

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Dietní systém pacientů s ulcerózní colitidou a
Crohnovou chorobou**

bakalářská práce

Autor práce: Hana Barnatová
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Nutriční terapeut

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 6. května 2013

Abstrakt

Ulcerózní kolitida a Crohnova choroba jsou chronické zánětlivé onemocnění postihující trávicí trakt. Tyto onemocnění se nedají vyléčit. Jejich průběh se dá zmírnit nebo snížit na klidovou fázi nemoci.

Crohnova choroba postihuje jakoukoliv část trávicí trubice, nejčastěji přechod mezi tenkým a tlustým střevem. Ulcerózní kolitida napadá tlusté střevo a konečník. Obě nemoci se kromě prvního vzplanutí projevují ve třech situacích. První situace se označuje relaps, kdy se projevy nemoci začínají znovu objevovat. Druhá situace fáze se nazývá remise – projevy nemoci jsou na ústupu, až i zcela ustoupí a třetí možná situace je rekurence - projevy choroby se objevují v místech, která nebyla napadena. Nejčastějšími projevy u Crohnovy choroby jsou bolesti břicha, průjmovité stolice bez příměsí krve, úbytek na váze. Obvykle se začátek choroby podobá zánětu slepého střeva. Proto by se měl dělat rozsáhlejší resekční výkon, aby nedocházelo k zbytečnému operování na zánět slepého střeva. Ulcerózní kolitida se projevuje průjmy s příměsí krve nebo hlenu ve stolici, bolestmi břicha a také dochází k úbytku na váze

U Crohnovy choroby se mohou vyskytnout komplikace jako je stenóza, kdy může dojít k úplnému uzavření střeva. Nebo může docházet k další komplikaci, což je perforace, která je častá a dochází k odstranění postižené části střeva. Další komplikací jsou píštěle nebo abscesy. Řešením této komplikace je kombinovaná terapie s chirurgickou a intenzivní medikamentózní léčbou. U ulcerózní kolitidy je nejobávanější komplikací toxické megalon. Tento stav je nebezpečný z důvodů zaplavování organismu toxickými zplodinami ze střeva. Toxické megalon vyžaduje intenzivní lékařskou péči.

Diagnostika obou onemocnění se provádí buďto fyzikálním vyšetřením, laboratorním vyšetřením, endoskopií nebo radiologickými metodami. Léčba u ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby se dělí na medikamentózní, kdy se nemoc snažíme zmírnit nejprve medikamenty. Pokud pacientů chybějí vitamíny, ionty a nemohou je přijímat doporučuje se léčba výživná. Do této léčby se zahrnuje enterální, parenterální a substituční výživa. A jako poslední možností léčby je chirurgický zákrok. K tomuto

zákroku dochází, pokud nezabírá medikamentózní léčba nebo je zánět hodně rozsáhlý a akutní.

Dieta je důležitá pro udržení nebo zlepšení zdravotního stavu pacienta. Rozdělujeme jí do tří částí, podle toho v jakém stadiu se nemoc vyskytuje. Dieta v klidové fázi by měla být šetrná, měla by obsahovat dostatek vitamínů, které pacientům při vzniku nemoci neubývají. V akutní fázi nemoci se přechází na dietu bezsezbytkovou. V této dietě se vylučují potraviny které obsahují nestravitelnou vlákninu. U vysoce aktivního onemocnění je podávána parenterální nebo enterální výživa, která musí být energeticky bohatá. Omezení vlákniny je také v období průjmů a křečovitých bolestech břicha. Obecná doporučení jsou různá. Dieta by se měla pro každého pacienta dělat individuálně, protože každému pacientovi může způsobovat potíže jiná potravina.

Cílem výzkumu bylo zmapovat zda je dietní stav ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby. Výzkum byl dělán kvantitativní i kvalitativní formou.

Metodou kvantitativního výzkumu byl dotazník Edutool, který obsahoval 5 otázek a byl vyplněn pacienty z klinického centra ISCARE v Praze.

Metodou kvalitativního výzkumu byl strukturovaný rozhovor. Tento rozhovor jsem uskutečnila s 5 pacienty. Tři pacienti byli z lázní Aurora a dva pacienti byli z českobudějovické nemocnice. Rozhovor obsahoval 10 otázek. Pacienti byli tázáni např. v kolik letech se u nich nemoc projevila, jaký měla průběh, jakou část těla jim zánět napadl, zdali pak dodržují dietu a jakým potravinám se vyvarují z důvodů nevolnosti.

V souvislosti se stanoveným cílem, byla stanovena hypotéza – zda většina pacientů – nositelé Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy považují dietu za důležitou součást léčby. Stanovená hypotéza byla potvrzena.

Abstract

Ulcerative colitis and Crohn's disease is a chronic inflammatory disease of the digestive tract. These diseases can not be cured. Their course can alleviate or reduce the quiescent phase of the disease.

Crohn's disease affects any part of the gastrointestinal tract, most commonly the transition between the small and large intestine. Ulcerative colitis attacks the large intestine and rectum. Both diseases are manifested in three phases. The first phase is called a relapse when symptoms of disease are emphasized. The second phase is called remission - symptoms of the disease are considerable, and the third phase is the phase of recurrence - symptoms of the disease appear in places that were not attacked. The most common symptoms of Crohn's disease are abdominal pain, liquid stool without admixture of blood, loss of weight. Usually the beginning of the disease like appendicitis. Therefore, should do more extensive resection. Ulcerative colitis is manifested diarrhea with blood or mucus in the stool, abdominal pain, and also leads to weight loss

In Crohn's disease can occur complications such as stenosis, which can result in the complete closure of the intestine. Or there may be another complication, a perforation, which is common and leads to removal of the affected part of the intestine. Other complications are fistulas or abscesses. The solution to this complication is the combined therapy with surgery and intensive medical treatment. In ulcerative colitis is the most feared complication of toxic Megalolon. This situation is dangerous for reasons of flooding the body with toxic fumes from the gut. Toxic Megalolon requires intensive medical care.

Diagnosis of both disorders is done either by physical examination, laboratory tests, endoscopy or radiological methods. Treatment of ulcerative colitis and Crohn's disease can be divided, when we try to alleviate the disease first tablets. If the patients lacks vitamins, ions and can not receive, recommended treatment nutritious. This treatment involves enteral, parenteral nutrition, and substitution. And as a final treatment option is surgery. This procedure occurs if the medication does not work or is very extensive inflammation and acute.

Diet is important for maintaining or improving the health status of the patient. Divides it into three parts, depending on what stage of the disease occurs. Diet in the resting phase should be saving, it should contain enough vitamins to patients at disease onset neubývají. In the acute phase of the disease is transferred to the low residue diet. In this diet to exclude foods that contain indigestible fiber. The highly active disease is administered parenteral or enteral nutrition, which must be energy-rich. Limitations of fiber is also in the diarrhea and spasmodic abdominal pain. General recommendations are different. Diet should do for each patient individually, as each patient may cause trouble other foodstuff.

The aim of the research was to explore whether dietary ulcerative colitis and Crohn's disease. The research was done by quantitative and qualitative form.

Quantitative research method was a questionnaire with 5 questions and was completed by patients from the clinical center ISCARE in Prague.

Qualitative research method was a structured interview. This interview I conducted with 5 patients. Three patients were from the Aurora spa and two patients were from the Hospital České Budějovice. The interview consisted of 10 questions. Patients were asked as to how many years the disease has shown anything, part of the body inflammation attacked them, then observe whether diet and what foods to avoid for reasons of sickness.

In connection with the target, was established hypothesis - that the majority of patients - carriers of Crohn's disease and ulcerative colitis consider diet as an important part of treatment. Stated hypothesis was confirmed.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Hana Barnatová

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce panu doc. MUDr. Petru Petrovi, Ph.D. za věnovaný čas, obětavou pomoc a podporu při zpracování bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	11
1. Idiopatické střevní záněty.....	12
1.1 Co je Crohnova nemoc.....	12
1.2 Co je ulcerózní kolitida.....	13
2. Výskyt Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy.....	14
2.1 Rizikové skupiny.....	14
2.2 Incidence.....	14
2.3 Prevalence.....	15
3. Projevy nemocí.....	16
3.1 Projevy Crohnovy choroby.....	16
3.2 Projevy ulcerózní kolitidy.....	17
3.3 Mimostřevní projevy obou nemocí.....	18
4. Průběh nemocí.....	19
4.1 Průběh Crohnovy choroby.....	19
4.2 Průběh ulcerózní kolitidy.....	20
5. Komplikace zánětů.....	21
5.1 Střevní komplikace Crohnovy choroby.....	21
5.2 Střevní komplikace ulcerózní kolitidy.....	22
5.3 Mimostřevní komplikace.....	23
5.3.1 Žlučové kameny.....	23
6. Diagnostika Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy.....	24
6.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření.....	24
6.2 Laboratorní vyšetření.....	24

6.3 Endoskopická vyšetření.....	25
6.4 Radiologická vyšetření.....	26
6.5 Diferenciální diagnostika.....	27
7. Léčba Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy.....	28
7.1 Léčba medikamentózní.....	28
7.1.1 Aminosalicáty.....	28
7.1.2 Hormonální léčba.....	29
7.1.3 Imunopresiva.....	30
7.1.4 Biologická léčba.....	30
7.2 Léčba výživou.....	31
7.2.1 Enterální výživa.....	32
7.2.2 Parentenální výživa.....	32
7.2.3. Substituční výživa.....	32
7.2.4 Antibiotika.....	32
7.2.5 Probiotika.....	33
7.3 Chirurgická léčba.....	33
7.3.1 Crohnova choroba.....	33
7.3.2 Ulcerózní kolitida.....	34
8. Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově chorobě.....	35
8.1 Příklady pokrmů, které mohou pacienti využívat.....	37
8.2 Příklad jídelníčku šetřící bezezbytkové diet č.5 na jeden den.....	38
8.3 Příklad jídelníčku na dietu bez laktózy.....	39
PRAKTICKÁ ČÁST	
2. Cíl práce.....	41
3. Hypotéza.....	41
4. Metodika.....	42

4.1 Metodika sběru dat.....	42
4.2 Výzkumný soubor.....	43
5. Výsledky.....	44
5.1 Výsledky kvantitativního výzkumu u ulcerózní kolitidy.....	44
5.2 Výsledky kvantitativního výzkumu u Crohnovy choroby.....	49
5.3 Výsledky kvalitativního výzkumu.....	54
6. Diskuze.....	59
7. Závěr.....	64
Literatura.....	65
Internetové zdroje.....	67
Přílohy.....	70
Obrázky.....	73

Úvod

Téma „Dietní systém s ulcerózní kolitidou a Crohnovou chorobou“ jsem si vybrala ze dvou důvodů. Prvním důvodem je výskyt Crohnovu choroby u mé kamarádky a druhým důvodem je Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida - zajímavé téma pro bakalářskou práci.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na historii obou onemocnění, kde je zahrnuto jak vzniká, jaké jsou rozdíly mezi těmito nemocemi, jaké jsou příčiny a projevy vzniku, léčba těchto onemocnění, komplikace – píštěle a abscesy a samozřejmě jsem se věnovala dietě. Jaký typ diety se na tyto onemocnění vztahuje, jaké potraviny smějí a nesmějí pacienti jíst a jak by mohl vypadat vzorový jídelníček pro nemocné.

V praktické části jsem použila kvantitativní výzkum - dotazníky ke zjištění, zda pacienti dodržují zásady zdravé výživy a v kvalitativní části jsem provedla 5 rozhovorů s pacienty trpící těmito nemocemi. Tyto rozhovory nám nastíní, zda pacienti dodržují diety a jaké potraviny vylučují ze své stravy kvůli problémům, které jim způsobují,

Ulcerózní kolitida je chronický zánět postihující tlusté střevo nebo konečník. Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění postihující jakoukoli část trávicí trubice. Nejčastěji se objevuje ve spojení mezi tenkým a tlustým střevem. Tyto nemoci se projevují řadou symptomů. Tyto onemocnění nejsou zcela vyléčitelné, ale dá se jejich průběh zmírnit nebo snížit na klidovou fázi onemocnění.

Tato bakalářská práce může sloužit jako studijní materiál pro obor nutriční terapeut, případně dalších zdravotnických oborů

1 . Idiopatické střevní záněty

Mezi takzvané IBD-Inflammatory Bowel Diseases patří Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. Označují se jako onemocnění dvacátého století. Slovo idiopatický pochází z řečtiny a označuje tím každou nemoc, která má neznámý původ. Příčina vzniku IBD není přesně známa. Většina odborníků se domnívá, že je to způsobené poruchou mezi imunitním systémem a mikrobiálním obsahem střeva. (1)

1 . 1 Co je Crohnova nemoc

Crohnova nemoc je zánětlivé onemocnění trávicí trubice, postihující jakoukoli její část od úst až po konečník, avšak v oblasti úst a jícnu je nález velmi vzácný a popsán jen u několika málo případů. (5). Jde o zánět segmentální, transmúrní, v typických případech granulomatózní. (11). Nejčastěji však postihuje tenké a tlusté střevo a konečník. „*Crohnova choroba byla nejprve popsána v oblasti napojení tenkého střeva na tlusté (ileocékální oblast), resp. na konci tenkého střeva terminální ileum), podle kterého byly první případy Oppenheimem, Crohnem a Ginzbergem popsány v roce 1932 jako ileitis terminalis-zánět konečné části tenkého střeva. Později se však zjistilo, že asi 20% postihuje pouze tenké střevo, 20% pouze tlusté střevo a dalších 30% tenké i tlusté střevo, ve 30% je postižen samostatně konečník. Typické pro tuto chorobu je, že postihuje vždy pouze určitý úsek tenkého či tlustého střeva, úseky mezi jednotlivými segmenty mohou být zcela zdravé (tím se v typických případech liší od ulcerózní kolitidy).*” [Kohout, Pavlíčková, 2006,s. 24]

I když je Crohnova nemoc datována roku 1932, tak již zpráva v lékařských listech W. H. Fabryho (1612) a G. B. Morgagniho (1769) poukazuje na nemoc velmi podobnou Crohnově chorobě. Můžeme to najít i v Thomayerově spisu z roku 1893. (19)

„*V Římě roku 1998 byla stanovena kritéria, podle kterých se Crohnova choroba dělí podle věku pacienta, kdy se poprvé objevila (před a po 40. roce věku), podle lokalizace*

(tenké, tlusté střevo, konečník) a podle tíže onemocnění. Podle toho se volí způsob léčby u jednotlivých typů Crohnovy choroby“ [Kohout, Pavlíčková, 2006, s. 25]

1. 2 Co je to ulcerózní kolitida

Poprvé byla psána roku 1909. (repetitorium). Ulcerózní kolitida je chronické gastrointestinální onemocnění, postihující konečník a tlusté střevo, šíří se ve sliznici a podslizniční části, pouze ve výjimečných případech proniká do hlubších vrstev. **(1, 4, 15, 16, 26)**

2. Výskyt Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy

Nejvyšší výskyt onemocnění je na severu (Skandinávie, Velká Británie), než na jihu a spíše u venkovského obyvatelstva než městského. V České republice se postižení touto chorobou odhaduje zhruba 20 lidí na každých 100 000 obyvatel. (2)

2.1 Rizikové skupiny

K rizikovým skupinám patří příbuzní pacienti s Crohnovou chorobou či ulcerózní kolitidou, obyvatelé měst a kuřáci. (5)

Další vztah k těmto zánětům mohou mít infekce, pobyt v klimatizovaných místnostech, dlouhá a nepravidelná pracovní doba, stres, hygienické návyky, alergie, ale vliv těchto faktorů na Crohnovu chorobu nebyl jednoznačně prokázán (2). Crohnova choroba se může projevit v jakémkoliv věku. Postihuje stejně často obě pohlaví. Crohnova choroba se nejčastěji projevuje mezi 20. a 35. rokem věku. V poslední době se začíná nemoc projevovat častěji i u dětských pacientů. (5)

Ulcerózní kolitida se objevuje mezi 30 až 40 rokem a postihuje 1,5 krát více ženy. (5)

2.2 Incidence

U Crohnovy choroby je incidence 1-3 noví pacienti na 100 000 obyvatel za rok. U ulcerózní kolitidy je to 3 – 10 nových pacientů na 100 000 obyvatel (5)

2.3 Prevalence

U Crohnovy choroby je to 30 – 50 pacientů na 100 000 obyvatel a u ulcerózní kolitidy 20 – 30 pacientů na 100 000 obyvatel.(5)

3. Projevy nemocí

Projevy obou nemocí se vyskytují ve třech situacích

1. situace se nazývá relaps – projevy nemocí se začínají znovu objevovat
2. situace se označuje remise – projevy nemocí jsou na ústupu, až zcela ustoupí
3. situace se nazývá rekurence – projevy choroby se opakují v místech, která nebyla napadena

3.1 Projevy Crohnovy choroby

Mezi projevy Crohnovy choroby patří bolest břicha nejčastěji v oblasti podbřiška, průjmovitá stolice bez příměsi krve, teplota a úbytek na váze. Začátek choroby může vypadat podobně jako zánět slepého střeva a pacienti jsou proto urgentně operováni. Aby nedocházelo k tomuto operování na zánět slepého střeva zbytečně, měl by být proveden rozsáhlejší resekční výkon, ke zjištění Crohnovy choroby. **(5, 21, 30, 31)**. Jak uvádí Červenková (2009) projevy se liší podle toho, kde a jakou část střeva zánět postihl.

