Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Studies

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra klinických a preklinických oborů

Bakalářská práce

Dietní systém pacientů s ulcerózní colitidou a Crohnovou chorobou

Vypracoval: Hana Barnatová
Vedoucí práce: Doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Ulcerózní kolitida a Crohnova choroba jsou chronická zánětlivá onemocnění postihující trávicí trubici. Uvedená onemocnění se nedají vyléčit. Jejich průběh se dá zmírnit nebo snížit na klidovou fázi nemoci.

Crohnova choroba postihuje jakoukoliv část trávicího traktu, 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 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 příměsi 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 kvůli zánětu 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 pak musí dojít k odstranění postižené části střeva. Další komplikací jsou píštěle nebo abscesy. Řešením této komplikace je kombinace chirurgické a intenzivní medikamentózní léčby. U ulcerózní kolitidy je nejobávanější komplikací toxický megakolon. Tento stav je nebezpečný z důvodů zaplavování organismu toxickými zplodinami ze střeva. Toxický megakolon vyžaduje intenzivní lékařskou péči.

Diagnostika obou onemocnění se provádí buď fyzikálním vyšetřením, laboratorním vyšetřením, endoskopií nebo radiologickými metodami. Léčba u ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby probíhá nejprve medikamentózně, kdy se nemoc snažíme zmírnit nejdříve medikamenty. Pokud pacientům chybí vitamíny, ionty a nemohou je přijímat, doporučuje se léčba výživná. Do léčby se zahrnuje

enterální, parenterální a substituční výživa. Poslední možností léčby je chirurgický zákrok. K zákroku dochází, pokud nezabírá medikamentózní léčba nebo je zánět hodně rozsáhlý a akutní.

Dieta je důležitá pro udržení nebo zlepšení zdravotního stavu pacienta. Rozdělujeme ji do tří částí, podle toho, v jakém stadiu se nemoc vyskytuje. Dieta v klidové fázi by měla být šetřící, měla by obsahovat dostatek vitamínů, které pacientům při vzniku nemoci ubývají. V akutní fázi nemoci se přechází na dietu bezezbytkovou. 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 nutné také v období průjmů a křečovitých bolestí břicha. Obecná doporučení jsou různá. Dieta by se měla pro každého pacienta vytvářet individuálně, protože každému pacientovi může způsobovat potíže jiná potravina.

Cílem výzkumu bylo zmapovat současný stav dietního systému u ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby. Výzkum byl proveden 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. 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 kolika letech se u nich nemoc projevila, jaký měla průběh, jakou část těla jim zánět napadl, zda dodržují dietu a jakým potravinám se vyvarují z důvodů nevolnosti.

V souvislosti se stanoveným cílem byla stanovena hypotéza – většina pacientů – nositelé Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy považují dietu za důležitou součást léčby. Tato 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 Megalon. This situation is dangerous for reasons of flooding the body with toxic fumes from the gut. Toxic Megalon 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 vypracovala 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

1. Idiopatické střevní záněty 11
1.1 Co je Crohnova nemoc 11
1.2 Co je to ulcerózní kolitida 12
2. Výskyt Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy 13
2.1 Rizikové skupiny 13
2.2 Incidence 13
2.3 Prevalence 14
3. Projevy nemocí 15
3.1 Projevy Crohnovy choroby 15
3.2 Projevy ulcerózní kolitidy 16
3.3 Mimostřevní projevy obou onemocnění 17
4. Průběh nemocí 18
4.1 Crohnovy choroby 18
4.2 Průběh ulcerózní kolitidy 19
5. Komplikace zánětů 20
5.1 Střevní komplikace Crohnovy choroby 20
5.2 Střevní komplikace ulcerózní kolitidy 21
5.3 Mimostřevní komplikace 22
5.3.1 Žlučové kameny 22
6. Diagnostika Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy 23
6.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření 23
6.2 Laboratorní vyšetření 23
6.3 Endoskopická vyšetření 24
6.4 Radiologické vyšetření 25
6.5 Diferenciální diagnostika 27
7. Léčba Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy 28
7.1 Léčba medikamentózní 28
7.1.1 Aminosalicyláty 28
7.1.2 Hormonální léčba 29
7.1.3 Imunosupresiva 30
7.1.4 Biologická léčba 30
7.2 Léčba výživou 32
7.2.1 Enterální výživa 32
7.2.2 Parentenální výživa 32
7.2.3 Substituční léčba 32
7.2.4 Antibiotika 33
7.2.5 Probiotika 33
7.3 Chirurgická léčba 34
8. Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově chorobě 36
8.1 Příklady pokrmů, které mohou pacienti využívat 38
8.2 Příklad jídelníčku šetřící bezezbytkové diety č.5 na jeden den. 39
8.3 Příklad jídelníčku, dieta bez laktózy 40

Praktická část

2. Cíl práce 42
3. Hypotéza 43
4. Metodika 44
4.1 Metoda sběru dat 44
4.2 Výzkumný soubor 45
5. Výsledky 46
5.1 Výsledky kvantitativního výzkumu u pacientů s ulcerózní kolitidou 46
5.2 Výsledky kvantitativního výzkumu pacientů s Crohnovou chorobou 52
5.3 Výsledky kvalitativního výzkumu 58
6. Diskuze 62
7. Závěr 67

Úvod

Téma „Dietní systém s ulcerózní kolitidou a Crohnovou chorobou“ jsem si vybrala ze dvou důvodů. Prvním důvodem je výskyt Crohnovy choroby u mé kamarádky a druhým důvodem je Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida jako 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 uvedenými nemocemi, jaké jsou příčiny a projevy vzniku, jak probíhá léčba onemocnění, komplikace píštěle a abscesy a samozřejmě jsem se věnovala také dietě. Jaký typ diety se na tato 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 trpícími nemocemi. Uvedené 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 jakoukoliv část trávicího traktu nebo ústrojí. Nejčastěji se objevuje ve spojení mezi tenkým a tlustým střevem. Nemoci se projevují řadou symptomů. Obě onemocnění nejsou zcela vyléčitelná, ale jejich průběh se dá zmírnit nebo snížit na klidovou fázi onemocnění. 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 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 jakoukoliv jeho část od úst až po konečník, avšak v oblasti úst a jícnu je nález velmi vzácný a popsaný jen u několika málo případů. **(5).** Jde o zánět segmentální, transmulární, 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 popsána roku 1909. **(9)**. 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

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

2.1 Rizikové skupiny

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

Další vliv na zánět mohou mít infekce, pobyt v klimatizovaných místnostech, dlouhá a nepravidelná pracovní doba, stres, hygienické návyky, alergie, ale vliv faktorů na Crohnovu chorobu nebyl jednoznačně prokázán **(2)**. Crohnova choroba se může projevit v jakémkoliv věku. Postihuje stejně často obě pohlaví. Projevy Crohnovy choroby jsou nejčastěji zaznamenávány mezi 20. a 35. rokem věku. V poslední době se začíná nemoc objevovat častěji i u dětských pacientů. **(5)**
Ulcerózní kolitida se většinou projevuje 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

V naší republice je to u Crohnovy choroby 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 stádiích:

1. stádium se nazývá relaps – projevy nemoci se začínají znovu objevovat,
2. stádium se označuje remise – projevy nemoci jsou na ústupu, až zcela ustoupí,
3. stádium 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 podbřišku, průjmovité 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 operacím zánětu 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 umístněním 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 to do 30 až 60 minut. Pokud je bolest v pravém podbřišku stála, může znamenat už existující komplikaci. Průjmy úzce souvisejí s jídlem. Zpravidla jim předchází nebo je provází bolesti břicha. Nedostatek příjmu potravy a zánětlivý vliv choroby jsou příčinou hubnutí. **(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 patří 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 análni papily, které vytvářejí bolestivé výrůstky v konečníku. **(1)**. O píštělích a abscesech se zmíním 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 a rozsáhlý tvar.

Proktitida postihuje konečnou část tlustého střeva – konečník v délce 10 až 15 cm od análního okraje. U dané formy je typické bolestivé nutkání na stolici, kdy vychází hlen nebo krev. Stolice 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 podbřišku. V pokročilém stádiu se objevují vysoké teploty, křečovité bolesti břicha, hubnutí. Tyto projevy jsou typické pro celkový zánět.

