

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Život pacientů s Crohnovou chorobou

2019

Kristýna Veinlichová

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Život pacientů s Crohnovou chorobou

Life of Crohn's disease patients

Kristýna Veinlichová

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslava Hanušová, Ph.D.

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání – Biologie, geologie a environmentalistika se zaměřením na vzdělávání

2019

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Život pacientů s Crohnovou chorobou“ vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně, za použití v práci uvedených zdrojů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, 30.3.2019

.....

podpis

Ráda bych touto cestou poděkovala především vedoucí mé bakalářské práce paní PhDr. Jaroslavě Hanušové, Ph.D. za její profesionální přístup, trpělivost a cenné rady. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří zodpověděli otázky z mého dotazníku a dali tak vzniknout praktické části mé bakalářské práce.

Abstrakt

Tato práce se zabývá pacienty, kteří trpí Crohnovou Chorobou. Cílem práce bylo zjistit, jaká omezení nemoc přináší a jak se vyvíjel život pacientů před a po diagnóze. Na základě dotazování se snažím vytvořit soubor doporučení, jak pro nové pacienty, tak pro jejich okolí. Tato doporučení se zaměřují na možnosti snižování omezení onemocněním. A také přináší informace nově diagnostikovaným pacientům, kteří toho o svém onemocnění třeba ještě tolik nevědí.

V teoretické části je vysvětlená definice a popsána stručná historie Crohnovy nemoci. Další kapitola je věnována anatomii a fyziologii trávicího traktu. Normální fungování organismu je důležité pro pochopení patologií, které onemocnění pacientům přináší. Dále se v práci věnuji diagnostickým metodám, klinickému obrazu a terapii typickým pro Crohnovu chorobu. Teoretická část je důležitým zdrojem informací, pro pochopení problémů pacientů, se kterými byl proveden rozhovor.

Praktická část přináší sedm rozhovorů s pacienty s Crohnovou chorobou. S respondenty je probráno to, jak u nich probíhala diagnostika onemocnění, zda nedošlo ke špatné diagnóze, jak se u nich měnila nemoc před a po zahájení léčby. Respondenti měli také posoudit to, jaká omezení jim nemoc přináší. Na základě těchto rozhovorů sestavuji soubor doporučení, která vytvořili pacienti, kteří onemocněním sami trpí. Doporučení poskytují náhled na to, co by nově diagnostikovanému pacientovi mohlo alespoň částečně usnadnit život s nemocí.

Klíčová slova

Crohnova choroba, život, omezení, trávicí systém, nemoc

Abstract

This thesis is focused on patients suffering from Crohn's disease. The aim of this work was to find out whether they are sick persons suffering from disorders. Based on the questionnaire I try to create a set of recommendations for both new patients and their surroundings. These recommendations focus on reducing restrictions of disease. And it also brings information to newly diagnosed patients who do not know so much about their disease.

The theoretical part explains the definition and brief history of Crohn's disease. The next chapter is devoted to the anatomy and physiology of the digestive tract. The normal functioning of the organism is important for understanding the pathologies that the disease brings to patients. Furthermore, I deal with diagnostic methods, clinical picture and therapy typical for Crohn's disease. The theoretical part is an important source of information for understanding the problems of patients interviewed.

The practical part brings seven interviews with patients with Crohn's disease. The respondents discussed how they were diagnosed with the disease, whether they had a bad diagnosis, how they had changed before and after treatment. Respondents should also assess what constraints they bring to them. Based on these interviews, I compile a set of recommendations that have been developed by patients who suffer from the disease themselves. The recommendations provide insight into what a newly diagnosed patient could at least partially ease life with the disease.

Key words

Crohn's disease, life, limitations, digestive tract, disease

Obsah

Úvod.....	7
1. Definice a stručná historie Crohnovy choroby	8
1.1. Základní anatomie a funkce trávicího traktu.....	9
1.2. Etiopatogeneze onemocnění.....	11
1.3. Diagnóza	12
1.4. Klinický obraz.....	14
1.4.1. Srovnání Crohnovi nemoci a ulcerózní kolitidy	16
1.4.2. Komplikace Crohnovy choroby.....	17
1.5. Terapie.....	19
2. Praktická část.....	23
2.1. Cíle, výzkumné otázky praktické části	23
2.2. Metodika výzkumu	23
2.2.1. Nástroj výzkumu a popis cílové skupiny.....	24
2.3. Výsledky rozhovorů s respondenty	24
a) Rozhovor z Karlou.....	25
b) Rozhovor s Romanou.....	27
c) Rozhovor s Václavem.....	28
d) Rozhovor s Klárou.....	30
e) Rozhovor s Miladou.....	31
f) Rozhovor s Barborou	34
g) Rozhovor s Kamilou	35
2.4. Diskuze, komparace dat a doporučení	37
Závěr.....	44
Seznam použitých zdrojů.....	45
Seznam příloh:.....	46

Úvod

Počet pacientů s Crohnovou chorobou se stále zvyšuje. Přibývá diagnóz u pacientů v nižším věku. Příčina vzniku tohoto onemocnění není dosud známá, předpokládá se vliv genetiky. Svůj podíl na vzniku onemocnění má podíl stres a špatný životní styl. Právě tato dvě témata jsou podle mého názoru velmi aktuální, a proto jsem se rozhodla sepsat tuto práci. Jejím výstupem je soubor doporučení, která pramení od samotných pacientů, kteří touto chorobou trpí.

V teoretické části práce se nejprve vracím zpátky do historie, odkud pramení první zmínky o tomto střevním onemocnění. Abychom mohli rozeznat co je patologií, zabývám se v další kapitole stavbou a normální funkcí trávicí soustavy. Následuje popis klinického obrazu a původu onemocnění. Dále soubor všech možných vyšetření, kterými musí pacienti projít, než se dostanou ke správné diagnóze. V neposlední řadě rozebírám možné způsoby léčby.

Praktická část je věnována sedmi rozhovorům s pacienty, kteří Crohnovou chorobou trpí. Skupinu respondentů charakterizuje tedy stejná diagnóza, určená dále než rok. Věkově se jedná o velmi rozmanitou skupinu. Rozhovory jsou zaměřeny především na to, jak probíhala diagnóza u jednotlivých respondentů a jakými vyšetřeními museli projít. Dále jaká byla, u koho zvolená léčba a jak se nemoc vyvíjela po jejím zahájení. Následuje rozbor všech možných omezení, která nemoc přináší a doporučení pro nově diagnostikované pacienty i jejich okolí, jak se chovat, aby se nemoc vyvíjela pro ně co nejlépe.

Cílem práce bylo zjistit jaké změny do života pacienta nemoc přináší a jak pacienta omezuje.

1. Definice a stručná historie Crohnovy choroby

Crohnova nemoc je zánětlivé autoimunitní onemocnění trávicího traktu. Postihuje nejčastěji tenké střevo (hlavně terminální ileum – přechod mezi tenkým a tlustým střevem), tlusté střevo a konečník, ale může se objevit v podstatě v jakékoliv části trávicí trubice. I když v oblasti dutiny ústní a jícnu je velmi výjimečný. Zánět může samostatně postihnout jak jen tenké, tak i jen tlusté střevo, častější je však přítomnost zánětu jak v tenkém, tak tlustém střevě, popřípadě pouze v konečníku. Zánět postihuje trávicí trubici po celé její šířce – prochází celou šířkou střevní stěny (sliznice, podslizniční vazivo, svalovina, povrchový kryt trávicí trubice neboli seróza). Z tohoto důvodu je velmi častý vznik píštělí (nepřirozené propojení orgánů, cév nebo i ven na povrch kůže) a abscesů (vznik dutin vyplněných hnisem). Píštěle mohou propojovat nejen střevní kličky navzájem, ale mohou vytvářet i spoje s jinými orgány, například s močovým měchýřem, nebo pochvou. Abscesy vznikají nejvíce právě v okolí střev, tedy v dutině břišní a okolo konečníku. Není však výjimkou, že vznikají i v oblasti hýžděového svalu nebo v břišní stěně. V důsledku postižení střev zánětem může dojít ke vzniku střevní neprůchodnosti. Střevo postižené zánětem v celé šířce má po léčbě sklon k jizvení a tím právě dochází ke snížení průsvitu střeva (Kohout, 2006).

Typické pro Crohnovu chorobu je střídání úseků střeva postiženého zánětem a naprosto zdravých částí. Spolu s ulcerózní kolitidou se řadí mezi idiopatické střevní záněty. To jsou záněty tlustého a tenkého střeva, u nichž neznáme původ ani příčinu. Některá onemocnění mohou nespecifické střevní záněty napodobovat. Mezi tato onemocnění patří například celiakie, divertikulitida, vředy rekta nebo endometrióza. Crohnova nemoc byla dříve nazývána Regionální enteritida nebo také segmentální kolitida (v překladu zánět tlustého a tenkého střeva) (Mačák, 2012).

Stručná historie Crohnovy choroby

Již v prvních lékařských spisech je možné dohledat zmínky o nemocných s příznaky, které odpovídají na dnes označovanou Crohnovu nemoc. Například v popisu pitvy adolescenta z roku 1612 se dočteme, že zemřel krátce poté co na sobě začal pozorovat horečku a silné bolesti břicha. Při pitvě bylo prokázáno, že trpěl výraznou stenózou neboli zúžením terminálního ilea. Stěna jeho střeva byla výrazně zesílena. To způsobilo

neprůchodnost střeva a jeho následné proděravění. Toto ve svých spisech popisuje Dr. Farby (Cohen, 2011).

O pár let později popisuje ve svém spise "Patologie a terapie nemocí vnitřních" typické příznaky Crohna u svých pacientů i profesor Thomayer. Počátkem 20.let se zánětlivými střevními onemocněními začala zabývat skupina lékařů z newyorské nemocnice Mount Sinai. Například lékař Moskowitz, Ginsburg nebo tehdy velmi uznávaný chirurg Berg. Od roku 1930 léčí Dr. Crohn jen dva své nemocné (což je mnohem méně než u ostatních zmíněných lékařů). Na pokyn vrchního patologa sepsali lékaři článek do odborného časopisu JAMA (Journal of the American Medical Association). Článek byl podepsán všemi lékaři v abecedním pořádku. Tedy kromě lékaře Berga, který se nepodepsal. Pojmenování nemoci by dnes mělo být po něm. Hovořili bychom dnes tedy o Bergově nemoci. Lékař B. Crohn měl však štěstí ještě v jedné věci a sice, že organizátoři zasedání American Medical Association označili u přednášky o nemoci pouze jediného chirurga a to právě Dr. Crohna. Bylo to v roce 1932 (Cohen, 2011).

Výzkumy z 50. a 60. let minulého století ukazují, že morbus Crohn postihuje kromě tenkého střeva i střevo tlusté, uvádí se, že dokonce kteroukoliv část trávicí trubice. 90. léta ukazují, že nemoc má natolik nespecifickou lokalizaci, že pro určení přesné diagnózy musí být klasifikováno mnohem přesněji, jinak by nebylo možné pozorovat výsledky léčby (Červenková, 2009).

1.1. Základní anatomie a funkce trávicího traktu

Trávicí trakt tvoří trávicí trubice a přídatné orgány. Trubice začíná ústní dutinou, která obsahuje nejpohyblivější příčně pruhovaný sval, kterým je jazyk. Ten společně se zuby přispívá k prvnímu mechanickému zpracování potravy. Jazyk také usměrňuje směr pohybu sousta, které z dutiny ústní může dále pokračovat přes hltan a jícen do žaludku. V momentě, kdy sousto vstupuje do jícnu, dochází k uzavření dýchací trubice příklopkou hrtanovou, aby nedošlo k vniknutí potravy do dýchacích cest. Hltan je asi 15 cm dlouhá trubice tvořená svalovinou a vazivem. Je spojnicí mezi dutinou nosní, dutinou ústní a jícnem. Před tím, než potrava přejde do žaludku, prochází jícnem, kde je posunována pomocí peristaltických pohybů, které jsou shodné s pohyby střev. První třetinu jícnu tvoří příčně pruhovaná svalovina. V momentě, kdy jícen prochází bráničí, mění se stěna ve

svalovinu hladkou. Spodní dvě třetiny jícnu jsou už tedy ovládnány mimovolně. Trávicí trubice se dále rozšiřuje ve vakovitý orgán, kterým je žaludek. Je to velmi variabilní orgán a v dospělosti může pojmout až dva litry rozmělněné potravy. Žaludek zpracovává potravu jak chemicky, tak mechanicky. Na žaludek se napojuje tenké střevo, které měří 5–6 metrů. Tenké střevo se dělí na tři úseky a sice – dvanáctník, lačník a kyčelník. Kyčelník ústí do slepého střeva svou koncovou částí, která se nazývá terminální ileum. Na konci tenkého střeva se nachází tzv. Bauhinova chlopeč, která ústí o kousek výš, než je začátek tlustého střeva. Tato část tvoří mezičlánek mezi střevem tenkým a tlustým a označuje se slepé střevo. Z něj vychází červovitý výběžek neboli apendix. První částí tlustého střeva je vzestupný tračník, následuje příčný tračník a sestupný tračník. Tlusté střevo se dále stáčí do esovité kličky a začíná rektum neboli konečník, což je poslední část trávicí trubice (Dylevský, 2009).

