UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014 **Anita Běčáková**

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Anita Běčáková

Ulcerózní kolitida a těhotenství

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Renata Hrubá

Olomouc 2014

ANOTACE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce v ČJ:

Ulcerózní kolitida a těhotenství

Název práce v AJ:

Ulcerative colitis and pregnancy

Datum zadání: 2014 - 01 - 28

Datum odevzdání: 2014 - 05 - 7

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

Autor práce: Anita Běčáková

Vedoucí práce: Mgr. Renata Hrubá

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou ulcerózní kolitidy a jejím vlivem na těhotenství. První část je zaměřena na onemocnění ulcerózní kolitidou, příčiny vzniku ulcerózní kolitidy, rizikové faktory, klinický obraz nemoci, průběh onemocnění, komplikace a diagnostiku ulcerózní kolitidy. Druhá část se zabývá fertilitou žen a vlivu onemocnění na těhotenství. Pojednává o možných rizicích v těhotenství jak ze strany matky, tak ze strany plodu. Popisuje léčbu ulcerózní kolitidy v těhotenství, vyšetřovací metody v těhotenství, komplikace, způsob vedení porodu. Důraz je kladen na plánování těhotenství a správné výživy v období gravidity.

Abstrakt v AJ:

This summarizing bachelor thesis deals with proctocolitis idiopathica and its effect on pregnancy. The first part is focused on proctocolitis idiopathica itself, the causes, high-risk factors, clinical image, progress, complications and diagnosis of proctocolitis idiopathica. The second part deals with women's fertility and the influence of the disease on pregnancy. It deals with possible risks during pregnancy both from the mother's side and the fetus's side. It describes treatment of proctocolitis idiopathica in pregnancy, clinical examination in pregnancy, complications and childbirth techniques. The emphasis is put on planning a pregnancy and healthy diet in pregnancy.

Klíčová slova v ČJ: Ulcerózní kolitida, idiopatické střevní záněty, těhotenství, fertilita, diagnostika, léčba, výživa, dieta

Klíčová slova v AJ: Ulcerative colitis, inflammatory bowel disease, pregnancy, fertility, diagnosis, treatment, diet, nutrition

Rozsah: 51 s.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci pod vedením Mgr. Renaty Hrubé vypracovala samostatně a v seznamu uvedla všechny použité bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 7. 5. 2014 - - - - - - - - - - - - -

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní Mgr. Renatě Hrubé za odborné vedení bakalářské práce, ochotu, trpělivost, připomínky a cenné rady při psaní bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD **8**
1 ULCERÓZNÍ KOLITIDA **12**
1.1 Etiologie 13
1.2 Klinický obraz 13
1.3 Diagnostika ulcerózní kolitidy 14
1.4 Komplikace ulcerózní kolitidy 16
1.5 Léčba ulcerózní kolitidy 16
2 ULCERÓZNÍ KOLITIDA A TĚHOTENSTVÍ **19**
2.1 Orální antikoncepce a ulcerózní kolitida 20
2.2 Fertilita 20
2.2.1 Fertilita mužská 20
2.2.2 Ženská fertilita 21
2.3 Vliv ulcerózní kolitidy na těhotenství 22
2.4 Lékařská medikamentózní terapie během těhotenství 23
2.5 Biologická léčba 26
2.6 Těhotná v gastroenterologické ambulanci 29
2.7 Chirurgické zákroky v graviditě 30
2.8 Vedení porodu u žen s ulcerózní kolitidou 30
2.9 Nutriční podpora 31
2.9.1 Dietní opatření 32
2.9.2 Parenterální výživa 32
2.9.3 Enterální výživa 33
2.9.4 Vitaminová deficience 34
2.9.5 Výživa v těhotenství 34
ZÁVĚR **41**

BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE 44
SEZNAM ZKRATEK 49
SEZNAM TABULEK 50
PŘÍLOHY 51

ÚVOD

Autoři (například Gabalec, Lukáš, Huvart, Dítě, Koželuhová) řadí ulcerózní kolitidu mezi idiopatické střevní záněty, to znamená, že pravá příčina vzniku není stále jasná. Tato skutečnost značně komplikuje léčbu těchto pacientů. Bez pochopení příčiny není známa kauzální léčba a současná léčba spočívá pouze v chronické imunosupresi s častými vedlejšími účinky a vysokými finančními náklady (Hlavatý, Krajčovičová, Payer, 2012, s. 37).

Jedná se o hemoragicko-katarální nebo ulcerózní zánět sliznice konečníku a přilehlé části nebo celého tračníku. U většiny pacientů s ulcerózní kolitidou (UC) jsou období aktivity zánětu (relaps) zřetelně odlišena od fází klidových (remise), kdy jsou nemocní zcela bez potíží. Lidí s ulcerózní kolitidou stále přibývá. Dle Typlové z 10 000 obyvatel v České republice trpí touto nemocí průměrně 21,9 osob. Od roku 2005 je to nárůst o 25 % (Typltová, 2013, s. 2).

Incidence nespecifických střevních zánětů se udává ve vyspělých zemích Evropy a severní Americe kolem 4-8 případů ročně na 100000 obyvatel (Ehrmann, Konečný, 2012, s. 159).

Kment uvádí, že onemocnění postihuje velmi často mladé dospělé v reproduktivním období. Mladé ženy proto často přicházejí s obavami vlivu onemocnění na fertilitu, vývoj plodu a průběh těhotenství (Kment, 2008, s. 333).

Cílem bakalářské práce je zaměřit se na ulcerózní kolitidu, zjistit co nejvíce informací o tomto onemocnění, kterým trpí stále více mladých lidí. Mnoho žen se potýká s nedostatkem informací, jak ulcerózní kolitida ovlivňuje jejich plodnost, zda a jakou antikoncepci zvolit. V případě, že žena otěhotní, jaké komplikace toto onemocnění přináší pro ni samotnou, ale i pro plod. Ženy mají obavu o zdraví plodu. Z tohoto důvodu často vynechávají dlouhodobou udržovací medikaci a nevědomě tak zhoršují svůj stav a ohrožují život dítěte. Cílem je podat informace o nejnovějších léčebných metodách, vlivu farmakoterapie v těhotenství a v období laktace. Edukovat klientky o důležitosti stravy a režimových opatření v těhotenství.

Zde jsou uvedeny cíle, které určují konkrétní dílčí oblasti zkoumaného problému.

Cíle:

Cíl 1. Předložit poznatky o ulcerózní kolitidě

Cíl 2. Předložit poznatky o vlivu ulcerózní kolitidy na fertilitu a těhotenství

Cíl 3. Předložit poznatky o vlivu výživy na těhotenství u onemocnění ulcerózní kolitidou

Vstupní literatura:

ČERVENKOVÁ, R., *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Galén, c2009, 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7

KMENT, M., *Choroby gastrointestinálního traktu v graviditě.* 1. vyd. Praha: Triton, 2009, 190 s. ISBN 80-7254-447-0

KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J., *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Forsapi, c2006, 80 s. Rady lékaře, průvodce dietou, sv. 1. ISBN 80-903-8200-2

LUKÁŠ, K., ŠATROVÁ, J., *Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004, 87 s. ISBN 80-725-4473-X

HRONEK, M., *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení.* Praha: Maxdorf, 1. vydání, 2004, 316 s. ISBN 8073450135

Vyhledávací strategie:

Byla provedena rešerše z pramenů od roku 1999 do roku 2014.

Články byly vyhledávány pomocí:

- vyhledávačů Google.cz a Google scholar
- PubMed, ProQuest, MEDVIK, databáze EBSCO
- www.levret.cz; www.solen.cz

Celkem bylo vyhledáno pomocí databází 50 článků. V bakalářské práci bylo použito 29 odborných článků, z toho 22 v českém jazyce, 6 v anglickém jazyce, 1 slovenský. Ostatní články nebyly využity, protože se informace opakovaly nebo neodpovídaly zadaným cílům.

Pro vyhledávání byla použita tato klíčová slova: Ulcerózní kolitida, idiopatické střevní záněty, těhotenství, fertilita, diagnostika, léčba, dieta, výživa.

1 Ulcerózní kolitida

Gabalec definuje ulcerózní kolitidu jako nespecifický hemoragicko-katarální nebo ulcerózní zánět sliznice konečníku a přilehlé části nebo celého tračníku s nárazovým nebo chronicky exacerbujícím průběhem (Gabalec, 2009, s. 276).

V roce 1859 jako první popsal Sir Samuel Wilks tuto jednotku jako „idiopatickou kolitidu“ a postavil ji proti tehdy daleko častěji popisované bacilární dyzentérii. V našem písemnictví byl často užíván Mařatkův název (idiopatická proktokolitida), který v sobě zahrnuje nejasnost vzniku (idiopatická, ř. idios vlastní, ř. pathos – utrpení, nemoc – vzniklá samostatně). Toto poměrně logické pojmenování se ve světě bohužel neujalo (Lukáš, 2012, s. 466).

Při tomto onemocnění vzniká nespecifický zánět tlustého střeva pouze v úrovni sliznice. Vzácně přestupuje do hlubší struktury střevní stěny. Incidence choroby celosvětově činí 6-10 pacientů ročně. V České republice je incidence této choroby přibližně stejná. Tímto onemocněním jsou častěji postiženy ženy než muži. Nejčastější výskyt je mezi 20- 40. rokem (Dítě, 2001, s. 453).

Toto onemocnění postihuje mladé dospělé v reproduktivním věku. Mladé ženy tak často přicházejí s obavami z vlivu tohoto onemocnění na fertilitu, průběh těhotenství a dopadu na plod. Podle rozsahu postižení tlustého střeva rozlišujeme ulcerózní kolitidu na tři formy: proktitidu (25 %pacientů), levostrannou formu postihující rektum a různě velkou část levého tračníku (45 %) a extenzivní tvar se zánětem přesahujícím lineální flexoru a v některých případech dosahující až na dno céka (30 %) (Lukáš, 2010, s. 105).

V České republice v roce 2012 na 10000 obyvatel připadalo 21,9 osob s touto diagnózou. Rozšíření této choroby v populaci se od roku 2005 zvýšilo téměř o 25 % (ÚZIS ČR, aktuální informace č. 43/2013). Zvýšené riziko rozvoje idiopatických střevních zánětů je v urbanistických oblastech, ve vyšších socioekonomických skupinách a rozvinutých zemích. Mezi etnickými skupinami jsou na prvním místě Židé. Incidence u Židů v porovnání s nežidovskou populací je až 2-4 krát vyšší (Pintér, Kolesárová, 2004, s. 83).

1.1 Etiologie

Prvotní příčina vzniku ulcerózní kolitidy (UC) zůstává neznámá. Je však zřejmé, že pro vznik ulcerózní kolitidy je nezbytná vzájemná interakce vnitřních a zevních faktorů. Klíčové postavení zaujímají: mikrobiální flóra střeva, aktivita slizničního, respektive střevního imunitního systému, buňky střevního epitelu a dědičnost. Tyto faktory označujeme jako faktory vnitřní. Mezi zevní faktory řadíme psychický stres, užívání hormonální antikoncepce a stravu. Některé faktory zevního prostředí mohou souviset se vznikem ulcerózní kolitidy, jiné zvyšují riziko relapsu u nemocných v remisi. Riziko relapsu zvyšuje psychický stres, některá farmaka (nesteroidní antirevmatika) a interkurentní infekce, především respirační. Ulcerózní kolitida vzniká podle současných představ v důsledku změněné reaktivity imunitního systému střeva na komenzální mikrobiální střevní flóru u geneticky predisponovaných jedinců. Celá řada studií poukazuje na protektivní vliv apendektomie pro rozvoj ulcerózní kolitidy. Metaanalýza 13 studií prokázala o 69 % snížené riziko vzniku (Lukáš, Bortlík, 2011).

