

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství



Denisa Bednářová

**ZMĚNY ŽIVOTNÍHO STYLU A KVALITA ŽIVOTA
NEMOCNÝCH S CHRONICKOU PANKREATITIDOU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jan Chrastina, Ph.D.

Olomouc 2014

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce v ČJ:

Změny životního stylu a kvalita života nemocných s chronickou pankreatitidou

Název práce v AJ:

Changes in lifestyle and quality of life in patients with chronic pancreatitis

Datum zadání: 2013-01-10

Datum odevzdání: 2014-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Bednářová Denisa

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jan Chrastina, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Chronická pankreatitida je onemocněním s dlouhodobým progresivním a vysilujícím průběhem. Bakalářská práce zpracovaná formou přehledové studie, předkládá publikované poznatky o změnách v životním stylu a kvalitě života nemocných s chronickou pankreatitidou. Cíli práce jsou sumarizace informací o vlivu symptomů a terapie jmenovaného onemocnění na životní styl pacientů a vytvoření přehledu poznatků o kvalitě života nemocných. Předložené informace byly získány studiem plnotextů recenzovaných medicínských a ošetřovatelských periodik, sborníků a odborné literatury v českém, slovenském a anglickém jazyce.

Abstrakt v AJ:

Chronic pancreatitis is a progressive disease with a long progressive and grueling course. The bachelor thesis processed in the form of a review study presents published findings about changes in lifestyle and quality of life in patients with chronic pancreatitis. The objectives of the work are a summarization of information regarding the impact of symptoms and disease therapy on the lifestyle of patients and a review of the findings about the quality of life of patients. The information presented has been obtained by studying full-text peer-reviewed medical and nursing journals, proceedings and professional literature in the Czech, Slovak and English language.

Klíčová slova v ČJ:

chronická pankreatitida, chronické onemocnění, životní styl, kvalita života, symptomy, bolest, terapie, výživa, alkohol, kouření

Klíčová slova v AJ:

chronic pancreatitis, chronic diseases, lifestyle, quality of life, symptoms, pain, treatment, nutrition, alcohol, smoking

Rozsah práce: 108 stran, 0 příloh

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 30. dubna 2014

.....
Denisa Bednářová

Poděkování

Děkuji Mgr. et Mgr. Janu Chrastinovi, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady a ochotu v přístupu a komunikaci.

OBSAH

ÚVOD	8
1. Úvod do problematiky	15
2. Symptomy chronické pankreatitidy jako faktory ovlivňující životní styl nemocných	28
2.1 Vymezení pojmu životní styl, životní styl s chronickou nemocí	28
2.2 Bolest při chronické pankreatitidě	30
2.2.1 Charakteristika bolesti při chronické pankreatitidě	30
2.2.2 Vliv bolesti při CHP na životní styl pacienta	33
2.3 Další symptomy chronické pankreatitidy jako faktory ovlivňující životní styl nemocného	36
2.4 Ostatní změny v životním stylu nemocného v souvislosti s CHP	37
3. Změny životního stylu nemocných v souvislosti s terapií chronické pankreatitidy	39
3.1 Odvykání alkoholu a kouření	39
3.2 Oblast výživy nemocných s chronickou pankreatitidou	41
3.2.1 Dietní omezení v souvislosti s chronickou pankreatitidou, užívání pankreatických enzymů	41
3.2.2 Porucha glukózové tolerance, diabetes mellitus	45
3.2.3 Nutriční podpora popíjením, enterální a parenterální výživou	46
3.3 Léčba bolesti	48
3.3.1 Charakteristika léčby bolesti nemocných s chronickou pankreatitidou, postup analgetické léčby	48
3.3.2 Nežádoucí účinky analgetické léčby nemocných s chronickou pankreatitidou	54
3.4 Role multidisciplinárního týmu v péči o nemocné s chronickou pankreatitidou	58
4. Kvalita života nemocných s chronickou pankreatitidou	60

4.1	Pojmy kvalita života, kvalita života související se zdravím, potřeba měření kvality života	60
4.2	Nástroje užívané k měření kvality života nemocných s chronickou pankreatitidou	65
4.3	Výsledky studií kvality života nemocných s CHP	69
	ZÁVĚR	75
	Seznam bibliografických citací.....	91
	Seznam zkratk	107

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou životního stylu a kvality života nemocných s chronickou pankreatitidou. Onemocnění ve mně vždy zanechávalo smíšené pocity vzhledem k profilu osob s touto chorobou, které jsem ve svém pracovním životě poznala. Většina z nich byla mírně řečeno „znalá života“, jejich tělesná schránka napovídala o častém kontaktu s alkoholem a byla s nimi obvykle horší spolupráce. Delirantní stavy nebyly výjimkou, kuřáctví téměř podmínkou a návyk na silná analgetika byl běžný. Někteří nemocní s diagnózou chronické pankreatitidy se však naopak jeví jako velmi slušní lidé. K operační léčbě na oddělení břišní chirurgie, kde pracuji, jsou tito nemocní přijímáni ze dvou hlavních indikací, pankreatická bolest neovlivnitelná léčbou a komplikace onemocnění vyžadující operační řešení. K chirurgické léčbě chronické pankreatitidy dospějí nemocní obvykle po mnoha letech jejího trvání. Co jí ale předchází, jak se tito pacienti potýkají s běžným životem a jaká omezení jim nemoc přináší, mi nebylo známo. Tato oblast mne zaujala a rozhodla jsem se jí proto věnovat ve své bakalářské práci. Chronická pankreatitida je popisována jako vysilující dlouhotrvající onemocnění s řadou nepříjemných symptomů, kterým dominuje bolest (Mokrowiecka et al., 2010, p. 44). Životem s chronickou bolestí se zabývalo v minulosti již mnoho autorů. Naproti tomu, vlivu pankreatické bolesti a dalších příznaků chronické pankreatitidy na životní styl pacienta a celkově kvalitu života této skupiny nemocných, není v českém jazyce věnováno mnoho. Terapie chronické pankreatitidy vyžaduje dodržování řady režimových opatření, která způsobují změny v životním stylu nemocných. Proto je část práce věnována i této problematice.

Zkoumaným problémem bakalářské práce je „vliv symptomů chronické pankreatitidy a její terapie na životní styl nemocných a kvalita života nemocných s chronickou pankreatitidou“.

Otázka: „Jaké poznatky o vlivu symptomů chronické pankreatitidy a její terapie na životní styl nemocných a o kvalitě jejich života byly dosud publikovány?“

Pro zpracování bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1.

Předložit poznatky o vlivu symptomů chronické pankreatitidy na životní styl nemocných.

Cíl 2.

Předložit poznatky o vlivu terapie chronické pankreatitidy na životní styl nemocných.

Cíl 3.

Předložit poznatky o kvalitě života nemocných s chronickou pankreatitidou.

K seznámení s problematikou a vymezení cílů práce byly nastudovány následující publikace:

1. BÁRTLOVÁ, Sylva. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
2. DÍTĚ, Petr et al. 2002. *Chronická pankreatitida*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 8072621483.
3. DUFFKOVÁ, Jana, URBAN, Lukáš, DUBSKÝ, Josef. 2008. *Sociologie životního stylu*. 1. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. ISBN 978-80-7380-123-6.
4. GURKOVÁ, Elena. 2011. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
5. JUŘENÍKOVÁ, Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
6. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
7. MACHOVÁ, Jitka, KUBÁTOVÁ, Dagmar, a kol. 2009. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.
8. PAYNE, Jan, a kol. 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
9. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, a kol. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

Popis a výsledky rešeršní činnosti

K získání dostatečného množství validních dokumentů, vztahujících se k tématu a určeným cílům bakalářské práce, byla stanovena tato klíčová slova: „*chronická pankreatitida, chronické onemocnění, životní styl, kvalita života, symptomy, bolest, terapie, výživa, alkohol, kouření*“.

K tvorbě textu bakalářské práce byly použity pouze informace dohledané v odborné literatuře, odborných strukturovaných člancích publikovaných v odborných časopisech, recenzovaných periodikách a plnotextech v recenzovaných sbornících. Potřebné dokumenty byly získány využitím databází Bibliographia Medica Čechoslovaca, Bibliographia Medica Slovaca, EBSCO, ProQuest a vyhledávače Google Scholar. Dalšími zdroji informací byly domovské stránky recenzovaných časopisů Kontakt, PROFESE on-line a Ošetrovatelství a porodní asistence. O zpracování rešerše pomocí určených klíčových slov byla požádána Knihovna Akademie věd ČR.

K dohledání plnotextů recenzovaných článků, které nebyly v databázích dostupné, bylo využito vyhledávače Google Scholar. Řada plnotextů v češtině a slovenštině byla získána také využitím služeb Vědecké knihovny v Olomouci.

Pro bakalářskou práci byly vybrány dokumenty vydané v letech 2000 - 2013 (do 15. 6. 2013). Informace byly vyhledávány a získávány průběžně od dubna do poloviny června 2013. Žádány byly výsledky v jazyce českém, slovenském a anglickém.

V první etapě vyhledávání bylo využito databází Bibliographia Medica Čechoslovaca (BMČ) a Bibliographia Medica Slovaca (BMS) pomocí odkazu E-zdroje internetových stránek UP v Olomouci.

Databáze BMČ dohledala po specifikaci období a jazyků dokumentů a dále klíčového slova „*chronická pankreatitida*“ celkem 224 záznamů, z toho 191 v jazyce českém, 35 v jazyce anglickém a 11 v jazyce slovenském. Kombinací zadání „*chronická pankreatitida*“ postupně s dalšími klíčovými slovy „*životní styl, kvalita života, terapie, výživa, symptomy, bolest, alkohol, kouření*“, vyřazením dokumentů nevztahujícím se k cílům BP a prostudováním vybraných 82 zdrojů, bylo získáno 27 vyhovujících výsledků v českém jazyce (z toho 1 knižní publikace), 1 článek v jazyce slovenském a 1 v jazyce anglickém. Databáze BMČ byla dále využita jako zdroj informací pro část práce věnující se vymezení pojmů životní styl, životní styl

s chronickou nemocí, kvalita života a kvalita života související se zdravím. Po zadání a kombinaci klíčových slov „*chronické onemocnění, životní styl, kvalita života*“, specifikaci období a jazyků vyhledávání (český a slovenský), bylo získáno celkem 8 vyhovujících dokumentů, z toho 6 v jazyce českém (4 články, 1 knižní publikace) a 3 články v jazyce slovenském.

Databáze BMS vyhledala po specifikaci období a jazyků dokumentů a dále klíčového slova „*chronická pankreatitida*“ celkem 67 záznamů, z toho 52 v jazyce slovenském, 12 v českém a 3 v anglickém. V další fázi rešerše byl kombinován požadavek „*chronická pankreatitida*“ s dalšími klíčovými slovy „*životní styl, kvalita života, terapie, výživa, symptomy, bolest, alkohol, kouření*“, které byly předtím přeloženy do slovenského jazyka. Po vyřazení zdrojů, které neměly vztah k cílům BP, bylo prostudováno 12 odkazů a vybrány celkem 3 články ve slovenském jazyce a 1 článek v českém jazyce.

Druhá etapa vyhledávání relevantních zdrojů se uskutečnila v databázích EBSCO a ProQuest, dostupných také přes odkaz E-zdroje UP v Olomouci.

V databázi EBSCO bylo po zadání klíčového slova „*chronic pancreatitis*“ a specifikaci období, anglického jazyka a zadání „*NOT child*“, „*NOT children*“ dohledáno celkem 39874 odkazů. Cílem první kapitoly BP bylo uvést ucelený přehled informací o onemocnění chronickou pankreatitidou s důrazem na co nejnovější poznatky, proto i rešeršní činnost v databázi EBSCO byla směřována tímto směrem. Zadání „*chronic pancreatitis*“ bylo kombinováno postupně se slovy „*incidence, pathophysiology, classification, symptoms, diagnosis, therapy, pancreatic cancer*“ a dalšími. Přehlédnuto bylo vždy prvních 100 - 200 odkazů a vybrány dokumenty vhodné k tvorbě této kapitoly. Po prostudování zmíněných zdrojů bylo vybráno celkem 31 odkazů použitých v BP. V další části vyhledávání bylo klíčové slovo „*chronic pancreatitis*“ spojováno postupně se zadáními „*alcohol, smoking, symptoms, pain, nutrition, lifestyle, quality of life*“. Současným užitím klíčových slov „*chronic pancreatitis AND alcohol*“ a specifikaci tématu (pití alkoholických nápojů, alkoholismus, abúzus alkoholu atd.) bylo získáno 98 odkazů, z nichž 8 bylo použito v BP. Zadáním „*chronic pancreatitis AND smoking*“ a filtrací tématu (kouření) bylo vyhledáno 101 odkazů, ze kterých 4 byly použity k tvorbě textu BP. Kombinací slov „*chronic pancreatitis AND symptoms*“ a filtrací témat (symptomy, bolest, bolest břicha, diabetes) bylo vyhledáno 518 odkazů. Přehlédnuto bylo prvních 200 zdrojů,

11 z nich bylo poté užito v BP. Současným zadáním slov „*chronic pancreatitis AND pain*“ a specifikaci tématu (bolest, chronická bolest, léky, analgetika, vedlejší účinky léků, symptomy, management bolesti, péče a léčba bolesti) bylo nalezeno 592 dokumentů. Po přehlédnutí prvních 300 odkazů bylo postupně vybráno 15 výstupů využitých v BP. Spojení klíčových slov „*chronic pancreatitis AND nutrition*“ s filtrací tématu (výživa, enterální výživa, enzymy) mělo za výsledek 210 odkazů a v BP bylo využito 8 dokumentů. Současným zadáním slov „*chronic pancreatitis AND lifestyle*“ nebo „*lifestyle changes*“ bylo nalezeno 1284 odkazů, specifikace tématu mnoho nepomohla a po přehlédnutí prvních 300 zdrojů bylo vybráno pouze 8 relevantních dokumentů vhodných pro tvorbu BP. Kombinací slov „*chronic pancreatitis AND quality of life*“ s dalším upřesněním „*AND study AND health related quality of life*“ s vyloučením operačních a endoskopických výkonů, léčby enzymy a antioxidanty; bylo vyhledáno 369 dokumentů, z nichž bylo následně 19 využito v BP.

Pomocí databáze ProQuest bylo zadáním klíčového slova „*chronic pancreatitis*“ a filtrací období, anglického jazyka, relevance zdrojů a zadání „*NOT child*“, „*NOT children*“, nalezeno celkem 28898 odkazů. Při hledání dokumentů k tvorbě první kapitoly bylo postupováno stejným způsobem jako v databázi EBSCO. Výsledkem bylo 38 dokumentů využitých k tvorbě textu BP. Kombinací klíčových slov „*chronic pancreatitis AND alcohol*“ bylo dohledáno 3059 odkazů, přehlédnuto prvních 300 záznamů a následně 14 použito v BP. Současným zadáním „*chronic pancreatitis AND smoking*“ bylo nalezeno 1435 odkazů, přehlédnuto bylo prvních 200 s výsledkem 8 zdrojů upotřebených v BP. Seskupením slov „*chronic pancreatitis AND symptoms*“ bylo získáno 4271 zdrojů, analyzováno prvních 300 a vybráno 16 dokumentů využitých v BP. Kombinací klíčových slov „*chronic pancreatitis AND pain*“ bylo dohledáno 3777 odkazů, přehlédnuto prvních 300 s výsledkem 22 vhodných zdrojů k BP. Sdružením slov „*chronic pancreatitis AND nutrition*“ bylo získáno 1574 dokumentů, analyzováno prvních 200 a určeno 8 zdrojů pro tvorbu BP. Současným zadáním „*chronic pancreatitis AND treatment*“ bylo nalezeno 5970 záznamů, přehlédnuto prvních 300 a vybráno 12 vhodných pro BP. Současným zadáním „*chronic pancreatitis AND lifestyle*“ bylo vyhledáno nepřiměřeně velké množství záznamů, proto byl dotaz upraven na „*chronic pancreatitis AND lifestyle changes*“ s výsledkem 1063 zdrojů, prohlédnuto bylo prvních 300 a určeno 11 vhodných dokumentů pro BP. Kombinací klíčových slov „*chronic pancreatitis*

AND quality of life“ s doplněním „*AND study*“ a vyloučením operačních a endoskopických výkonů, léčby enzymy a antioxidanty, bylo nalezeno 2973 výsledků, probráno prvních 300 záznamů a 27 použito v BP. V databázi ProQuest se nalezené dokumenty při zmíněných zadáních klíčových slov velmi často překrývaly.

Stěžejními oblastmi BP byly informace o vlivu hlavního symptomu bolesti na prožívání nemocných s CHP a poznatky o jejich kvalitě života. K problematice bolesti bylo vyhledáváním v obou cizojazyčných databázích získáno dostatečné množství informací. Studií kvality života pacientů s CHP a prací shrnujících jejich poznatky bylo poněkud méně. Bylo tedy věnováno větší úsilí k nalezení všech záznamů k této problematice. Zadávána byla proto také jména hlavních představitelů, zabývajících se oblastí hodnocení kvality života nemocných s CHP (Pezzilli, Mokrowiecka, Wehler atd.). Následně byl v tomto případě k prozkoumání poznatků kvality života pacientů s CHP stejným způsobem využit i vyhledávač Google Scholar.

Třetí etapa rešeršní činnosti byla zaměřena na vyhledání informací v odborných časopisech Kontakt, PROFESE on-line a Ošetrovatelství a porodní asistence, které jsou dostupné online. Po prostudování všech ročníků časopisů byly nalezeny 3 články v českém jazyce a 2 v jazyce slovenském v časopise Kontakt a 1 článek v češtině a 1 ve slovenštině v časopise PROFESE on-line. Všechny tyto odkazy byly využity při tvorbě částí BP, hovořící o vymezení pojmů „*životní styl, životní styl s chronickou nemocí, kvalita života a kvalita života související se zdravím*“. K hlavnímu tématu BP, onemocnění chronickou pankreatitidou, se nevztahoval žádný z publikovaných článků. Pro doplnění informací k vymezení pojmů „*životní styl, životní styl s chronickou nemocí, kvalita života a kvalita života související se zdravím*“, byl v poslední řadě využit vyhledávač Google Scholar, který po zadání klíčových slov „*životní styl*“ a „*kvalita života*“ našel další dva relevantní odkazy v českém jazyce.

Výsledkem rešeršní činnosti Knihovny Akademie věd ČR bylo 263 odborných článků v anglickém jazyce a 1 v jazyce českém. K tématu bakalářské práce se vztahovalo 29 článků anglických a 1 český, ze kterých bylo nakonec využito tři článků v anglickém jazyce a jednoho v jazyce českém. Všechny tyto dokumenty byly dohledány i v jiných databázích.

Internetový vyhledávač Google Scholar byl v rešeršní činnosti využit nejméně a až jako poslední. S jeho pomocí byly vyhledány 4 další dokumenty v anglickém jazyce, které nenalezly výše uvedené databáze.

K tvorbě 1. cíle BP bylo použito 26 dokumentů v českém jazyce, 3 ve slovenském jazyce a 70 v anglickém jazyce.

K tvorbě 2. cíle BP bylo použito 19 dokumentů v českém jazyce, 3 ve slovenském jazyce a 37 v anglickém jazyce.

K tvorbě 3. cíle bylo použito 7 dokumentů v českém jazyce, 2 ve slovenském jazyce a 20 v anglickém jazyce.

Počet zdrojů využitých v BP:

- 43 v českém jazyce

- 89 v jiném jazyce (6 ve slovenském jazyce, 83 v anglickém jazyce)

Počet dokumentů, které byly dle zvolených kritérií nalezeny a prostudovány, ale nebyly následně k tvorbě BP využity, bylo celkem 146. Důvodem bylo příliš odborné zaměření článků, duplicita informací stejným autorem, velké množství zdrojů v případě teoretické části, nesouvislost přímo s tématem a cíli práce, staré již neplatící informace a postupy a také příliš všeobecné zaměření dokumentů.

1. Úvod do problematiky

Chronická pankreatitida je definována jako trvale progredující zánětlivý proces postihující funkční parenchym žlázy, který postupně vede k jeho destrukci a fibrotické přestavbě. V pokročilých stádiích způsobuje exokrinní, a posléze i endokrinní, pankreatickou insuficienci (Etemad, Whitcomb, 2001, pp. 682-683). Toto benigní onemocnění svojí symptomatologií významně snižuje kvalitu života postižených (Lankisch, 2001, p. 13).

Onemocnění chronickou pankreatitidou není běžné (Braganza et al., 2011, p. 1184). Incidence i prevalence onemocnění je geograficky rozdílná (Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 88). Poslední studie, zabývající se problematikou výskytu CHP v České republice uvádí incidenci 7,9/100000 obyvatel (Dítě et al., 2001, s. 50). Ve výsledku lze konstatovat, že incidence v Evropských a pravděpodobně i západních zemích je v rozmezí 6 - 8/100000 obyvatel (Dítě et al., 2012, s. 686; Spanier, Dijkgraaf, Bruno, 2008, p. 54). Výskyt onemocnění se mírně ale trvale zvyšuje (Dítě et al., 2011, s. 891; Jupp, Fine, Johnson, 2010, p. 228). Tato skutečnost může být do velké míry ovlivněna tím, že diagnostické metody a možnosti dosáhly v poslední době velkého rozmachu a diagnóza CHP je stanovena častěji a v časnějších stádiích nemoci (Spanier, Dijkgraaf, Bruno, 2008, p. 54; Jupp, Fine, Johnson, 2010, p. 220). Narůstající incidence onemocnění může mít také souvislost s životním stylem, především se zvyšující se spotřebou alkoholu na osobu ve vyspělých státech (Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 94; Jupp, Fine, Johnson, 2010, p. 228).

Klasifikace chronické pankreatitidy se stále vyvíjí v souvislosti s novými poznatky v oblasti etiologie nemoci. V současnosti je stále nejvíce využívána TIGARO klasifikace zveřejněná v roce 2001 (Dítě et al., 2011, s. 891). TIGARO klasifikace rozděluje formy onemocnění na toxonutritivní, idiopatickou, genetickou, autoimunitní, rekurentní akutní pankreatitidu a obstruktivní formu (Etemad, Whitcomb, 2001, p. 682).

Etiologie chronické pankreatitidy je multifaktoriální. Nové studie zdůrazňují souhru genetických, vývojových a environmentálních faktorů. Žádaným cílem je pochopení jejich kombinovaného účinku, kdy tyto rizikové faktory nejsou samy o sobě dostačujícím důvodem ke vzniku onemocnění a ani nejsou k jejímu vyvolání nutné

(Whitcomb, 2012). Výjimkou je forma hereditární, obstrukční a pravděpodobně i autoimunitní, kdy je přítomnost onemocnění jasně způsobena jedním hlavním etiologickým faktorem (Dítě et al., 2011, s. 892).

V patogenezi onemocnění hrají klíčovou roli tzv. pankreatické stelátové buňky. (Omary et al., p. 50). CHP je charakteristická progresivní fibrózou a pankreatické stelátové buňky jsou hlavním zdrojem extracelulární matrix ve fibrotické slinivce. Aktivace buněk je reakcí na tzv. profibrogenní mediátory, mezi něž patří cytokiny, růstové faktory, etanol a jeho metabolit acetaldehyd a volné radikály (produkty oxidativního stresu). Při jakémkoli poškození slinivky břišní, vedoucímu k zánětlivé reakci tkáně, jsou tyto buňky aktivovány a v reparativní fázi zánětu produkují kolagen (Jaster, Emmrich, 2008, p. 17; Shimizu, 2008, p. 823). Změny na pankreatu jsou trvalé, regenerace parenchymu je zcela ojedinělá. Spuštěný proces destrukce slinivky břišní nelze zřejmě zastavit ani eliminací vyvolávajících faktorů onemocnění (Lankisch, 2001, p. 4).

K nejčastějším symptomům CHP patří bolest, hubnutí, steatorea, průjem, subikterus či ikterus střevní dyskineze, nauzea, zvracení a diabetes mellitus. Méně častými příznaky jsou pankreatický ascites, hydrothorax, trombóza portální či lienální vény se vznikem levostranné portální hypertenze, krvácení z horních partií zažívacího traktu. Ke komplikacím onemocnění potom řadíme vznik pseudocyst, abscesů, konkrementů pankreatického vývodu, zánětlivých mas, obstrukce či stenózy duodena, žlučovodu (Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 90; Loveček, Bělina, Ryska, 2012, s. 697).

Bolest je hlavním a také nejčastějším příznakem CHP. Udává ji 85-90% postižených. Bezbolestnou formu choroby má pouze okolo 10% nemocných. Pankreatická bolest je způsobena řadou patologických mechanismů, její původ má nepochybně multifaktoriální etiologii. Původem bolestí je probíhající zánět v parenchymu, inflamace nervů, zvýšený tlak v pankreatickém vývodu způsobený obstrukcí a vedoucí ke zvýšenému tlaku v pankreatické tkáni, stenóza sestupné části duodena a intrapancreatické části žlučovodu a možný útlak pankreatické tkáně a vývodů cystoidy (Dítě et al., 2011, s. 184-187, Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 90). Chronická bolest způsobuje změny periferních sensorických nervů a neuromodulaci na úrovni CNS, řada autorů přisuzuje této neuropatické bolesti při CHP velký význam (Dítě et al., 2011, s. 187; Goulden, 2013, p. 10; Drewes et al., 2008, pp. 1624-1625). Bolest má řadu forem vyjádření. Počáteční fáze onemocnění

typicky doprovází ataky bolesti vázané na příjem potravy (dietní chybu) či alkoholový exces. Jsou spojené s projevy střevní dysmotility. Postupem nemoci se bolest stává stálou a u některých nemocných je zhoršována akutními vzplanutími bolesti (Dítě et al., 2011, s. 184-187; Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 90).

Hubnutí je u CHP konstantním symptomem. Je způsobené především exokrinní pankreatickou nedostatečností v pozdějších fázích nemoci. V počátcích onemocnění, kdy se bolest objevuje po požití stravy, postižení raději nejedí a ztráta hmotnosti bývá značná (Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 90).

Pankreatická maldigesce se vyvíjí pozvolna a její pozdní klinická symptomatologie (úbytek tělesné hmotnosti, břišní dyskomfort, průjmy, steatorea, periferní edémy jako důsledek hypoproteinémie a hypoalbuminémie, snížení hladiny cholesterolu a triglyceridů), je způsobena velkou funkční rezervou pankreatu. Digestivní kapacita pankreatické sekrece až 20krát převyšuje množství potřebné k trávení přijaté potravy. Proto k projevům manifestní maldigesce dochází až po zničení přibližně 90% acinárních buněk (Frič, 2007b, s. 334; Dítě et al., 2013, s. 66). Lehčí forma pankreatické nedostatečnosti způsobuje pocity plnosti, nadýmání, průjmy v souvislosti s dietní chybou (větší příjem tuků, velký objem jídla) (Novotná, 2006, s. 443). Postižená slinivka nedostatečně tvoří a vylučuje pankreatické trávicí enzymy a je výrazně ovlivněno vstřebávání cukrů, bílkovin a především tuků (Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 90). Pankreatická lipáza je jedinečným enzymem v trávení tuků, její funkci nemůže převzít jiný enzym trávicí trubice. Nedostatečná produkce pankreatické amylázy a proteáz vede pouze k lehké formě malabsorpce cukrů a bílkovin. Snížené vylučování zásaditého pankreatického sekretu nedostatečně alkalizuje obsah jdoucí ze žaludku a způsobuje deaktivaci už tak sníženého množství pankreatických enzymů. Spolu s nedostatečným působením žlučových kyselin, jejichž rozpustnost je kyselým prostředím snížena, dochází k poruše štěpení základních nutričních substrátů a jejich malabsorpci (Frič, 2007b, s. 334-335; Dítě et al., 2013, s. 66). Hlavní digesce a absorpce živin se při pankreatické insuficienci přesouvá do distálních částí tenkého střeva a ovlivňuje dále negativní zpětnou vazbou pankreatickou sekreci (Frič, 2007b, s. 335). V konečných úsecích tenkého střeva se shromažďuje velké množství tuků i jiných živin a je porušena střevní motilita. Dochází k rychlejšímu vyprazdňování žaludku a zrychlena je i pasáž střevem. Následkem je zkrácená fyziologická doba trávení a malabsorpce je tak podpořena (Dítě et al., 2013, s. 66). V souvislosti

s nedostatečnou pankreatickou sekrecí dochází k malabsorpci vitamínů rozpustných v tucích - A, D, E, K, ale také vápníku a vitamínu B12 (Frič, 2007b, s. 335; Dujsíková et al., 2010, s. 656). U nemocných s CHP bylo prokázáno vysoké množství osteopatií. Zejména nemocní s pokročilým stádiem onemocnění s fibrotizací parenchymu a projevy insuficience jsou ohroženi vznikem patologických zlomenin (Dujsíková et al., 2010, s. 661-662). Při CHP dochází ke snížení hladiny magnézia, zinku a kyseliny folové (Dítě et al., 2013, s. 66).

Projevem masivní pankreatické insuficience je steatorea. Stolice je častá, objemná, mastná, má jílovitý charakter a obsahuje nestrávené složky potravy (Dítě et al., 2011, s. 457). Bývá spojena také s borborygmy, nápadnou flatulencí nebo abdominálními bolestmi (Dítě et al., 2013, s. 66).

Nauzea a zvracení je spojená převážně s alkoholickou formou nemoci a doprovází exacerbace CHP (Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 90).

Subikterus či ikterus při CHP může být způsoben fibrotickým postižením a stenózou intrapancreatické části žlučového traktu, tlakem cystoidu nebo zánětlivé masy typicky se vyskytující při autoimunitní formě nemoci (Dítě et al., 2012, s. 686).

Diabetes mellitus provází velmi pokročilá stadia nemoci, buňky Langerhansových ostrůvků jsou odolnější vůči fibrotickému procesu ve srovnání s buňkami acinárními. Poruchy glukózové tolerance se v obraze CHP objevují dříve. Pankreatogenní diabetes je výjimečný svojí labilitou, střídáním vysokých a nízkých glykemií. Časté jsou hypoglykemické stavy, které jsou často protražované a život ohrožující. Nebývá přítomná ketoacidóza. Diabetes je obtížně kompenzovatelný, potřeba inzulínu je ve srovnání s DM 1. typu významně nižší a citlivost periferních tkání naopak vyšší. Sekrece inzulínu je vždy v nějaké míře zachovalá, produkce glukagonu se také snižuje. Vznik chronických diabetických komplikací je totožný jako u DM 1. typu (Perušičová, 2004, s. 375-377).

Pankreatický ascites se objevuje asi u 2-3% nemocných v důsledku narušení pankreatického vývodu nebo v souvislosti s cystoidem. Je typický přítomností vysokého množství amyláz, lipáz a bílkovin. Někdy lze současně nalézt i hydrothorax, většinou levostranný, kdy v tekutině jsou opět přítomné enzymy (Dítě et al., 2012, s. 686, Dítě; Novotný, Dolina, 2005, s. 91).

Těžce pokročilé formy nemoci může provázet vznik portální hypertenze, dokládající těsný vztah portálního řečiště k cévám zásobujícím pankreas. Projevuje se

krvácením z horních partií GIT, např. ze žaludeční sliznice. Mohou vzniknout jícnové varixy. Častá je trombóza portální nebo slezinné žíly (Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 91; Dítě, 2006, s. 50).

CHP je významným rizikovým faktorem vzniku karcinomu pankreatu (Raimondi et al., 2010, p. 349; Shrikhande, Barreto, Koliopanos, 2009, p. 288). Ohroženi jsou nemocní s jakoukoli formou CHP. Výskyt rakoviny slinivky břišní je u CHP až 17krát častější ve srovnání s běžnou populací (Dítě et al., 2007, s. 65). Perzistující zánět, při kterém dochází k neoplastické transformaci tkáně, je klíčovým mechanismem vývoje rakoviny (Shrikhande, Barreto, Koliopanos, 2009, p. 289). Výrazně zvýšené riziko má hereditární a tropická forma CHP, kdy je prodloužený interval mezi nástupem onemocnění a diagnostikou rakoviny slinivky. Riziko vzniku malignity roste s dobou trvání onemocnění. Mezi diagnózou CHP a vývojem karcinomu pankreatu uplyne obvykle jedno nebo dvě desetiletí. Průměrný věk vzniku maligního bujení je 65 let. Během dvacetiletého trvání choroby se karcinom pankreatu vyvíjí pouze u přibližně 5% nemocných (Raimondi et al., 2010, p. 349). Životní styl nemocných s CHP, zahrnující konzumaci alkoholu, kouření a špatné dietní návyky, spolu s genetickými vlivy, modifikují riziko vzniku pankreatického karcinomu (Herrerros-Villanueva, 2013, p. 638; Otsuki, Tashiro, 2007, p. 109).