Základními funkcemi trávicí soustavy jsou přijímání a rozmělnění potravy a štěpení a vstřebávání živin, které jsou pro tělo nepostradatelné, bez nich by organismus nebyl schopen vykonávat žádné životní funkce. Nepotřebné látky jsou odváděny ven z těla. Než projde potrava celou trávicí trubicí, trvá to přibližně 24 hodin. Trávicí trubice měří okolo 9 metrů, a jak již ze slova trubice vyplývá jedná se o otevřený systém. Vše začíná rozmělněním sousta v ústní dutině. Zapojují se zuby, jazyk i sliny. Dále sousto putuje hltanem a jícnem do žaludku. Zde je potrava zpracovávána jak mechanicky, tak chemicky a putuje dále do tenkého střeva. Zde je štěpení a vstřebávání živin nejintenzivnější. Živiny putují do krve nebo lymfy a trávenina dále do tlustého střeva. V tlustém střevě dochází k vstřebání tekutého obsahu a zahuštění tráveniny. Pak odchází jako stolice ven z těla. Protože do těla se nám nedostávají vždy jen látky žádoucí, představuje trávicí soustava také funkci bariéry, aby do krve neprošly molekuly cizorodé, které by našemu organismu mohly uškodit. Mezi látky, které se uplatňují jako bariéra patří hlen na povrchu sliznic, lysozym a sekreční protilátky. Mechanismus obrany podporuje také těsné spojení buněk, lymfatická tkáň a rychlá obměna buněk v tenkém střevě. Buňky tenkého střeva mají životnost jen 24 až 72 hodin. I díky tomu je zde velmi snížený výskyt nádorů (Rokyta, 2016).

Další orgány patřící do trávicí soustavy jsou játra, žlučník a slinivka břišní. Největší žlázou lidského těla jsou játra. Jejich úlohou je udržení homeostázy neboli stálosti

vnitřního prostředí organismu. Velmi výrazně se podílí na metabolismu sacharidů, bílkovin i lipidů. Přebytečný cholesterol se tu mění na žlučové kyseliny a ty jsou následně vylučovány žlučí. Dalšími funkcemi je termoregulace a skladování některých látek. V játrech je skladována glukóza ve formě glykogenu, vitamíny A, D a B12 a dále také železo, měď a kobalt. Žlučník je malý vakovitý orgán sloužící jako zásobárna žluči. Nalezneme ho na spodní straně jater a jeho úlohou je regulace odtoku žluči. Vývodem ústí do dvanáctníku, konkrétně na místo s názvem Vaterská papila. Slinivka břišní se nachází v oblasti retro peritonea neboli v zadní části dutiny břišní. Její vývod ústí stejně jako vývod žlučovodu do dvanáctníku. Slinivka břišní produkuje pankreatickou šťávu, která mění kyselé pH tráveniny ze žaludku na zásadité a obsahuje látky, které se účastní štěpení tuků a bílkovin (Dylevský,2009).

1.2. Etiopatogeneze onemocnění

Idiopatické střevní záněty se souhrnně označují anglickou zkratkou IBD – Inflammatory Bowel Diseases (v překladu zánětlivé střevní onemocnění). Jedná se o záněty střev, u nichž neznáme přesnou příčinu vzniku. Zánět může být přítomen pouze ve sliznici střeva, pak se jedná o onemocnění ulcerózní kolitida, nebo prostupuje celou šířkou střevní stěny a pak se jedná o onemocnění Crohnova choroba. Příčinu vzniku tedy sice neznáme, ale je jisté že predispozice (neboli předpoklad) pro rozvoj onemocnění je vrozená. U osob, u nichž v rodině se nemoc vyskytla u příbuzných prvního stupně (rodiče, sourozenci) je 10 – 30krát vyšší riziko, že se onemocnění projeví. Žádné konkrétní geny, které by byly spouštěčem onemocnění určeny nejsou. K tomu, aby nemoc u člověka propukla vedou vnější faktory, jako je strava, bakteriální nebo virová onemocnění, stres nebo jiná onemocnění, jimiž může být pacient oslaben. Pro přiblížení se k odhalení příčiny vzniku těchto onemocnění velmi výrazně přispívají epidemiologické studie. Tyto studie prokázaly stoupající incidenci (neboli četnost nových onemocnění) během posledních desetiletí. Výskyt Crohnovy choroby je 1 až 3 nových případů na 100 000 obyvatel za rok. Prevalence neboli celkový výskyt nemocných je pak asi 30–50 pacientů na 100 000 obyvatel. Tyto údaje se týkají České republiky (Rokyta, 2015).

Nemoc se nejčastěji vyskytuje ve druhé a třetí dekádě, tedy kolem 30. roku života. Některé studie prokazují, že nejvíce rizikové skupiny jsou mladí lidé od 16 do 35 let a

poté lidé kolem 50. let. Postihuje obě pohlaví stejně. Více jsou ohroženi lidé v příbuzenském vztahu. Nejvyšší míra postižených je mezi běloškou populací, riziko vzniku v černošské populaci je nízké. Onemocnění postihuje pacienty po celém světě, nejvíce však v USA, Velké Británii, Skandinávii a střední Evropě. V Asii a Africe se objevuje velmi výjimečně (Hehlmann, 2010).

Jedná se o idiopatický střevní zánět, což znamená, že přesnou příčinu vzniku zatím nikdo nezná. Jsou vedeny různé spekulace, zda vznik nemoci ovlivňují geny, způsob života, prostředí, ve kterém žijeme či přílišný stres. Většina odborníků, zabývajících se tímto tématem se přiklání k možnosti, že nemoc způsobuje porucha komunikace mezi imunitním systémem a mikrobiálním obsahem střeva. Jak již bylo řečeno, nemoc bývá častější u osob v příbuzenském stavu, přesto je nutno říct, že se nejedná o dědičné onemocnění. Další záhadou této nemoci jsou její mimo střevní projevy a sice záněty očí, kloubů i kožní projevy. Existují domněnky, že je to důsledkem chybných odpovědí imunitního systému. Objevují se i tvrzení, že Crohnovu nemoc zhoršuje kouření a že jistou spojitost se vznikem má očkování proti spalničkám, nebo prodělané spalničky. Pro tato tvrzení však neexistují dostupné důkazy (Červenková, 2009).

1.3. Diagnóza

Jako u každé nemoci je při prvních příznacích nutné podstoupit několik vyšetření. Jelikož jde o celoživotní nemoc musí být diagnóza stanovena správně a co nejrychleji, aby mohla být zahájena přesná a účinná léčba. Při každé kontrole by měl lékař s pacientem provést důkladný rozbor aktuálních problémů a následně provést fyzikální vyšetření. Tedy vyšetřit pacienta pohledem, pohmatem, poslechem a poklepem. Lékař by měl pacienta vyšetřit také per rektum – vyšetření konečníku. Pokud je vyšetření konečníku negativní, neznamená to, že pacient netrpí idiopatickým střevním zánětem, pouze nemuselo dojít k postižení konečníku. Jako další je provedeno laboratorní vyšetření. Provádí se z toho důvodu, že někteří pacienti netrpí zjevnými obtížemi pro Crohna typickými. Pacientovi je odebráno 10 ml krve. Největším problémem tohoto vyšetření je, že pacient musí být lačný. V krevním séru je obvykle nedostatek železa a z krve lze zjistit chudokrevnost neboli anémii. O každém zánětu v těle svědčí zvýšené hodnoty bílých krvinek, více krevních destiček a úbytek erytrocytů. Dále má pacient vyšší koncentraci C-reaktivního proteinu –

jeho zvýšená koncentrace poukazuje na rozšiřující se zánět. Je to jedna z nejdůležitějších bílkovin - tzv. reaktant akutní fáze, jeho hodnoty se zvyšují již 4 hodiny po propuknutí zánětu. Následuje vyšetření stolice. Zjišťuje se koncentrace bílkoviny kalprotektinu. Ta je uvolňována z bílých krvinek, které se rozpadají ve střevech (Kohout, 2006).

Další vyšetření, které pacient absolvuje je ultrasonografické vyšetření. Vyšetření je bezbolestivé a probíhá jako běžný ultrazvuk. Lékař zjistí změny v okolí střev i širší průsvitu střevní stěny. Pokud trpí pacient velkou nadváhou, nemusí být vyšetření přesné, proto by na jeho výsledky neměl být brán tak velký zřetel, jako na endoskopická vyšetření. Pacient většinou projde také řadou kontrastních, rentgenových a zobrazovacích vyšetření, jako je enteroklýza, počítačová tomografie (CT) a nukleární magnetická resonance (NMR). Enteroklýza je vyšetření, při níž je pacientovi zavedena tenká cévka přes nos či ústa do žaludku a dále do tenkého střeva. Cévkou je přímo do tenkého střeva vstříknuta kontrastní látka. Většinou se jedná o roztok barya a metylcelulózy. Poté rentgenolog pacienta snímkuje v krátkých časových intervalech a na snímcích může sledovat průsvit střevních stěn. Počítačová tomografie je bezbolestná vyšetřovací metoda, která nahrazuje klasický rentgen pro větší přesnost. Lékař vidí celou dutinu břišní v prostorovém obrazu a může pozorovat sliznici střeva i celou střevní stěnu. Pokud Crohnova choroba postihla pacientovo tlusté střevo či konečník, je nejpřesnější zobrazovací metodou magnetická resonance. Na snímcích jsou zřetelně vidět píštěle a abscesy. Tyto metody jsou velice důležité, protože ultrasonografické vyšetření se obtížně dostává do prostorů malé pánve. Jelikož Crohnova nemoc může postihnout kteroukoliv část trávicí trubice, musí být také celá trubice řádně vyšetřena. Vyšetření se provádí endoskopem. Nejdůležitějším vyšetřením všech pacientů je tzv. koloskopie. Jedná se o vyšetření celého tlustého střeva až k terminálnímu ileu (Červenková, 2009). Pacient musí být řádně vyprázdněn projímadlem. V knize Crohnova choroba, ulcerózní kolitida z roku 2006 stojí: "Před koloskopií je nutné již 2–3 dny před vyšetřením dodržovat dietu bez obsahu zbytkové potravy, hrubé vlákniny, den před vyšetřením spíše tekutou výživu (bujóny, džusy). Odpoledne před vyšetřením čistíme střevo pomocí roztoku kontaktních solí podaných ústy (hořečnaté soli, fosfátové soli, makrogolové preparáty). Vždy je nutné vypít alespoň 3-4 litry tekutiny – buď ve formě připraveného roztoku (Např.: Fortrans) nebo tekutin k malým objemům prázdnícího roztoku (fosfátové soli)" (Kohout, 2006, str. 28).

Další způsob, jak je možné střevo připravit na vyšetření je pomocí přípravku MoviPrep. Balení tohoto přípravku obsahuje čtyři sáčky. Vždy dva a dva sáčky jsou stejné. Pacient si buď večer před výkonem anebo večer a brzy ráno připraví celkem dva litrové roztoky, které popijí společně s čistou vodou, nebo čirým džusem. Pít i tekutinu neobsahující prášek je důležité, aby nedošlo k dehydrataci. Další možností je přípravek PicoPrep. Jedná se o prášek s pomerančovou příchutí. Ten je třeba rozpustit ve 150ml vody. Takto připravený roztok je třeba vypít do osmé hodiny ranní, den před vyšetřením, postup zopakovat asi po šesti až osmi hodinách. K rehydrataci je dobré vypít každou hodinu asi 250ml vody. Poslední z nejčastěji používaných přípravků je Eziclen. U tohoto přípravku je nutné vypít celkem asi 3 l tekutiny. Dvakrát půl litru tekutiny s přípravkem plus asi 2 l samotné vody nebo džusu. Příprava lze provést jako dvou nebo jedno denní. Správně vyčištěné střevo pozná pacient tak, že po přípravě těmito přípravky z něj místo stolice vychází téměř čistá tekutina (Hep, 2009).