Vysoký výskyt ulcerózní kolitidy na severu Evropy a USA a výsledky experimentálních studií na zvířatech poukazují také na významnou úlohu vitamínu D v etiopatogenezi tohoto onemocnění (Hlavatý, Krajčovičová, Payer, 2012, s. 37).

1.2 Klinický obraz

Mezi hlavní příznaky nemoci patří průjem, krvácení do stolice, přítomnost hlenu ve stolici, bolesti břicha. Rozsah onemocnění lze v některých případech odvodit podle příznaků. U postižení rektosigmatu jsou časté tenezmy – nutkavé bolestivé pocity na stolici s defekací malého množství stolice nebo jen hlenu a pocitem neúplného vyprázdnění. U kolitid většího rozsahu bývají příznaky těžší, profuzní krvavý průjem provázený celkovými příznaky jako jsou váhový úbytek, teplota, tachykardie, tenesmy (Gabalec, 2009, s. 277).
Často se vyskytují i extraintestinální projevy nemoci (6 – 47 %) (Gabalec, 2009, s. 277).

Mezi tyto projevy patří:

1. Kožní příznaky (Erythema nodosum, pyoderma gangrenosum, ekzémy, psoriáza, Sweetův syndrom),

2. Slizniční příznaky (ústní fisury, afty, pyostomatitis vegetans),

3. Kloubní příznaky (artritidy, paličkové prsty, artralgie, revmatoidní artritida),

4. Oční příznaky (konjunktivitidy, iridocyklitidy, keratitidy, episkleritis),

5. Jaterní příznaky (primární sklerozující cholangitida, granulomatózní hepatitida),

6. Vzácně se vyskytují **perikarditidy, nefritidy** (Gabalec, 2009, s. 277).

7. Cévní příznaky (flebotrombózy, poruchy koagulace).

U UC je 3 až 3,6x častější trombembolická nemoc než v běžné populaci. Je spojená s aktivní nemocí a pankolitidou. Akutní trombembolické příhody řešíme heparinem, který má nejen antikoagulační účinek ale i účinek protizánětlivý (Gabalec, 2009, s. 281).

1.3 Diagnostika ulcerózní kolitidy

Diagnostika ulcerózní kolitidy je založena především na endoskopickém vyšetření tračníku s odběrem bioptických vzorku a jejich následným vyšetřením.

Diagnostický postup je zaměřen na:

Anamnézu: zjišťujeme rodinnou anamnézu, osobní anamnézu, nynější onemocnění (první příznaky střevního zánětu, denní počet stolic, patologické příměsi ve stolici, změny tělesné hmotnosti, teploty, charakter a lokalizace bolesti břicha, přítomnost mimostřevních příznaků).

Fyzikální vyšetření: somatometrická vyšetření, lokální nález na břiše, manifestace extraintestinálních projevů nemoci.

Laboratorní vyšetření: hematologické vyšetření, biochemické vyšetření (stanovení sérových hladin Na, K, Cl, urey, kreatininu, ALT, AST, ALP, GMT, AMS, lipáza, bilirubin, glykemie, CRP, FW), mikrobiologická vyšetření, imunologická vyšetření (Konečný, 2004, s. 20).

Endoskopické vyšetření, klasifikace rozsahu a aktivity ulcerózní kolitidy

Podle stupně zánětlivých změn se mění makroskopický obraz. Při mírné aktivitě je nápadný lehký otok sliznice. Vlivem otoku dochází k vymizení cévní slizniční kresby. S rostoucí intenzitou zánětu dochází k většímu prosáknutí sliznice a vznikají drobné (1-2 mm) nerovnosti. Ty vyvolávají granulární vzhled sliznice. Pokud je aktivita zánětlivého procesu ještě větší objevuje se charakteristický fenomén křehké sliznice. Při lehkém doteku sliznice krvácí. Mohou se objevovat drobné slizniční defekty (eroze). Sliznice může být pokryta větším množstvím hlenu. Sliznice může mít vzhled „rudého sametu“ s přítomností vředů. Tyto vředy jsou jen ojediněle hluboké. Při fulminantním průběhu ulcerózní kolitidy však tyto vředy hluboké jsou, splývající a hrozí komplikace, jako např. toxický megakolón nebo spontánní perforace tlustého střeva. Při provádění koloskopie musíme být obzvláště opatrní, zejména u nemocných s klinickými a laboratorními známkami vysoké aktivity střevního zánětu. U těchto nemocných hrozí při vyšetření indukce toxického megakolón, sepse či perforace střeva. Vyšetření musí být provedeno velmi šetrně. Při dlouhotrvajícím onemocnění a těžkém průběhu nacházíme ve střevu změny způsobené destrukcí tkáně a regenerací sliznice. Charakteristický je výskyt polypů. Tyto polypy mohou mít různé tvary. Doporučuje se, aby bylo vždy histologicky vyšetřeno několik polypů (Lukáš, 2010, s. 106-107).

Malignizace může nastat při dlouhodobém průběhu onemocnění (15-20 let od diagnostiky onemocnění). Pouze důsledné dodržování farmakoterapie, dietních opatření i režimových dává pacientům naději na dlouhodobě přijatelnou kvalitu života navzdory chronickému onemocnění (Huvar, 2007, 510).

Rozsah onemocnění: rektální tvar, levostranný tvar, difúzní tvar

Aktivita onemocnění:

Floridní fáze: stadium krvácivé, hnisavé, vředů, ulcero-polypózní

Fáze remise: stadium granulární, úpravy, pseudopolypózní, dysplazia associated mass or lesions (Konečný, 2004, s. 20-21).

1.4 Komplikace ulcerózní kolitidy

Průběh ulcerózní kolitidy může být provázen různými komplikacemi a extraintestinál ními příznaky. Mezi nejčastější komplikace UC patří: perforace střeva, striktury, toxické megakolon, nádorová přeměna. Nemocní s ulcerózní kolitidou trvající déle než 8-10 let mají zvýšené riziko vzniku dysplazie a kolorektálního karcinomu. Nutností jsou proto pravidelná kolposkopická vyšetření.
Mezi vysoce rizikové patří pacienti s pozitivní rodinnou anamnézou, lidé s primární sklerózující cholangitidou, nemocní s endoskopickým nálezem dlouhodobé aktivity zánětu (striktury střeva, tubulizace lumen, mnohočetné zánětlivé polypy). U těchto nemocných se doporučuje provádění dispenzárních koloskopických vyšetření 1x ročně. U pacientů s nízkým rizikem je doporučována dispenzární koloskopická prohlídka 1x za 5 let (Lukáš, 2010, s. 111).

K dalším komplikacím patří vznik píštělí a abscesů. U ulcerózní kolitidy se však vyskytují pouze vyjímečně (Dítě, 2001, s. 453-454).

U nemocných s UC je 3 až 3,6x častější trombembolická nemoc než v běžné populaci. Je spojená s aktivní nemocí a pankolitidou. Akutní trombembolické příhody řešíme heparinem, který má nejen antikoagulační účinek ale i účinek protizánětlivý (Gabalec, 2009, s. 281).

1.5 Léčba ulcerózní kolitidy

Cílem medikamentózní terapie je navození a dlouhodobé udržení bezpříznakového období. Výběr medikamentózní léčby a způsob podání je závislý na řadě faktorů (Lukáš, 2013, s. 216).

Léčba se liší podle závažnosti, lokalizace a přítomnosti extraintestinální manifestace. Základní léčba je vždy farmakologická, na kterou může v indikovaných případech navázat léčba chirurgická.

Farmakologická léčba

Mezi základní léčiva patří v současné době mesalazin, který je možno užít v monoterapii lehkých až mírně závažných forem. U rezistentnějších a aktivních forem vhodně doplňujeme imunosupresivně působícími steroidními hormony. Nyní

již existují i ve formě místně působících, jako například budesonid. Mezi imunosupresivní léčiva řadíme azathioprin, metotrexat a atypické antibiotikum cyklosporin. Již několik let je u nás používána i biologická léčba imunomodulačními protilátkami proti TNF. Velký rozmach v dnešní době zaujímají i probiotika, která mají bránit osídlení zánětem postiženého střeva patogenní mikroflórou. Léčbu UC by měl indikovat vždy gastroenterolog (Huvar, 2007, s. 509).

Chirurgická léčba

Absolutní indikací pro chirurgickou léčbu je perforace střeva, fulminantní kolitida nereagující na konzervativní léčbu, toxické megakolon a masivní krvácení. Pro další osud nemocného je důležité správné načasování operace.

Provádí se **4 typy operací**:

1. Proktokolektomie s terminální ileostomií. Tato operace trvale řeší ulcerózní kolitidu.

2. Proktokolektomie s ileopouchanální anastamózou. Zachovává kontinenci stolice. Mohou vzniknout zánětlivé a funkční komplikace.

3. Subtotální kolektomie s ileorektální anastomózou. Nutná doživotní dispenzarizace. Pouze u pacientů s dostatečnou kapacitou ampuly a minimální postižení rekta.

4. Kontinentní ileostomie (Gabalec, 2009, s. 279).

Radikální chirurgická léčba spočívá v totální kolektomii a vytvoření neorekta. Lze ji považovat za kurativní a zvláště u mladších pacientů může zásadním způsobem pozitivně ovlivnit kvalitu života (Huvar, 2007, s. 509).

1.6 Režimová a dietní opatření

Při léčbě pacientů s ulcerózní kolitidou je velmi důležitá jejich spolupráce, dodržování pravidelného denního režimu, dodržování pravidelného spánku a bdění, dostatečný pitný režim a v neposlední řadě i dietní režim. Dieta se liší dle aktuálního stavu pacienta. V období aktivity onemocnění se snažíme omezit množství

rostlinných zbytků v potravě, včetně vlákniny. Pacientům doporučujeme multivitaminové preparáty obsahující i liposolubilní vitamíny komplexu ADEK. Effervescentní lékové formy však nedoporučujeme (Huvar, 2007, s. 510).

Nutno vyloučit potraviny, které dráždí, např. ořechy a jádra (zraňují křehkou sliznici), čerstvé ovoce a zeleninu, kávu, sycené nápoje, alkohol. Při nesnášenlivosti laktózy vyloučení většího množství mléka (Lukáš, 2012, s. 468).

Strava nesmí zvyšovat sekreci šťáv nebo dráždit sliznici, proto jsou nevhodné silné extrakty z masa, přepálený tuk, silné čaje a koření. Nedoporučuje se strava upravená smažením, opékáním, uzená jídla. Vhodná je úprava vařením, dušením (Ehrmann, 2012, s. 158).

2 Ulcerózní kolitida a těhotenství

Pacienti s ulcerózní kolitidou většinou nejsou primárně ohrožení smrtí vlastním onemocněním. Avšak kvalita života je podstatně ovlivněna. První projevy této nemoci se vyskytují v mladém fertilním věku. Často jsou kladeny otázky, zda pacienti s ulcerózní kolitidou budou schopni navázat normální vztah, do jaké míry onemocnění ovlivní plodnost a průběh těhotenství, jestli je ohroženo zdraví plodu, jakým způsobem bude probíhat porod a šestinedělí.

Dnes již víme, že existuje vzájemný vztah mezi ulcerózní kolitidou a fertilitou. Podílí se zde řada faktorů, jako jsou medikamentózní léčba, chirurgická léčba. Velkou roli zde hraje i psychika pacienta. Pacienti mají obdobné psychické potíže jako pacienti s jiným onemocněním. K těm se však přidávají i specifické příznaky nemoci, které komplikují společenský život. Nutkavé průjmy a flatulence přicházejí náhle v nečekaných denních situacích. Tyto potíže snižují sebevědomí pacientů, mohou narušit sexuální důvěrnosti. Může být silně potlačena sexuální motivace z důvodu inkontinence v průběhu pohlavního styku. Ženy nerady hovoří o těchto problémech v gastroentorelogických ambulancích, zejména je-li lékařem muž. Vhodná je návštěva obou partnerů u psychologa nebo psychiatra (Kolesárová, Pintér, 2004, s. 89).