Nejtypičtějším umístěním je spojení tenkého a tlustého střeva vyskytující se až u 40% pacientů. Projevuje se třemi příznaky: bolestmi břicha, průjmy a hubnutím. Bolesti jsou křečovité a nastávají hlavně po jídle, a o do 30 až 60 minut. Pokud je bolest v pravém podbřišku stála, může znamenat už existující komplikaci. Průjmy úzce souvisejí s jídlem, předcházejí jim nebo je provázejí bolesti břicha. Hubnutí je příčinou nedostatku příjmu potravy a zánětlivým vlivem choroby. **(1, 10, 17)**

Jako další místo zánět postihuje tlusté střevo. Projevuje se bolestmi břicha, průjmy - někdy krvavými, hnisavými projevy kolem konečníku a můžeme se často setkat i s mimostřevními záněty, o kterých se zmíním později.

Další místo napadené zánětem je tenké střevo. Mezi potíže se zahrnuje bolest břicha, hubnutí, chudokrevnost. Průjmy a mimostřevní projevy se neprokazují, ale naopak hrozí opakovaná neprůchodnost střeva.

A v neposlední řadě zánět napadá i konečník. Projevy jsou hnisavé, dochází k opakovatelným abscesům. Vznikají píštěle, vředy v řitním kanále a infiltrované anální papily, které vytvářejí bolestivé výrůstky v konečníku. **(1)**. O píštělích a abscesech se zmíníme detailněji v části komplikace Crohnovy choroby.

3.2 Projevy ulcerózní kolitidy

Nejčastějšími symptomy jsou průjem, příměs hlenu ve stolici, krev ve stolici, bolest břicha, úbytek na váze a také vysoké teploty.

Rozlišují se tři tvary ulcerózní kolitidy. Jsou to proktitida, ohraničený tvar, rozsáhlý tvar.

Proktitida postihuje konečnou část tlustého střeva – konečník v délce 10 až 15 cm od análního okraje. U této formy je typické bolestivé nutkání na stolici, kdy vychází hlen nebo krev. Stolica je bez průjmu, dochází k zácpám.

Ohraničený tvar zasahuje konečník a různou část tlustého střeva. Nejčastěji bývají průjmové stolice, krvácení z konečníku a může se objevit i bolest v levém podbříšku. V pokročilém stádiu se objevují vysoké teploty, křečovitě bolesti břicha, hubnutí.

Rozsáhlý tvar postihuje je postiženo tlusté střevo, konečník, ale navíc také příčný tračník. Vyskytují se stolice s příměsí krve nebo hlenu, a navíc může docházet ke vzniku toxického megafonu o kterém se zmíním v další kapitole a nebo dokonce k proděravění střeva. **(1, 23)**

3.3 Mimostřevní projevy obou onemocnění

Mimostřevní projevy se vyskytují na kůži, očích, pohybovém aparátu a také na orgánech jako jsou játra **(1)**.

Na kůži pacienta vzniká nodózní erytém – bolestivé zduřeniny podkoží a kůže, umístěné obvykle na bérkách. **(1)**

U očí se objevují záněty duhovky, zánět spojivek a dochází i k zánětlivému onemocnění očního bělma. Pohybový aparát může být napaden nejčastěji ve formě artrózy, osteoporózy, artritidy a dalších. **(6)**

4. Průběh nemoci

4.1 Crohnovy choroby

Crohnova choroba může postihnout jakoukoliv část trávicí trubice. Od úst až po konečník. Nejčastěji se nachází v oblasti tenkého střeva. Na začátku se nemoc podobá appendicitide – zánětu slepého střeva. Typickými projevy jsou bolesti břicha, nejčastěji v pravém podbříšku, průjmovité stolice většinou bez příměsí krve a váhový úbytek.

V oblasti rekta či levého tračníku se objevuje průjem s příměsí krve, u pravého tračníku bude dominovat spíše bolest, váhový úbytek, zvýšená teplota. **(3, 5, 30, 32)**. Crohnova choroba prochází třemi fázemi: relaps = náraz, remise, rekurence = recidiva. Tyto fáze se mění v průběhu života. Na počátku jsou vidět pouze zánětlivé změny na střevní sliznici. V dalších letech se objevují změny které vedou ke vzniků zúženin nebo píštělí. **(1)** „*Píštěl je abnormální spojení mezi dvěma dutými orgány nebo mezi střevem a povrchem těla, jež vzniká z hlubokého vředu.*” [Červenková, 2009, s. 17].

Ze třech typů chování nemoci (zánětlivých, stenózujících, píštělových) je pro konzervativní léčbu nejlepší zánětlivý typ. Stenózující a píštělový typ je hlavní důvod k chirurgické intervenci a poté se musejí léčit medikamenty. Operaci se nevyhne asi 80 % pacientů a opakované operaci dochází u 20 % pacientů **(1)**.

„*Ke zjištění aktivity nemoci se užívá index aktivity. Jedná se o Bestův index neboli index aktivity Crohnovy choroby – CDAI (Crohns Disease Activity Index). Při jeho výpočtu se využívají subjektivní údaje pacienta, vyšetření pacienta lékařem i vyšetření krve pacienta. K hodnocení slouží počet průjmovitých stolic v průběhu jednoho týdne, počet epizod bolesti břicha za stejný časový úsek, pocit tělesné pohody. Další body přibývají při přítomnosti mimostřevních příznaků, při přítomnosti hmatného útvaru v břišní dutině, s určitou hodnotou červeného krevního barviva (hemoglobinu) a s poměrem skutečné tělesné hmotnosti pacienta k hmotnosti ideální. Jednotlivé údaje se násobí různými koeficienty, za normu je považována hodnota CDAI do 150, vyšší*

hodnoty znamenají akutní vzplanutí onemocnění.“[<http://www.crohn.ic.cz/?site=cojeto>]

(18)

Crohnova choroba je nevléčitelná, u většiny pacientů, dokáží lékaři léčbou dosáhnou klidové fáze, takže mohou žít stejně kvalitní život jako zdraví jedinci. Pouze 5 % nemocných nemůže trvale pracovat. **(1)**

4.2 Průběh ulcerózní kolitidy

Ulcerózní kolitida postihuje tlusté střevo a konečník. První tři roky od stanovení diagnózy jsou pro vývoj nemoci zásadní. Pokud se relapsy od začátku léčby a během léčby stále vracejí a objevují budou se objevovat i nadále.

Aktivitu ulcerózní kolitidy hodnotíme podle SAI neboli Rachmilewitzův indexu, který hodnotí počet stolic, bolest břicha a teplotu.

Za lehké onemocnění se považuje ulcerózní kolitida, pokud má pacient stolice méně než 4x denně, s malým množstvím krve, nepřítomnost teploty, netrpí chudokrevností a má mírně zvýšenou sedimentaci.

Středně těžké onemocnění se projevuje zvýšenou teplotou a počet stolic je 4 – 5 denně s příměsí krve.

Těžké onemocnění je více jak 6 stolic za den s masivní příměsí krve, zvýšená teplota, zrychlená srdeční činnost, částečná chudokrevnost a hodnota hemoglobinu je nízká. **(5, 23)**

5. Komplikace zánětů

Komplikace střevních zánětů se dělí na:

střevní

mimostřevní

5.1 Střevní komplikace Crohnovy choroby

Do střevních komplikací patří ty komplikace, které se týkají pouze trávicí trubice od dutiny ústní až po konečník.

Jako první komplikaci zmíníme tzv. stenózu neboli zúžení průsvitu střeva. Při stenóze dochází ke zhoršené průchodnosti tráveniny, s možností úplného uzavření střeva. Stenóza se objevuje u 30 % až 40 % lidí s Crohnovou chorobou. Projevuje se křečovitými bolestmi břicha, zvracením, nápadnými střevními zvuky. Velmi často bývá postiženo tenké střevo. Řešením této komplikace je balónová dilatace (roztážení) střeva při endoskopickém vyšetření, či strikturoplastika nebo resekce postiženého úseku. **(1, 5, 29)**

Kromě stenózy může dojít také k proděravění střeva tzv. perforaci. Je to relativně častá komplikace u Crohnovy choroby, rozvíjí se postupně v průběhu silného zánětu. *„Hluboký vředovitý defekt pronikne celou stěnou střeva. Kolem něj se vytvoří vazivové blány ohraničující šířící se zánět. Konečným výsledkem je vznik píštěle a abscesu, uloženého mimo střevní stěnu.“* [Červenková, 2009, s. 25-26] Řešením této komplikace je chirurgická resekce postižené části střeva.

Další komplikací jsou již zmiňované píštěle – *„novotvořené spojky mezi jednotlivými kličkami střevními (enteroenterální či enterokolická píštěl), či mezi střevem a jinými orgány (např. pochva (enterovaginální píštěl) nebo močový měchýř (enterovesikální píštěl), případně mezi střevem a povrchem těla. Časté jsou píštěla okolo konečníku a řitního otvoru – periproktální.“* [Kohout, Pavlíčková, 2006, s. 33]

Abscesy jsou další známou vyskytující se komplikací. Jsou to dutiny vyplněné hnisem, vytvářející se v břišní dutině, mezi střevními kličkami, v oblasti hýžd'ových svalů nebo v okolí konečníku. **(5, 22)**

Řešením abscesů a píštělí je kombinovaná terapie s chirurgickou a intenzivní medikamentózní léčbou. Do medikamentózní léčby zahrnujeme podávání antibiotik, imunostresiv a biologickou léčbu. **(1)**

5. 2 střevní komplikace ulcerózní kolitidy

U ulcerózní kolitidy je nejobávanější komplikací toxický megalon. Jde o stav kdy dochází k ochrnutí hladkého svalstva stěny střevní, a k rozšíření střevního průsvitu, ve kterém se hromadí střevní obsah. Tento stav je nebezpečný tím, že organismus je zaplavován jedovatými zplodinami (toxiny) ze střeva, díky přerůstajícím bakteriím. Hrozí proděravění střeva s následným zánětem pobřišnice. K tomuto ochrnutí dochází např. při podání proti průjmových léků nebo na podkladě septického stavu. Vzniká u těžkých tvarů ulcerózní kolitidy. Toxický megalon vyžaduje intenzivní lékařskou péči, většinou s nutností chirurgického zákroku, při kterém dochází k odstranění tlustého střeva. **(5, 11)**

Další komplikací u ulcerózní kolitidy je těžké krvácení, objevuje se vzácně. Rakovina tlustého střeva nastává při delším průběhu ulcerózní kolitidy s postižením celého střeva (pankolitida). Pacienti musejí být pravidelně vyšetřováni koloskopicky. **(5)**

5. 3 Mimostřevní komplikace

Příčina vzniku mimostřevních projevů není doposud známa. Rozlišují se na takové, které jsou závislé na zánětlivé aktivitě nemoci a na projevy, které s aktivitou nemoci nesouvisejí. Tyto projevy se vyskytují častěji u tlustého střeva než tenkého. (5)

Mimostřevní projevy Crohnovy choroby mohou napadat klouby, kůži, sliznice, oči, cévní systém, játra a žlučový systém, ledviny a srdce. (5)

Klouby (artritida) a obzvláště kloub kolenní a hlezenní odnášejí střevní záněty nejčastěji. (1). Může být postižena i páteř (spondylartritida). „*Enteropatická artritida - akutní zánět nitrokloubní blány - vede ke vzniku výpotku v kloubu. Celý kloub je pak zarudlý a velmi bolestivý. Po odeznění akutního stavu se však zhojí zcela bez následků.*“ [Červenková, 2009, s. 27]

Oči jsou více napadeny u Crohnovy choroby než u ulcerózní kolitidy. Vyskytují se záněty spojivky, rohovky, bělma ale i sítnice. Mezi závažnější záněty patří zánět duhovky či řasnatého tělíska. Tyto záněty jsou bolestivé, nezůstávají však žádné následky. (1, 5)

Na kůži a podkoží se mohou vyskytovat červené bolestivé skvrny nebo bolestivé zduřeniny. Děje se to v závislosti na aktivním onemocněním (erythema nodosum)-nedózní erytém. Na sliznici dutiny ústní se vyskytují alfy. (1, 5, 9, 20, 31)

5. 3. 1 Žlučové kameny

Objevují se také žlučnickové kameny (cholelithiasa) na přechodu tenkého a tlustého střeva .Dochází k porušení vstřebávání žlučových kyselin, které se ve zvýšené míře dostávají do tlustého střeva, kde usnadňují vstřebávání žlučového barviva bilirubinu, které posléze zakládá na vznik pigmentovaných žlučových kamenů. Podobně se vysukují ledvinové kameny u pacientů s postižením poslední části tenkého střeva (terminální ileum). (1, 5)

6.Diagnostika Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy

Diagnostiku můžeme rozdělit na:

- anamnézu a fyzikální vyšetření
- laboratorní vyšetření
- endoskopii
- radiologické metody
- diferenciální diagnostika

6.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření

Jakékoliv vyšetření by mělo začínat důkladným prohlédnutím pacienta a fyzikálním vyšetřením lékařem. Lékař by měl vyšetřovat pomocí smyslů, což znamená – pomocí pohledu, poslechu, pohmatu a poklepu, nemělo by chybět i vyšetření konečníku. Těžká podvýživa s otoky, infiltráty či bolestivý pohmat nebo poklep břicha, pozitivní nález v konečníku, píštěle v okolí konečníku, může mít za následek idiopatický zánět. Na rtech, jazyku, nebo bukání sliznici můžeme nalézt afty, figury nebo hluboké ulcerace. **(3, 5, 14)**

6.2 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření se provádí jako první vyšetření .Důležité pro laboratorní vyšetření jsou vzorky moči a stolice, rozbor krve, krevní obraz.

U rozboru krve dochází u pacientů s CN k nálezům již zmiňované anemie (chudokrevnosti), dochází ke snížení hladiny železa v séru. Také se prokazuje sedimentace červených krvinek, zvýšení hladiny bílých krvinek a krevních destiček, typické pro aktivní zánět.

U pacientů s ulcerózní kolitidou se v krvi kromě zmiňovaných nálezů, jež jsou stejné jako u CN navíc objevuje porucha vodního a minerálového hospodářství. U ulcerózní kolitidy je tato porucha doprovázená těžkými průjmy. **(1, 5)**

V krvi se nachází imunoglobuliny. Jsou to speciální látky namířené proti běžným a prospěšným kvasinkám pekařských (pivních) kvasnic. Tyto proti látky se objevují u 60 % pacientů s CN. Nikdo neví přesně proč, ale objevují se zejména těm, jimž zánět zachvátil tenké střevo v oblasti terminálního ilea – té části co ústí do tlustého střeva. U zdravých lidí je výskyt těchto protilátek jen 2 %.

U 60 – 70 % nemocných s ulcerózní kolitidou se vyskytuje přítomnost protilátek – zvláštní imunoglobuliny namířené proti bílým krvinkám.

Dále o vzniku zánětu svědčí vyšší hodnota bílýchrvinek, vyšší počet krevních destiček, zvýšená koncentrace C-reaktivního proteinu. Dochází také k ubývání červenýchrvinek. **(1, 5, 14)**

Podle [Červenkové, 2009, s. 32],*„Vyšetření stolice je stále častější. Známkou na střevní sliznici je vyšší koncentrace kalprotektinu – bílkovina, která se uvolňuje z bílýchrvinek rozpadající se ve střevě.“*

6.3 Endoskopická vyšetření

K určení rozsahu zánětlivé střevní choroby je důležité určit přesné místo zánětu. Pro tyto účely slouží endoskopie. Endoskopie se provádí shora aby se prohlédl jícen, žaludek a dvanáctník, a nebo zdola, kdy se prohlédne tlusté střevo a poslední oddíl tenkého střeva.

K endoskopii se používá dlouhý, ohebný trubicovitý endoskop o průměru 9 až 12 mm. Vyšetření umožňuje optickou prohlídku sliznic trávicího ústrojí. Díky tomu můžeme určit, zda je sliznice zdravá nebo dochází ke vzniku zánětu. Toto vyšetření také určí povahu a závažnost zánětu a je také možné odebrat vzorky tkáně z onemocnělé oblasti a vyšetřit je pod mikroskopem což je tzv. histologické vyšetření. **(14)**

Vyšetření celého tlustého střeva ohebným přístrojem se provádí při podezření na CN i ulcerózní kolitidu. Toto vyšetření nazýváme koloskopii. Koloskopie u UC slouží ke zjištění jak rozsáhlé je onemocnění, a proto je nutné alespoň jednou provést kompletní vyšetření tlustého střeva. U CN se koloskopie provádí ke zjištění zda je postižen konečník či tlusté střevo.

Před koloskopií 2 -3 dny dodržujeme bezzbytkovou dietu. Odpoledne před vyšetřením proplachujeme střevo pomocí roztoku kontaktních solí, které podáváme ústy. Mezi tyto soli patří (hořečnaté soli, fosfátové soli).

U pacientů s CN se dále provádí gastroskopie, která nám vyšetřuje jícen, žaludek, dvanáctník.

Jako další vyšetření můžeme zmínit enteroskopii. Tímto vyšetřením se prohlédne celé tenké střevo. Mezi její formy řadíme dvoubalónovou enteroskopii.

ERCP – endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie se využívá při podezření na mimostřevní komplikace s postižením žlučovodů nebo slinivky břišní. Kapslová endoskopie je vyšetření trávicí trubice pomocí mikrokamery, která po polknutí prochází trávicím ústrojím a nafotí dva snímky za 6 - 8 hodin. Obraz přenáší snímací zařízení, které má pacient umístěné na břiše. Toto vyšetření se využívá až po vyčerpání všech předešlých vyšetření. **(1, 3, 5)**

6.4 Radiologické vyšetření

Do tohoto vyšetření řadíme: ultrazvuková, rentgenová a ostatní

Ultrazvukové vyšetření

Vyšetření břicha se provádí ultrazvukem. Díky tomuto vyšetření můžeme odhalit hmatatelné zduření v břiše. Je možné posoudit i tloušťku stěn jednotlivých úseků střev a jejich prokrvení pomocí Dopplerovy sondy.