Na začátku samotného vyšetření se pacient položí na levý bok a jsou mu podána analgetika nebo slabší sedativa. Poté lékař zavede pacientovi přes konečník sondu do tlustého střeva. Kolonoskop přenáší obraz sliznice a umožňuje odsávat přebytečnou tekutinu ze střeva. Přístroj je velmi ohebný a umožňuje lékaři pohled do všech záhybů střeva. Někdy je během vyšetření zaveden do tračnicku vzduch, umožňuje to lepší přehlednost ve střevě. Pomocí kolonoskopu se také provádí biopsie neboli odběr vzorků, při nálezů polypů či zánětlivé tkáně (Červenková, 2009; Kohout, 2006).

1.4. Klinický obraz

Setkáváme se s dvěma typy příznaků, a to sice střevními příznaky a mimo střevními nebo také přidruženými příznaky onemocnění. Příznaky se mohou lišit podle toho, která část trávicí trubice je postižena. Také jde o to, v jak velké míře zánět střevo postihuje. Mezi klasické střevní projevy při postižení tenkého a tlustého střeva patří bolesti břicha (lokalizované v pravém podbřišku, v celém břiše, trvalé, záchvatovité), průjmy bez příměsí krve, které mohou být i vodnaté a dosahovat frekvence 30x za den, teploty obvykle do 38 stupňů (někdy i hořčnaté stavy). Pokud je postiženo jen tlusté střevo a konečník, dochází většinou k průjmům (i krvavým), krvácení, pocit nucení na stolicí, hnisání v oblasti konečníku, píštěle a časté jsou v tomto případě již zmíněné mimo střevní

příznaky. Při postižení tenkého střeva je nejčastější hubnutí, chudokrevnost (způsobená krvácením, při kterém dochází i ke ztrátě železa) a průjmy. V tomto případě většinou nehrozí mimo střevní projevy, naopak častá je střevní neprůchodnost. V prvním akutním vzplanutí nemoci, bývá někdy pacient chybně diagnostikován na akutní apendicitidu neboli zánět červovitého výběžku tlustého střeva. Takový pacient pak bývá operován a appendix je mu chirurgicky odstraněn, to však může stav nemocného i zhoršit a operační zákrok může vést ke vzniku píštělí. Proto pokud existuje podezření, že nemocný trpí Crohnovou chorobou, měla by být operace rozsáhlejšího rázu. Pokud lékař během fyzikálního vyšetření pacienta objeví zduření v oblasti pravého podbříšku nebo píštěle v okolí konečníku, měl by rozhodně zvážit, zda pacient netrpí právě Crohnovou chorobou (Kohout, 2006).

Crohnova nemoc postihuje nejčastěji spoj mezi tlustým a tenkým střevem (až 40 % pacientů). Bolesti u tohoto typu jsou velmi výrazné a křečovité. Bolest se objevuje především po jídle v době okolo 30–60 minut. Pokud postižený pocítuje neustálou bolest v oblasti pravého podbříšku, objevily se již pravděpodobně další komplikace. U postižení terminálního ilea jsou průjmy pravidlem. Souvisí úzce s příjmem potravy. Následkem nižšího příjmu potravy a neustálých průjmů je hubnutí pacienta (Hehlmann, 2010).

Mezi nejčastější mimo střevní projevy Crohnovy nemoci patří záněty kloubů, záněty očí – především rohovky a duhovky, kožní změny – například vyrážka a zčervenání kůže (erytém). Mimo střevní projevy se mohou objevit, jak v aktivní fázi onemocnění, tak i v neaktivní. Vznik mimo střevních projevů je typický, pokud má pacient postižené tlusté střevo. Při postižení střeva tenkého se objevují méně. Nejčastěji jsou postiženy malé klouby na ruce a na nohu, nebo páteř a kyčle. Zánět kloubů způsobuje omezení hybnosti, bolestivost a otoky. Kožní projevy jsou většinou ztlustění kůže a její zčervenání v určitých oblastech. Skvrny na kůži mohou být i velmi bolestivé a objevit se můžou místy i vředy. Nejvíce postiženy bývají paže a nohy – především bérce. Při relapsech (návratech nemoci) se někdy objevuje též lupénka a lišej. Oba dva projevy mají stěhovavý charakter a ohrožují různé části těla pacienta. V dutině ústní mohou pacienty mnohem častěji trápit afty. Dalším příznakem jsou oční záněty, a to především záněty rohovky a duhovky, mohou se však objevit i záněty spojivek a bělma. Mezi duhovkou vznikají srůsty, zánět může vést k vážnému postižení očí. Dalším mimo střevním příznakem je

nespecifický zánět jater. Ve výjimečných případech může dojít i k zánětu žlučových cest. Ten způsobuje srůsty a žluč tak nemůže normálně odtékat. To může vést ke žloutence a ke změnám trávení. U některých pacientů může dojít ke vzniku abscesů v oblasti hýžděového svalu. V této části dochází často i ke vzniku píštělí. Velmi výjimečné jsou záněty osrdečníku, pankreatu a žilní trombózy. Při častých průjmech se vyskytuje nedostatek draslíku a hořčíku. Na všechny tyto projevy onemocnění by měl lékař myslet a případné nedostatky vitamínů, minerálů i stopových prvků u pacienta medikamentózně doplnit (Hehlmann, 2010).

Z počátku pacient většinou ani nepozná, že právě Crohnovou nemocí trpí. Nemusí mít ani žádné příznaky. První známkou počínající nemoci bývá nespecifická bolest břicha, která bývá často zaměňována s *apendicitidou* (zánět červovitěho výběžku tlustého střeva). První příznaky se většinou projevují uvnitř střeva. Jsou to zánětlivé změny ve střevní sliznici. Později se přidávají striktury neboli zúžení střeva a fistuly neboli píštěle. Mezi hlavní projevy Crohnovi nemoci patří průjem, ten se však vůbec objevit nemusí, a to zejména tam, kde je postiženo tlusté střevo jen mírně či není postiženo vůbec. V rané fázi postižení tenkého střeva se objevuje úbytek tělesné hmotnosti v důsledku porušení vstřebávání živin. Později dochází k prohloubení vzniklých píštělí. V některých případech dochází ke spojení střevních stěn, spojení konečníku s pochvou, spojení střeva s okolními orgány (např.: žlučové cesty) nebo spojení střeva s vnějším prostředím, přes břišní stěnu. V nejzávažnějších případech bývá střevní stěna výrazně ztlustělá a sliznice hrboilatá. Na endoskopických vyšetřeních není zřetelná cévní kresba a sliznice připomíná kamenný chodník (kočičí hlavy). Nemoc postihuje různé úseky trávicí trubice a naprosto zdravé části střeva mohou střídání velmi výrazně zanícené oblasti. Úseky bývají ostře rozděleny. Na sliznici se objevují hluboké vředy. I když je nemoc nevléčitelná, je léčitelná. Vhodnou a včasnou léčbou se dá dosáhnout klidové fáze nemoci, která pacientovi umožní žít kvalitní život. Operaci sice neujde až 80 % pacientů (a 20 % opakovaně) přesto jen 5 % pacientů je natolik postiženo, že nemůže pracovat a má výraznější omezení (Červenková, 2009).

1.4.1. Srovnání Crohnovi nemoci a ulcerózní kolitidy

Tyto nemoci bývají často spojovány buď kvůli podobným příznakům anebo také proto, že obě patří mezi idiopatické střevní záněty – tedy záněty u nichž neznáme příčinu vzniku.

Rozdíl mezi nimi však je a ne jeden. Zatímco Crohnova nemoc postihuje kteroukoliv část trávicí trubice, ulcerózní kolitida je omezena na tračník. Postihuje jen tlusté střevo. Zánět při ulcerózní kolitidě se nazývá superficiální neboli povrchový, což znamená že postihuje jen sliznici a submukózu neboli podslizniční vazivo, zatímco při Crohnově nemoci prostupuje celou šířkou stěny, jedná se tedy o transmurální zánět. Často se také objevují, píštěle, perforace a abscesy. Při Crohnovi jsou jednotlivé úseky postižené tkáně střídány tkání naprosto zdravou, zatímco u ulcerózní kolitidy dochází k šíření zánětu od konečníku vzhůru nepřerušovaně. Dalším rozdílem je, že u ulcerózní kolitidy se neobjevují granulomy, což je ohraničený zánět uzlíkového tvaru, charakteristického složení. U ulcerózní kolitidy se také neobjevuje pro Crohna typické ztlustění střevní stěny, také seróza bývá nepoškozena. Pacienti trpící ulcerózní kolitidou mají větší riziko vzniku karcinomu než pacienti s Crohnovou chorobou. U obou nemocí se u většiny pacientů střídají tři období nemoci a sice: relaps, což je období, kdy se nemoc zhoršuje, dále remise, to je období klidu, kdy nemoc nemá žádné zřetelné příznaky a poslední je období rekurence neboli znovu propuknutí nemoci, a to v dosud nepostižené části střeva. Zejména u Crohnovy nemoci je poslední období typické pro pacienty po operaci. Dosud není známo, proč u některého pacienta propukne Crohnova nemoc a u jiného ulcerózní kolitida. Je možné že se jedná o špatně rozpoznané mikroby uvnitř našeho těla, nebo že jistou roli hrají naše geny, či vnější prostředí. Jistotu však zatím nemáme (Morris, 2004).

1.4.2. Komplikace Crohnovy choroby

Komplikace u Crohnovy choroby jsou způsobeny postupujícím a horšícím se zánětem nebo také imunitní reakcí. Někdy může být na vině i porucha vstřebávání živin nebo žlučových kyselin. Kromě mimo střevních projevů, o kterých byla řeč dříve mohou nastat i lokální komplikace přímo ve střevech pacienta. Nejčastější komplikací, která postihuje až 40 % pacientů, jsou střevní stenózy neboli zúženiny průsvitu střeva. Zúžení vzniká v důsledku otoku sliznice, kvůli aktivnímu zánětu nebo při hojení vlivem jizvení střeva. Stenózy vedou k poruše normální střevní průchodnosti. Projevují se silnými křečovitými bolestmi břicha, zvracením a nadměrným zvukem střevních pohybů. Tento problém má v zásadě dvě řešení a sice buď resekci (vyříznutí) postiženého úseku střeva nebo roztažením střeva při endoskopickém vyšetření (tzv. balonová dilatace). Další nebezpečnou a velmi častou komplikací jsou rozvíjející se perforace. Perforace neboli

proděravění vzniká v důsledku rozvíjejícího se zánětu střeva. Komplikace bývají způsobeny stále se zvětšujícím vředem, který postupně proniká celou tloušťkou střevní stěny. Okolo vředu se obvykle objevuje vazivová blána, která šířící se zánět ohraničuje. Nakonec může dojít ke vzniku píštěle a abscesu (ohraničený hnisavý zánět). Většina případů musí být řešena chirurgicky vyjmutím postižené části střeva. Častá komplikace, která bývá brána jako samotný příznak nemoci, je neohraničený hnisavý zánět v oblasti hráze. Dochází k postižení análních svěračů. Pacientovi bývají podána antibiotika, někdy musí být přikročeno k chirurgické léčbě. Vzácnou komplikací je masivní střevní krvácení. Je nutná okamžitá operace. Krvácení vzniká v důsledku narušení střevní stěny, a tedy i okolní větší cévy (Kohout, 2006).