Alstead také uvádí vliv nespecifických střevních zánětů na kvalitu života. Příznaky onemocnění, včetně průjmů, problémy s kontinencí a hubnutí mají nepochybně vliv na vnímání vlastního těla, zejména u dospívajících a mladých lidí. Velký vliv na psychiku má také váhový přírustek při užívání steroidů. Mladí lidé s touto nemocí proto mohou mít potíže při navazování známostí (Alstead, 2002, s. 23-26).

Chung-Faye a Tůmová doplňují, že sexuální aktivita může být také ovlivněna únavou a zmenšeným libidem (Chung-Faye a Tůmová, 2011, s. 33-35).

Weber a spol. popisují menstruační abnormality (amenoreha, nepravidelný menses, dysmenorea, menoragie). Těmito problémy trpí až 58% pacientek. Za hlavní důvody těchto problémů označil vliv chronického onemocnění, malnutrici a léky (Kolesárová, Pintér, 2004, s. 90).

2.1 Orální antikoncepce a ulcerózní kolitida

Již mnoho let je zkoumán účinek orální antikoncepce na nespecifické střevní záněty. Při užívání orální antikoncepce je zvýšené riziko vzniku mikrotrombů, které jsou podkladem pro vznik fokálních nekróz a následuje zhoršený průběh onemocnění. Důležité je množství estrogenů v tabletách. Za hraniční dávku je považována dávka 50 mikro gramů ethyloestradiolu v tabletě. Dalším negativním účinkem antikoncepce při UC je rekurence onemocnění. Pacientky potřebují větší množství kortikoidů k navození remise. Timer a spol. popisují, že ženy, které užívají orální antikoncepci je riziko relapsu onemocnění až 3x vyšší (Timer In Kolesárová, Pintér, 2004, s. 90).
V protikladu existují jiné studie, např. studie Cosnese a spol, které neprokázaly rozdíly mezi aktivitou onemocnění a užíváním orální antikoncepce. Opětovné vzplanutí onemocnění bylo totožné u obou sledovaných skupin. Pacientky užívající antikoncepci v 46 %, pacientky neužívající antikoncepci 43 %. V této studii nedošlo k žádné trombotické komplikaci (Cosnes a spol., 1999, s. 218-222).
Pacientky s nedávným relapsem onemocnění by se pravděpodobně užíváním orální antikoncepce vyhnuly komplikacím, které by způsobilo následné těhotenství. Jak tedy poradit ženám? Pokud u žen nebyly zjištěny faktory pro trombembolismus a nekouří, pak jim lze doporučit preparáty s nízkým obsahem estrogenů (Alstead, 1999, s. 165-167).

2.2 Fertilita

2.2.1 Fertilita mužská

Kolesárová a Pintér uvádějí, že neexistují důkazy o tom, že UC sama o sobě ovlivňuje mužskou plodnost.

Existují však zde minimálně dva faktory, které zde hrají důležitou roli. Prvním faktorem je vliv medikace. Druhým faktorem jsou chirurgické výkony v pánevní oblasti (Kolesárová, Pintér, 2004, s. 90).

Kment zmiňuje, že u mužů může docházet k přechodné sterilitě z důvodu užívání sulfasalazinu. Sulfátová složka v léku obsažená působí oligospermii a azoospermii. Za 3 měsíce po ukončení podávání přípravku je plodnost navrácena. Muži místo

sulfasalazinu mohou užívat mesalazin. Mesalazin tento účinek nemá. Dále zmiňuje účinek steroidů na mužskou plodnost. Steroidy snižují hladinu testosteronu. Jejich užívání by mělo být pouze krátkodobé, k zvládnutí akutní ataky onemocnění. O účinku steroidů nemáme zatím mnoho prací. Dalším lékem je azathioprin. Tuto imunosupresivní léčbu není vhodné přerušovat. Názory na fertilitu při užívání azathioprinu jsou rozporné.

Druhým faktorem mužské neplodnosti je chirurgický výkon v oblasti pánve. Tyto výkony mohou mít negativní vliv na mužskou plodnost.

Impotentia generandi je porucha tvorby spermií. Příčinou může být farmakoterapie ale i stenózy a neprůchodnost spermií ductus deferens.
Impotencia coecundi je neschopnost pohlavního styku spojená s poruchou ejakulace a libida. Možností jak předejít možné impotenci a neplodnosti s ní spojené je předoperační odebrání semene (Kolesárová, Pintér, 2004, s. 90).
Alstead uvádí, že byl u mužů s idiopatickám onemocněním střev prokázán nižší počet dětí, než u zdravých mužů ve srovnatelném věku. Není však jasné, zda je to způsobeno sníženou sexuální funkcí nebo infertilitou (Alstead, 2002, s. 23-26).

2.2.2 Ženská fertilita

U žen také nebyl shledán vliv samotné ulcerózní kolitidy na fertilitu. Faktem však je, že pacientky s ulcerózní kolitidou mají menší počet dětí než ženy zdravé (Kolesárová, Pintér, 2004, s. 90).

Jako možnou příčinu Kolesárová a Pintér uvádějí spíše strach žen s tímto onemocněním mít děti a dobrovolně těhotenství odmítají.

Kment uvádí, že ženy se zříkávají mateřství z obavy přenosu své nemoci na děti. U dítěte postiženého rodiče je riziko 1,6 %. Pokud jsou postiženi oba rodiče, riziko se zvyšuje až na 37 %.

Dřívější studie udávaly až 66 % infertility u ženy, což byl následek tehdejší méně efektivní léčby. Dnešní léčba sulfasalazinem nemá vliv na ženskou plodnost. Steroidy a azathioprin také neovlivňují plodnost. Vliv biologické léčby není dosud znám. Studie na zvířatech jsou však povzbudivé. Snížená fertilita byla zaznamenána po ileoanálních anastomózách (Kment, 2008, s. 333).

Fertilita i schopnost donošení plodu je závislá především na aktivitě onemocnění v době otěhotnění a na stavu výživy. Pokud je choroba v remisi a výživa nemocné dostatečná bývá průběh gravidity bez komplikací. Ideální doba pro početí je minimálně 12 měsíců UC v remisi. Ženy, často z obavy o malformace plodu, chtějí léčbu vysadit. To však je největší chybou (Kment, 2008, s. 333). V medikaci je nutno pokračovat. Relaps onemocnění je větším nebezpečím pro plod než samotná medikace (Biedermann et al., 2012).

2.3 Vliv ulcerózní kolitidy na těhotenství

Důležité pro zdárný vývoj těhotenství je, aby ulcerózní kolitida byla již před početím minimálně 12 měsíců v remisy. V tomto případě je vliv na průběh těhotenství minimální. Většina studií se shoduje v tom, že spontánní potraty, porodní komplikace a malformace nejsou častější než u zdravé populace (Kment, 2008, s. 333).

Dvě dánské studie uvádějí, že aktivita onemocnění během těhotenství je podobná jako u netěhotných žen. Aktivní onemocnění během těhotenství však pravděpodobně má vliv na těhotenství. Bylo zjištěno zvýšené riziko předčasných porodů, potratů a nižší porodní hmotnost (Selinger, Leong a Simon, 2012, s. 2600).

Dojde-li k početí v době inaktivity ulcerózní kolitidy, pak u 70-80 % pacientek zůstává nemoc v průběhu těhotenství v remisy (Kment, 2008, s. 333-334).

Pokud nemoc relabuje, pak průběh bývá většinou mírnější, medikamentózně zvládnutelný. Dřívější studie ukazovaly na zhoršení v prvním trimestru, dnešní studie tento názor nepodporují. Důvodem je pravděpodobně pokrok v léčbě. Relaps v šestinedělí se projevil pouze u 13 % nemocných žen, avšak u aktivní choroby v 53 %. Těhotenství tedy neznamená pro další průběh ulcerózní kolitidy zvýšené riziko, proto není důvod jej ukončovat (Kment, 2008, s. 334).

2.4 Lékařská medikamentózní terapie během těhotenství

Samotná ulcerózní kolitida, její relaps, představuje pro těhotenství vyšší riziko než užívání léků s tím spojených. Terapie se tedy v průběhu nemoci nesmí přerušit. Přínosy pro matku převyšují nad možnými riziky pro plod. Největším rizikem není léčba samotná, ale onemocnění v akutní fázi. Nicméně jsou i léky, které nesou možnou šanci poškození plodu. Proto musí být i mírné teoretické riziko potencionální poškození plodu projednáno s matkou a nejlépe s oběma rodiči individuálně (Biedermann et al., 2012, s. 45-54).

Mottet et al.ještě dodává, že povolené medikamenty během gravidity dokonce umožňují lepší vývoj plodu, než při nepohlídané aktivní atace nemoci (Mottet et al, 2005, s. 54-61).

Tabulka č. 1 Kategorie bezpečnosti léků během těhotenství

A	Studie neukázaly riziko pro plod v prvním trimestru těhotenství
B	Studie na zvířatech neprokázaly riziko pro plod, ale dostatečné a dobře řízené studie na těhotných ženách nejsou.
C	Studie reprodukce na zvířatech neukázaly nepříznivé účinky na plod, ale dostatečné a dobře řízené studie u lidí chybějí. Zvážit zda potencionální riziko převáží přínos
D	Jasné důkazy rizika pro lidský plod. Potenciální užitek však může převážit nad rizikem pro plod v případě vážného ohrožení života.
X	Studie na zvířatech prokázaly abnormality plodu. Lék je kontraindikován.

(Selinger et al., 2012, s. 2602)

<u>Léky první řady při léčbě ulcerózní kolitidy</u>

Sulfasalazin a mesalazin

Účinek sulfasalazinu je prověřen více než 60 letým užíváním. Lehce prostupuje placentou. Koncentrace v krvi matky a plodu je stejná. Vstřebává se ale jen 20 %.

Za dob užívání tohoto přípravku v průběhu těhotenství nebyl zjištěn zvýšený počet malformací plodu, spontánních potratů ani předčasných porodů. Riziko jádrového

ikteru taktéž nebylo potvrzeno. Průměrná denní dávka se pohybuje kolem 2 gramů denně. Z důvodu interferace s folátem na buněčné membráně je při léčbě sulfasalazinem nutná sumplementace kyselinou listovou v dávce až 2 mg denně. Běžná dávka u těhotných se pohybuje kolem 400 mikrogramů kyseliny listové denně. Mesalazin tento účinek nemá, proto je výhodnější přejít na tento přípravek. Při léčbě mesazalinem doporučujeme 400 mikrogramů kyseliny listové denně. Pokud žena užívá dávku vyšší než 4 gramy denně hrozí riziko vrozené intersticiální nefritidy u plodu. Některé studie zaznamenaly po vyšších dávkách riziko předčasných porodů a nízké porodní hmotnosti plodu (Kment, 2008, s. 334).

Glukokortikoidy

Již v polovině padesátých let byly do klinické praxe zavedeny systémově působící kortikosteroidy. Zásadně zlepšily prognózu pacientů s vysokou aktivitou ulcerózní kolitidy (Lukáš, 2011. s. 424).

Kortikosteroidy procházejí placentární bariérou. Jsou však rychle metabolizovány na na méně aktivní kortizon a prednisolon. U střední a vysoce aktivní ulcerózní kolitidy se užívají kortikosteroidy stejně jako u netěhotných žen, aby došlo co nejrychleji k remisi onemocnění. U plodu mohou vyšší dávky způsobit poporodní adrenální insuficienci. Proto je nutná spolupráce s neonatologem (Koželuhová, 2004, s. 55).

