informace, napište které:

12. Podle Vašich zkušeností uveďte, ve které situaci se Vaše nemoc zhoršuje vlivem fyzických faktorů.

Psychická oblast za posledních 6 měsíců:

13. Jak jste se celkově cítil/cítěla v průměru za posledních 6 měsíců?

- a/ špatně
- b/ ne moc dobře
- c/ dobře
- d/ velmi dobře
- e/ výborně

14. Jak často máte obavy z operace?

- a/ stále
- b/ po většinu času
- c/ po malou část doby
- d/ téměř nikdy
- e/ vůbec nikdy

15. Jak často jste měli problém, protože jste nemohli najít toaletu?

- a/ stále
- b/ většinou
- c/ občas
- d/ téměř nikdy
- e/ vůbec nikdy

16. Po jakou dobu jste se cítili trapně jako důsledek vašich střevních problémů?
 a/ stále
 b/ určitou dobu
 c/ malou část doby
 d/ téměř nikdy
 e/ vůbec nikdy
17. Po jakou dobu jste se cítili rozzlobeně jako důsledek vašich střevních problémů?
 a/ stále
 b/ po určitou dobu
 c/ po malou část doby
 d/ téměř nikdy
 e/ vůbec nikdy
18. Změnil se nějak Váš tělesný vzhled a tedy způsob vnímání sebe sama za 6 měsíců?
 a/ velmi
 b/ poměrně dost
 c/ jen mírně
 d/ trochu
 e/ vůbec
19. Měl/měla jste za posledních 6 měsíců z důvodu své nemoci
- | | | | | |
|------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| - pocit strachu? | <i>Stále</i> | <i>často</i> | <i>občas</i> | <i>nikdy</i> |
| - pocit nejistoty? | <i>Stále</i> | <i>často</i> | <i>občas</i> | <i>nikdy</i> |
| - špatnou náladu? | <i>Stále</i> | <i>často</i> | <i>občas</i> | <i>nikdy</i> |
| - stav rozrušení nebo plačtivosti? | <i>Stále</i> | <i>často</i> | <i>občas</i> | <i>nikdy</i> |
20. Měl/měla jste za posledních 6 měsíců
- | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| - pocit klidu a pohody? | <i>Stále</i> | <i>často</i> | <i>občas</i> | <i>nikdy</i> |
| - pocit, že jste plni energie? | <i>Stále</i> | <i>často</i> | <i>občas</i> | <i>nikdy</i> |
| - pocit, že jste šťastní? | <i>Stále</i> | <i>často</i> | <i>občas</i> | <i>nikdy</i> |
| - pocit, že jste odpočinutí a uvolnění? | <i>Stále</i> | <i>často</i> | <i>občas</i> | <i>nikdy</i> |
21. Vyskytla se ve Vašem životě za posledních 6 měsíců z důvodu vaší nemoci situace, kterou by jste označil/označila krizí?
 a/ ano
 b/ ne
 Pokud ano, jaká to byla situace?
22. Podle Vašich zkušeností uveďte, ve které situaci se Vaše nemoc zhoršuje vlivem psychiky.
-

Sociální oblast za posledních 6 měsíců:

23. Jak často jste nebyli schopni navštěvovat školu nebo vykonávat svou práci z důvodu střevních problémů?

- a/ stále
- b/ po určitou dobu
- c/ po malou část doby
- d/ téměř nikdy
- e/ vůbec nikdy

otázka jen pro zaměstnané osoby, studenti přejdou na otázku číslo 25:

24. Snížil se váš finanční příjem vlivem Vašeho střevního onemocnění?

- a/ výrazně
- b/ poměrně dost
- c/ jen mírně
- d/ trochu
- e/ vůbec ne

25. Máte pocit osamocení a sociální izolace vlivem Vašeho onemocnění?

- a/ stále
- b/ často
- c/ těžko říci
- d/ občas
- e/ nikdy

26. Uveďte, jak často brání Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (např. návštěvy přátel, příbuzných, kulturních akcí....)

- a/ stále
- b/ většinou
- c/ občas
- d/ málokdy
- e/ nikdy

27. Jak často jste vyloučili návštěvu akcí kde nebyla k dispozici toaleta?

- a/ stále
- b/ většinou
- c/ občas
- d/ málokdy
- e/ nikdy

28. Podle Vašich zkušeností uveďte, ve které situaci se Vaše nemoc zhoršuje vlivem sociálních faktorů.

Závěr:

Jak **průměrně** hodnotíte Vy sám/sama kvalitu svého života?