Toxonutritivní forma je ve vyspělých státech nejčastější. Z etiologických faktorů je zde zastoupen alkohol, nikotin, hyperlipidémie, hyperkalcémie, urémie, léky a toxiny. Nejvýznamnější příčinou vzniku CHP je konzumace alkoholu. Asi 70-80% nemocných s CHP má za hlavní etiologický faktor právě alkohol (Dítě, 2006, s. 49; Herreros-Villanueva, 2013, p. 638). Pravidelný abúzus v dávkách 60-70 g alkoholu za den u mužů a 40 g/den u žen po dobu více než pěti let je toxický (Dítě, 2012, s. 688). Riziko rozvoje alkoholické CHP se zvyšuje se zvyšující se dávkou (Herrerros-Villanueva, 2013, p. 638). K vyvolání onemocnění je nutná přítomnost dalšího rizikového faktoru nebo faktorů. U chronického etylismu je to nejčastěji kouření spolu s vlivy výživy (konzumace velkého množství bílkovin a tuků). Genetická výbava jedince hraje také nemalou roli (Dítě et al., 2012, s. 688-689; Herreros-Villanueva, 2013, p. 638; Whitcomb, 2012, p. 501-506). Existuje několik hypotéz vysvětlujících poškození pankreatické tkáně alkoholem. Acinární buňky metabolizují alkohol za vzniku látek pro ně toxických, způsobujících předčasně uvolnění enzymů a autodigesci žlázy. Zánik acinárních buněk a také oxidativní stres

aktivuje pankreatické stelátové buňky. Dalším uznaným mechanismem je destrukce acinárních buněk z důvodu zvýšení tlaku ve vývodném systému. Ten je způsobený tvorbou tzv. proteinových zátek s postupným ukládáním vápenatých sloučenin a vznikem pankreatických kalcifikací. Pankreatický sekret mívá u alkoholiků vyšší viskozitu a je přesycený bílkovinami a vápníkem. Bývá snížena hladina lithostatinu, který inhibuje precipitaci těchto látek v pankreatických duktech. Onemocnění nejčastěji probíhá pod obrazem atak akutní pankreatitidy, která vede k fibrotickým změnám s jizevnatým postižením tkáně i vývodů. (Dítě et al., 2011, s. 892; Vonlaufen et al., 2007, pp. 48-53; Pandol, Raraty, 2007, pp. 105-111). V souvislosti s dlouholetou konzumací alkoholu jsou onemocněním mnohem častěji postiženi muži (Ammann, Mullhaupt, 2007, p. 123). CHP se však vyvíjí jen u menšiny těžkých konzumentů alkoholu, u méně než 10% (Herrerros-Villanueva, 2013, p. 638). Průlomovým objevem je v tomto případě zjištění genetické varianty na chromozomu X, která je zodpovědná za vyšší riziko rozvoje CHP. Muži, dědicí vysoce rizikový chromozom, jsou ohroženi více než ženy, které mají dva X chromozomy a v případě postižení jednoho X chromozomu jsou chráněny druhým, pokud není defektní. Je-li z jakéhokoli důvodu slinivka břišní poškozena, existuje zde velké riziko přechodu do chronicity, zejména když postižená osoba konzumuje alkohol (Whitcomb et al., 2012, pp. 1349-1354). Typickým představitelem chronické etylické pankreatitidy je muž ve věku 30 - 55 let, s časným počátkem pravidelného příjmu alkoholu a obvykle i časným kuřáctvím. Postižení bývají příslušníky nižší socioekonomické vrstvy (Ammann, Mullhaupt, 2007, p. 124; Špičák et al., 2011, s. 1045). Relativně rychlý je nástup exokrinní i endokrinní činnosti ve srovnání s jinými formami nemoci, časně vznikají kalcifikace. Mezi akutním nástupem onemocnění a dokumentací pozdní fáze (exokrinní a endokrinní nedostatečnost) uplyne v průměru 5 let (Ammann, Mullhaupt, 2007, p. 125). Kouření tabáku bylo uznáno jako samostatný rizikový faktor vzniku CHP. Expozice tabákovému kouři iniciuje vznik kalcifikací pankreatu a progresi exokrinní i endokrinní insuficience. Byl prokázán přímý vliv na pankreatickou tkáň, kouření indukuje vznik fibrotických změn aktivací pankreatických stelátových buněk (Tolstrup et al., 2009, p. 608; Law et al., 2010, pp. 54-59; Van-Geenen et al., 2011, p. 1161). Kouření spojené s konzumací alkoholu způsobuje progresi etylické pankreatitidy. Diagnóza je stanovena časněji v průběhu onemocnění, častěji a časněji se objevují kalcifikace ve srovnání s nekuřáky s CHP (Maisonneuve et al., 2005, p. 510).

Idiopatická forma CHP je dále rozdělena na formu s časným začátkem nemoci, pozdním začátkem nemoci a na formu tropickou. Je poměrně často zastoupena mezi různými formami chronické pankreatitidy, mezi 10 - 30% případů. Původ onemocnění není vysvětlen žádným ze známých etiologických faktorů. V současné době je zkoumána souvislost vzniku onemocnění s genetickým profilem jedince. Idiopatická forma s časným výskytem je diagnostikována ve věku 20 - 25 let, charakterizuje ji výrazná bolestivost v kontrastu s pomalou progresí onemocnění a dlouhotrvajícím rozvojem kalcifikací. Forma s pozdním výskytem se projevuje obvykle po 55. roce života, kdy se manifestuje exokrinní nedostatečnost a rozsáhlé morfologické změny žlázy. Klinický průběh je nevýrazný, bolestivost nebývá vyjádřena a nemocní pociťují jen nevýrazný břišní dyskomfort. Velmi časté jsou kalcifikace (Keller, Layer, 2008, pp. 105-110; Ševčíková et al., 2006, s. 120; Frič, 2009, s. 653; Ammann, Mullhaupt, 2007, pp. 123-124). Tropická forma má vztah k tropickým oblastem rozvojových zemí Asie, Afriky a Střední Ameriky. Onemocnění se prezentuje v mladém věku, klasickými příznaky jsou bolesti břicha, steatorea a diabetes mellitus. Vyznačuje rychlou progresí, rozsáhlými kalcifikacemi a zvýšeným rizikem vzniku karcinomu pankreatu. Diabetes je obvykle velmi těžký a vyžaduje inzulínovou léčbu. Výskyt této formy byl dlouho spojován s environmentálními faktory, vyskytujícími se typicky v těchto oblastech, jako je proteinenergetická malnutrice a konzumace toxických součástí potravin jako kyanogenní glykosidy (cassava - maniok). Nyní je v popředí opět výzkum genetického profilu nemocných osob jako spouštěče choroby spolu s faktory prostředí vzhledem k incidenci této formy CHP (Barman, Premalatha, Mohan, 2003, p. 606; Witt, Bhatia, 2008, p. 213; Braganza et al., 2011, p. 1187).

Genetická forma zahrnuje hereditární CHP, CFTR mutace, SPINK1 mutace, deficit alfa - 1 - antitrypsinu a další. Hereditární neboli dědičná forma CHP je vzácnou formou CHP, která je spojená s mutací PRSS1 pro kationický trypsinogen. Ke vzniku onemocnění zde není třeba přítomnosti dalšího rizikového faktoru, onemocnění je autosomálně dominantně dědičné (Dítě et al., 2012, s. 689). Charakteristické jsou recidivující akutní pankreatitidy v dětském věku, kdy onemocnění vzniká. CHP se vyvíjí v mladistvém věku (Whitcomb, 2011, p. 841). Progrese nemoci je pomalá, klinický obraz je velmi variabilní, u většiny osob je onemocnění mírné. Hereditární CHP je považována za prekancerózní stav, riziko vzniku karcinomu pankreatu u těchto osob je nejméně 50krát vyšší než u běžné populace (Raimondi et al., 2010, p. 356).

Genetické aberace jsou v současné době v popředí výzkumu etiopatogeneze CHP (Dítě et al., 2012, s. 688). Genetika hraje významnou roli v citlivosti ke vzniku CHP, progresi a závažnosti onemocnění. Řada případů CHP se zdá být komplexní genetickou poruchou, kdy každý pacient má jinou kombinaci faktorů a vyžaduje individuální přístup. Dosud bylo identifikováno pět genů, jejichž mutace hrají významnou roli při vzniku onemocnění (Whitcomb, 2012, p. 501). Význam genetických aberací spočívá v narušení rovnováhy mezi intrapancreatickými proteázami a jejich inhibitory a výsledkem je autodigestivní poškození a fibrotizace parenchymu. (Truninger et al., 2001, p. 565; Chen, Férec, 2009, p. 63). Dědičnost genetických mutací je autosomálně recesivní, jejich výskyt sám o sobě onemocnění nevyvolá. Je třeba dalšího rizikového faktoru, jako je konzumace alkoholu nebo kouření, k indukci onemocnění (Dítě et al., 2011, s. 892-893; Dítě et al., 2012, s. 689). Tyto genetické faktory se často vyskytují současně, bývají méně často identifikovány u chronické alkoholické pankreatitidy (Whitcomb, 2012, pp. 501-503).

Autoimunitní forma CHP je relativně vzácné onemocnění, objevující se nejčastěji mezi 50. - 65. rokem života. Častější je u mužů (Toomey et al., 2007, p. 1067; Buscarini et al., 2010, p. 92). Jsou rozlišovány dva typy nemoci. První typ je charakteristický vysokou sérovou pozitivitou IgG4, nálezem IgG4 elementů v pankreatické tkáni a především masivní lymfoplasmocytární infiltrací parenchymu (Buscarini et al., 2010, p. 93). Nacházíme také řadu pozitivních nespecifických protilátek. Tato forma bývá sdružená s jinými typy autoimunitních onemocnění, např. primární sklerotizující cholangitidou, primární biliární cirhózou, sialoadenitidou a Sjögrenovým syndromem (Dítě, 2006, s. 50). Druhý typ není vázán na IgG4 pozitivitu. Bývá spojen pouze s jedním typem autoimunitního onemocnění, Crohnovou chorobou (Dítě et al., 2011, p. 893). Změny v parenchymu mají segmentální nebo difúzní charakter. Segmentální změny hlavy pankreatu často způsobují vznik bezbolestné žloutenky, kdy masa tkáně tlačí na intrapancreatickou část žlučových cest. Změny ve žláze imitují vznik pankreatického karcinomu a je stále obtížné diagnosticky odlišit tato dvě postižení (Dítě et al., 2011, s. 893; Buscarini et al., 2010, p. 92). Klinická symptomatologie nebývá výrazná, nemocní udávají často jen nespecifický břišní dyskomfort, pocity plnosti po jídle, hubnutí není progresivní a bolesti bývají mírné (Dítě, 2006, p. 50; Toomey et al., 2007, p. 1069). Jsou ovšem popsány i závažnější případy s plně vyjádřenou exokrinní i endokrinní insuficiencí (Toomey et

al., 2007, p. 1069). Vznik cystických útvarů a kalcifikací je vzácný (Dítě, 2006, s. 50; Toomey et al., 2007, pp. 1067-1068).

Rekurentní forma akutní pankreatitidy, spojená s morfologickými změnami CHP, se dělí na formu postnekrotickou (závažná akutní pankreatitida), ischemickou pankreatitidu (vaskulární změny) a postradiační. Charakterizují ji opakované bolestivé ataky typu akutní pankreatitidy spojené s přestavbou žlázy. Nejčastěji je spojena s dysfunkcí Vaterské papily (Dítě et al., 2011, s. 893).

Obstruktivní forma CHP je poměrně častou formou nemoci. Zahrnuje obstrukci hlavního vývodu kamenem či nádorem, pankreas divisum, stenózu Vaterovy papily, cystoidy utlačující pankreatický vývod a jeho posttraumatické jizevnaté postižení. Přerušování odtoku pankreatické šťávy způsobuje přetlak v sekundárních a terciárních vývodech. Výsledkem je ischemické postižení tkáně, aktivace stelátových buněk a rozsáhlá fibrotizace žlázy (Dítě et al., 2012, s. 688; Boerma et al., 2003, p. 520).

Diagnostika CHP zahrnuje kromě anamnestických údajů a fyzikálního vyšetření pacienta především zobrazovací metody, jako je prostý snímek břicha, ultrazvukové vyšetření břicha, CT, NMR, ERCP a endosonografii (Dítě, et al., 2012, s. 686; Krechler, Dvořák, Švestka, 2012, s. 36). Pečlivé odebrání anamnézy nemocného je základem diagnostiky CHP. Důležité jsou informace o charakteru klinických symptomů nemoci, vyvolávajících faktorech, dietních návycích pacienta, dotaz na pravidelnou konzumaci alkoholu, kouření. Zajímají nás prodělané infekční choroby a autoimunitní nemoci. Rodinná anamnéza může odhalit familiární onemocnění pankreatu včetně malignit (Dítě et al., 2012, s. 686). Fyzikální vyšetření není obvykle přínosné (Krechler, Dvořák, Švestka, 2012, s. 36). Zásadními metodami v diagnostice CHP jsou zobrazovací metody. Prvotním vyšetřením bývá ultrasonografie břicha, rentgenové vyšetření odhalí případné kalcifikace (Dítě et al., 2011, s. 894; Krechler, Dvořák, Švestka, 2012, s. 36). CT vyšetření s intravenózní aplikací kontrastní látky je metodou mnohem citlivější, poskytuje spolehlivou informaci o vzhledu žlázy, jejím parenchymu, pankreatickém vývodu a patologiích tkáně. NMR-cholangiopankreatografie poskytuje poměrně dobré informace o žlučových cestách a pankreatickém vývodu a je neinvazivní alternativou ERCP či endosonografie (Krechler, Dvořák, Švestka, 2012, s. 36). EUS vyšetření se v posledních letech zařadilo mezi metody, které hrají v diagnostice CHP zásadní roli (Dítě et al., 2012, s. 687; Krechler, Dvořák, Švestka, 2012, p. 36-37). K diagnostice CHP patří i vyšetření

endokrinní funkce pankreatu, kontrola glykémie a případně provedení OGTT (Perušičová, 2004, s. 376; Dítě et al., 2011, s. 893). Genetické vyšetření je prováděno při podezření na dědičnou formu CHP. Autoimunitní forma nemoci se zjišťuje diagnostikou specifických protilátek a hladiny IgG4 v krevním séru (Dítě et al., 2011, s. 894). Odhalení časných stádií CHP je stále velkým problémem. Prvotním symptomem, který dovede nemocného k lékaři je bolest břicha. Bolest může mít mnoho variant od neurčitého břišního dyskomfortu přes kontinuální či intermitentní výskyt. Slinivka se tehdy ještě neprezentuje poruchami funkce a klasická triáda pozdních symptomů nemoci (hubnutí, kalcifikace, diabetes) není přítomna (Nanda, Kiafar, 2009, p. 10). K potvrzení diagnózy CHP jsou vyžadovány důkazy o nevratných histologických změnách architektury pankreatu a stanovení konkrétních funkčních, morfologických a histologických vlastností postižení tkáně. Přestože je CHP definována jako nevratný stav, zdá se být nějaký čas ve svém klinickém průběhu reverzibilní. Je potřeba vyvinout metody pro diagnostiku reverzibilní CHP, aby se zabránilo její progresi a možnému malignímu zvratu. Je také nutné navrhnout léčebné strategie, které zabrání přechodu nemoci do ireverzibilního stádia (Whitcomb, 2012, p. 501; Otsuki, 2003, p. 315). Velké možnosti v tomto ohledu nabízí genetické vyšetření pacienta. Síla genetiky spočívá v tom, že umožňuje identifikovat etiologické mechanismy již v průběhu nemoci, ale ještě předtím, než je poškození nevratné. (Whitcomb, 2012, p. 502).

Terapie CHP zahrnuje konzervativní, endoskopické a chirurgické postupy, nejčastěji jejich kombinace (Novotná, 2006, s. 442). Ve všech případech však platí, že léčba je pouze symptomatická nikoli kauzální (Dítě et al., 2011, s. 894; Novotná, 2006, s. 444). Konzervativní léčba je základem a prvotní strategií. Sestává s dietetických opatření a případně nutriční podpory, užívání substitučních pankreatických enzymů, úpravě endokrinní insuficience a terapie bolesti (Novotná, 2006, s. 442). Okolo 80% pacientů s CHP může být úspěšně léčeno pomocí analgetik, dietních opatření a doplňků pankreatických enzymů (Meier, Beglinger, 2006, p. 522). Úplná a dlouhodobá abstinence alkoholu je základním předpokladem úspěšné terapie (Dítě et al., 2012, s. 689; Meier, Beglinger, 2006, p. 523). Malnutrice při CHP je často spojena s postprandiální bolestí a její eliminace často samovolně přinese zvýšení kalorického příjmu a zlepšení nutričního stavu (Meier, Beglinger, 2006, p. 523). Nepravidelná životospráva alkoholiků souvisí s nedostatkem některých potřebných

živin a je také důvodem malnutrice. Stav výživy negativně ovlivňuje i sekundární diabetes mellitus. U nemocných s alkoholickou formou může průjem způsobený autonomní neuropatií také zhoršovat nutriční status (Frič, 2007b, s. 335). Dieta při CHP by měla být spíše hyperkalorická (Frič, 2007b, s. 336; Novotná, 2006, s. 443). Strava je bohatá na sacharidy a bílkoviny, sacharidy omezujeme pouze v případě porušené glukózové tolerance a diabetu mellitu (Meier, Beglinger, 2006, p. 523). Tuky není nutné v souladu s posledními doporučeními omezovat, záleží na individuální toleranci (Dítě et al., 2012, s. 690; Domínguez-Muñoz, 2011, p. 14). Exokrinní pankreatická insuficience patří k pozdním symptomům nemoci. Vyvíjí se pozvolna a projevuje se např. v případě alkoholické CHP v druhé dekádě od začátku onemocnění. V případě idiopatické CHP se příznaky pankreatické maldigesce objevují po 20 - 30 letech nemoci (Frič, 2007b, s. 334). Zásadním pilířem léčby je substituce pankreatických enzymů (Dítě et al., 2012, s. 690; Domínguez-Muñoz, Iglesias-García, 2010, p. 162). Jednoznačně jsou preferovány kapsle s obsahem mikropelet, jejich působení napodobuje nejvíce fyziologii normálního trávení. Měřítkem stanovení úspěšnosti léčby je především zastavení hubnutí pacienta, zlepšení nutričního skóre, ovlivnění vzhledu a frekvence stolice a zlepšení laboratorních parametrů (Frič, 2007b, s. 336; Domínguez-Muñoz, 2011, p. 15). V případě maldigesce tuků nesmí být opomenuta substituce vitamínů rozpustných v tucích, vitamínu B12, kalcia, železa atd. (Domínguez-Muñoz, 2011, p. 14), bývá doporučen příjem antioxidantů (Grigsby, Rodrigues-Rilo, Khan, 2012, pp. 839-840). Výhodné je podávání antisekreční léčby (H2 blokátory, inhibitory protonové pumpy), které snížením pH v duodenu umožňují rychlejší uvolnění enzymů z mikropelet (Frič, 2007b, s. 336; Novotná, 2006, s. 443). Poruchy trávení bývají spojené se střevní dysmotilitou a některým nemocným uleví podávání prokinetik (Dítě et al., 2012, s. 690). Pacienti s těžkým stavem výživy a progresivním hubnutím a/nebo neschopností přijímat perorálně pro silné bolesti (malá odezva na analgetika), nauzeu a zvracení, stenózu duodena, vyžadují nutriční podporu pomocí sippingu, enterální nebo parenterální výživy. 10 - 15% nemocných užívá doplňky výživy (sipping), okolo 5% potřebuje enterální výživu (NJS, PEG) a okolo 1% pacientů je živeno parenterálně (Meier, Beglinger, 2006, p. 523). Bolest je stěžejním symptomem pacienta s CHP a také hlavním důvodem vyhledání lékaře. Terapie bolesti při CHP je problematická a často bývá jen částečně úspěšná (Novotná, 2006, s. 442; Drewes et al., 2008, p. 1624). Analgetická terapie dle WHO, tzv.

„analgetický žebřík“, doporučuje prvotní užití non - opioidních léčiv, poté slabých opiátů a při neúspěchu nasazení silných opiátů (Cruciani, Jain, 2008, p. 231). Také úprava stravy a především dlouhodobá abstinence bývá spojena s úlevou od bolesti. Další prostředky k ovlivnění bolesti zahrnují enzymoterapii (s vyšším obsahem proteáz) (Novotná, 2006, s. 443), užití antioxidantů (Grigsby, Rodriguez-Rilo, Khan, 2012, pp. 839-840), adjuvancií (antidepresiva, antikonvulziva atd.) (Forsmark, 2013, p. 1285; Drewes et al., 2008, p. 1624). Endoskopická terapie může pomoci u nemocných s dilatovaným pankreatickým vývodem, přítomností konkrementů, stenózy vývodu a pseudocyst slinivky (v závislosti na uložení). Úleva od bolesti však bývá pouze dočasná (Rutter et al., 2010, p. 2642). Při selhání konzervativní i endoskopické léčby a nutnosti opakovaných intervencí je zvažována chirurgická terapie spočívající v drenážních nebo resekčních výkonech. (Novotná, 2006, s. 443; Rutter et al., 2010, p. 2646). Nejméně 50% pacientů trpících CHP nakonec vyžaduje nějakou formu chirurgické léčby (Rutter et al., 2010, p. 2645; Guarner et al., 2009, p. 355; anonymous, 2012, p. 36). Dalšími spíše doplňkovými a dočasnými možnostmi terapie bolesti jsou blokáda, nebo neurolýza celiakálního plexu, torakoskopická splanchniektomie, stimulace míchy (anonymous, 2012, p. 38; Lieb, Forsmark, 2009, p. 717). Léčba jednotlivých pacientů je vysoce individuální, nejsou stanoveny standardizované postupy v léčbě a timingu jednotlivých výkonů (anonymous, 2012, p. 40; Rutter et al., 2010, p. 2646). Žádný z léčebných výkonů, které jsou v současné době k dispozici, nemá výraznou dlouhodobou úspěšnost a často také dochází k návratu symptomů (anonymous, 2012, pp. 40-41).

Kauzální terapie CHP je možná pouze při autoimunitní formě nemoci. Pacienti dobře reagují na perorální léčbu kortikoidy, která trvá celkem šest měsíců (Dítě et al., 2011, s. 895).

Počáteční stádia nemoci vyžadují fyzicky nenáročné zaměstnání a vyloučení nočních směn. Nemocní s pokročilou CHP nebo po operačních výkonech (resekce) vyžadují změnu pracovního zařazení, někteří jsou také invalidizováni. Lázeňská léčba je vhodná pro nemocné se zřetelnou pankreatickou insuficiencí a po endoskopických či chirurgických výkonech (Dítě, 2005, s. 133).

Přežívání pacientů s CHP je zkráceno oproti obecné populaci. Většina úmrtí nesouvisí přímo s CHP, spíše je důsledkem jiných onemocnění spojených s užíváním alkoholu, nebo kouřením, jako je rakovina plic, kardiovaskulární nemoci či závažné

infekce (Jupp, Fine, Johnson, 2010, p. 222; anonymous, 2012, p. 41). Nemocní s alkoholickou CHP mají celkově vyšší úmrtnost a také úmrtnost způsobenou malignitou oproti běžné populaci. Mají také horší prognózu ve srovnání s jinými typy CHP (anonymous, 2012, p. 41).

2. Symptomy chronické pankreatitidy jako faktory ovlivňující životní styl nemocných

Pankreatická bolest je dominantním a také nejčastějším příznakem v symptomatologii chronické pankreatitidy. Způsobuje nemocným velké utrpení a také nejvíce negativně ovlivňuje jejich život. Tato kapitola je především věnována problematice bolesti při CHP a jejímu vlivu na životní styl pacientů. Také další symptomy CHP mají vliv na prožívání pacienta, zde je nutné zmínit nauzeu a zvracení, hubnutí, chronické průjmy, steatoreu, vznik pankreatogenního diabetu a jiné komplikace nemoci.

2.1 Vymezení pojmu životní styl, životní styl s chronickou nemocí

Duffková hovoří o životním stylu individua jako o „konzistentním životním způsobu jednotlivce, jehož jednotlivé části se vzájemně odpovídají, jsou ve vzájemném souladu, vycházejí z jednotného základu, mají společné jádro, resp. určitou jednotící linii, tj. jednotný „styl“, který se jako červená linie prolíná všemi podstatnými činnostmi, vztahy, zvyklostmi apod. nositele životního stylu“. Životní styl konkrétního jedince závisí na vnitřním faktoru (celospolečenské, skupinové, rodinné životní podmínky) a subjektivním faktoru (osobnost jednotlivce, jeho konkrétní potřeby, hodnoty, zájmy, aspirace, dovednosti schopnosti apod.). Reakcí na životní podmínky (postoj k nim, jejich hodnocení) vzniká specifický, vlastní životní styl jedince. Různorodost životních stylů je dána rozmanitostí životních podmínek a jedinců samotných (Duffková, 2006, s. 80-81).

Každé onemocnění a zvláště chronické mění životní styl člověka, nutí ho přizpůsobit se novým okolnostem, nové životní situaci (Gulášová, 2005, s. 239). Nemocný se nezávisle na své vůli ocitá v určitých životních podmínkách a má velmi omezenou možnost je ovlivnit a zasahovat do nich. Modifikace životního stylu nemocného je výsledkem adaptace na změněné životní podmínky (Duffková, 2006, s. 83). Vysoce individuální je samotné přijetí nemoci, změny životního stylu, užívání

copingových strategií a adaptačních mechanismů jedince s chronickým onemocněním (Chrastina et al., 2012, s. 310). Nemoc jako dynamický a cyklický jev může měnit aktuální i dlouhodobější (chronické onemocnění) stav nemocného, jeho prožívání, sociální status a nutí jej tvořit a využívat rozličné strategie zvládnání nemoci (Chrastina, Ivanová, Marečková, 2009, s. 195). Změny v běžném životě představují pro nemocného určitou zátěž. Proces adaptace může být aktivní a pasivní, kdy při větších (především tělesných) omezeních si nemocný musí zvykat na vyšší míru pasivní adaptace (Gulášová, 2005, s. 240). Je třeba si uvědomit, jaké oblasti života člověka jsou chronickou nemocí ohroženy. Patří sem ohrožení života a fyzické pohody, tělesné integrity a komfortu, ohrožení nezávislosti, soukromí, autonomie a kontroly. Ohroženo je sebepojetí nemocného a plnění obvyklých sociálních rolí. Hrozba se týká také životního cíle a plánů do budoucna, vztahů s rodinou, přáteli a kolegy, schopnosti zůstat v důvěrně známém prostředí, a je ohrožena ekonomická samostatnost nemocného (Falvo In Chrastina et al., 2011, s. 118). Nemocní mají tendenci uzavřít se do sebe a zároveň se nepoddát a ovládat se a získat zpět duševní vyrovnanost, z čehož pramení řada vnitřních konfliktů. Je změněný emocionální stav, narůstá tenze, mění se reaktivita nemocného, charakteristické jsou pocity strachu, nejistoty, obav, podrážděnosti a bolesti. Osoba s chronickým onemocněním žije přítomností, budoucnost je pro ni nejistá, problematická a obává se jí. Je potřebné, aby nemocný byl aktivní i přes poškození nemocí nebo/a chronickou bolest, spolupracoval v léčbě a věřil v ni i v budoucnost (Gulášová, 2005, s. 240-242).

Rozmanitý je vliv dopadu onemocnění na obvyklý způsob života a denní aktivity nemocného (Chrastina et al., 2011, s. 117). Zmiňovaný dopad chronické nemoci je závislý na povaze onemocnění, stavu před nemocí (premorbidní osobnost), významu nemoci nebo postižení pro jedince, jeho současné životní situaci a stupni rodinné a sociální podpory (Falvo In Chrastina et al., 2011, s. 117). Změny v životním stylu jsou determinovány tzv. limity životního stylu, které vyjadřují subjektivní míru ovlivnění každodenního života nemocného. Zajímá nás, jak se postižený vyrovnává s dopadem onemocnění, tedy jak ho onemocnění limituje v realizaci jeho životního stylu (Chrastina et al., 2012, s. 301).

Chronické onemocnění svým průběhem a dopadem na život nemocného výrazně ovlivňuje jeho životní styl a kvalitu života (Chrastina, Ivanová, Marečková, 2009, s. 193).

Pro postiženého představuje náročnou životní situaci, která může vést jak k pozitivním, tak k negativním změnám v jeho životním stylu (Chrastina, Ivanová, Marečková, 2009, s. 198). Postižený se snaží „sžít s nemocí“ a upravuje si nový způsob života vzhledem ke svým možnostem, schopnostem a dovednostem a přítomnosti nemoci tak, aby mu co nejvíce vyhovoval, mohl jej ovlivnit a dokázal jej dodržovat. Je nutné si uvědomit, že ne všechny aktivity životního stylu zde směřují k podpoře zdraví (Chrastina et al., 2012, s. 312). Výsledný životní styl osoby s chronickým onemocněním je vymezen postojem k nemoci a jejím dopadům a adaptací životního stylu danou nemocí (Chrastina, Ivanová, 2010, s. 157).

2.2 Bolest při chronické pankreatitidě

*„Schmerz ist ein Meister, der uns klein macht,
Ein Feuer, das uns ärmer brennt,
Das uns vom eigenen Leben trennt,
Das uns umlodert und allein macht.“*

(Hesse in Demir et al., 2011, p. 151)

*Bolest je mistr, který nás dělá malými,
oheň, který nás spaluje k chudobě,
ten, který nás odděluje od našich vlastních životů,
ten, který nás zapálí a učiní samotnými.*

(volný překlad autora sdělení)

2.2.1 Charakteristika bolesti při chronické pankreatitidě

Přes četné příčiny a více teorií patogeneze CHP je bolest společným rysem celé této různorodé skupiny nemocných (Goulden, 2013, p. 12). Bolest při CHP postihuje 80-95% pacientů (Frič, 2007a, s. 374; Demir et al., 2011, p. 151). Často se vyvíjí v počátečních stádiích CHP, kdy na slinivce nejsou zřetelné změny identifikovatelné

dostupnými zobrazovacími metodami. V této situaci může být obtížné určit, zda je skutečně bolest způsobena CHP (Forsmark, 2013, p. 1284; Lieb, Forsmark, 2009, p. 712). Zpoždění ve stanovení dignózy je proto v průměru 1,5 roku po nástupu příznaků (Talamini et al., 2001, p. 117). Většina pacientů se zpočátku prezentuje atakami bolesti imitujícími postižení akutní pankreatitidou, se kterou může být snadno zaměněna (Forsmark, 2013, p. 1282; Cruciani, Jain, 2008, p. 230). Většinou bolest nebývá tak intenzivní a zničující jako v případě akutní pankreatitidy (Frič, 2007a, s. 374). U nemocných s CHP byly popsány různé typy bolestivých stavů. Bolest bývá variabilní ve své lokalizaci, závažnosti, frekvenci výskytu a její vyjádření se obvykle mění s postupem choroby (Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 957; Lieb, Forsmark, 2009, p. 712). Rozdílnost projevů bolesti je důvodem, proč by měla být CHP zahrnuta do diferenciální diagnostiky v případech nevysvětlitelných chronických bolestí břicha (Gupta, Toskes, 2005, p. 493). Bolest je zvláště intenzivní v počátečních šesti letech od propuknutí nemoci (Talamini et al., 2001, p. 119). Počáteční fáze se klasicky vyznačuje epizodami tupých bolestí břicha lokalizovaných v epigastriu, šířících se pod oba žeberní oblouky, vyzařujících do zad (Witt et al., 2007, p. 1558; Cruciani, Jain, 2008, p. 230; Goulden, 2013, p. 7) nebo do levého ramene (Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 90). Bolest je dlouhodobá, stálá, různé intenzity, většinou ji však nemocní hodnotí jako velmi závažnou a vysilující (Lukáš, Bortlík, 2004, s. 160). Bolest je hluboká, vnitřní a obvykle difúzní. Někteří nemocní ji přirovnávají k bolesti zubů (Goulden, 2013, p. 7). Trvá obvykle od několika hodin po několik dní až týdnů, třetina nemocných má bolesti déle než 24 hodin (Frič, 2007a, s. 374). Vyvolávajícím momentem je často perorální příjem (dietní chyba, větší množství jídla), silná bolest je spojená s nauzeou a zvracením (Gupta, Toskes, 2005, p. 493; Goulden, 2013, p. 7). Bolest běžně doprovází jiné autonomní a motorické symptomy jako je pocení, křeče ve střevech, bušení srdce a nadýmání (Goulden, 2013, p. 7). Zhoršení bolesti nastává 20-30 minut po požití stravy (Puylaert et al., 2011, p. 495). Vazba bolesti na příjem stravy způsobuje značnou ztrátu hmotnosti nemocných, kteří ze strachu před vyvoláním bolestí raději nejedí (Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 90; Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 957). Alkoholový exces při alkoholické CHP je rovněž mechanismem provokujícím vznik bolestí, je udáván mnohahodinový, přibližně 12-48 hodin trvající interval, mezi větším příjmem alkoholu a její prezentací (Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 90; Lukáš, Bortlík, 2004, s. 162). Dalším spouštěcím

mechanismem bolesti může být porucha pasáže pankreatického sekretu vývodným systémem. Podstata patofyziologie spočívá ve zvýšení pankreatické sekrece a/nebo duktální hypertenzi (Frič, 2007a, s. 374). Epizody mohou být tak závažné, že vyžadují hospitalizaci (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 324) a nezdědka vyžadují analgetizaci opiáty (Lukáš, Bortlík, 2004, s. 161). Úleva od bolesti nastává při předklonu dopředu a nemocní jsou nuceni zachovávat tuto tzv. jack-knife polohu (Gupta, Toskes, 2005, p. 493; Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 90). Jiný autor udává úlevu při poloze vsedě s přitáženými koleny (Frič, 2007a, s. 374). Někteří pacienti udávají maximum bolesti v odpoledních či večerních hodinách (Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 90), bolest bývá často noční (Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 957), někdy vzniká ve spánku v poloze na zádech (Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 90). Mezi jednotlivými epizodami bolesti jsou většinou pacienti zcela bez obtíží (Cruciani, Jain, 2008, p. 230) nebo mají lehké dyspeptické obtíže jako nadýmání, pocit plnosti, nechutenství. Intervaly mezi atakami představují zpočátku měsíce až roky, ale s postupem nemoci se zkracují a bolest bývá intenzivnější. Epizody bolesti přestávají být v pozdějších fázích následkem dietní chyby nebo příjmu alkoholu a vznikají bez zřetelného výbavného momentu (Frič, 2007a, s. 374). Později, v průběhu nemoci, se často bolesti stávají více či méně trvalými a prakticky chybí plná úleva (Lukáš, Bortlík, 2004, s. 163; Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 957). Chronické každodenní tupé bolesti v nadbříšku jsou často ztěžovány závažnými exacerbacemi bolesti (Lieb, Forsmark, 2009, p. 707). Vzplanutí bolesti nemusí nutně znamenat nové poškození žlázy. Ataka bolesti přichází nečekaně, bez varování a „z ničeho“ a pacienti ji charakterizují slovy „roztrhnutí, prasknutí, bodnutí, drcení, elektrický šok“ (Goulden, 2013, p. 7). Někteří autoři obecně rozdělují bolest při CHP na dva typy. Typ A je charakterizován epizodami bolesti různé intenzity v trvání do několika týdnů, které se střídají s obdobími bez příznaků. Je často spojen s časným stádiem choroby. Typ B se vyznačuje stálou (denní) či dlouhodobou, různě závažnou bolestí s/nebo bez exacerbací a je spojován s progresí nemoci a přítomností komplikací (pseudocysta, změny pankreatického vývodu, stenóza žlučového) (Lukáš, Bortlík, 2004, s. 160; Puylaert et al., 2011, p. 495; Mullady et al., 2011, p. 82). Tomuto popisu se zcela vymykají výsledky studie z USA, kdy nebyl nalezen žádný vztah mezi délkou onemocnění a závažností nebo frekvencí bolesti (Mullady et al., 2011, p. 82). Bolest je symptomem obsahujícím organickou i psychogenní složku. Na základě toho byly

popsány tři typy bolesti, nociceptivní, neuropatická a psychogenní. V závislosti na povaze, trvání a rozsahu onemocnění a přítomnosti psychologické/psychiatrické komorbidity mohou být tyto tři typy viděny odděleně nebo souběžně (Cruciani, Jain, 2008, p. 230). S postupem nemoci může u některých nemocných bolest ustupovat nebo dokonce zmizet. Předpokládá se, že tento „fenomén vyhoření“ nastává s progresí nemoci, vznikem endokrinní pankreatické insuficience a kalcifikací (Tattersall, Apte, Wilson, 2008, p. 595; Forsmark, 2013, p. 1284). Zmírnění či ústup bolestí v průběhu času ovšem není univerzální a nelze předpokládat (Lieb, Forsmark, 2009, p. 324). Není vhodné pasivně sledovat pacienty s bolestí v naději, že bolest spontánně vymizí (Gupta, Toskes, 2005, p. 493). Pacientům by nemělo být řečeno, že se jejich bolest pravděpodobně zlepší v průběhu času. Je možné, že dřívější a agresivnější léčba bolesti může zabránit nebo oddálit centrální přestavbu spojenou s těžko zvladatelnými příznaky (Mullady et al., 2011, p. 83).