Rozsáhlý tvar postihuje tlusté střevo, konečník, ale navíc také příčný tračník. Vyskytuje se stolice s příměsí krve nebo hlenu, a navíc může docházet ke vzniku toxického megakolonu, o kterém se zmíním v další kapitole. Může dojít dokonce k proděravění střeva. **(1, 2, 3)**

3.3 Mimostřevní projevy obou onemocnění

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

Na kůži pacienta vzniká nodózní erytém – bolestivé zduřeniny podkoží a kůže, které postihují zejména bérce. **(1)**

U očí se objevují záněty duhovky, zánět spojivek a dochází i k zánětlivému onemocnění očního bělma. Pohybový aparát může být napaden nejčastěji artrózou, osteoporózou, artritidou. **(6)**

4. Průběh nemocí

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 apendicitidě – zánětu slepého střeva. Typickými projevy jsou bolesti břicha, nejčastěji v pravém podbřišku, průjmovité stolice většinou bez příměsi 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 = zklidnění a rekurence = recidiva. Dané 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 vzniku 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 (zánětlivý, stenózující, píštělový) je pro konzervativní léčbu nejlepší zánětlivý typ. Stenózující a píštělový typ je hlavním důvodem k chirurgické intervenci a poté se musejí léčit medikamenty. Operaci se nevyhne asi 80 % pacientů a k 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 Aktivity 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 nevyléčitelná, ale u většiny pacientů dokáží lékaři léčbou dosáhnout klidové fáze, takže pacienti 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 CAI neboli Rachmilewitzova indexu, který hodnotí počet stolic, bolest břicha a teplotu.

Za lehké onemocnění se považuje ulcerózní kolitida, pokud má pacient stolice méně než 4x denně, často s malým množstvím krve s nepřítomností teploty. Pokud pacient trpí chudokrevností, tak jen mírnou a sedimentaci má normální nebo mírně zvýšenou.

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

Těžké onemocnění znamená více jak 6 stolic za den s masivní příměsí krve. Vyskytuje se zvýšená teplota a zrychlená srdeční činnost, která je následkem částečně anemie a částečně zánětlivou aktivitou. Hodnota hemoglobinu je nízká a sedimentace středně zvýšená. **(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 zmíním 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 (roztažení) 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 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 píštěle okolo konečníku a řitního otvoru – periproktální.“[Kohout, Pavlíčková, 2006, s. 33]

Další známou komplikací jsou abscesy. Jsou to dutiny vyplněné hnisem, které nalezneme v břišní dutině - mezi střevními kličkami, ale také v oblasti hýžďových svalů nebo v okolí konečníku. **(5, 22)**

Řešením abscesů a píštělí je kombinovaná terapie chirurgické a intenzivní medikamentózní léčby. Do medikamentózní léčby zahrnujeme podávání antibiotik, imunosupresiv a biologickou léčbu. **(1)**

5.2 Střevní komplikace ulcerózní kolitidy

U ulcerózní kolitidy je nejobávanější komplikací toxický megakolon. Jedná se o stav, kdy dochází k ochrnutí hladkého svalstva stěny střevní a k rozšíření střevního průsvitu, ve kterém se hromadí střevní obsah. Tato situace je nebezpečná tím, že organismus zaplavují jedovaté zplodiny (toxiny) ze střeva, a to díky přerůstajícím bakteriím. Hrozí proděravění střeva s následným zánětem pobřišnice. K ochrnutí dochází např. při podání léků proti průjmu nebo na základě septického stavu. Tento stav vzniká u těžkých tvarů ulcerózní kolitidy. Toxický megakolon vyžaduje intenzivní lékařskou péči a většinou také chirurgický zákrok, při kterém dochází k odstranění tlustého střeva. **(5, 11)**

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

5.3 Mimostřevní komplikace

Příčina vzniku mimostřevních projevů není dosud objasněna. Projevy se dělí na takové, které jsou závislé na zánětlivé aktivitě nemoci a na ty, které nesouvisejí s aktivitou nemoci. Tyto projevy jsou častější u tlustého střeva než tenkého. **(5)**

Mimostřevní projevy Crohnovy choroby se mohou týkat kloubů, kůže, sliznice, očí, cévního systému, jater, žlučového systému, ledvin a srdce. **(5)**

Klouby (artritida) a obzvlášť kloub kolenní a hlezenní poškozují 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. Uvedené záněty jsou bolestivé, nezůstávají však žádné následky. **(1, 5)**

Na kůži a podkoží se mohou vyskytovat červené bolestivé skvrny nebo bolestivé zduřeniny. Dochází k tomu v závislosti na aktivním onemocnění (erythema nodosum)- nedózní erytém. Na sliznici dutiny ústní se vyskytují afty. **(1, 5, 9, 20, 31)**

5.3.1 Žlučové kameny

Objevují se také žlučové kameny (cholelithiasa) na přechodu tenkého a tlustého střeva. Dochází k porušení vstřebávání žlučových kyselin. Kyseliny se ve větší míře dostanou do tlustého střeva a tam usnadní vstřebávání žlučového barviva bilirubinu, které se pak zakládá na vzniku pigmentovaných žlučových kamenů. Podobně se vyskytují 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 diagnostiku.

6.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření

Jakékoliv vyšetření by mělo začínat důkladným prohlédnutím pacienta a fyzikálním vyšetřením lékaře. Lékař by měl vyšetřovat pomocí smyslů, což znamená – pomocí pohledu, poslechu, pohmatu a poklepu. Součástí prohlídky by mělo být i vyšetření konečníku. Těžká podvýživa s otoky, infiltráty či bolestivý pohmat nebo poklep břicha, pozitivní nález v konečníku, píštěle v okolí konečníku, mohou být následkem idiopatického zánětu. Na rtech, jazyku, nebo bukální 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 a krevní obraz.

Při rozboru krve dochází u pacientů s CN k nálezu již zmiňované anemie (chudokrevnosti). Dochází ke snížení hladiny železa v séru. Také se prokazuje

zrychlená 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, se 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 protilátky se objevují u 60 % pacientů s CN. Není známo proč, ale vyskytují se zejména u pacientů, jimž zánět postihl tenké střevo v oblasti terminálního ilea, části ústící do tlustého střeva. U zdravých lidí je výskyt těchto protilátek jen dvouprocentní.

U 60 – 70 % nemocných s ulcerózní kolitidou jsou přítomny protilátky – zvláštní imunoglobuliny namířené proti bílým krvinkám.

Vznik zánětu potvrzuje také vyšší hodnota bílých krvinek, vyšší počet krevních destiček a zvýšená koncentrace C-reaktivního proteinu. Dochází také k ubývání červených krvinek. **(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 bílých krvinek 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, 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. 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 koloskopií. Koloskopie u UC slouží ke zjištění, jak rozsáhlé onemocnění je, 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 dodržujeme 2 - 3 dny bezezbytkovou dietu. Odpoledne před vyšetřením se proplachuje střevo pomocí roztoku kontaktních solí, které podáváme ústy. Mezi tyto soli patří hořečnaté a fosfátové soli.

U pacientů s CN se dále provádí gastroskopie, při které se vyšetřuje jícen, žaludek a dvanáctník.

Jako další vyšetření můžeme zmínit enteroskopii. Tímto vyšetřením se prohlédne celé tenké střevo. Mezi její formy řadíme dvoubalonovou enteroskopii.
ERCP – endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie se využívá při podezření na mimostřevní komplikace s postižením žlučovodů nebo slinivky břišní.
Kapslová endoskopie je vyšetření trávicího traktu pomocí minifotoaparátu, který po polknutí prochází trávicím ústrojím a nafotí dva snímky za vteřinu po dobu 6 - 8 hodin. Obraz přenáší snímací zařízení, které má pacient umístněné 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. Tímto vyšetřením lze objevit hmatatelné zduření v břiše. Je možné zjistit i tloušťku stěn jednotlivých úseků střev a jejich prokrvení pomocí Dopplerovy sondy.

Rentgenové vyšetření

Rentgenové vyšetření břicha se provádí buď 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 enteroklýza, kdy je pacientům zavedena tenká cévka obsahující řídký roztok baria a methylcelulózy ústy do žaludku a potom dále do dvanáctníku. Vyšetření trvá přibližně 60 – 90 minut. Enteroklýza 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. Tato metoda vyšetření už dnes znamená tzv. „zlatý standard " diagnostiky Crohnovy choroby. Vyšetření magnetickou rezonancí je přínosem pro pacienty, kterým zánět způsobil problémy v oblasti konečníku nebo řitního kanálu a trpí na hnisavé komplikace, jako jsou abscesy nebo píštěle. Předností vyšetření je bezbolestnost a na rozdíl od rentgenového vyšetření mohou tuto metodu využívat také těhotné ženy. Nevýhodou vyšetření je, že pacienti, kteří mají v těle cizorodý kovový materiál, například endoprotézu, magnetickou rezonanci podstoupit nesmějí.

Určit rozsah onemocnění a pro pacienta nejvhodnější léčbu můžeme díky zhodnocení tělesného stavu, anamnézy pacienta a díky uvedeným 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 ozáření. K rozlišení je nutné provést kolonoskopické 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 onemocnění liší. Před zahájením léčby je důležité, aby pacient s Crohnovou chorobou přestal kouřit. Ve srovnání s kuřáky měli pacienti, kteří přestali kouřit, o 60 % nižší počet akutních atak v průběhu sledovaného dvouletého období. **(1, 5, 14)**

Léčba dle Červenkové a Kohouta se rozděluje:

- léčbu medikamentózní,
- léčbu výživnou,
- léčbu chirurgickou.