Glukokortikoidy jsou zařazeny do lékové skupiny C, jejich užívání zejména v prvním trimestru musí být opatrné. Existuje riziko spojené se vznikem rozštěpů patra u novorozence. Riziko je sice malé, ale matka musí být informována o tomto riziku (Kwan, Mahadevan, 2010, s. 646).

O možném vlivu kortikoidů na vývoj plodu je rozhodující dávka, typ steroidu, doba užívání, jak dlouho a v kterém období gravidity a eventuelně spoluúčast přidružených onemocněních matky. U těhotných užívajících steroidní hormony hrozí riziko gestační hypertenze, gestační diabetes mellitus a předčasný porod vlivem ruptury plodových blan (Pintér, Kolesárová, 2004, s. 93).

Pokud v době laktace matka užívá 80 mg prednisolonu, kojenec vstřebá méně než 0,1 % látky, to je méně než 10 % denní produkce endogenního fetálního kortizolu.

Možným řešením, aby novorozenec dostal co nejmenší dávku kortikoidů, je doba kojení. Kojit až po několika hodiných po užití prednisonu (Pintér, Kolesárová, 2004, s. 93).

Topické kortikosteroidy

Jsou alternativou pouze pro omezený počet nemocných s mírnou až střední aktivitou nemoci. Mezi topické kortikosteroidy patří budesonid. Hlavní význam topických steroidů je v minimálních systémových projevech. Mohou se užívat také ve formě klyzmat nebo rektální pěny (Lukáš, 2011, 425).
Rektální formy steroidů lze aplikovat v celém průběhu těhotenství. Jejich resorpce je nízká. Bohužel zkušenosti s budesonidem jsou v těhotenství značně omezené (Kment, 2008, s. 334).

Léky druhé řady při léčbě ulcerózní kolitidy

Azathioprin

Teratogenita přípravku byla prokázána na zvířatech. V klinických studiích však prokázána nebyla. V těhotenství tuto léčbu jako novou nasazovat nebudeme, avšak pokud ji pacientka užívá k udržení remise, nebudeme ji vysazovat. Objevují se zprávy o jeho negativním účinku pro plod při jeho aplikaci otcům v prekoncepčním období (Kment, 2008, s. 334). Lék je zařazen do kategorie D. Užívání těchto léků patří k nejvíce kontroverzním lékům v těhotenství (Kwan,Mahadevan, 2010, s. 646). V době laktace se nedoporučuje (Koželuhová, 2004, s. 55).

Cyclosporin A

Jde o vysoce toxickou látku, která má nežádoucí účinky, jako jsou hypertenze, nefrotoxicita a hepatotoxicita. Léčba cyclosporinem A je se spojuje s nižší porodní hmotností. Hrozí zvýšené riziko předčasného porodu. Tuto léčbu indikujeme pouze v případě, kdy dojde k selhání terapie kortikoidy. Při snaze zabránit chirurgickému řešení (Koželuhová, 2004, s. 55).

Metotrexát

Užívání před otěhotněním a v těhotenství kontraindikováno. Velké riziko malformace plodu. Metotrexát má abortivní účinek (Koželuhová, 2004, s. 56).

Antibiotika: metronidazol, ciprofloxacin a ostatní chinolony

Vedlejší účinky v těhotenství nebyly prokázány. Není zvýšené riziko spontánního potratu ani vrozených malformací plodu. Dlouhodobá léčba se však v průběhu gravidity a kojení nedoporučuje (Koželuhová, 2004, s. 56).

Probiotika

V léčbě má i významné místo užívání probiotik. Uplatňuje se monokultura nepatogenní Escherichie coli, kmen Nissle 1917. Je označován jako lék druhé volby při udržovací terapii u nemocných s ulcerózní kolitidou, kteří nesnáší sulfasalazin nebo mesalazin. Pacienti s ileo-pouchanální anastomózou využívají směs několika probiotických kmenů jako prevenci pouchitidy (zánětu ve vytvořeném vaku z tenkého střeva). Probiotika mají vliv spíše v léčbě lehkých forem, u středních forem se efektivita neprokázala (Lukáš, 2011, s. 426).

2.5 Biologická léčba

Zavedení biologické léčby do klinické praxe zcela zásadně změnilo pohlížení na léčbu nespecifických střevních zánětů, mezi které patří i ulcerózní kolitida. Jde totiž o terapii velmi účinnou a efektivní. U většiny pacientů dochází k rychlému zlepšení zdravotního stavu, zmírnění aktivity onemocnění a slizničnímu hojení. Důležitá je však správná indikace a načasování léčby. Nevýhodou této léčby jsou finance, je totiž velice nákladná. Tato terapie je tedy určena pro nemocné s vysoce aktivní formou nemoci, která nereaguje na léčbu imunosupresivy a aminosalicyláty (Lukáš, 2007, s. 348).

Od roku 2006 máme možnost využít vysoce aktivní protilátku proti TNFα-infliximab (IFX). Účinnost tohoto přípravku byla potvrzena v kontrolovaných klinických studiích The Active Ulcerative Colitis Trial 1 a 2, ale i v běžné praxi. Podávání v těhotenství však bylo donedávna považováno za kontroverzní a možný rizikový postup (Koželuhová, 2011, s. 75).

Řada žen v době této terapie otěhotní. Z tohoto důvodu bylo provedeno několik studií, které mají jednak zhodnotit bezpečnost a účinnost podávání inhibitorů TNF alfa v průběhu těhotenství, jednak analyzovat vztah mezi koncentracemi těchto léčiv v mateřské a novorozenecké krvi s gestačním stářím při poslední expozici. Těmito studiemi bylo zjištěno, že užívání v průběhu těhotenství bylo bezpečné. Nebyly

pozorovány žádné vrozené vady, jen v jednom případě dysplazie kyčlí. Nebyly objeveny ani žádné perinatální komplikace (Bortlík et al., 2013, s. 951-8).

Infliximab je monoklonální, chimerická protilátka IgG1, složená ze 75% z lidské a z 25% myší bílkoviny. Je namířena proti solubilním nebo membránově vázaným receptorům TNF-alfa (Lukáš, 2011, s. 425).

Kment řadí biologickou léčbu infliximabem (INF - Remicyade) do lékové kategorie B podle FDA. Na trh je infliximab dodáván jako sterilní přášek, který se podává intravenózně. Podává se opakovaně v různých časových intervalech Jedním z rizik této léčby je infekce, a to i vzácné, včetně tuberkulózy. Tato léčba totiž blokuje normální proces imunity. Lidský imunoglobin G1 může procházet placentární bariérou. Vliv na imunitní systém plodu a dítěte není znám. Dosavadní studie na zvířatech neprokázaly teratogenní účinek. I přesto, z důvodu krátké doby použití tohoto přípravku, je nutná opatrnost při užívání v graviditě.

Gastroenterologové se však v názorech na užití biologické léčby neshodují. Jedni považují tuto léčbu za základní, podávají ji často, druzí ji indikují až po selhání běžně zavedené léčby. Česká republika se názorově přiklání k druhé skupině, kdy přistupuje k léčbě biologické až po selhání léčby běžné. Biologická léčba je soustředěna do center, která mají s touto léčbou, jejím průběhem, indikací a vedlejšími účinky velké zkušenosti.

V následující tabulce jsou vyobrazeny nejběžnější léky k léčbě idiopatických střevních onemocnění. Tabulka je zaměřena na problematiku farmakoterapie v těhotenství a laktaci (Kment, 2008, s. 335).

Tabulka 2 Nejčastěji užívané léky při léčbě IBD v těhotenství a laktaci

Lék	FDA	Gravidita	Laktace
sulfasalazin	B	nízké riziko	nízké riziko, možný průjem dítěte
Mesalazin	B	nízké riziko	nízké riziko, možný průjem dítěte
steroidy	C	nízké riziko	užití možné
azathioprin	D	nízké riziko	nedoporučeno
amoksiklav	B	nízké riziko	užití možné
metronidazol	B	nedostatek studií při dlouhodobém podávání	nedoporučeno
ciprofloxacilin	C	nedostatek studií o dlouhodobém podávání	nedoporučeno
loperamid	B	nízké riziko, nepodávat dlouhodobě	nedoporučeno
infliximab	B	pravděpodobně nízké riziko, nedostatek dat z humánních studií	pravděpodobně nízké riziko, nedostatek dat z humánních studií

(Kment, 2008, s. 335)

Djokanovic et al. uvádí, že infliximab patří mezi vysokomolekulární proteiny, u kterých byl prokázán aktivní průchod přes placentu. V průběhu prvního trimestru, v období organogeneze, se jedná o zanedbatelné množství. Ve druhém a třetím trimestru již infliximab prostupuje více. Byl detekován v séru plodu i po dobu několika měsíců po narození. Z tohoto důvodu došlo k obavám, aby nedošlo k ovlivnění imunitního systému novorozence a vzniku nežádoucích reakcí zejména po očkování. Dostupné studie, které sledovaly 300 těhotných žen, léčených v době početí a v průběhu prvních dvou trimestrů těhotenství vyhodnotily riziko pro plod jako velmi nízké. Děti narozené s detekovatelným množstvím infliximabu v krevním

oběhu neměly v průběhu prvního roku života nežádouci reakce na neživé očkovací vakcíny ani vyšší počet infekčních onemocnění. Při očkování živými vakcínami však byla zaznamenána nežádoucí reakce. Ojediněle končila fatálně. Z tohoto důvodu tedy léčba infliximabem v těhotenství doporučována není. Pokud je však nezbytné pokračovat i v těhotenství s touto léčbou je doporučováno odložit očkování živými vakcínami až po půl roce života, respektive až do doby, kdy dojde k eliminaci infliximabu z krevního řečiště dítěte (Djokanovic et sl., 2011, s. 93-97).

Čím dříve je léčba zahájena, tím lepší je prognóza. Postupem času roste rezistence na léčbu. Čím dříve ovlivníme léčbou průběh nemoci, tím více zabráníme komplikacím, nutnosti chirurgických výkonů, hospitalizací a zvyšování dávek kortikosteroidů a slizniční hojení bude kompletní. V dnešní době máme velmi účinnou léčbu, prospěch z léčby biologické jasně převládá nad vysokou cenou (Lukáš, 2012, s. 468).

2.6 Těhotná v gastroenterologické ambulanci

V těhotenství se soustředíme především na klinický obraz nemoci. Pravidelně sledujeme tělesnou teplotu, zjišťujeme frekvenci stolic, jestli stolice obsahuje příměs hlenu nebo krve. Zda nemoc provází bolesti břicha, noční defekace.

Laboratorní nálezy ustupují do pozadí, sledujeme krevní obraz, který je však fyziologicky pozměněn hemodilucí, sedimentace erytrocytů v těhotenství je také zvýšena z důvodu proteinových disproporcí. Hlavním ukazatelem o možné aktivitě onemocnění je C-reaktivní protein (CRP).

V těhotenství můžeme použít v případě potřeby i některé zobrazovací metody. Například jednorázový nativní snímek břicha, pokud hrozí toxický megakolon nebo k posouzení ileozního stavu. Riziko pro plod je minimální. Je třeba těhotnou přesvědčit o bezpečnosti této metody. Avšak opakované snímky břicha nejsou vhodné. Z dalších metod např. k průkazu abscesu můžeme využít ultrazvuk nebo magnetickou rezonanci. Tyto zobrazovací metody jsou také bezpečné jak pro matku a tak pro plod. Počítačová tomografie (CT) vyšetření v průběhu těhotenství s použitím baryové suspenze se pokud možno vyhýbáme.