Velmi častou komplikací, zejména u pacientů po resekci střeva, je syndrom krátkého střeva. Tato komplikace nevzniká jen u pacientů trpících idiopatickými střevními záněty, ale vzniká i v důsledku úrazů břicha, kdy musí být poškozená část střeva postiženému odstraněna chirurgicky. Pokud musí dojít k odstranění části střeva, zmenší se i absorpční plocha, může dojít k nedostatečnému vstřebávání makro a mikro nutrientů včetně vody. Pacienti mohou trpět metabolickým disbalancem a podvýživou. To, jakou bude mít pacient kvalitu života a jak ho bude syndrom krátkého střeva ovlivňovat závisí na rozsahu a místě resekce. Jaká je minimální délka tenkého střeva, aby k rozvoji syndromu nedošlo, přesně zjištěno není, jelikož je to velmi individuální. Obecně můžeme říct, že pro pacienty je horší ztráta ilea neboli lačníku. Pokud pacient přijde o jejunum – kyčelník, ale má funkční lačník, dokáže být funkce kyčelníku nahrazena. Při odstranění více než 100 cm lačníku dochází k nedostatečnému vstřebávání konjugovaných žlučových solí a vitamínu B12. Narušením cyklu žlučových kyselin, dochází také k rozvoji nedostatku cholesterolu, sodíku, draslíku a odstraněním terminální části ilea je ovlivněno i vstřebávání vody v tlustém střevě. Pacient tak může být často dehydratovaný. Velmi významnou roli v trávicím traktu má bauhinská chlopeč, která odděluje tenké a tlusté střevo a zabraňuje pronikání bakterií z tlustého střeva do tenkého. Jejím odstraněním dochází k průniku bakterií do tenkého střeva a také je urychlena doba vstřebávání živin. Nedostatečné bývá vstřebávání tuků a vitamínů v tučných rozpustných, tzn.: A, D, E, K (Frej, 2016). Pacienti trpící nemocí déle, než deset až patnáct let jsou také ohroženi vznikem rakoviny tlustého střeva. Nádory se však častěji objevují u pacientů s ulcerózní kolitidou. Dalším dosud nezmíněným typem komplikací jsou metabolické komplikace. Vznikají v důsledku

porušení vstřebávání živin, nebo vlivem léčiv – zejména kortikoidů. Zvýšeným odbouráváním anorganické složky z kostí vzniká tzv. osteoporóza neboli řidnutí kostí. Většinou je to nepříznivý účinek dlouhodobého užívání kortikoidních léčiv. Zřídka vzniká poruchou vstřebávání vápníku a vitamínu D. Omezené vstřebávání železa a ztráta krve, v důsledku střevního krvácení, vede k rozvoji chudokrevnosti neboli anémie. U většiny postižených musí být vitamín B12 doplňován injekčně. Kožní změny v obličeji mohou poukazovat na porušené vstřebávání zinku a selenu. U některých pacientů vznikají ledvinové kameny. Příčinou bývá resekce tenkého střeva, a tedy porucha vstřebávání žlučových kyselin. Další komplikací v důsledku špatného vstřebávání žlučových kyselin jsou ledvinové kameny (Červenková, 2009).

1.5. Terapie

Při stanovení vhodné léčby je velmi důležitá spolupráce pacienta a to, v jaké fázi se nemoc zrovna nachází. Cílem léčby je především zmírnění následků akutní fáze onemocnění a její zkrácení. Do léčby, kromě klasického podávání léků řadíme i léčbu dietou či umělé podávání výživy přímo do střeva a také pomocnou psychoterapii. Každý na léčbu může reagovat rozdílně, a proto je nutné, aby se pacient včas ozval a léčba byla případně upravena. Obvykle se začíná medikamentózní léčbou. Patří sem aminosalicyláty, které mají protizánětlivý účinek a působí protibakteriálně. Tyto léky působí lokálně, ne systémově – nepůsobí na celý organismus. Podávají se ve formě perorálních tablet, čípků či nálevů. Jejich předepisování se snižuje, protože mají mnoho vedlejších účinků, jako je bolest hlavy, alergie na slunce, nevolnost až přechodnou neplodnost. Hlavními představiteli jsou léky sulfasalazin, mesalazin, olsalazin a balsalazid (Marek, 2005). Další skupinou léčiv jsou kortikosteroidy. Patří mezi hormonální léčbu a jsou synteticky vyrobené. Mají větší protizánětlivý účinek, ale mohou nastat různé problémy spojené s jejich vysazením. Pokud je pacient vysadí, je dost pravděpodobné že se nemoc velice rychle navrátí a patrně s horším průběhem. Dále hrozí narušení metabolismu v kostní tkáni, či narušení metabolismu cukrů. Proto pokud je užívání kortikosteroidů nezbytné, nemělo by být dlouhodobé. Jejich užívání má význam pouze pokud je onemocnění ve své aktivní fázi, jako předcházení novému vzplanutí onemocnění nemají tyto léky vliv. Imunosupresiva tvoří další skupinu léků. Potlačují

imunitní reakci proti vlastnímu organismu. Používá se především v začátcích propukajícího zánětu, kdy je třeba jednat rychle (Gabelec, 2009).

Další možností je biologická léčba. Je používána u pacientů, u níž léčba kortikosteroidy a imunosupresivy selhala, nebo měla téměř nulovou reakci. Rozdílem je, že biologická léčba využívá přírodních látek na rozdíl od medikamentózní léčby, která využívá uměle vytvořených látek. Využívá například očkovacích látek z mrtvých či živých mikroorganismů, či přípravky vyrobené z lidské krve. Biologická léčba má úspěch především v léčbě tzv. agresivního typu Crohnovi nemoci, kdy jsou velmi časté relapsy a hrozí zde mnoho komplikací. Léčba může být použita k navození remise, či k udržení nemoci jako cyklická léčba, která trvá minimálně rok. Nejčastějším nežádoucím účinkem biologické léčby je alergická reakce v průběhu infuze, nebo pár dní po ní. Riziko alergické reakce se lékaři snaží snížit podáváním antihistaminik či kortikosteroidů. Dále mohou být k léčbě použita antibiotika či probiotika. Antibiotika se obvykle užívají 6 až 12 týdnů. Zabírají především při léčbě píštělí. Probiotika oddalují návrat zánětu do aktivní formy a prospívají střevní mikroflóře. Musí být použita probiotika jako léčba, ne ta, která se používají jako doplněk stravy (Lukáš, 2008). Většina pacientů bohužel alespoň jednou v životě zažije operační léčbu. Operace obvykle přichází ve chvíli, kdy všechny ostatní prostředky léčby selhaly. Zákrok by měl být pro pacienta co nejšetrnější. Po odstranění zasažené části střeva dochází k recidivám onemocnění v jiné části trávicí trubice až v 50 %. Při zúžení tenkého či tlustého střeva se provádí ileocekální resekce. Pacientovi je vyjmuta zúžená část střeva a na střevech se vytvoří nové spojení. Pokud je tenké střevo zasaženo mnoha krátkými zúženinami, provádí se tzv. strikturoplastika. Stenóza je podélně prořata a sešita napříč. Dojde k obnovení střevního průsvitu. Není porušeno vstřebávání živin. Dalším výkonem bývá spojení píštělí v jeden kanál. Tím se docílí jejich trvalé drenáže (Gabelec, 2009).

Léčba může být také prováděná podáváním umělé výživy, a to zejména v případě, kdy pacientův příjem potravy klasické není dostačující. Dostatečná výživa pacienta je velmi důležitá z důvodu předcházení vzniku komplikací, jako je například malnutrice neboli podvýživa. Správná výživa vede k lepším odpovědím na léčbu medikamentózní i chirurgickou. Pacienti v dobrém nutričním stavu snášejí operace lépe, zkracuje se u nich pooperační průběh a zrychluje doba hojení. Umělá výživa je vhodná i pro navození tzv.

střevního klidu. Speciální látky jsou pacientovi podávány buď do žíly (parenterálně) nebo přímo do střeva (enterálně). Pacient nic nejí, jen popíjí, nebo jsou mu látky do střeva dopravovány zvláštní sondou. Tím je výrazně sníženo zatížení střev a dochází i k snížení imunitní odpovědi organismu, protože do střev nepřichází žádné cizorodé látky (antigeny). Tato léčba není vhodná u všech, využívá se především u dětských pacientů a mladistvých, u nichž má tato léčba podobný vliv, jako podávání kortikoidů, ale má výrazně méně vedlejších účinků. U dospělých lze tuto léčbu také využít, ale jen za předpokladu, že selhala léčba pomocí kortikoidů a imunosupresiv, nebo postižený trpí syndromem krátkého střeva po častých resekcích – odstranění části střev. Jednodušší verzí léčebné výživy je výživa pomocí doplňků stravy. Pacient přijímá běžnou stravu, ale vlivem poruchy vstřebávání nemá dostatek některých látek a potřebuje je doplnit. Příkladem těchto preparátů může být Fantomalt nebo Protifar. Tyto dva preparáty neobsahují bílkoviny ani tuky, mají především doplnit nedostatečnou energetickou hodnotu. Další přípravky užívané popíjením – sipping, mají kompletní složení, a tedy obsahují sacharidy, bílkoviny, tuky, minerální látky, vitamíny i stopové prvky. Patří sem Nutridrink, Fresubin a Resource. Všechny zmíněné preparáty si může pacient zakoupit sám v lékárně a o jejich užívání by se měl poradit s lékařem (Kohout, 2009).

Vzhledem k tomu že se jedná o onemocnění trávicí trubice a především střev, je vhodné dodržovat určitá dietní doporučení. Většina pacientů samo zjistí, jaké potraviny jim dělají a jaké naopak nedělají dobře. Stejně jako u zdravých jedinců je důležité, aby byla strava plnohodnotná a pokryla všechny energetické potřeby jedince. Musí obsahovat dostatek bílkovin, sacharidů, tuků, vitamínů, minerálních látek i stopových prvků. U spousty nemocných dochází vlivem častých průjmů ke ztrátám vody, vitamínů rozpustných ve vodě (vitamíny skupiny B a C), bílkovin a elektrolytů (vápník, hořčík, draslík). Výživová doporučení se liší podle aktuální fáze onemocnění. V aktivní fázi – relapsu je často volená enterální nebo parenterální výživa, aby došlo k odlehčení střevu. Pokud je pacient schopen přijímat normální stravu, je mu předepsána bezezbytková dieta s vyloučením nerozpustné vlákniny a těžce stravitelných jídel. Jejím hlavním úkolem je zabránit vzniku podvýživy, zajistit dostatečný přísun vitamínů, minerálních látek a podpořit sliznici střeva v hojivých procesech (Kohout, 2006). Pacient by měl konzumovat lehce stravitelná jídla asi pětkrát až šestkrát denně v menších porcích. Pokrmy by měly obsahovat větší množství sacharidů, hlavně škrobů a také zvýšené množství bílkovin, vápníku, železa,

vitamínu C a vitamínů skupiny B. Vyloučit by se měla tučná jídla a uzeniny, které by mohli vést k zažívacím potížím. Celkově by však tuky být vyloučeny neměli, ale je důležité zvolit kvalitní oleje, libová masa nebo ryby. Vhodné je omezit příjem sladkých mlék a mléčných výrobků, protože v aktivní fázi je často přítomna intolerance na laktózu a sacharózu. Naopak kysané mléčné výrobky s obsahem probiotické kultury vhodné jsou. Dbát je třeba i na přípravu pokrmů. Vhodnými přípravami jsou vaření, dušení a pečení ve vodní lázni. Další zásady bezsezbytkové stravy jsou úprava do měkka, bez kůrek, bez tuhých šlach a blán na mase, ovoce a zelenina bez pečiček, zrníček, dřevnatých částí a tuhých slupek, nepoužívat dráždivá koření. Vhodnými potravinami jsou rybí, kuřecí, králíčí, telecí a krůtí maso. Bílé pečivo, bílý chléb, lépe den staré, a ne úplně čerstvé, to by mohlo nadýmat, dále například piškoty. Ovoce a zeleniny minimum, ovoce spíše kompotované, nebo jemně nastrohaná jablka. Ze zeleniny mladá mrkev nebo špenát ale tepelně upravené, čerstvé jediné v podobě šťáv. Na dochucení jsou vhodné zelené natě z petržele, pažitka nebo kopr, dále sůl, drcený kmín, vývar z česneku nebo cibule. Pitný režim by měl být okolo 2 l denně, podobně jako u zdravé populace. (Frej, 2016) Pacient v období remise, což je klidové stádium nemoci, by se měl soustředit především na to, jaké potraviny mu dělají dobře. Výživová doporučení jsou v tomto období velmi individuální, právě podle potřeb jednotlivých pacientů. Do stravy zařazujeme vlákninu a řídíme se pokyny zdravého stravování. Pokud pacient trpí stenózami, je žádoucí i v období remise dodržovat bezsezbytkovou dietu. Pacienti by se měli vyhnout konzumaci destilátů, příležitostně jsou vhodná spíše kvalitní vína a piva. (Kohout, 2006).

2. Praktická část

Po prostudování odborné literatury, jsem vytvořila soubor 24 otázek. Které jsem položila sedmi respondentům. Snažila jsem se zjistit především to, jak nemoc ovlivňuje jejich běžný život. Výsledky z rozhovorů poskytují možný náhled na to, jak byl ovlivněn život pacienta před a po určení diagnózy. Rozhovory slouží také jako porovnání běžného průběhu nemoci a toho, jak probíhala u konkrétních dotazovaných.

2.1. Cíle, výzkumné otázky praktické části

Hlavní cíl výzkumu: Zjistit, jak Crohnova choroba ovlivnila život pacientů, poté co se u nich projevila.

Dílčí cíl č. 1: Je zjistit, v čem se pacienti trpící Crohnovou chorobou cítí nejvíce omezení a jaké potraviny jim dělají největší problém.

Dílčí cíl č. 2: Je dozvědět se, co by pacienti trpící Crohnovou chorobou doporučili lidem se stejnou diagnózou, aby došlo alespoň částečně k usnadnění jejich života.