Rentgenové vyšetření

Rentgenové vyšetření břicha se provádí buďto bez kontrastní látky nebo s kontrastní látkou. Vyšetření bez kontrastní látky se provádí při podezření na

komplikaci ulcerózní kolitidy. Ovšem častěji se používá vyšetření s kontrastní látkou. Toto vyšetření slouží k zobrazení jednotlivých úseků střeva. Patří sem elektrolýza, kdy je pacientům zavedena tenká cévka obsahující řídký roztok baria a methylcelulózy ústy do žaludku a potom dále do dvanáctníku. Trvá to kolem 60 – 90 minut. Elektrolýza se provádí u pacientů s CN u nichž je postiženo tenké střevo. Dalším vyšetřením je počítačová tomografie tzv. CT. CT je absolutně bezbolestné a získáváme prostorový obraz dutiny břišní. Díky tomuto obrazu si pořádně prohlédneme jak sliznici, tak zároveň i celou stěnu střevní. Toto vyšetření už dnes představuje tzv. „zlatý standard“ diagnostiky Crohnovy choroby. Vyšetření magnetickou rezonancí je přínosem pro pacienty, jimž zánět napadl konečník nebo řitní kanál a způsobil jim hnisavé komplikace, jako jsou abscesy nebo píštěle. Přednosti toho vyšetření jsou, bezbolestnost a na rozdíl od rentgenového vyšetření mohou tuto metodu využívat také těhotné ženy. Nevýhodou vyšetření jsou pacienti, kteří mají v těle cizorodý kovový materiál například endoprotézu, ti magnetickou rezonanci podstoupit nesmějí.

Určit rozsah onemocnění a pro pacienta nejvhodnější léčbu můžeme díky zhodnocení tělesného stavu, anamnézy pacienta a díky těmto vyšetřením. **(1, 5)**

6.5 Diferenciální diagnostika

„Diferenciální diagnostikou se rozumí odlišení idiopatických střevních zánětů od jiných chorob. Crohnovu chorobu je nutno odlišit především od průjmů z různé příčiny (například celiakie, průjmy infekčního původu) a teploty z různých příčin. Při déle trvajícím zánětu musíme odlišit podvýživu (malnutrici). Crohnovu chorobu je nutné také rozlišit od chudokrevnosti z jiných příčin. Při postižení tlustého střeva je nutné odlišit Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu. Od ulcerózní kolitidy je nutné odlišit infekční postižení tlustého střeva, nebo zánět tlustého střeva po ozaření. K rozlišení je nutné provést kolposkopické vyšetření s odběrem vzorku tkáně (biopsie).“ [Kohout, Pavlíčková, 2006, s. 31]

7. Léčba Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy

Jak Crohnova choroba tak i ulcerózní kolitida patří mezi chronická onemocnění, to znamená, že pacienta budou provázet celý život. U každého pacienta se vývoj tohoto onemocnění liší. Ještě než se budeme věnovat samotné léčbě, je důležitým opatření u Crohnovy choroby přestat kouřit. Ve srovnání s kuřáky pacienti, kteří přestali kouřit, měli o 60 % nižší počet akutních atak v průběhu sledovaného dvouletého období. (1, 5, 14)

Léčbu dle Červenkové a Kohouta se rozděluje:

- Léčbu medikamentózní
- Léčbu výživnou
- Léčbu chirurgickou

7.1.Léčba medikamentózní

Do medikamentózní léčby zahrnujeme léčení pomocí léků. Snažíme se akutní zánět léky zmírnit na poklidné období – remise. Až když je pacient v době klidu, přijde na řadu léčba udržovací. Její snahou je udržet příznaky co nejdéle na uzdě. Lékaři se o to pokoušejí pomocí aminosalicátů a imunosupresiv. (1, 24)

7.1.1. Aminosalicáty

Název aminosalicáty je odvozen od kyseliny 5 – aminosalicylové, která je obsažená v lécích. Do této kategorie patří sulfasalazin, což je látka osvědčená k léčbě zánětu tlustého střeva. Sulfasalazin objevila roku 1942 švédská lékařka Nanna Svartzová a byl používán jako standardní lék u ulcerózní kolitidy. Sulfasalazin má ovšem vedlejší účinky, jako jsou bolest hlavy, pocit na zvracení, bolest v nadbříšku. U jiných pacientů mění krevní obraz, zvyšuje hodnotu jaterních testů. Díky těmto nevýhodám se v dnešní

době už tolik nepoužívá, ale používá se a je účinný u pacientů s kloubními mimostřevními projevy idiopatických střevních zánětů. Zde ho upřednostňujeme před mesalazinem. Dávkování sulfasalazinem je 1-4 g/ den.

Sulfasalazin je prekurzor (předchůdce) vlastní účinné látky, 5 – aminosalicylové kyseliny, která z něho vzniká teprve v tlustém střevě. Později byly vyvinuty nové léky obsahující 5 – aminosalicylovou kyselinu, Mají méně nežádoucích účinků jako měl sulfasalazin. Jsou to Mesalazin, Olsalazin, Balsalazide- které působí na určité oddíly trávicí trubice, každý na jinou část..

Mesalazin je nejvíce požívaným lékem ze skupiny aminosalicylátů. Má protizánětlivé systémové a lokální účinky.

Mezi další účinné přípravky na léčbu ulcerózní kolitidy, která postihla rektum nebo úsek tlustého střeva, se osvědčily například čípky, klyzmata a pěnové přípravky, které obsahují již zmiňovanou 5 – aminosalicylovou kyselinu. **(1, 3, 5)**

7.1.2. Hormonální léčba

Kortikosteroidy jsou hormony kůry nadledvin. Kortikosteroidy se vyrábějí synteticky, působí protizánětlivě a jsou velmi účinné. Léčí se s nimi už od 50 let. Používají se při léčbě středně a vysoce aktivní fáze obou onemocnění. Mají taky velmi velké množství nežádoucích účinků. Jednou z nevýhod je, že pacienti na kortikoidech bývají závislí. Asi u 40 % pacientů je nemohou lékaři vysadit, protože projevy nemoci by se během pár týdnů vrátily. Může dojít k porušení metabolismu kostní tkáně – vede ke ztrátám minerálů z kostí a ke vzniku osteoporózy. Dochází ke vzniku cukrovky, zvyšuje hladinu krevních tuků i odbourávání bílkovin, zvyšování krevního tlaku, vylučování žaludeční kyseliny. U těchto případů musejí lékaři najít způsob jak snížit dávku kortikoidů a udržet chorobu v klidové fázi. Celková doba léčení by neměla přesáhnout tři měsíce. **(1, 5)**

Topické steroidy se objevili začátkem roku 90. let minulého století. U pacientů s Crohnovo chorobou a ulcerózní kolitidou nejlépe uspěl budesonid. Ti co mají mírnou nebo středně aktivní Crohnovu chorobu pomáhá výrazně. Ve střevech působí

protizánětlivě. Jedinou nevýhodou může být větší křehkost kožních kapilár a snadnější vznik modřin. Pacientům s ulcerózní kolitidou ho podávají lokálně ve formě rektálních nálevů. Dávka budesonidu je 9 mg denně.

7.1.3 Imunosupresiva

Tyto látky blokují činnost imunitního systému, systému zodpovědného za obranu proti cizorodým látkám. Už dvacet let pomáhají pacientů, kteří byli závislí na kortikoidech. Mezi imunosupresiva patří azathioprin, 6 – merkaptopurin, cyklosporin A, metotrexát.

Azathiopron a 6-merkaptopurin začínají účinkovat po 3 až 6 měsících. Používají se k udržení klidové fáze nemoci. U těchto léků se může projevit nesnášenlivost, alergická reakce, porušení krvetvorby – lékaři musejí nemocným stále kontrolovat krevní obraz.

Cyklosporin A se používá a u pacientů s ulcerózní kolitidou, kteří mají vysokou aktivitu nemoci. Význam toho léku však klesá.

Metotrexát se používá u pacientů s Crohnovo chorobou. Pacient ze začátku dostává injekčně 20 až 25 mg jednou týdně, později užívá tablety. **(1, 3, 5)**

7.1.4. Biologická léčba

Biologická léčba se používá pokud selhala léčba kortikosteroidy a imunosupresivy. Podávají se přírodní produkty.

Máme šest cílů biologické léčby [Červenková, 2009]:

- odstranit závažné zdravotní potíže provázející agresivní zánět
- omezit nutnost hospitalizace
- snížit rizika chirurgické léčby
- uzavřít píštěle nebo alespoň snížit sekreci z nich
- zhojit vředy a tím zabránit trvalým změnám na trávicí trubici
- zlepšit kvalitu život

Mezi účinné látky patří infliximab, který je monoklonální a obsahuje 75 % lidské složky, 25 % bílkoviny imuglobulinu tvoří myší sekvence. Tato látka se začala používat k pomoci nemocným roku 1999 na Crohnovu chorobu a později roku 2006 pomáhá i pacientů s ulcerózní kolitidou. V roce 2007 se infliximabem léčí i děti napadené střevními záněty. Jako další účinná látka je adalimumab. Pomáhá v léčbě Crohnovy choroby od roku 2007. Adalimumab se od infliximabu liší tím, že je kompletně lidská. Podává se injekčně jednou za dva týdny.

Biologická léčba není v hodná :

- při přecitlivosti na přípravek nebo některou jeho složku
- při závažné infekci
- při závažnějším srdečním selhání
- při aktivní tuberkulóze

Nežádoucí účinky biologické léčby jsou nejčastěji alergie, bolest hlavy, závrať nebo návaly. U některých pacientů to můžou být i infekce. Největší hrozbou je skrytá tuberkulózní infekce, aby se této infekci předcházelo musí pacienti před biologickou léčbou projít základními testy (rentgenogram hrudníku a tuberkulinový kožní test), které se v průběhu dlouhodobé léčby opakují.

Biologická léčba je sice nejúčinnější, ale taky velice nákladná. Proto jí poskytují jen vybraná pracoviště. Po celé republice je 23 center např. IKEM, ISCARE I.V.F, Fakultní Tomayerova nemocnice, Fakultní nemocnice Motol, Fakultní nemocnice Plzeň, Nemocnice České Budějovice. **(1, 5)**

7.2 Léčba výživou

U této léčby je cílem dodat pacientům chybějící vitamíny a ionty a upravit výživu podle toho, co potřebují. Do této léčby patří enterální výživa, parentenální výživa, substituční léčba, antibiotika a probiotika.

7.2.1. Enterální výživa

Tato výživa musí být vyvážená a to i z hlediska energetického příjmu. Obsahuje vitamíny, ionty a stopové prvky, oligopeptidy, aminokyseliny, cukry, a snadno vstřebatelné tuky. Enterální výživa se podává sondou do žaludku nebo tenkého střeva. Podává se např. pitím. Je předepsána pacientům, kteří trpí vleklým a zánětlivým procesem. **(1, 5)**

7.2.2. Parenterální výživa

Parenterální neboli umělá výživa se do těla pacienta dostává formou infuzních roztoků přímo do krve. Tato výživa se podává pacientům, pokud jejich tělo nedokáže zpracovat enterální výživu. **(1, 5)**

7.2.3 Substituční léčba

Substituční léčba se provádí u pacientů, kteří jsou léčeny kortikoidy. Obsahuje kalcium, kalium, magnezium ve formě tablet. U pacientů kteří za sebou mají resekci terminálního ilea, musejí ještě nahrazovat vitamin B12. **(1)**

7.2.4 Antibiotika

Antibiotika se užívají 6 až 12 týdnů. Uplatňují se u obou nemocí ale u Crohnovy choroby více. Velice často se používají při léčbě píštělí.

U ulcerózní kolitidy se používají chinolony (ciprofloxacin) a niroimidazoly (metronidazol). **(1)**

7.2.5 Probiotika

Probiotika jsou mikroorganismy které obsahují živou flóru a mají pozitivní účinek na zdravotní stav pacienta. Podávají se ve formě tablet a jejich funkcí je zrychlit ústup a oddálit návrat aktivního zánětu.

Probiotika jsou buďto jako léčiva a nebo probiotika jako dietní doplněk. Probiotika jako léčiva zaručují čistotu a homogenitu bakteriálních kultur a nazývají se *Escherichia coli* kmen *Nissle 1917*, *Lactobacillus acidophilus* a *Saccharomyces boulardii*. Významnou roli hrají u ulcerózní kolitidy v prevenci proti vzniku pouchitidy. „*Je to komplikace jimž se po vytvoření ileo-pouch-anální anastomózy objeví zánět sliznice v nově vytvořeném vaku*“ [Červenková, 2009, s. 52]. Při podání probiotik se vznik této komplikace významně snižuje. (1, 7)

7.3. Chirurgická léčba

K chirurgické léčbě dochází pokud selže medikamentózní léčba nebo v případě akutních či dlouhotrvajících komplikací. „*Rozlišujeme operační výkon emergentní (urgentní), o znamená výkon, který je prováděn v případě nebezpečí smrti či těžkých komplikací a efektivní (plánovaný), to znamená výkon po dostatečné předchozí přípravě*“ [Kohout, Pavlíčková, 2004, s. 40].

7.3.1. Crohnova nemoc

U Crohnovy choroby se provádí urgentní chirurgický zákrok pokud je rozsáhlé krvácení ze střeva, akutní střevní zánět, těžký akutní zánět s otravou krve, zánět pobřišnice. K plánovanému chirurgickému zákroku dochází při selhání konzervativní léčby, výrazného zúžení střeva, píštěle mezi střevními kličkami. Chirurgický výkon by měl být co nejšetnější. Operaci zažije většina nemocných alespoň jednou, ale asi u

80 % nemocných se nemoc vrátí. U Crohnovy choroby se provádí chirurgické zákroky jako jsou ileocekální resekce, strikturoplastika..

Ileocekální resekce se odstraní tenké nebo tlusté střevo zasažené zánětem a spojí se znovu tenké a tlusté střevo.

Strikturoplastika je zásah při kterém se střevo neodebírání, ale jenom se provede plastická úprava zúžení. **(1)**

7.3.2 Ulcerózní kolitida

U ulcerózní kolitidy k chirurgickému urgentnímu zákroku dochází, pokud má pacient proděravění střeva, krvácení z tlustého střeva, zaplavení toxickými zplodinami – otrava krve, toxický megalon. K efektivnímu zákroku dochází při komplikacích konzervativní léčby, těžkého zúžení střeva, rakovině nebo mimostřevních komplikací.

Při operaci dochází k úplnému odstranění tlustého střeva, i kdyby byla postižena jen jeho část, a to proto, aby se znovu neobjevil nový aktivní zánět.

Operace se provádí buďto:

- proktokolektomie
- ileorektální anastomóza se subtotální kolektomií
- proktokolektomie a ileo-pouch-anální anastomóza

Proktokolektomie se provádí u lidí ve vyšším věku, vyjme se konečník, celé tlusté střevo a vytvoří se vývod díky kterému už nemusí pacient užívat léky ani dodržovat dietu.

Ileorektální anastomóza se subtotální kolektomií se u pacienta konečník napojí na tenké střevo. Nevýhodou může být, že se v postižené části konečníku znovu objeví zánět.

Proktokolektomie a ileo-pouch.anální anastomóza odstraní se celé tlusté střevo i konečník a ponechá se jen řitní kanál. Z několika kliček tenkého střeva se udělá vak a na to se našije konec řitního kanálu. **(1)**

8. Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově chorobě

Dieta je nezbytnou součástí léčby u obou onemocnění. Je potřeba k udržení nebo zlepšení zdravotního stavu.. Dieta se rozděluje do tří částí, podle toho v jakém stadiu se nemoc vyskytuje.

Dieta v klidové fázi nemoci měla být nedráždivá, šetřící a dostatečně kaloricky vydatná. Měla by obsahovat hodně bílkovin a dostatek vitamínů, které pacientů při vzniku nemoci ubývají. Hlavní složkou a zdrojem energie jsou lehce stravitelné škroby (těstoviny, brambory, rýže), z masa dáváme přednost drůbeži, rybám (jejich olej zřejmě obsahuje látky, které mají pozitivní vliv na idiopatické střevní záněty.) Nemocní potřebují velké množství bílkovin (na 1 kg váhy 1,2 g bílkovin). Potraviny které obsahují vysoký podíl bílkovin jsou:

- maso (20-25 gramů bílkovin na 100 gramů masa)
- ryby (20-28 gramů bílkovin na 100 gramů ryb)
- drůbež (22-28 gramů bílkovin na 100 gramů drůbeže)
- vejce (1 vejce obsahuje 7 gramů bílkovin)
- mléko a mléčné výrobky (1 sklenice mléka obsahuje 5 gramů bílkovin, 1 kelímek jogurtu také 5 gramů bílkovin, 1 plátek sýra obsahuje 5-10 gramů bílkovin).

Měly by převažovat nasycené (živočišné tuky), maximálně 10 % denního energetického příjmu. Důležitou součástí je denní harmonogram. Pacient by měl jíst častěji a menší porce.

V akutní fázi vzplanutí nemoci. V této fázi je nutná bezsezbytková dieta. Jsou vyloučeny potraviny, které obsahují nestravitelnou vlákninu (luštěniny, ořechy a semena, nadýmavá zelenina, celozrnné výrobky.) Měli by jsme si odpustit grilování a smažení a připravovat pokrmy vařením, dušením, v páře a nebo pečení v alobalu.