Endoskopická vyšetření patří k invazivním výkonům. U gravidních žen nebezpečí spočívá především v hypotenzi a hypoxii matky, což vyvolá hypoxii plodu. Dalším

problémem při endoskopiích je premedikace. Pokud není závažný důvod, odkládáme vyšetření tohoto typu až po porodu. V těhotenství preferujeme sigmoideskopii před koloskopií. V indikovaných případech však i kolonoskopie není rizikem pro matku a plod. Studie o koloskopiích jsou však nedostatečné. Pokud se tedy nejedná o velmi závažný důvod, raději koloskopii neprovádíme (Kment, 2008, s. 334).

Klientky potřebují multidisciplinární přístup ze strany porodníka, gastroenterologa, popřípadě jiných odborníků (Mottet et al., 2005, 54-61).

2.7 Chirurgické zákroky v graviditě

Kment uvádí, že u gravidních žen s idiopatickým střevním onemocněním elektivní chirurgické výkony nejsou obvyklé. Akutní výkony se provádí stejně jako u netěhotných, tedy v případě výskytu ilea, krvácení, perforace a abscesu. Nezdárná konzervativní léčba matky přináší pro plod závažnější riziko nežli chirurgický zákrok. Prospěšné pro dítě je tedy to, co je prospěšné pro matku. V literatuře jsou uvedeny kazuistiky převážně se zdárnými případy. Při operaci střeva lze zároveň provést i císařský řez, tedy je-li plod dostatečně zralý. Po odstranění tlustého střeva a konečníku s pouchem jsou odpovědi na dotazy, které se týkají kvality sexuální funkce a fertility u žen nejednotné (Kment, 2008, s. 335).

2.8 Vedení porodu u žen s ulcerózní kolitidou

Pintér a Kolesárová uvádějí, že jsou možné oba způsoby porodu. Žena s ulcerózní kolitidou může rodit jak vaginálně tak císařským řezem. Pokud je žena v aktivní fázi nemoci přiklání se k císařskému řezu. K císařskému řezu se přiklání také v případě, že žena prodělala předchozí chirurgický zákrok (Pintér, Kolesárová, 2004, s. 95).

Biederrmann zmiňuje, že u žen s nespecifickými střevními záněty převažuje počet císařských řezů více než u běžné populace. Žádný důkaz k obhajobě porodů císařským řezem neexistuje. Císařský řez by měl být proveden pouze z porodnické indikace. Kontraindikací je pouze relaps onemocnění (Biederrmann, 2012, s. 45-54).

Pokud je onemocnění v klidové fázi, můžeme očekávat nekomplikovaný vaginální porod. U žen v remisi je prognóza dobrá. U klientek ve fázi aktivního onemocnění lze očekávat vyšší riziko předčasného porodu, spontánních či indukovaných

potratů. Ženy, které prodělaly proktokolektomii, mohou očekávat normální průběh těhotenství a porod zdravého donošeného dítěte s minimálním vlivem na funkci rezervoáru. Jsou popisovány oba způsoby porodu, vaginální i císařský řez. Postižení pudendálních nervů vlivem tlaku plodu při II. době porodní nebo při porodu kleštěmi může vést k častějším stolicím během dne i noci. Tyto komplikace byly popsány u 7 % rodiček, častěji po opakovaných porodech. Lékaři proto volí často spíše císařský řez. Obecně tedy platí, že u žen s idiopatickými střevními záněty je častěji prováděn císařský řez. Jedním z důvodů je strach z možných komplikací v podobě perianálních píštělí po episiotomii. Záleží na daném porodnickém pracovišti a přání rodičky pro jaký způsob porodu se rozhodne (Kolesárová, Pintér, 2004, s. 92).

2.9 Nutriční podpora

Pacienti s nespecifickými střevními záněty trpí často malnutricí. Z tohoto důvodů vznikají určité komplikace. Trpí deficitem mikronutrientů a vitaminů. Důležitá je tedy nutriční podpora, dietní poradenství, enterální i parenterální výživa v případě nutnosti. Enterální výživa přímo ovlivňuje zánětlivé procesy a dochází k remisi. Dále léči podvýživu a nemá nežádoucí účinky jako účinky léků (Meissnerová, 2011, s. 35).

Až u 90 % pacientů v remisi bylo zjištěno snížení sérového karotenu a snížení zinku, selenu, magnézia a vitamínu C až u 50%. Příjem potravy může být snížen jednak příznaky onemocnění s následnou anorexií nebo předčasných pocitem sytosti. Určitou roli zde hraje i zvýšený energetický výdej vlivem aktivního zánětu (zvýšení tělesné teploty). Vlivem průjmů dochází také k velkým ztrátám vody (Pintér, Kolesárová, s. 92).

Nutriční podporu možno rozdělit na dietní poradenství (úprava diety s ohledem na aktivitu a rozsah onemocnění), enterální a parenterální výživu.

Hlavním cílem terapeutické výživy je zabezpečení optimálního přísunu energetických substrátů a úprava porušené rovnováhy minerálů, doplnění tekutin, vitamínů a stopových prvků (Pintér, Kolesárová, 2004, s. 92).

Malnutrice zhoršuje funkci imunitního systému a to vede k zvýšenému výskytu infekčních komplikací (Meisnerová, 2011, s. 35).

2.9.1 Dietní opatření

Dieta u nespecifických střevních zánětů není přesně daná. Je individuální. Vždy však závisí na rozsahu a typu postižení. Pokud je onemocnění v remisi, dieta se zásadně neliší od racionální výživy. Má odpovídat zásadám zdravé výživy. Jako nevhodné potraviny označujeme smažená, uzená, tučná jídla, pikantní konzervy, salámy, ostrá kořeněná jídla, čerstvé kynuté těsto. Většina nemocných špatně snáší luštěniny a kravské mléko. Syrové ovoce, zejména to, které obsahuje slupky a zrníčka doporučujeme jíst pouze v malém množství i v klidové fázi. Semena a ořechy se pro svou nestravitelnost také nedoporučují. Dietu je vhodné obohatit o rozpustnou vlákninu. Užívání probiotik je také prospěšné. Vhodná je konzumace mořských ryb, které obsahují vícenenasycené mastné kyseliny řady omega 3. Pokud je choroba ve stadiu relapsu je nutné dodržovat bezezbytkovou dietu. Toto omezení zužuje výběr potravy. Technologická úprava stravy je šetřící. Mechanická úprava potravin jako je např. mletí stravy, mixování ovoce a zeleniny. U většiny nemocných v době relapsu jsou dobře tolerovány důležité zdroje bílkovin. Nemocný nemá problémy s konzumací vajíček, vařeného masa. Vhodná je také úprava vepřového masa, krůtího, králičího a to dušením. Nezapomínáme ani na sladkovodní a mořské ryby, které jsou také vhodné (Meisnerová, 2011, s. 36).

2.9.2 Parenterální výživa

Parenterální výživu dělíme na doplňkovou a kompletní (totální). Kompletní parenterální výživa je podávána u nemocných s kontraindikací nebo intolerancí enterální výživy. Dále rozdělujeme parenterální výživu jednak podle délky podání na dlouhodobou a krátkodobou. Podle toho volíme i typ katetru. Využíváme bud periferní vstup nebo centrální. Jestliže parenterální výživa bude trvat v rozmezí 2 týdnů až 6 měsíců, můžeme výživu aplikovat pomocí periferně zavedeného centrálního katetru (PICC). PICC je zaveden pod kontrolou ultrazvuku do horní duté žíly axilární cestou. Riziko pneumotoraxu je při zavádění PICC minimalizováno. Přítomnost podkožního tunelu snižuje komplikace infekčního rázu. Při dlouhodobém podávání parenterální výživy zavádíme tunelizované katetry s dakronovou manžetou.

Dále můžeme při dlouhodobém podávání parenterální výživy použít podkožní venózní port. Parenterální výživa z hlediska složení většinou uplatňuje systém all-in-one, kdy jeden vak obsahuje všechny důležité živiny (cukry, tuky, aminokyseliny). Další možností je příprava vaků v nemocničních lékárnách. Pro konkrétního pacienta je vyroben vak s optimálním složením. Příprava je prováděna v laminárních boxech za přísně aseptických podmínek. Expirace vaku je přibližně jeden týden. Hlavní výhodou systému all-in-one je jeho jednodušší aplikace, používá se jeden infuzní set a tím se snižuje riziko infekce. Další komplikací může být trombóza v místě zavedení katetru (Meisnerová, 2011, s. 37).

Teoretická možnost tukové embolie podávaných roztoků do placenty prokázána nebyla. U těhotných je nezbytná spolupráce s nutricionistou, neboť potřeby těhotných se liší od netěhotných (Kment, 2008, s. 335).

Parenterální výživa je velmi důležitá zejména při střevním selhání. Může se aplikovat i v domácím prostředí nebo je prováděna v centrech domácí parenterální výživy (Meisnerová, 2011, s. 37).

2.9.3 Enterální výživa

Do enterální výživy patří všechny formy nutriční podpory. Může být aplikována formou sipping (popíjení) nebo pomocí nazogastrické nebo nazoenterální sondy. Další možnou cestou podání je perkutánní endoskopická gastrotomie (PEG). PEG je lépe pacienty snášen oproti nazoenterálním sondám. Kosmetický efekt je také lepší. PEG je indikován u pacientů kde předpokládáme dobu podání 3-6 měsíců. Mezi nejčastější komplikace při podávání enterální výživy patří obstrukce sondy. Důležité je proto provádění proplachů sondy v určitých časových intervalech. Další komplikací může být sinusitida, zejména u nemocných s oslabenou imunitou. Enterální výživa má efekt v léčbě akutní fáze nemoci. Jako samostatná léčba je indikována pouze tehdy, když terapie kortikosteroidy není možná. Využít je lze právě v graviditě. Nejčastěji však bývá enterální léčba kombinovaná s kortikoterapií. Bývá indikována u stenóz a malnutrice (Meisnerová, 2011. s. 36).

2.9.4 Vitaminová deficience

U nemocných, kteří prodělali resekci střeva nebo při postižení střeva zánětem bývá často nedostatek určitých vitamínů. Ten zjistíme pomocí sérové aktivity vitaminů nebo klinickými projevy z nedostatku (vitamin K). Nedostatek vitaminu B12 řešíme parenterálním podáním. Udržovací dávka je většinou 300 mikrogramů jednou měsíčně. Častý je také nedostatek kyseliny listové. Na deficitu se podílí nejen malabsorpce ale i léčba sulfasalazinem. Hladina vitaminu E koreluje s celkovým cholesterolem a celkovými plazmatickými lipidy. Vitamin K z 60 % je syntetizován bakteriemi tlustého střeva. Pokud nemocný je tedy po subtotální kolektomii nebo se stomií v oblasti tenkého střeva hrozí riziko nedostatku vitaminu K. To se projeví prodloužením protrombinového času. Deficit vitaminu A bývá důsledkem zánětlivého procesu, vlivem malabsorpce tuku při malabsorpci žlučových kyselin. Při onemocnění UC nejčastěji chybí vitamin B12, přibližně 5 % a kyselina listová (36 %). Nemocní s ulcerózní kolitidou mohou také trpět nedostatkem vitaminu D. Prevalence osteoporózy u střevních zánětů činí až 50 %. K tomu přispívá nedostatečná resorpce vápníku, hořčíku, zvýšení cytokinů a terapie glukokortikoidy. Při léčbě glukokortikoidy v délce 6 měsíců dochází ke ztrátě kostní hmoty (6-10 %). Ztrátu kostní hmoty zpomalujeme zároveň podáváním vápníku a vitamínu D. Mezi přirozené zdroje vápníku patří určité druhy potravy (Meisnerová, 2011, s. 35-37).