Dílčí cíl č.3: Na základě zkušeností respondentů z dotazníků vytvořit doporučení pro nově diagnostikované pacienty.

Hlavní výzkumná otázka: Jak Crohnova choroba ovlivnila života pacienta?

Výzkumná otázka č. 1: V čem vnímají pacienti s Crohnovou chorobou největší omezení? Jaké potraviny musí kvůli nemoci vyřadit z jídelníčku?

Výzkumná otázka č.2: Co by respondent doporučil pacientovi se stejnou diagnózou, aby došlo k usnadnění jeho života s nemocí?

Výzkumná otázka č.3: Co by pacient, který trpí Crohnovou chorobou minimálně rok doporučil nově diagnostikovanému pacientovi?

2.2. Metodika výzkumu

V následujícím textu je popsána metodika výstupu. Charakterizují zde blíže cílovou skupinu respondentů i výzkumný nástroj.

2.2.1. Nástroj výzkumu a popis cílové skupiny

Jako výzkumný nástroj byl použit rozhovor s respondenty. V rozhovoru byly jak otevřené, tak uzavřené otázky. Všechny rozhovory jsou anonymní, jména respondentů jsou v práci upravena. Všichni respondenti obdrželi nejprve otázky emailem, aby měli čas si odpovědi promyslet. K tomuto kroku jsem se rozhodla především proto, že většina dotazovaných trpí onemocněním delší dobu a nemuseli by si pamatovat všechny detaily léčby. Někteří z dotazovaných mi dotazník rovnou vyplnili a zaslali zpět. Z časových důvodů s některými proběhla jen online komunikace. Celkem jsem dotazovaným položila 24 otázek, které byly rozděleny do čtyř kategorií. Nejprve jsem zjišťovala obecné informace, dále situaci od prvních příznaků do diagnózy, další kategorií bylo posouzení situace po zahájení léčby a poslední kategorií byla doporučení od respondentů pro okolí.

Respondenti byli vybíráni podle několika kritérií. Člověk, jemuž jsem chtěla dotazník poslat musí trpět Crohnovou chorobou. Nesmí se jednat o čerstvě diagnostikovaného pacienta. Důležitým ukazatelem bylo, zda onemocněním trpí alespoň rok. Respondent mohl být žena i muž. Věk musel být minimálně 18 let. Maximální věk stanovený nebyl. To, zda je nemoc u respondenta v aktivní fázi či ve fázi klidové roli nehrálo. Důležitým kritériem byla také ochota vyplnit požadovaný dotazník. Rozhodující nebylo, zda má respondent čas na osobní setkání. Některé rozhovory byly provedeny online skrze emailovou konverzaci.

2.3. Výsledky rozhovorů s respondenty

V následující části bakalářské práce jsou uvedeny přepisy rozhovorů s respondenty proložené doslovnými citacemi. Nakonec jsem získala skupinu čítající sedm osob, z toho šest žen a jednoho muže. Všichni z dotazovaných jsou starší osmnácti let. Nejmladší respondentce je 23 let a nejstarší 50 let. Všichni tázaní trpí onemocněním Crohnova choroba déle než rok. Čtyři z respondentů byli lidé získaní přes společné známé. S nimi byl rozhovor proveden online, především z časových důvodů, tedy probíhala jen emailová konverzace. Na začátku každého rozhovoru je krátké shrnutí týkající se identifikačních údajů a aktuální situace respondentů. Následuje rozbor situace před určením diagnózy a popis toho, jak se nemoc vyvíjela po zahájení léčby. Stav jednotlivých respondentů je velmi rozmanitý a u každého se nemoc vyvíjela poměrně

jinak, proto se i liší délka každého rozhovoru. Poslední část je shrnutí doporučení od jednotlivých dotazovaných a jak vnímají reakce od svého okolí.

a) Rozhovor z Karlou

Rozhovor s Karlou se uskutečnil dne 3.3.2019. Karlu jsem navštívila u ní doma a společně jsme probrali každou otázku dotazníku. Dotazník trval asi hodinu a třicet dva minut.

Karle bylo v době dotazování 47 let. Nemoc ji byla diagnostikována na podzim roku 2004, ale přesný měsíc si již nevybavuje. Zajímavé je, že jako první přivedli k lékaři Karlu mimo střevní projevy. Začínala se cítit více unavená a trápily ji silné bolesti a otoky kloubů. Také měla často vysoké horečky. V současné době užívá dvakrát denně lék Pentasa sachet, který spadá do skupiny aminosalicilátů. Dále třikrát denně lék Imuran ze skupiny imunopresiv a třikrát týdně lék Acidum folicum neboli kyselinu listovou.

- Situace před léčbou:

Karlu jako první začali trápit již zmíněné mimo střevní projevy. Především časté horečky, výrazné otoky a bolesti kloubů. Vyhledala tedy proto nejprve pomoc u svého praktického lékaře, který jí bohužel léčil bez efektu. Proto se rozhodla sama vyhledat pomoc na interním oddělení v nemocnici. Vzhledem k atypickému začátku onemocnění, kdy u ní nebyly přítomny žádné typické střevní projevy, byla nejprve mylně léčena pro jiná onemocnění. Jak sama říká, prošla snad všemi vyšetřeními, která vás napadnou, kromě vyšetření střev. Několika odběry krve, rentgeny, magnetickou resonancí, CT, ECHO srdce, gynekologické a zubní vyšetření. Následně byla zaléčena antibiotiky Klacid a po ustoupení vysokých teplot a bolestí kloubů, byla z nemocnice propuštěna domů bez přesné diagnózy. O půl roku později se však obtíže vyskytly znovu, a navíc se tentokrát přidaly silné průjmy. Lékaři bohužel opět neučinili správnou diagnózu, ale naštěstí Karlu alespoň hospitalizovali. Bohužel totiž došlo ke zhoršení zdravotního stavu a perforaci tlustého střeva. Z tohoto důvodu musela být provedena resekce velké části tlustého střeva. Po operaci následovala správná diagnóza a sice tedy Crohnova choroba.

- Situace po zahájení léčby:

Vzhledem k tomu, že diagnóza nebyla stanovena hned, došlo u Karly k úbytku váhy. Ta se jí však po zahájení správné léčby vrátila a nyní se i onemocnění dostalo do klidové fáze. V roce 2014 se navrátily občasné bolesti břicha a nemoc se opět projevila, ale došlo alespoň k vymizení mimo střevních projevů. Od roku 2007 až do roku 2014 neužívala Karla žádné léky. Po opětovném propuknutí onemocnění začala znovu užívat stejné léky jako po diagnóze v roce 2004. V letech 2016 a 2017 byla Karle podávána biologická léčba Remicade a Humira, která musela být bohužel ukončena z důvodu vedlejších účinků jako jsou horečky a bolesti kloubů. V roce 2018 byly Karle do střev vpraveny kmenové buňky zdravého dárce. Jednalo se o výzkumný projekt, který měl pozitivní efekt. V současné době je nemoc v neaktivním stádiu a Karla má podle svých slov pocit, že léčba je dostatečně účinná. Řeší teď problémy s únavou v důsledku nedostatečného vstřebávání vitamínů. Její gastroenterolog jí doporučil užívání vitamínových doplňků. K němu Karla dochází na kontrolu každé tři měsíce. Dále jednou za dva měsíce navštěvuje chirurga z výzkumu a jednou za dva roky dochází do osteocentra a je u ní prováděna kontrolní kolonoskopie.

- Omezení onemocněním:

Jako největší omezení považuje Karla časté návštěvy lékařů. Kvůli tomu musí často svůj program plánovat dlouho dopředu. Také byla poměrně často hospitalizována, což také velmi zasáhlo do jejího osobního života. Dále je pro ni problémem častá únava způsobená špatným vstřebáváním vitamínů. Kvůli svému onemocnění byla nucená nechat svého zaměstnání a odejít do invalidního důchodu. Karla uvedla, že ani před onemocněním nebyla zvyklá příliš často cestovat nebo aktivně sportovat, proto v těchto oblastech omezení nepocítuje. S konkrétními potravinami problém nemá, ale celkově se snaží jíst zdravě a vyhýbá se velmi ostrým a kořeněným jídlům.

- Tipy pro okolí:

Karla vnímá, že někteří lidé v jejím okolí ji litují a snaží se jí připomínat, čím si musela ona i její rodina projít. To jí často přináší pocit viny a je jí takové chování nepříjemné. Novým pacientům by doporučila především získávat si informace z různých zdrojů, nebát se ptát, když něco není jasné a nemít strach vyhledat pomoc jiného lékaře. Diskutovat o

nových možnostech léčby, nenechat se odbýt jen jedním možným řešením, protože způsobů léčby Crohnovy choroby stále přibývá.

b) Rozhovor s Romanou

Rozhovor s Romanou byl vzhledem k jejímu časovému vytížení v práci proveden skrze emailovou konverzaci. Otázky k rozhovoru jsem poskytla 5.3.2019 a již 8.3.2019 mi byly vyplněné vráceny.

Romaně je v současné době 47 let a pracuje na městském úřadě. Nemoc jí byla diagnostikována v roce 2015, Romana tedy trpí tímto onemocněním necelé čtyři roky. K lékaři ji přivedli poměrně typické příznaky, jako jsou bolesti břicha, častá a řídká stolice, příměs krve ve stolici a křeče v oblasti střev. V současnosti Romana užívá dvakrát denně lék Pentasa sachet ze skupiny aminosalicylátů. Jednou denně užívá lék Controloc, který snižuje produkci kyselin v žaludku. Při akutních obtížích užívá čípky.

- Situace před léčbou:

Romanu jako první začaly trápit poměrně časté příznaky pro Crohnovu chorobu typické. Byly jimi velmi častá, průjmovitá stolice a silné křečovitě bolesti břicha. Také se o něco snížila její váha. Vzhledem k tomu, že správné diagnózy se od svého praktického lékaře nedočkala, rozhodla se Romana sama vyhledat odbornou pomoc gastroenterologa. Ten nechal Romaně provést odběry krve, magnetickou resonanci, kolonoskopii a gastroskopii a došel poměrně rychle k závěru, že se jedná právě o Crohnovu chorobu.

- Situace po zahájení léčby:

Nyní Romana hodnotí svoje onemocnění jako v poměrně klidové fázi. V případě dietní chyby se však nemoc projeví křečemi do břicha a průjmem, proto si Romana musí velmi hlídat svůj jídelníček. Váha se vlivem léčby Romaně nevrátila, dokonce ještě o dalších pár kilo zhubla. Již od diagnózy užívá stejnou léčbu a má pocit, že je dostatečně účinná, jelikož došlo ke snížení všech projevů nemoci. Z mimo střevních projevů Romanu trápí časté bolesti kloubů. Vedlejší účinky léčby Romana nevnímá a nyní navštěvuje svého gastroenterologa přibližně třikrát ročně.

- Omezení onemocněním:

Romana se nejvíce cítí omezená co se týče stravování. Nejvíce jí prý chybí, že nemůže pít kávu a jíst různé pochutiny, které jí nedělají dobře. Jak však sama říká, na všechno už si postupně zvykla. Aktivní sportovkyní nikdy nebyla, takže v tomhle ohledu omezení nevnímá. Co se týče cestování, musí si i na cestách hlídat svůj jídelníček, a tak nemůže příliš zkoušet nové věci. Největší změna je u ní především při nákupu potravin, kdy musí pečlivě pročítat složení a nakupovat s rozvahou. Mezi potraviny, které jí nedělají dobře patří čerstvé ovoce, především bobuloviny a peckoviny. Dále jí vadí celozrnné pečivo, luštěniny a tučná jídla. Kvůli onemocnění se u ní objevila laktózová intolerance, tudíž i tyto potraviny musela omezit.

- Tipy pro okolí:

Romana si myslí, že pro nově diagnostikované pacienty je nejdůležitější komunikace s lékaři a zjišťování si informací. Nevzít v úvahu jen jedinou nabízenou variantu léčby, ale diskutovat o různých možnostech. Změnu ve svém okolí zaznamenala, ale vnímá jí spíše kladně. Říká, že lidé se spíše bojí, aby jí nějakou potravinou neublížili, a tak se více zajímají o její jídelníček.

c) Rozhovor s Václavem

Václav je jediným dotazovaným mužem. Rozhovor s Václavem proběhl 4.3.2019 u něj doma. Rozhovor trval asi hodinu a dvacet osm minut.