7.1 Léčba medikamentózní

Do medikamentózní léčby řadíme 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 v klidu. K tomu používají lékaři aminosalicyláty a imunosupresiva. **(1, 24)**

7.1.1 Aminosalicyláty

Název aminosalicyláty je odvozen od kyseliny 5 – aminosalicylové, která je obsažená v lécích. Do této kategorie patří sulfasalazin, což je látka osvědčená u léčby zánětu tlustého střeva. Sulfasalazin objevila roku 1942 švédská lékařka Nanna Swartzová a byl používán jako standardní lék u ulcerózní kolitidy. Sulfasalazin má ovšem vedlejší účinky, jako jsou bolest hlavy, pocit na zvracení,

bolest v nadbřišku. U jiných pacientů mění krevní obraz, zvyšuje hodnotu jaterních testů. Díky jeho nevýhodám se v dnešní době již tolik nepoužívá, ale bývá nasazen 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, které mají méně nežádoucích účinkůnež měl sulfasalazin. Jsou to mesalazin, olsalazin, balsalazide. Působí na určité oddíly trávicího traktu, každý na jinou část.

Mesalazin je nejvíce používaným 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, patří 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 také velmi velké množství nežádoucích účinků. Jednou z nevýhod je, že pacienti na kortikoidech bývají závislí. Asi u 40 % pacientů je nebezpečí, že po vysazení léků se projevy nemoci během pár týdnů vrátí. Může také dojít k porušení metabolismu kostní tkáně, což vede ke ztrátám minerálů z kostí a ke vzniku osteoporózy. Dochází k narušení metabolismu cukrů, což může vést ke vzniku cukrovky a zvýšení hladiny krevních tuků i odbourávání bílkovin. U těchto případů musí lékaři minimalizovat dávku kortikoidů, tak aby choroba zůstala v klidové fázi. Celková doba léčení by neměla trvat déle než tři měsíce. **(1, 5)**

Topické stereoidy se objevili začátkem roku 90. let minulého století. U pacientů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou měl největší úspěch budesonid. Těm, kteří 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 se podává lokálně ve formě rektálních nálevů. Dávka budesonidu je 9 mg denně.

7.1.3 Imunosupresiva

Dané látky blokují činnost imunitního systému, který zodpovídá 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. Může se projevit nesnášenlivost na uvedené léky nebo alergická reakce či porušení krvetvorby. Proto musí lékaři nemocným stále kontrolovat krevní obraz.

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

Metotrexát se používá u pacientů s těžkým průběhem Crohnovy choroby. 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.

Rozlišujeme 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 života.

Mezi účinné látky patří infliximab, který je monoklonální a obsahuje 75 % lidské složky, 25 % bílkoviny imuglobulinu tvoří myší sekvence. 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 vhodná:

- při přecitlivělosti 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 mohou 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 také velice nákladná. Proto ji 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 dané léčby je cílem dodat pacientům chybějící vitamíny, ionty a upravit výživu podle toho, co potřebují. Do léčby patří enterální výživa, parenterální výživa, substituční léčba, antibiotika a probiotika.

7.2.1 Enterální výživa

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 nebo v roztoku který pacienti pijí. 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. 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 léčeni kortikoidy. Obsahuje kalcium, kalium a magnezium ve formě tablet. U pacientů, kteří za sebou mají resekci terminálního ilea, musí 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 nitroimidazoly (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 se chápou buď jako léčiva, a nebo 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.* Probiotika jsou důležitá 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 emergenní (urgentní), to znamená výkon, který je prováděn v případě nebezpečí smrti čí těžkých komplikací a efektivní (plánovaný), to znamená výkon po dostatečné předchozí přípravě"*[Kohout, Pavlíčková, 2004, s. 40].

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 nebo zánět pobřišnice. K plánovanému chirurgickému zákroku dochází při selhání konzervativní léčby, výrazného zúžení střeva, píštěle mezi střevními kličkami. Většina nemocných absolvuje operaci alespoň jednou v životě,ale asi u 80 % pacientů se nemoc opakuje. U Crohnovy choroby se provádí chirurgické zákroky, jako jsou ileocékální resekce a strikturoplastika.

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

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

Ulcerózní kolitida

U ulcerózní kolitidy k chirurgickému urgentnímu zákroku dochází, pokud má pacient proděravění střeva, když krvácí z tlustého střeva, při zaplavení toxickými zplodinami – otrava krve, při toxickém megakolonu. K efektivnímu zákroku dochází při komplikacích konzervativní léčby, těžkému zúžení střeva, rakovině nebo při 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.

Provádí se tyto druhy operací:

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

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

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

Při protkokolektomie a ileo-pouchanální anastómze se odstraní celé tlusté střevo i konečník a ponechá se jen řitní kanál. Z několika kliček tenkého střeva se udělá vak a na ten 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 by měla být nedráždivá, šetřící a dostatečně kaloricky vydatná. Měla by obsahovat hodně bílkovin a dostatek vitamínů, které pacientům 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 1kg váhy 1,2g 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 obsahuje také 5 gramů bílkovin, 1 plátek sýra obsahuje
  5-10 gramů bílkovin).

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

V akutní fázi vzplanutí nemoci je nutná bezezbytková dieta. Jsou vyloučeny potraviny, které obsahují nestravitelnou vlákninu (luštěniny, ořechy a semena, nadýmavá zelenina, celozrnné výrobky). Pokrmy je třeba připravovat vařením, dušením, v páře a, nebo pečení v alobalu. Vynechat grilování a smažení.

U vysoce aktivního onemocnění je podávána výživa parenterální nebo enterální (viz kapitola 7.2). 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 zlepší, se zprvu podává čaj, suchary, kaše, bílé pečivo. Pokud pacient jídlo snáší, můžeme přidat těstoviny, vařené ovoce nebo zeleninu, brambory, rýži, drůbež nebo ryby. Vše se podává v malém množství. **(2, 5, 28)**

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

Potraviny a nápoje, které pacienti špatně snáší, jsou:

- luštěniny,
- syrová zelenina,
- citrusové plody (pomeranče, mandarinky, citróny),
- 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, stejně jako ostatní lidé, by měli vypít 1,5 litru 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, ale 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, obilovinách, kyselině listové, ve vaječném žloutku a v minerálních vodách. Při chronickém zánětu je potřeba dodat železo, které je obsaženo v játrech, mase, vejcích a obilovinách. Dále pacientům chybí vitamíny jako vitamín B1, který je obsažen ve vepřovém mase, hovězím mase, játrech, obilovinách a B2, jež je

obsažen v mléce, mléčných výrobcích, játrech, obilovinách. Vitamín B6 je obsažen v pšenici a kukuřici. B12 se vyskytuje v játrech, vejcích. **(2, 5)**

Vitamín C, který je obsažen v ovoci, zelenině, ovocných šťávách, bramborách, zeleninových šťávách. Vitamín A se vyskytuje v játrech, mléčných výrobcích, vaječném žloutku. Vitamín D v mléčných výrobcích, rybím tuku, vejcích Vitamín E najdeme v rostlinných olejích, oleji z pšeničných klíčků a v listové zelenině. Vitamín K se vyskytuje v sýrech, zelené listové zelenině 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 – 600g kuřecích prsou, kousek květáku, 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.

Květák 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 kaše vmícháme připravenou zeleninu, sekanou petrželku a trochu dosolíme. Mezitím lehce naklepeme kuřecí plátky, osolíme je a na každý plátek navršíme zeleninovou směs, svineme a převážeme nití. Do hlubšího hrnce nalijeme olej a přidáme pokrájenou cibuli, kterou zpěníme. Poté vložíme závitky, které opečeme ze všech stran, podlijeme vodou a pod pokličkou dusíme do měkka. Když závitky změknou, vyjmeme je a

vzniklou šťávu zahustíme strouhankou z chleba a povaříme. Závitky podáváme s rýží, smíchanou se sterilovaným 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), 150g 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 23g bílkovin, 1g sacharidů, 11,5g tuků a energie je 203 kcal. **(13)**

Polévka bramborová jemná – 50g brambor, 10g mrkve, 10g celeru, 10g petržele, 30g hovězí kližky, 10g másla, 10g hladké mouky, 10g červené řepy, 40g zakysané smetany, sůl, kmín, pažitka, koření Vegi-vegi.

Očištěnou a nastrouhanou zeleninu uvaříme v osolené vodě. Scedíme a 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 9g bílkovin, sacharidů 23g a tuků 11. Energetická hodnota je 279 kcal. **(5)**

8.2 Příklad jídelníčku šetřící 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 výzkumu.

Charakteristika výzkumného souboru

Před zahájením první části výzkumu byl osloven pan profesor Milan Lukáš z klinického centra ISCARE v Praze. Byl získán jeho souhlas. Pro zjištění byl použit kvantitativní výzkum.

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

4.2 Výzkumný soubor

První výzkumný soubor tvořili pacienti s ulcerózní kolitidou a Crohnovou 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 celkového počtu dotazníku se jich vrátilo 48 a pro neúplnost byly vyřazeny 4 dotazníky. Pro vyhodnocení výzkumu bylo tedy použito 44 dotazníku.