2.2.2 Vliv bolesti při CHP na životní styl pacienta

Pokud by člověk musel vybrat jednu z viscerálních poruch, která doslova vládne nad životy pacientů, pak by to byla s největší pravděpodobností bolest v důsledku CHP (Demir et al., 2011, p. 151). Bolesti břicha u CHP jsou vážným klinickým problémem a vedou k výrazně snížené kvalitě života (Witt et al., 2007; Forsmark, 2013, p. 1284; Bornman et al., 2003, p. 1175; Westlund, 2009, p. 483). Bolest je také symptomem, který nejvíce ovlivňuje kvalitu života pacienta (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 324). Je nejčastějším příznakem, kvůli kterému pacient vyhledá lékařskou péči (Forsmark, 2013, p. 1284). Nemocný s CHP je z důvodu vysilujících bolestivých stavů obvykle nucen postupem času vyhledat celou škálu specialistů a podstupovat velkou řadu vyšetření a zákroků, což je spojeno s častými hospitalizacemi (Grigsby, Rodriguez-Rilo, Khan, 2012, p. 835; Rutter et al., 2010, p. 2642; Goulden, 2013, p. 1). Pro velkou část pacientů je bolest tak silná, že všechny myšlenky nemocného v bdělém stavu jsou věnovány bolesti a na žádné jiné věci nezáleží (Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 957). Je to bolest, která nemocné nikdy neopouští. Je dominantou všech aspektů každodenního života a dopadá nejen na život pacienta, ale i na životy jejich přátel a rodiny (Goulden, 2013, p. 7). Pacienti s CHP cítí, že bolest ovlivňuje jejich fyzické a kognitivní fungování, sociální interakce, psychické zdraví, vitalitu a celkový

pocit pohody (Forsmark, 2006, p. 117). Bolest při CHP je obtížně léčitelná (Skipworth, Shankar, Pereira, 2010, p. 26), je frustrujícím a náročným symptomem pro nemocného i lékaře (Lieb, Forsmark, 2009, p. 706; Di Sebastiano et al., 2004, p. 267). V mnoha případech zůstává refrakterní vůči účinné léčbě a přes množství procedur může dopad onemocnění přetrvávat po dlouhou dobu (Goulden, 2013, p. 13). Průzkumy u pacientů uvádí, že 32% z nich je ochotno vyzkoušet nové terapie pro úlevu od bolesti (Westlund, 2009, p. 484). Bohužel zatím stále není stanovena jednotná léčebná strategie, která by účinně eliminovala bolest a utrpení nemocných s CHP (Goulden, 2013, p. 13). Bolest při CHP tak zůstává nevyřešeným zdravotním problémem ve společnosti (Jongsma et al., 2011, p. 1). Často opakovaná, intenzivní a dlouhotrvající bolest může být spojena s podvýživou (Drewes et al., 2008, p. 1616). Nemocní se často vyhýbají pravidelným jídlům ze strachu z bolesti spojené s příjmem stravy. Mají proto provázané problémy s malabsorpcí (exokrinní insuficience) a úzkostí, kterou trpí při představě jídla vyvolávajícího záchvat bolesti (Goulden, 2013, p. 7). Silná bolest také významně snižuje chuť k jídlu (Witt et al., 2007, p. 1558; Westlund, 2009, p. 483). Při ztrátě 20% tělesné hmotnosti a více, může nastat problém s narušením imunity (Westlund, 2009, p. 483). Mnoho pacientů vyžaduje dlouhodobou analgezií (Rutter et al., 2010, p. 2642). Bolest často vede k nadměrnému užívání léků, včetně narkotik (Grigsby, Rodriguez-Rilo, Khan, 2012, p. 835). Pacienti s CHP často trpí depresemi z důvodu jejich chronických bolestivých stavů (Puylaert et al., 2011, p. 497; Chauhan, Forsmark, 2010, p. 328), a ty mohou přispět ke špatnému výsledku léčby bolesti. Chronická bolest byla označena jako nejdůležitější faktor způsobující stres u pacientů s CHP (Balliet et al., 2012, p. 2). Někteří nemocní se mohou uchýlit k sebevraždě pro neřešitelný stav bolesti (Westlund, 2009, p. 484). Když je léčba bolesti neúčinná, pacienti mají pocity beznaděje a izolace (Mullady et al., 2011, p. 81). Deprese může být umocněna odnětím alkoholu (Skipworth, Shankar, Pereira, 2010, p. 26). Dlouhodobá bolest nemocného vysiluje a může vést k tomu, že se ji snaží mírnit nevhodnými prostředky a tím zhorší svůj stav. V české studii 52% osob závislých na alkoholu a jiných návykových látkách uvedlo, že bolest byla důvodem recidivy závislosti (Nešpor, 2003, s. 34). Silná bolest je příznakem, který pacienty omezuje (Rutter et al., 2010, p. 2642) a znemožňuje jim vykonávat běžné denní aktivity (Lukáš, Bortlík, 2004, s. 160). Postižena je také schopnost oddávat se společenským a sportovním aktivitám (Jongsma et al., 2011, p. 8). Bolest při CHP je

spojena s významnými sociálně - ekonomickými problémy (Forsmark, 2013, p. 1284; Drewes et al., 2008, p. 1616). Nemocní mají sníženou schopnost pracovat a často se stávají nezaměstnanými (Jongsma et al., 2011, p. 1; Grigsby, Rodriguez-Rilo, Khan, 2012, p. 835; Goulden, 2013, p. 8) nebo odchází do předčasného důchodu (Wehler et al., 2004). Chronická bolest je spojená s poruchou kognitivních funkcí. Mnoho pacientů s chronickou bolestí si stěžuje na změnu v této oblasti. U pacientů s CHP se závažnými bolestmi byl zkoumán kognitivní výkon. Byly posuzovány tři domény, psychomotorická výkonnost, paměť a exekutivní funkce. Analýza dat prokázala snížení v těchto doménách u pacientů s CHP ve srovnání se zdravými kontrolami. Nejvýznamnější pokles byl zaznamenán v případě psychomotorické výkonnosti a exekutivních funkcí. Doba trvání se zdála být nejsilnějším prediktorem pozorovaného úbytku kognitivních funkcí. Dalšími méně významnými faktory, ovlivňujícími kognitivní funkce, byly depresivní symptomy, poruchy spánku, užívání opiátů a historie zneužívání alkoholu (Jongsma et al., 2011, p. 1). Prospektivní kohortová studie z USA (540 pacientů) hodnotila jednotlivé typy bolesti ve vztahu k postižení nemocných. Zajímavým zjištěním zde bylo to, že kontinuální bolesti (bez ohledu na závažnost), způsobují nemocným větší postižení a více je obtěžují, než intermitentní bolesti, třeba i větší závažnosti (Mullady et al., 2011, p. 77). Naopak studie z Polska zaznamenala vyšší vliv závažnosti bolesti oproti její frekvenci na kvalitu života nemocného (Mokrowiecka et al., 2010, p. 39). Readmise jsou v případě pacientů s CHP běžné (Goulden, 2013, p. 8). Tito pacienti mají obvykle za sebou dlouhou historii oslabujícího onemocnění s častými hospitalizacemi, epizodami nepoddajné bolesti a mnohočetnými intervencemi (Rutter et al., 2010, p. 2642). Opakované hospitalizace mají za následek to, že zdravotnický personál pacienty dobře zná. Nemocniční prostředí a péče jim poskytuje bezpečné útočiště. Nejen bolest, ale i mnohé další faktory vlivu onemocnění na život pacienta (nezaměstnanost, finanční potíže, narušené osobní vztahy, sociální izolace atd.) mohou být důvodem pro vyhledávání svatyně nemocničního lůžka (Goulden, 2013, pp. 7-8).

2.3 Další symptomy chronické pankreatitidy jako faktory ovlivňující životní styl nemocného

Problematika vlivu dalších příznaků CHP na životní styl nemocného není v dostupných publikacích dostatečně popsána. To napovídá, že bolest je opravdu dominantním jevem obtěžujícím nemocné a další příznaky moc nepřidávají výslednému strádání nemocného. Uvedené poznatky byly získány převážně ze studií kvality života nemocných s CHP, které objektivizují a kvantifikují vliv symptomů na prožívání pacientů.

Závažnost příznaků souvisejících s CHP je přímo spojena s fungováním pacienta a jeho celkovou spokojeností (Wehler et al., 2004). Nauzea a zvracení většinou doprovází výskyt bolestí při CHP a exacerbace nemoci (Lukáš, Bortlík, 2004, s. 163; Chauhan, Forsmark, 2010, p. 324, Puylaert et al., 2011, p. 495; Goulden, 2013, p. 7). Progrese nemoci vrcholící chronickou bolestí, nevolností a zvracením výrazně zhoršuje fyzické a psychosociální fungování (Balliet et al., 2012, p. 1). Problémy se zažíváním mají značné dopady na kvalitu života (Mokrowiecka et al., 2010, p. 43). Pacienti s CHP mají vysoký výskyt dysmotility, což může zhoršit jejich bolesti (Gupta, Toskes, 2005, p. 493). Často si stěžují na řadu nepříjemných gastrointestinálních symptomů, včetně malnutrice, intolerance tuků, anorexie a průjmu (Balliet et al., 2012, p. 1). Některé studie kvality života poukázaly na to, že průjem přispívá k jejímu snížení (Forsmark, 2006, p. 117). Chronický průjem má vliv na zhoršené vnímání zdravotního stavu (Wehler et al., 2004). Nízká tělesná hmotnost (BMI) negativně ovlivňuje tělesné i duševní fungování pacienta (Wehler et al., 2004; Wehler et al., 2003, pp. 1086-1088; Pezzilli et al., 2005; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 587) a je spojena se zhoršeným vnímáním zdravotního stavu (Wehler et al., 2004; Pezzilli et al., 2005). Ztráta hmotnosti, podle některých studií, přispívá ke snížení kvality života (Forsmark, 2006, p. 117). Zvýšení hmotnosti a tedy i BMI pozitivně působí na fyzické a sociální funkce, emocionální role, stav bolestí a vnímání zdravotního stavu (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 587). Zvýšení BMI pozitivně ovlivňuje fyzické (Pezzilli et al., 2007a) i duševní fungování pacienta (Pezzilli et al., 2006b). Diabetes mellitus, zejména když je závislý na inzulínu, má velmi negativní dopad na kvalitu života (Talamini et al., 2001, p. 121). Diabetes

poškozuje tělesné a duševní fungování (Wehler et al., 2004; Wehler et al., 2003, p. 1088; Pezzilli et al., 2005). Jen polská autorka uvádí, že diabetes jako pozdní následek CHP nemění výslednou kvalitu života (Mokrowiecka et al., 2010, p. 44). Komplikace CHP mají významný vliv na fyzické funkce (Pezzilli et al., 2005). Komorbidity významně nemění výslednou kvalitu života (Pezzilli et al., 2005; Pezzilli et al., 2006b; Mokrowiecka et al., 2010, p. 44). Chronická bolest přemůže dokonce i negativní vliv jiných komorbidit vzhledem ke kvalitě života (Forsmark, 2006, p. 117). Pouze ve skupině nemocných, hodnocených německým autorem, přítomnost komorbidit představovala další snížení kvality života (Wehler et al., 2004).

2.4 Ostatní změny v životním stylu nemocného v souvislosti s CHP

Celkový obraz pacienta zahrnuje omezení v práci a společenských aktivitách, doma a v manželském životě, coping a stresující události (Mokrowiecka et al., 2010, p. 39). CHP ovlivňuje všechny aspekty života nemocného, práci, volný čas, cestování a vztahy (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 584). V italské studii přiznala většina nemocných žen rozpaky v diskusi o jejich nemoci se svými přáteli. Jako důvod uvedli skutečnost, že většina lidí věří, že CHP je výhradně alkoholického původu a tento předpoklad může mít negativní vliv na přátelství (Pezzilli et al., 2006b). Pacientovy copingové strategie jsou ovlivněny závažností fyzických a emocionálních příznaků i externími faktory, jako jsou finanční problémy a postavení v zaměstnání (Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 259), dalšími závažnými problémy jsou únava, strach z budoucnosti a poruchy spánku (Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 259; Fitzsimmons et al., 2005). Přítomnost velké řady oslabujících příznaků a možnost komplikací (včetně rakoviny) může závažně ovlivnit život nemocného (Mokrowiecka et al., 2010, p. 40). Celkové postižení nemocí je vyšší u mladších pacientů ve srovnání se staršími (Pezzilli et al., 2005; Wehler et al., 2004; anonymous, 2012, p. 43). Velice důležité je sledovat mladší nemocné a identifikovat veškerá znamení indikující potřebu psychologické podpory (anonymous, 2012, p. 43). CHP má značné sociálně-ekonomické důsledky, které jsou způsobené přetrváváním bolestí a častými hospitalizacemi. Vedou k dlouhodobé pracovní neschopnosti a předčasnému odchodu do důchodu u převážně mladých lidí (Kaťuchová, Radoňák, 2011, s. 378). CHP má

hluboký dopad na pracovní činnost (Gardner et al., 2010). Socioekonomická situace pacientů s CHP se zdá být neuspokojivá. Velká řada nemocných s CHP je nezaměstnaná nebo v předčasném důchodu v důsledku CHP (Mokrowiecka et al., 2010, p. 45; Wehler et al., 2004; Gardner et al., 2010). Ztráta práce negativně ovlivňuje některé symptomy onemocnění (bolest, nevolnost, zvracení) a kvalitu spánku (Mokrowiecka et al., 2010, p. 45) a je negativně spojená s vnímáním zdravotního stavu (Wehler et al., 2004). Nemocní s CHP hlásí značné obtíže v sociálním a emocionálním fungování. Vyšší míra klinické deprese a úzkosti (zvláště při etylické etiologii CHP) a různé sociální a fyzické proměnné, mohou spolupůsobit a vytvářet sníženou kvalitu života. Špatné duševní zdraví je u pacientů s CHP běžné (Wehler et al., 2004; Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 259). Různé zdravotní problémy, jako chronická bolest, diabetes, alkoholismus, ztráta zaměstnání atd., jsou spojeny s podstatným rizikem nástupu depresivních poruch, kdy prevalence je více než 20% (Wehler et al., 2004). Deprese hlášené nemocnými s CHP zhoršují nejen bolesti, ale i fyzické a duševní fungování (Balliet et al., 2012, pp. 2-3). Běžná je sociální izolace nemocných a obavy z body image (Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 259). V prospektivní multicentrické studii z USA byly předmětem hodnocení mimo jiné zkušenosti nemocných s CHP se zdravotní péčí. 80% respondentů uvedlo, že s nimi minimálně na jedné návštěvě nebylo zacházeno s respektem a důstojností. 45% z nich bylo označeno za alkoholiky a 29% procent za osoby vyhledávající léky. To napovídá, že by mělo být vyvinuto úsilí ke zlepšení zkušeností těchto nemocných se zdravotní péčí (Gardner et al., 2010).

3. Změny životního stylu nemocných v souvislosti s terapií chronické pankreatitidy

Terapie chronické pankreatitidy spočívá v dietetických opatřeních, případné nutriční podpoře, úpravě exokrinní a endokrinní činnosti slinivky břišní, medikamentózní léčbě bolesti a dále výkonech endoskopických či chirurgických. Je nutné si uvědomit, že převážná většina pacientů s CHP je závislá na alkoholu, nikotinu či jiných návykových látkách. Dosáhnout u těchto pacientů compliance v léčbě a režimových opatřeních je velice těžké, mnohdy až nemožné. Léčba bolesti je velkou výzvou pro celý tým pečující o tyto nemocné. Ovlivnění bolesti je leckdy možné jen s pomocí silných analgetik ze skupiny opioidů, u nemocných tak hrozí riziko závislosti a projevů nežádoucích účinků narkotik.

3.1 Odvykání alkoholu a kouření

Zásadním požadavkem v léčbě CHP je abstinence alkoholu (Hondl, 2002, s. 183; Novotná, 2006, s. 444; Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 92; Puylaert et al., 2011, p. 496; Meier, Beglinger, 2006, p. 522). Absolutní a dlouhodobá abstinence je předpokladem úspěšné léčby (Dítě et al., 2012, s. 689; Cachago, Draganov, 2008, p. 3145). Dokonce i těm pacientům, kteří mají jiné příčiny vzniku CHP než alkohol, se důrazně doporučuje jeho vyloučení ze života (Goulden, 2013, p. 8). Abstinence zpomaluje progresivní průběh nemoci (Špičák, 2001, s. 276; Frič, 2007a, s. 375; Jupp, Fine, Johnson, 2010, p. 219; Chauhan, Forsmark, 2010, p. 326). Profil pacienta s CHP obsahuje ve většině případů historii zneužívání alkoholu (Goulden, 2013, p. 7). Léčba pacientů s alkoholickou formou nemoci je obtížná v důsledku jejich nesčetných psychosociálních problémů spojených se závislostí na alkoholu (Balliet et al., 2012, p. 3). Alkoholická CHP je onemocněním typicky postihujícím muže ve středním věku a nižších tříd ve smyslu vzdělání a zaměstnání. Vysokoškolské vzdělání je výjimkou (Špičák, 2001, s. 274). První kontakt s alkoholem je časný, brzy se rozvíjí i pravidelný abúzus (Špičák et al., 2011, s. 1045). Počátek konzumace alkoholu je těmito pacienty

udáván mezi 17. a 19. rokem věku (Špičák, 2001, s. 274). Pokud dokáží nemocní zákaz pití dodržet, dá se předpokládat ovlivnění symptomatologie onemocnění, především bolesti. U některých nemocných je však tato pozitivní změna popudem k opětovné konzumaci alkoholu (Dítě, Novotný, Nechutová, 2008, s. 41). Souvislost ústupu pankreatické bolesti při abstinenci však není úplně jednoznačná (Novotná, 2006, s. 444; Forsmark, 2013, p. 1285). Bolest je alkoholem ovlivněná především u nemocných s opakovanými vzplanutími CHP, kdy je provokována alkoholickými excesy. Nemocní s trvalou bolestí nerozeznávají tolik účinek abstinence (Frič, 2007a, s. 375). Informaci podporuje i studie z USA, která poukázala na spojitost konstantní povahy bolesti s intenzivní konzumací alkoholu, a intermitentní charakter s abstinencí. Jev si autoři vysvětlili tak, že nemocní s občasnou bolestí mají možnost s alkoholem experimentovat a přitom zjišťují, že se jejich příznaky horší, proto se konzumaci alkoholu vyhýbají. Nemocní se stálou bolestí potom nejsou schopni vnímat rozdíly v jejich bolesti, když aktivně konzumují alkohol, a proto jej nikdy nepřestanou užívat (Mullady et al., 2011, p. 83). Bolestivé ataky však nejsou podmíněny pokračující konzumací alkoholu, trápí nemocného i v období prokazatelné abstinence (Lukáš, Bortlík, 2004, s. 163). Jak onemocnění CHP postupuje, tolerance příjmu alkoholu se snižuje (Špičák, 2001, s. 274). Vstupní terapie by měla obsahovat velké úsilí směřující k podpoře abstinence nemocného (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 326). Povzbuzení a podpora v odvykání alkoholismu je nezbytná také pro zlepšení celkového stavu pacienta a prodloužení jeho přežití (Jupp, Fine, Johnson, 2010, p. 219; Chauhan, Forsmark, 2010, p. 326). Většina pacientů totiž zemře na nemoci související s jejich špatným životním stylem spíše než na chronickou pankreatitidu (Jupp, Fine, Johnson, 2010, p. 228). Dosáhnout abstinence u těchto nemocných je však velmi obtížným úkolem a někdy je to téměř nemožné (Frič, 2007a, s. 375). Tuto informaci podporují výsledky studií kvality života nemocných s CHP, kde nezanedbatelné množství nemocných přiznalo pokračující abúzus alkoholu (Wehler et al., 2004; Pezzilli et al., 2005; Pezzilli et al., 2006b; Mullady et al., 2011, p. 83). Přibývají také nemocní, kteří jsou závislí i na dalších látkách mimo alkohol (Frič, 2007a, s. 375). Nemocný obvykle nepřizná skutečnou míru konzumace alkoholu, takže údaje jsou často jen orientační (Špičák et al., 2011, s. 1048). Pacienti s CHP často potřebují významnou pomoc s odvykáním pití alkoholu (Skipworth, Shankar, Pereira, 2010, p. 26; anonymous, 2012, p. 43). Léčba závislosti na alkoholu není pouze medicínským problémem.

Pokud člověk nemá zkušenosti v této oblasti, měl by nemocného odkázat na příslušné odborníky (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 332). Je nutné spolupracovat s příslušnými institucemi z důvodu zajištění resocializace těchto pacientů (Špičák, 2001, s. 276). Přijetí aktivního přístupu k podpoře abstinence, spolu se směřováním nemocného k odpovídajícímu poradenství a podpoře, je mnohem účinnější, než pouhé doporučení abstinence v rámci ambulantní konzultace (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 326). Abstinence je podmíněna pečlivou dispenzarizací nemocných, posílí ji také vytvoření osobního vztahu mezi lékařem a nemocným (Frič, 2007a, s. 375).

S užíváním alkoholu je tradičně spjata kuřáctví (Špičák et al., 2011, s. 1048). V případě alkoholické CHP je silné kuřáctví prakticky podmínkou (Špičák, 2001, s. 274). Studie kvality života nemocných s CHP ukázaly, že často více než polovina pacientů stále kouří (Wehler et al., 2004; Pezzilli et al., 2005; Pezzilli et al., 2006b; Mullady et al., 2011, p. 83; Mokrowiecka et al., 2010, p. 41). Všem pacientům s CHP by měla být poskytnuta podpora v odvykání kouření (Goulden, 2013, p. 8; Skipworth, Shankar, Pereira, 2010, p. 26; Forsmark, 2013, p. 1285; Witt et al., 2007, p. 1570; Puylaert et al., 2011, p. 496). Kouření je nezávislým rizikovým faktorem vzniku CHP, urychluje progresi nemoci a zhoršuje vnímání bolesti (Goulden, 2013, p. 8). Odborníci na závislost jsou toho názoru, že kuřáctví se neodnaučí ani ti, kteří odvykli alkoholu (Špičák et al., 2011, s. 1048).

3.2 Oblast výživy nemocných s chronickou pankreatitidou

3.2.1 Dietní omezení v souvislosti s chronickou pankreatitidou, užívání pankreatických enzymů

V souvislosti s onemocněním CHP je nutné, aby pacienti dodržovali dietní doporučení a podrobili se určitým omezením, týkajícím se stravování. Dle směrnice vytvořené ESPEN může být až 80% nemocných s CHP adekvátně léčeno normální stravou doplněnou pankreatickými enzymy (Meier et al., 2006, p. 275). Dodržování správného dietního režimu by mělo zlepšit symptomatologii onemocnění a pozitivně ovlivnit pacientův nutriční stav (Meier, Beglinger, 2006, p. 523). Dieta při CHP by

měla být spíše hyperkalorická (Dítě, Novotný Dolina, 2005, s. 94), důvodem je mimo jiné i častý zvýšený klidový výdej energie u těchto nemocných (Meier, Beglinger, 2006, p. 523).

Onemocnění CHP je charakteristické maldigescí tuků, projevující se steatoreou. Klasicky je počáteční přístup k pacientům s exokrinní insuficiencí pankreatu spojen s omezením příjmu tuků ve snaze steatoreu snížit. V tomto případě je obecně doporučována strava s obsahem tuku menším než 20g za den (Domínguez-Muñoz, 2011, p. 14). Také někteří další autoři doporučují snížení příjmu tuků ve stravě (Kařuchová, Radoňak, 2011, s. 379; Goulden, 2013, p. 8). Novější postupy však schvalují obvyklé množství tuků v dietě za předpokladu, že je zde optimální substituce pankreatickými enzymy (Grofová, 2008, s. 179; Frič, 2007b, s. 336; Dítě et al., 2013, s. 66; Witt et al., 2007, p. 1569; Domínguez-Muñoz, 2011, p. 14; Meier et al., 2006, p. 282). Nemocní s CHP by měli přijímat tuky potravou dle individuální tolerance, aby se zajistil dostatečný kalorický příjem. Tuky jsou totiž hlavním zdrojem energie (Frič, 2007b, s. 336; Meier, Beglinger, 2006, p. 523). Omezení příjmu tuků je spojeno se sníženým vstřebáváním vitamínů rozpustných v tucích, které je u nemocných s CHP už tak nízké. Omezení tuků již nelze považovat za pravidlo při léčbě pacientů s exokrinní insuficiencí pankreatu (Domínguez-Muñoz, 2011, p. 14). Je doporučováno přijímat tuky v množství 20 - 40% celkového energetického příjmu (Grofová, 2008, s. 179; Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 94; Novotná, 2006, s. 444; Meier, Beglinger, 2006, p. 523). Je nutné omezit živočišné tuky a nahradit je rostlinnými (Dítě et al., 2012, s. 689). Rostlinné tuky bývají dobře snášeny. Preferovány by měly být kvalitní rostlinné oleje s dostatečným množstvím esenciálních mastných kyselin, margarín a máslo (Grofová, 2008, s. 179; Frič, 2007b, s. 336; Špičák, 2001, s. 275; Hondl, 2002, s. 183; Novotná, 2006, s. 444). Tuky by měly být co nejvíce v původním stavu (Frič, 2007b, s. 336). V případě, že je nutné příjem tuků ve stravě snížit (steatorea nereagující na substituční léčbu pankreatickými enzymy) nebo doplnit energii, je vhodné užití triglyceridů se středním řetězcem (MCT oleje) (Grofová, 2008, s. 179; Frič, 2007b, s. 336; Dítě et al., 2012, s. 689; Špičák, 2001, s. 275; Hondl, 2002, s. 183; Witt et al., 2007, p. 1569; Meier, Beglinger, 2006, p. 523; Domínguez-Muñoz, 2011, p. 14). Nevýhodou MCT olejů je především jejich chuť, absence esenciálních mastných kyselin, menší energetická hodnota, vysoká cena a fakt, že mohou u nemocných způsobovat gastrointestinální potíže (průjem, nauzea, křeče) (Grofová,

2008, s. 179-180; Špičák, 2001, s. 275; Witt et al., 2007, p. 1569; Meier, Beglinger, 2006, p. 523). V souvislosti s maldigescí tuků je nutné substituovat především vitamíny rozpustné v tucích (A, D, E, K), vitamíny skupiny B, kyselinu listovou, antioxidanty (selen) a mnoho dalších minerálních látek (Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 94; Hondl, 2002, s. 183; Novotná, 2006, s. 444; Goulden, 2013, p. 8; Meier, Beglinger, 2006, p. 523). Nedostatek vitamínů rozpustných v tucích se vyskytuje především u pacientů s pokračujícím abúsem alkoholu (Witt et al., 2007, p. 1569).

Dieta při onemocnění CHP má být bohatá na sacharidy (Grofová, 2008, s. 179; Meier, Beglinger, 2006, p. 523), především pokud je nutné omezit tuky, kdy se jejich podíl zvyšuje až na 65 - 70% celkové energetické hodnoty (Frič, 2007b, s. 336; Novotná, 2006, s. 444). Přednostně by měly být konzumovány polysacharidy (Špičák, 2001, s. 275; Hondl, 2002, s. 183), jednoduché cukry (např. bonbóny, čokoládu) je nutné vyloučit, protože zhoršují průjem (Grofová, 2008, s. 180; Hondl, 2002, s. 183). Pokud je u nemocného zjištěna porucha glukózové tolerance nebo diabetes mellitus, je samozřejmě nevyhnutelné příjem sacharidů ve stravě omezit (Grofová, 2008, s. 179; Dítě, Novotný, Nechutová, 2008, s. 42; Meier, Beglinger, 2006, p. 523). Vhodná je standardní diabetická dieta (Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 94), nemocní by měli přijímat zvýšené množství komplexních sacharidů (Perušičová, 2004, s. 377). Při nutnosti sníženého příjmu cukrů je obtížné zachovat dostatečný kalorický příjem a nemocní často potřebují nutriční podporu (sipping) (Grofová, 2008, s. 179).

Strava nemocného má obsahovat zvýšené množství bílkovin (Grofová, 2008, s. 179; Dítě, Novotný, Nechutová, 2008, s. 42; Meier, Beglinger, 2006, p. 523), preferovány jsou bílkoviny lehce stravitelné, jako jsou nízkotučné mléčné výrobky, libová masa - kuře, krůta, králík, hovězí, telecí, vepřová kýta a panenka, vaječný bílek, netučné ryby (Grofová, 2008, s. 179; Špičák, 2001, s. 275; Hondl, 2002, s. 183). Celkové množství bílkovin 1 - 1,5 g/kg/den (Grofová, 2008, s. 179; Novotná, 2006, s. 444; Meier, Beglinger, 2006, p. 523), 30% celkového denního příjmu energie (Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 94).

Nedoporučuje se zvýšený příjem vlákniny z důvodu pomalejšího vstřebávání živin, vázání pankreatických enzymů a zvyšování objemu stolice (Kaňuchová, Radoňak, 2011, s. 379; Grofová, 2008, s. 180; Špičák, 2001, s. 276; Meier, Beglinger, 2006, p. 523; Domínguez-Muñoz, 2011, p. 14). Z příloh je proto vhodná rýže,

těstoviny nebo brambory vzhledem k nízkému obsahu vlákniny (Hondl, 2002, s. 183), je doporučováno bílé pečivo (Novotná, 2006, s. 444).

Nemocní by také měli vyloučit nápoje zvyšující žaludeční sekreci, jako je černá káva a čaj (Kaťuchová, Radoňak, 2011, s. 379; Grofová, 2008, s. 180; Hondl, 2002, s. 183). V dietě je nutno vyhnout se potravinám, které jsou těžko stravitelné a působí problémy i zdravým lidem - luštěniny, houby, nadýmavá zelenina, ovoce (Špičák, 2001, s. 275; Grofová, 2008, s. 180; Domínguez-Muñoz, 2011, p. 14). Nevhodné jsou přepalované tuky, majonéza, překořeněná jídla (Grofová, 2008, s. 180). Strava by měla být dobře mechanicky i tepelně upravena (Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 94). Nejvhodnějšími způsoby přípravy jídla je vaření, dušení, pečení nebo grilování bez tuku. Nejméně vhodnou úpravou je smažení (Grofová, 2008, s. 180; Novotná, 2006, s. 444).

Dietní úprava zahrnuje i změnu režimu stravování. Vhodný je častější příjem stravy (4-6krát denně) o menším objemu (Frič, 2007b, s. 336; Novotná, 2006, s. 444; Grofová, 2008, s. 179; Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 94; Domínguez-Muñoz, 2011, p. 14), důležité je důkladné rozmělnění stravy v ústech (Grofová, 2008, s. 179).

Dodržet všechna tato doporučení, a přitom si zajistit dostatečný kalorický příjem, může být pro nemocné velice obtížné. Potřebná je spolupráce s nutričními terapeuty. Je nutný individuální přístup k pacientům, každý z nich má jiné nároky na energii a potřebu živin. Splňovat tyto potřeby je velice důležité proto, aby byla nutrice dostačující (Grofová, 2008, s. 180).

Spolu s dietní úpravou je nutné v rámci konzervativní terapie CHP nahrazovat pankreatickou exokrinní insuficienci léky s obsahem pankreatických enzymů (Frič, 2007b, s. 336; Dítě et al., 2013, s. 66; Špičák, 2001, s. 276; Hondl, 2002, s. 183; Novotná, 2006, s. 444; Meier, Beglinger, 2006, p. 523; Domínguez-Muñoz, 2011, p. 12). Starší publikace poskytují informaci, že indikací k zahájení substituce pankreatickými enzymy je přítomnost tuku ve stolici větší než 15 g za den, hubnutí pacienta, průjmy a dyspeptické obtíže (Špičák, 2001, s. 276; Vavrečka, 2007, s. 521). Novější literatura říká, že léčbu pankreatickými enzymy je nutno zahájit neprodleně po zjištění exokrinní pankreatické insuficience (Dítě et al., 2012, s. 690; Domínguez-Muñoz, Iglesias-García, 2010, p. 162). Jednoznačně jsou preferovány kapsle s obsahem mikropellet a acidorezistentním obalem (Dítě et al., 2013, s. 65; Vavrečka, 2007, s. 521; Novotná, 2006, s. 444; Domínguez-Muñoz, 2011, p. 14).