<u>před zjištěním Vaší nemoci:</u>	<u>po zjištění Vaší nemoci:</u>	<u>po zahájení léčby:</u>
<i>špatná</i>	<i>špatná</i>	<i>špatná</i>
<i>ne moc dobrá</i>	<i>ne moc dobrá</i>	<i>ne moc dobrá</i>
<i>dobrá</i>	<i>dobrá</i>	<i>dobrá</i>
<i>velmi dobrá</i>	<i>velmi dobrá</i>	<i>velmi dobrá</i>
<i>výborná</i>	<i>výborná</i>	<i>výborná</i>

Možná, že jsem se Vás zapomněla na něco důležitého zeptat, pokud chcete, napište mi to **zde**:

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku a prosím Vás, projděte ho ještě jednou a zkontrolujte, zda jste nezapomněli vyplnit některou z odpovědí, těžko by jsem odhadovala Váš názor.

Crohn's Disease Network

[Hlavní strana](#) | [Archiv článků](#) | [Nejnovější články](#) | [Otázky & odpovědi](#) | [Diskusní forum](#) | [Váš archiv](#)

- [anatomie](#)
- [terapie a léčba](#)
- [implikace on](#)
- [novinky ze světa](#)
- [novinky u nás](#)
- [výživa](#)
- [přehled léků](#)
- [odborné články](#)
- [rody a zkušenosti](#)
- [fyzioterapie](#)
- [lékařský slovník](#)
- [zajímavé odkazy](#)
- [lékáři a ordinace](#)
- [cizojazyčné texty](#)
- [diskusní forum](#)
- [lékárny](#)

Vložte hledané slovo

- no serveru
- na internetu
- obrázek

- [Chat, Mini Panel](#)
- [Co je Crohnova nemoc](#)
- [Malá anatomie](#)
- [Terapie a léčba](#)
- [Nejnovější články](#)
- [Archiv článků](#)
- [Archiv hlasování](#)
- [Potraviny \(NOVÉ\)](#)
- [Chat](#)
- [Diskusní forum](#)
- [Statistické mapy](#)
- [Multimedia](#)
- [Dokumenty ke stažení](#)
- [Srazy a setkání](#)
- [Pokročilá vyhledávání](#)
- [Tisk, On-Line \(NOVÉ\)](#)
- [C&C Friendly](#)
- [Inzercce & ikony](#)
- [Editorial & kontakty](#)

Vítáme Vás na informačním a diskusním serveru COLITIS.CROHN.cz, který je věnován všem, jejichž život byl dotčen nástorou z forem takzvaných "nespecifických střevních zánětů" (NSZ). Mezi ně se řadí především ulcerózní kolitida a **Crohnova choroba**. Tato onemocnění přináší jak nemocným, tak jejich blízkým zásadní změny životního stylu, včetně jistých, především fyziologických omezení, na které se je mnohdy velice obtížné z různých důvodů adaptovat.

Cílem serveru je tedy shromažďovat, zpracovávat a v přehledné formě publikovat veškeré materiály se souvislostí k tématu NSZ. Doufáme tedy, že alespoň někteří z vás zde naleznou požadované informace, které pomohou vylepšit kvalitu života nejen nemocným.

Každý jsme jiný, a u každého se naše onemocnění projevuje jinak. Stejně tak to platí i v jídle. Zdá se, že každý z nás snáší rozličné potraviny zcela odlišně. Ve vztahu k onemocnění samozřejmě. Přesto bychom rádi sestavili žebříček potravin, které sice zřejmě subjektivně, ale u každého prokazatelně našemu zažívání nevyhovují a naopak.

»jak snášíme potraviny

Zpravostraně jsem první z řady "pseudo" statistických map. Tato je věnována územnímu rozšíření onemocnění M. Crohn v republice. Žáte-li tedy vlastněm tohoto onemocnění, zkuste píchnout špendlík do mapy :). V příloze je obdobná mapa pro UK, a mapa pokrývá území gastroenterologickými pracovišti. **»statistické mapy**

Pročtože v diskusním fóru zaznělo přání vytvořit jakýsi seznam lékáren a prodejen léčiv, je tady. Sám dobře vím, že co kraj to jiný mrav, v přeneseném slova smyslu, proto je možné hledat ke každé lékárně vložít komentář (bez registrace), co, jak a především za kolik. Věřím, že vám pomůže v orientaci v reálné situaci cenové politiky jednotlivých lékáren. Neděním si iluze, že je seznam lékáren kompletní, brzy tedy přibude rozšíření pro vložení nové lékárny. **»přehled lékáren**

Vzhledem k tomu, že není možné zajistit vlastní překlad aktuálních článků z oboru (pokud chcete pomoci), pište na webmaster@crohn.cz, vytvořím novou sekci "cizojazyčné texty", kam se budou vkládat v původním znění, zvlášť s titulkem :). Síce pouze pro internetové prohlížeče Microsoft® Internet Explorer 5+ (váš prohlížeč: Microsoft Internet Explorer), ale přeci, je k dispozici interaktivní on-line slovník. Stačí žk kliknout na označné anglické slovo a během několika okamžiků bude uvidán překlad, včetně hypertextem provázaných souvislostí. Služba zatím funguje jednosměrně Sk-Cz, připravuje se Cz-Cz. **»cizojazyčné texty**

SPONZOŘI

Znáte tohoto muže?