U vysoce aktivního onemocnění je podávána výživa parenterální nebo enterální. (viz kapitola...). V tomto období pacient potřebuje velké množství energie, proto musí být výživa energeticky bohatá. Při přechodu z parenterální nebo enterální výživy, když se stav pacienta zlepšil se zprvu podává čaj, suchary, kaše, bílé pečivo. Pokud jídlo pacient

snáší, můžeme přidat těstoviny, vařené ovoce nebo zeleninu, brambory, rýži, drůbež nebo ryby. Všechno se podává v malém množství. **(2, 5, 28)**

V období průjmů a křečovitých bolestech břicha, při zúžení střeva je důležité omezení vlákniny, větší množství kofeinu, při průjmu je potřeba dodávat dostatek tekutin. Silný čaj káva a sejně tak cukr a cukerné náhražky nejsou vhodné, protože povzbuzují pohyby střeva.

Potraviny a nápoje, které pacienti špatně snáší jsou:

- luštěniny
- syrová zeleniny
- citrusové plody (pomeranče, mandarinky, citóny)
- nakládané zelí
- cibule
- tučná a kyselá jídla
- mléko
- ořechy a jádra, které mohou zraňovat křehkou sliznici

Obecná doporučení jsou různá, protože každý pacient na dietu a potraviny reaguje rozdílně. Pacienti jako ostatní lidé, by měli vypít 1,5 litrů tekutin za den. V období vzplanutí dochází ke ztrátám tekutin průjmy, proto by měl být příjem tekutin vyšší. Ovocné džusy obvykle dráždí sliznici a horká káva a čaj podporují rychlé vyprazdňování a zhoršují průjem, proto se tyto nápoje nedoporučují. Alkohol dělá problém jak nemocným, tak zdravým a není prokázáno, že by byl pro pacienty problémem. U pacientů s IBD se často vyskytuje nesnášenlivost mléka a mléčných výrobků, proto jsou diety individuální, musí se však u každého pacienta zachovat dostatečné množství vápníku. Vápník je obsažen v mléce, mléčných výrobcích, obiloviny, kyselina listová vaječný žloutek, minerální vody. Při chronickém zánětu je potřeba dodat železo, které je obsaženo v játrech, mase, vejci, obiloviny. Dále pacientům chybí vitamíny jako vitamín B1 je obsažen ve vepřovém mase, hovězím mase, játra obiloviny a B2 v mléce, mléčných výrobcích, játra, obiloviny. B6 je obsažen v pšenici, kukuřice, B12 se vyskytuje v játrech, vejce. **(2, 5)**

Vitamín C který je obsažen v ovoci, zelenině, ovocné šťávy, brambory, zeleninové šťávy. Vitamín A se vyskytuje v játrech, mléčných výrobcích, vaječný žloutek, vitamín D v mléčných výrobcích, rybí tuk, vejce, vitamín E najdeme v rostlinných olejích, olej z pšeničných klíčků a v listové zelenině. A vitamín K se vyskytuje v sýrech, zelená listová zelenina a ve vaječném žloutku. **(2, 5)**

U Crohnovy choroby může docházet k nevstřebávání potravin – malabsorbce. Většinou se jedná o nesnášenlivost tuků a sacharidů. Objevuje se zhoršená tolerance na cukry – cukr řepný a sladké mléko, Doporučuje se vyzkoušet cukr hroznový. U malabsorbce tuků vyloučíme potraviny, které obsahují vysoké procento tuků.

8 .1 Příklady pokrmů, které mohou pacienti využívat

Kuřecí závitky na zelenině – 600 g kuřecích prsou, kousek kvěťáku, 1 malá cuketa, 1 mrkev, 2 lžíce jemného sterilovaného hrášku, 2 lžíce najemno pokrájených žampionů, petrželová nať, olej, cibule, sůl, 1 lžíce hladké mouky, 1 lžíce strouhanky z chleba a trochu mléka.

Kvěťák a mrkev uvaříme v osolené vodě do poloměkka, drobně pokrájíme a vložíme do mísy. Přidáme hrášek a žampiony, které jsme mírně podusili na trošce tuku s pokrájenou cuketou. Ze lžíce oleje a vrchovaté lžíce mouky usmažíme světlu jíšku, kterou zředíme lžící mléka na hustou kaši. Do té kaše vmícháme připravenou zeleninu, sekanou petrželku a lehce dosolíme. Mezitím lehce naklepeme kuřecí plátky , osolíme je a nakydá plátek navršíme zeleninovou směs, svineme a převážeme nití. Do hlubšího kastrolu nalijeme olej dáme pokrájenou cibuli, kterou zpěníme. Poté vložíme závitky, které opečeme ze všech stran , podlijeme vodou a pod pokličkou dusíme do měkka. Když závitky změkknou, vyjmeme je a vzniklou šťávu zahustíme strouhankou z chleba a povaříme. Závitky podáváme z rýží smíchanou se sterilizovaným hráškem nebo vařeným bramborem. Množství je 39 g bílkovin, 11 g sacharidů, 2,3 g tuků. Energetická hodnota činní 220 kcal. **(12)**

Šmakounová treska – 300g filetů z aljašské tresky (můžete použít i jinou rybu), 150 g čerstvého kozího sýru, 0,5 šmakouna, 2 polévkové lžíce bazalky, 2 polévkové lžíce olivového oleje. Kozí sýr pokrájíme na kostičky a vložíme do oleje smíchaného s jemně nasekanou bazalkou. Sýr uložíme v zakryté nádobě do lednice a necháme do druhého dne uležet. Šmakouna nakrájíme na kostičky, přidáme k němu naložený sýr a důkladně rozmixujeme na hladkou omáčku, Rybí filety uvaříme v páře společně s bylinkami. Hotovou rybu podáváme na nahřátém talíři, přelitou sýrovou omáčkou. Jako přílohu můžeme podávat rýži nebo těstoviny. Toto jídlo obsahuje 23 g bílkovin, 1 g sacharidů, 11,5 g tuků a energie je 203 kcal. **(13)**

Polévka bramborová jemná – 50 g brambor, 10 g mrkve, 10 g celeru, 10 g petržele, 30 g hovězí kližky, 10 g másla, 10 g hladké mouky, 10 g červené řepy, 4 g zakysané smetany, sůl, kmín, pažitka, koření Vegi-vegi.

Očištěnou a nastrouhanou zeleninu uvaříme v osolené vodě. Scedíme, zeleninový vývar zahustíme světlou máslovou jíškou. Brambory uvaříme ve slupce, oloupeme, prolisujeme, přidáme trochu kmínu a povaříme ve vývaru. Kysanou smetanu přidáme za stálého míchání do polévky. Množství je 9 g bílkovin, sacharidů 23 g a tuků 11. Energetická hodnota je 279. **(5)**

8 .2 Příklad jídelníčku šetrící bezezbytkové diety č.5 na jeden den.

Snídaně – Bílá káva, rohlíky, džem

Přesnídávka – banán

Oběd – polévka zeleninová s krupicí, vepřová pečeně přírodní, dušený špenát, bramborové noky.

Svačina – šípkový čaj, rohlík, Lučina

Večeře – zelený čaj, masová pomazánka, bílá veka

8.3 Příklad jídelníčku, dieta bez laktózy

Snídaně – šípkový čaj, koláč

Svačina – ovocný nektar

Oběd – polévka bramborová třená, dietní hovězí guláš, těstoviny

Svačina – zelený čaj, rohlík, flóra

Večeře – kuře na zelenině, bílá veka

PRAKTICKÁ ČÁST

2. Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat současný stav dietního systému u ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby.

3. Hypotéza

Většina pacientů – nositelé Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy považují dietu za důležitou součást léčby

4. Metodika

4.1 Metoda sběru dat

Potřebné údaje ke zpracování bakalářské práce byly zjišťovány pomocí kvantitativního i kvalitativního výzkum

Charakteristika výzkumného souboru

Před zahájením první části výzkumu, byl osloven a získán souhlas od pana profesora Milana Lukáše z klinického centra ISCARE v Praze. Pro zjištění byl použit kvantitativní výzkum.

V druhé části výzkumu bylo zjišťováno zda pacienti dodržují předepsanou dietu, jaké potraviny mohou ne nemohou, jak a v kolika letech se u nic nemoc projevila. Pro toto zjištění byl použit kvalitativní výzkum. Technikou sběru dat byl strukturovaný rozhovor s (Příloha 2). Rozhovor byl proveden s 5 pacienty.

4.2 Výzkumný soubor

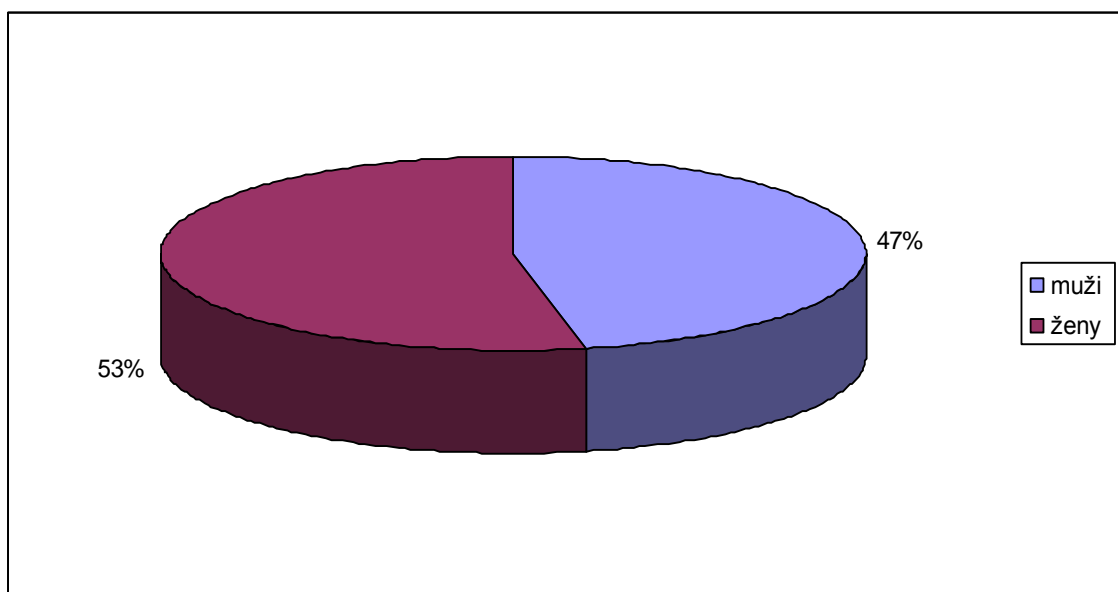
První výzkumný soubor tvořili pacienti s ulcerózní kolitidou a Crohnovo chorobou z klinického centra ISCARE. Byl podán dotazník EDUTOOL (příloha 1) z archivu pana doc.Petra Petra (vedoucího práce), který byl anonymní a obsahoval 5 otázek. Bylo rozdáno celkem 50 dotazníků mezi pacienty s ulcerózní kolitidou a Crohnovou chorobou. Z celého počtu dotazníků se jich vrátilo 48 a pro neúplnost byly vyřazeny 4 dotazníky. Pro výzkum bylo tedy použito 44 dotazníků. Z toho 15 dotazníků tvoří pacienti s ulcerózní kolitidou a 29 tvoří pacienti s Crohnovo chorobou. Výsledky byly zpracovány do grafů pomocí Microsoft Office Excel.

Druhým výzkumným souborem (kvalitativní část) bylo pět pacientů. Tři pacienti byli z lázní Aurora a dva z českobudějovické nemocnice. Sběr dat byl pomocí strukturovaného rozhovoru, který obsahoval 10 otázek. Výsledky z rozhovoru byly zpracovány do tabulek.

5. Výsledky

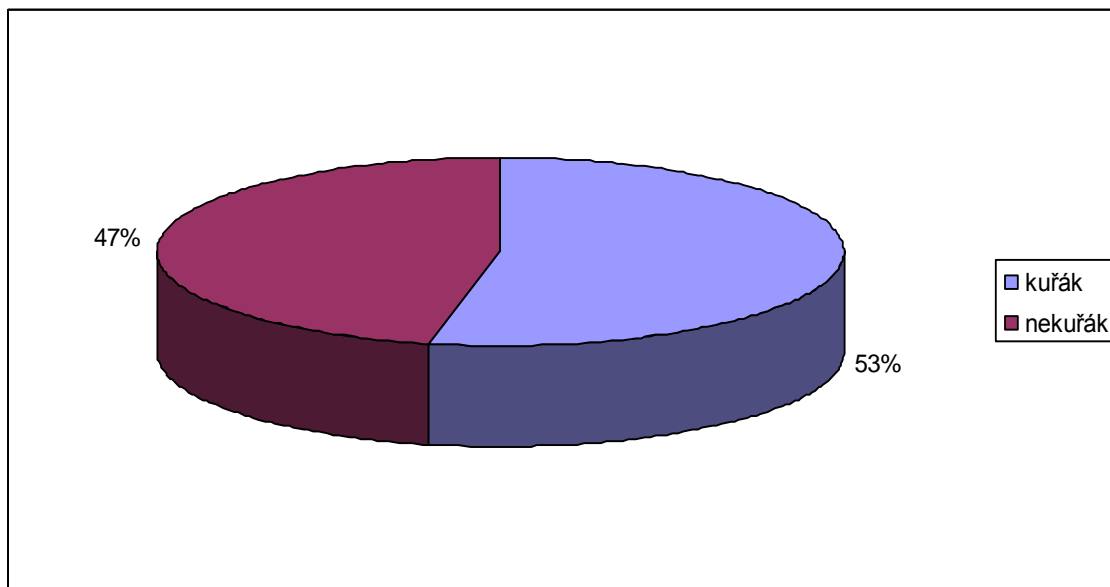
5.1 Výsledky kvantitativního výzkumu u pacientů s ulcerózní kolitidou

Graf 1. pohlaví pacientů ulcerózní kolitidy



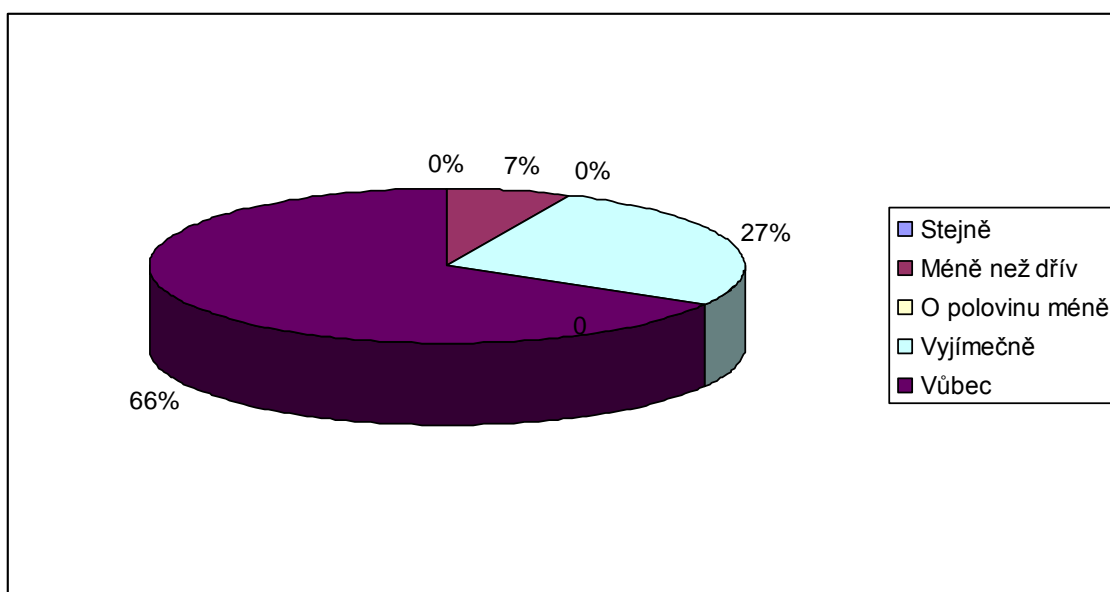
Graf informuje že s ulcerózní kolitidou je 8 (53 %) žen a 7 (47 %) mužů.