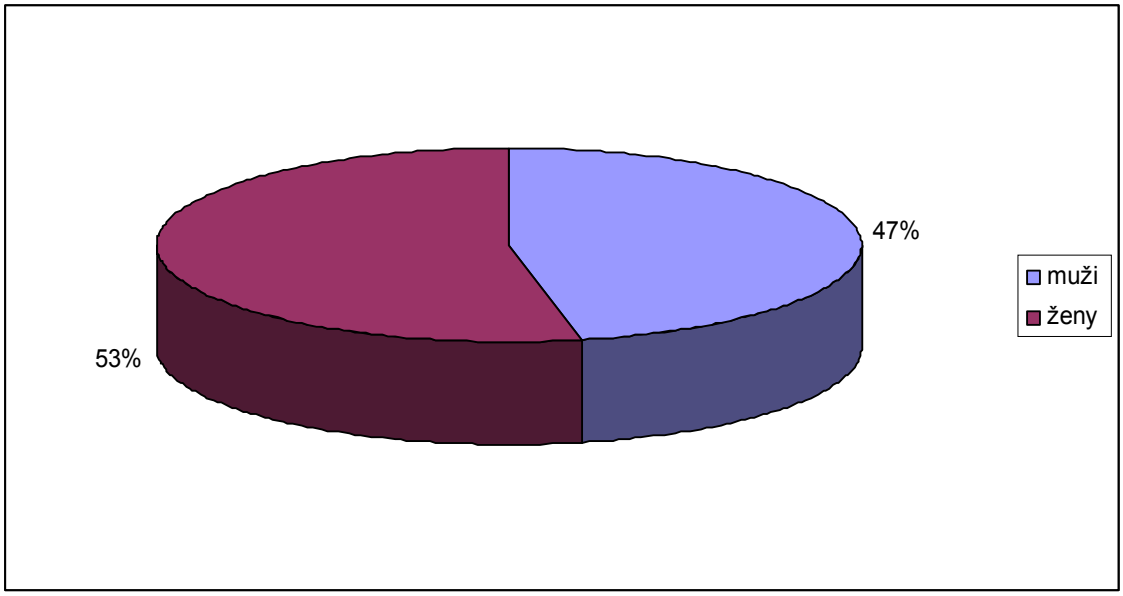
Pacienti s ulcerózní kolitidou vyplnili 15 dotazníků a pacienti s Crohnovou chorobou vyplnili 29 dotazníků. Výsledky byly zpracovány do grafů pomocí Microsoft Office Excel.

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

5. Výsledky

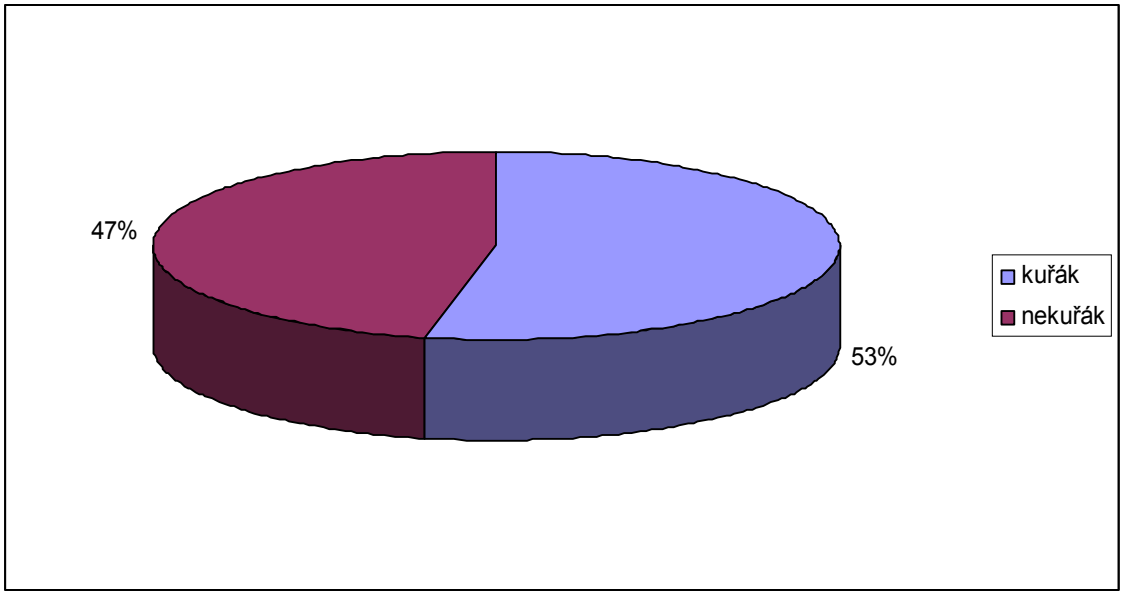
5.1 Výsledky kvantitativního výzkumu u pacientů s ulcerózní kolitidou

Graf 1. pohlaví pacientů ulcerózní kolitidy



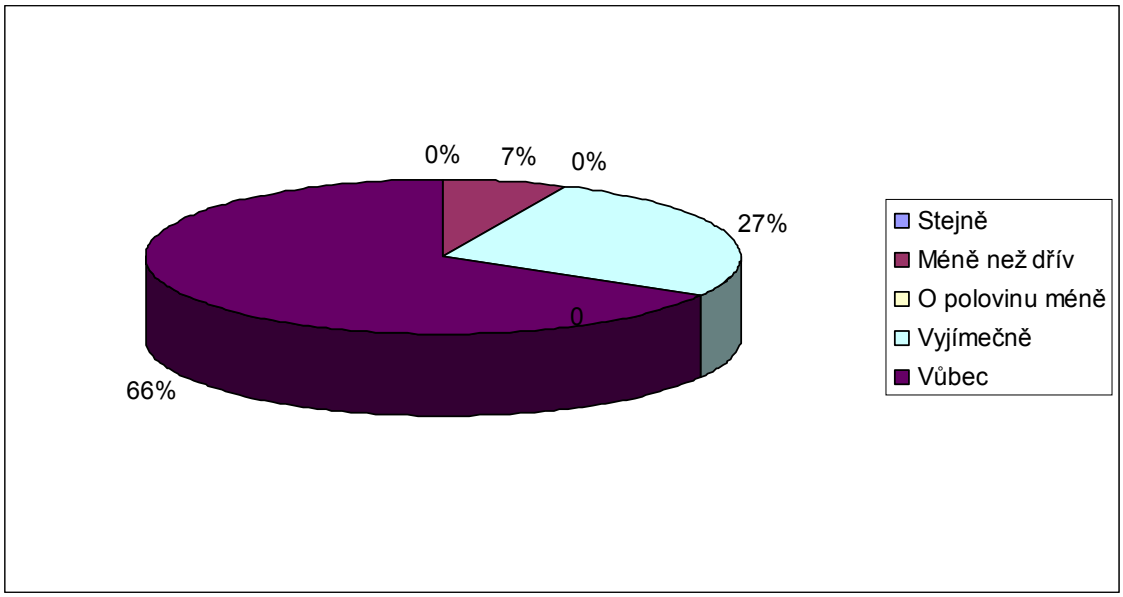
Graf informuje, že s ulcerózní kolitidou je 8 (53 %) žen a 7 (47 %) mužů.

Graf 2. Kolik pacientů kouřilo před léčbou



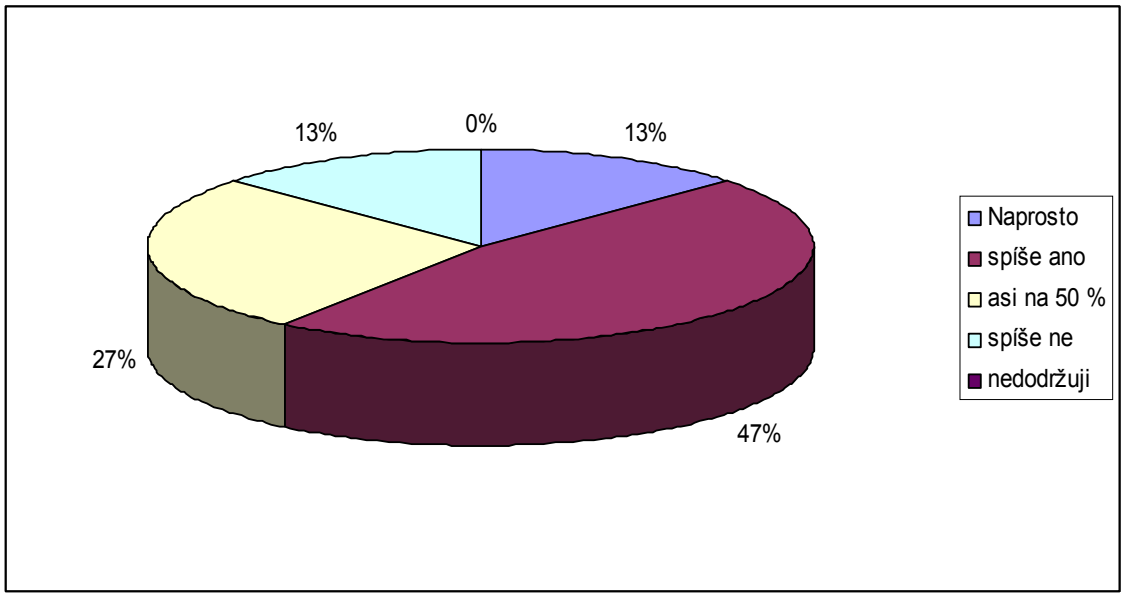
Graf informuje, kolik pacientů kouřilo před léčbou. Kuřáků je 8 (53 %) a nekuřáků 7 (47 %)