Nemocný by měl dostatečné množství enzymů užívat při každém jídle, a to nejen při hlavním jídle, ale i o svačinách (Dítě et al., 2013, s. 65; Meier, Beglinger, 2006, p. 523; Domínguez-Muñoz, 2011, p. 14). Pokud je určeno užívat při jídle více kapslí, je doporučeno jejich rovnoměrné rozložení během jídla (Frič, 2007b, s. 336). Důležité je, aby nemocný užil dávku spolu s jídlem nebo těsně po něm, aby se trávenina posouvala ze žaludku spolu s mikropoletami obsahujícími lipázu (Dítě et al., 2013, s. 65; Frič, 2007b, s. 336; Domínguez-Muñoz, 2011, p. 14). Dobře vedená substituční terapie by měla zlepšit nutriční stav pacienta, ovlivnit steatoreu, průjmy a jiné dyspeptické obtíže (Frič, 2007b, s. 336; Hondl, 2002, s. 183; Vavrečka, 2007, s. 521; Meier, Beglinger, 2006, p. 523), popsán byl i vliv na bolest (Novotná, 2006, s. 443; Chauhan, Forsmark, 2010, p. 329). Bohužel téměř u poloviny pacientů se trávení nevrací zpět k normálu (Domínguez-Muñoz, 2011, p. 14), zhruba u 8% nemocných je léčba zcela neúčinná. Vedlejší nežádoucí účinky léčby pankreatickými enzymy byly popsány u dětí s cystickou fibrózou, při jednorázových dávkách nad 100 000 j lipázy. Byla zaznamenána nevolnost, říhání, bolesti břicha a hypersenzitivita (Dítě et al., 2013, s. 68). Pacienti často potřebují podporu směřující k jejich spolupráci v užívání těchto léků (Skipworth, Shankar, Pereira, 2010, p. 26). Pacienti by měli pochopit význam léčby a správný režim dávkování (Domínguez-Muñoz, 2011, p. 14). Pokud je nemocný dostatečně edukován, lze nechat volbu množství pankreatických enzymů užitých při jídle zcela v jeho režii (Špičák, 2001, s. 276). Nedostatečná compliance pacienta, kdy nebere léky, bere nedostatečnou dávku enzymů nebo je neužívá spolu s jídlem, je důvodem selhání terapie (Vavrečka, 2007, s. 521; Domínguez-Muñoz, 2011, p. 14).

3.2.2 Porucha glukóзовé tolerance, diabetes mellitus

Pokročilá stádia CHP jsou provázána poruchami tolerance glycidů. PGT zaznamenáváme až u poloviny nemocných s nekalcifikující CHP a téměř 90% pacientů s kalcifikující CHP (Špičák, 2001, s. 274). Nemocní jsou kromě standardní diabetické diety léčeni PAD nebo inzulinem (Perušičová, 2004, s. 377; Musil, 2008, s. 159; Grofová, 2008, s. 179; Kaťuchová, Radoňak, 2011, s. 379). Léčba inzulinem není vždy nutná, pokud má slinivka zachovanou schopnost produkovat vlastní inzulin (Musil, 2008, s. 159; Grofová, 2008, s. 179) a diabetes lze dostatečně

kompenzovat PAD (Musil, 2008, s. 159). Pokud je nutné DM léčit pomocí inzulínu, můžeme se v praxi setkat s velkými problémy (Grofová, 2008, s. 179). Porušená sekrece pankreatických enzymů vedoucí k maldigesci a malabsorpci, včetně nespolupráce nemocného v nesprávném režimu jídla, užívání léků a pokračujícím alkoholismu jsou hlavními příčinami špatné kompenzace DM a riziku hypoglykemií (Perušičová, 2004, s. 377; Musil, 2008, s. 160; Grofová, 2008, s. 179; Ewald, Bretzel, 2013, p. 204). V případě porušené tolerance sacharidů je nutné poučení diabetologem a edukační sestrou (Grofová, 2008, s. 179). Jednoznačně musí být vyloučen alkohol (Perušičová, 2004, s. 377; Musil, 2008, s. 159). Nutná je striktní abstinence těchto nemocných, dokonce přísnější než v případě DM 1. a 2. typu (Bartoš et al., 2000, s. 197). Jen tak je možno zpomalit progresi diabetických komplikací (polyneuropatie, mikroangiopatie) (Musil, 2008, s. 160; Bartoš et al., 2000, s. 197). PGT a DM vyžadují kromě úpravy životního stylu (alkoholismus, kouření) dostatečnou a adekvátní nutriční spolu s léčbou exokrinní a endokrinní nedostatečnosti (Perušičová, 2004, s. 377; Musil, 2008, s. 160; Ewald, Bretzel, 2013, p. 205).

3.2.3 Nutriční podpora popíjením, enterální a parenterální výživou

Dle informací ESPEN potřebuje 10 - 15% pacientů nutriční doplňky a přibližně 5% vyžaduje enterální výživu (Meier et al., 2006, p. 277). Nedostatky ve výživě mohou nepříznivě ovlivnit výsledek léčby a stav nemocného (Meier, Beglinger, 2006, p. 522). Nutriční podpora je indikována v případě významného váhového úbytku především, když bolest v souvislosti s jídlem brání nemocnému v zastavení hubnutí nebo pozitivním ovlivnění své váhy (Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 94; Špičák, 2001, s. 275; Hondl, 2002, s. 183). Omezení v dietě také mohou být příčinou váhového úbytku a vést k nutnosti přechodné nutriční podpory sippingem, podáváním MCT olejů nebo enterální výživou (Dítě, 2004b, s. 250). Nemocní v pokročilých stádiích ztrácejí hmotnost nebo nejsou schopni ji zvýšit. Důvodem je přítomnost bolesti, porušené trávení, steatorea, špatně kontrolovaný DM, případně přetrvávající konzumace alkoholu či léková závislost (Žáková, Žák, 2002, s. 887). Indikací k zahájení enterální výživy je přítomná podvýživa, hubnutí způsobené nedostatečným příjmem, ztráta hmotnosti i přes zdánlivě adekvátní příjem, komplikace nemoci (exacerbace akutního zánětu, vznik píštěle, obstrukce trávicích cest pseudocystou, zánětlivou masou)

a nutnost zlepšení nutričního stavu před plánovaným chirurgickým výkonem (Romano, 2008, p. 25; Meier, Beglinger, 2006, p. 524; Grofová, 2008, s. 180; Špičák, 2001, s. 275). Hodnocení nutričního stavu, míra poruchy trávení a klinická závažnost onemocnění jsou výchozími body pro plánování nutriční intervence (Meier, Beglinger, 2006, p. 522; Grofová, 2008, s. 180). Enterální výživa je preferovaná před parenterální formou (DiSario, 2006, p. 605; Meier, Beglinger, 2006, p. 522). Podání do střeva je více fyziologické, chrání střevní integritu a zachovává její funkci; je spojeno s menšími komplikacemi (infekce) (DiSario, 2006, pp. 605-606). Enterální výživa je také podstatně levnější (DiSario, 2006, p. 606; Meier, Beglinger, 2006, p. 522). Výhodný je jejunální přístup, protože tak zabráníme stimulaci pankreatu a můžeme tak snížit bolest (Romano, 2006, p. 25; DiSario, 2006, p. 608). Podávání výživy nazojejunální sondou je časově omezené (maximálně 4 týdny) a lze využít pro krátkodobou podporu (Romano, 2008, p. 25; DiSario, 2006, p. 605). Pro dlouhodobou podporu enterální výživou je nejvýhodnější PEG se zavedenou jejunální sondou nebo jejunostomie (Grofová, 2008, s. 180; Romano, 2006, p. 26; DiSario, 2006, p. 605; Meier, Beglinger, 2006, p. 524). Jestliže to celkový stav dovoluje, může být enterální výživa podávána v domácím prostředí (Grofová, 2008, s. 180; Hondl, 2002, s. 183, Romano, 2008, p. 26). Volba přípravku je v rukou nutričního specialisty, který musí zohlednit energetické nároky jednotlivých nemocných, případný diabetes a jiná omezení (Grofová, 2008, s. 180). Pokud pacient přijímá i perorálně, dietolog upravuje množství živin podaných enterálně dle potřeby. Substituce pankreatickými enzymy je nutná i v případě enterální výživy, podává se buď perorálně, nebo sondou. Protože jen malé procento pacientů s CHP vyžaduje enterální výživu, údaje o jejím užívání a výsledcích jsou omezené. Informací o enterální výživě probíhající v domácím prostředí a péči o tyto pacienty je ještě méně (Romano, 2006, pp. 25-26). Výživu do střeva je nutné podávat kontinuálně. Je možné využít několika režimů podávání přípravků, kontinuálních nebo cyklických. Výživa může být podávána ve dne s noční pauzou nebo naopak v noci (Grofová, 2008, s. 180, Romano, 2008, p. 26), kontinuální noční podávání se zdá vhodné (Meier, Beglinger, 2006, p. 524). Pacientův denní režim, tolerance výživy zažívacím traktem a podpora pečujícího jsou důležitými body, které by měly být zohledněny při plánování domácí enterální výživy. Cyklický plán (méně než 24 hodin) umožňuje nemocnému určitou volnost, ale pro zvýšenou rychlost nebo koncentraci přípravku nemusí být tolerován (křeče, bolesti břicha, nadýmání,

průjem). Někdy je těžké rozeznat tyto bolesti od bolestí slinivky břišní a pacienti často zastavují podání enterální výživy, když se bolesti objeví (Romano, 2008, p. 26). Pro pacienty může být výhodou zapůjčení přenosné enterální pumpy. Edukace nemocného a/nebo pečující osoby stran podávání enterální výživy a péče o výživnou sondu je velice důležitá (Grofová, 2008, s. 180; Romano, 2008, pp. 26-27). Zavedení NJS nebo PEG s jejunální sondou s sebou nese riziko jejich dysfunkce či dislokace (DiSario, 2006, p. 605). Edukace pacienta by měla zahrnovat praktickou výuku s demonstrací podávání enterální výživy. Nutná jsou opakovaná sezení, dokud není pacient a/nebo pečovatel schopen podávat enterální výživu, rozeznat komplikace z ní plynoucí a odstranit určité problémy (např. proplachování sondy k zabránění okluze) (Grofová, 2008, s. 180; Romano, 2008, pp. 26-27). Nemocní s podávanou enterální výživou často vnímají sníženou kvalitu života. Důležitá je proto jejich motivace, podpora a poskytnutí rad k vyrovnání se s touto nutriční podporou a získání co největší nezávislosti (Romano, 2008, p. 27).

Parenterální výživa je dle ESPEN nutná u 1% nemocných s CHP (Meier et al., 2006, p. 277). Podávána je velice zřídka, obvykle krátkodobě (Grofová, 2008, s. 180; Dítě, Novotný Dolina, 2005, s. 94; Meier, Beglinger, 2006, p. 524) a pouze v případech, že není možné využít enterálního přístupu (Grofová, 2008, s. 180; Meier, Beglinger, 2006, p. 524). Parenterální výživa je indikována, pokud je blokován výstup ze žaludku, je přítomná těsná stenóza duodena, v případě kontraindikace zavedení sondy do jejunu a při komplikované píštěli. Je vyhrazena pro nemocné, kteří netolerují enterální výživu. Nejsou však k dispozici informace o dlouhodobé intravenózní výživě těchto pacientů (Meier, Beglinger, 2006, p. 524).

3.3 Léčba bolesti

3.3.1 Charakteristika léčby bolesti nemocných s chronickou pankreatitidou, postup analgetické léčby

Bolest a individuální zkušenost bolesti představují možná nejkomplexnější a nejméně pochopené jevy v současné medicíně. Bolest je obtížně kontrolovatelným

rysem CHP, což vede k rozsáhlému postižení nemocného (Mullady et al., 2011, p. 77, 81). Léčba CHP je obecně náročnou záležitostí. Léčba bolesti však představuje hlavní terapeutický problém (Pezzilli et al., 2006a, p. 6249; Mokrowiecka et al., 2010, p. 45; Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 258; Forsmark, 2013, p. 1287). Je velkou výzvou pro ty, kteří pracují v oblasti, jako jsou gastroenterologové, chirurgové a specialisté na léčbu bolesti (Goulden, 2013, p. 1). Užitečné jsou v tomto ohledu kliniky léčby bolesti, které maximalizují účinek nenarkotických přístupů (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 332). Bolest je často obtížně léčitelná (Tattersall, Apte, Wilson, 2008, p. 596; Gupta, Toskes, 2005, p. 493; Drewes et al., 2008, p. 1624; Gachago, Draganov, 2008, p. 3145; Goulden, 2013, p. 1; anonymous, 2012, p. 33). Žádný zásah nebo léčba neposkytuje úplnou úlevu u všech pacientů (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 332; Mullady et al., 2011, p. 78), některé výkony jsou spojeny s rizikem poškození nemocného (Mullady et al., 2011, p. 78).

Kvantifikace bolesti je stále obtížná, je složité získat dostatečné údaje. Standardizované, validní způsoby hodnocení bolesti a dotazníky kvality života by umožnily objektivní zhodnocení bolesti (Skipworth, Shankar, Pereira, 2010, p. 26; Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 967; Di Sebastiano et al., 2004, p. 267). Hodnocení bolesti u CHP musí být prováděno na základě pacientova popisu bolesti, spotřebě analgetik a sociálního fungování. Bolest může být obtížně interpretovatelná z důvodu vlivu psychologických faktorů, závislosti na alkoholu a opiátech. (Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 958).

Prvním úkolem v léčbě bolesti při CHP je vlastní stanovení diagnózy (Frič, 2007a, s. 375; Chauhan, Forsmark, 2010, p. 325). Počáteční strategie léčby bolesti zahrnují úpravu životního stylu (alkohol, kouření), dodržování diety, substituci pankreatických enzymů, antioxidantů a dalších přídatných látek (Lieb, Forsmark, 2009, p. 712; Puylaert et al., 2011, p. 496). Většina nemocných bude vyžadovat analgetika (Dítě et al., 2000, s. 185; Forsmark, 2013, p. 1285; Gachago, Draganov, 2008, p. 3138). Bolest může být ze začátku léčena jednoduchými analgetiky, ale brzy jsou vyžadovány vysoké dávky silných léčiv k úlevě od bolesti (Skipworth, Shankar, Pereira, 2010, p. 26; Drewes et al., 2008, p. 1624).

V etiologii bolesti je nutné rozlišit, zda není způsobena některou z komplikací CHP (pseudocysta, obstrukce duodena nebo žlučovodu, karcinom, trombóza slezinné nebo portální žíly) nebo jiným chorobným stavem (přidružené vředy žaludku,

duodena). Tyto situace vyžadují specifickou léčbu (Frič, 2007a, s. 375; Forsmark, 2013, p. 1285; Witt et al., 2007; Gupta, Toskes, 2005, s. 493).

Existuje mnoho analgetik užívaných k léčbě bolesti při CHP. Jejich výběr, kombinace a užití adjuvancií se liší mezi jednotlivými lékaři a institucemi. Ve skutečnosti neexistuje dohoda o ideálním analgetickém režimu. Analgetické postupy jsou neustále přezkoumávány (Goulden, 2013, p. 8). WHO stanovila postup analgetické léčby, využívaný jak u nádorové tak nenádorové bolesti. Je složen ze tří stupňů a využíván je i v léčbě bolesti při CHP (Drewes et al., 2008, p. 1624; Cruciani, Jain, 2008, p. 231; Puylaert et al., 2011, p. 496; Goulden, 2013, p. 8). V první fázi je nejčastěji využíván paracetamol a NSAID. Jejich účinky navyšujeme postupně až do maximální možné síly nebo frekvence podání léku (Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 961; Puylaert et al., 2011, p. 496). Schopnost neopioidních léčiv tlumit bolest je ale obvykle špatná (Grigsby, Rodriguez-Rilo, Khan, 2012, p. 836; Goulden, 2013, p. 8). Druhým stupněm jsou slabé opiáty typu tramadolu, který je zvláště vhodným lékem při léčbě bolesti při CHP (Dítě, 2004a, s. 100; Forsmark, 2013, p. 1285; Drewes et al., 2008, pp. 1624-1625) a ve vyšším dávkování může působit na bolest lépe s menšími vedlejšími účinky než tradiční opiáty (Drewes et al., 2008, p. 1625; Chauhan, Forsmark, 2010, p. 327; anonymous, 2012, p. 33). Existuje mnoho kombinací slabých opiátů a NSAID (Cruciani, Jain, 2008, p. 232). Třetí stupeň analgetické léčby představují silné opioidy, jako je morfin. Český autor Dítě ve svých příspěvcích uvádí, že k léčbě bolesti opiáty nemusí ve většině případů dojít, užití opiátů by mělo být výjimečné a dokonce před nimi varuje. Domnívá se, že se bolest dá vyřešit jinými způsoby - endoskopickými či chirurgickými výkony (Dítě, 2004a, s. 100; Dítě, Novotný Dolina, 2005, s. 93). Přednostní využití invazivní léčby před podáváním opiátů preferují i další autoři (Novotná, 2006, s. 443; Pezzilli et al., 2006a, p. 6250; Goulden, 2013, p. 9). Dlouhodobé podávání opiátů má být přijato pouze v tom případě, že ostatní opatření selhala, nebo jsou nedostatečná (Goulden, 2013, p. 9). Většina pacientů postupem času vyžaduje pro silné bolesti analgetizaci opiáty (Tattersall, Apte, Wilson, 2008, p. 597; Forsmark, 2013, p. 1285; Skipworth, Shankar, Pereira, 2010, p. 26; Drewes et al., 2008, p. 1624; Westlund, 2009, p. 483; Goulden, 2013, pp. 8-9). Odhadem přibližně polovina nemocných s CHP je opiáty léčena (Forsmark, 2013, p. 1285). i když je léčba opiáty kontroverzní a nese s sebou riziko vzniku závislosti a nežádoucích účinků, nelze ji odmítat, pokud by měl nemocný jinak

trpět nesnesitelnou bolestí (Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 962; Chauhan, Forsmark, 2010, p. 327).

Obecně by měly být předepisovány léky s prodlouženým účinkem, především v případě opioidů. Důvodem je větší účinnost a předpoklad snížení celkové denní dávky léčiva (Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 962; Cruciani, Jain, 2008, p. 232; Puylaert et al., 2011, p. 496; Goulden, 2013, p. 9). Využívány jsou perorální formy a podávání formou náplastí (fentanyl) (anonymous, 2012, p. 33). Krátkodobě působící opioidy by měly být nemocnému k dispozici v případě „průlomové bolesti“ a jejich užití by mělo být výjimečné (Puylaert et al., 2011, p. 497; Goulden, 2013, p. 13; Cruciani, Jain, 2008, p. 232). Další situací, kdy jsou využívány rychle působící opioidy, jsou ataky prudkých bolestí, kdy je nemocný často hospitalizován a analgetizován opiáty ve formě infúze nebo s využitím pacientem řízené analgezie (Cruciani, Jain, 2008, p. 232; Goulden, 2013, p. 12).

Časové intervaly i dávka analgetik musí být přizpůsobena povaze bolesti (Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 961; Gachago, Draganov, 2008, p. 3138). Analgetická léčba musí samozřejmě vycházet z etiologie bolesti (Cruciani, Jain, 2008, p. 230). Je nutné léčbu individualizovat (Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 967). Bolest při CHP může mít tolik variant, že je vhodné strávit s pacientem dostatek času, abychom získali jasnou představu o konkrétním typu bolesti jednotlivého nemocného (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 326). Pečlivé zhodnocení bolesti a její anamnéza zvýší úspěšnost léčby (Cruciani, Jain, 2008, p. 230). Důležité je vytvoření pevného vztahu mezi lékařem a pacientem (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 326; Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 967) a přítomnost vysoké úrovně komunikace (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586). Vytvoření takového vztahu je důležitou oporou při léčení jakékoliv chronické nemoci, zvláště takové, která způsobuje chronické bolesti (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 332). Na začátku analgetické léčby by měl být nemocný seznámen s chronickou povahou bolesti. Mělo by být stanoveno, že cílem léčby je výrazné zlepšení bolesti, ale ne nutně její úplná absence (Lieb, Forsmark, 2009, p. 712). Nedílnou součástí léčby bolesti je také hodnocení účinku jednotlivých léků, lze využít např. vizuální analogovou škálu (Puylaert et al., 2011, p. 496).

V každé fázi analgetické léčby lze přidat tzv. adjuvancia (Špičák, 2001, s. 276; Dítě, Novotný, Nechutová, 2008, s. 42; Puylaert et al., 2011, p. 496). Velmi vhodné je

použití těchto léků při nutnosti podávání opioidů (Forsmark, 2013, p. 1285; Cruciani, Jain, 2008, p. 231). Tato pomocná léčiva jsou definována jako farmakologické látky s analgetickými vlastnostmi, jejichž primární indikací není léčba bolesti (Cruciani, Jain, 2008, p. 231). Adjuvancia prokázala svůj účinek v léčbě neuropatické bolesti, zaměřením na různé oblasti CNS a inhibicí jejich senzibilizace (Drewes et al., 2008, p. 1624; Forsmark, 2013, p. 1285). Autor Goulden se domnívá, že bolest, která působí nemocným s CHP největší utrpení, je právě bolest neuropatická (Goulden, 2013, p. 10). Adjuvancia zvyšují účinek analgetik (Špičák, 2001, s. 276; Chauhan, Forsmark, 2010, p. 322), mají za cíl minimalizaci dávkování opioidů potřebných pro kontrolu bolesti (Lieb, Forsmark, 2009, p. 712). Pracují synergicky s analgetiky (opiáty), jejich účinek umožňuje lepší toleranci bolesti a její kontrolu (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 328). Stabilizují použití opioidů a oddalují nebo zamezují nebezpečné eskalaci dávky (Goulden, 2013, p. 10). Doporučovanými a nejčastěji používanými adjuvancii jsou antidepresiva a antikonvulziva (Dítě, Novotný, Nechutová, 2008, s. 42; Drewes et al., 2008, p. 1624; Cruciani, Jain, 2008, p. 233; Chauhan, Forsmark, 2010, p. 328). Dosud není dostatečně jasné, které z léků nebo jejich kombinací jsou v případě CHP účinnější (Forsmark, 2013, p. 1285). Vhodná adjuvancia je možné zvolit také podle charakteru bolesti (konstantní, paroxyzmální) (Cruciani, Jain, 2008, p. 233). Kromě účinku na neuropatické bolesti, jsou antidepresiva prospěšná i v případě depresivních stavů, často viděných u pacientů s CHP (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 328; Puylaert et al., 2011, p. 497).

Nemocní jsou často přijímáni k hospitalizaci jen z důvodu nedostatečné analgezie. Typicky jsou to nemocní s konstantním typem bolesti s exacerbacemi. Pokud zde není přítomna komplikace nemoci, dlouhá hospitalizace se nedoporučuje. Nemocný může být adekvátně analgetizován pomocí primární péče. Tyto opakované readmise jsou jednou z největších výzev v léčbě bolesti při CHP (Goulden, 2013, p. 9).

K dalším možnostem ovlivnění bolesti mohou patřit i nejrůznější netradiční terapie (Forsmark, 2013, p. 1285). Použití alternativních terapií by mohlo být slibné v případě CHP (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 587). Anglická studie, která zkoumala účinek jógy v léčbě bolesti u nemocných s CHP, přinesla zajímavé výsledky. Celkem 24 nemocných absolvovalo dvanáctitýdenní kurz. Jóga se ukázala být efektivní ve snížení vnímání bolesti a úzkosti pacientů a omezila užívání analgetik. Nemocní také podstatně zlepšili své stravování a hmotnost (Sareen, Kumari,

2006, p. 1051). Léčba bolesti a depresivních stavů by mohla také využít některých psychologických postupů, jako jsou kognitivně-behaviorální intervence v plánování aktivit, kognitivní restrukturalizace a relaxační strategie. Další intervence se mohou zaměřit na zvýšení komunikace, využití sociálních zdrojů a fyzickou rehabilitaci (Balliet et al., 2012, p. 4). Český autor Nešpor zjišťoval nejpreferovanější nefarmakologické strategie zvládnání bolesti u celkem 85 nemocných se závislostí na alkoholu nebo jiných návykových látkách. Mezi nejčastější postupy tito pacienti zařadili odvedení pozornosti, vhodné cvičení a relaxaci (Nešpor, 2003, s. 34).

Farmakoterapie je vhodná pro všechny pacienty s CHP. U mnoha nemocných může být bolest snížena na zvládnutelnou úroveň (Forsmark, 2013, p. 1287). Nezřídka však konzervativní léčba selhává a nemocní potřebují k přijatelné úlevě od bolesti vysoké dávky silných opiátů (Skipworth, Shankar, Pereira, 2010, p. 26; Drewes et al., 2008, p. 1624; Lieb, Forsmark, 2009, p. 712). Než vznikne závislost na narkoticích, měl by být dobře zvážena invazivní postup v podobě endoskopického nebo chirurgického výkonu (Pezzilli et al., 2006a, p. 6250; Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 259). Možností léčby bolesti je také nervová blokáda, neurolyza nebo splanchniektomie (Forsmark, 2013, p. 1286), méně se však využívá pro dočasný účinek (Lieb, Forsmark, 2009, p. 712). Načasování chirurgické intervence je v současné době předmětem mnoha diskusí. Dříve byla operace poslední a dlouho odmítanou a oddalovanou možností léčby bolesti při CHP (Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 967). V současné době je operační léčba hlavní možností v případě nezvladatelné bolesti (Pezzilli et al., 2006a, p. 6249). Kandidátem na operační výkon by měli být nemocní s nezvladatelnou bolestí, která je nutí kontinuálně užívat opiáty a jsou v riziku vzniku závislosti. Dále pacienti, kteří nejsou schopni kvůli bolesti udržet zaměstnání, závažná bolest snižuje kvalitu jejich života a významně ovlivňuje jejich denní aktivity. Operační léčba by měla být zvážena také u nemocných, kteří nejsou schopni udržovat zdravou tělesnou hmotnost (anonymous, 2012, p. 35). Chirurgický výkon se nedoporučuje jako primární postup v léčbě CHP z důvodu možných komplikací. Operace by však měla být zvážena brzy po selhání konzervativních a endoskopických postupů. Výsledkem je snížení celkového množství readmisí a reintervencí potřebných k úlevě od bolesti, trvalý ústup bolesti po operaci a tedy celkové zlepšení kvality života pacientů (Rutter et al., 2010, p. 2646). Léčba opiáty přináší nemocným řadu těžkostí, proto je vhodné brzké řešení stavu pomocí

chirurgického výkonu (Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 259). Délka prožívání bolesti, která je spojena s neuromodulačními mechanismy, také hraje roli. U mnohých nemocných přetrvávají bolesti i po operaci pankreatu (resekci), což může být vysvětleno právě vzniklou neuropatií. Včasná operační léčba ještě před uvedenými změnami na úrovni nervů se zdá z dlouhodobého hlediska mnohem úspěšnější (Mullady et al., 2011, p. 83; Pezzilli et al., 2006a, p. 6250; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 587). Operace pacientů s CHP mají nízké pooperační komplikace a poměrně dobré dlouhodobé výsledky, které však nezávisí jen na vykonané operační léčbě, ale i na chování samotných nemocných (Kaťuchová, Radoňak, 2011, s. 378; Špičák, 2001, s. 277). Pokud nemocní dále konzumují alkohol nebo užívají opiáty, mohou být výsledky horší, někdy může léčba až selhat a stav zůstane stejný jako před operací nemocných (Kaťuchová, Radoňak, 2011, s. 378).

U pacientů s přetrvávajícím abúsem alkoholu by měly být operace prováděny jen v nezbytném rozsahu nebo z vitální indikace (Špičák, 2001, s. 277).

3.3.2 Nežádoucí účinky analgetické léčby nemocných s chronickou pankreatitidou

3.3.2.1 Problematika návyku a závislosti na analgetících u nemocných s CHP

Při dlouhodobém podávání opiátů hrozí riziko vzniku závislosti (Witt et al., 2007, p. 1569; Drewes et al., 2008, p. 1616; Demir et al., 2011, p. 152; Špičák, 2001, s. 276; Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 93; Lieb, Forsmark, 2009, p. 712; Grigsby, Rodriguez-Rilo, Khan, 2012, p. 836; Westlund, 2009, p. 483). Závislost na opiátech je problémem mnoha pacientů s CHP (DiSebastiano et al., 2005, p. 267; Gachago, Draganov, 2008, p. 3138; Puylaert et al., 2011, p. 497; Gupta, Toskes, 2005, p. 493; Goulden, 2013, p. 12; anonymous, 2012, p. 33). Vzhledem k chronické povaze bolesti při CHP se mnoho pacientů následně stává závislými na silných narkotických (Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 961). Je třeba počítat s postupným zvyšováním dávek analgetik (Špičák, 2001, s. 276). Přesné riziko závislosti není známé, ale u jiných pacientů s chronickými bolestivými syndromy bylo méně než 20% (Forsmark, 2013, p. 1285).

Užívání opiátů u nemocných s CHP je kontroverzní (Cruciani, Jain, 2008, p. 230; Puylaert et al., 2011, p. 497; Goulden, 2013, p. 10). Použití silných opioidů nese riziko v této skupině pacientů, z nichž mnozí mají v anamnéze užívání alkoholu nebo drog (Goulden, 2013, p. 10). Pacienti s předchozím návykovým chováním, včetně zneužívání alkoholu nebo kouření, jsou nejvíce náchylní ke vzniku návyku, závislosti nebo zneužívání narkotik. Míra závislosti a jiného aberantního chování v souvislosti s užíváním léčiv se mezi jednotlivými pacienty s CHP liší (Forsmark, 2013, p. 1285).

Je třeba se zaměřit na zlepšení bolestí a nikoli pouze na riziko závislosti (Lieb, Forsmark, 2009, p. 712). Navzdory riziku, že vyměníme závislost na alkoholu za závislost na omamných látkách, nelze léčbu bolesti opiáty odmítnout (Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 962). Riziko vzniku závislosti by nemělo mít přednost před snahou zmírnit bolest (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 327).

Důležitým úkolem lékařů je bránit vzniku závislosti na omamných látkách (Gupta, Toskes, 2005, p. 493). K zahájení léčby opiáty by mělo dojít až po rozhovoru s pacientem na téma rizika vzniku návyku a závislosti a objasněním toho, že cílem léčby opiáty obvykle není kompletní absence bolesti, ale spíše její přijatelné potlačení (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 332). Pokud jsou v léčbě bolesti užívány opioidy, musí být věnována zvláštní pozornost posouzení ukazatelů nesprávného použití nebo zneužití (Goulden, 2013, p. 10).

Opioidy-vyhledávající chování je u této skupiny pacientů zaznamenáno a pečlivé monitorování jejich užívání a taktéž předepisování, je zásadní pro zachování bezpečnosti nemocných (Goulden, 2013, p. 13). V případě silných opioidů je důrazně doporučeno, aby recepty na opiáty vydával jediný lékař (obvykle praktický lékař), aby mohl být sledován účinek a snížilo se riziko závislosti a aberantního chování, spočívajícího ve vyhledávání více lékařů za účelem získání většího množství léků (Puylaert et al., 2011, p. 496; Goulden, 2013, p. 10). Sledován je výdej léků ze strany lékárníka k zabránění vytváření zásob a k zachování souladu v předepisování léčiv existují silné komunikační linky mezi nemocničními specialisty a praktickými lékaři (Goulden, 2013, p. 10).

Léčba bolesti může být často komplikována nebo matena závislostí na opiátech (Tattersall, Apte, Wilson, 2008, p. 596; Gupta, Toskes, 2005, p. 493). Důležité je užívání dlouhodobě působících léků namísto krátkodobých, vzhledem k tendenci této

skupiny pacientů stát se závislými (Puylaert et al., 2011, p. 496; Goulden, 2013, p. 9). Užití rychle působících opioidů by mělo být omezeno na minimum. Dříve běžná praxe, kdy nemocný při akutní atace bolestí dostávali opakované intramuskulární injekce krátkodobě působících opiátů, je již překonaná. Tento postup je nedostatečný v kontrole bolesti a ritualizuje opioidy-vyhledávající chování (Goulden, 2013, p. 9). Pacienti s CHP trpící bolestí po mnoho let mají obvykle „oblíbené“ opiáty a preferovaný způsob podání (intramuskulárně). Polyfarmacie je u těchto nemocných běžná (Goulden, 2013, p. 7). V mnohaletém průběhu nemoci nemocní obvykle vyzkouší každý silný opioid, který je na trhu (Goulden, 2013, p. 10).

Pacienti často potřebují významnou pomoc v prevenci vzniku závislosti na opiátech. Ta může být realizována pomocí primární péče s asistencí nemocničních sester nebo v péči ambulantní (Skipworth, Shankar, Pereira, 2010, p. 26). Nemocní s nepoddajnou bolestí nebo minimální úlevou navzdory léčbě by měli být odesláni na specializovaná pracoviště léčby bolesti. Zde jim zkušené odborníci poradí, jak se vyrovnat s bolestí, a hlavně nastaví vhodnou medikaci s případným využitím léků, která se běžně k léčbě bolesti neužívají, ale mohou pomoci (anonymous, 2012, p. 43).

3.3.2.2 Vedlejší účinky opiátových a neopiátových analgetik

Není neobvyklé, že se u pacientů užívajících opioidy vyskytují nežádoucí účinky (Cruciani, Jain, 2008, p. 232). Dlouhodobé užívání opiátů není bez rizika. Zácpa, sedace a respirační deprese jsou dobře známými problémy (Goulden, 2013, p. 13). Kromě gastrointestinálního postižení může nemocného velmi obtěžovat ospalost, útlum a snížení mentální kapacity (Westlund, 2009, p. 484). Dlouhodobé užívání opiátů může mít za následek narušení imunitní funkce, endokrinní poruchy s následnou sexuální dysfunkcí (Goulden, 2013, p. 13).