Graf 2. Kolik pacientů kouřilo před léčbou



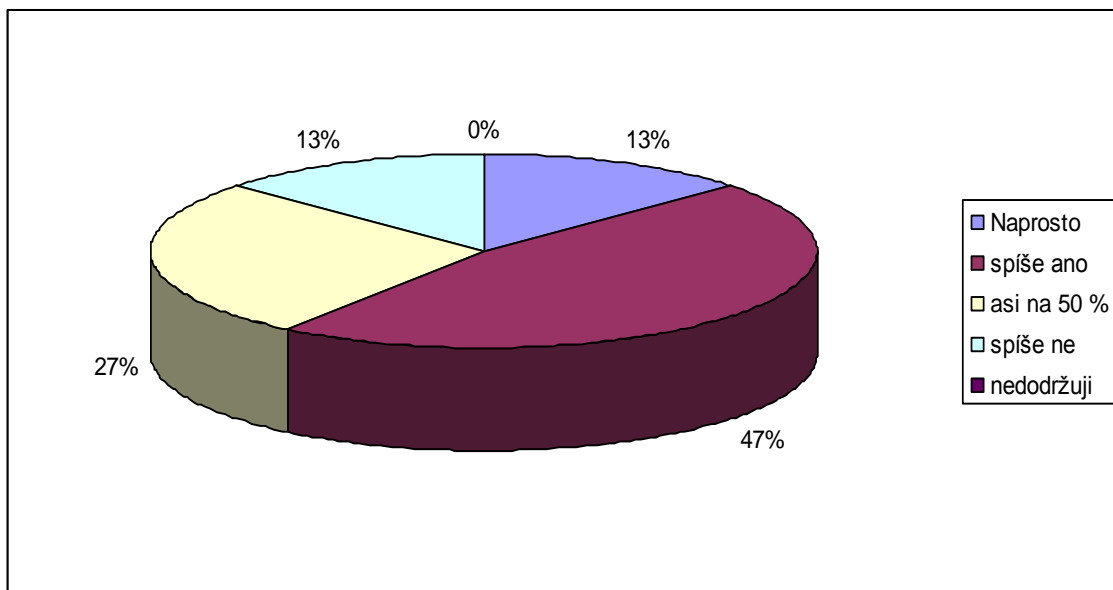
Graf informuje kolik pacientů kouřilo před léčbou. Kuřáků je 8 (53 %) a nekuřáků 7 (47 %)

Graf 3. Jak často kouří při léčbě



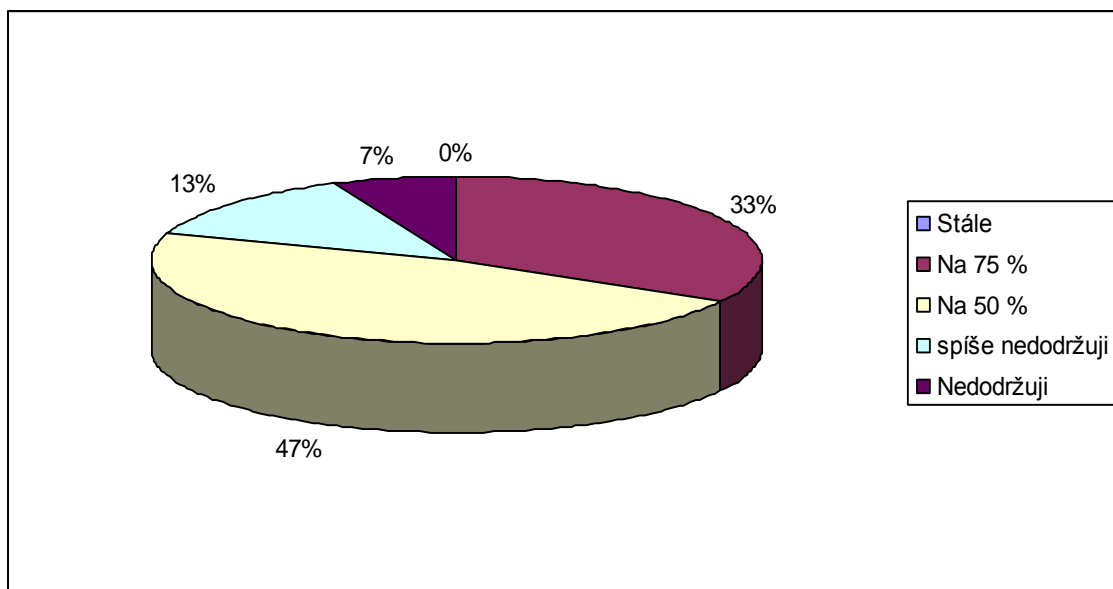
Graf informuje, jak pacienti často kouří při léčbě. Stejně kouří 0, méně než dříve 1 (7 %), o polovinu méně 0, výjimečně 4 (27 %) a nekouří 10 (66 %).

Graf.4 – Dodržování zdravé výživy



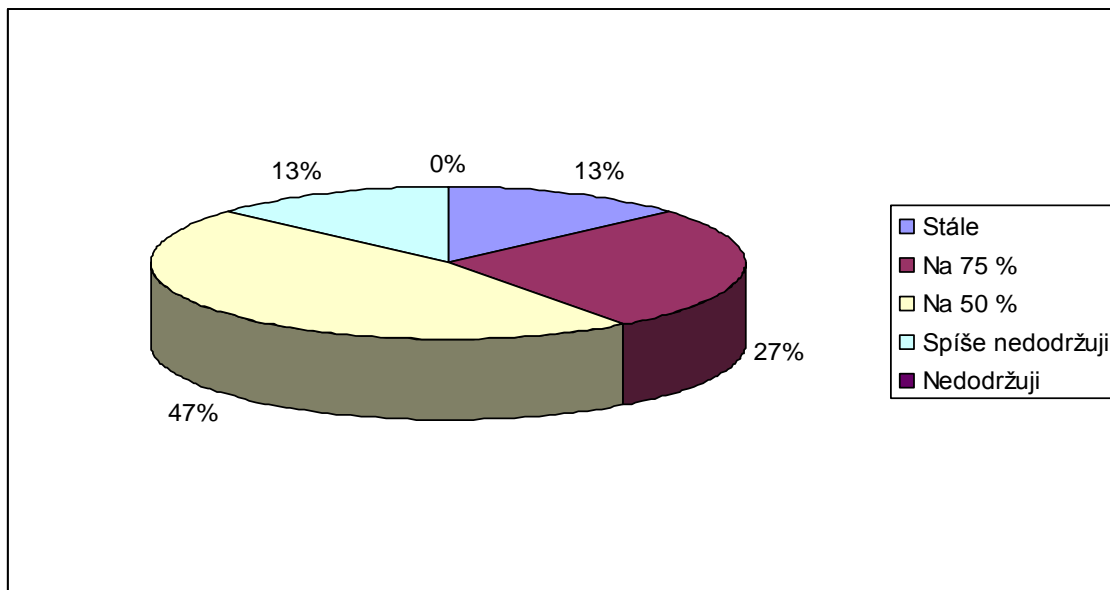
Graf ukazuje kolik pacientů dodržuje zásady zdravé výživy. Stále a naprosto zásady dodržují 2 (13 %), Spíše dodržuje 7 (47 %), asi na 50 % zásady dodržují 4 (27 %), Spíše nedodržují 2 (13 %), a zásady zdravé výživy nedodržuje 0.

Graf 5. – Dodržování zásad pohybové režimu v zaměstnání



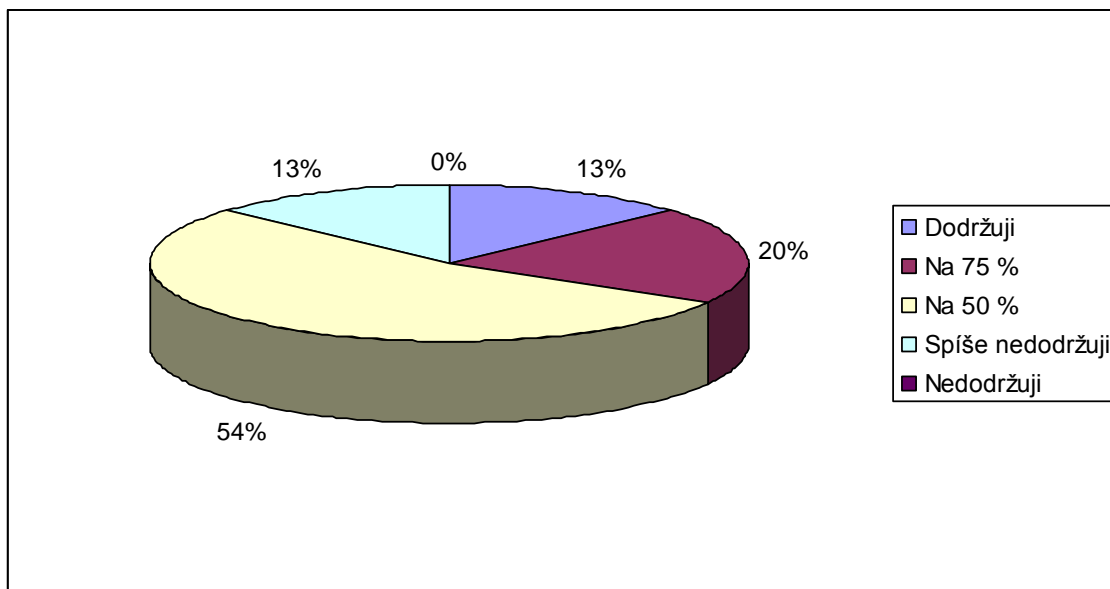
Graf znázorňuje kolik pacientů dodržuje pohyb v zaměstnání. Stále dodržují pohyb v zaměstnání 0, Spíše ano 5 (33 %), asi na 50 % dodržuje pohyb 7 (47 %), spíše nedodržují 2 (13 %), a zásady

Graf 6. – Dodržování zásad pohybového režimu ve volném čase



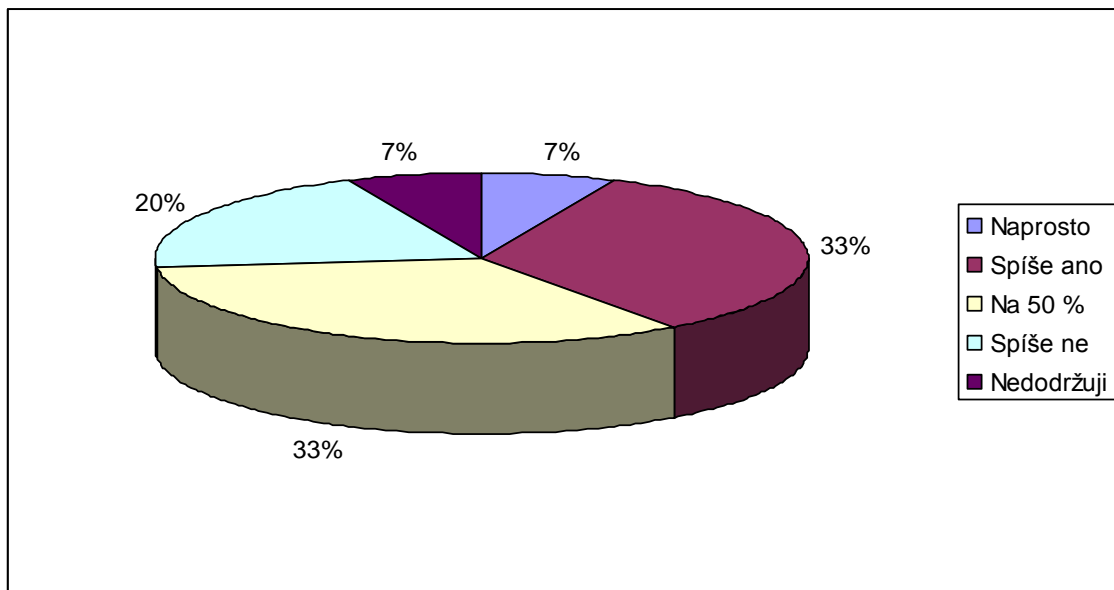
Graf znázorňuje kolik pacientů dodržuje zásady pohybového režimu ve volném čase. Stále pohyb dodržují 2 (13 %), spíše ano 3 (27 %), Na 50 % dodržuje zásady 8 (47 %), spíše ne 2 (13 %), Nedodržuje 0.

Graf 7. – Zásady pohybu při sportu.



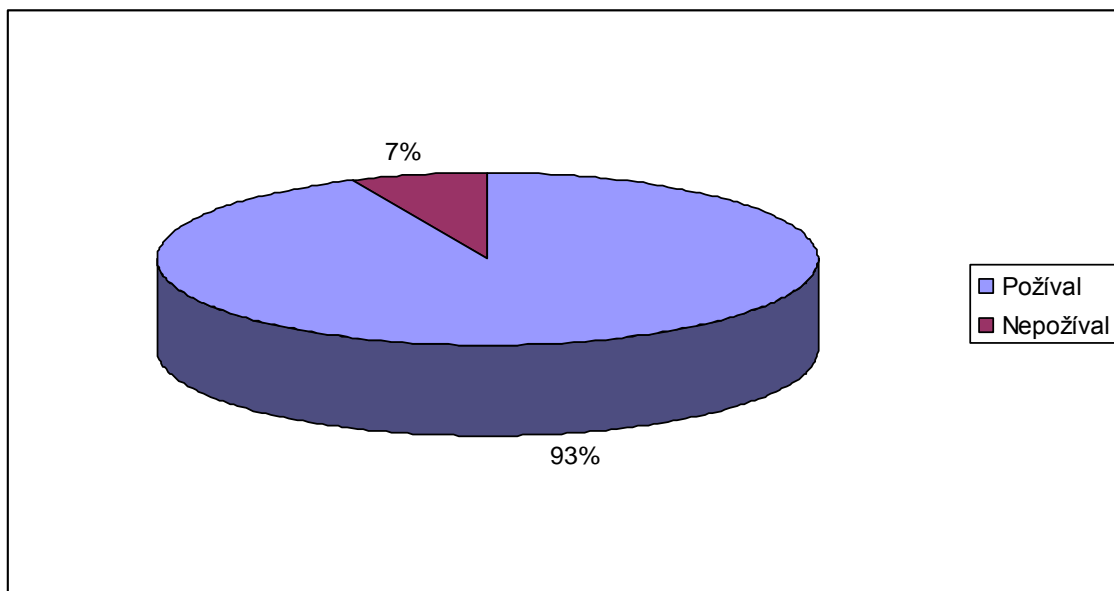
Graf znázorňuje kolik pacientů dodržuje zásady pohybového režimu při sportu. 2 (13 %) dodržují, spíše ano 3 (20 %), na 50 % dodržuje zásady 8 (54 %), spíše ne 2 (13 %) a nedodržuje zásady 0.

Graf 8- Vyhýbání se stresu.



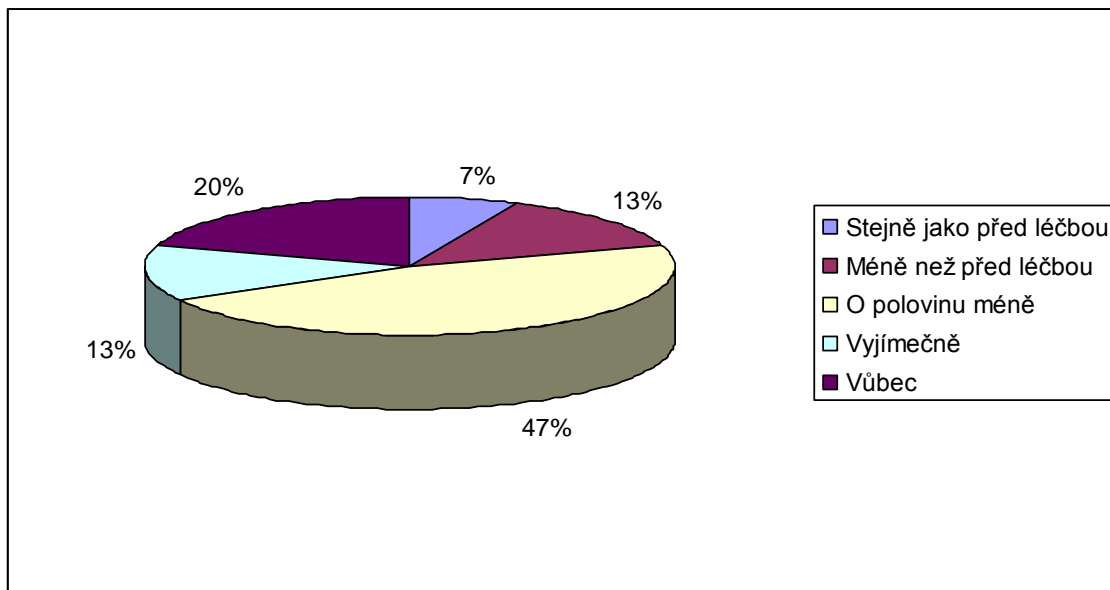
Graf informuje jak se pacienti dokáží vyhnout stresu. Vyhýbat stresu se dokáže 1 (7 %), spíše ano 5 (33 %), na 50 % se stresu vyhýbá 5 (33 %), spíše ne 3 (20 %), a vůbec 1 (7 %).

Graf 9. – Požívání alkoholu před léčbou



Graf znázorňuje kolik pacientů požívalo alkohol před léčbou. Alkohol požívalo 14 (93 %) pacientů a 1 (7 %) nepožíval alkohol vůbec.

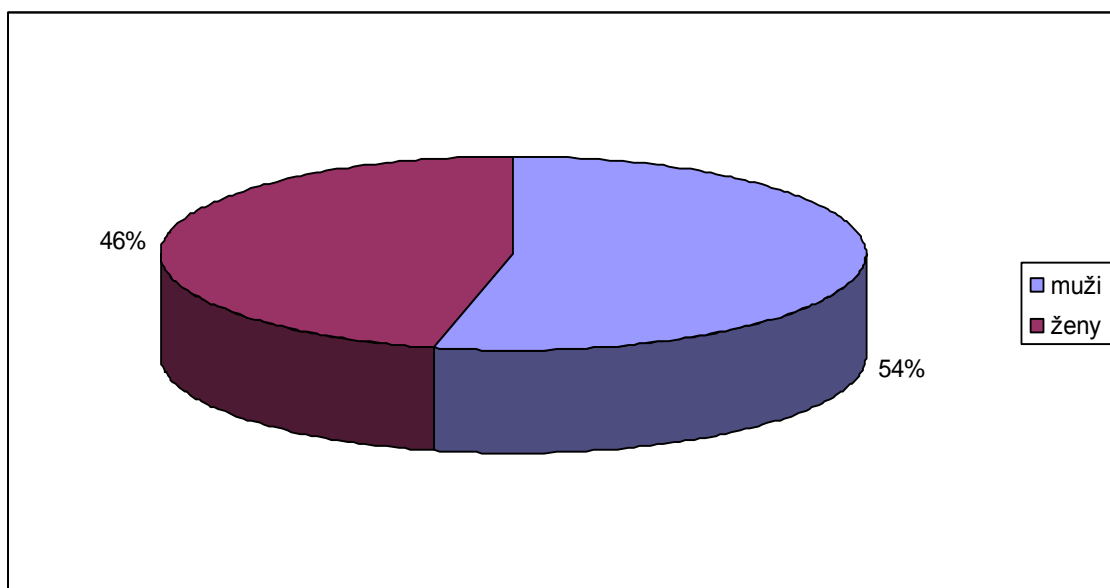
Graf 10. – Požívání alkoholu při léčbě



Graf informuje o požívání alkoholu při léčbě, z toho Stejně alkohol požívá 1 (7 %), méně než před zahájením léčby 2 (13 %), o polovinu méně 7 (47 %), výjimečně alkohol požívají 2 (13 %), a alkohol nepijí vůbec 3 (20 %).