Graf 3. Jak často kouří při léčbě



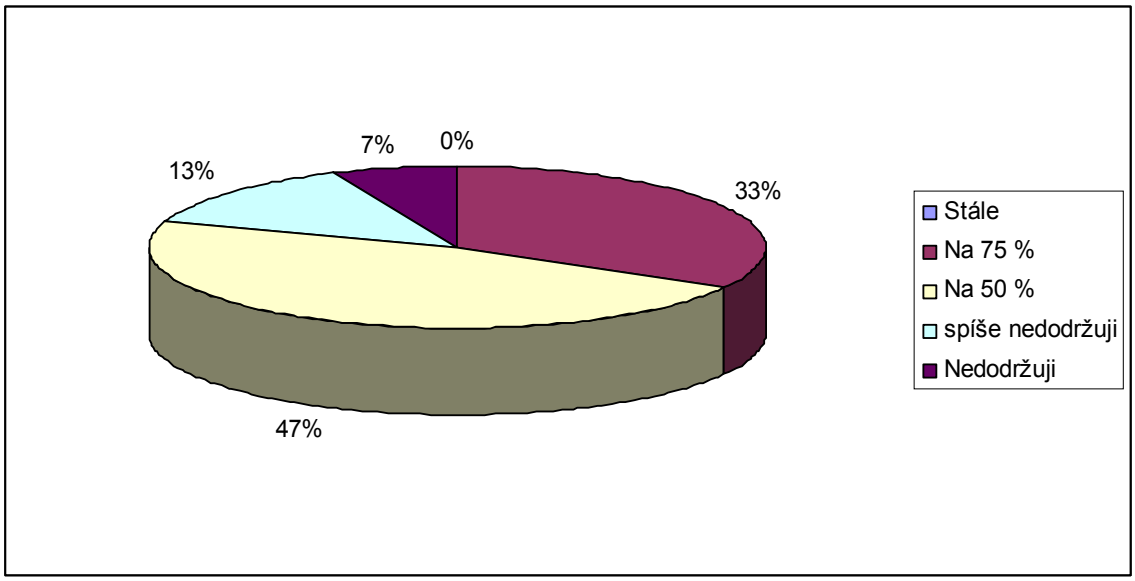
Graf informuje, jak pacienti často kouří při léčbě. Stejně kouří 0, méně než dříve 1 (7 %), o polovinu méně 0, výjimečně 4 (27 %) a nekouří 10 (66 %).

Graf 4. – Dodržování zdravé výživy



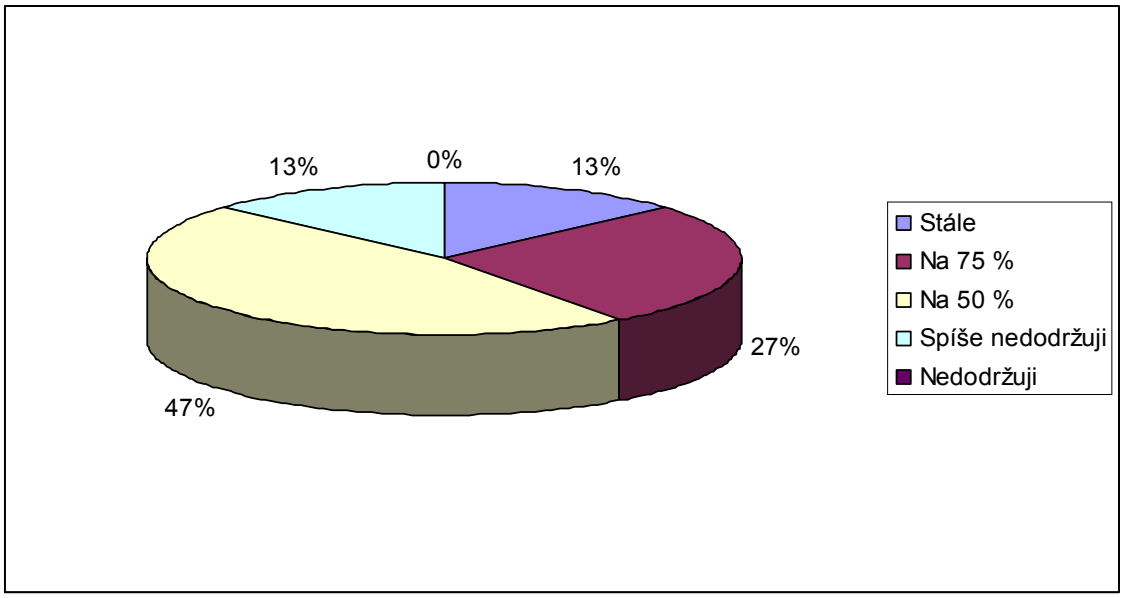
Graf ukazuje, kolik pacientů dodržuje zásady zdravé výživy. Stále a naprosto zásady dodržují 2 (13 %), Spíše dodržuje 7 (47 %), asi na 50 % zásady dodržují 4 (27 %), Spíše nedodržují 2 (13 %), a zásady zdravé výživy nedodržuje 0.

Graf 5. – Dodržování zásad pohybové režimu v zaměstnání



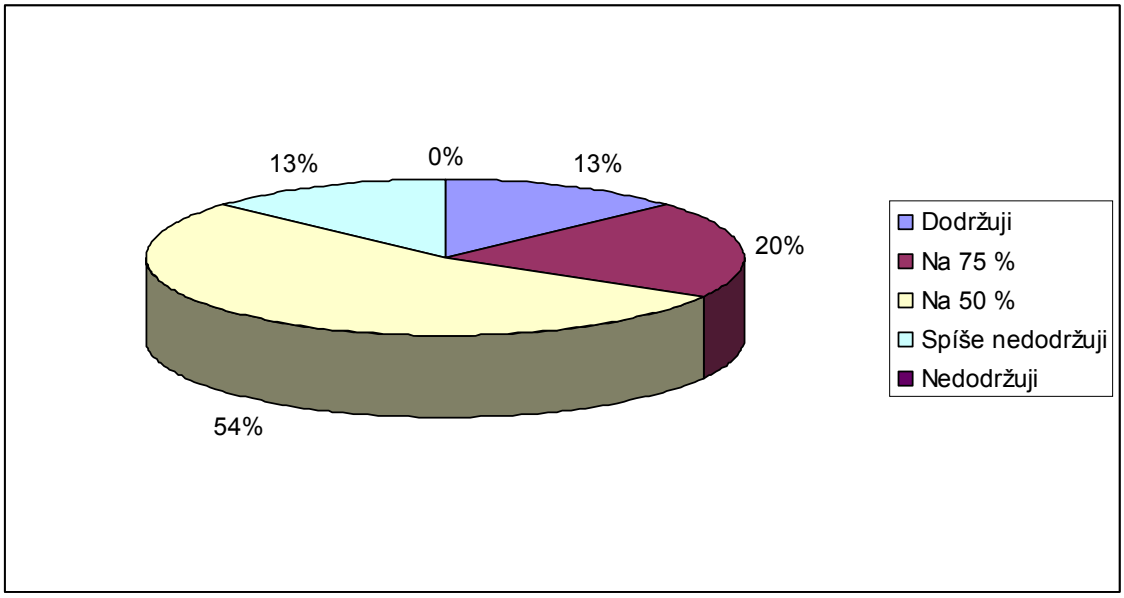
Graf znázorňuje, kolik pacientů dodržuje pohyb v zaměstnání. Stále dodržují pohyb v zaměstnání 0, Spíše ano 5 (33%), asi na 50 % dodržuje pohyb 7 (47%), spíše nedodržují 2 (13 %), a zásady nedodržuje vůbec (7%).