V době dotazování bylo Václavovi 47 let. Nemoc mu byla diagnostikována v listopadu roku 2007. Crohnovou chorobou tedy Václav trpí už 12 let. K lékaři Václava přivedly bolesti břicha a časté průjemité stolice. V současné době užívá každé ráno jednu tabletu léku Rapoxol, který snižuje tvorbu kyseliny žaludku. Dále každých šest týdnů dostává biologickou léčbu REMSIMA. Václav trpí současně Bechtěrevovou chorobou, která mu byla diagnostikována v roce 2006. Sám mě proto upozornil, že některá léčba se prolíná pro obě jeho onemocnění.

- Situace před léčbou:

Václava k lékaři přivedli bolesti břicha a časté průjmy. Ke gastroenterologovi ho poslala jeho revmatoložka, u které je léčen s Bechtěrevovou chorobou. Václav prošel klasickými

vyšetřeními jako je odběr krve, kolonoskopie a enteroklýza. Kolonoskopie potvrdila postižení terminálního ilea a enteroklýza též ukazuje na zánětlivé pochody ve střevní stěně. Verdikt lékařů byl tedy poměrně jasný a sice, že se jedná právě o Crohnovu chorobu.

- Situace po zahájení léčby:

Václav říká, že nemoc je v současné době v klidové fázi, přesto ho trápí časté stolice, většinou i průjmovité. Ke zmírnění projevů však došlo, a proto současnou léčbu považuje za dostatečně účinnou. Dochází tedy každých šest týdnů na dávku biologické léčby REMSIMA, která je mu současně i léčbou pro Bechtěrevovu chorobu. Od zahájení biologické léčby přibral Václav na své váze asi o tři kilogramy. Říká, že během celé doby, co s nemocí bojuje, váhu neztrácel, spíše naopak. Po diagnóze přestal s kouřením, tudíž i v důsledku toho přibral. Od diagnózy do dneška se Václavovi několikrát změnila léčba. Od roku 2007 užíval léky Entocort a Asacol, což jsou léky s protizánětlivým účinkem a bral je třikrát denně. V prosinci 2007 mu navíc přibyl lék Budenofalk ze skupiny kortikoidů. Ten mu však byl v roce 2009 vysazen z důvodu vedlejších účinků. Od roku 2014 do zahájení biologické léčby v roce 2017 užíval léky Sulfasalazin a Ortanol. Vysazení neproběhlo ze dne na den, ale postupným snižováním dávek. Václava dříve často trápily mimo střevní projevy nemoci, především oční záněty, bolesti kloubů a zubů, které však díky léčbě prakticky úplně vymizely. Vedlejším účinkem léčby je únava bezprostředně po aplikaci dávky, která obvykle vymizí asi do dvou dní. Nyní Václav navštěvuje každých šest týdnů revmatologický ústav, kde je mu podávána biologická léčba a jsou mu prováděny kontrolní odběry krve. Dále dochází asi jednou za čtvrt roku ke svému gastroenterologovi, někdy podle potřeby i častěji.

- Omezení onemocněním:

Jako největší omezení onemocněním vnímá především z hlediska času. Každých šest týdnů musí docházet na podání dávky biologické léčby a každé tři měsíce na kontrolu ke gastroenterologovi. Dále cítí omezení ráno, kdy stráví na toaletě mnohem více času než dříve. Kvůli nemoci musel změnit pracovní zařazení, říká, že předchozí práce pro něj byla fyzicky moc náročná, takže ji už nebyl schopen zvládat. Kvůli nemoci mu byl přiznán částečný invalidní důchod. Také cestování musí uzpůsobit vzhledem k dostupnosti toalet

a testování nových pokrmů se také raději vyhýbá. V počátečních fázích onemocnění u Václava vznikla laktózová intolerance, která se zlepšením choroby vymizela. Nyní mu vadí především tučná, smažená jídla, ovoce obsahující pečičky a jádérka, či tuhé slupky. Velmi špatně snáší tvrdý alkohol, který mu dříve problémy nedělal.

- Doporučení pro okolí:

Nově diagnostikovaným pacientům by Václav doporučil, aby neporušovali moc často dietu. Tělo si prohrěšků ve stravě všimne téměř okamžitě, a to se nikomu nevyplatí riskovat. Změnu ve svém okolí vnímá spíše pozitivně. Přátele, kteří o jeho nemoci vědí, mu prý už nevnucují panáky tvrdého alkoholu jako tomu bylo dříve.

d) Rozhovor s Klárou

S Klárou jsem se seznámila přes společné známé a velmi mě zaujaly její stravovací návyky. Po krátkém rozhovoru přiznala, že se nevyhýbá některým potravinám jen tak, ale z důvodu že trpí právě Crohnovou chorobou. Rozhovor s Klárou proběhl 10.3.2019 v kavárně v Českých Budějovicích. Klára pochází z jednovaječných dvojčat, ale její sestra podobnou nemocí netrpí.

V době dotazování bylo Kláře 23 let. Nemoc jí byla diagnostikována v roce 2014. Klára tedy onemocněním trpí pět let. K lékaři ji dovedlo celkové neprospívání a chudokrevnost. Často trpěla průjmy a příměsemi krve ve stolici, vše doprovázely křečovitě bolesti břicha. Své onemocnění se rozhodla léčit sama především přes stravu.

- Situace před léčbou:

Klára říká, že už od mala byla vždy velmi hubená a celkově moc neprospívala. Několikrát navštívila lékaře, kde ji byla diagnostikována chudokrevnost. Až v roce 2014, kdy ji začaly trápit střevní problémy, jako jsou časté průjmy a přítomnost krve ve stolici vyhledala svého praktického lékaře pro podezření na nějaké střevní onemocnění. Praktický lékař ji odeslal k odborníkovi na gastroenterologii, kde Klára prošla vyšetřeními, jako jsou odběry krve, sono břicha, gastroskopie, kolonoskopie a magnetická rezonance. Verdikt byl po vyšetřeních jasný a sice, že Klára trpí Crohnovou chorobou.

- Situace po zahájení léčby:

V roce 2014 po diagnóze byla Kláře nasazena léčba v podobě léků Pentaza sachet (lék s protizánětlivým účinkem), Budenofalk (lék ze skupiny kortikoidů) a Maltofer forte (suplement železa). Po léčbě kortikoidu se jí mírně zvýšila váha a ani po vysazení kila neztratila. Mimo střevní projevy ji nikdy netrápily a ani po zahájení léčby tomu není jinak. V současné době užívá jen probiotika a pomocí doplňků stravy dodává svému tělu vitamíny a železo. Jak již bylo řečeno, snaží se se svou nemocí bojovat prostřednictvím zdravé stravy. Vyhýbá se lepku, mléčným výrobkům a bílému cukru, ne však striktně. V poslední době také přešla na vegetariánskou stravu. Pozoruje zlepšení příznaků nemoci, už ji netrápí tak časté bolesti břicha, ani krev ve stolici. Stále však pociťuje zvýšenou únavu a občasnou citlivost na potraviny.

- Omezení onemocněním:

Nemoc jí unavuje především častou únavou a citlivostí na některé potraviny. Říká, že ji nemoc neznemožňuje cestování, ani sport, ale pokud se někde vydá, musí si pečlivě hlídat jídelníček a nemůže příliš zkusit nové potraviny. Některým potravinám se vyhýbá spíše preventivně. Dobře jí nedělá lepek, luštěniny a větší množství syrové zeleniny.

- Doporučení pro okolí:

Pacientům by doporučila sebevzdělávání se v možnostech léčby. Dále jako velmi pozitivní vnímá vyhledávání si podobných příběhů a srovnávání co lze dělat jinak nebo lépe. Důležité je také dbát na stravu a léčba skrze změnu v myšlení. Ve svém okolí vnímá negativní změnu v chování některých známých, kteří se k ní chovají opatrněji. Jako pozitivní bere přizpůsobování pokrmů, tak aby ji vyhovovaly.

e) Rozhovor s Miladou

Rozhovor s Miladou proběhl skrze emailovou konverzaci 15.3.2019.

V době konání rozhovoru bylo Miladě 50 let. Onemocněním trpí již od roku 1989. Nemocí trpí už 30 let. Prošla si tedy mnoha způsoby léčby a několika operacemi.

V současné době užívá biologickou léčbu Imraldi, vitamín B12, kolitické léky připravené na míru, Vigantrol a nutridrinky, pro doplnění živin.

- Situace před léčbou:

Vzhledem k tomu, že Milada trpí onemocněním již od roku 1989 a o nemoci se toho v té době nevědělo zdaleka tolik co dnes, trvala přesná diagnóza skoro dva roky. První příznaky, které Milada zaznamenala byly totiž hnisavé praskající vřídky v obličeji, dále bolesti dolních končetin, bolestivé a zarudlé boule na nohou, teploty, krev a hleny ve stolici, křeče v břiše, pohmatová citlivost břicha a teploty. Tím, že lékař, který Miladu diagnostikoval, neměl pravděpodobně v té době dostatek informací, chybně Miladě určil jako onemocnění silné Acne vulgaris. S tím že trpí touto chorobou a v těle má přítomný zánět byla také odeslána do nemocnice, kde na kožním strávila tři měsíce. O toto onemocnění se však nejednalo. Z kožního oddělení byla Milada odeslána na internu, kde se domnívali, že má zanícené mandle a následovalo chirurgické odstranění mandlí. Na tomto oddělení následovala ještě jedna operace a sice odstranění apendixu. Při tomto zákroku, lékaři poznali, že se jedná právě o Crohnovu chorobu. Milada však byla propuštěna domů bez jakýchkoliv informací o tom co je to za nemoc a jak se chovat, aby nedošlo ke zhoršení. Nevhodnou stravou si bohužel přivodila akutní vzplanutí nemoci, a tak byla hned následující den po propuštění opět sanitkou převezena do nemocnice. Až tehdy jí v nemocnici odeslali na gastroenterologii, kde jí vysvětlili, o jakou nemoc se jedná a jak se má chovat. V průběhu let podstoupila několik vyšetření, která se neustále opakují. Jedná se o kontrolní odběry krve, kolonoskopii, gastroskopii, endoskopickou biopsii, magnetickou rezonanci, CT, jednou za čtvrt roku vyšetření stolice. Dále prošla rektoskopií, balonovou enteroskopií, kapslovou endoskopií a endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografií. V průběhu onemocnění se Miladě neustále měnila váha, nejméně vážila 45 kg, to bylo před první operací v roce 1993. Váha kolísá podle akutního zhoršení, vždy mezi 63 až 68 kg.

- Situace po zahájení léčby:

Milada trpí chorobou už 30 let, proto se léčba neustále měnila. Několikrát podstoupila operaci a sice v roce 1989, kdy jí byl odstraněn apendix vermiformis a zároveň diagnostikovaná Crohnova choroba, dále v roce 1993 postoupila ileocekální resekci, kdy

ji byla odstraněna část tenkého a část tlustého střeva. Kvůli zánětu ji byl v roce 1998 operován žlučník a v roce 2006 podstoupila operaci abscesu a byla jí provedena resekce v místě ileocekální anastomózy. Od roku 1989 do roku 2010 užívala léky Entocort, Salofalk, Farlecit a vitamín B12. Helicid, kolitický lék, Prednison. Dále spoustu různých léků, na které u ní vznikla nesnášenlivost a museli být nahrazeny léky jinými. Léky užívala od nejvyšších dávek až téměř po vysazení, podle toho, v jaké fázi se nemoc nacházela. Užívala například léky Imuran, Budenofalk, Pentasa, Sulfasalazin, Medrol, Cardilan, Imodium a různá probiotika, nebo kombinaci pěti druhů antibiotik. V letech 2011 až 2012 dostávala nitrožilně lék Remicade. Kvůli bolestem kloubů byla však tato léčba přerušena a Milada byla zařazena do studie Milénium lék v centu IBD Centrum / ISCARE IVF a.s. V roce 2013 užívala léky Prednison, Emanera, Caltrate, Kalnormin, Metotrexal k tomu kyselinu listovou a vitamín B12 jednou měsíčně. Od roku 2014 do června roku 2016 se účastnila dobrovolné studie, při kterém probíhalo randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované klinické hodnocení bezpečnosti, snášenlivosti a účinnosti přípravku AMG 181 při léčbě pacientů se středně těžkou až těžkou formou Crohnovy nemoci. V listopadu se nemoc bohužel dostala do akutní fáze a musela přejít na léčbu léky Prednison, Emanera, Caltrate, Kalmormin, Ciprinol, Entizol a Enterol. Od června 2016 došlo opět ke změně léčby, a to na Metotrexát, kyselinu listovou, Emanera, Degan, vitamín B12 jednou měsíčně, při nevolnosti Ondansetron teva. Tento lék byl pro vedlejší účinky vysazen a byl vyměněn za lék Humira. V roce 2018 byla přerušena léčba lékem Vamosan, opět pro nežádoucí účinky. Nahradily ho kolitické léky na míru připravené a kapky Viganrol. Od roku 2018 do dnes doplňková léčba resource proteinem (nutridrinky) do celkového kalorického příjmu 2000 - 2200Kcal. V prosinci 2018 ukončena léčba lékem Metotrexát pro špatné jaterní testy. Od roku 2019 léčba Humirou nahrazena lékem Imraldi, aplikace probíhá jednou týdně. Jednou za měsíc je podáván do svalu vitamín B12, dále trvá užívání na míru připravených kolitických léků a užívání kapek Viganrol. Miladě se nemoc přesunula z tlustého střeva na tenké. Proto se změnily i příznaky. Nyní jí trápí především časté stolice, někdy hleny a příměsi krve ve stolici, únava, plynatost, bolesti břicha a pocit neustálého bublání ve střevech především po jídle. Dříve jí z mimo střevních projevů trápily především silné bolesti kloubů, v této oblasti pozoruje Milada zlepšení. Novou léčbu má poměrně krátce, proto zatím nedokáže říct, zda je dostatečně účinná, ale domnívá se, že ano. Ani žádné vedlejší účinky léčby nyní

nepocituje a jak sama říká, je velmi ráda, že to vypadá, že se konečně vše ustálilo, a to i její váha. Už několik let se drží na 67 kilogramech.