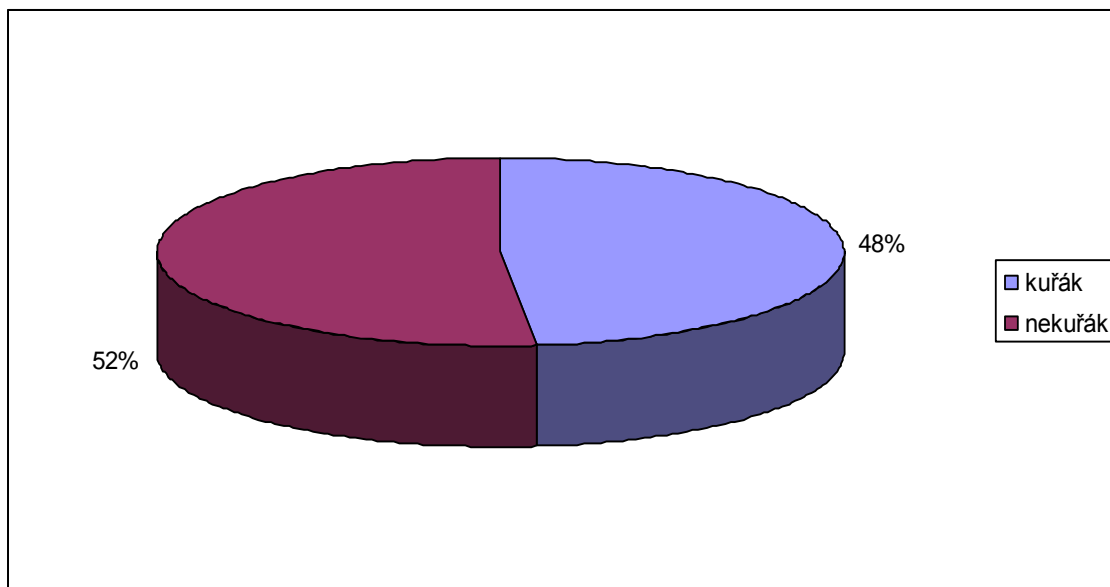
5.2 Výsledky kvantitativního výzkumu pacientů s Crohnovo chorobou

Graf 11. - Pohlaví pacientů s Crohnovo chorobou.



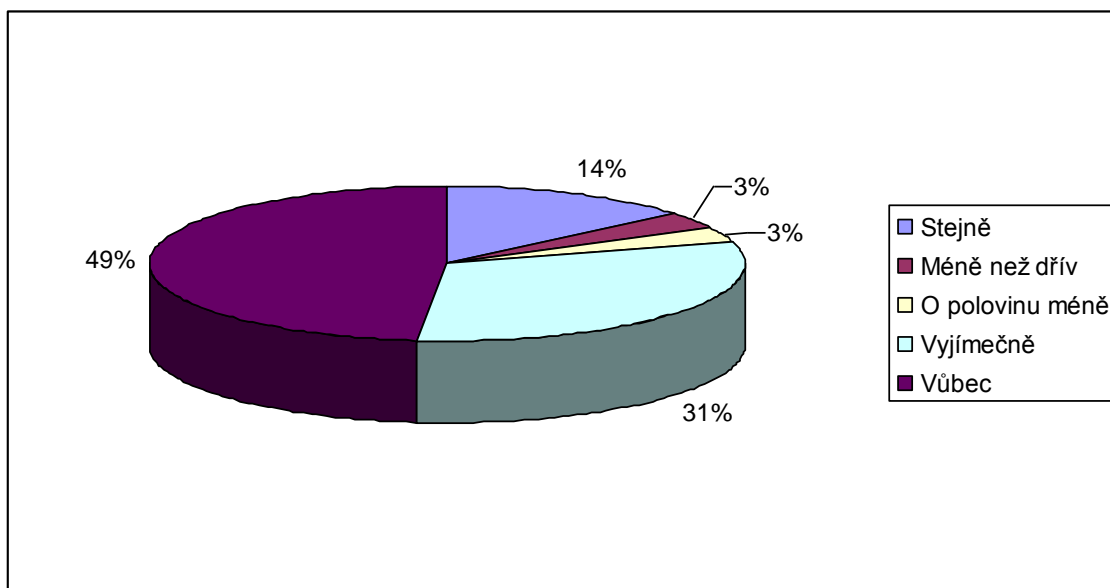
Graf informuje že Cronova choroba se vyskytuje u 14 (46 %) žen a 15 (54 %) mužů.

Graf 12. - Kolik pacientů před léčbou kouřilo



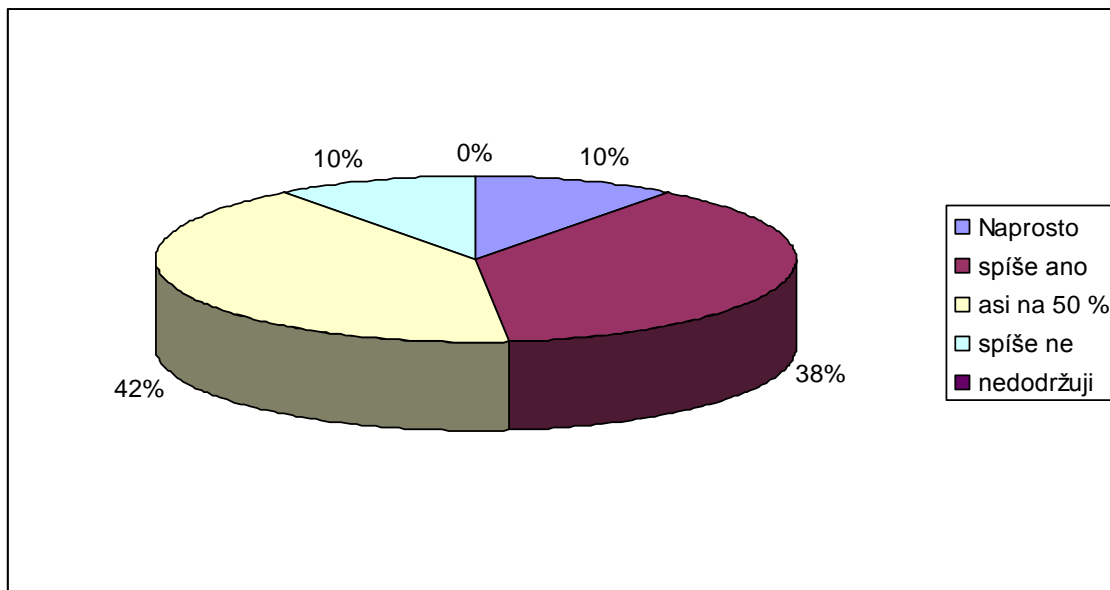
Graf informuje kolik pacientů kouřilo a nekouřilo před léčbou. Kouřilo 14 (48 %) a nekouřilo 15 (52 %).

Graf 13. – Kolik pacientů kouří při léčbě



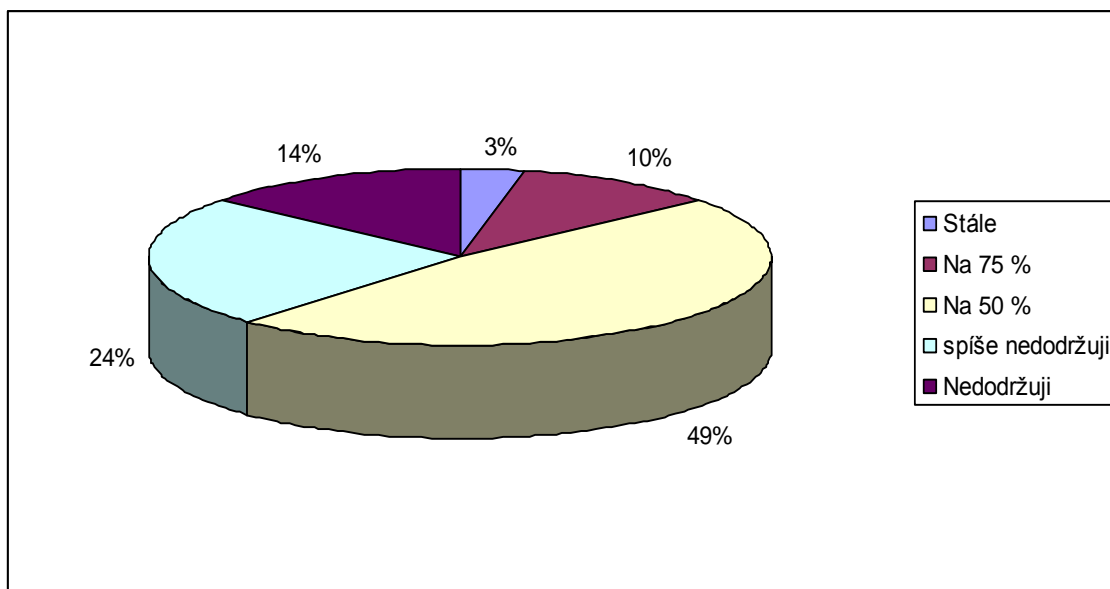
Graf znázorňuje jak často pacienti s při léčbě kouří. Stejně kouří 4 (14 %), méně než dříve 1 (13%), o polovinu méně 1 (13 %), výjimečně 9 (31 %), nekouří 14 (49 %).

Graf 14. – Dodržování zdravé výživy



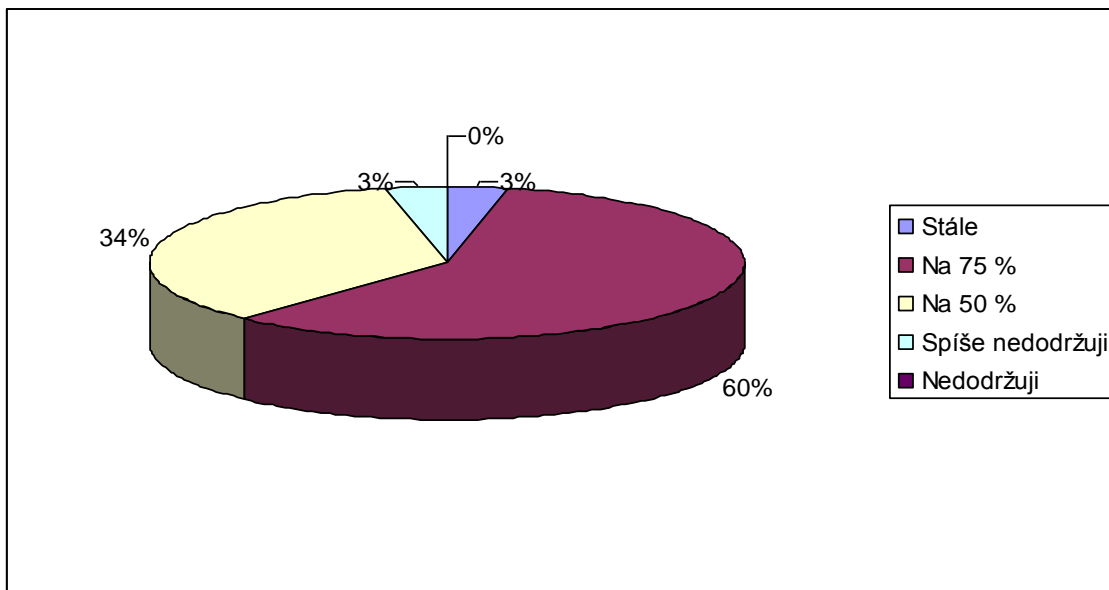
Graf informuje o dodržování zásad zdravé výživy. Zásady zdravé výživy naprosto dodržují 3 (10 %), spíše ano 11 (38 %), asi na 50 % dodržuje zásady 12 (42 %), spíše ne 4 (10 %), zásady nedodržuje vůbec 0.

Graf 15. – Zásady pohybu v zaměstnání



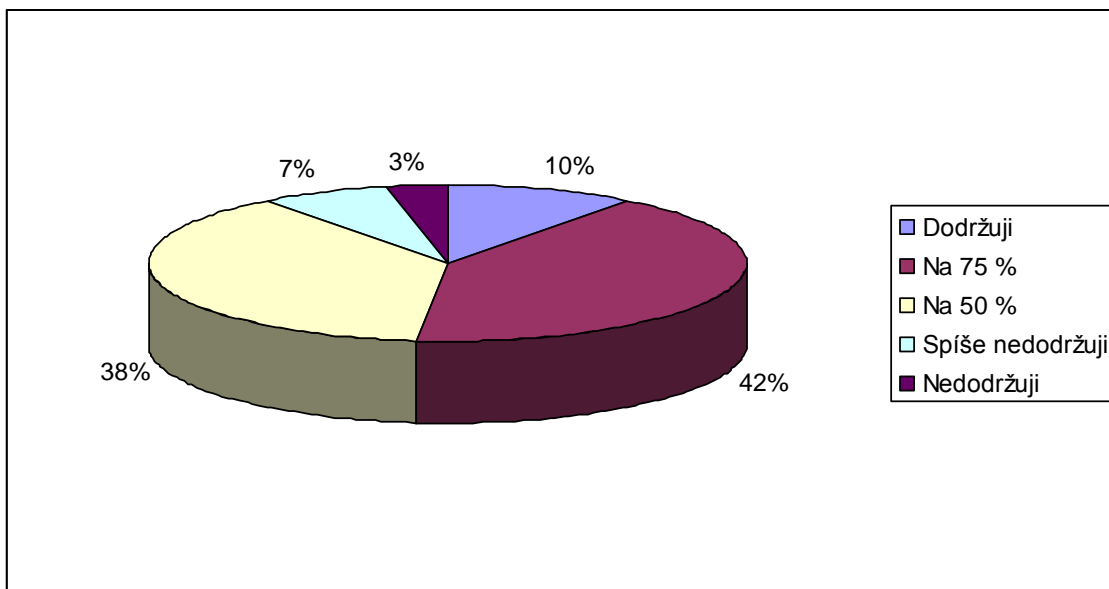
Graf znázorňuje Zásady pohybového režimu v zaměstnání. Pohyb stále dodržuje 1 (3 %), spíše ano na 75 % pohyb dodržují 3 (10 %), na 50 % 14 (49 %), pohyb spíše nedodržuje 7 (24 %), a 4 (14 %) nedodržují pohyb v zaměstnání vůbec.

Graf 16. – Zásady pohybu ve volném čase



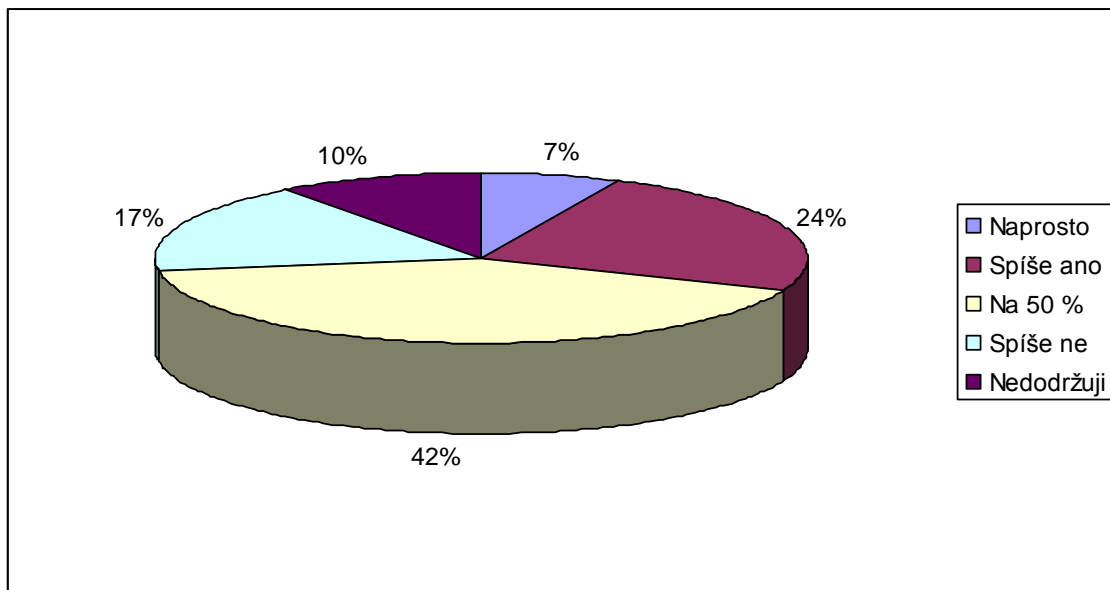
Graf znázorňuje kolik pacientů se pohybuje ve volném čase. Stále se pohybuje jen 1 (3 %), na 75 % tedy spíše ano se pohybuje 17 (60 %), na 50 % se pohybuje 10 (34 %), spíše se nepohybuje 1 (3 %), a vůbec 0.

Graf 17. – Zásady pohybu při sportu.