Při léčbě opioidy je důležité dbát na jejich známé vedlejší účinky (Witt et al., 2007, p. 1569). U pacientů s CHP je častá polyfarmacie. Pacient je také obvykle v péči více lékařů. Je zde velké riziko, že léky bude předepisovat více osob a dojde k přidání léků bez odebrání jiných. Mohou se objevit nežádoucí účinky a kumulativní efekty několika různých léků stejné kategorie (např. opiátů) mohou vést k závažným a potenciálně nebezpečným vedlejším účinkům, jako je sedace a oslabení dýchání (Goulden, 2013, p. 9). Náhodné předávkování a jiné nehody jsou skutečným problémem, zejména u těch pacientů, kteří mají trvalé potíže s alkoholem či drogami

(Goulden, 2013, p. 13). Vzájemné interakce alkoholu či jiných návykových látek a analgetiky mohou být nebezpečné a nemocné je třeba v tomto směru informovat. Kombinace alkoholu s analgetiky pronikavě zvyšují rizika v dopravě a pracovním prostředí (Nešpor, 2003, s. 39).

Paracetamol je lékem s minimem vedlejších účinků, zejména na GIT, při doporučeném dávkování (Puylaert et al., 2011, p. 496). Je zde možnost jaterní toxicity při vyšším dávkování (Cruciani, Jain, 2008, p. 232).

Vedlejší účinky NSAID jsou různé od dyspepsie přes kožní problémy, žaludeční ulcerace a renální toxicitu (Puylaert et al., 2011, p. 496). Riziko nežádoucích účinků při užívání NSAID je vyšší u pacientů s anamnézou gastrointestinální toxicity, pacientů užívajících steroidy, aspirin, piroxicam nebo ketoprofen a u starších osob. U těchto pacientů by počáteční dávka měla být nízká s týdenní titrací pro dosažení maximální dávky. Pacienti s predispozicí gastrointestinální toxicity by měli užívat H₂ blokátory nebo inhibitory protonové pumpy. Riziko nefrotoxicity je vyšší u pacientů se srdečním selháním, diabetem mellitem, při dehydrataci, významné renální insuficienci, jaterním onemocnění a u seniorů (Cruciani, Jain, 2008, p. 232; Puylaert et al., 2011, p. 497). Při kombinaci NSAID s alkoholem se může objevit např. krvácení či poškození jater (Nešpor, 2003, s. 39).

Zácpa je důležitým problémem každého pacienta užívajícího dlouhodobě opiátovou léčbu (Goulden, 2013, p. 9). Je nejčastějším nežádoucím účinkem v průběhu chronické léčby opiáty (Cruciani, Jain, 2008, p. 232). V případě zácpy mohou být přidána laxativa (Puylaert et al., 2011, p. 497). Kombinace změkčovadel stolice a projímadel jsou obvykle účinné. V závažnějších případech jsou nutné osmotické prostředky (laktulóza) nebo klyzmata. U pacientů se vzdorující zácpou by mělo být zvaženo podávání naloxonu (Cruciani, Jain, 2008, p. 232).

Nevolnost a zvracení jsou způsobeny zvýšením antrálního tonu žaludku a zpomalením gastrointestinální motility (Cruciani, Jain, 2008, p. 232). Nevolnost a zvracení se mohou objevit na začátku léčby opiáty (Puylaert et al., 2011, p. 497). Obvykle se brzy vyvíjí tolerance k těmto účinkům (Cruciani, Jain, 2008, p. 232; Puylaert et al., 2011, p. 497), rutinní profylaktické podávání antiemetik se nedoporučuje (Cruciani, Jain, 2008, p. 232). Pokud se nevolnost objeví, může být léčena nízkými dávkami centrálně působícího antiemetika nebo haloperidolem (Puylaert et al., 2011, p. 497).

Pacienti s CHP mají zvýšený výskyt dysmotility, která se může při užívání opiátů zhoršit. Použití opiátů typicky jen komplikuje klinický obraz u těchto pacientů a obvykle způsobuje nebo zhoršuje gastroparézu, která je běžná u těchto pacientů (Gupta, Toskes, 2005, p. 493). Tramadol může být svým účinkem rovnocenný silnějším opiátům s menším vlivem na GIT motilitu (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 327).

Tolerance sedace se vyvíjí často, ale může být limitována dávkou. Vhodné je použití psychostimulancií, která způsobují její zlepšení včetně vlivu na kognitivní funkce. Delirium je obvykle závislé na dávce, někteří pacienti zažívají halucinace nebo jiné příznaky i při nízkých dávkách, ale jejich původ je obvykle multifaktoriální. Léčbou jsou antipsychotika jako haloperidol nebo Risperdal. Myoklonus není častý, je závislý na dávce a reaguje dobře na clonazepam. Při závažném výskytu by měl být opíát vystřídán jiným (Cruciani, Jain, 2008, p. 232).

Retence moči v důsledku zvýšeného tonu svěrače močového měchýře není neobvyklá, ale obvykle se vyvíjí tolerance. Když přetrvává, předepisuje se cholinergní prostředek nebo je nutno změnit léčbu.

Respirační deprese je obvykle doprovázena změnami v psychickém stavu a není častá, pokud je titrace dobře sledována. Je třeba pomýšlet na jiné příčiny, pokud je nemocný na stabilní terapii (Cruciani, Jain, 2008, p. 233).

Do nebezpečných interakcí s alkoholem vstupují i tricyklická antidepresiva, užívaná při léčbě neuropatických onemocnění (Nešpor, 2003, s. 39).

3.4 Role multidisciplinárního týmu v péči o nemocné s chronickou pankreatitidou

Optimální léčení těchto složitých pacientů vyžaduje multidisciplinární tým (Forsmark, 2013, p. 1282; Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 263; Cruciani, Jain, 2008, p. 230), který sestává z gastroenterologů, chirurgů, endokrinologů, dietologů, pracovišť léčby bolesti, psychologů, psychiatrů, sociálních pracovníků a podpůrných skupin (Forsmark, 2013, p. 1282). Pacient je centrem multidisciplinárního přístupu

a léčebné cíle by měly být zaměřeny nejen na zlepšení příznaků, ale také na sociální pohodu (Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 263).

Je důležité posuzovat a léčit nemocné s CHP s pomocí biopsychosociálního modelu. Tento léčebný přístup předpokládá, že biologické, psychické i sociální faktory současně působí na fungování jednotlivců v kontextu chronické nemoci. Význam sociální rehabilitace by neměl být u pacientů s CHP podceňován (Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 263). Neléčené sociální a behaviorální symptomy mohou také vést k progresi onemocnění a zhoršovat bolest a gastrointestinální symptomy u CHP pacientů (Balliet et al., 2012, p. 2). Je důležité, aby nemocní své psychické problémy způsobené symptomatologií CHP řešili s odborníky z oblasti psychologie a dostali adekvátní léčbu (anonymous, 2012, p. 43).

V jednotlivých případech může být vhodné přizvat k péči o nemocného sociální pracovníky, poradce, psychology, psychiatry, podpůrné skupiny a kliniky léčby bolesti (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 332). Pomoc podpůrných skupin je pro pacienty s CHP a jejich rodiny potřebná (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 587). Mnoho pacientů s CHP má velké problémy ve vztazích způsobené dopadem probíhajícího chronického onemocnění. Často mohou být izolováni sociálně, mají různé obtíže, které vyplývají z jejich příznaků. Pomoc podpůrných skupin může být v tomto případě neocenitelná (Goulden, 2013, p. 8). Podpůrné skupiny a kliniky léčby bolesti nabízí poradenství nemocným a jejich rodinám a pomáhá jim vyrovnat se s touto složitou životní situací (anonymous, 2012, p. 43). V případě depresivních stavů, které bývají často ještě umocněny alkoholem, může být pomoc podpůrných skupin významná (Skipworth, Shankar, Pereira, 2010, p. 26).

Ošetřující lékař by měl v případě potřeby nemocnému doporučit zapojení klinik léčby bolesti nebo podpůrných skupin do péče (anonymous, 2012, p. 43). Zejména ve fázi konzultací o analgetické léčbě a její obměně je vhodné nemocného odkázat na pomoc podpůrných skupin (např. National Pancreas Foundation a jiné) (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 328). Pacienti často sdílejí znalosti, co se týče nejlepších dostupných analgetik nebo nových léčebných postupů, které podstoupili. Chronická pankreatitida je onemocnění, které nemá jasnou a spolehlivou strategii léčby a většina pacientů vyzkoušela mnoho různých typů terapie. Sdílené zkušenosti pacientů s chronickou pankreatitidou mohou pomoci ostatním pacientům a stejně tak i jejich lékařům. (Goulden, 2013, p. 8).

4. Kvalita života nemocných s chronickou pankreatitidou

Snížení kvality života nemocných je zmiňováno téměř v každém sdělení, týkajícím se problematiky chronické pankreatitidy. Určení konkrétního rozměru tohoto postižení je velice důležité pro celý tým, pečující o nemocného. Tato kapitola je pokusem o shrnutí dostupných informací o kvalitě života pacientů s chronickou pankreatitidou a použitých měřících technikách, užívaných k jejímu posuzování. Velké množství prací se zabývá hodnocením efektu jednotlivých druhů terapie, měřených pomocí dotazníků kvality života. Sumarizace výsledků těchto studií není účelem níže uvedeného přehledu.

*„You do not want to simply prevent death,
but to improve the quality of life;
to bright somebody's day.
Make patients laugh“.*

*(Hunter Doherty "Patch" Adams in Pezzilli et al.,
2006c, p. 113)*

*Nechcete jen jednoduše zabránit smrti,
ale zlepšit kvalitu života;
rozzářit něčí den.
Přimět pacienty se smát.*

(volný překlad autora sdělení)

4.1 Pojmy kvalita života, kvalita života související se zdravím, potřeba měření kvality života

Definovat pojem kvalita života je velmi složitým úkolem (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2013, s. 16; Němec et al., 2009, s. 20; Forsmark, 2006, p. 116). V současné době neexistuje definice, na které by se všichni odborníci shodli. Může být definována jako subjektivní posouzení vlastní životní situace (Němec et al., 2009, s. 20;

Dragomirecká et al., 2006, s. 10). Definice kvality života se mírně liší, všechny však směřují k životní spokojenosti člověka (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2013, s. 16). WHO je kvalita života definována z perspektivy optimálního zdraví jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv jen prostá absence nemoci či postižení“ (Slovacek, Slovackova, Jebavy in Němec et al., 2009, s. 20).

Kvalita života je celostní fenomén (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2013, s. 15, Gurková, Žiaková, 2009, s. 93). Vyjadřuje kombinaci prožívání osobní pohody, spokojenosti a často také určitého postavení v sociální stratifikaci (Gurková, Žiaková, 2009, s. 94). Je determinována řadou faktorů, jako jsou životní podmínky, zdravotní stav a mnohé další (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2013, s. 15-16). Mezi další faktory ovlivňující kvalitu života patří věk, pohlaví, rasa, vzdělání, rodinný stav nebo momentální sociální situace, uznávané hodnoty, ekonomická situace, religiozita, kulturní zázemí, polymorbidita atd. (Němec et al., 2009, s. 20). Sociologický a filozofický pohled ozřejmuje dosažení osobních cílů, seberealizaci ve společnosti, naplnění potenciálu člověka jako determinanty výsledné kvality života jedince (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2013, s. 15).

Kvalita života je ryze subjektivní veličinou (Salajka, 2001, s. 27; Gurková, Žiaková, 2009, s. 93). Pro vnějšího pozorovatele je míra vlivu jednotlivých zážitků a událostí na pocit životní spokojenosti člověka věcí neodhadnutelnou (Salajka, 2001, s. 28). Z dalších charakteristických rysů kvality života můžeme jmenovat individualitu nebo orientaci na hodnoty (Gurková, Žiaková, 2009, s. 93). Každý člověk má jiný seznam komponent, které jsou nezbytné pro jeho vlastní kvalitu života (Forsmark, 2006, p. 116). Kvalita života vyjadřuje rozpor mezi očekáváními a realitou, možnostmi a skutečností a odráží hodnocení vlivu všech oblastí života na všeobecnou pohodu a spokojenost člověka (Gurková, Žiaková, 2009, s. 93-94). Kvalita života je také veličinou dynamickou (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2013, s. 15; Gurková, Žiaková, 2009, s. 93). Závisí na okolnostech, čase a situacích, ve kterých je hodnocena (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2013, s. 15).

Centrem zájmu medicíny i ošetrovatelství je člověk (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2013, s. 15). V posledních letech nastává významná změna přístupu k léčbě pacientů. Ještě nedávno byl nemocný při léčbě jeho choroby zcela přehlížen a její účinnost byla posuzována pouze podle laboratorních, somatických nebo zobrazovacích markerů. V jakém směru z léčby profituje nemocný, nebylo předmětem zájmu lékařů (Salajka,

2001, s. 27; Němec et al., 2009, s. 23). Nyní je stále více akceptována nutnost zahrnout nemocného do procesu rozhodování a hodnocení léčebných možností a změnit jeho roli pasivního příjemce péče na aktivní individualitu, která ovlivňuje nejen výběr postupů vedoucích k cíli, ale zároveň i vlastní stanovení tohoto cíle (Salajka, 2001, s. 27). Pozornost je stále více soustředěna na pacientovo vnímání daného postižení či onemocnění (Němec et al., 2009, s. 23).

Současná doba je charakteristická nárůstem morbidity. Ve spektru nemocí a chorobných stavů převažují chronická onemocnění, která prakticky nejsou plně vyléčitelná. K charakteristickým rysům těchto nemocných patří předpokládaná delší doba dožití, zvýšené nároky na kvalitu života a s jejich zvyšující se prevalencí spojený nárůst potřeby ošetrovatelské a rehabilitační péče. Význam čistě kurativní léčby je převážen nutností léčit následky a důsledky těchto onemocnění se snahou snížit, nebo kompenzovat vzniklá postižení. V důsledku těchto změn se stal potřebným novější komplexnější holistický model nemoci, tzv. bio-psycho-sociální model nemoci (Kalová et al., 2005, s. 165). Člověk je v kontextu tohoto modelu vnímán jako subjekt se stránkou bio-psycho-sociální a spirituální. K hlavním cílům ošetrovatelství patří „udržení, podpora a navrácení zdraví jedinci, rozvoj jeho soběstačnosti a mírnění utrpení nevyléčitelně nemocným, popř. pomoc v klidném umírání a smrti“. Pokud máme tyto cíle splnit, je nutné kromě realizace předepsaných postupů vnímat individualitu nemocného, jeho specifické potřeby a preference (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2013, s. 15).

Chronické, nebo jiné onemocnění, může kvalitu života jedince různým způsobem a v různé míře ovlivnit (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2013, s. 17). Hodnocení kvality života nemocných vychází z holistického modelu nemoci a uskutečňuje se pomocí skórovacího systému HRQoL (Kalová et al., 2005, s. 166). Kvalita života související se zdravím (HRQoL) se vztahuje k oblastem celkové kvality života, které jsou ovlivněny zdravím nebo nemocí (Forsmark, 2006, p. 116). Snaží se objektivizovat vliv nemoci na pacienta tak, jak jej vnímá on sám. Hodnocen je dopad projevů nemoci na každodenní aktivity nemocného, existence a míra omezení, která pacient pociťuje v souvislosti se svým onemocněním (Salajka, 2001, s. 27). Kvalita života je v současnou medicínou považována za vhodný indikátor fyzického, psychického a sociálního zdraví (Dragomirecká et al., 2006, s. 10). V klinických studiích je HRQoL často používána jako sekundární výstup po zmírnění příznaků. Ve zdravotnických

průzkumech poskytuje HRQoL cenný vhled do zátěže nemoci postižených obyvatel (Wehler et al., 2004).

Posouzení kvality života by mělo být vnímáno jako součást celkového hodnocení stavu nemocných. Může také odhalit skryté potíže pacienta nebo příčiny neúspěchu prodělaných výkonů (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2013, s. 18). V péči o nemocné je nutné se zaměřit na ty, kteří udávají významné snížení kvality života v souvislosti s jejich chorobou (Bužgová, Hájková, Jasioková, 2009, s. 251).

Prioritou v léčbě pacientů s chronickými onemocněními je maximalizace jejich fungování v každodenním životě a dosažení co nejvyšší úrovně celkové spokojenosti (Mokrowiecka et al., 2010, p. 39). Cílem každé terapie chronicky nemocných je odstranění příznaků, nebo alespoň snížení nepohodlí způsobené nemocí (Pezzilli, Fantini, 2005, p. 406; Wehler et al., 2004). Posuzování kvality života je v současném zdravotnictví důležitým parametrem hodnocení účinnosti léčby a jednotlivých výkonů (Bužgová, Hájková, Jasioková, 2009, s. 246; Olišarová, Dolák, Tóthová, 2013, s. 17; Kalová et al., 2005, s. 166; Pezzilli, Fantini, 2005, p. 406). Subjektivně vnímaná celková pohoda pacienta a schopnost jeho fungování jsou jedněmi z ukazatelů, kteří mohou kvantifikovat vliv jednotlivých typů terapie a zhodnotit jejich přínos pro nemocného (Pezzilli, 2012, p. 1). V návaznosti na rostoucí poptávku po zdravotních službách je požadována kontrola výdajů. Je tedy potřeba hodnotit efektivitu jednotlivých intervencí vzhledem k jejich ceně (Pezzilli et al., 2006a, p. 6249).

Také v ošetřovatelství je v posledních dvou desetiletích zaznamenán výrazný nárůst zájmu o oblast kvality života. U nemocných posuzujeme především změny v kvalitě života v návaznosti na určitou ošetřovatelskou intervenci, hodnotíme kvalitu života před a po její realizaci (Gurková, Žiaková, 2009, s. 94). Kvalita života má v ošetřovatelství úzký vztah k holistickému modelu zdraví a nemoci. Vychází z celostního přístupu k člověku, kde hlavním zájmem jsou jeho potřeby a hodnoty v nemoci (Gurková, Žiaková, 2009, s. 100).

K posuzování kvality života související se zdravím slouží standardizované dotazníky. Existují tři typy nástrojů k hodnocení HRQoL - globální, generické a specifické.

Globální typ dotazníku hodnotí kvalitu života obecně, většinou není možná identifikace postižení v jednotlivých oblastech (fyzické, emoční, atd.) (Kalová et al., 2005, s. 166).

Generické dotazníky byly vytvořeny cíleně pro hodnocení a porovnání úrovně kvality života u nemocných s různými chorobami, ale i u zdravé populace (Gurková, 2010, s. 258; Dragomirecká et al., 2006, s. 10). Jsou obecné, hodnotí kvalitu života v co nejširším záběru. Nejsou však schopny registrovat jemnější změny ve stavu nemocného např. v souvislosti s léčbou (Salajka, 2001, s. 28; Dragomirecká et al., 2006, s. 10). Z generických dotazníků může být jmenován např. SF-36, nebo jeho zkrácená verze SF-12 (Němec et al., 2009, s. 21).

Specifické dotazníky jsou vytvořeny pro určitou nemoc, zaměřují se na symptomy a jiné problémy, které s ní souvisí. Citlivěji a přesněji hodnotí stav nemocného a jeho změny (Salajka, 2001, s. 28). Výsledky specifických dotazníků je těžké porovnávat nebo zobecňovat (Dragomirecká et al., 2006, s. 10). Gurková ve svém článku uvádí, že jsou tyto specifické dotazníky kvality života kritizované především pro jejich přílišnou soustředěnost na symptomy nemoci. Podle jejího názoru lze symptomy nemoci považovat za indikátory zdravotního stavu ale ne kvality života (Gurková, 2010, s. 258).

Dotazníky kvality života musí splňovat určitá kritéria - spolehlivost, přesnost, citlivost, vnímavost a validitu (Němec et al., 2009, s. 22). Metody hodnocení by měly být účinné, spolehlivé a snadno použitelné i pro pacienta (Talamini et al., 2001, p. 118).

Hodnocení závažnosti onemocnění pacientem je zcela individuální záležitostí a nekoreluje s obvyklými klinickými parametry. Posuzování kvality života je zdrojem jinak nedostupných informací o pacientově vnímání jeho zdravotní a celkové životní situaci. (Salajka, 2001, s. 27-29). Metody hodnocení kvality života mohou být nápomocny k odhalení míry postižení v jednotlivých oblastech života nemocného. Získané výsledky mohou obohatit lékaře o informace o potřebách jejich pacientů a přispět ke kvalitnější péči. (Němec et al., 2009, s. 23). Cílem není jen léčba pacientova onemocnění, o nemocného musí být pečováno s respektováním jeho individuality (Salajka, 2001, s. 29).

4.2 Nástroje užívané k měření kvality života nemocných s chronickou pankreatitidou

Dotazník kvality života SQUALA byl využit jako nástroj k měření kvality života nemocných s CHP jedinou českou studií (Štaudová, Žáková, Dragomirecká, 2001, s. 52-55). Z francouzského originálu byl dotazník SQUALA přeložen a upraven pro naše podmínky autory Dragomireckou et al. (Dragomirecká et al., 2006, s. 9). „Dotazník zachycuje subjektivní pohled člověka na svou životní situaci a to tak, že hodnotí, nakolik je člověk spokojen, nebo nespokojen, s oblastmi života, které považuje za důležité“ (Dragomirecká et al., 2006, s. 9). SQUALA bohužel nebyl v zahraničí dále rozvíjen a propagován a jeho česká verze se stala mnohem užívanější, např. pro dlouhodobé hodnocení léčby. Možnost jeho využití je „jak u zdravé populace, tak u osob s různými typy zdravotních problémů“ (Dragomirecká et al., 2006, s. 14).

Čtyři zahraniční studie hodnotily kvalitu života nemocných s CHP pomocí generického dotazníku SF-36.

Zmíněný dotazník je velmi často užíván v medicínských kruzích (Němec et al., 2009, s. 21) a je snad nejrozšířenějším nástrojem měření kvality života v případě gastrointestinálních onemocnění (Forsmark, 2006, p. 117). Je tvořen 36 otázkami s mnohočetným výběrem, zaměřenými na subjektivní vnímání zdravotního stavu a celkové pohody (Pezzilli et al., 2005). Jednotlivé výsledkové části jsou rozčleněny na 8 hlavních oblastí (domén) zdraví (Němec et al., 2009, s. 21). Jednotlivými doménami jsou: fyzická aktivita (Physical Functioning), omezení fyzické aktivity (Role-Physical), tělesná bolest (Bodily Pain), všeobecné hodnocení zdraví (General Health), omezení emočními problémy (Role-Emotional), vitalita (Vitality), duševní zdraví (Mental Health) a společenská aktivita (Social-Functioning) (Pezzilli et al., 2005). Informace poskytnuté jednotlivými doménami lze rozčlenit do dvou hlavních kategorií - fyzické a psychické souhrnné složky. Existuje v mnoha formách včetně možnosti rozeslání e-mailem. Jeho vyplnění trvá obvykle do deseti minut (Němec et al., 2009, s. 21).

Německá studie Wehler et al. měla za jeden z cílů posoudit, zda je SF-36 vhodným nástrojem k měření výsledků pro klinický výzkum u pacientů s CHP. Výsledkem bylo zjištění, že SF-36 je proveditelným, spolehlivým a platným měřítkem popisných studií u nemocných s CHP. Autor však také vyjádřil obavu, že stropní

účinky mohou omezit jeho užitečnost při posuzování účinků léčby (Wehler et al., 2003, p. 1083). Druhá německá studie zvolila SF-36 pro jeho již dříve zjištěnou spolehlivost a platnost v posuzování kvality života různých onemocnění. Ve zkoumaném vzorku se SF-36 ukázala být spolehlivým nástrojem s dostatečnou diskriminační mocí odhalit rozdíly v oblasti zdraví v souvislosti s kvalitou života pacientů s různými stupni klinických symptomů a socioekonomické zátěže (Wehler et al., 2004). Italská studie Pezzilli et al. uvedla, že SF-36 je v současné době (rok 2005) spolehlivým dotazníkem pro hodnocení kvality života pacientů s CHP a identifikaci těch, kteří potřebují intenzivní sledování (Pezzilli et al., 2005). Čtvrtá ze studií s užitím SF-36 dotazníku kvality života se k jeho vhodnosti pro nemocné s CHP nevyjádřila (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011).

SF-12 byl využit k posouzení kvality života celkem v šesti studiích, z nichž dvě byly zaměřeny na porovnání tohoto dotazníku s jinými měřícími nástroji validovanými pro užití u CHP pacientů.

SF-12 je zkrácenou verzí SF-36, vytvořenou pro účely užití ve velkých výzkumech. Generuje opět dvě souhrnné složky - fyzickou a psychickou (Pezzilli et al., 2007b). Je zde logicky zkrácena doba vyplňování, která trvá maximálně 5 minut. Opět existuje mnoho forem dotazníku (Němec et al., 2009, s. 21).

Italská studie Pezzilli et al. porovnávala výsledky zjištěné SF-36 s výsledky SF-12. Poukázala na to, že dotazník SF-36 je časově náročný a v klinické praxi je třeba využívat časově úspornější nástroj hodnocení kvality života. Výsledná ztráta informací při použití SF-12 místo SF-36 byla velmi nízká (do 5% v obou souhrnných škálách), což dokázalo, že SF-12 je dobrou alternativou SF-36 při hodnocení kvality života nemocných s CHP (Pezzilli et al., 2006b). Italská studie z roku 2007 SF-12 využila ke sledování změn ve fyzickém a psychickém zdraví CHP pacientů v období dvou let (Pezzilli et al., 2007b). Multicentrická prospektivní kohortová studie z USA měřila pomocí SF-12 kvalitu života CHP pacientů s různými typy bolestivých stavů (Mullady et al., 2011). Další studie z USA posuzovala s využitím SF-12 souvislosti mezi depresivními symptomy, bolestí a kvalitou života u nemocných s nealkoholickou CHP (Balliet et al., 2012). Třetí studie USA zkoumala vliv CHP na zaměstnanost a zkušenost nemocných se zdravotní péčí (Gardner et al., 2010).

EORTC QLQ-C30 s doplňkovým modulem PAN-26 je čtvrtým dotazníkem kvality života použitým u CHP pacientů v dohledaných studiích. Dotazníkem byla posuzována kvalita života těchto nemocných celkem ve třech studiích.

EORTC QLQ-C30 byl konstruován k posuzování HRQoL pacientů se všemi druhy rakoviny. PAN-26 byl poté speciálně vyvinut k doplnění EORTC QLQ-C30 pro sledování pacientů s rakovinou slinivky břišní (Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 258), zvláště těch, kteří prochází různými chirurgickými, endoskopickými, nebo farmakologickými paliativními zásahy. Posuzuje bolest, změny ve stravování, žloutenku, změny stolice, emocionální problémy a další symptomy (ztráta hmotnosti, poruchy trávení, nadýmání, nežádoucí účinky související s léčbou). Podobnost příznaků s těmi u CHP předpovědělo vhodnost nástroje i pro posuzování kvality života těchto nemocných. EORTC QLQ-C30 zahrnuje globální zdravotní stav, pět funkčních škál (fyzická, funkční, kognitivní, emocionální, sociální), tři stupnice symptomů (bolest, nevolnost, zvracení) a jednotlivé položky, hodnotící symptomy běžně hlášené pacienty s rakovinou (dušnost, ztráta chuti k jídlu, nespavost, zácpa, průjem) a vnímaný finanční dopad nemoci. PAN-26 obsahuje 26 položek týkajících se příznaků CHP, vedlejších účinků léčby a emocionálních problémů (Mokrowiecka et al., 2010, pp. 40-42).

Fitzsimmons et al. ve své studii posuzovali vhodnost dotazníků EORTC QLQ-C30 a PAN-26 u nemocných s CHP, spolu s dokumentací významných problémů, které ovlivňují kvalitu života těchto nemocných. Nemocní byli kromě vyplnění obou dotazníků požádáni o přezkoumání vhodnosti jejich obsahu a struktury během řízeného rozhovoru. Dotazník PAN-26 byl následně opraven. Výsledkem studie je sdělení, že se oba dotazníky zdají být odpovídajícími měřicími nástroji u pacientů s CHP, s přidáním položek na pokrytí viny z konzumace alkoholu a zátěže související s abstinencí (Fitzsimmons et al., 2005). Polská studie užila EORTC QLQ-C30 a PAN-26 dotazníky za účelem jejich vyzkoušení v měření kvality života nemocných s CHP. Označila je za specifický nástroj. Studie potvrdila, že dotazníky jsou schopné pokrýt mnoho problémů, které jsou relevantní pro smíšenou skupinu polských nemocných léčených konzervativně nebo chirurgicky (Mokrowiecka et al., 2010). Italská studie srovnávala SF-12 a EORTC QLQ-C30, dva hlavní dotazníky navržené a validované pro hodnocení kvality života pacientů s CHP. Hodnotila informace poskytnuté oběma nástroji. Výsledek studie informuje, že z praktického hlediska je

SF-12 spolehlivější a také snadněji použitelný v běžné praxi ve srovnání s EORTC QLQ-C30 (Pezzilli et al., 2007a).

Řada autorů ve svých pracích zdůrazňuje, že specifický dotazník k měření kvality života nemocných s CHP není dosud vytvořen (Talamini et al., 2001, p. 118; Forsmark, 2006, p. 117; Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 258, Wehler et al., 2003, p. 1088). Talamini et al. poukazují na naléhavost konstrukce specifického nástroje z důvodu přítomnosti nepřeborného množství terapeutických možností. Ty musí být testovány co nejobjektivněji, a to nejen z hlediska účinnosti, ale také s ohledem na klinické a sociální důsledky (Talamini et al., 2001, p. 118). V souladu s jejich názorem řada autorů sděluje, že specifický nástroj pro chronickou pankreatitidu by umožnil pečlivější posouzení výsledku jednotlivých terapií (Talamini et al., 2001, p. 118; Forsmark, 2006, p. 117; Pezzilli, Fantini, 2005, p. 407) a dlouhodobé sledování nemocných s CHP (Wehler et al., 2003, p. 1088). Může však být obtížné rozvíjet a ověřovat nový specifický nástroj (Forsmark, 2006, p. 117). Talamini et al. vyzdvihují důležité vlastnosti měřicího nástroje, a to účinnost, spolehlivost a snadnou použitelnost i pro nemocného (Talamini et al., 2001, p. 118). Další autoři soudí, že by všechny budoucí studie o léčbě chronické pankreatitidy měly obsahovat prověřený a spolehlivý dotazník, za účelem vyhodnocení pacientova úhlu pohledu na různé použité procedury. Zdůrazňují nutnost znát nejen objektivní výsledky nových léčebných modalit, ale také názory pacientů na ně. (Pezzilli, Fantini, 2005, pp. 407-408).

Italští autoři ve svém příspěvku uvádí, že je třeba zvolit široce přijímaný dotazník hodnocení kvality života k tomu, aby mohly být porovnávány studie v různých populacích pacientů s chronickou pankreatitidou (Pezzilli, Fantini, 2005, p. 407). Jedna z metod hodnocení kvality života, oficiálně uznána a obecně uplatňována, by mohla vyřešit problém nedostatku jednotnosti při hodnocení výsledku a mohla by způsobit skutečnou revoluci v léčbě těchto pacientů v různých fázích onemocnění, pokud by byla referována více specializovaným centřům (Talamini et al., 2001, p. 119).

Potřebné jsou další studie porovnávající různé dotazníky, aby bylo možné identifikovat dotazník, který je nejužitečnější pro běžné vyhodnocování našich pacientů (Pezzilli, Fantini, 2005, p. 407).

V současné době je již vytvořen specifický dotazník k měření kvality života nemocných s CHP, zvaný PANQOLI. Nyní probíhá jeho validizace, uvedení do praxe

a další testování. Psychometrické vlastnosti PANQOLI byly popsány v multicentrické studii z USA, kde má také svůj původ. Originální dotazník obsahoval zpočátku 24 položek. Z důvodu jejich nadbytečnosti, byl dotazník redukován na 18 položek. Tato závěrečná stupnice zachytila čtyři oblasti, které ovlivňují kvalitu života pacientů s CHP: fyzické funkce, sociální funkce, emoční funkce a sebeúcta. Výsledky PANQOLI byly porovnány s SF-12, EORTC QLQ-C30 a třemi jinými nástroji, které neslouží k hodnocení kvality života. Ve výsledku PANQOLI vykazoval vynikající spolehlivost a validitu. Sebeúcta je unikátní oblastí tohoto nástroje, která může zvýšit jeho specifickou a citlivost ve skupině pacientů s CHP. Tato hypotéza však musí být testována v dalších studiích (Wassef et al., 2012).

Pezzilli et al. doporučují rutinní používání dotazníků QOL k posouzení pocitu celkové spokojenosti pacientů s chronickou pankreatitidou s cílem vybrat ty, kteří potřebují intenzivnější lékařský a psychologický přístup (Pezzilli et al., 2006a, p. 6251; Wehler et al., 2003, p. 1088). Wehler et al. dodávají, že hodnocení kvality jako SF-36 mohou být užitečné v identifikaci těchto nemocných (Wehler et al., 2004). Důležité je, že počáteční a průběžná psychosociální hodnocení poskytují lékařům informace vztahující se k potřebám pacientů a predikují jejich postoupení dalším odborníkům, např. psychologům nebo psychiatrům (Balliet et al., 2012, p. 4).

Je dobře zdokumentováno, že kvalita života je důležitou proměnnou a měla by být u nemocných chronickou pankreatitidou měřena (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 584; Wehler et al., 2004). Studie kvality života poskytují tolik potřebný vhled do problémů, které pacient cítí jako narušení kvality života (Forsmark, 2006, p. 117; Pezzilli et al., 2005; Wehler et al., 2004). Je potřebné, aby si lékaři byli vědomi fyzických a psychických problémů pacientů s CHP (Pezzilli et al., 2005). Standardizovaná posouzení HRQoL mohou povědomí lékařů o problémech jejich pacientů zvýšit (Wehler et al., 2004).