- Omezení onemocněním:

Milada cítí omezení onemocněním hned v několika směrech. Musela přestat vykonávat práci, kterou dříve dělala, nemůže cestovat kdykoliv se jí zachce, ale musí vycílit moment, kdy nemoc není příliš aktivní a také nemůže sportovat. Často je velmi unavená, takže potřebuje odpočívat. Lékaře navštěvuje každé dva měsíce, takže i to ji z časového hlediska omezuje. Veškeré jídlo si připravuje doma sama, peče si i vlastní pečivo. Ve stravě si nemůže dovolit žádné experimenty a musí neustále dodržovat přísnou bezlepkovou dietu. Nemůže nic dráždivého, takže žádná pálivá koření a nadýmavá jídla. Velmi často se u ní objevuje laktózová intolerance.

- Doporučení pro okolí:

Všem by doporučila, aby pokud ve stolici objeví příměsí krve, okamžitě vyhledali pomoc lékaře. Pacientům s Crohnovou chorobou doporučuje, aby se zaměřili na zjišťování si možností léčby. Chirurgická léčba nemusí být vždy nutná, někdy může pomoci i popíjení tekuté výživy tzv. sipping resource. Ve svém okolí se shledala s pár negativními reakcemi. Někteří lidé v jejím okolí její onemocnění neznají a mají pocit, že se za něco schovává a nic jí není.

f) Rozhovor s Barborou

Na Barboru jsem dostala kontakt od společné známé, rozhovor proběhl online přes emailovou konverzaci dne 19.3.2019.

Barboře je v době konání rozhovoru 30 let. Nemoc jí byla diagnostikovaná, když jí bylo 21 let, ale přesné datum už si nepamatuje. Onemocnění ji provází tedy už asi osm let. V současné době už je dlouhou dobu v remisi a neužívá tedy ani žádné léky.

- Situace před zahájením léčby:

Prvotními příznaky, které Barboru přivedly k lékaři byly vysoké teploty a střídání zácpy a průjmu. Váha se jí nijak výrazně neměnila. Nejprve navštívila svého praktického lékaře, který jí odeslal do nemocnice, kde jí hospitalizovali na interním oddělení. Než se dostala na gastroenterologii prošla řadou vyšetření. U praktického lékaře jí byly provedeny krevní testy a test z moči, dále podstoupila gynekologické vyšetření včetně sona, EKG. Poté byla

odeslána na gastroenterologii, kde ji provedli kolonoskopii a CT. Na základě těchto vyšetření a rodinné anamnézy jí byla sestavena diagnóza – Crohnova choroba.

- Situace po zahájení léčby:

Nyní je Barbora naprosto bez léků a nemoc se už několik let vůbec neprojevila. Po diagnóze užívala Barbora nějakou dobu léky ze skupiny kortikoidů, ale jaké přesně už si nevzpomíná. Dále brala léky, které tlumily vedlejší účinky kortikoidů. Po léčích přibrala, ale po jejich vysazení se jí vrátila její váha zpět. Nejhorší projevy nemoci zažila během dvou akutních vzplanutí. Nyní jí trápí jen občasné bolesti břicha a nadýmání. Z mimo střevních projevů trápí Barboru zvýšené akné, speciální dermatologickou léčbu však nepotřebuje. Vzhledem k tomu, že je Barbora již několik let bez příznaků, pravidelně k lékaři nechodí.

- Omezení onemocněním:

Kvůli onemocněním, musela Barbora omezit některé potraviny a naučit se lépe pracovat se stresem. Stresu se nyní snaží striktně vyhýbat. Časem zjistila, které potraviny ji nedělají dobře a v jídelníčku se jim nyní vyhýbá. Patří sem například běžné pečivo, syrová zelenina a velké množství ovoce, mléčné výrobky, cukrovinky, červené maso ve větším množství, kofein a alkohol. V rámci cestování a sportování omezení necítí.

- Doporučení pro okolí:

Barbora říká, že nejdůležitější je pro všechny, nejen pro pacienty s Crohnovou chorobou, dodržovat zdravý životní styl a dbát na svoji psychiku. Změny v chování lidí ve svém okolí si nevšimla.

g) Rozhovor s Kamilou

Rozhovor s Kamilou proběhl online skrze konverzaci na sociální síti a skrze emaily. Konverzace proběhla 22.3.2019.

V době konání rozhovoru bylo Kamile 25 let. Nemoc jí byla diagnostikována, když jí bylo 18 let. Onemocněním trpí tedy už sedm let. K lékaři jí přivedly vysoké teploty, bolesti břicha a častý průjem. Prošla řadou vyšetření, po kterých byla diagnóza jasná a sice, že se jedná o Crohnovu chorobu.

- Situace před zahájením léčby:

Jak je zmíněno výše, Kamilu přivedly k lékaři časté bolesti břicha, průjemovitá stolice a zvýšené teploty. Také o něco zhubla. Po neúspěchu u svého praktického lékaře, vyhledala

sama odborníka. Na gastroenterologii jí byla provedena kolonoskopie, gastroskopie, CT, magnetická rezonance a také odběr vzorků neboli biopsie.

- Situace po zahájení léčby:

Kamile byla nasazena léčba v podobě léků Prednison, Pentaza, helicid, sorbifer durules, lactobacilus, smecta, imuran. Léčba byla dostatečně účinná, a tak je Kamila v současné době v remisi. Nyní užívá jen lék Pentaza. Díky léčbě se jí taky vrátila její původní váha. Kamilu dříve často trápily mimo střevní projevy, především záněty kloubů a záněty očí, které vedly ke zhoršení zraku. K lékaři nyní dochází jednou za půl roku.

- Omezení onemocněním:

Kamila cítí největší omezení co se týče stravy. Musela výrazně změnit svůj jídelníček a nemůže si dovolit výrazné experimenty. Omezení cítí i co se týče cestování, protože vždy potřebuje, aby byla v blízkosti toaleta. Se sportem to vnímá spíše naopak. Kvůli nemoci začala žít zdravěji, a i více sportovat. Problém má se smaženými pokrmy, čerstvou cibulí a mandarinkami. Tyto potraviny tedy musela ze své diety vyloučit.

- Doporučení pro okolí:

Pacientům by doporučila především pečovat o svoje tělo a zdraví. Naučit se pracovat se stresem a dodržovat zdravý životní styl. Také se nestydět využít výhod které nabízí členství ve spolku pro pacienty s IBD – možnost získat kartu k WC, která umožní pacientům vstup na veřejné i neveřejné toalety. Změnu ve svém okolí Kamila nevnímá.

2.4. Diskuze, komparace dat a doporučení

V následující části uvádím tabulku s krátkým přehledem toho, co vyplývá z výzkumu.

Dále porovnání rozhovorů s respondenty a doporučení, která z výzkumu vyplívají.

Tabulka s porovnáním výsledků výzkumu

Respondent:	věk	Rok diagnózy	Současná léčba	Změna váhy před zahájením léčby	Změna váhy po zahájení léčby	Mimo střevní projevy	Je léčba účinná?	Vedlejší účinky léčby	Nějaká omezení	Omezení ve sportu	Omezení při cestování
Karla	47	2004	Pentasa sachet, Imuran, Kyselina listová	Ano zhubla	Ano	Ano záněty kloubů	Ano	Ano únava	Ano invalidní důchod	Ne	Ano
Romana	47	2015	Pentasa sachet, Controloc	Ano zhubla	Ne ještě zhubla	Ano záněty kloubů	Ano	Ne	Ano změna jídelníčku	Ne	Ano
Václav	50	2007	BL REMSIMA, Rapoxol	Ano přibral	Ne ještě přibral	Ano záněty očí a kloubů	Ano	Ano vyšší hmotnost	Ano změna zaměstnání	Ne	Ne
Klára	23	2014	Probiotika a vitamíny	Ano přibrala	Ne	Ne	Ano	Ne	Ano únava	Ne	Ano
Milada	50	1989	BL Imraldi, vit. B12, Kolitické léky, Vigantról, Sipping resource	Ano zhubla	Ano	Ano záněty kloubů	Ano	Ne	Ano únava změna zaměstnání a stravy	Ano	Ano
Barbora	30	2002	Nyní bez léků	Ne	Ne	Ano akné	Ano (nyní bez léků)	Ne	Ano únava	Ne	Ne
Kamila	25	2002	Pentasa sachet	Ano zhubla	Ano	Ano záněty očí a kloubů	Ano	Ne	Ano změna stravy	Ne	Ano

Z výzkumu vyplývá, že onemocnění postihuje obě pohlaví. Jak muže, tak ženy. Z výzkumu nelze předpokládat, které pohlaví ohrožuje více, protože výsledek by byl zkreslený. Odborná literatura se shoduje na tom, že obě pohlaví jsou ohrožena stejně, jistou roli hraje dědičnost (Červenková, 2009). Rozhovor byl proveden se známými, nebo s lidmi, se kterými mám společné známé. Jistě však můžeme říct, že z respondentů nejdéle trpí onemocněním Milada. Nejkratší doba od diagnózy uběhla naopak u Romany.

Výzkum poukázal na to, že hubnutí nemusí patřit mezi první příznaky onemocnění. Ač obvykle bývá prvním signálem, jak udává Kohout (2006). Klára pozorovala nárůst váhy těsně v době před diagnózou. Václav přestal brzy po diagnóze s kouřením a přibral okolo 10 kg. Není si tedy jist, zda to bylo v důsledku zahájení léčby, nebo v důsledku zanechání kouření. Jediné respondentce, které se váha neměnila je Barbora. Ostatní respondentky zhubly. Po zahájení léčby se váha vrátila Karle, Kamile a Miladě. Romaně se váha nejen nevrátila, ale ještě více zhubla. Václav a Barbora po zahájení léčby přibrali. První projevy jsou u pěti respondentů velmi podobné, a to sice bolesti břicha, průjemy, příměsí krve a hleny ve stolici. Tyto projevy jsou typické i z definice onemocnění (Červenková, 2009). Výjimkou je Milada, kterou sice trápily i bolesti břicha, ale výraznějším projevem byly vřidky v obličeji a silné bolesti kloubů. Stejně tak Karla, tu prvotně k lékaři přivedly otoky a bolesti kloubů a horečka. Nemoc se tedy poprvé projevila výrazněji mimo střevními projevy. Nejčastějším mimo střevním projevem mezi respondenty jsou záněty kloubů. Tímto projevem trpí pět ze sedmi respondentů a sice Karla, Václav, Milada, Romana a Kamila. Václava a Kamilu navíc trápily záněty očí. U Barbory se objevilo akné. Jediná respondentka, která mimo střevními projevy netrpí a netrpěla je Klára. Mimo střevní projevy jsou přítomny u pacientů jak ve fázi klidové, tak v aktivní. Toto zjištění z dotazníků podporuje i odborná literatura, jak udává Hehlmann (2010). V této literatuře se také dočteme, že právě záněty kloubů a očí jsou u pacientů s Crohnovou chorobou přítomny nejčastěji. S žádnými neobvyklými projevy nemoci jsem se u respondentů nesešla, nemoc u někoho začala mírně netypicky a sice mimo střevními projevy. Avšak celkově se od projevů popsaných v odborné literatuře neliší.