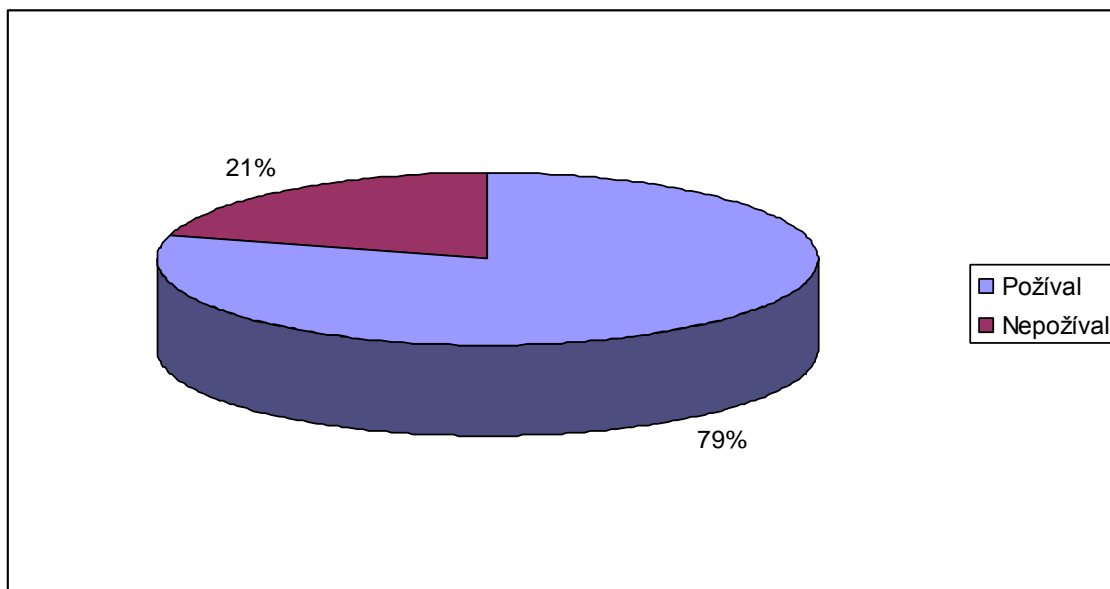
Graf znázorňuje kolik pacientů dodržuje zásady pohybu při sportu. Zásady dodržují 3 (10 %), spíše ano 12 (42 %), na 50 % zásady dodržuje 11 (38 %), spíše ne 2 (7 %) a nedodrží zásady při sportu vůbec 1 (3 %).

Graf 18. – Vyhýbání se stresu



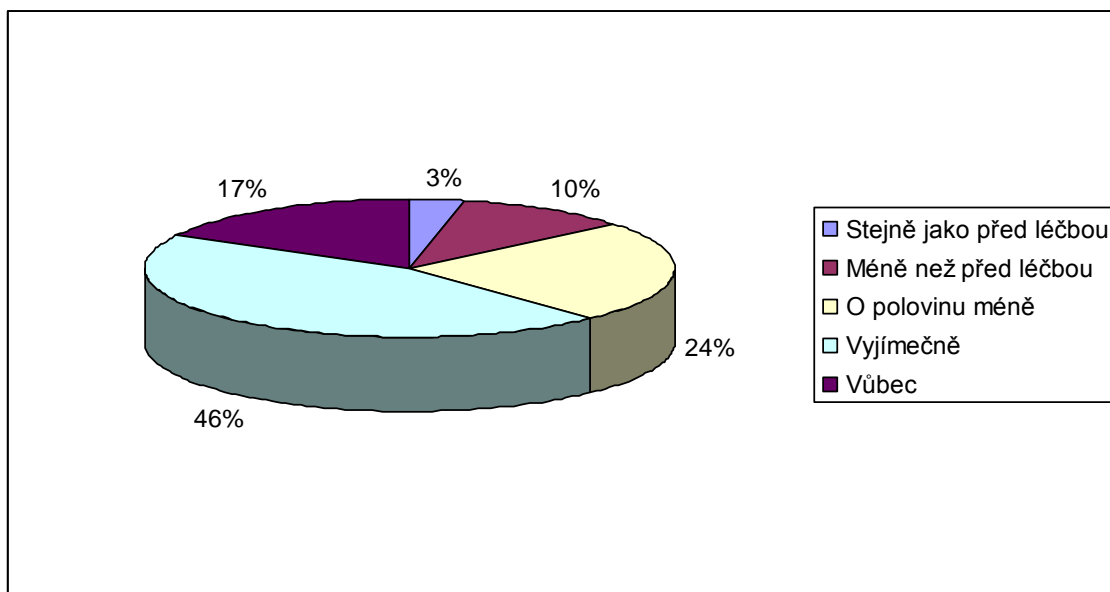
Graf informuje zda pacienti dodržují zásady vyhýbání se stresu. Naprosto dodržují zásady vyhýbání se stresu 2 (7 %), spíše ano 7 (24 %), na 50 % se vyhýbá stresu 12 (42 %), spíše ne 5 (17 %), a zásady nedodržují 3 (10 %).

Graf 19. – Požívání alkoholu před léčbou



Graf informuje o požívání alkoholu před léčbou. 23 (79 %) alkohol požívalo před léčbou a 6 (21 %) ne.

Graf 20. – Zda požívají alkohol při léčbě



Graf znázorňuje kolik pacientů požívá alkohol při léčbě. Stejně jako před léčbou alkohol požívá 1 (3 %), méně než před léčbou 3 (10 %), o polovinu méně požívá alkohol 7 (24 %), zřídka požívá alkohol 13 (46 %), a alkohol nepije vůbec 5 (17 %).

5.3 Výsledky kvalitativního výzkumu

Výzkum probíhal v lázních Aurora a v českobudějovické nemocnici.

Tabulka 1. – Věk pacientů

Pacient 1	32
Pacient 2	24
Pacientka 3	21
Pacientka 4	42
Pacientka 5	56

Věk pacientů se pohybuje v rozmezí 21 – 56 let.

Tabulka 2. – V kolika letech u nich nemoc vypukla

Pacient 1	21
Pacient 2	18
Pacientka 3	14
Pacientka 4	30
Pacientka 5	44

U pacientů se nemoc objevila v rozmezí 14 – 44 let. P1 – 21let, P2 – 18 letech, P3 – 14 letech, P4 – 30 letech, P5 – 44 letech.

Tabulka 3. – Jakou nemocí trpí

Pacient 1	Crohnovo chorobou
Pacient 2	Ulcerózní kolitidou
Pacientka 3	Ulcerózní kolitidou
Pacientka 4	Crohnova choroba
Pacientka 5	Crohnova choroba

P2 a P3 mají ulcerózní kolitidu a P1, P4, P5 jsou postiženy Crohnovou chorobou.

Tabulka 4. – Zda před léčbou kouřili a kouří i teď.

Pacient 1	Kouřil, teď už kouří výjimečně
Pacient 2	Nekouřila a nekouří
Pacientka 3	Nekouřila a ani nekouří
Pacientka 4	Kouřila, nekouří
Pacientka 5	Kouřila a kouří stále

Jenom P2 a P3s ulcerózní kolitidou nekouřila a ani nekouří. Ostatní pacienti kouřili, jenom P4 z nic přestala kouřit.

Tabulka 5. – Jaké byly faktory, příčiny pro vznik onemocnění

Pacient 1	Genetické vlivy, stres
Pacient 2	Alergie
Pacientka 3	Chemické potraviny, polotovary
Pacientka 4	Stres, nepravidelná pracovní doba
Pacientka 5	Stres

U P1 byly prokázány genetické faktory. Crohnovo chorobou má i jeho teta. P2 trpí alergií. U pacientky P3 si lékaři myslí, že příčinou ulcerózní kolitidy bylo požívání polotovarů a nekvalitních uměle vytvořených potravin. U P4 je to nepravidelná pracovní doba. A u P5 je to stres, kterým trpí i pacienti P1 a P4.

Tabulka 6. – Jaké se objevily příznaky

Pacient 1	Průjmy, krvavá stolice, bolest břicha
Pacient 2	Stolice s příměsí hlenu, vysoké teploty
Pacientka 3	Zácpa, bolest břicha
Pacientka 4	Krvavá stolice, bolest břicha
Pacientka 5	Průjmy, bolest břicha

U pacientů s ulcerózní kolitidou to byly příznaky jako stolice s příměsí hlenu, vysoké teploty, zácpy a bolest břicha. U pacientů s Crohnem se objevuje krvavá stolice, bolest břicha, průjmy.

Tabulka 7. – Jakou část trávicího traktu jste měl/a postiženou

Pacient 1	Přechod mezi tenkým a tlustým stěvem. Teď má postižený konec tenkého střeva.
Pacient 2	Tlusté střevo a konečník
Pacientka 3	Konečník
Pacientka 4	Tenké střevo
Pacientka 5	Přechod mezi tenkým a tlustým stěvem

P2 a P3 jsou pacienti s ulcerózní kolitidou. P2 měl postižen tlusté střevo i konečník, P3 měla postižen jen konečník. P1, P4 a P5 jsou pacinek s Crohnovo chorobou. P1 a P5 měl postižen přechod mezi tenkým a tlustým stěvem a P1 má nyní postižená konec tenkého střeva. P4 měl postiženo tenké střevo.

Tabulka 8. – Jakou používáte léčbu

Pacient 1	Bioléčba
Pacient 2	Medikamentózní
Pacientka 3	Hormonální – Kortikoidy
Pacientka 4	Bioléčba
Pacientka 5	Chirurgický výkon

Pacienti s ulcerózní kolitidou P2 a P3 se léčí pomocí medikamentózní a hormonální léčby. Pacienti P1, P4 používají bioléčbu a pacientka P5 podstoupila chirurgický zákrok.

Tabulka 9. – Zda pacienti dodržují bezsezbytkovou dietu

Pacient 1	Dříve ano, teď už ne
Pacient 2	Ano
Pacientka 3	Trochu ano
Pacientka 4	Ne
Pacientka 5	Trochu ano

Pacienti s ulcerózní kolitidou dodržují bezsezbytkovou dietu. A pacienti s Crohnem spíše ne, až na P5 která trochu dietu dodržuje.

Tabulka 10. – Jako potraviny vám nedělají dobře

Pacient 1	Nadýmavé potraviny, semínka, šlupky
Pacient 2	Nadýmavé potraviny
Pacientka 3	Nadýmavé, zelí. Nenadýmá červená čočka
Pacientka 4	Nadýmavé potraviny, šlupky
Pacientka 5	Nadýmavé potraviny

Všem pacientům vadí nadýmavé potraviny. P1 navíc vadí semínka a šlupky, P4 vadí navíc šlupky a P3 přišla na to, že červená čočka nenadýmá.

6. Diskuze

Bakalářská práce se zabývala ulcerózní kolitidou a Crohnovo chorobou a také zda pacienti dodržují diety. První kvantitativní výzkum probíhal na klinickém pracovišti ISCARE v Praze. Bylo podáno 50 dotazníků, ale zařadilo se jich jenom 44. Z toho 15 s ulcerózní kolitidou a 29 s Crohnovo chorobou. Druhý kvalitativní výzkum probíhal pomocí strukturovaného rozhovoru s 5 pacienty. Tři pacienti byli z lázní Aurora a dva pacienti byli z českobudějovické nemocnice.

Při kvantitativním výzkumu byl pacientům s ulcerózní kolitidou a Crohnovou chorobou podán dotazník bez ohledu na to kolik jim je let.

Podle (grafu 1) si všimneme, že pacienti s ulcerózní kolitidou tvoří 8 (53 %) žen a 7 (47 %) mužů. Zatím co u Crohnovy choroby (graf 11) tvoří převahu muži, kterých je 15 (54 %) a žen 14 (46 %). Dále si můžeme povšimnout, že více pacientů trpí podle vrácených dotazníků Crohnovo chorobou. Domnívám se tedy, že častější výskyt onemocnění u pacientů je Crohnova choroba.

Dále bylo zjišťováno kolik pacientů před léčbou kouřilo a nekouřilo, což nám znázorňují (grafy 2 a 12). Podle (grafu 2) bylo u pacientů s ulcerózní kolitidou o jednoho kuřáka více. A to 8 (53 %) kuřáků a 7 (47 %) nekuřáků. U (grafu 12) bylo o jednoho kuřáka méně. Kouřilo tedy 14 (48 %) a nekouřilo 15 (52 %). Díky (grafu 3 a grafu 13) jsme zjistili, jak často kouří pacienti s ulcerózní kolitidou (graf 3), a jak často kouří pacienti s Crohnovo chorobou (graf 13). U pacientů s ulcerózní kolitidou kouří stále 0, méně než dříve 1 (7 %), o polovinu méně 0, výjimečně 4 (27 %) a nekouří 10 (66 %). A u pacientů s Crohnovo chorobou kouří stále 4 (14 %), méně než dříve 1 (13 %), o polovinu méně 1 (13 %), výjimečně 9 (31 %), nekouří 14 (49 %). Lékařský názor je, že kouření u ulcerózní kolitidy neškodí, spíše se zjišťuje, že pacientům prospívá. U Crohnovy choroby je to jeden z možných faktorů vzniku nemoci. Díky těmto výsledkům vidíme, jak pacienti s ulcerózní kolitidou jsou nebo nejsou dostatečně informováni, že by jim kouření neškodilo, ale naopak prospívalo. Zřejmě následkem neinformovanosti jich přestala většina kouřit.

Velmi zajímavé jsou výsledky v otázce, zda pacienti dodržují zásady zdravé výživy. Pacienti s ulcerózní kolitidou zásady podle (grafu 4) dodržují stále a naprosto 2

(13 %), spíše dodržuje 7 (47 %), asi na 50 % zásady dodržují 4 (27 %), spíše nedodržují 2 (13 %), zásady zdravé výživy nedodržuje 0. U pacientů s Crohnem zdravou výživu podle (grafu 14) dodržují stále 3 (10 %), spíše ano 11 (38 %), asi na 50 % dodržuje zásady 12 (42 %), spíše ne 4 (10 %), zásady nedodržuje vůbec 0. Když sečteme výsledky obou nemocí (stále dodržují, spíše ano, na 50 %), vyjde nám, že většina pacientů u UC (88 %) a u CD (87 %) dodržuje, a tedy považuje dietu za důležitou součástí léčby, tím je potvrzena hypotéza.

Dalším šetřením bylo zjištěno, že stálý pohyb v zaměstnání dodržuje 0 pacientů, spíše ano 5 (33 %), asi na 50 % dodržuje pohyb 7 (47 %), spíše nedodržují 2 (13 %), a zásady nedodržuje vůbec 0 podle (grafu 5). U Crohna pohyb v zaměstnání dodržuje stále 1 (3 %), spíše ano na 75 % pohyb dodržují 3 (10 %), na 50 % 14 (49 %), pohyb spíše nedodržuje 7 (24 %), a 4 (14 %) nedodržují pohyb v zaměstnání vůbec podle (grafu 15). Z toho můžeme vyvodit, že pacienti se v práci moc nepohybují, mívají asi spíše sedavé zaměstnání.

Další dva (grafy 6 a 16) znázorňují pohyb pacientů ve volném čase. Graf 6 znázorňuje pacienty s UC. Stále pohyb dodržují 2 (13 %), spíše ano 3 (27 %), Na 50 % dodržuje zásady 8 (47 %), spíše ne 2 (13 %), Nedodržuje 0. A u CD podle (grafu 16) se stále pohybuje jen 1 (3 %), na 75 % tedy spíše ano se pohybuje 17 (60 %), na 50 % se pohybuje 10 (34 %), spíše se nepohybuje 1 (3 %), a vůbec 0. Předpokládala bych, že se o volném čase bude pravidelněji pohybovat více pacientů.

Další výsledky podle (grafu 7 a 17) nám ukazují, kolik pacientů dodržuje zásady pohybu při sportu. Graf 7 nám říká, že 2 (13 %) pacienti dodržují, spíše ano 3 (20 %), na 50 % dodržuje zásady 8 (54 %), spíše ne 2 (13 %) a nedodržuje zásady 0. Graf 17 nám ukazuje, že pacienti s CD zásady dodržují 3 (10 %), spíše ano 12 (42 %), na 50 % zásady dodržuje 11 (38 %), spíše ne 2 (7 %) a nedodržuje zásady při sportu vůbec 1 (3 %). Z těchto výsledků se dá odvodit, zda pacienti sportují či nikoliv. A podle grafů vidíme, že více jak polovina pacientů obou nemocí sportuje.

Grafy 8 a 18 poukazují, zda se pacienti dokáží vyhnout stresu nebo ne. Vyhýbat stresu se dokáže 1 (7 %), spíše ano 5 (33 %), na 50 % se stresu vyhýbá 5 (33 %), spíše ne 3 (20 %), a vůbec 1 (7 %). A u Crohnovy choroby se podle (grafu 18) naprosto

vyhýbá stresu 2 (7 %), spíše ano 7 (24 %), na 50 % se vyhýbá stresu 12 (42 %), spíše ne 5 (17 %), a zásady nedodržují 3 (10 %). Pouze 4 pacienti se stresu nedokáží vyhnout vůbec. Zbytek pacientů se se stresem dokáže vyrovnat.

Zajímavé jsou výsledky, zda pacienti před léčbou požívali nebo nepožívali alkohol. S ulcerózní kolitidou alkohol požívalo 14 (93 %) pacientů a 1 (7 %) nepožíval alkohol vůbec. Znárodnuje to (graf 9). A u pacientů s CD před léčbou požívalo alkohol 23 (79 %) a 6 (21 %) ne.

Zajímavé jsou výsledky, zda alkohol požívají i při léčbě. Graf 10 znárodnuje pacienty s ulcerózní kolitidou. Alkohol požívá stejně 1 (7 %), méně než před zahájením léčby 2 (13 %), o polovinu méně 7 (47 %), výjimečně alkohol požívají 2 (13 %), a alkohol nepijí vůbec 3 (20 %). Graf 20 znárodnuje pacienty s CD. Stejně jako před léčbou alkohol požívá 1 (3 %), méně než před léčbou 3 (10 %), o polovinu méně požívá alkohol 7 (24 %), zřídka požívá alkohol 13 (46 %), a alkohol nepije vůbec 5 (17 %).

Můžeme si všimnout, před léčbou nepil alkohol jenom 1 pacient a při léčbě přestali pít 3 pacienti s ulcerózní kolitidou. U Crohnovy choroby nepilo alkohol před léčbou 6 pacientů a při léčbě nepije 5 pacientů. Můžeme se domnívat, že jeden pacient, který před léčbou nepil, přešel na pití z důvodu nalezení Crohnovy choroby.