4.3 Výsledky studií kvality života nemocných s CHP

Česká studie z roku 2001, hodnotila kvalitu života 45 nemocných CHP pomocí české verze dotazníku SQUALA. V první fázi srovnávala kvalitu života nemocných léčených konzervativně a chirurgicky, ve fázi druhé kvalitu života obou skupin

pacientů se zdravou populací. Studie neodhalila významné rozdíly v kvalitě života mezi skupinami odlišně léčených nemocných. Autorky se proto domnívají, že i když u nemocných po operaci dochází ke zlepšení celkového stavu, nedochází k úplnému uzdravení. U nemocných byly ve srovnání se zdravou populací zjištěny nižší hodnoty v oblastech zdraví, fyzická soběstačnost, prostředí a domov. Dále byla vyjádřena vyšší důležitost položek domov a prostředí. Nemoci tedy byly ovlivněny pouze 4 položky z celkových 23. Pro nemocné jsou důležité oblasti zdraví (remise nemoci), fyzická soběstačnost, jídlo, prostředí a domov (Štaudová, Žáková, Dragomirecká, 2001, s. 52-55).

Všechny zahraniční studie hlásí významné snížení kvality života související se zdravím (dále HRQoL) u nemocných s CHP ve srovnání s běžnou populací (Wehler et al., 2003, p. 1083; Wehler et al., 2004; Pezzilli et al., 2005; Pezzilli, Fantini, 2005; Pezzilli et al., 2006b; Pezzilli et al., 2007b; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 583; Mullady et al., 2011, p. 77; Balliet et al., 2012, p. 1; Pezzilli et al., 2007a; Amann et al., 2013; Mokrowiecka et al., 2010, p. 93; Fitzimmons et al., 2005; Wassef et al., 2012). Množství studií také ukázalo, že snížení HRQoL je u mladších pacientů výraznější než u starších (Pezzilli et al., 2005; Wehler et al., 2004; Wehler et al., 2003, p. 1083; Fitzimmons et al., 2005; Pezzilli et al., 2006b). Věk neměl vliv na HRQoL ve dvou studiích (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 585; Mokrowiecka et al., 2010, p. 44). Co se týče pohlaví, jen italské studie uvedly významnější snížení HRQoL u žen, ve srovnání s muži. Autoři si tento jev vysvětlují pravděpodobným špatným přijetím nemoci italskými ženami (Pezzilli et al., 2005; Pezzilli et al., 2007b).

Studie užívající SF-36 udávají výrazné snížení ve všech jeho doménách u pacientů s CHP (Wehler et al., 2003, p. 1083; Wehler et al., 2004; Pezzilli et al., 2005; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 583; Pezzilli et al., 2006b). Obě německé studie označily za nejvíce postižené domény omezení fyzické aktivity (Role-Physical), omezení emočními problémy (Role-Emotional) a všeobecné hodnocení zdraví (General Health) (Wehler et al., 2003, p. 1083; Wehler et al., 2004). Polská studie uvedla nejvýznamnější pokles v doménách fyzická aktivita (Physical Functioning), omezení fyzické aktivity (Role-Physical), všeobecné hodnocení zdraví (General Health) a vitalita (Vitality). Italští autoři zjistili ve své studii nejvýraznější snížení v oblastech omezení fyzické aktivity (Role-Physical), všeobecné hodnocení zdraví (General Health) a vitalita (Vitality) (Pezzilli et al., 2005). Studie hodnotící

HRQoL pomocí SF-12 dokumentují významné snížení obou souhrnných složek (Amann et al., 2013; Pezzilli et al., 2006b).

Autoři studií HRQoL nemocných s CHP se obvykle pokoušeli zjistit, jaké faktory predikují její zhoršení (Wehler et al., 2004; Pezzilli et al., 2005; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 583; Fitzimmons et al., 2005; Mokrowiecka et al., 2010, p. 93; Pezzilli et al., 2007b).

Bolest je jedním z hlavních problémů zkoumaných pacientů. Posouzení vztahu bolesti k HRQoL je problematické, protože prezentace bolesti je velmi variabilní a stupnice bolesti používané v literatuře jsou heterogenní (Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 259). Byla zaznamenána negativní korelace mezi závažností bolesti a HRQoL, navzdory tomu, že byla v jednotlivých studiích měřena různými způsoby (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586). Bolest byla jedinou klinickou proměnnou, která ovlivnila všechny oblasti SF-36 u všech studií užívajících tento dotazník HRQoL (Wehler et al., 2003, p. 1083; Wehler et al., 2004; Pezzilli et al., 2005; Pezzilli et al., 2006b; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586). V italské studii s užitím dvou dotazníků HRQoL (EORTC QLQ-C30 a SF-12) byla pankreatická bolest jako jediná schopna významně zhoršit obě souhrnné složky SF-12, stejně jako všechny domény EORTC QLQ-C30 (Pezzilli et al., 2007a). Také polská studie zaznamenala významnou negativní korelaci mezi průměrným skóre HRQoL a indexem bolesti téměř ve všech oblastech EORTC QLQ-C30 a PAN-26 (Mokrowiecka et al., 2010, p. 39). Bolest můžeme považovat za nejdůležitější faktor ovlivňující HRQoL nemocných s CHP. Léčba bolesti je hlavní terapeutickou možností, která může zlepšit HRQoL pacientů (Pezzilli et al., 2005). Výsledky studií ukazují, jak důležitým problémem bolest je a že její léčba není často úspěšná, což se projevuje přetrvávajícím narušením HRQoL (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586). Mokrowieckou et al. bylo zjištěno, že intenzita bolesti ovlivňuje HRQoL výrazněji než její frekvence (Mokrowiecka et al., 2010, p. 39). Jiné výsledky přinesla studie Mullady et al., která je zatím nejrozsáhlejším výzkumem bolesti při CHP. Časový charakter bolesti je podle autorů významnější determinantou HRQoL než její intenzita (Mullady et al., 2011, p. 77). Pacienti užívající opiáty hlásí horší HRQoL ve všech funkčních škálách, stejně jako ve škálách bolesti a nauzey (Fitzimmons et al., 2005).

Tělesná hmotnost, vyjádřená BMI, je dalším důležitým parametrem ovlivňujícím HRQoL nemocných s CHP. Nízká tělesná hmotnost byla v několika studiích jedním z faktorů nejvíce spojených se špatným vnímáním zdravotního stavu (Wehler et al., 2004; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 583; Pezzilli et al., 2005). Pouze v jedné studii neměla vliv na výslednou HRQoL nemocných (Mokrowiecka et al., 2010, p. 39). Snížení BMI ovlivnilo negativně jak fyzické, tak psychické domény SF-36 (Pezzilli et al., 2005), v jiné italské studii potom jen složku psychickou (Pezzilli et al., 2006b) a v další studii s použitím dotazníku SF-12 pouze složku fyzickou (Pezzilli et al., 2007a). Zvýšení BMI výrazně pozitivně ovlivnilo HRQoL nemocných v řadě studií se SF-136 a SF-12 (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586; Pezzilli et al., 2005; Pezzilli et al., 2006b; Pezzilli et al., 2007a). BMI pozitivně korelovalo s HRQoL v obecném vnímání zdravotního stavu, změnou ve vyprazdňování, vnímání těla a spokojenosti s oblastí péče o zdraví (Mokrowiecka et al., 2010, p. 39). BMI představuje důležité kritérium především u nemocných s těžkou CHP, protože je nejen jednoduchým měřítkem stavu výživy, ale zdá se být i dobrým indexem kvality života. Trávicí a metabolické faktory si v léčbě pacientů s CHP zasluhují větší pozornost s cílem zlepšení jejich HRQoL (Pezzilli et al., 2005).

Chronický průjem se ukázal být prediktorem zhoršené HRQoL v několika studiích (Wehler et al., 2004; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586; Mokrowiecka et al., 2010, p. 39). Pezzilli et al. však tyto výsledky nepotvrdili (Pezzilli et al., 2007a).

Zdá se, že problémy se zažíváním mají značný dopad na HRQoL. V polské studii s EORTC QLQ-C30 a PAN-26 byly trávicí obtíže nejdůležitějším faktorem ovlivňujícím HRQoL. V dalších studiích nebyla zmíněná oblast tak moc postižena (Mokrowiecka et al., 2010, p. 39).

Finanční problémy a strach o budoucí zdraví mají významný vliv na HRQoL (Mokrowiecka et al. 2010, p. 39). Obavy z budoucích zdravotních problémů, finanční problémy, potíže se spánkem a únava jsou významnými problémy zhoršujícími HRQoL (Fitzimmons et al., 2005). Vliv finančních problémů na změnu HRQoL neprokázala jedna polská studie (Pezzilli, Fantini, 2005).

Délka trvání onemocnění je také velice důležitým faktorem negativně ovlivňujícím kvalitu života. Sníženy byly oblasti emoční a kognitivní funkce, nespavost, flatulence a sucho v ústech (Mokrowiecka et al. 2010, p. 39). Studie

s využitím SF-36 toto nepotvrdily (Wehler et al., 2004; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586).

Závažnost onemocnění (změny na pankreatu, progresse nemoci) také negativně ovlivňuje HRQoL. Konkrétně byl zaznamenán vliv na globální zdravotní stav, bolest, nauzeu, zvracení, ztrátu chuti k jídlu, zažívací obtíže, strach z budoucího zdraví, a trávení (Mokrowiecka et al. 2010, p. 39). Významný vliv závažnosti onemocnění uvedla také studie Pezzilli et al. (Pezzilli et al., 2005). Tyto výsledky nepodpořila většina studií s SF-36 a SF-12 (Wehler et al., 2004; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586; Pezzilli, Fantini, 2005; Pezzilli et al., 2007a). Zřejmě je to způsobeno tím, že SF-36 a SF-12 jsou obecné nástroje a nemusí indikovat specifické rozdíly v příznacích CHP. Čím specifičtější bude nástroj měření, tím spolehlivější bude i hodnocení. (Mokrowiecka et al. 2010, p. 39).

Diabetes mellitus měl vliv na snížení HRQoL ve dvou italských studiích (Pezzilli et al., 2007a; Pezzilli et al., 2005). Nezměnil výslednou HRQoL v dalších studiích (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586; Mokrowiecka et al. 2010, p. 44).

Počet relapsů nemoci byl zkoumán pouze v polské studii a sledán jedním z nejvýznamnějších faktorů snižujících HRQoL (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586).

Ztráta práce je jedním z faktorů, které jsou spojené s významným zhoršením HRQoL. Nezaměstnanost a předčasný odchod do důchodu jsou významnými prediktory špatné odezvy ve většině oblastí HRQoL (Wehler et al., 2004; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586; Mokrowiecka et al. 2010, p. 45). V předchozí polské studii s využitím EORTC QLQ-C30 a PAN-26 dokázala mít ztráta zaměstnání vliv na položky nevolnost a zvracení, nespavost a bolest (Mokrowiecka et al. 2010, p. 44).

Přítomnost komorbidit ve studii Wehler et al. představovala další zhoršení HRQoL (Wehler et al., 2004). Pezzilli et al. naopak zjistili, že komorbidity významně nesouvisely s HRQoL (Pezzilli et al., 2005; Pezzilli et al., 2006b).

Etiologie CHP neměla vliv na HRQoL (Wehler et al., 2004; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 585).

Nebyl zjištěn vliv chirurgické nebo endoskopické terapie na výslednou HRQoL nemocných (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586; Pezzilli et al., 2005; Pezzilli, Fantini, 2005; Pezzilli et al., 2006b; Pezzilli et al., 2007a).

Amann et al. ve své studii srovnávali výsledná skóre HRQoL nemocných s CHP s HRQoL jiných chronických onemocnění. Podobná HRQoL byla nalezena u chronických onemocnění srdce, jater, plic. Pacienti s CHP měli horší HRQoL ve srovnání s diabetem mellitem, hypertenzí, revmatoidní artritidou aj. (Amann et al., 2013).

Cílem studie Balliet et al. bylo zjistit, zda jsou depresivní symptomy spojeny s variabilitou vnímání bolesti a kvalitou života nemocných s nealkoholickou CHP. Autoři záměrně vyloučili nemocné s alkoholickou formou z důvodu jejich mnohočetných psychosociálních problémů spojených s abúsem. Výsledky studie naznačily, že u pacientů s nealkoholickou CHP je přítomnost příznaků deprese běžná a může souviset se zhoršením bolestí a snížením HRQoL (Balliet et al., 2012, p. 1).

ZÁVĚR

Chronická pankreatitida je onemocněním s dlouhodobým progresivním vysilujícím průběhem provázeným řadou nepříjemných příznaků, výrazně snižujících kvalitu života nemocného (Lankisch, 2001, p. 13; Mokrowiecka et al., 2010, p. 44).

Zkoumaným problémem předkládané bakalářské práce byl „vliv symptomů chronické pankreatitidy a její terapie na životní styl nemocných a kvalita života nemocných s chronickou pankreatitidou“.

Pro zpracování BP byly stanoveny 3 konkrétní cíle, jejichž naplnění je obsahem textu uvedeného níže. Všechny tři cíle bakalářské práce byly splněny.

Cíl 1. Předložit poznatky o vlivu symptomů chronické pankreatitidy na životní styl nemocných

Dominujícím příznakem onemocnění CHP je pankreatická bolest (Mokrowiecka et al., 2010, p. 44; Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 90), udává ji 85 - 90% postižených (Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 90). Je symptomem, který má největší podíl na snížení kvality jejich života (Witt et al., 2007; Forsmark, 2013, p. 1284; Bornman et al., 2003, p. 1175; Westlund, 2009, p. 483; Chauhan, Forsmark, 2010, p. 324). Studie Mullady et al. uvedla, že kontinuální bolesti způsobují nemocným větší postižení než bolesti intermitentní, nezávisle na jejich závažnosti (Mullady et al., 2011, p. 77). Studie Mokrowiecke et al. naopak prokázala vyšší vliv závažnosti bolesti oproti její frekvenci (Mokrowiecka et al., 2010, p. 39). Nemocní hodnotí bolest jako velmi závažnou, vysilující a frustrující (Lukáš, Bortlík, 2004, s. 160; Lieb, Forsmark, 2009, p. 706). V důsledku bolestivých stavů jsou nuceni vyhledat lékařskou péči (Forsmark, 2013, p. 1284), podstoupit celou řadu vyšetření a zákroků, a podrobovat se častým hospitalizacím (Grigsby, Rodriguez-Rilo, Khan, 2012, p. 835; Rutter et al., 2010, p. 2642; Goulden, 2013, p. 1). Intenzita bolesti je často taková, že veškeré myšlenky nemocného směřují k ní a nic jiného v té chvíli neexistuje (Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 957). Je dominantou všech aspektů každodenního života (Goulden, 2013, p. 7), doslova vládne nad jejich životy (Demir et al, 2011, p. 151). Silná bolest

nemocné omezuje (Rutter et al., 2010, p. 2642). Ovlivňuje jejich fyzické fungování (Forsmark, 2006, p. 117; Balliet et al., 2012, p. 1), znemožňuje vykonávání běžných denních aktivit (Lukáš, Bortlík, 2004, s. 160), postihuje také schopnost aktivit sportovních (Jongsma et al., 2011, p. 8). Dopadá na život pacientů, jejich přátel a rodiny (Goulden, 2013, p. 7). Ovlivňuje jejich sociální interakce (Forsmark, 2006, p. 117; Balliet et al., 2012, p. 1), postihuje společenské aktivity (Jongsma et al., 2011, p. 8). Bolest zhoršuje kognitivní fungování nemocných (Forsmark, 2006, p. 117), což bývá stížností mnoha z nich. Kognitivní funkce nemocných s CHP zkoumala studie Jongsma et al., která prokázala snížení psychomotorické výkonnosti, exekutivních funkcí a paměti nemocných se závažnými bolestmi. Nejvíce postiženými doménami byly první dvě výše jmenované (Jongsma et al., 2011, p. 1). Bolesti při CHP je ovlivněno psychické zdraví a celkový pocit pohody (Forsmark, 2006, p. 117; Balliet et al., 2012, p. 1), je nejdůležitějším faktorem způsobujícím stres (Balliet et al., 2012, p. 2). Chronické bolestivé stavy jsou důvodem častých depresí nemocných (Puylaert et al., 2011, p. 497; Chauhan, Forsmark, 2010, p. 328). Mnohdy trpí pocity izolace a beznaděje, pokud je léčba neúčinná (Mullady et al., 2011, p. 81). Bolesti mohou nemocné dovést k pokusům mírnit je nevhodnými prostředky (Nešpor, 2003, s. 34). Neřešitelný stav bolesti může dohnat nemocné až k myšlenkám na sebevraždu či sebevraždě (Westlund, 2009, p. 484). Intenzivní bolest výrazně snižuje chuť k jídlu (Witt et al., 2007, p. 1558; Westlund, 2009, p. 483). Nepravidelný příjem stravy je důsledkem obav z bolestivých atak bolesti a může mít za následek ztrátu tělesné hmotnosti a přispět k podvýživě (Goulden, 2013, p. 7). Bolest při CHP je důvodem významných sociálně - ekonomických problémů (Forsmark, 2013, p. 1284; Drewes et al., 2008, p. 1616), nemocní mají sníženou schopnost pracovat, často se stávají nezaměstnanými (Jongsma et al., 2011, p. 1; Grigsby, Rodriguez-Rilo, Khan, 2012, p. 835; Goulden, 2013, p. 8). Někteří nemocní bývají předčasně invalidizováni (Wehler et al., 2004). Bolest a mnohé další faktory vlivu nemoci na život pacienta (nezaměstnanost, finanční potíže, narušené osobní vztahy, sociální izolace, atd.) mohou vést k častému uchýlení se k hospitalizaci, která skýtá bezpečné útočiště, kde nemocní prostředí a personál důvěrně znají a je o ně pečováno (Goulden, 2013, p. 8).

Vliv dalších symptomů CHP na prožívání a životní styl nemocných je znám především díky výsledkům studií kvality života. Nauzea a zvracení společně výrazně zhoršují fyzické a psychosociální fungování nemocných (Balliet et al., 2012, p. 1).

Mokrowiecka et al. prokázali značné snížení kvality života v souvislosti s problémy se zažíváním (Mokrowiecka et al., 2010, p. 43). Dle dalších studií je chronický průjem spojený se zhoršeným vnímáním zdravotního stavu a kvality života (Forsmark, 2006, p. 117; Wehler et al., 2004). Snížení tělesné hmotnosti má za následek negativní ovlivnění tělesného a duševního fungování nemocných (Wehler et al., 2004; Wehler et al., 2003, pp. 1086-1088; Pezzilli et al., 2005; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 587), zhoršuje vnímání zdravotního stavu (Wehler et al., 2004; Pezzilli et al., 2005) a přispívá ke snížení kvality života (Forsmark, 2006, p. 117).

Diabetes mellitus má velmi negativní dopad na kvalitu života, především při závislosti na inzulínu (Talamini et al., 2001, p. 121). Poškozuje tělesné a duševní fungování (Wehler et al., 2004; Wehler et al., 2003, p. 1088; Pezzilli et al., 2005).

Řada autorů se vyjadřuje k celkovému vlivu CHP na změny v životním stylu postižených. Závažnost příznaků CHP je přímo spojena s fungováním pacienta a jeho celkovou spokojeností (Wehler et al., 2004). Prožívání nemocného je ovlivněno interními faktory (závažnost fyzických a emocionálních příznaků) i externími faktory (finanční problémy, postavení v zaměstnání, atd.) (Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 259). Postižení nemocí je vyšší u mladších pacientů ve srovnání se staršími (Pezzilli et al., 2005; Wehler et al., 2004; anonymous, 2012, p. 43).

Onemocnění způsobuje omezení doma, v manželském životě (Mokrowiecka et al., 2010, p. 39) a dalších vztazích (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 584; Goulden, 2013, p. 8; anonymous, 2012, p. 43). Nemocní hlásí značné obtíže v emocionálním fungování (Wehler et al., 2004; Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 259). V italské studii přiznala většina nemocných žen rozpaky hovořit o jejich nemoci s přáteli. Jako důvod uvedli skutečnost, že většina lidí věří, že CHP je výhradně alkoholického původu a tento předsudek může mít negativní vliv na přátelství (Pezzilli et al., 2006b).

CHP ovlivňuje trávení volného času, možnost cestování (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 584) a společenské aktivity (Mokrowiecka et al., 2010, p. 39). Nemocní s CHP udávají značné obtíže v sociálním fungování (Wehler et al., 2004; Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 259). Běžná je sociální izolace nemocných (Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 259; Goulden, 2013, p. 8; anonymous, 2012, p. 43) a obavy z body image (Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 259). Vyšší míra klinické deprese a úzkosti provází zvláště etylickou CHP, špatné duševní zdraví je u pacientů

s CHP běžné (Wehler et al., 2004; Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 259). Nemocní zažívají stresující události, mají obavy z komplikací nemoci (Mokrowiecka et al., 2010, pp. 39-40), trápí je strach z budoucnosti, s čímž související poruchy spánku (Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 259; Fitzsimmons et al., 2005). Deprese hlášené nemocnými s CHP zhoršují nejen bolesti, ale i fyzické a duševní fungování (Balliet et al., 2012, pp. 2-3).

CHP má hluboký dopad na pracovní činnost (Gardner et al., 2010; Mokrowiecka et al., 2010, p. 39; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 584). Počáteční stádia nemoci vyžadují fyzicky nenáročné zaměstnání a vyloučení nočních směn. Nemocní s pokročilou CHP nebo po operačních výkonech vyžadují změnu pracovního zařazení (Dítě, 2005, s. 133). Přetrvávání bolestí a časté hospitalizace vedou k dlouhodobé pracovní neschopnosti (Kaťuchová, Radoňak, 2011, s. 378), velká řada nemocných s CHP je nezaměstnaná (Mokrowiecka et al., 2010, p. 45; Wehler et al., 2004; Gardner et al., 2010). Dochází k předčasnému odchodu do důchodu u převážně mladých lidí (Kaťuchová, Radoňak, 2011, s. 378; Mokrowiecka et al., 2010, p. 45; Wehler et al., 2004; Gardner et al., 2010; Dítě, 2005, s. 133). Ztráta práce negativně ovlivňuje symptomy CHP (bolest, nevolnost, zvracení) a kvalitu spánku (Mokrowiecka et al., 2010, p. 45), je spojená s negativním vnímáním zdravotního stavu (Wehler et al., 2004). Onemocnění odpovídá za značné sociálně-ekonomické důsledky (Kaťuchová, Radoňak, 2011, s. 378; Mokrowiecka et al., 2010, p. 45; Wehler et al., 2004; Gardner et al., 2010), řada nemocných má finanční problémy (Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 259).

Cíl 2. Předložit poznatky o vlivu terapie chronické pankreatitidy na životní styl nemocných.

Okolo 80% pacientů s CHP může být úspěšně léčeno konzervativně (Meier, Beglinger, 2006, p. 522). Základním a zásadním požadavkem je absolutní abstinence alkoholu (Dítě et al., 2012, s. 689; Meier, Beglinger, 2006, p. 523; Hondl, 2002, s. 183; Novotná, 2006, s. 444; Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 92; Puylaert et al., 2011, p. 496; Cachago, Draganov, 2008, p. 3145). Dá se předpokládat ovlivnění příznaků onemocnění (bolest). Zlepšení stavu bývá popudem k opětovnému pití (Dítě, Novotný, Nechutová, 2008, s. 41). Léčba pacientů s alkoholickou CHP je obtížná (Frič, 2007a, s. 375; Balliet et al., 2012, p. 3), dosažení abstinence je někdy téměř nemožné (Frič,

2007a, s. 375). Ze studií HRQoL je známo, že nezanedbatelné množství nemocných přiznává pokračující abúzus alkoholu (Wehler et al., 2004; Pezzilli et al., 2005; Pezzilli et al., 2006b; Mullady et al., 2011, p. 83). Postižení mají mnoho psychosociálních problémů spojených se závislostí na alkoholu (Balliet et al., 2012, p. 3). Často potřebují významnou pomoc v odvykání pití (Skipworth, Shankar, Pereira, 2010, p. 26; anonymous, 2012, p. 43). Důležité je povzbuzení a podpora nemocných (Jupp, Fine, Johnson, 2010, p. 219; Chauhan, Forsmark, 2010, p. 326), aktivní přístup lékařů a vytvoření osobního vztahu s nemocným (Frič, 2007a, s. 375). Vhodné je postoupení nemocného příslušným odborníkům a institucím (Špičák, 2001, s. 276; Chauhan, Forsmark, 2010, p. 332).

Nemocní s CHP by se měli vyvarovat kouření (Goulden, 2013, p. 8). V případě alkoholické CHP je kuřáctví prakticky podmínkou (Špičák, 2001, s. 274). Studie kvality života ukázaly, že často více než polovina pacientů stále kouří (Wehler et al., 2004; Pezzilli et al., 2005; Pezzilli et al., 2006b; Mullady et al., 2011, p. 83; Mokrowiecka et al., 2010, p. 41). Odborníci na závislosti míní, že kouřit se neodnaučí ani ti, kteří odvykli alkoholu (Špičák et al., 2011, s. 1048). Pacienti by měli být podporováni v odvykání kouření (Goulden, 2013, p. 8; Skipworth, Shankar, Pereira, 2010, p. 26; Forsmark, 2013, p. 1285; Witt et al., 2007, p. 1570; Puylaert et al., 2011, p. 496).

Nemocní by měli dodržovat dietní doporučení a podrobit se určitým omezením ve stravování. Až 80% nemocných může být adekvátně léčeno normální stravou doplněnou pankreatickými enzymy (Meier et al., 2006, p. 275). Správná skladba stravy je mnohdy složitou záležitostí (maldigesce tuků, steatorea, špatné odezva na léčbu enzymy, PGT, DM, atd.), dodržet všechna doporučení a přitom si zajistit dostatečný kalorický příjem, může být pro nemocné velice obtížné. Vhodná je tedy spolupráce s nutričními terapeuty a individualizace přístupu (Grofová, 2008, s. 180).

Součástí léčby je náhrada pankreatické exokrinní insuficience (Frič, 2007b, s. 336; Dítě et al., 2013, s. 66; Špičák, 2001, s. 276; Hondl, 2002, s. 183; Novotná, 2006, s. 444; Meier, Beglinger, 2006, p. 523; Domínguez-Muñoz, 2011, p. 12). Užívá se dostatečné množství enzymů při každém jídle, během něj nebo těsně po něm (Dítě et al., 2013, s. 65; Frič, 2007b, s. 336; Meier, Beglinger, 2006, p. 523; Domínguez-Muñoz, 2011, p. 14). Pacienti často potřebují podporu směřující k jejich

spolupráci v užívání enzymů (Skipworth, Shankar, Pereira, 2010, p. 26). Po dostatečné edukaci lze nechat jejich užívání zcela v jejich režii (Špičák, 2001, s. 276).

Nutriční podpora (sipping, enterální nebo parenterální výživa) je určena pro nemocné s těžkým stavem výživy a progresivním hubnutím a/nebo neschopností přijímat ústy pro silné bolesti (malá odezva na analgetika), nauzeou/zvracením, stenózou duodena a při potřebě zlepšení nutričního stavu před plánovaným chirurgickým výkonem (Meier, Beglinger, 2006, p. 523; Dítě, Novotný, Dolina, 2005, s. 94; Špičák, 2001, s. 275; Hondl, 2002, s. 183). 10 - 15% nemocných užívá doplňky výživy (sipping), okolo 5% potřebuje enterální výživu (NJS, PEG) a okolo 1% pacientů je živeno parenterálně (Meier, Beglinger, 2006, p. 523).

Enterální výživa je krátkodobě podávána nazojejunální sondou (Romano, 2008, p. 25; DiSario, 2006, p. 605), nejvýhodnější je PEG s jejunální sondou nebo jejunostomie (Grofová, 2008, s. 180; Romano, 2006, p. 26; DiSario, 2006, p. 605; Meier, Beglinger, 2006, p. 524). Enterální výživa může být podávána v domácím prostředí (Grofová, 2008, s. 180; Hondl, 2002, s. 183, Romano, 2008, p. 26). Zohledněn by měl být denní režim nemocného a tolerance výživy GIT. Zvýšená rychlost nebo koncentrace přípravku (cyklický plán) nemusí být tolerována (křeče, bolesti břicha, nadýmání, průjem). Výhodou je zapůjčení přenosné enterální pumpy. Je nutná pečlivá edukace nemocného a/nebo pečující osoby (Grofová, 2008, s. 180; Romano, 2008, pp. 26-27). Postižení často udávají sníženou kvalitu života. Důležitá je proto jejich motivace, podpora, poskytnutí rad k vyrovnání se s nutriční podporou a získání co největší nezávislosti (Romano, 2008, p. 27).

Parenterální výživa je podávána velmi zřídka, obvykle krátkodobě (Grofová, 2008, s. 180; Dítě, Novotný Dolina, 2005, s. 94; Meier, Beglinger, 2006, p. 524).

Nemocní s DM jsou kromě standardní diabetické diety léčeni PAD nebo inzulinem (Perušičová, 2004, s. 377; Musil, 2008, s. 159; Grofová, 2008, s. 179; Kaťuchová, Radoňak, 2011, s. 379). Maldigesce a malabsorpce při CHP, nespolupráce nemocného v režimu jídla, užívání léků a pokračujícím alkoholismu, jsou hlavními příčinami špatné kompenzace DM a riziku hypoglykemií (Perušičová, 2004, s. 377; Musil, 2008, s. 160; Grofová, 2008, s. 179; Ewald, Bretzel, 2013, p. 204). Je nutné poučení diabetologem a edukační sestrou (Grofová, 2008, s. 179).

Léčba bolesti představuje hlavní terapeutický problém (Pezzilli et al., 2006a, p. 6249; Mokrowiecka et al., 2010, p. 45; Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 258;

Forsmark, 2013, p. 1287). Bolest je obtížně léčitelná (Skipworth, Shankar, Pereira, 2010, p. 26; Mullady et al., 2011, p. 77), je frustrujícím a náročným symptomem pro něj i lékaře (Lieb, Forsmark, 2009, p. 706; Di Sebastiano et al., 2004, p. 267). Většina nemocných potřebuje analgetika (Dítě et al., 2000, s. 185; Forsmark, 2013, p. 1285; Gachago, Draganov, 2008, p. 3138), je třeba počítat s navyšováním jejich dávek (Špičák, 2001, s. 276). Polyfarmacie je u těchto nemocných běžná (Goulden, 2013, p. 7). Využíván je třístupňový postup analgetické léčby, stanovený WHO (Drewes et al., 2008, p. 1624; Cruciani, Jain, 2008, p. 231; Puylaert et al., 2011, p. 496; Goulden, 2013, p. 8). První stupeň zahrnuje non - opioidní léčiva (paracetamol, NSAID), jejich schopnost tlumit bolest je obvykle špatná (Grigsby, Rodriguez-Rilo, Khan, 2012, p. 836; Goulden, 2013, p. 8). Slabé opiáty (tramadol) představují druhý stupeň analgetické léčby, jsou považovány za zvláště vhodné (Dítě, 2004a, s. 100; Forsmark, 2013, p. 1285; Drewes et al., 2008, pp. 1624-1625). Třetí stupeň nabízí silné opioidy, jako je morfin. Většina pacientů postupem času vyžaduje analgetizaci opiáty (Tattersall, Apte, Wilson, 2008, p. 597; Forsmark, 2013, p. 1285; Skipworth, Shankar, Pereira, 2010, p. 26; Drewes et al., 2008, p. 1624; Westlund, 2009, p. 483; Goulden, 2013, pp. 8-9). Přibližně polovina nemocných s CHP je opiáty léčena (Forsmark, 2013, p. 1285). Jejich podávání je kontroverzní (Cruciani, Jain, 2008, p. 230; Puylaert et al., 2011, p. 497; Goulden, 2013, p. 10), někdo před nimi dokonce varuje (Dítě, 2004a, s. 100). Je zde riziko vzniku závislosti a nežádoucích účinků (Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 962; Chauhan, Forsmark, 2010, p. 327). Přednost má ovšem zlepšení bolestí (Lieb, Forsmark, 2009, p. 712; Chauhan, Forsmark, 2010, p. 327; Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 962). Závislost na opiátech je problémem mnoha pacientů (DiSebastiano et al., 2005, p. 267; Gachago, Draganov, 2008, p. 3138; Puylaert et al., 2011, p. 497; Gupta, Toskes, 2005, p. 493; Goulden, 2013, p. 12; anonymous, 2012, p. 33). Přesné riziko jejího vzniku není známé, u jiných pacientů s chronickými bolestmi bylo méně než 20% (Forsmark, 2013, p. 1285). Nemocní s předchozím návykovým chováním (alkohol, kouření aj.), jsou náchylnější ke vzniku závislosti nebo zneužívání narkotik (Goulden, 2013, p. 10; Forsmark, 2013, p. 1285). Důležitým úkolem lékařů je bránit vzniku závislosti na omamných látkách (Gupta, Toskes, 2005, p. 493). Pacienti by měli být poučeni o riziku návyku a závislosti (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 332), často potřebují významnou pomoc v prevenci jejího vzniku (Skipworth, Shankar, Pereira, 2010, p. 26). Pečlivé monitorování

předepisování a užívání opioidů a je zásadní pro zachování bezpečnosti nemocných (Goulden, 2013, p. 13). Důrazně se doporučuje vydávání receptů na opiáty jediným lékařem (obvykle praktickým) (Puylaert et al., 2011, p. 496; Goulden, 2013, p. 10), je sledován výdej léků lékárnami k zabránění vytváření zásob (Goulden, 2013, p. 10). Vzhledem k tendenci pacientů s CHP stát se závislími jsou využívány přednostně léky s dlouhodobým účinkem (perorální, náplasti - fentanyl) (Puylaert et al., 2011, p. 496; Goulden, 2013, p. 9; anonymous, 2012, p. 33). Krátkodobě působící opiáty jsou určeny pouze pro případy tzv. „průlomové bolesti“ (Puylaert et al., 2011, p. 497; Goulden, 2013, p. 13; Cruciani, Jain, 2008, p. 232). Epizody bolesti mohou být tak závažné, že vyžadují hospitalizaci (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 324). Opakované readmise z důvodu nedostatečné analgezie jsou jednou z největších výzev v léčbě bolesti při CHP (Goulden, 2013, p. 9). Nemocní s nepoddajnou bolestí by měli být odesláni na specializovaná pracoviště léčby bolesti (anonymous, 2012, p. 43; Chauhan, Forsmark, 2010, p. 332). Zkušení odborníci nastaví vhodnou medikaci a poradí, jak se s bolestí vyrovnat (anonymous, 2012, p. 43). Výsadou klinik léčby bolesti je maximalizace účinku nenarkotických přístupů (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 332).