Vyšetření, kterými dotazovaní prošli, jsou vesměs shodná. Všichni absolvovali odběry krve, kolonoskopii, gastrokopii a magnetickou rezonanci. Dále u některých CT, sono a biopsie. Chybně byla nejprve diagnostikovaná Milada. Nejdříve sama navštívila svého

praktického lékaře, ale správná diagnóza jí byla sdělena až po několika měsíční hospitalizaci a operaci apendixu. Právě zánět apendixu, je nejčastěji zaměňovaná diagnóza s prvním akutním vzplanutím nemoci, dle Kohouta (2006). Václav byl ke gastroenterologovi odeslán svou revmatoložkou, která ho léčila s Bechtěrevovou chorobou. Karla několikrát navštívila svého praktického lékaře, ale protože návštěvy u něj považovala za neúspěšné, obrátila se sama na interní oddělení v nemocnici, odkud byla později odeslána na gastroenterologii. Sama vyhledala odborného lékaře i Romana a Barbora, protože měly pocit, že praktický lékař jim nepomohl. Kamila s Klárou nejprve navštívily svého praktického lékaře, který je správně poslal k odborníkovi.

Všichni respondenti považují svou současnou léčbu za účinnou. Barbora je nyní zcela bez léků. Klára suplementuje železo a užívá probiotika. Všechny respondentky, užívaly alespoň nějakou dobu lék Pentasa sachet. Václav ji neužíval. V jejím užívání nadále pokračuje Karla, Kamila a Romana. Biologickou léčbu současně dostává Milada a Václav. Karla dále suplementuje kyselinu listovou a užívá lék Imuran. Romana má kromě Pentasy předepsaný ještě lék Controloc. Ten má podobný účinek jako lék Rapoxol, který užívá Václav. Milada dostává kromě biologické léčby ještě speciálně připravené kolitické léky, kapky Viganrol, suplementuje vitamín B12 a k doplnění živin užívá sipping Resource (Nutridrinky). Vedlejší účinky léčby pociťují dva respondenti a sice Karla a Václav. Karlu trápí častá únava a nedostatečné vstřebávání vitamínů. Václava bezprostředně po podání biologické léčby trápí taktéž únava. Navíc vlivem změny léčby přibral.

Současně jsou všichni z dotazovaných v období remise, tedy v klidové fázi onemocnění. Přesto je občas trápí bolesti břicha, průjemy, nadýmání a únava.

Nějaké omezení z důvodu onemocnění pociťují všichni dotazovaní. Nejvíce je omezují časté návštěvy lékaře a projevy onemocnění i v klidové fázi. Z důvodů nemoci musely Milada a Karla opustit své zaměstnání a jsou v invalidním důchodu. Václav musel změnit pracovní zařazení. Další nejčastěji jmenovanou změnou, kterou museli všichni dotazovaní učinit, je změna jídelníčku. Pro některé z dotazovaných byla tato změna výraznější a omezuje je tedy více, například Miladu. Někteří to vnímají, jako přechod ke zdravějšímu způsobu stravování, to se týká především Kláry. Omezení v oblasti sportu

přinesla nemoc jen Miladě. Ta musela sport ze svého života úplně vyřadit. V rámci cestování se cítí omezená Romana, Milada, Klára, Kamila a Václav. Uvádají, že je pro ně nutné vychytat klidový stav onemocnění, blízkost toalet a nemůžou si dovolit zkoušení nových jídel.

V následujícím textu uvádím vyhodnocení stanovených cílů práce.

Dílčí cíl č. 1: Je zjistit, v čem se pacienti trpící Crohnovou chorobou cítí nejvíce omezení a jaké potraviny jim dělají největší problém.

Výzkumná otázka č. 1: V čem vnímají pacienti s Crohnovou chorobou největší omezení? Jaké potraviny musí kvůli nemoci vyřadit z jídelníčku?

Nejvíce omezení se všichni dotazovaní cítí právě z pohledu stravy. Jídelníček museli onemocnění přizpůsobit všichni. Nejčastěji jmenované potraviny jako problémové byly mléčné výrobky, lepek, syrová zelenina, ovoce obsahující zrníčka a slupky, tučná a smažená jídla. Další omezení, na která mě respondenti upozornily, je nutná neustálá blízkost toalet, časté návštěvy lékaře a pravidelně přítomná únava. Jedna z respondentek musela úplně vyřadit sport ze svého života, což jí velmi mrzí.

Dílčí cíl č. 2: Je dozvědět se, co by pacienti trpící Crohnovou chorobou doporučili lidem se stejnou diagnózou, aby došlo alespoň částečně k usnadnění jejich života.

Výzkumná otázka č.2: Co by respondent doporučil pacientovi se stejnou diagnózou, aby došlo k usnadnění jeho života s nemocí?

Všichni respondenti se shodli na tom, že člověk je ve všech ohledech velmi individuální bytost, a proto i nemoc se u každého projevuje jinak. Každé tělo reaguje jinak jak na léčbu, tak v souvislosti se stravou. Doporučení se shodují v tom, že člověk si sám musí vyzkoušet, co mu bude vadit a co naopak ne. Většina respondentů říká, že nejhorší pro ně byl začátek onemocnění, kdy pro ně bylo vše nové a neměli žádné zkušenosti s tím, jak bude jejich tělo na novou situaci reagovat. Doporučení, která by si pacienti navzájem dali, byla diskutovat s lékaři, pokud léčba z nějakého důvodu nevyhovuje, dbát na jídelníček a poslouchat svoje tělo a nevystavovat ho nadměrnému stresu.

Dílčí cíl č.3: Na základě zkušeností respondentů z dotazníků vytvořit doporučení pro nově diagnostikované pacienty.

Výzkumná otázka č.3: Co by pacient, který trpí Crohnovou chorobou minimálně rok doporučil podle svých zkušeností nově diagnostikovanému pacientovi?

Na doporučeních, pro nově diagnostikované pacienty se většina respondentů v podstatě shoduje. Následuje pár bodů, které jsou podle nich nejdůležitější:

- Omezit stres, naučit se s ním pracovat, nedusit stres v sobě
- Sebevzdělávání se v oblasti nemoci
- Sebevzdělávání se v oblasti zdravého životního stylu
- Vyhledávání si podobných příběhů
- Léčba skrze stravu a zdravý životní styl
- Dodržovat dietu – neporušovat ji příliš často
- Zajímat se o možnosti léčby a komunikovat s lékaři
- Využít členství ve skupině pro pacienty s IBD
- Nebát se změnit lékaře, pokud nejste spokojeni

Doporučení není mnoho, což si myslím je způsobeno tím, že všichni respondenti byli v době dotazování v remisi. Sami přiznávali, že v některých odpovědích jsou struční, protože v současné době se cítí dobře. Pokud by dotazování probíhalo v aktivním vzplanutí onemocnění, možná by je napadlo více doporučení a měli by pocit, že je choroba omezuje ještě více.

Hlavní cíl výzkumu: Zjistit, jak Crohnova choroba ovlivnila život pacientů, poté co se u nich projevila.

Hlavní výzkumná otázka: Jak Crohnova choroba ovlivnila života pacienta?

Z důvodu onemocnění došlo u všech respondentů ke změnám. Došlo k celkové změně životního stylu. Všichni respondenti musí dodržovat, alespoň do jisté míry dietu a nemohou si dovolit, co se jídelníčku týče, žádné experimenty. Dále se život hodně změnil z pohledu pracovního zařazení. Dvě z respondentek museli opustit své zaměstnání a odejít do invalidního důchodu. Jediný muž z výzkumu, sice pracovat přestat nemusel,

avšak, zařazení změnil. Od většiny respondentů jsem slyšela větu, že pokud dojde k akutnímu vzplanutí choroby, je nemoci podřízeno úplně vše. V době remise, kde se všichni respondenti momentálně nachází, je situace o něco lepší, avšak celkově se život pacientů, přece jen točí výrazně okolo nemoci.

Závěr

Pro sepsání této bakalářské práce jsem si nastudovala odbornou literaturu z oblasti Crohnovy choroby, obecně idiopatických střevních zánětů i anatomie a fyziologie trávicího traktu. Nabyté vědomosti jsem se pokusila co nejlépe aplikovat pro sepsání teoretické části práce. Práce obsahuje nejprve kapitoly o fyziologické stavbě a fungování trávicí soustavy a pak popis patologií, které přináší Crohnova choroba. Snažila jsem se popsat, jakými vyšetřeními prochází pacienti před diagnózou a jaké jsou nejčastější projevy nemoci. V dnešní době je mnoho způsobů, jak lze nemoc léčit a všechny tyto metody jsem se snažila zachytit do poslední kapitoly teoretické části. Ta obsahuje jak léčbu chirurgickou a medikamentózní, tak léčbu pomocí speciálně upravené diety. Teoretická část mi posloužila jako důležitý zdroj informací pro vytvoření praktické části.

V praktické části jsem provedla výzkum pomocí sedmi rozhovorů. Rozhovory byly provedeny s pacienty, kteří se léčí s Crohnovou chorobou minimálně rok. Rozhovory přináší lepší pohled na onemocnění v praxi. Také z nich můžeme pozorovat, jak se u každého jedince vyvíjí nemoc jinak. Výsledky z rozhovorů jsem následně zpracovala a porovnávala v tabulce. Dále jsem každý rozhovor rozepsala do čtyř částí. První část se zabývá situací před tím, než došlo k diagnóze a byla stanovena účinná léčba. Také se zde zabývám otázkou, jaké první příznaky nemocného k lékaři přivedly a zda se rozhodl sám vyhledat odborného lékaře. Další část rozebírá situaci po zahájení léčby. Zda došlo ke zlepšení příznaků nemoci, vymizení často přítomných mimo střevních projevů a obecně ke zlepšení stavu dotazovaného. A poslední dvě části jsou věnovány omezením, která nemoc přináší, tomu, jak pacienti vnímají změnu ve svém okolí a doporučením, která by předložili nově diagnostikovanému pacientovi. Praktická část obsahuje dále srovnání odpovědí od respondentů s typickými příznaky a komplikacemi, které popisuje odborná literatura. Skupina respondentů byla poměrně různorodá, což přináší mnoho možných variant, jak se Crohnova choroba může u pacienta vyvíjet.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak příchod onemocnění Crohnova choroba ovlivní život člověka. Co všechno musí pacient změnit a jak to ovlivní jeho životní styl. Výsledky z dotazování ukazují, že život pacienta je ovlivněn ve všech směrech a život s nemocí, jako je například Crohnova choroba není vůbec jednoduchý.

Seznam použitých zdrojů

1. COHEN, Russel, 2011. Inflammatory Bowel Disease: Diagnosis and Therapeutics, 2. ilustrované vydání, Berlín: Springer Science and Business Media. ISBN 978-16-032-7433-3
2. ČERVENKOVÁ, Renata. a Milan LUKÁŠ, 2009. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida, 1.vydání, Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-600-7
3. DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. Základy anatomie a Fyziologie člověka, Olomouc: GRADA Publishing, a.s. ISBN 80-901667-0-9
4. FREJ, David a Jiří KUCHAR, 2016. Zdravé střevo. Praha: Eminent. ISBN 978-80-7281-510-4
5. GABALEC, Libor, 2009. Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. Interní medicína pro praxi. Roč.11 (1), str.16–20. ISBN 1212-7299.
6. HEHLMANN, Annemarie, 2010. Hlavní symptomy v medicíně, 1.vydání, Praha: GRADA Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2612-0
7. HEP, Aleš a Jiří DOLINA, 2009. Komplexní příprava vyšetřovaného před kolonoskopickou či irigografickou diagnostikou střeva. Farmakoterapie, roč. 5 (1) str. 65-70.
8. KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ, 2006. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida. Praha: Forsapi. ISBN 80-903820-0-2
9. LUKÁŠ, Milan, 2008. Perspektivy biologické léčby u Crohnovy nemoci a kolitidy. Lékařské listy. Roč.57 (2), str.3–5. ISBN 0044-1996.
10. MAČÁK, Jiří a Jana MAČÁKOVÁ, 2012. Patologie, 2.vydání, Praha: GRADA Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3530-6
11. MAREK, Josef et al., 2005. Farmakoterapie vnitřních nemocí. Praha: Grada. ISBN 80-247-0839-6.
12. MORRIS, David, 2004. Nespecifické střevní záněty. UPDATE. Roč. 5, č.6 a 7, str. 7
13. ROKYTA, Richard, 2016. Fyziologie. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-238-1
14. ROKYTA, Richard, 2015. Fyziologie a patologická fyziologie. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4867-2

Seznam příloh:

Příloha 1 – Rozhovor s Karlou

Příloha 2 – Rozhovor s Romanou

Příloha 3 – Rozhovor s Václavem

Příloha 4 – Rozhovor s Klárou

Příloha 5 – Rozhovor s Miladou

Příloha 6 – Rozhovor s Barborou

Příloha 7 – Rozhovor s Kamilou