Pro bližší představy o životní situaci pacientů s ulcerózní kolitidou a Crohnovo chorobou jsem provedla strukturovaný rozhovor (kvalitativní výzkum), kdy jsem oslovila pacienty z lázní Aurora a českobudějovické nemocnice a shledala jsem: Věk pacientů se pohyboval podle (tabulky 1) v rozmezí 21 - 56 let. Prvnímu pacientovi je 32 let, dalšímu pacientovi je 24 let, třetí pacientce je 21 let, další 42 let a poslední pacientce je 56 let. Když u nich ale nemoc propukla prvnímu pacientovi bylo 21 let, druhému 18 let, třetí pacientce bylo 14 let, čtvrté 30 a páté 44. To nám udává (tabulka 2).

Dále se podle (tabulky 3) dozvídáme, že Crohnovo chorobou trpí první pacient, čtvrtá a pátá pacientka. Ulcerózní kolitidu má druhý pacient a třetí pacientka.

Další (tabulka 4) je zaměřená na to, zda pacienti před zjištěním své nemoci kouřili. Pacienti 2 a 3 s ulcerózní kolitidou nekouřili a ani teď nekouří. Pacienti 1, 4 a 5 s Crohnovo chorobou kouřili. Pacientka 5 kouří stále stejně, pacientka 4 již nekouří a pacient 1 kouří výjimečně. Z teoretické části jsme se dozvěděli, že kouření může být jeden s faktorů pro vznik Crohnovy choroby, u těchto pacientů by tomu tak být mohlo, ale však podle (tabulky 5) byly faktory které nemoci ovlivňují jiné.

Faktory z již už zmiňované (tabulky 5) ovlivňující nemoci jsou u P1 genetické faktory, které byly prokázány u jeho tety. P2 trpí alergií. U pacientky 3 si lékaři myslí, že za vznik ulcerózní kolitidy může požívání polotovarů a uměle vytvořených potravin. Pacientky 4 má nepravidelnou pracovní dobu. A pacientka 5 trpí stresem, kterým trpí i pacient 1 a pacientka 4.

Výsledky (tabulky 6) nám říkají, jaké byly příznaky před projevením nemoci. Nejčastější byla bolest břicha u obou onemocnění, dále průjmy, které se projevovaly u Crohnovy choroby společně s krvavou stolicí. U pacientů s ulcerózní kolitidou se projevovala zácpa, stolice s příměsí hlenu a vysoké teploty. Tyto příznaky co mají pacienti, jsou často pozorovány u obou nemocí.

Zajímavé výsledky jsou, jakou část trávicího traktu měli pacienti postiženou. Podle (tabulky 7) byl u pacienta 1 a pacientky 5 s Crohnovo nemocí postižen přechod mezi tenkým a tlustým střevem. Pacient 1 má nyní postižený konec tenkého střeva. Pacientka 4 měla postiženo tenké střevo a pacienti 2 a 3 s ulcerózní kolitidou měli postiženo tlusté střevo a konečník, pacient 3 jenom konečník.

Podle (tabulky 8) se pacienti s ulcerózní kolitidou léčí medikamentózně nebo hormonálně – kortikoidy, pacienti 1, 2 se léčí bioléčbou a pacientka 5 podstoupila chirurgický výkon a nyní se léčí také bioléčbou.

Obzvlášť zajímavé jsou výsledky, zda pacienti dodržují bezezbytkovou dietu, která je pro tyto onemocnění důležitou součástí léčby. Podle (tabulky 9) jsme zjistili, že jediný pacient který dodržuje dietu je pacient 2. Pacient 1 dříve dietu dodržoval, teď už ne. Pacientky 3 a 5 dietu dodržují jen občas a pacientka 4 dietu nedodržuje vůbec.

A na to nám navazuje otázka a (tabulka 10) jaké potraviny pacientům nedělají dobře. Všichni pacienti se vyhýbají nadýmavým potravinám, dále se pacienti 1 a 4 vyhýbají šlupkám a pacientka 3 zjistila, že jí červená čočka oproti normální čočce nenadýmá.

7. Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat dietní stav pacientů s ulcerózní kolitidou a Crohnovo chorobou. A to pomocí dotazníku Edutool a pomocí strukturovaného rozhovoru.

Stanovena byla jedna hypotéza. Použitá metoda kvantitativního a kvalitativního výzkumu se pokusila vyvrátit či potvrdit hypotézu zda pacienti ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby považují dietu za důležitou součást léčby. Po sečtení výsledků obou nemocí z dotazníku Edutool na otázku, zda pacienti dodržují zásady zdravé výživy, většina pacientů odpověděla, že ano. U ulcerózní kolitidy to bylo 88 % a u Crohnovy choroby dodržuje dietu 87 %. Tímto výzkumem je hypotéza potvrzena. Uklidňující je, že se nenašel nikdo, kdo by o zásadách zdravé výživy u těchto nemocí nic nevěděl a alespoň jednou za čas, zbytek pacientů zásady zdravé výživy podle výsledků dodržuje.

Výsledky bakalářské práce můžou sloužit jako studijní materiál pro obor nutriční terapeut, případně dalších zdravotnických oborů.

Seznam použité literatury

1. ČERVENKOVÁ, R. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén, 2009. 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7
2. LUKÁŠ, K., ŠATROVÁ, J. *Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci*. Praha: TRITON, 2004. 87 s. ISBN 80-7254-473-X
3. KEIL, R., et. al. *Vybrané kapitoly z gastroenterologie*. Praha: Karolinum, 2012. 86 s. ISBN 978-80-246-1970-5
4. KOHOUT, P., et. al. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Praha: MAXDORF, 2004. 174 s. ISBN 80-7345-023-2
5. KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J. *Rady lékaře, průvodce dietou. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha: Forsapi, 2006. 80 s. ISBN 80-903820-0-2
6. PETR, P., et. al. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. Informace pro pacienty a jejich blízké*. Jihočeská univerzita: zdravotně sociální fakulta, 2000. 35 s. ISBN 80-7040-406-X
7. PETR, P., et, al: *Nutraceutika. Vybrané texty z nutraceutické teorie a praxe*. České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií, 2005. 32 s. ISBN 80-86708-17-19
8. Petr, P., JANOVSKEJ, J. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. Informace pro dětské pacienty a jejich blízké*. Jihočeská univerzita: zdravotně sociální fakulta, 2001. 42 s. ISBN 80-7040-435-3
9. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5

10. SLEZÁKOVÁ, L., et. al. Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty 1. Praha: Grada Publishing, 2007. 188 s. ISBN 978-80-247-1775-3
11. ZAVORAL, M., VENEROVÁ, J., et. al. Gastroenterologie a hepatologie. Praha: TRITON, 2007. 212 s. ISBN 978-80-7254-902-3
12. ZBOŘIL, V. *Nebojte se dobře najíst, hezky česky. Tipy pro pacienty s idiopatickými záněty střev.* Brno: GRIFART, 2/ 2011. 26 s.
13. ZBOŘIL, V. *Nebojte se dobře najíst, EKO. Tipy pro pacienty s idiopatickými záněty střev.* Brno: GRIFART, 10/2011. 26 s.
14. SCHOLMERICH, J., HERFARTH, H., ROGLER, G. *Ulcerózní kolitida a Crohnova choroba. Přehledná informace o onemocnění a jejich léčbě.* Praha: Falk Foundation, 2007. 60 s.

Internetové zdroje

15. Crohnova nemoc.cz. *Crohnova nemoc* [online], © 2013 [cit. 2013-04-03]. Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz>

16. Střevní záněty.cz. *Crohnova nemoc* [online], © 2013 [cit. 2013-04-15]. Dostupné z: <http://www.strevni-zanety.cz/crohnova-nemoc>

17. Vitalion, lepší informace, lepší zdraví. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida* [online]. © 2012 [cit. 2013-03-30]. Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/crohnova-choroba/>

18. Občanské sdružení pacientů s IBD. *Crohnova nemoc* [online]. © 1998 - 2011 [cit. 2013-04-06]. Dostupné z: <http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=300&detailSubCatCode=126>

19. Medicína – odporné fórum lékařů a pacientů. *Crohnova choroba* [online]. © 1998 [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: http://www.zdrava-rodina.cz/med/med1098/med1098_27.html

20. Biologická léčba. *Crohnova nemoc, ulcerózní kolitida* [online]. © 2013 [cit. 2013-04-17]. Dostupné z: <http://www.cilena-lecba.cz/crohnova-nemoc>

21. Onemocnění – příznaky nemocí, prevence léčba. *Crohnova nemoc* [online]. © 2009 - 2013 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://www.onemocneni.com/crohnova-nemoc>

22. Přehledové články. *Idiopatické střevní záněty z pohledu praktického lékaře* [online]. © 2007 [cit. 2013-03-15]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/12/05.pdf>

23. www.Crohn.ic.cz. *Crohnova choroba* [online]. © 2006 - 2012 [cit. 2013-04-08].
Dostupné z: <http://www.crohn.ic.cz/?site=cojeto>
24. Celostní medicína.cz, informační server o zdraví z pohledu celostní, přírodní, alternativní medicíny. *Idiopatické střevní záněty* [online] © 2004 [cit. 2013-04-12].
Dostupný z: <http://www.celostnimedicina.cz/idiopaticke-strevni-zanety-i.htm>
25. Centers for Disease Control and Prevention [online]. [cit. 2013-03 07]. Dostupné z:
<http://www.cdc.gov/ibd/>
26. Zdravotnické noviny –symptomatologie, průběh a léčba při ulcerózní kolitidě [online]. © 2013 [cit. 2013-02-03]. Dostupný z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/symptomatologie-prubeh-a-lecba-pri-ulcerozni-kolitide-124145>
27. Symbinatur, zdravý životní styl [online]. © 2013 [cit. 2013-02-20]. Dostupný z:
<http://www.symbinatur.com/M-Crohn-clanek-335.html>
28. Dietologie[online]. © 2002 - 2013 [cit. 2013- 02-17]. Dostupný z:
<http://www.dietologie.cz/poradna/dieta-pri-onemocneni-nemoci/crohnova-choroba/strava-pri-crohnove-chorobe.html>
29. Doktorka.cz. O zdraví a kráse[online]. © 1999 - 2013 [cit. 2013-02-02]. Dostupný z:
<http://nemoci.doktorka.cz/crohnova-choroba/>
30. Lékaři. *Crohnova nemoc* [online]. © 2006 - 2013 [cit. 2013-04-01]. Dostupné z:
<http://www.lekari-online.cz/gastroenterologie/zakroky/crohnova-choroba>
31. Atlas nemocí.cz. *Crohnova nemoc – příznaky a průvodní jevy* [online] © 2010 [cit. 2013-02-05]. Dostupné z: <http://www.atlasnemoci.cz/crohnova-nemoc/crohnova-nemoc-priznaky-a-pruvodni-jevy/>

32.Gastroenterologie. Ordinace pro vyšetřování nemocí trávicího traktu [online]. © 2013 [cit.2013-04-25]. Dostupné z: <http://www.molnar.medikus.cz/o-nemocech/crohnova-choroba-920>

Přílohy

Příloha 1 dotazník Edutool pro pacienty

Copyright:

Doc. MUDr Petr Petr, PhD,
2010

Zodpovědný řešitel:

Mgr. Hana Kalová, RFA
Bc. Brigita Janečková, RVS

1. EDUTOOL-MAXIM-IBD

dotazník o stupni a stálosti výsledku edukačních intervencí ,maximální verze

Respondent: CD / UC / IC , Age: Gender: M / F

V tomto dotazníku odpovíte na pět jednoduchých okruhů otázek. Odpovězte prosím ihned , bez porady , podle své první pohnutky.

Odpověď která nejvíce vystihuje současný stav označte prosím zakroužkováním čísla odpovědi.

1.Kouření:

Před léčbou jsem byl 0. kuřákem / 1. nekuřákem.

V současnosti kouřím cigarety / doutníky / dýmku (nehodící se typ tabákového výrobku prosím škrtněte) :

1. Stejně jako dříve, než jsem se začal léčit
2. Poněkud méně nežli dříve
3. Podstatně méně, jistě o polovinu méně, nežli dříve
4. Kouřím výjimečně , do 5 cigaret , 1 doutníku , 1 dýmky týdně
5. Nekuřím vůbec

2. Dodržování zásad zdravé výživy, v současnosti tyto zásady :

1. Naprosto a stále dodržuji
2. Spíše dodržuji , jistě na 75 %
3. Dodržuji asi na 50%
4. Spíše nedodržuji, jistě méně nežli 25%.
5. Nedodržuji

3. Dodržování zásad pohybového režimu , a cvičebních návyků, v současnosti tyto zásady :

3.a) v zaměstnání

1. Naprosto a stále dodržuji
2. Spíše dodržuji, jistě na 75%
3. Dodržuji asi na 50%
4. Spíše nedodržuji, jistě méně nežli na 25%
5. Nedodržuji

3. b) doma a ve volném čase

1. Naprosto a stále dodržuji
2. Spíše dodržuji, jistě na 75%
3. Dodržuji asi na 50%
4. Spíše nedodržuji, jistě méně nežli na 25%
5. Nedodržuji

3.c) při sportu

1. Naprosto a stále dodržuji
2. Spíše dodržuji, jistě na 75%
3. Dodržuji asi na 50%
4. Spíše nedodržuji, jistě méně nežli na 25%
5. Nedodržuji

4. Vyhýbání se stressu, aktivní protistressový režim, v současnosti tyto zásady a postupy :

1. Naprosto a stále dodržuji
2. Spíše dodržuji, jistě na 75%
3. Dodržuji asi na 50%
4. Spíše nedodržuji, jistě méně nežli na 25%
5. Nedodržuji

5. Požívání alkoholu, v současnosti požívám alkoholické nápoje:

Před tím , nežli jsem se začal léčit, jsem alkohol 0. požíval / 1. nepožíval.

1. Stejně jako před zahájením léčby
2. Poněkud méně, nežli před zahájením léčby
3. Podstatně méně, jistě o polovinu méně nežli před zahájením léčby
4. Piji zřídka/výjimečně, průměrně 1 pivo (půl litru) , 1 sklenku (2 dcl) vína, či 1 sklenku (0,5 dcl) lihovin týdně
5. Nepiji vůbec alkohol

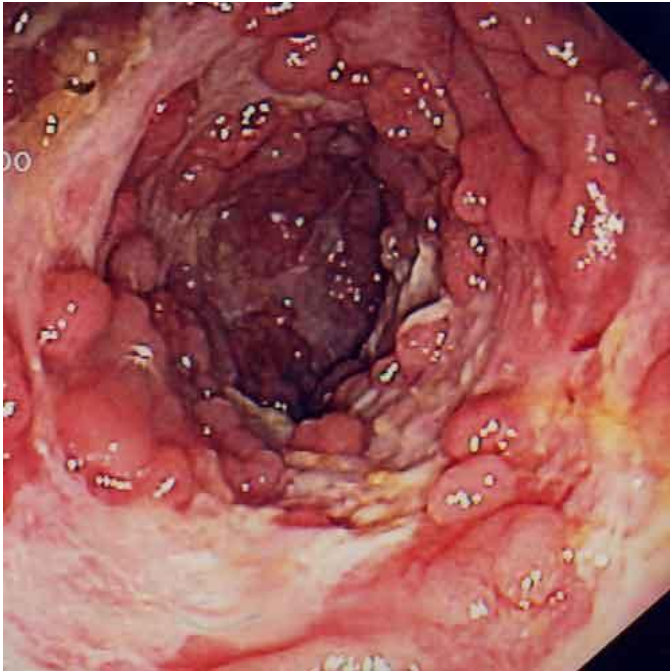
Příloha 2 otázky pro pacienty

Otázky pro pacienty

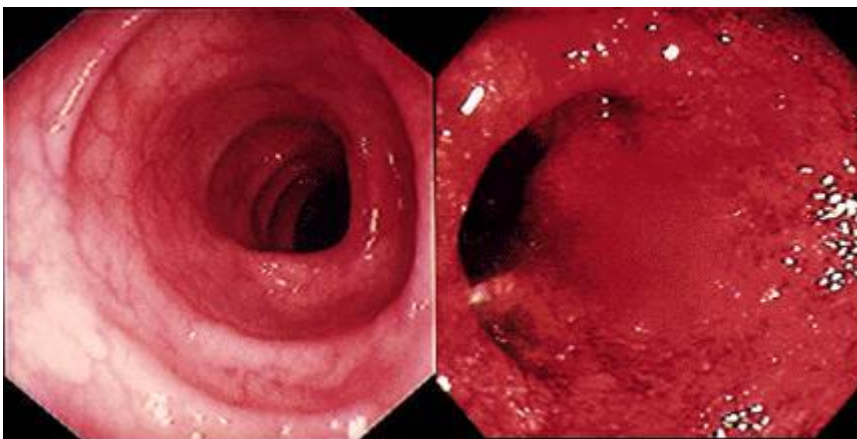
1. Kolik vám je let?
2. Kolik vám bylo, když se u vás nemoc projevila?
3. Jakou nemocí
4. Zda jste před léčbou kouřili, či nikoli?
5. Jaké byly faktory příčin při vzniku onemocnění?
6. Jaké se objevily příznaky?
7. Jakou část trávicího traktu jste měl/a napadenou?
8. Jakou upřednostňujete léčbu?
9. Dodržujete bezezbytkovou dietu?
10. Jaké potraviny vylučujete ze svého jídelníčku, díky nevolnostem?

Obrázky

Obrázek 1 Napadené střevo Crohnovo Chorobou



Obrázek 2 Ukázku zdravého tlustého střeva a napadené ulcerózní kolitidou



Healthy Colon

Ulcerative Colon

Obrázek 3