Graf 6. – Dodržování zásad pohybového režimu ve volném čase



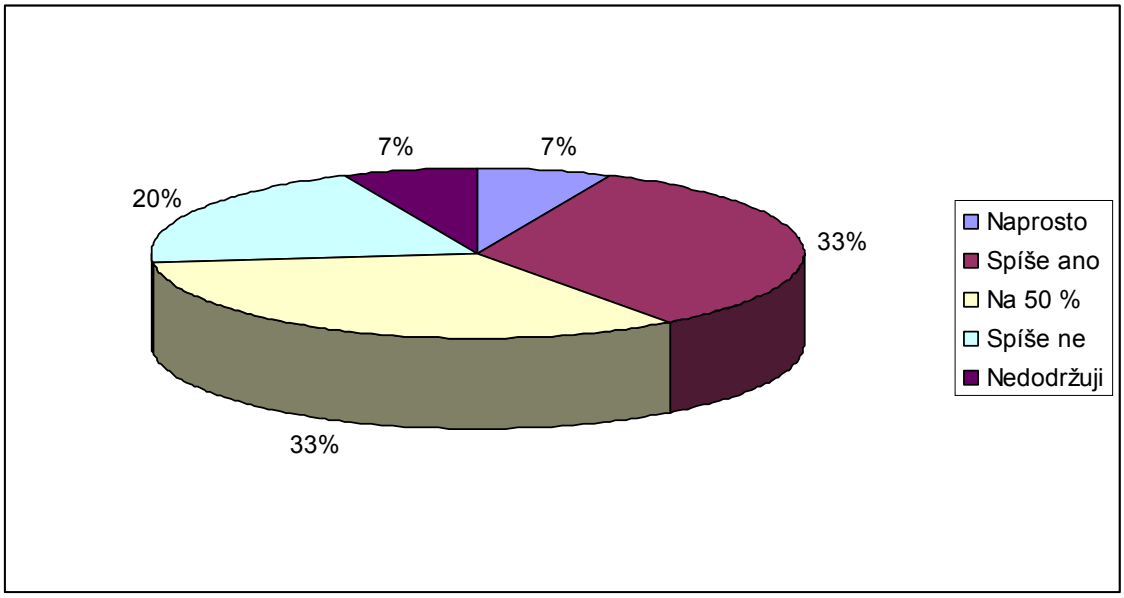
Graf znázorňuje, kolik pacientů dodržuje zásady pohybového režimu ve volném čase. Stále pohyb dodržují 2 (13%), spíše ano 3 (27%), na 50 % dodržuje zásady 8 (47%), spíše ne 2 (13%), nedodržuje 0.

Graf 7. – Zásady pohybu při sportu



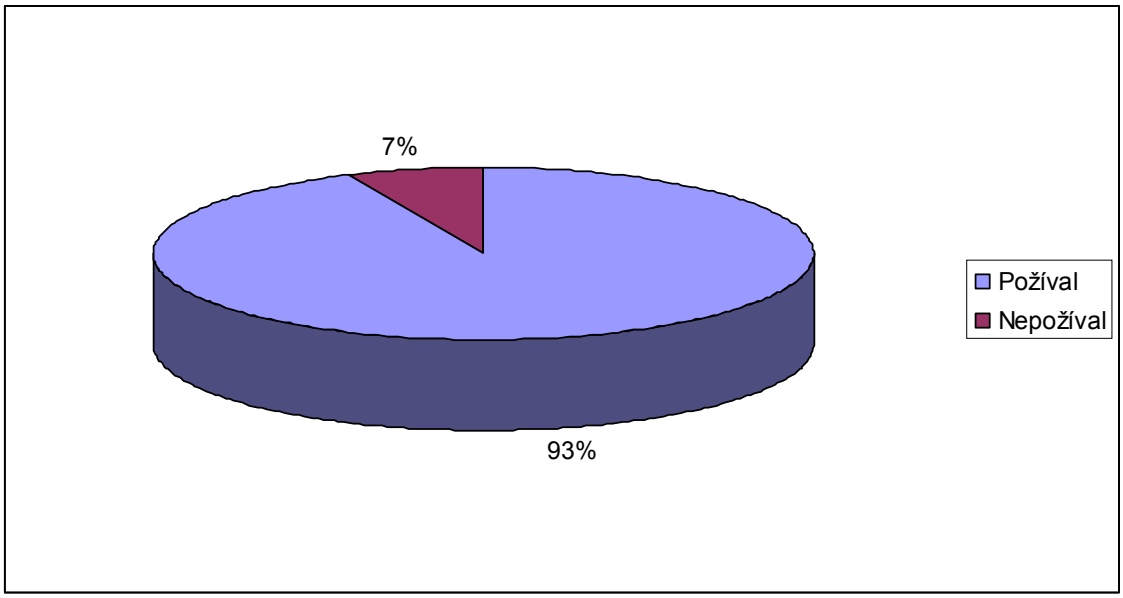
Graf znázorňuje kolik, pacientů dodržuje zásady pohybového režimu při sportu. 2 (13 %) dodržují, spíše ano 3 (20 %), na 50 % dodržuje zásady 8 (54 %), spíše ne 2 (13 %) a nedodržuje zásady 0.

Graf 8- Vyhýbání se stresu



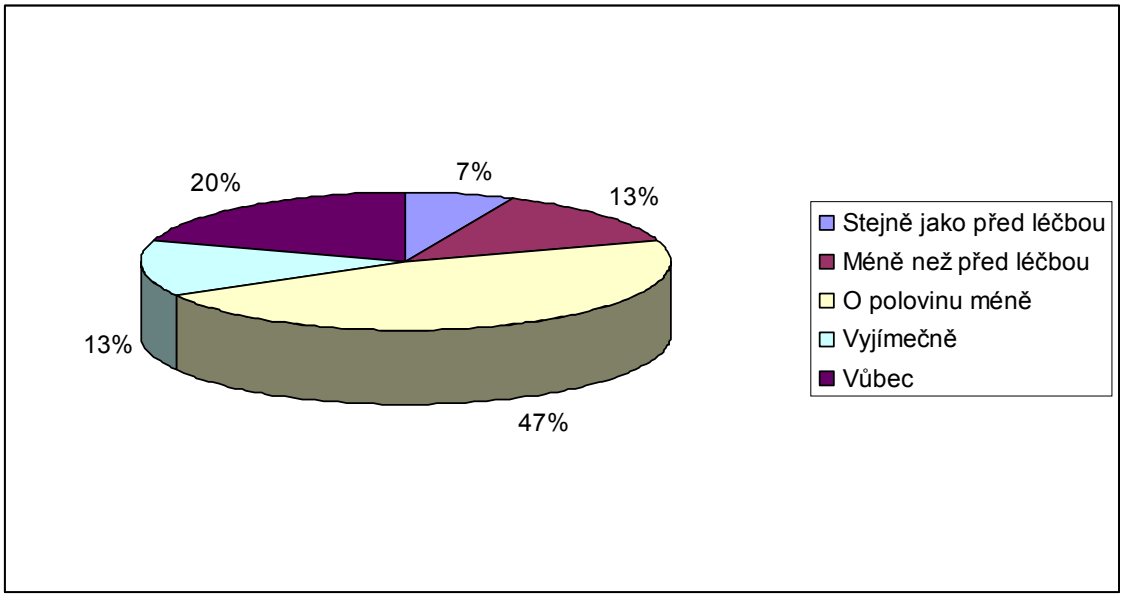
Graf informuje, jak se pacienti dokáží vyhýbat stresu. Vyhýbat stresu se dokáže 1 (7 %), spíše ano 5 (33 %), na 50 % se stresu vyhýbá 5 (33 %), spíše ne 3 (20 %), a vůbec 1 (7 %).

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.

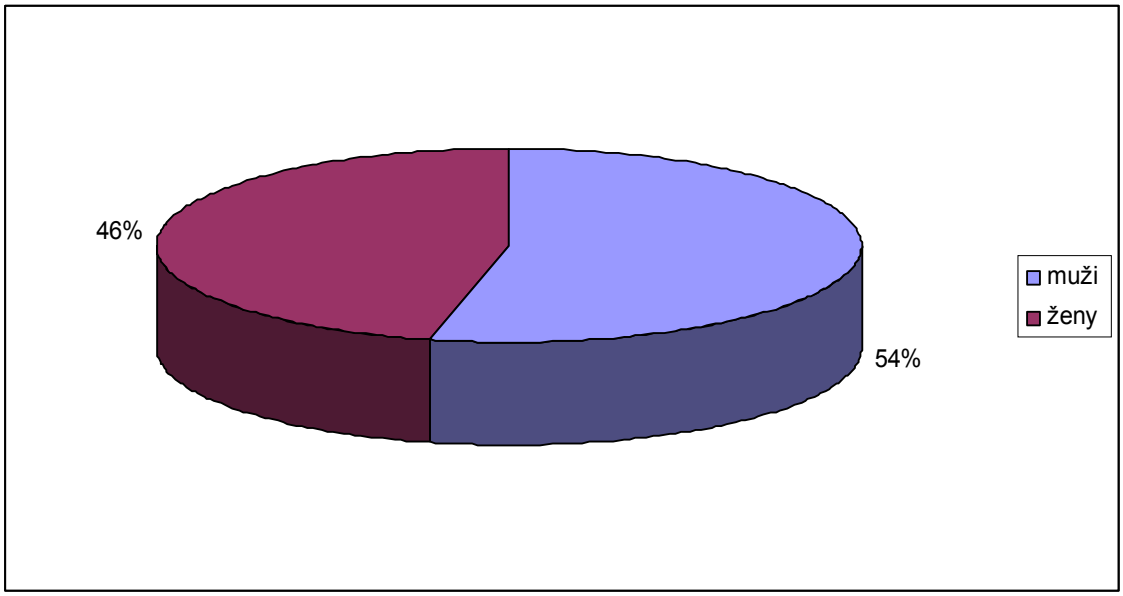
Graf 10. – Požívání alkoholu při léčbě



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 %).