Užívání opiátů běžně způsobuje nežádoucí účinky (Cruciani, Jain, 2008, p. 232). Zácpa, sedace a respirační deprese jsou běžnými problémy (Goulden, 2013, p. 13). Mimo postižení GIT může být velmi obtěžující ospalost, útlum a snížení mentální kapacity (Westlund, 2009, p. 484). Podle mého názoru jsou vedlejší účinky opiátů jedním z důvodů, proč si nemocní nedokáží udržet svoji práci. Neoficiálně je toto zmiňováno samotnými postiženými v diskusních příspěvcích internetových stránek. Dlouhodobé užívání opiátů může narušit imunitní funkce, endokrinní poruchy s následnou sexuální dysfunkcí (Goulden, 2013, p. 13). Nebezpečné mohou být interakce analgetik s alkoholem či jinými návykovými látkami a nemocné je třeba o tom informovat (Nešpor, 2003, s. 39).

Nutná je individualizace léčby bolesti (Andrén-Sandberg, Hoem, Gislason, 2002, p. 967). Získání jasné představy o typu bolesti nemocného a její pečlivé zhodnocení zvýší její úspěšnost (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 326; Cruciani, Jain, 2008, p. 230). Nemocný by měl být seznámen s chronickou povahou bolesti a faktem, že cílem léčby je výrazné zlepšení bolesti, ale ne nutně její úplná absence (Lieb, Forsmark, 2009, p. 712). Nedílnou součástí je hodnocení účinku jednotlivých léků, lze využít například škálu VAS (Puylaert et al., 2011, p. 496).

V každé fázi analgetické léčby lze přidat tzv. adjuvancia (Špičák, 2001, s. 276; Dítě, Novotný, Nechutová, 2008, s. 42; Puylaert et al., 2011, p. 496), která pomáhají v léčbě neuropatické bolesti (Drewes et al., 2008, p. 1624; Forsmark, 2013, p. 1285), zvyšují účinek analgetik (Špičák, 2001, s. 276; Chauhan, Forsmark, 2010, p. 322) a mohou minimalizovat dávky opiátů (Lieb, Forsmark, 2009, p. 712; Goulden, 2013, p. 10). Doporučována a nejčastěji používána jsou antidepresiva a antikonvulziva (Dítě, Novotný, Nechutová, 2008, s. 42; Drewes et al., 2008, p. 1624; Cruciani, Jain, 2008, p. 233; Chauhan, Forsmark, 2010, p. 328). Použití alternativních terapií při CHP by mohlo být slibné (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 587). Studie Sareen a Kumari dokázala pozitivní účinek jógy na snížení vnímání bolesti a úzkosti pacientů a omezení užívání analgetik. Pomohla také k podstatnému zlepšení stravování a hmotnosti (Sareen, Kumari, 2006, p. 1051). Možností léčby bolesti při CHP je také nervová blokáda, neurolyza nebo splanchniektomie (Forsmark, 2013, p. 1286), méně se však využívá pro dočasný účinek (Lieb, Forsmark, 2009, p. 712).

Konzervativní léčba často selhává a nemocní potřebují k přijatelné úlevě od bolesti vysoké dávky opiátů (Skipworth, Shankar, Pereira, 2010, p. 26; Drewes et al., 2008, p. 1624; Lieb, Forsmark, 2009, p. 712). Před vznikem závislosti na narkotických by měl být zvážena endoskopická nebo chirurgická výkon (Pezzilli et al., 2006a, p. 6250; Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 259; Goulden, 2013, p. 9; Dítě, 2004a, s. 100; Novotná, 2006, s. 443). Endoskopická terapie je vhodná jen pro některé nemocné s CHP, úleva od bolesti bývá dočasná a je nutné intervence opakovat (Rutter et al., 2010, p. 2642). Chirurgická léčba je indikována v případě nezvladatelné bolesti s kontinuálním užíváním opiátů a rizikem vzniku závislosti (Pezzilli et al., 2006a, p. 6249; anonymous, 2012, p. 35; Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 259), významného ovlivnění denních aktivit, snížení kvality života, neschopnosti udržet si zaměstnání v důsledku bolesti a neschopnosti udržet si zdravou tělesnou hmotnost (anonymous, 2012, p. 35). Měla by být zvážena brzy po selhání předchozích postupů (Rutter et al., 2010, p. 2646). Chronická bolest je spojena s neuromodulačními mechanismy, včasná operační léčba se zdá mnohem úspěšnější (Mullady et al., 2011, p. 83; Pezzilli et al., 2006a, p. 6250; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 587). Výsledky operace závisí také na chování nemocného (Kaťuchová, Radoňak, 2011, s. 378; Špičák, 2001, s. 277). Při pokračující konzumaci alkoholu nebo užívání opiátů může léčba selhat (Kaťuchová, Radoňak, 2011, s. 378). Nemocní s přetrvávajícím abúsem

alkoholu by měli být operováni jen v nezbytném rozsahu nebo z vitální indikace (Špičák, 2001, s. 277).

Léčba pacientů je vysoce individuální, nejsou stanoveny standardizované postupy a načasování jednotlivých výkonů (anonymous, 2012, p. 40; Rutter et al, 2010, p. 2646; Goulden, 2013, p. 13). Nemocní podstupují celou řadu vyšetření, zákroků, často jsou hospitalizováni (Grigsby, Rodriguez-Rilo, Khan, 2012, p. 835; Rutter et al., 2010, p. 2642; Goulden, 2013, p. 1). Žádný zásah nebo léčba neposkytuje úplnou úlevu u všech pacientů (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 332; Mullady et al., 2011, p. 78; anonymous, 2012, p. 40), v mnoha případech bolest přetrvává i přes množství procedur (Goulden, 2013, p. 13). Bolest při CHP tak zůstává nevyřešeným zdravotním problémem ve společnosti (Jongsma et al., 2011, p. 1). Je důležité posuzovat a léčit nemocné pomocí biopsychosociálního modelu (Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 263). Neléčené sociální, psychické a behaviorální potíže přispívají k progresi onemocnění, zhoršují bolest a GIT symptomy (Balliet et al., 2012, p. 2). Léčba CHP vyžaduje multidisciplinární tým (Forsmark, 2013, p. 1282; Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 263; Cruciani, Jain, 2008, p. 230) V jednotlivých případech je vhodné přizvat k péči sociální pracovníky, poradce, psychology, psychiatry, podpůrné skupiny a kliniky léčby bolesti (Chauhan, Forsmark, 2010, p. 332; anonymous, 2012, p. 43). Pomoc podpůrných skupin je pro pacienty a jejich rodiny potřebná (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 587; Goulden, 2013, p. 8; anonymous, 2012, p. 43; Skipworth, Shankar, Pereira, 2010, p. 26). Sdílené zkušenosti pacientů pomáhají ostatním postiženým i jejich terapeutům. (Goulden, 2013, p. 8). Mělo být vyvinuto úsilí ke zlepšení zkušeností těchto nemocných se zdravotní péčí. Při jejím hodnocení 80% respondentů uvedlo, že s nimi minimálně na jedné návštěvě nebylo zacházeno s respektem a důstojností, 45% z nich bylo označeno za alkoholiky a 29% procent za vyhledávače léků (Gardner et al., 2010).

Cíl 3. Předložit poznatky o kvalitě života nemocných s chronickou pankreatitidou

Dohledáno bylo celkem 15 studií HRQoL. k hodnocení kvality života u nemocných s CHP byly využity čtyři různé nástroje. Dotazník kvality života SQUALA byl uplatněn jedinou českou studií Štaudové, Žákové a Dragomirecké z roku 2001. Čtyři zahraniční studie hodnotily kvalitu života nemocných s CHP pomocí

generického dotazníku SF-36. Dotazník SF-12 byl užít k posouzení HRQoL celkem v šesti studiích. EORTC QLQ-C30 s doplňkovým modulem PAN-26 je čtvrtým dotazníkem kvality života použitým ve třech studiích HRQoL pacientů s CHP. Jedna studie byla provedena s pomocí nástroje PANQOLI.

Studie posuzovaly vhodnost dotazníků pro měření HRQoL postižených a porovnávaly jednotlivé nástroje mezi sebou. České autorky se ke vhodnosti použití dotazníku SQUALA nevyjádřily (Štaudová, Žáková, Dragomirecká, 2001). Třemi studiemi byla potvrzena proveditelnost a spolehlivost dotazníku SF-36 (Wehler et al., 2003, p. 1083; Wehler et al., 2004; Pezzilli et al., 2005). Pouze Wehler et al. ve studii z roku 2003 vyjádřili obavu ze stropních účinky dotazníků a možnému omezení jeho užitečnosti při posuzování účinků léčby (Wehler et al., 2003, p. 1083). Čtvrtá ze studií se k vhodnosti SF-36 pro nemocné s CHP nevyjádřila (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011). Porovnáním výsledků zjištěných SF-36 s výsledky SF-12 se zabývala italská studie Pezzilli et al., která dokázala, že SF-12 je dobrou alternativou SF-36 (Pezzilli et al., 2006b). Fitzsimmons et al. hodnotili vhodnost dotazníků EORTC QLQ-C30 a PAN-26, nemocní byli též požádáni o přezkoumání vhodnosti jejich obsahu a struktury. PAN-26 byl následně rozšířen o dvě další specifické položky (PAN 28) (Fitzsimmons et al., 2005). Studie Mokrowiecke et al. označila oba dotazníky za specifické a relevantní nástroje u CHP (Mokrowiecka et al., 2010). Jiná italská studie srovnávala SF-12 a EORTC QLQ-C30 s PAN 26 a zjistila, že z praktického hlediska je SF-12 spolehlivější a snadněji použitelný v běžné praxi (Pezzilli et al., 2007a).

Některé studie měly specifické zaměření. Studie Pezzilli et al. pomocí SF-12 sledovala změny ve fyzickém a psychickém zdraví CHP pacientů v období dvou let (Pezzilli et al., 2007b). Jedna studie USA měřila nástrojem SF-12 kvalitu života CHP pacientů s různými typy bolestivých stavů (Mullady et al., 2011). Další studie z USA zjišťovala s využitím SF-12 souvislosti mezi depresivními symptomy, bolestí a kvalitou života u nemocných s nealkoholickou CHP (Balliet et al., 2012). Třetí studie USA zkoumala vliv CHP na zaměstnanost a zkušenost nemocných se zdravotní péčí (Gardner et al., 2010).

Řada autorů zdůrazňuje, že specifický dotazník k měření HRQoL nemocných s CHP nebyl dosud vytvořen (Talamini et al., 2001, p. 118; Forsmark, 2006, p. 117; Grist, Jupp, Johnson, 2012, p. 258; Wehler et al., 2003, p. 1088) a nutnost jeho konstrukce je naléhavá (Talamini et al., 2001, p. 118). Specifický nástroj pro CHP

umožní dlouhodobé sledování nemocných s CHP (Wehler et al., 2003, p. 1088) a posouzení výsledku jednotlivých terapeutických postupů (Talamini et al., 2001, p. 118; Forsmark, 2006, p. 117; Pezzilli, Fantini, 2005, p. 407). Může být obtížné rozvíjet a ověřovat nový specifický nástroj (Forsmark, 2006, p. 117). Talamini et al. vyzdvihují důležité vlastnosti měřicího nástroje, a to účinnost, spolehlivost a snadnou použitelnost (Talamini et al., 2001, p. 118). Je nutné zvolit jeden široce přijímaný, uznaný nástroj hodnocení HRQoL CHP pacientů, aby mohly být srovnávány jednotlivé studie (Pezzilli, Fantini, 2005, p. 407). Italští autoři sdělují potřebu dalších studií k porovnání dotazníků HRQoL a identifikaci nejužitečnějšího z nich (Pezzilli, Fantini, 2005, p. 407).

V současné době je již vytvořen specifický dotazník k měření kvality života nemocných s CHP zvaný PANQOLI. Nyní probíhá jeho validizace a uvedení do praxe. Psychometrické vlastnosti dotazníku byly popsány multicentrickou studií z USA. Výsledky PANQOLI byly porovnány s SF-12, EORTC QLQ-C30 a třemi jinými nástroji. Ve výsledku PANQOLI vykazoval vynikající spolehlivost a validitu (Wassef et al., 2012).

Kvalita života je důležitou proměnnou a měla by být u nemocných s CHP hodnocena (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 584; Wehler et al., 2004). Řada autorů doporučuje rutinní používání dotazníků HRQoL k selekci nemocných, kteří potřebují intenzivnější lékařský a psychologický přístup (Wehler et al., 2003, p. 1088; Pezzilli et al., 2006a, p. 6251; Balliet et al., 2012, p. 4). Wehler et al. považují v tomto směru za vhodný SF-36 (Wehler et al., 2004). Studie HRQoL poskytují lékařům tolik potřebný vhled do problémů, které pacient cítí jako narušení kvality života (Forsmark, 2006, p. 117; Pezzilli et al., 2005; Wehler et al., 2004).

Srovnání výsledků jednotlivých studií je velice těžké z důvodu nejednotnosti v použití dotazníků HRQoL, posuzování HRQoL u různě velkých skupin nemocných, různé populace nemocných a v některých případech jejich úmyslné selekce. Výsledky studií nejsou jednotné a často si protirečí. Autoři Mokrowiecka et al. označili jako důvod to, že některé dotazníky jsou příliš obecné a nemusí detekovat specifické rozdíly v příznacích CHP. Čím specifičtější bude nástroj měření, tím spolehlivější bude hodnocení. (Mokrowiecka et al. 2010, p. 39).

Česká studie hodnotila pomocí dotazníku SQUALA kvalitu života 45 nemocných. Neodhalila významné rozdíly v kvalitě života mezi nemocnými

léčenými konzervativně a chirurgicky. U nemocných byly ve srovnání se zdravou populací zjištěny nižší hodnoty v oblastech zdraví, fyzická soběstačnost, prostředí a domov. Dále byla vyjádřena vyšší důležitost položek domov a prostředí. Nemoci byly ovlivněny pouze 4 položky z celkových 23 (Štaudová, Žáková, Dragomirecká, 2001, s. 52-55).

Všechny zahraniční studie sledovaly významné snížení kvality života související se zdravím (dále HRQoL) u nemocných s CHP ve srovnání s běžnou populací (Wehler et al., 2003, p. 1083; Wehler et al., 2004; Pezzilli et al., 2005; Pezzilli, Fantini, 2005; Pezzilli et al., 2006b; Pezzilli et al., 2007b; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 583; Mullady et al., 2011, p. 77; Balliet et al., 2012, p. 1; Pezzilli et al., 2007a; Amann et al., 2013; Mokrowiecka et al., 2010, p. 93; Fitzimmons et al., 2005; Wassef et al., 2012). Mnohé studie ukázaly, že snížení HRQoL je u mladších pacientů výraznější než u starších (Pezzilli et al., 2005; Wehler et al., 2004; Wehler et al., 2003, p. 1083; Fitzimmons et al., 2005; Pezzilli et al., 2006b). Věk neměl vliv na HRQoL ve dvou studiích (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 585; Mokrowiecka et al., 2010, p. 44). Jen italské studie uvedly významnější snížení HRQoL u žen, ve srovnání s muži (Pezzilli et al., 2005; Pezzilli et al., 2007b).

Studiemi HRQoL bylo prokázáno, že **bolest** je nejdůležitějším faktorem ovlivňujícím HRQoL nemocných s CHP, a tedy hlavním problémem zkoumaných pacientů. Bolest byla jedinou klinickou proměnnou, která významně ovlivnila obě souhrnné složky dotazníků SF-36 a SF-12 i všechny domény EORTC QLQ-C30 a PAN-26 (Wehler et al., 2003, p. 1083; Wehler et al., 2004; Pezzilli et al., 2005; Pezzilli et al., 2006b; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586; Pezzilli et al., 2007a; Mokrowiecka et al., 2010, p. 39). Léčba bolesti je hlavní terapeutickou možností, která může zlepšit HRQoL pacientů (Pezzilli et al., 2005). Léčba bolesti často není úspěšná, což se projevuje přetrvávajícím narušením HRQoL (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586). Výsledky dvou studií hodnotících jednotlivé typy bolesti vzhledem k postižení nemocných byly zmíněny již dříve (Mokrowiecka et al., 2010, p. 39; Mullady et al., 2011, p. 77). Pacienti užívající opiáty vykázali horší HRQoL ve všech funkčních škálách, stejně jako ve škálách bolesti a nauzey (Fitzimmons et al., 2005). **Tělesná hmotnost (BMI)** je dalším důležitým parametrem ovlivňujícím HRQoL nemocných. Nízká tělesná hmotnost byla v několika studiích jedním z hlavních faktorů způsobujících zhoršení HRQoL (Wehler et al., 2004;

Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 583; Pezzilli et al. 2005), pouze v jedné studii neměla vliv na výslednou HRQoL (Mokrowiecka et al., 2010, p. 39). Snížení BMI negativně ovlivnilo domény dotazníků SF-36 a SF-12, v jednotlivých studiích pak rozdílně (Pezzilli et al., 2005; Pezzilli et al., 2006b; Pezzilli et al., 2007a). Zvýšení BMI výrazně pozitivně ovlivilo HRQoL v řadě studií se SF-36, SF-12 i EORTC QLQ-C30 a PAN-26 (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586; Pezzilli et al., 2005; Pezzilli et al., 2006b; Pezzilli et al., 2007a; Mokrowiecka et al., 2010, p. 39). **Chronický průjem** se ukázal být prediktorem zhoršené HRQoL v několika studiích (Wehler et al., 2004; Mokrowiecka et al., 2010, p. 39; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586). Pezzilli et al. však tyto výsledky nepotvrdili (Pezzilli et al., 2007a). **Problémy se zažíváním** byly v polské studii s EORTC QLQ-C30 a PAN-26 jedním z nejdůležitějších faktorů ovlivňujících HRQoL. V jiných studiích nebyla zmíněná oblast tolik postižena (Mokrowiecka et al., 2010, p. 39). **DM** způsobil snížení HRQoL ve dvou studiích (Pezzilli et al., 2007a; Pezzilli et al., 2005), nezměnil však výslednou HRQoL v dalších studiích (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586; Mokrowiecka et al. 2010, p. 44). **Závažnost nemoci** (změny na pankreatu, progresse) měla značný dopad na HRQoL (Mokrowiecka et al. 2010, p. 39; Pezzilli et al., 2005). Většina studií se SF-36 a SF-12 toto vyvrátila (Wehler et al., 2004; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586; Pezzilli, Fantini, 2005; Pezzilli et al, 2007a). **Délka trvání onemocnění** je dalším faktorem významně negativně ovlivňujícím HRQoL (Mokrowiecka et al. 2010, p. 39). Studie s využitím SF-36 toto nepotvrdily (Wehler et al., 2004; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586). **Počet relapsů nemoci** byl jedním z nejvýznamnějších faktorů snižujících HRQoL v polské studii (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586). **Ztráta práce, nezaměstnanost a předčasný odchod do důchodu** jsou významnými prediktory snížení HRQoL (Wehler et al., 2004; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586; Mokrowiecka et al. 2010, p. 45). Mimo uznávaných příznaků jsou finanční **problémy, strach o budoucí zdraví, potíže se spánkem a únava** dalšími významnými ukazateli zhoršujícími HRQoL (Mokrowiecka et al. 2010, p. 39; Fitzimmons et al., 2005). Vliv finančních problémů na změnu HRQoL neprokázala jedna polská studie (Pezzilli, Fantini, 2005). **Přítomnost komorbidit** ve studii Wehler et al. představovala další zhoršení HRQoL (Wehler et al., 2004), dvě italské studie toto nepodpořily (Pezzilli et

al., 2005; Pezzilli et al., 2006b). **Etiologie** CHP neměla vliv na HRQoL (Wehler et al., 2004; Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 585). Nebyl zjištěn vliv **chirurgické nebo endoskopické terapie** na HRQoL (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011, p. 586; Pezzilli et al., 2005; Pezzilli, Fantini, 2005; Pezzilli et al., 2006b; Pezzilli et al., 2007a).

Amann et al. zjistili u nemocných s CHP podobnou HRQoL jako u chronických onemocnění srdce, jater, plic a horší HRQoL ve srovnání s diabetem mellitem, hypertenzí, revmatoidní artritidou. (Amann et al., 2013).

Výsledky studie Balliet et al. ukázaly, že u pacientů s nealkoholickou CHP jsou běžné příznaky deprese, a ta může souviset se zhoršením bolestí a snížením HRQoL. Autoři záměrně vyloučili nemocné s alkoholickou formou z důvodu jejich mnohočetných psychosociálních problémů (Balliet et al., 2012, p. 1).

Přínos předkládané bakalářské práce vidím v originalitě problematiky, kterou se zabývá. Nebylo dohledáno žádné podobné pojednání. Domnívám se, že prostudování textu je vhodné pro všechny odborníky i laiky pečující o nemocné s CHP. Odhaluje oblast reálného života postižených a vyzdvihuje potřebu chápavosti, empatie a podpory z jejich strany. Nalezené poznatky jsou důkazem toho, jakou nutností a přínosem je profesionální jednání lékařů, sester a dalších zdravotníků. Tkví ve znalosti problematiky onemocnění a z ní plynoucí poskytnutí adekvátní pomoci, dále v kvalitní komunikaci a jednání bez předsudků. BP odhalila důležitost hodnocení kvality života nemocných k získání povědomí o jejich aktuálních potížích a zkvalitnění péče o ně. Nedostatek dohledaných poznatků z České republiky napovídá, že oblast HRQoL nemocných s CHP zde není dostatečně zkoumána, nebo nejsou výsledky hodnocení publikovány. Nedostatečná informovanost veřejnosti, která je příčinou stigmatizace nemocných, by měla být dalším předmětem zájmu.

Úplným závěrem přidávám několik autentických stížností nemocných s CHP z internetových stránek, kde sdílí své příběhy.

„Můj každodenní život je tvrdý, je velice těžké mít neustále bolesti a nevolnost.“
„Cítíte se velmi sám, když vidíte, že váš lékař má velmi málo informací o vašem stavu. Připadá vám, že se se vším musíte vypořádat sami. Podpora je velmi malá.“
„Ve chvílích silné bolesti, kdy mi nebyla poskytnuta žádná pomoc či odpověď, jsem nechtěl žít.“ „Lékařem mi bylo řečeno, že nelze nic udělat a já mohu jen užívat léky k tomu, aby mi bylo dobře.“ „Nic vám nepomůže, prostě umíráte.“ „Můžete přijít

o práci, ztratíte své přátele a jste mučeni každý den.“ „Přátelé se vytratili. Není moc témat k hovoru, nemůžu s nimi nikam jít, nemůžu jíst to, co oni.“ „Žádala jsem o přiznání invalidity a dvakrát jsem byla odmítnuta, teď žádám potřeť. Chci pracovat, ale nevím, jak bych mohla.“ „Když mám záchvat bolesti, děti to nechápou a bojí se. Mám takové bolesti, že nejsem schopná se o ně postarat.“ „Můžu stěží fungovat. Nemůžu dělat většinu z toho, na co jsem byl zvyklý.“ „Měl jsem tolik přání a cílů v životě a teď jsou pryč.“ „Nezajímá mě to, co předtím, priority se změnilly.“

Seznam bibliografických citací

- AMANN, s. T. et al. 2013. Physical and Mental Quality of Life in Chronic Pancreatitis: a Case-Control Study from the North American Pancreatitis Study 2 Cohort. *Pancreas* [on-line]. 2013, 03, vol. 42, no. 2, pp. 293-300. [cit. 29.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1097/MPA.0b013e31826532e7>
- AMMANN, R. W., MULLHAUPT, B. 2007. Do the Diagnostic Criteria Differ between Alcoholic and Nonalcoholic Chronic Pancreatitis? *Journal of Gastroenterology* [on-line]. 2007, 01, vol. 42, pp. 118-26. [cit. 16.4.2013]. ISSN 09441174. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1007/s00535-006-1940-9>.
- ANDRÉN-SANDBERG, Å., HOEM, D., GISLASON, H. 2002. Pain management in chronic pancreatitis. *European journal of gastroenterology & hepatology* [on-line]. 2002, 14.9, pp. 957-970. [cit. 22.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: http://journals.lww.com/eurojgh/Citation/2002/09000/Pain_management_in_chronic_pancreatitis.6.aspx
- BALLIET, W. E. et al. 2012. Depressive Symptoms, Pain, and Quality of Life among Patients with Nonalcohol-Related Chronic Pancreatitis. *Pain Research and Treatment* [on-line]. 2012, ID 978646, pp. 1-5. [cit. 16.5.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/978646>.
- BARMAN, K. K., PREMALATHA, G., MOHAN, V. 2003. Tropical Chronic Pancreatitis. *Postgraduate Medical Journal* [on-line]. 2003, 11, vol. 79, no. 937, pp. 606-15. [cit. 18.4.2013]. ISSN 00325473. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/206262924?accountid=16730>
- BARTOŠ, Vladimír, VLASÁKOVÁ, Zuzana, ŠPIČÁK, Julius et al. 2000. Diabetické mikrovaskulární komplikace u nemocných s chronickou pankreatitidou. *Praktický lékař*. 2000, roč. 80, č. 4, s. 195-197. ISSN 0032-6739.
- BOERMA, D. et al. 2003. Experimental Model of Obstructive, Chronic Pancreatitis in Pigs. *Digestive Surgery* [on-line]. 2003, vol. 20, no. 6, pp. 520-6. [cit. 17.4.2013]. ISSN 02534886. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/223607344?accountid=16730>
- BORNMAN, P. C. et al. 2003. Pathogenesis of Pain in Chronic Pancreatitis: Ongoing Enigma. *World Journal of Surgery* [on-line]. 2003, 11, vol. 27, no. 11, pp. 1175-82. [cit. 10.5.2013]. ISSN 03642313. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-003-7235-x>.

BRAGANZA, J. M., LEE, s. H., MCCLOY, R. F., MCMAHON, M. J. 2011. Chronic Pancreatitis. *The Lancet* [on-line]. 2011, Apr, vol. 377, no. 9772, pp. 1184-97. [cit. 16.4.2013]. ISSN 01406736. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/860164982?accountid=16730>

BUSCARINI, E. et al. 2010. Autoimmune Pancreatitis: a Challenging Diagnostic Puzzle for Clinicians. *Digestive and Liver Disease: Official Journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver* [on-line]. 2010, 02, vol. 42, no. 2, pp. 92-98. [cit. 16.5.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dld.2009.08.006>.

BUŽGOVÁ, Radka, HÁJKOVÁ, Martina, JASIOKOVÁ, Agáta. 2009. Zkušenosti s měřením kvality života dotazníkem WHOQOL-BREF u vybraných skupin pacientů. *Kontakt* [on-line]. 2009, roč. 11, č. 1, s. 246-251. [cit. 17.4.2013]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2009/513-zkusenosti-s-merenim-kvality-zivota-dotaznikem-whoqol-brief-u-vybranych-skupin-pacientu>

CRUCIANI, R. A., JAIN, s. 2008. Pancreatic Pain: a Mini Review. *Pancreatology* [on-line]. 2008, 06, vol. 8, no. 3, pp. 230-5. [cit. 6.5.2013]. ISSN 14243903. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/222743040/fulltextPDF/13F4386B0676181B2D1/1?accountid=16730>

DEMIR, I. E. et al. 2011. Pain Mechanisms in Chronic Pancreatitis: Of a Master and His Fire. *Langenbeck's Archives of Surgery/Deutsche Gesellschaft Für Chirurgie* [on-line]. 2011, 02, vol. 396, no. 2, pp. 151-160. [cit. 6.5.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1007/s00423-010-0731-1>.

DI SEBASTIANO, P. et al. 2005. Pathogenesis of pain in chronic pancreatitis. *Digestive Diseases* [on-line]. 2005, 22.3, pp. 267-272. [cit. 10.5.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.karger.com/Article/Pdf/82798>

DISARIO, J. A. 2006. Endoscopic Approaches to Enteral Nutritional Support. *Best Practice & Research* [on-line]. 2006, vol. 20, no. 3, pp. 605-30. [cit. 18.5.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpg.2006.02.002>

DÍTĚ, Petr, NOVOTNÝ, Ivo, DOLINA, Jiří. 2005. Chronická pankreatitida v terénní praxi. *Medicína po promoci*. 2005, roč. 6, č. 1, s. 88-95. ISSN: 1212-9445.

DÍTĚ, Petr, NOVOTNÝ, Ivo, KOCNA, Petr et al. 2013. Zvláštnosti diagnostiky a terapie exokrinní pankreatické nedostatečnosti. *Vnitřní lékařství*. 2013, roč. 59, č. 1, s. 65-70. ISSN: 0042-773X.

DÍTĚ, Petr, NOVOTNÝ, Ivo, NECHUTOVÁ, Hana, TRNA, Jan. 2012. Chronická pankreatitida – klasifikace, diagnostika a terapie. *Rozhledy v chirurgii*. 2012, roč. 91, č. 12, s. 684-691. ISSN 0035-9351.

DÍTĚ, Petr, NOVOTNÝ, Ivo, NECHUTOVÁ, Hana. 2008. Pankreatická bolest a možnosti její léčby. *Bulletin HPB* [on-line]. 2008, roč. 16, č. 3, s. 41-42. [cit. 6.4.2013]. ISSN 1210-6755. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/kramerius/PShowPageDoc.do?id=36012&it=&picp=1360 &idpi=173085>

DÍTĚ, Petr, NOVOTNÝ, Ivo, TRNA, Jan et al. 2007. Je chronická pankreatitida rizikový faktor karcinomu pankreatu? *Česká geriatrická revue*. 2007, roč. 5, č. 2, s. 65-67. ISSN 1214-0732.

DÍTĚ, Petr, PŘECECHTĚLOVÁ, Marie, NOVOTNÝ, Ivo et al. 2000. Principy konzervativní léčby chronické pankreatitidy. *Vnitřní lékařství*. 2000, roč. 46, č. 3, s. 184-186. ISSN 0042-773X.

DÍTĚ, Petr, TRNA, Jan, FLOREANOVÁ, Katarina, GERYK, Edvard. 2011. Chronická pankreatitida. *Medicína pro praxi* [on-line]. 2011, roč. 8, č. 11, s. 455-458. [cit. 2.4.2013]. ISSN: 1214-8687. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/03.pdf>

DÍTĚ, Petr, TRNA, Jan, NOVOTNÝ, Ivo et al. 2011. Chronická pankreatitida v roce 2011. *Vnitřní lékařství*. 2011, roč. 57, č. 11, s. 891-896. ISSN 0042-773X.

DÍTĚ, Petr. 2004a. Chronická pankreatitida - choroba, kterou umíme léčit, ale neumíme vyléčit. *Vnitřní lékařství*. 2004, roč. 50, č. S1, s. S98-S102. ISSN 0042-773X.

DÍTĚ, Petr. 2004b. Chronická pankreatitida - klasifikace, diagnostika a terapie. *Postgraduální medicína*. 2004. roč. 6, č. 3, s. 246-251. ISSN 1212-4184.

DÍTĚ, Petr. 2005. Chronická pankreatitida. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*. 2005, roč. 59, č. 3, s. 132-133. ISSN: 1213-323X.

DÍTĚ, Petr. 2006. Pokroky ve výzkumu etiopatogeneze chronické pankreatitidy. *Medicína pro praxi*, 2006. roč. 7, č. 3, s. 49-52. ISSN: 1212-9445.

Dítě, Petr et al. 2011. *Farmakoterapie v gastroenterologii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 262 s. ISBN 978-80-7262-704-2

DÍTE, Petr et al. 2001. Incidence of Chronic Pancreatitis in the Czech Republic. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* [on-line]. 2001, 06, vol. 13, no. 6, pp. 749-750. [cit. 5.4.2013]. ISSN 0954-691X. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/70978319/13F42C3282A14F4C738/8?accountid=16730>

DOMÍNGUEZ-MUÑOZ, J. E. 2011. Pancreatic exocrine insufficiency: diagnosis and treatment. *Journal of gastroenterology and hepatology* [on-line]. 2011, 26. s2, pp. 12-16. [cit. 20.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1746.2010.06600.x/pdf>

DOMINGUEZ-MUÑOZ, J. E., IGLESIAS-GARCÍA, J. 2010. Oral pancreatic enzyme substitution therapy in chronic pancreatitis: is clinical response an appropriate marker for evaluation of therapeutic efficacy. *JOP* [on-line]. 2010, 11.2, pp. 158-62. [cit. 20.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.joplink.net/prev/201003/06.html>

Dragomirecká, Eva et al. 2006. *SQUALA: Subjective quality of life analysis: příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 68 s. ISBN 80-85121-47-6

DREWES, A. M. et al. 2008. Pain in Chronic Pancreatitis: The Role of Neuropathic Pain Mechanisms. *Gut* [on-line]. 2008, 11, vol. 57, no. 11, pp. 1616-1627. [cit. 20.4.2013]. ISSN 0017-5749. <http://gut.bmj.com/content/57/11/1616.full.pdf+html>

DUFFKOVÁ, Jana. 2006. Životní způsob/styl a jeho variantnost (Malé zamyšlení nad tím, co všechno se může skrývat pod označením „alternativní životní styl“). In: Fazik, Alexander, Matějů, Martin. *Aktuální problémy životního stylu: sborník referátů a příspěvků ze semináře sekce Sociologie integrálního zkoumání člověka a sekce Sociologie kultury a volného času: Praha 6.10.2005* [on-line]. 2006. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta pro Masarykovu českou sociologickou společnost při AVČR, s. 79-90. [cit. 3.6.2013]. ISBN 80-7308-131-8. Dostupné z: <http://jana-duffkova.webnode.com/sociologie-zivotniho-stylu/state-a-jine-texty/>

DUJSÍKOVÁ, Hana, NOVOTNÝ, Ivo, TOMANDL, Josef, DÍTĚ, Petr. 2010. Chronická pankreatitida a skelet. *Vnitřní lékařství*. 2010, roč. 56, č. 7, s. 656-662. ISSN: 0042-773X.