2.9.5 Výživa v těhotenství

Období těhotenství je charakterizováno řadou fyziologických pochodů v organismu. Důležitou úlohu zde má i nutrice, která musí zabezpečit udržení homeostázy těhotné ženy, tak plodu. V nových studiích je potvrzeno, že malnutrice vyvolává řadu patologických změn u těhotné i u plodu. Důsledky nedostatečné výživy se mohou projevit až v dospělosti. U těchto jedinců je zvýšený výskyt metabolických, endokrinologických i kardiovaskulárních onemocnění (Hronek, 2006, s. 102).

Strava musí vyhovovat jak po stránce kvantitativní, tak i kvalitativní. Je doporučováno zvýšit energetický příjem u jednočetného těhotenství od II. trimestru o 300 kcal, u dvojčetného o 600 kcal. V těhotenství se potřeba některých vitamínů a minerálů zvyšuje až o 100%. Malnutrice nebo chybění některých nutrientů zvyšuje riziko pro plod i pro matku. Naopak i nadměrný přísun některých vitamínů může být

nebezpečný. Preparáty, které jsou ženám doporučovány, by měly splňovat požadavky genetiků a gynekologů-porodníků. Prvořadá je především kyselina listová a vitamín E, C, jod a železo. Důležitá je suplementace těchto vitamínu jak v prekoncepčním období, tak v průběhu gravidity (Měchurová, 2009, s. 1).
Ženy s ulcerózní kolitidou trpí zejména nedostatkem vitamínu B12, kyseliny listové a železa (Meisnerová, 2011, s. 35). Vhodnou suplementaci vitamínu v těhotenství a při kojení by měly konzultovat s lékařem již v době plánování gravidity (Hendrychová, Malý, 2013, s. 196).

Vitamín A – retinol

Vitamín A patří mezi nejdiskutovanější vitamíny v těhotenství. Hypovitaminóza i hypervitaminóza v těhotenství působí teratogenně. Ženy by měly být upozorňovány na rizika nadměrného příjmu vitaminových přípravků a potravin bohatých na vitamín A již v období před otěhotněním (Hendrychová, Malý, 2013, s. 196).

Vitamín A je rozpustný v tucích, spolu s vitamíny D, E a K patří mezi lipofilní vitamíny. V České republice se nedostatek vitamínu téměř nevyskytuje. Pro Českou republiku je navrhovaná denní doporučená dávka (DDD) u těhotných žen 800 mikrogramů. U kojících žen 1200 mikrogramů. Gravidní ženy u nás denní dávku překračují, přijímají kolem 1400 mikrogramů denně.

Pokud by žena v průběhu 28 až 70 dnů těhotenství přesáhla denní dávku 2400-3000 mikrogramů denně, hrozí nebezpečí pro plod. Při těchto dávkách má vitamín A teratogenní účinek. Může způsobit vrozené vady ledvin, poruchy nervového a kardiovaskulárního systému. K přirozeným zdrojům v potravě patří játra, výrobky z jater, játrové salámy a rybí olej. I některé džusy jsou obohacovány o vitamín A (Měchurová, 2009, s. 1).

Beta karoten

Patří mezi provitamíny karotenoidy, ze kterých je syntetizovánm retinol. Nemá teratogenní ani embryotoxický účinek. Jejich užití je výhodné. Vysoký obsah se nachází v mrkvi, špenátu, pažitce, šípkách a petrželi (Měchurová, 2009, s. 1).

Skupina vitamínu B

Vitamíny skupiny B jsou ve výživě gravidních a kojících nezbytné. Zasahují do činnosti nervového a kardiovaskulárního systému. Ovlivňují základní metabolické procesy. Při suplementaci vitaminů B však nesmíme zapomenout na známý fakt, že zvyšují chuť k jídlu a mohou vést k nárustu hmotnosti nejen těhotné ženy, ale i plodu. Vitaminy B jsou placentou do plodu aktivně transportovány. Jejich plazmatické koncentrace jsou vyšší u plodu než u matky (Hendrychová, Malý, 2013, s. 197).

Vitamín B1 - thiamin

Důležitý pro sacharidový metabolismus. Nedostatek může být při dlouhotrvajících průjmech. Hypovitaminóza častější u gravidních žen. Souvislost s nedostatkem vitaminu nebyla prokázana na zdravý vývoj plodu. Thiamin se vyskytuje v hrachu, soji, fazole, čočce. Využití thiaminu zvyšuje přidání cibule (Měchurová, 2009, s. 2).

Vitamín B2 – riboflavin

Nepostradatelný při oxidaci mastných kyselin. Mezi příznaky nedostatku vitamínu patří ragády v koutcích úst, záněty jazyka, anemie. Vitaminový deficit nemá zásadní vliv na vývoj plodu. Mezi přirozené zdroje patří játra, mléko a houby (Měchurová, 2009, s. 2).

Vitamín Bil – kyselina listová

Ze skupiny vitaminů B má největší význam. Jednoznačně prokázán byl protektivní vliv ve vztahu k defektům neurální trubice. Vliv na snížení rizika dalších vývojových defektů a těhotenských patologií jednoznačně prokázán nebyl. U matky má kyselina listová velký význam v prevenci těhotenské anemie (Hendrychová, Malý, 2013, s. 198).

Poprvé byla izolována z listů špenátu, odtud odvozen její název. Lidé jsou závislí na jejím přísunu potravou. Sami nemohou tvořit kyselinu listovou. Důležitá pro syntézu nukleových kyselin. Suplementace kyselinou listovou slouží jako prevence některých vrozených vývojových vad. Zejména defektů neurální trubice, rozštěpů rtu a patra,

defektů břišní stěny. Užíváním kyseliny listové lze pozitivně ovlivnit až ve 25 %-75%.

V běžné stravě se nevyskytuje takové množství kyseliny listové, která je třeba v těhotenství. V České republice u zdravých žen je denní doporučená dávka kyseliny listové u těhotných a kojích žen přibližně 600 mikrogramů. U žen s ulcerózní kolitidou je tato dávkách vyšší jak již bylo řečeno.

Vlivem nedostatku kyseliny listové se může objevit megaloblastová anémie, leukopenie, trombocytopenie. V těhotenství při nedostatku je zvýšeno riziko spontánních potratů a předčasných porodů. Důležité je prekoncepční i perikoncepční podávání kyseliny listové. Přirozeně se kyselina listová vykytuje v chřestu, špenátu, tresce, játrech, petrželi, datlích, fících, ovesných vločkách. Velmi vzácně při předávkování kyselinou listovou se můžou projevit poruchy spánku, žaludeční, střevní potíže a psychické poruchy (Měchurová, 2009, s. 2).

Vitamín B3 - niacin

Podílí se na biosyntéze mastných kyselin a steroidů. Nemá zásadní vliv na vývoj plodu. Nejvyšší obsah je v burských oříškách a kvasnicích.

Vitamín B5 – Kyselina pantotenová

Má podíl na tvorbě koenzymu A. Ten je nezbytný pro mnoho enzymatických reakcích. Nebylo prokázáno, že by hyper ani hypovitaminóza ovlivňovala vývoj plodu. Vysoký obsah mají játra, fazole, žloutek, houby, ledvinky.

Vitamín B12

Podílí se na metabolismu aminokyselin. Důležitý pro využití kyseliny listové pro syntézu DNA. Pro těhotné ženy je doporučená denní dávka 3,5 mikrogramů, pro kojící 4 mikrogramy. Nedostatek způsobuje megaloblastovou anemii. Megaloblastová anemie může vzniknout při kojení u matek vegetariánek. V jejich stravě není dostatek vitamínu B12. Hypervitaminóza známá není. Největším zdrojem vitamínu B12 jsou játra, srdce, sardinky, makrela, sleď a vepřové maso (Měchurová, 2009, s. 3).

Vitamín C – kyselina askorbová

Patří mezi antioxidanty. Brání nežádoucím přeměnám cizorodých látek a regeneruje vitamín E. Zlepšuje vstřebávání železa, zvyšuje jeho využitelnost. Působí také na odbourávání cholesterolu. Důležitý pro imunitní reakci. Užitečný při biosyntéze steroidních hormonů a kolagenu. V reprodukčním procesu je kolagen potřeba pro růst folikulů, pro vývoj corpus luteum a pro sekreci kolagenu do tekutiny folikulární. Významný tedy pro fertilitu žen. Při kouření, stresu, infekci, chladu operaci, fyzické aktivitě je potřeba vitamínu C vyšší. Vyšší potřeba je také při užívání hormonální antikoncepce a v těhotenství. Spotřeba v těhotenství se zvyšuje přibližně o 30 %, při kojení až o 60 %. Denní doporučená dávka u těhotných je 110 mg, pro kojící ženy 120 mg. Nedostatek vitamínu C se projevuje nechutenstvím, únavou, vyskytuje se vyšší počet infekčních chorob. U předávkování vitamínem C je zvýšena acidifikace moči, tím vzrůstá nebezpečí tvorby ledvinových kamenů. Může být porušena sekrece inzulínu a inaktivaci vitamínu B12. Plod, který je vystaven vysokým dávkám může mít po porodu hypovitaminózu. Velké množství vitamínu C se nachází v černém rybízu, jahodách, pomerančích, citronech, petrželi, křenu, zelí a špenátu (Měchurová, 2009, s. 3).

Kyselina askorbová je silné redukční činidlo. Je schopna v gravidním organismu vychytávat volné radikály, které mohou způsobit řadu vážných onemocnění. V těhotenství naprosto nezbytný (Hronek, 2006, 104).

Vitamín D - kalciferol

Má pro výživu dvě důležité formy. Vitamín D2 a vitamín D3. Uplatňuje se při syntéze UV záření. Nutný pro vstřebávání vápníku a fosforu. Nedostatek vitamínu D může způsobit intrauterinní růstovou retardaci plodu nebo neonatální hypokalcémii. Hypervitaminóza může mít v těhotenství toxické účinky pro plod a mít za příčinu srdeční vady, zejména aortální stenózu (Měchurová, 2009, s. 4).

V těhotenství a při kojení má zásadní vliv na tvorbu kostní tkáně plodu. Hypovitaminóza u těhotné může způsobit osteomalacii, nižší hmotnostní přírůstek a deformity pánve. Pro plod hrozí riziko růstové retardace, neonatální křivice, defekt zubní skloviny. Příjem vitamínu D je v těhotenství často nižší. Hypovitaminóza se

vykytuje především u žen s alternativními způsoby stravování, jako jsou vegetariánství a veganství (Hendrychová, Malý, 2013, s. 197).

Vitamín E – tokoferol

Významný antioxidant, chrání tuky, hormony a buněčné membrány. Denní doporučená dávka pro těhotné je 14 mg, u kojících žen 18 mg. Při nedostatku vitamínu E může být infertilita, zvýšený výskyt předčasných porodů. U novorozenců může způsobit anemii. Vitamín E se podává při léčbě neplodnosti. Slouží také jako prevence vrozených vývojových vad u plodů a při nebezpečí potratu. Teratogenita u hypervitaminózy nebyla popsána. Velké množství vitamínu E obsahují ořechy a sója Měchurová, 2009, s. 4).

V těhotenství jsou zvýšené nutriční potřeby. Zejména u žen, které prodělaly resekci střeva. Malnutrice v průběhu těhotenství může způsobit intrauterinní růstovou retardaci, poškození plodu. Zvyšuje perinatální nemocnost a úmrtnost. Ovlivňuje porodní hmotnost i délku porodu. U těhotných by měl být jakýkoliv deficit nutrice doplněn. Velký důraz je kladen na dostatek železa a kyseliny listové. Z důvodu malnutrice může být u gravidních žen s UC úspěšně využita parenterální výživa (Pintér, Kolesárová, 2004, s. 93).