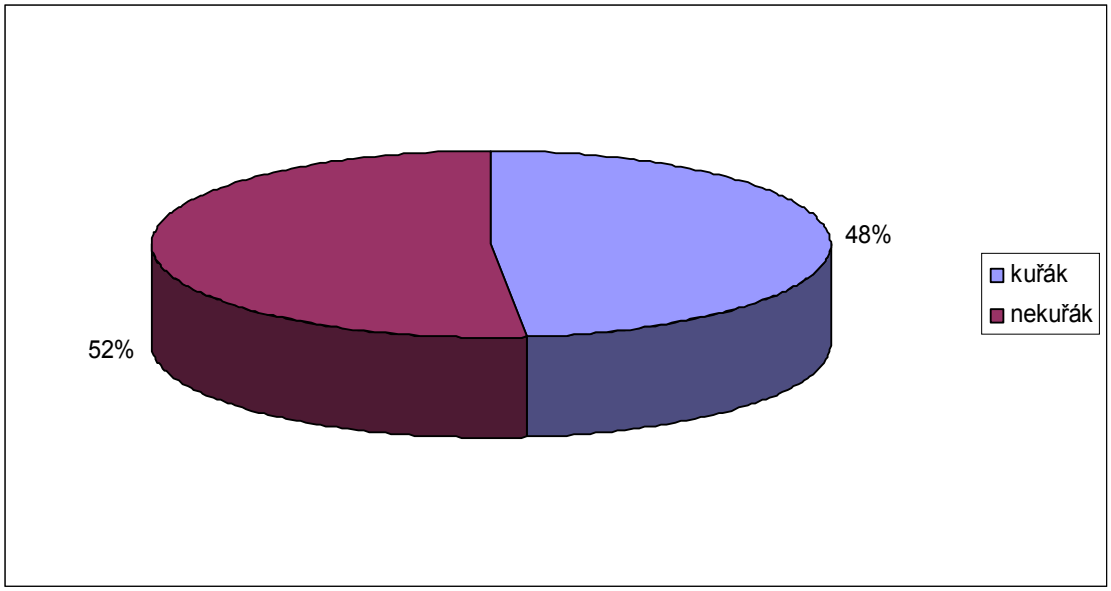
5.2 Výsledky kvantitativního výzkumu pacientů s Crohnovou chorobou

Graf 11. - Pohlaví pacientů s Crohnovou chorobou



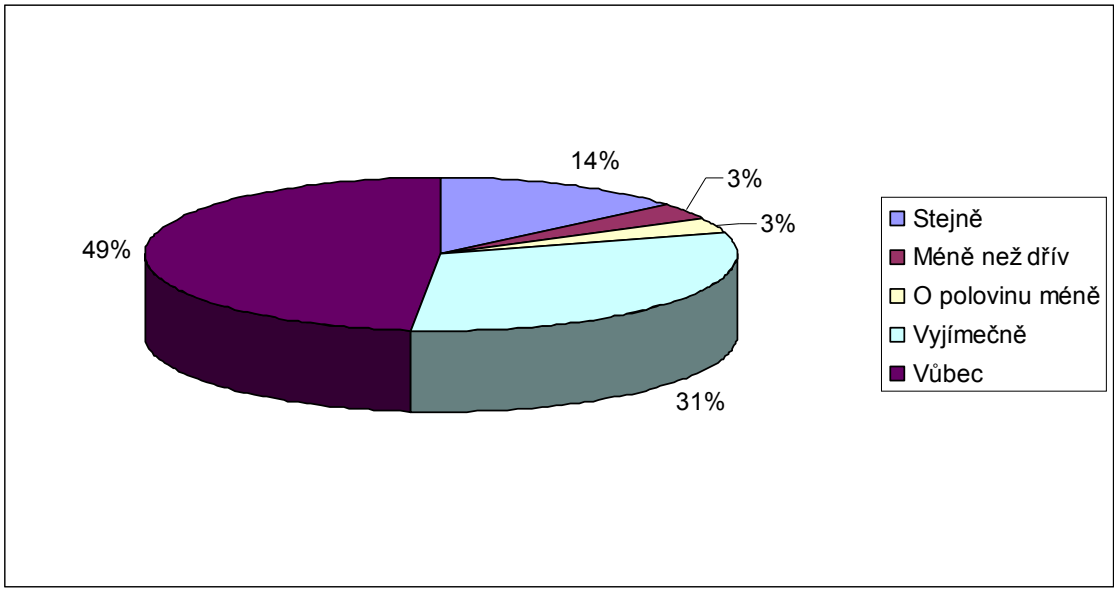
Graf informuje, že Crohnova choroba se vyskytuje u 14 (46 %) žen a 15 (54 %) mužů.

Graf 12. Kolik pacientů před léčbou kouří



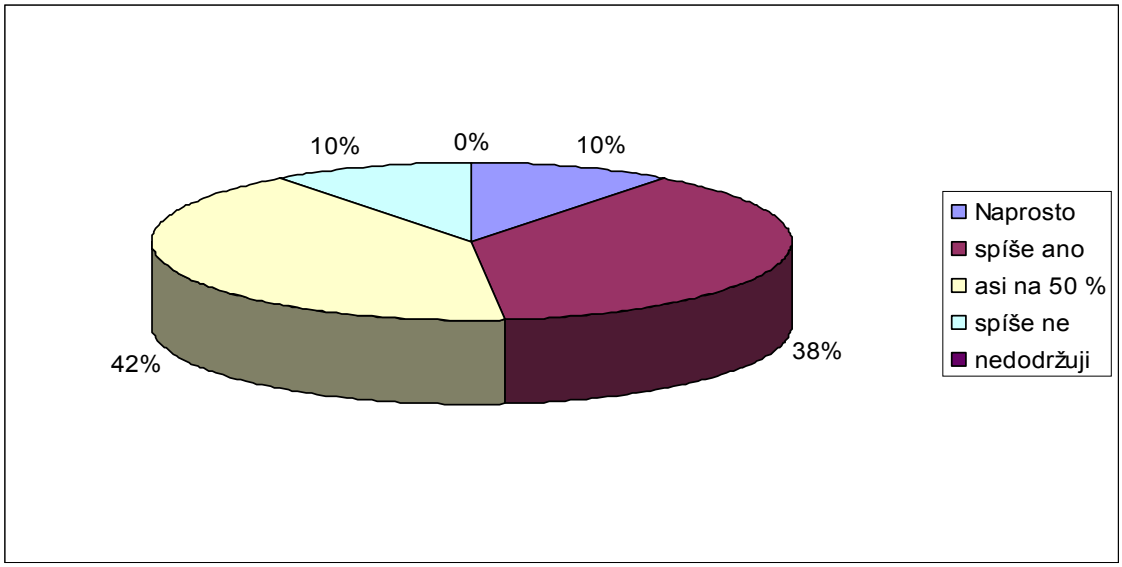
Graf informuje, kolik pacientů kouřilo a nekouřilo před léčbou. Kouřilo 14 (48 %) a nekouřilo 15 (52 %).

Graf 13. – Kolik pacientů kouří při léčbě



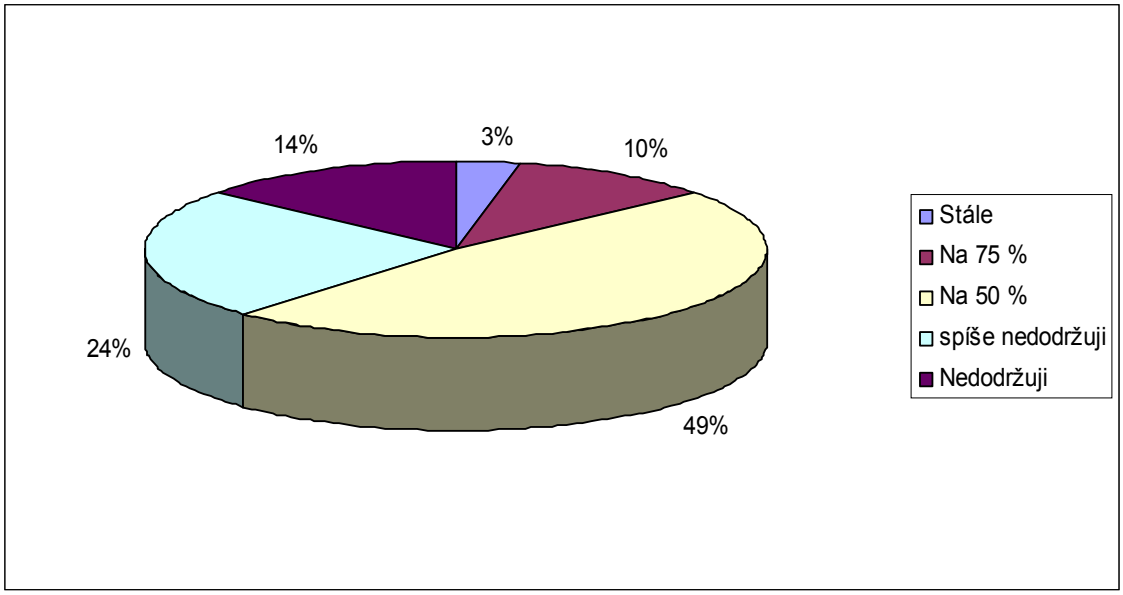
Graf znázorňuje, jak často pacienti s při léčbě kouří. Stejně kouří 4 (14 %), méně než dříve 1 (13%), o polovinu méně 1 (13 %), výjimečně 9 (31 %), nekouří 14 (49 %).