MY NEEEEEEEE!!!
Přij je to náš sponzor

Přišli jste o svá DATA NEZOUFEJTE
záchrana a obnova dat z poškozených médií nonstop podpora 24/7

odkaz, který je dobrý mít neustále při ruce

zachrana.harddisku.cz

HLASOVÁNÍ

Ví váš zaměstnavatel, že máte Crohnovu chorobu?

Ano, sděil(a) jsem mu to



CROCODILE



[Aktuality](#)
[Staroby](#)
[Clanky & Fotky](#)
[Croki / UC piblikace](#)
[Sponzori](#)
[Kontakt](#)
[Email](#)

KONTAKT

NÁZEV: CROCODILE
SDLO: Jiřovcova 24
 370 04 České Budějovice

BANKOVNÍ SPOJENÍ: Česká spořitelna a.s., České Budějovice
Název účtu: Občanské sdružení Crocodile
Číslo účtu: 565 074 349 / 0800

TELEFON: 00420 - 38 - 635 36 49
 00420 - 38 - 38 389 pí. Smidtschlägerová
FAX: 00420 - 38 - 635 36 49
 00420 - 38 - 38 437

E-MAIL: ccd@volny.cz **WEB SIDES:** www.volny.cz/ccd

Správce serveru: sorak@seznam.cz

IČO: 705 03 877 **DIČ:** 077 - 705 03 877

Organizace není plátcem DPH!

Name: CROCODILE
Ort: Jiřovcova24
 370 04 České Budějovice

BANKVERBINDUNG: Česká spořitelna a.s., České Budějovice
KONTOBEZEICHNUNG: Občanské sdružení Crocodile
KONTONUMMER: 565 074 349 / 0800

TELEFON: 00420- 38 - 635 36 49
 00420- 38 - 38 389 pí. Smidtschlägerová
FAX: 00420- 38 - 635 36 49
 00420- 38 - 38 437

E-MAIL: ccd@volny.cz **WEB SIDES:** www.volny.cz/ccd
IČO: 705 03 877 **DIČ:** 077 - 705 03 877

RESUMÉ

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S IDIOPATICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY

THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH THE INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Termín „kvalita života“ byl poprvé v historii zmíněn již ve 20. letech, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. Obecně řečeno, studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. V literatuře existuje celá řada definic „kvality života“. Neexistuje však ani jedna, která by byla v průběhu posledních třiceti let všeobecně akceptována.

Do skupiny idiopatických střevních zánětů je řazena Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. Příčina těchto zánětů není zatím bezpečně známa, proto jsou nazývány idiopatické. Obě uvedené nemoci jsou výstižně vypracovány v teoretické části mé práce spolu se stručným popisem zdraví a kvality života.

Cílem empirické části bylo popsat a analyzovat kvalitu života vybraného souboru pacientů, kteří trpí idiopatickými střevními záněty. Byly zkoumány tři oblasti kvality života – oblast fyzická, psychická i sociální.

Doufám, že má práce dobře vystihuje kvalitu života všeobecně, popíše právě zmiňované onemocnění a výzkum poukáže na zajímavé skutečnosti.

The term “quality of life” has been already mentioned in the 1920s. And it has been done so in connections with consideration about economic development and problem of government in the field of financial support of lower classes of society. In general, the study of the quality of life means searching and identifying which contribute to good and meaningful life and the feelings of human happiness. There are all kinds of definitions of the quality of life in special literature. But there is no any which would be generally accepted in the last thirty years.

There are Crohn’s disease and ulcerative colitis in the group of the inflammatory bowel disease. The cause of these inflammations is not known and so they are called inflammatory. Both of the mentioned illnesses are appositely worked through in the theoretical part of my thesis together with brief description of the terms - health and quality of life.

The aim of the empiric part of my work was to describe and analyze the quality of life of selected group of patients who suffer from the inflammatory bowel disease. There were examined three fields of the quality of life – physical, mental and social.

I hope that my work puts generally the quality of life well, describes mentioned illness and also research will show interesting facts.