Vápník

V těhotenství je dostatečný přísun vápníku nutný pro správnou tvorbu kostí plodu. V graviditě rostou nároky na vápník. V české republice se uvádí jako doporučená denní dávka pro těhotné 1500 mg a pro kojící 2000 mg denně.

U většiny těhotných žen není přísun vápníku dostatečný, uvádí se pouze kolem 68 % DDD. Je potřebné zvýšit konzumaci mléčných výrobků. V případě nedostatku hrozí demineralizace a úbytek kostní hmoty. Celkově ztráty kalcia mohou dosahovat až 7 %. Vápník je důležitý i v prevenci komplikací v těhotenství. Nejvíce vápníku obsahují sýry, mléko, tvaroh, ryby a sója (Měchurová, 2009, s. 4).

Jód

Esenciální biologický prvek potřebný k syntéze hormonů štítné žlázy. Hormony štítné žlázy ovlivňují metabolismus, proteosyntézu, genovou expresi a další. Denní

doporučovaná dávka pro těhotné je 230 mikrogramů, pro kojící 260 mikrogramů. Nedostatek jódu a tím i snížené množství hormonů štítné žlázy může mít vážné následky v psychomotorickém vývoji jedince. Vyvíjející se zárodek nejprve čerpá zdroj hormonů z tkání dělohy, později si sám produkuje hormony z jódu, který získává z placenty. Celé období nitroděložního vývoje je plod závislý na příjmu jódu matkou. Nedostatečná tyreoidální hormonogeneze ovlivňuje matku i plod. Hypothyreóza u matky se projevuje komplikacemi, mezi které patří: riziko vyššího spontánního potratu, předčasného porodu, anémie, preeklampsie, předčasné odloučení placenty, poporodní krvácení.

Komplikace hypertyreózy jsou potrat, abrupce placenty, srdeční selhání, vysoký krevní tlak, preeklampsie. U plodu důsledkem hypotyreózy může dojít k zhoršené poporodní adaptaci, poruchám psychomotorického vývoje, anemii. Přírodním zdrojem jódu jsou krabi, mušle, slávky, krevety, makrely (Měchurová, 2009, s. 5).

Železo

DDD pro těhotné i kojící ženy je 20 mg. Těhotné v běžné stravě nepřijímají takové množství železa. U žen s ulcerózní kolitidou jak již bylo řečeno je tento deficit ještě vyšší. Železo je potřebné pro syntézu hemoglobinu, pro transport kyslíku, který je vázaný na hemoglobin v erytrocytech. Nedostatek železa se projevuje u žen anemií, bolestmi hlavy, únavou, závratěmi, palpitacemi. Množství železa je od druhého trimestru důležitá také pro plod. Při jeho nedostatku je plod ohrožen hypoxií. V potravě je železo zejména v masu, špenátu, pohance (Měchurová, 2009, s. 1-7).

Hořčík

Esenciální prvek, který je nezbytný pro metabolismus elektrolytů, enzymů, pro svalovou činnost a stavbu kostí. Doporučená denní dávka je v České republice pro těhotné stanovena na 400 mg. Pravděpodobný příjem se odhaduje na 35 až 58 % DDD. Nedostatkem hořčíků vzniká celá škála symptomů, která se týká orgánových systémů. V těhotenství hladina hořčíků klesá na spotřebu magnézia ke stavbě orgánů a tvorbě kostí. Magnésium je indikováno při preeklampsii, eklampsii, při hrozícím předčasném porodu. Má mírný tokolyticfký účinek. Zdrojem hořčíku je zejména rostlinná strava jako např. mandle, sója, ořechy, fazole, špenát ((Měchurová, 2009, s. 1-7).

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo získat co nejvíce informací o onemocnění, které se nazývá ulcerózní kolitida. Stále více se setkáváme v praxi se ženami, které trpí tímto nepříjemným, chronický onemocněním. V gastroenterologických ambulancích často pracují lékaři – muži, proto ženy mají strach (stud) o svých problémech, co se týče sexuality, fertility a těhotenství mluvit. Proto my, porodní asistentky, musíme dokázat na tyto otázky odpovědět, být dostatečně informované, abychom ženě mohly být vzdělanou psychickou podporou, jak v době před otěhotněním, tak v období těhotenství, ale i po porodu. Práce je rozdělena do dvou částí. První část je zaměřena na onemocnění na ulcerózní kolitidu, na příčiny vzniku ulcerózní kolitidy, rizikové faktory, diagnostiku, možnosti léčby obecně, komplikace, které mohou nastat v souvislosti s tímto onemocněním. Je zde zdůrazněna nutnost spolupráce pacienta a lékaře. Bez nezbytných režimových a dietních opatření ani nejlepší a nejdražší léčba není úspěšná. Druhá kapitola se zabývá problematikou plánování těhotenství, vlivu ulcerózní kolitidy na těhotenství a naopak těhotenství na průběh onemocnění. Rozsáhlá část je věnována farmakologické léčbě v období těhotenství a kojení, možných rizicích, které tato léčba může přinést pro matku i pro plod. Je zde i krátce zmíněna problematika vedení porodu. Názory jsou rozdílné. Dále se podrobně zabýváme výživou v těhotenství, nebezpečí malnutrice, parenterální, enterální výživou a možnostmi vzniku vitaminových karencí. Na začátku práce byly stanoveny tři cíle. Po důkladném prostudování odborné literatury, recenzovaných článků pro odbornou veřejnost a shrnutím informací z nich do bakalářské práce byly cíle splněny.

První cíl byl předložit poznatky o ulcerózní kolitidě. Ulcerózní kolitida patří mezi nespecifické střevní záněty, jde o hemoragicko-katarální, nebo ulcerózní zánět sliznice. Odborně se nazývá idiopatická proktitida, mezi lidmi je však rozšířenější pojem ulcerózní kolitida, proto v této práci o ní hovoříme jako o ulcerózní kolitidě. Ačkoliv bylo dosaženo mnoho úspěchů v diagnostice a léčbě, není dosud jasná její příčina. Mluví se o několika možných hypotézách vzniku. Existují důkazy, že jednou z příčin vzniku nemoci je genetická predispozice. Zda se onemocnění projeví či ne závisí i na zevních faktorech. Mezi zevní faktory patří vliv stravování, obsah

vlákniny ve stravě, kouření. Paradoxně u ulcerózní kolitidy má kouření příznivý vliv, rizika, která kouření přináší, jsou však větší než přínos, takže nebudeme nabádat lidi nemocné s ulcerózní kolitidou ke kouření. Onemocnění se projevuje průjmem, přítomností hlenu a krve ve stolici, bolestmi břicha, plynatostí, pocitem plnosti. Podle části postižení dělíme ulcerózní kolitidu na proktitidu, levostrannou kolitidu a pankolitidu, kdy je postiženo celé střevo. Toto onemocnění je charakteristické střídáním klidových fází, kdy se nemocný cítí zcela zdráv a období relapsu, znovuzplanutí nemoci, kdy je nemoc aktivní. Kromě střevních potíží může kolitida manifestovat i zvýšenou teplotou, bolestí kloubů, záněty očí. Základní léčba je farmakologická, pokud selže, využíváme léčbu chirurgickou. Velmi důležitá je spolupráce pacienta a gastroenterologa. Nemocný musí dodržovat dietní opatření, jiná dietní opatření jsou v klidové fázi, jiná v období relapsu. Někdy je nutná i spolupráce s psychologem, jedná se totiž o psychicky velmi náročné onemocnění. **První cíl byl splněn.**

Jako druhý cíl byl stanoven cíl předložit poznatky o vlivu ulcerózní kolitidy na fertilitu a těhotenství. Vliv samotné ulcerózní kolitidy na fertilitu shledán nebyl. Faktem však je, že klientky s ulcerózní kolitidou mají menší počet dětí než ženy zdravé. Důvodem jsou tak nejspíš obavy o vliv onemocnění a nedostatečná edukace klientek s tímto onemocněním. Ženy se také obávají přenosu této nemoci na své potomky. Nejdůležitější podmínkou pro zdárný vývoj těhotenství je správné naplánování těhotenství. Pokud žena má remisi minimálně 12 měsíců, těhotenství bude pravděpodobně probíhat bez potíží. Samozřejmostí je však dodržování dietních opatření, pravidelného denního režimu, vyhýbání se stresovým situacím. Největší problém spočívá v tom, že ženy často z obavy o zdravý vývoj dítěte vysazují, nebo snižují farmakologickou léčbu. To přináší rizika pro relaps onemocnění. Samotné onemocnění je nebezpečnější pro plod než medikace, kterou žena užívá. Pokud žena otěhotní v období aktivity, nese to určitá rizika. Častější výskyt předčasných porodů, porodní hmotnost novorozenců je nižší než u zdravých žen z důvodu malnutrice těhotné. Může dojít i k samovolným potratům. Důležitá spolupráce gastroenterologa, porodníka, psychologa a porodní asistentky. **Druhý cíl byl splněn.**

Třetí cíl je předložit poznatky o vlivu výživy pro zdárný průběh těhotenství. Pacienti s nespecifickými střevními záněty trpí často malnutricí. Z tohoto důvodů vznikají

určité komplikace. Těhotné mají deficit nutrientů i vitamínů. Důležitá je tedy nutriční podpora, dietní poradenství, enterální i parenterální výživa v případě nutnosti. Enterální výživa přímo ovlivňuje zánětlivé procesy a dochází k remisi. Dále léči podvýživu a nemá nežádoucí účinky jako účinky léků. Těhotné s ulcerózní kolitidou musí zvýšeně dbát na složení stravy, vyhýbat se dráždivým jídlům, opatrně u ovoce a zeleniny, vhodnější je mírná tepelná úprava. Zejména u ovoce a zeleniny obsahující velké množství vlákniny. Již před těhotenství užívání kyseliny listové má velmi příznivý vliv na možné komplikace v těhotenství a pro zdravý vývoj plodu. Porodní asistentka edukuje o vhodném složení potravy v nekoncepčním období, v těhotenství i v době kojení. **Třetí cíl byl splněn.**

BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1) ALSTEAD, E. M., Inflammatory bowel disease in pregnancy [online, cit. 2014-2-20]. *Postgraduate Medical Journal*. 2002, vol. 78, is. 915, p. 23-26. ISSN 00325473
Dostupné z: http://pmj.bmj.com/content/78/915/23.full.pdf+html

2) BIEDERMANN, L., ROGLER, G., VAVŘIČKA, S. R., SEIBOLD, F. et SEIRAFI, M., Pregnancy and Breastfeeding in Inflammatory Bowel Disease [online, cit. 2013-12-12]. *Digestion.* 2012, vol. 86, is. 1, p. 45-54. ISSN 00122823
Dostupné z: http://www.karger.com/doi/10.1159/000341941

3) DÍTĚ, P. Nejčastější zánětlivá střevní onemocnění [online, cit. 2014-03-20]. *Interní medicína pro praxi*., 2001. roč. 3, čís. 10, s. 451-454., ISSN 1803-5256

4) DJOKANOVIC, N. et al. Safety of infliximab use during pregnancy. *Reproductive Toxicology*. [online, cit. 2014-02-20]. 2011 Jul, 32 (1):93-97
Dostupné z:
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890623811001584

5) EHRMANN, J., Záněty střev a dráždivý tračník. *Interní medicína pro praxi.* [online, cit. 2014-01-20]. 2009, 11(2): 71-76
Dostupné z: http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/02/05.pdf

6) EHRMANN, J., KONEČNÝ, M. Léčba střevních zánětů. [online, cit. 2014-01-04]. *Praktické lékárenství*, 2012 8(4):156-160
Dostupné z: http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2012/04/02.pdf