ETEMAD, B., WHITCOMB, D. C. 2001. Chronic pancreatitis: diagnosis, classification, and new genetic developments. *Gastroenterology* [on-line]. 2001, 120.3, pp. 682-707. [cit. 15.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S001650850100796X/1-s2.0-S001650850100796X-ain.pdf?_tid=db0c5cd6-ec82-11e2-9329-0000aacb360&acdnat=1373805934_117f135153b8c2b9618dc3c415fe166e

EWALD, N., BRETZEL, R. G. 2013. Diabetes Mellitus Secondary to Pancreatic Diseases (Type 3c) - are we Neglecting an Important Disease? *European Journal of*

Internal Medicine [on-line]. 2013, 04, vol. 24, no. 3, pp. 203-206. [cit. 2.6.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2012.12.017>

FITZSIMMONS, D. et al., 2005. Symptoms and Quality of Life in Chronic Pancreatitis Assessed by Structured Interview and the EORTC QLQ-C30 and QLQ-PAN26. *American Journal of Gastroenterology* [on-line]. 2005, 04, vol. 100, no. 4, pp. 918-926. [cit. 22.4.2013]. ISSN 0002-9270. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2005.40859.x>.

FORSMARK, C. E. 2006. Chronic pancreatitis and quality of life. *Digestive and Liver Disease* [on-line]. 2006, 38.2, pp. 116-118. [cit. 20.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://10.1016/j.dld.2005.10.007>

FORSMARK, C. E. 2013. Management of Chronic Pancreatitis. *Gastroenterology* [on-line]. 2013, Jun, 144(6), pp. 1282-91. [cit. 17.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085%2813%2900219-9/fulltext>

FRIČ, Přemysl. 2007a. Pankreatická bolest. *Interní medicína pro praxi* [on-line]. 2007, roč. 9, č. 9, s. 374-377. [cit. 3.4.2013]. ISSN 1212-7299. <http://www.medvik.cz/kramerius/PShowPageDoc.do?id=132657&it=&picp=14074&idpi=373807>

FRIČ, Přemysl. 2007b. Pankreatická maldigestce. *Interní medicína pro praxi* [on-line]. 2007, roč. 9, č. 7-8, s. 334-337. [cit. 3.4.2013]. ISSN: 1212-7299. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/kramerius/PShowPageDoc.do;jsessionid=F56E431CBB140253E60F36157675C1A0?id=132982&it=&picp=14384&idpi=374132>

FRIČ, Přemysl. 2009. Klasifikace chronické pankreatitidy. *Postgraduální medicína* [on-line]. 2009, roč. 11, č. 6, s. 651-654. [cit. 6.4.2013]. ISSN: 1212-4184. Dostupné z: <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=428711>

GACHAGO, C., DRAGANOV, P. V. 2008. Pain management in chronic pancreatitis. *World journal of gastroenterology: WJG* [on-line]. 2008, 14.20, pp. 3137-3148. [cit. 20.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2712844/pdf/WJG-14-3137.pdf>

GARDNER, T. B. et al. 2010. Chronic Pancreatitis and its Effect on Employment and Health Care Experience: Results of a Prospective American Multicenter Study. *Pancreas* [on-line]. 2010, 05, vol. 39, no. 4, pp. 498-501. [cit. 16.6.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1097/MPA.0b013e3181c5c693>.

GOULDEN, M. R. 2013. The pain of chronic pancreatitis: a persistent clinical challenge. *British Journal of Pain* [on-line]. 2013, 7.1, pp. 8-22. [cit. 10.6.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://bjp.sagepub.com/content/7/1/8.full.pdf+html>

GRIGSBY, B., RODRIGUEZ-RILO, H., KHAN, K. 2012. Antioxidants and Chronic Pancreatitis: Theory of Oxidative Stress and Trials of Antioxidant Therapy. *Digestive Diseases and Sciences* [on-line]. 2012, 04, vol. 57, no. 4, pp. 835-41. [cit. 24.4.2013]. ISSN 01632116. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1007/s10620-012-2037-3>.

GRIST, E., JUPP, J., JOHNSON, C. D. 2012. Quality of Life in Chronic Pancreatitis. *Gastroenterology and Hepatology Review* [on-line]. 2012, 7 (4), pp. 258-63. [cit. 7.6.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: http://eprints.soton.ac.uk/359732/1/soton.ac.uk_ude_PersonalFiles_Users_cdj_mydocuments_current%20documents_papers%20in%20progress_CP%20review%202011_QoL%20in%20CP_Grist%20Jupp%20Johnson_Eur%20Gastro%20Hep%20Rev%202011.pdf

GROFOVÁ, Zuzana. 2008. Výživa u akutní a chronické pankreatitidy. *Medicína pro praxi* [on-line]. 2008, roč. 5, č. 4, s. 179-180. [cit. 10.4.2013]. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/04/10.pdf>

GUARNER, L. et al. 2009. Management of Painful Chronic Pancreatitis with Single-Dose Radiotherapy. *The American Journal of Gastroenterology* [on-line]. 2009, 02, vol. 104, no. 2, pp. 349-355. [cit. 2.5.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2008.128>.

GULÁŠOVÁ, Ivica. 2005. Adaptácia pacienta na zmenený zdravotný stav a na hospitalizáciu. *Kontakt* [on-line]. 2005, roč. 7, č. 3-4, s. 239-246. [cit. 17.4.2013]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120322124225455630.pdf>

GUPTA, V., TOSKES, P. P. 2005. Diagnosis and management of chronic pancreatitis. *Postgraduate Medical Journal* [on-line]. Aug 2005, Vol. 81 Issue 958, pp. 491- 497. [cit. 16.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.//10.1136/pgmj.2003.009761>

GURKOVÁ, Elena, ŽIAKOVÁ, Katarína. 2009. Konceptualizácia kvality života v ošetrovateľstve. *Profese on-line* [on-line]. 2009, roč. 2, č. 2, s. 89-103. [cit. 20.4.2013]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/kramerius/PShowPageDoc.do?id=127191&it=&picp=9183&idpi=359896>

GURKOVÁ, Elena. 2010. Konceptuálne modely v ošetrovateľstve - význam ich využitia pri meraní kvality života. *Kontakt* [on-line]. 2010, roč. 12, č. 3, s. 255-263. [cit. 20.4.2013]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/3~2010/595-konceptualne-modely-v-osetrovatelstve-%E2%80%93-vyznam-ich-vyuzitia-pri-merani-kvality-zivota>

HERREROS-VILLANUEVA, M. et al. 2013. Alcohol Consumption on Pancreatic Diseases. *World Journal of Gastroenterology: WJG* [on-line]. 2013, Feb 07, vol. 19,

no. 5, pp. 638-647. [cit. 17.4.2013]. ISSN 1007-9327. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v19.i5.638>.

HONDL, Michal. 2002. Akutní a chronická pankreatitida - zkušenosti s léčbou a časnou enterální výživou. *Causa subita*. 2002, roč. 5, č. 4, s. 179-183. ISSN 1212-0197.

CHAUHAN, S., FORSMARK, C. E. 2010. Pain Management in Chronic Pancreatitis: a Treatment Algorithm. *Best Practice & Research* [on-line]. 2010, 06, vol. 24, no. 3, pp. 323-35. [cit. 21.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpg.2010.03.007>.

CHEN, J., FÉREC, C. 2009. Chronic pancreatitis: genetics and pathogenesis. *Annual review of genomics and human genetics* [on-line]. 2009, 10, pp. 63-87. [cit. 16.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-genom-082908-150009>.

CHRASTINA, Jan, IVANOVÁ, Kateřina, JEŽORSKÁ, Šárka, BÁRTLOVÁ, Sylva. 2012. Zkoumání limitů životního stylu jedinců s chronickým onemocněním: (První zkušenosti s metodikou kvalitativního výzkumu v ošetrovatelství). *Kontakt* [on-line]. 2012, roč. 14, č. 3, s. 298-314. [cit. 18.4.2013]. ISSN: 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121012105342220947.pdf>

CHRASTINA, Jan, IVANOVÁ, Kateřina, MAREČKOVÁ, Jana. 2009. Životní styl s chronickou nemocí - teoretická východiska. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve a v pôrodnej asistencii* [on-line]. Vyd. 1. Martin : Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, 2009, s. 193-207. [cit. 18.4.2013]. ISBN 978-80-88866-61-9. Dostupné z: http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/book_2009.pdf

CHRASTINA, Jan, IVANOVÁ, Kateřina. 2010. Využití metodologické triangulace kvalitativního výzkumu pro zkoumání limitů životního stylu chronicky nemocných dle ošetrovatelských domén. *Profese on-line* [on-line]. 2010, roč. 3, č. 3, s. 151-164. [cit. 18.4.2013]. ISSN: 1803-4330. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/kramerius/PShowPageDoc.do;jsessionid=BE94091B2A4D4866206F17A0301370BB?id=127218&it=&picp=9210&idpi=359923>

CHRASTINA, Jan, ŽIAKOVÁ, Katarína, IVANOVÁ, Kateřina et al. 2011. Chronická nemoc, její definování a chápání pohledem nemocného a rodinných příslušníků. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve* [on-line]. Vyd. 1. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2011, s. 112-127.

[cit. 18.4.2013]. ISBN 978-80-89544-00-4. Dostupné z: http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/tvav_ose_2011.pdf

JASTER, R., EMMRICH, J. 2008. Crucial Role of Fibrogenesis in Pancreatic Diseases. *Best Practice & Research* [on-line]. 2008, 02, vol. 22, no. 1, pp. 17-29. [cit. 17.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpg.2007.10.004>.

JONGSMA, M. L. A. et al. 2011. Neurodegenerative Properties of Chronic Pain: Cognitive Decline in Patients with Chronic Pancreatitis. *PLoS One* [on-line]. 2011, 08, vol. 6, no. 8, pp. 1-9. [cit. 10.5.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0023363>.

JUPP, J., FINE, D., JOHNSON, C. D. 2010. The Epidemiology and Socioeconomic Impact of Chronic Pancreatitis. *Best Practice & Research* [on-line]. 2010, 06, vol. 24, no. 3, pp. 219-31. [cit. 16.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpg.2010.03.005>.

KALOVÁ, Hana, PETR, Petr, SOUKUPOVÁ, Alexandra, VONDROUŠ, Pavel. 2005. Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. *Klinická farmakologie a farmacie* [on-line]. 2005, roč. 19, č. 3, s. 165-168. [cit. 22.4.2013]. ISSN 1212-7973. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/kramerius/PShowPageDoc.do?id=129962&it=&picp=11518&idpi=371111>

KATŮCHOVÁ, Jana, RADOŇAK, Jozef. 2011. Súčasnú možnosti chirurgickej liečby chronickej pankreatitídy - literárny prehľad. *Časopis lekářů českých*. 2011, roč. 150, č. 7, s. 378-383. ISSN 0008-7335.

KELLER, J., LAYER, P. 2008. Idiopathic Chronic Pancreatitis. *Best Practice & Research* [on-line]. 2008, 02, vol. 22, no. 1, pp. 105-13. [cit. 20.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpg.2007.10.006>.

KRECHLER, Tomáš, DVOŘÁK, Michael, ŠVESTKA, Tomislav. 2012. Současná role endoskopické ultrasonografie v diagnostice nemocí slinivky břišní - vlastní zkušenosti. *Praktický lékař* [on-line]. 2012, roč. 92, č. 1, s. 35-39. [cit. 10.4.2013]. ISSN: 0032-6739. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8f58bca3-097d-4a27-b17d-7558c009dc2c%40sessionmgr110&vid=1&hid=121>

LANKISCH, P. G. 2001. Natural Course of Chronic Pancreatitis. *Pancreatology* [on-line]. 2001, vol. 1, no. 1, pp. 3-14. [cit. 16.4.2013]. ISSN 14243903. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/222745761?accountid=16730>

LAW, R. et al. 2010. Cigarette Smoking is Independently Associated with Chronic Pancreatitis. *Pancreatology* [on-line]. 2010, 04, vol. 10, no. 1, pp. 54-9. [cit. 18.4.2013]. ISSN 14243903. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1159/000225927>.

LIEB, J. G., FORSMARK, C. E. 2009. Review Article: Pain and Chronic Pancreatitis. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* [on-line]. 2009, Apr 01, vol. 29, no. 7, pp. 706-719. [cit. 18.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2036.2009.03931.x>.

LOVEČEK, Martin, BĚLINA, František, RYSKA, Miroslav. 2012. Chirurgická terapie chronické pankreatitidy. *Rozhledy v chirurgii*. 2012, roč. 91, č. 12, s. 697-701. ISSN: 0035-9351.

LUKÁŠ, Milan, BORTLÍK, Martin. 2004. Léčba bolesti v gastroenterologii. *Klinická farmakologie a farmacie* [on-line]. 2004, roč. 18, č. 3, s. 160-164. [cit. 3.4.2013]. ISSN 1212-7973. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/kramerius/PShowPageDoc.do?id=129901&it=&picp=11457&idpi=371050>

MAISONNEUVE, P. et al. 2005. Cigarette Smoking Accelerates Progression of Alcoholic Chronic Pancreatitis. *Gut* [on-line]. 2005, 04, vol. 54, no. 4, pp. 510-514. [cit. 20.4.2013]. ISSN 0017-5749, 0017-5749. Dostupné z: <http://10.1136/gut.2004.039263>

[MEDIFOCUS. com Inc.](http://books.google.cz/books?id=9qWBhhuOWzYC&pg=PA43&lpg=PA43&dq=Quality+of+life+in+chronic+pancreatitis&source=bl&ots=IEP-ffi60E&sig=mOOv28U_XPd1bWaX25SsHL7L5w4&hl=cs&sa=X&ei=Ah2uUcmhHYXDswbMq4H4Dg&ved=0CD0Q6AEwAjgy#v=onepage&q=Quality%20of%20life%20in%20chronic%20pancreatitis&f=false) 2012. *Medifocus Guidebook on Chronic Pancreatitis*. Vyd. neuvedeno, CreateSpace Independent Publishing Platform [on-line]. 2012. 175 p. [cit. 12.6.2013]. ISBN 9781453750651. Dostupné z: http://books.google.cz/books?id=9qWBhhuOWzYC&pg=PA43&lpg=PA43&dq=Quality+of+life+in+chronic+pancreatitis&source=bl&ots=IEP-ffi60E&sig=mOOv28U_XPd1bWaX25SsHL7L5w4&hl=cs&sa=X&ei=Ah2uUcmhHYXDswbMq4H4Dg&ved=0CD0Q6AEwAjgy#v=onepage&q=Quality%20of%20life%20in%20chronic%20pancreatitis&f=false

MEIER, R., BEGLINGER, C. 2006. Nutrition in Pancreatic Diseases. *Best Practice & Research* [on-line]. 2006, vol. 20, no. 3, pp. 507-29. [cit. 18.5.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpg.2006.01.004>.

MEIER, R. et al. 2006. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Pancreas., *Clinical nutrition* [on-line]. 04, 25(2), pp. 275-284. [cit. 16.5.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://espen.info/documents/ENPancreas.pdf>

MOKROWIECKA, A., PIŃKOWSKI, D., MAŁECKA-PANAS, E. 2011. Assessment of quality of life in patients with chronic pancreatitis. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research* [on-line]. 2011,

17.10, pp. 583-588 [cit. 22.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3539476/pdf/medscimonit-17-10-cr583.pdf>

MOKROWIECKA, A., PINKOWSKI, D., MALECKA-PANAS, E., JOHNSON, C. D. 2010. Clinical, Emotional and Social Factors Associated with Quality of Life in Chronic Pancreatitis. *Pancreatology* [on-line]. 2010, 04, vol. 10, no. 1, pp. 39-46. [cit. 22.4.2013]. ISSN 14243903. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1159/000225920>.

MULLADY, D. K. et al. 2011. Type of Pain, Pain-Associated Complications, Quality of Life, Disability and Resource Utilisation in Chronic Pancreatitis: a Prospective Cohort Study. *Gut* [on-line]. 2011, 01, vol. 60, no. 1, pp. 77-84. [cit. 12.5.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1136/gut.2010.213835>.

MUSIL, František. 2008. Pankreatogenní diabetes. *Interní medicína pro praxi* [on-line]. 2008, roč. 10, č. 4, s. 159-160. [cit. 3.4.2013]. ISSN 1212-7299. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/kramerius/PShowPageDoc.do?id=132744&it=&picp=14158&idpi=373894>

NANDA, R., KIAFAR, C. 2009. Evaluation and Diagnosis of Chronic Pancreatitis. *Clinician Reviews* [on-line]. Aug 2009, Chronic Pancreatitis, pp. 9-14. [cit. 17.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=e5c7ae32-366e-479a-a8a8-2bb9137125ac%40sessi onmgr104&hid=107>

NĚMEC, Filip, CHALOUPKA, Richard, KRBEC, Martin, MESSNER, Petr. 2009. Hodnocení kvality života pacientů s degenerativním onemocněním bederní páteře. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae čechoslovaca* [on-line]. 2009, roč. 76, č. 1, s. 20-24. [cit. 20.4.2013]. ISSN 0001-5415. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/kramerius/PShowPageDoc.do?it=0&id=122888&picp=&idpi=354791>

NEŠPOR, Karel. 2003. Zvládání bolesti u závislých pacientů. *Bolest* [on-line]. 2003, roč. 6, č. 1, s. 34-39. [cit. 22.4.2013]. ISSN: 1212-0634. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/BOLEST_PDF/1_2003/1_2003_4.pdf

NOVOTNÁ, Tatiana. 2006. Konzervatívna liečba chronickéj pankreatitidy. *Via pract.* [on-line]. 2006, roč. 3 (10) s. 442-444. [cit. 6.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/b94298ed21ce128d1d1a65250dbba206.pdf>

OLIŠAROVÁ, Věra, DOLÁK, František, TÓTHOVÁ, Valérie. 2013. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. *Kontakt* [on-line]. 2013, roč. 15, č. 1, s. 14-21. [cit. 20.4.2013]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2013/1014-kvalita-zivota-jako-soucast-osetrovatelstvi>

- OMARY, M. B., LUGEA, A., LOWE, A. W., PANDOL, s. J. 2007. The Pancreatic Stellate Cell: a Star on the Rise in Pancreatic Diseases. *Journal of Clinical Investigation* [on-line]. 2007, 01, vol. 117, no. 1, pp. 50-9. [cit. 17.4.2013]. ISSN 00219738. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/200559523/fulltextPDF/13F42DE326D49E42C19/1?accountid=16730>
- OTSUKI, M. 2003. Chronic Pancreatitis in Japan: Epidemiology, Prognosis, Diagnostic Criteria, and Future Problems. *Journal of Gastroenterology* [on-line]. 2003, 04, vol. 38, no. 4, pp. 315-26. [cit. 16.4.2013]. ISSN 09441174. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1007/s005350300058>.
- OTSUKI, M., TASHIRO, M. 2007. Chronic pancreatitis and pancreatic cancer, lifestyle-related diseases. *Internal medicine* [on-line]. 2007, 46.2, pp. 109-113. [cit. 17.4.2013]. ISSN neuvedeno Dostupné z: https://www.jstage.jst.go.jp/article/internalmedicine/46/2/46_2_109/article
- PANDOL, s. J., RARATY, M. 2007. Pathobiology of Alcoholic Pancreatitis. *Pancreatology* [on-line]. 2007, 07, vol. 7, no. 2-3, pp. 105-14. [cit. 17.4.2013]. ISSN 14243903. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/222780779/fulltextPDF/13F431C2A3232DCDED7/1?accountid=16730>
- PERUŠIČOVÁ, Jindra. 2004. Diabetes mellitus při chronické pankreatitidě. *Vnitřní lékařství*. 2004, roč. 50, č. 5, s. 375-378. ISSN: 0042-773X.
- PEZZILLI, R. et al. 2005. Quality of life in patients with chronic pancreatitis. *Digestive and liver disease* [on-line]. 2005, 37.3, pp. 181-189. [cit. 22.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1590865804004785#>
- PEZZILLI, R. et al. 2006a. Quality of life in chronic pancreatitis. *World Journal of Gastroenterology* [on-line]. 2006, 12.39, pp. 6249-6251. [cit. 22.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v12/i39/6249.htm>
- PEZZILLI, R. et al. 2006b. The Quality of Life in Patients with Chronic Pancreatitis Evaluated using the SF-12 Questionnaire: a Comparative Study with the SF-36 Questionnaire. *Digestive and Liver Disease: Official Journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver* [on-line]. 2006, 02, vol. 38, no. 2, pp. 109-115. [cit. 22.4.2013]. ISSN 1590-8658. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1590865805003944#>
- PEZZILLI, R. et al. 2006c. The Quality of Life in Chronic Pancreatitis: The Clinical Point of View. *JOP: Journal of the Pancreas* [on-line]. 2006, vol. 7, no. 1, pp. 113-

116. [cit. 22.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.joplink.net/prev/200601/34.html>

PEZZILLI, R. et al. 2007a. Assessment of the Quality of Life in Chronic Pancreatitis using Sf-12 and EORTC Qlq-C30 Questionnaires. *Digestive and Liver Disease : Official Journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver* [on-line]. 2007, 12, vol. 39, no. 12, pp. 1077-1086. [cit. 22.4.2013]. ISSN 1590-8658. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1590865807002770>

PEZZILLI, R. et al. 2007b. Quality of Life and Clinical Indicators for Chronic Pancreatitis Patients in a 2-Year Follow-Up Study. *Pancreas* [on-line]. 2007, 03, vol. 34, no. 2, pp. 191-196. [cit. 22.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: http://journals.lww.com/pancreasjournal/Abstract/2007/03000/Quality_of_Life_and_Clinical_Indicators_for.4.aspx

PEZZILLI, R. 2012. Pancreatic diseases: the need to assess quality of life. *Pancreatic Disorders and Therapy* [on-line]. 2012, 2, pp. 1-5. [cit. 10.5.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.omicsgroup.org/journals/pancreatic-diseases-the-need-to-assess-the-quality-of-life-2165-7092.1000107.pdf>

PEZZILLI, R., FANTINI, L. 2005. Chronic pancreatitis: assessing the quality of life. *JOP* [on-line]. 2005, 6.4, pp. 406-409. [cit. 22.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: http://www.joplink.net/prev/200507/200507_news.pdf

PUYLAERT M. et al. 2011. Pain in chronic pancreatitis. *Pain Practice : The Official Journal of World Institute of Pain* [on-line]. 2011, 11(5), pp. 492-505. [cit. 18.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=414ab0d4-6b12-4f20-adcd-e81beaca4e0e%40sessionmgr115&hid=5>

RAIMONDI, s. et al. 2010. Pancreatic Cancer in Chronic Pancreatitis; Aetiology, Incidence, and Early Detection. *Best Practice & Research*. [on-line]. 2010, 06, vol. 24, no. 3, pp. 349-58. [cit. 17.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpg.2010.02.007>.

ROMANO, M. 2008. Home Nutrition Support for Chronic Pancreatitis. *Support Line* [on-line]. 2008, 10, vol. 30, no. 5, pp. 24-28. [cit. 18.5.2013]. ISSN 10673768. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/228250987/fulltextPDF/13F44D7DB8F714AF194/1?accountid=16730>

RUTTER, K. et al. 2010. Hospitalization, Frequency of Interventions, and Quality of Life After Endoscopic, Surgical, Or Conservative Treatment in Patients with Chronic Pancreatitis. *World Journal of Surgery* [on-line]. 2010, 11, vol. 34, no. 11, pp. 2642-7.

[cit. 22.4.2013]. ISSN 03642313. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-010-0713-z>.

SALAJKA, František. 2001. Kvalita života onkologicky nemocných - kritérium úspěšnosti naší práce. *Klinická onkologie* [on-line]. 2001, roč. 14, č. zvl. č, s. 27-29. [cit. 6.5.2013]. ISSN 0862-495X. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/28/575.pdf>

SAREEN, S., KUMARI, V. 2006. Yoga for Rehabilitation in Chronic Pancreatitis. *Gut* [on-line]. 2006, 55.7, p. 1051. [cit. 2.6.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://gut.bmj.com/content/55/7/1051.1.full>

SHIMIZU, K. 2008. Mechanisms of Pancreatic Fibrosis and Applications to the Treatment of Chronic Pancreatitis. *Journal of Gastroenterology* [on-line]. 2008, 11, vol. 43, no. 11, pp. 823-32. [cit. 17.4.2013]. ISSN 09441174. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1007/s00535-008-2249-7>.

SHRIKHANDE, S., BARRETO, G., KOLIOPANOS, A. 2009. Pancreatic Carcinogenesis: The Impact of Chronic Pancreatitis and its Clinical Relevance. *Indian Journal of Cancer* [on-line]. 2009, vol. 46, no. 4, pp. 288-96. [cit. 17.4.2013]. ISSN 0019509X. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.4103/0019-509X.55548>.

SKIPWORTH, J., SHANKAR, A., PEREIRA, s. P. 2010. Managing Acute and Chronic Pancreatitis. *Practitioner* [on-line]. 2010, 10, vol. 254, no. 1733, pp. 23-7. [cit. 18.4.2013]. ISSN 00326518. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/1009906828/fulltextPDF/3F09F0BD47DB46AAPQ/1?accountid=16730>

SPANIER, B. W. M., DIJKGRAAF, M. G. W., BRUNO, M. J. 2008. Epidemiology, Aetiology and Outcome of Acute and Chronic Pancreatitis: An Update. *Best Practice & Research* [on-line]. 2008, 02, vol. 22, no. 1, pp. 45-63. [cit. 17.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpg.2007.10.007>.

ŠEVČÍKOVÁ, Arona, DÍTĚ, Petr, NOVOTNÝ, Ivo et al. 2006. Idiopatická chronická pankreatitida - výsledky prospektivní studie. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie* [on-line]. 2006, roč. 60, č. 3, s. 119-122. [cit. 5.4.2013]. ISSN 1213-323X. Dostupné z: http://www.csgh.info/arch_detail.php?stat=180

ŠPIČÁK, Julius, PULKERTO VÁ, Adéla, KRÁLOVÁ-LESNÁ, Ivana et al. 2011. Souběžný výskyt alkoholické jaterní cirhózy a chronické pankreatitidy. *Vnitřní lékařství*. 2011, roč. 57, č. 12, s. 1045-1052. ISSN: 0042-773X.

ŠPIČÁK, Julius. 2001. Chronická pankreatitida. *Postgraduální medicína*. 2001, roč. 3, č. 3, s. 272-278. ISSN 1212-4184.

- ŠTAUDOVÁ, M., ŽÁKOVÁ, A., DRAGOMIRECKÁ, Eva. 2001. Kvalita života u nemocných s chronickou pankreatitidou. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie* [on-line]. 2001, roč. 55, č. 2, s. 52-55. [cit. 6.4.2013]. ISSN 1213-323X. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/pracovni-lekarstvi-clanek/kvalita-zivota-u-nemocnych-s-chronickou-pankreatitidou-29455>
- TALAMINI, G. et al. 2001. Outcome and quality of life in chronic pancreatitis. *Jop* [on-line]. 2001, 2,4, pp. 117-123. [cit. 22.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: http://www.joplink.net/prev/200107/200107_01.pdf
- TATTERSALL, s. J. N., APTE, M. V., WILSON, J. s. 2008. a Fire Inside: Current Concepts in Chronic Pancreatitis. *Internal Medicine Journal* [on-line]. 2008, 07, vol. 38, no. 7, pp. 592-598. [cit. 22.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1445-5994.2008.01715.x>.
- TOLSTRUP, J. S., KRISTIANSEN, L., BECKER, U., GRØNBAK, M. 2009. Smoking and Risk of Acute and Chronic Pancreatitis among Women and Men: a Population-Based Cohort Study. *Archives of Internal Medicine* [on-line]. 2009, Mar 23, vol. 169, no. 6, pp. 603-609. [cit. 18.4.2013]. ISSN 00039926. Dostupné z: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=414872>
- TOOMEY, D. P., SWAN, N., TORREGGIANI, W., CONLON, K. C. 2007. Autoimmune Pancreatitis. *The British Journal of Surgery* [on-line]. 2007, 09, vol. 94, no. 9, pp. 1067-1074. [cit. 17.4.2013]. ISSN 0007-1323, 0007-1323. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs.5893/pdf>
- TRUNINGER, K., AMMANN, R. W., BLUM, H. E., WITT, H. 2001. Genetic Aspects of Chronic Pancreatitis: Insights into Aetiopathogenesis and Clinical Implications. *Swiss Medical Weekly* [on-line]. 2001, Oct 06, vol. 131, no. 39-40, pp. 565-574. [cit. 20.4.2013]. ISSN 1424-7860. Dostupné z: <http://www.smw.ch/docs/pdf200x/2001/39/smw-06139.PDF>
- VAN GEENEN, E. J. M. et al. 2011. Smoking is Related to Pancreatic Fibrosis in Humans. *American Journal of Gastroenterology* [on-line]. 2011, 06, vol. 106, no. 6, pp. 1161-1166. [cit. 18.4.2013]. ISSN 0002-9270. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2011.43>.
- VAVREČKA, Anton. 2007. Liečba exokrinnej insuficiencie pankreasu. *Via pract* [on-line]. 2007, s. 521-524. [cit. 6.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/faabc05dfa8f67bcf1b384f49a818da3.pdf>
- VONLAUFEN, A., WILSON, J. S., PIROLA, R. C., APTE, M. V. 2007. Role of Alcohol Metabolism in Chronic Pancreatitis. *Alcohol Research and Health* [on-line].

2007, vol. 30, no. 1, pp. 48-54. [cit. 18.4.2013]. ISSN 15357414. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/222393598/fulltextPDF/13F4319D8BC23D53AB2/1?accountid=16730>

WASSEF, W. et al. 2012. PANCREATITIS QUALITY OF LIFE INSTRUMENT (PANQOLI): a PSYCHOMETRIC EVALUATION. *American Journal Of Gastroenterology* [on-line]. 2012, vol. 107, pp. 79-80. [cit. 13.6.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.eventscribe.com/2012/acg/ajaxcalls/postersinfo.asp?title=7497>

WEHLER, M. et al. 2003. Health-Related Quality of Life in Chronic Pancreatitis: a Psychometric Assessment. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* [on-line]. 2003, 10, vol. 38, no. 10, pp. 1083-1089. [cit. 19.4.2013]. ISSN 0036-5521. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=d0e0ad7d-466f-49dd-932f-5d7dcf268834%40sessionmgr198&hid=110>

WEHLER, M. et al. 2004. Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Chronic Pancreatitis. *American Journal of Gastroenterology* [on-line]. 2004, 01, vol. 99, no. 1, pp. 138-146. [cit. 26.4.2013]. ISSN 0002-9270. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2004.04005.x>.

WESTLUND, K. N. 2009. Gene Therapy for Pancreatitis Pain. *Gene Therapy* [on-line]. 2009, 04, vol. 16, no. 4, pp. 483-92. [cit. 10.5.2013]. ISSN 09697128. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1038/gt.2009.27>.

WHITCOMB, D. C. 2011. Genetics and Alcohol: a Lethal Combination in Pancreatic Disease? *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* [on-line]. 2011, 05, vol. 35, no. 5, pp. 838-842. [cit. 20.4.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01409.x>.

WHITCOMB, D. C. 2012. Genetics of alcoholic and nonalcoholic pancreatitis. *Current Opinion in Gastroenterology* [on-line]. 2012, 28.5, pp. 501-506. [cit. 17.5.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3837429/pdf/nihms467908.pdf>

WHITCOMB, D. C. et al. 2012. Common Genetic Variants in the CLDN2 and PRSS1-PRSS2 Loci Alter Risk for Alcohol-Related and Sporadic Pancreatitis. *Nature Genetics* [on-line]. 2012, 12, vol. 44, no. 12, pp. 1349-54. [cit. 20.5.2013]. ISSN 10614036. Dostupné z: <http://www.nature.com/ng/journal/v44/n12/full/ng.2466.html>

WITT, H., APTE, M. V., KEIM, V., WILSON, J. s. 2007. Chronic Pancreatitis: Challenges and Advances in Pathogenesis, Genetics, Diagnosis, and Therapy.

Gastroenterology [on-line]. 2007, 04, vol. 132, no. 4, pp. 1557-1573. [cit. 18.4.2013]. ISSN 0016-5085. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2007.03.001>

WITT, H., BHATIA, E. 2008. Genetic Aspects of Tropical Calcific Pancreatitis. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders* [on-line]. 2008, 09, vol. 9, no. 3, pp. 213-26. [cit. 20.4.2013]. ISSN 13899155. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1007/s11154-008-9088-y>.

ŽÁKOVÁ, A., ŽÁK, J. 2002. Nutriční profil a terapie u osob s chronickou pankreatitidou. *Vnitřní lékařství*. 2002, roč. 48, č. 9, s. 887-890. ISSN 0042-773X.

Seznam zkratek

BMI	Body mass index
CFTR	Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Computer Tomography
DM	Diabetes mellitus
EORTC QLQ-C30	The European Organisation for Research and Treatment of Cancer quality of life questionnaire - C30
ERCP	Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
ESPEN	The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism
EUS	Endoscopic Ultrasound
GIT	Gastrointestinální trakt
HRQoL	Health Related Quality of Life
CHP	Chronická pankreatitida
IgG4	Imunoglobulin G4
MCT	Medium Chain Triacylglycerols
NJS	Nasojejunální sonda
NMR	Nuclear magnetic resonance
NSAID	Nonsteroidal anti-inflammatory drugs
OGTT	Orální glukózový toleranční test
PAD	Perorální antidiabetika
PAN-26	The pancreatic cancer specific assessment module - 26
PANQOLI	Pancreatitis Quality of Life Instrument
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PGT	Porušená glukózová tolerance

PRSS1	The cationic trypsinogen gene
QoL	Quality of Life
SF-36	Short-Form Survey-36
SPINK1	The serine protease inhibitor Kazal 1
SQUALA	Subjective Quality of Live Analysis
TIGARO	Toxic-Metabolic, Idiopathic, Genetic, Autoimmune, Recurrent and Severe Acute Pancreatitis, Obstructive
USA	United States of America
WHO	World Health Organization