7) GABALEC, L., Ulcerózní kolitida - klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. [online, cit. 2013-10-19]. *Interní medicína pro praxi*. 2009. roč. 11, č. 1, s. 276-281.
Dostupné z: http://internimedicina.cz/pdfs/int/2009/06/06.pdf

8) HENDRYCHOVÁ, T., MALÝ J., *Praktické lékárenství*, [online, cit.2014-04-10-04] 2013, 9(4-5):196-200
Dostupné z:http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2013/04/10.pdf

9) HLAVATÝ, T., KRAJČOVIČOVÁ, A., PAYER, J., *Význam vitamínu D při nespecifických črevných zápalových ochoreniach.* [online, cit. 2014-03-01] Gastroent Hepatol 2012, 66(1): s. 37-43, Dostupné z: http://www.csgh.info/dwnld/gh_2012_1_37_43.pdf

10) HRONEK, M., Význam vitamínů a jejich použití v době gravidity a laktace. [online, cit.2014-03-20]. *Praktické lékárenství*, 2006, 102-106.
Dostupné z: http://praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2006/02/13.pdf

11) HUVAR, P., Idiopatické střevní záněty z pohledu praktického lékaře, *Medicína pro praxi. 2007*, roč. 4, č. 12, s. 506-510 ISSN 1214-8687

12) CHUNG-FAYE, G. et TŮMOVÁ, J., Crohn's disease [online, cit. 2013-12-03]. GP, 2011. s. 33-35. ISSN 02688417
Dostupné z:
http://search.proquest.com/docview/882903398?accountid=16730

13) KMENT, M., Idiopatické střevní záněty v graviditě. Interní medicína pro praxi. 2008, roč. 10, č. 7-8, s. 333-335. ISSN 1212-7299

14) KOLESÁROVÁ, M., PINTÉR, M., Vzájemné ovlivnění fertility a idiopatických střevních zánětů: shrnutí současných poznatků. *Acta medica (Hradec Králové). Supplementum*, 2004, roč. 47, č. 2, s. 89-96. ISSN: 1211-247X.

15) KOŽELUHOVÁ, J. Biologická léčba nemocné s ulcerózní kolitidou v průběhu gravidity. *Gastroenterologie a hepatologie*, 2011, roč. 65, č. 2, s. 75-77. ISSN: 1804-7874.

16) KRŠKA, Z., KVASNIČKA, J. Tromboembolické komplikace u idiopatických střevních zánětů. *Čes a Slov Gastroent a hepatol*, 2008, 62(5): 270-273, ISSN 1804-803X [online, cit. 2014-03-08]. ISSN 1804-7874 [print].
Dostupné z: http://www.csgh.info/detail.php?stat=350

17) LUKÁŠ M, BORTLÍK M, MAŘATKA Z.
Stále více otazníků než jasných odpovědí.
What is the origin of ulcerative colitis? Still more questions than answers. *Postgrad Med J*, [online, cit. 2014-03-08]. 2006, 82(972):620-625
Dostupné Z:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2653902/

18) LUKÁŠ, M., Postavení koloskopie u idiopatických střevních zánětů. *Endoskopie.* [online, cit. 2013-12-12]. 2010; 19(3 a 4): 105–111
Dostupné z http://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2010/03/05.pdf

19) LUKÁŠ, M., Možnosti medikamentózní léčby u Crohnovy a ulcerózní kolitidy. *Interní medicína pro praxi.* 2011, 13(11): 422-426
Dostupné z: http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/11/02.pdf

20) LUKÁŠ, M., Několik poznámek k léčbě idiopatických střevních zánětů, *Interní medicína pro praxi*. [online, cit. 2013-12-21]. 2012, 14(12), 466-469
Dostupné z: http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/12/05.pdf

21) LUKÁŠ, M., Současnost a budoucnost v léčbě ulcerózní kolitidy. *Gastroen Hepatol.* [online, cit. 2014-01-12]. 2013, 67(3): 212-218,
Dostupné z: http://www.csgh.info/dwnld/gh_2013_3_212_218.pdf

22) MAHADEVAN, U., KANE, S., SANDBORN, W. J., COHEN, R. D., HANSON, K., TERDIMAN, J. P., Intentional infliximab use during

pregnancy for induction or maintenance of remission in Crohn's disease [online, cit 2013-12-15]. Alimentary Pharmacology and Therapeutics. 2005, vol. 21, is. 6, p. 733-738.
Dostupné z: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2036.2005.02405.x

23) MEISNEROVÁ, E., Nutriční podpora u střevních zánětů.
Interní medicína pro praxi. [online, cit 2013-12-20]. 2011, 13(1):35-37
Dostupné z: http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/01/09.pdf

24) Měchurová, A., Vitamíny, minerální látky a stopové prvky v graviditě.
Moderní babictví. [online, cit 2014-03-20], 2009
Dostupné z: http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2009-18/?pdf=93

25) MOTTET, Ch., JUILLERAT, P., GONVERS, J-J., FROEHLICH, F., BURNAND, B., J-P., MICHETTI, P. et FELLEY, Ch. Pregnancy and Crohn's Disease [online, cit. 2013-10-25*]*. *Digestion.* 2005, vol. 71, is. 1, p. 54-61. ISSN 00122823
Dostupné z: http://www.karger.com/Article/FullText/83874

26) PINTÉR, M., KOLESÁROVÁ, M., Genetické aspekty idiopatických střevních zánětů. *Acta medica (Hradec Králové). Supplementum*, 2004, roč. 47, č. 2, s. 83-87. ISSN: 1211-247X.

27) SELINGER, CH., RUPERT, L., LAL,S.
Pregnancy related issues in inflammatory bowel dinase: Evidence base and patients´ perspektive. *World Gastroenterol.* online, [cit. 2013-11-25]. 2012 June 7, 18(21): 2600-2608 ISNN 1007-9327 (print) ISNN 2219-2840 (online)
Dostupné z:
https://www.email.cz/download/i/01xLwPx9sRj1HV5qL53OJwk1nq_Sy8Bun6hu6DKfgDQiZDaJ1wpzopfDNGhIi_UnA/WJG-18-2600.pdf

28) ŠACHLOVÁ, M., Jakou volit stravu u pacientů s Crohnovou chorobou?. *Interní medicína pro praxi*. 2011, roč. 13, č. 10, s 403-405. ISSN 1212-7299

29) TYPLTOVÁ, J. Činnost oboru gastroenterologie v ČR v roce 2013 [online, cit. 2014-03-25], ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 43/2013,

Dostupné z:http: http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-gastroenterologie-cr-roce-2012

SEZNAM ZKRATEK

UC	ulcerózní kolitida
CT	počítačová tomografie
FDA	Úřad pro kontrolu potravin a léčiv
g	gram
IgG	protilátky třídy G
INF	infliximab
kcal	kilokalorie
kg	kilogram
mg	miligram
min	minuta
TNF α	tumor nekrotizující faktor alfa
µg	mikrogram

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Kategorie bezpečnosti léků během těhotenství

Tabulka 2 Nejčastěji užívané léky při léčbě IBD v těhotenství a laktaci

PŘÍLOHY

Tabulka 1 Endoskopické hodnocení ulcerózní kolitidy podle Mařatky

Tabulka 2a Montrealská klasifikace rozsahu ulcerózní kolitidy

Tabulka 2b Montrealská klasifikace aktivity ulcerózní kolitidy

Tabulka 3a Vhodné a nevhodné potraviny v období relapsu

Tabulka 3b Vhodné a nevhodné potraviny v období remise

Tabulka č. 1

Endoskopické hodnocení ulcerózní kolitidy podle Mařatky

Floridní období	
Stadium krvácivé	difuzně krvácivá sliznice, s otokem, spontánním difuzním krvácení
Stadium vředů	jsou zastiženy méně často, drobné bodovité, mohou se spojovat ve větší ploché vředy se žlutobílou spodinou
Stadium ulceropolypózní	u těžce probíhající kolitidy, bizarní tvary polypů

Klidové období	
Stadium granulované sliznice	sliznice je růžová, lehce zarudlá, jemně zrnitá suchá tj. bez výměšku zánětlivého, cevní kresba není patrná
Stadium úpravy	nález může být zcela normální, histologicky je je možno prokázat změny
Stadium polypů	po vyhojení zbývají polypy na zdánlivě neporušené sliznici

(Gabalec, 2009, s. 277).

Tabulka č. 2a

Montrealská klasifikace rozsahu ulcerózní kolitidy

Rozsah	**Anatomická lokalizace**
E1 proktitida	postižení rekta (proximální rozšíření zánětu) je maximálně k rektosigmálnímu spojení)
E2 levostranný tvar UC	postižení rekta a tlustého střeva maximálně k slezinnému ohbí
E3 extenzivné UC	postižení za slezinné ohbí

(Gabalec, 2009, s. 276)

Tabulka č. 2b

Montrealská klasifikace aktivity ulcerózní kolitidy

Tíže	**Definice**
S0 klinická remise	bez příznaků
S1 lehká UC	4 a méně stolic /den (s a nebo bez krve) nepřítomnost celkových příznaků normální zánětlivé markery (FW)
S2 středně těžká UC	více jak 4 stolice s přítomností krve s minimálními známkami celkové toxicity
S3 těžká UC	nejméně 6 stolic denně s krví pulz vyšší než 90 min., tělesná teplota vyšší než 37,5 nebo hemoglobin nižší než 105/g/l

(Gabalec, 2009, s. 276).

Tabulka č. 3a - Vhodné a nevhodné potraviny v období relapsu

	Vhodné	**Nevhodné**
Maso	krůtí, králičí, kuřecí, telecí, libové vepřové	marinovaná masa, uzené, tučné ryby a tučné vepřové
Uzeniny	libová šunka, šunka pro děti, šunková pěna	silně kořeněné a tučné uzeniny
Mléčné výrobky	kysané mléčné výrobky, tvarohové sýry, přírodní sýry, jogurtová mléka s probiotiky	čerstvé mléko, plísňové sýry, syrečky
Pečivo	bílý chléb, bílé pečivo, piškot	čerstvě kynuté, celozrnné
Přílohy	brambory, bramborová kaše, noky, rýže, těstoviny	kynuté knedlíky, fritované přílohy
Nápoje	nesycená voda, slabý ovocný čaj, ředěná ovocná šťáva	alkohol, silná káva a silný čaj, čokoláda
Koření a ochucovadla	zelené bylinky, málo solené potraviny	kořeněné potraviny, pokrmy s glutamátem sodným
Ovoce a zelenina	ředěné džusy, zeleninové pyré, ovocné kaše a rosoly	syrové ovoce a zelenina, semínka, ořechy a slupky

Tabulka č. 3b Vhodné a nevhodné potraviny v klidové fázi

	Vhodné	Nevhodné
Maso	libové, drůbež, ryby bez kůže	tučná, smažená, uzená, nakládaná, škvarky, slanina, pikantní konzervy
Uzeniny	krůtí a králičí rolády, šunka	ostré klobásy
Polévky	zeleninové a netučné vývary, zahuštěné nasucho opraženou moukou	omezit polévky z luštěnin a příliš tučné a kořeněné
Příkrmy	těstoviny, rýže, vše z brambor, knedlíky s kypřícím práškem	omezit smažené a kynuté
Omáčky	rajská, pažitková, svíčková, šťávy zahustit nasucho opraženou moukou	pálivá paprika, pepř a kari koření v omáčce
Zelenina	kořenová, oloupaná rajčata, špenát, mladé kedlubny, dýně	houby, květák, ředkev, brokolice, luštěniny
Ovoce	oloupaná jablka, meruňky, broskve, ovocné pyré, ovocné kaše a pěny	hrušky, syrové ovoce se slupkami a zrníčky, ořechy a semena

(Šachlová, 2011, s. 404)