Graf 14. – Dodržování zdravé výživy



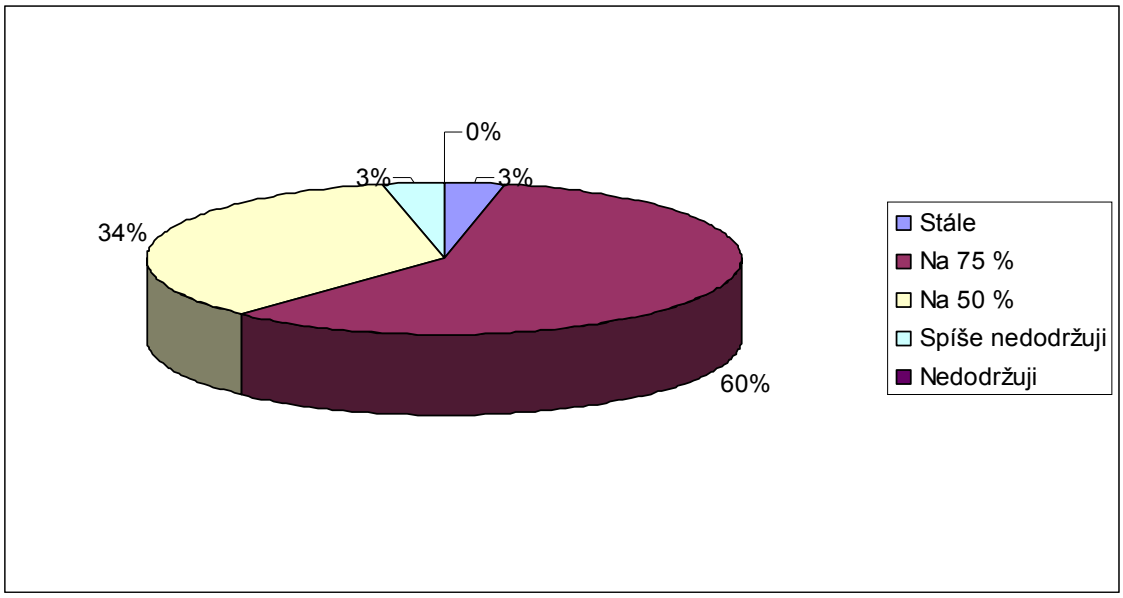
Graf informuje o dodržování zásad zdravé výživy. Zásady zdravé výživy naprosto dodržují 3 (10 %), spíše ano 11 (38 %), asi na 50 % dodržuje zásady 12 (42 %), spíše ne 4 (10 %), zásady nedodržuje vůbec 0.

Graf 15. – Zásady pohybu v zaměstnání



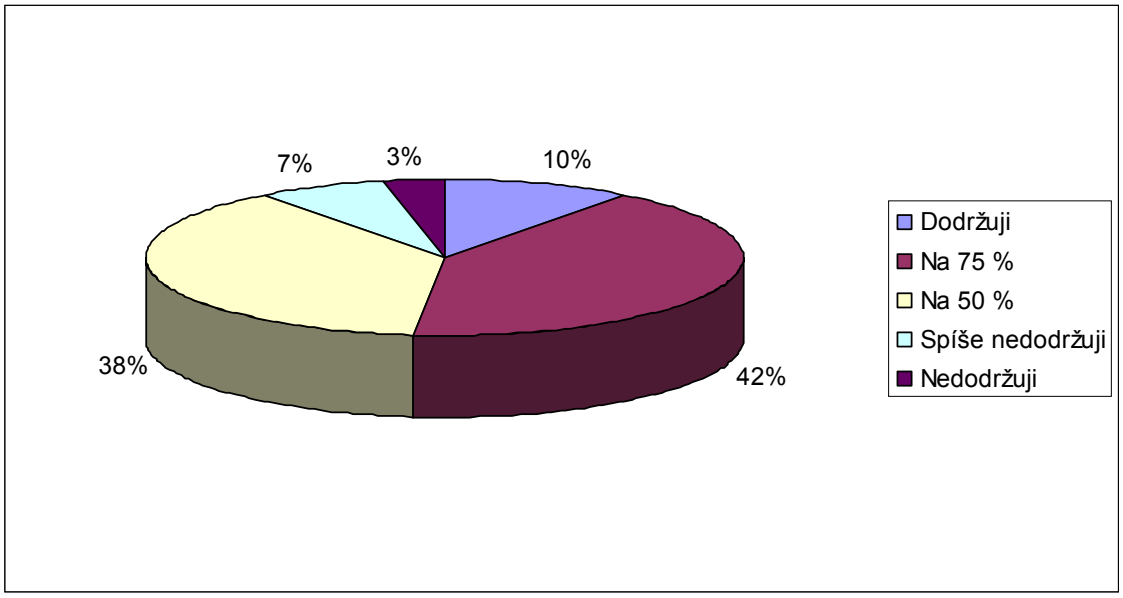
Graf znázorňuje Zásady pohybového režimu v zaměstnání. Pohyb stále dodržuje 1 (3 %), spíše ano na 75 % pohyb dodržují 3 (10 %), na 50 % 14 (49 %), pohyb spíše nedodržuje 7 (24 %), a 4 (14 %) nedodržují pohyb v zaměstnání vůbec.

Graf 16. – Zásady pohybu ve volném čase



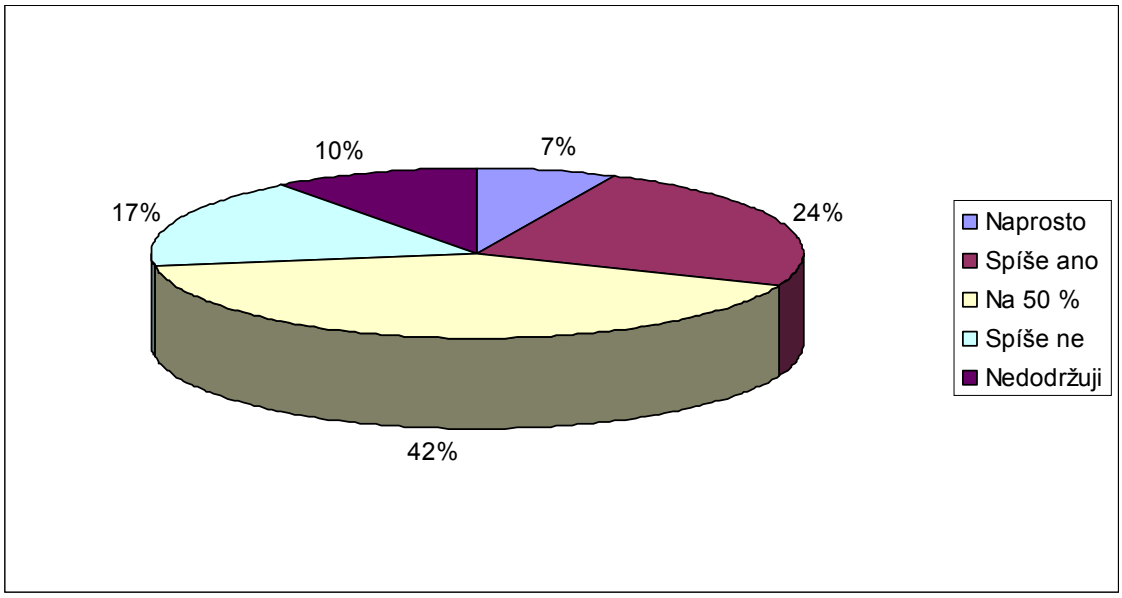
Graf znázorňuje, kolik pacientů se pohybuje ve volném čase. Stále se pohybuje jen 1 (3 %), na 75 % tedy spíše ano se pohybuje 17 (60 %), na 50 % se pohybuje 10 (34 %), spíše se nepohybuje 1 (3 %), a vůbec 0.

Graf 17. – Zásady pohybu při sportu.



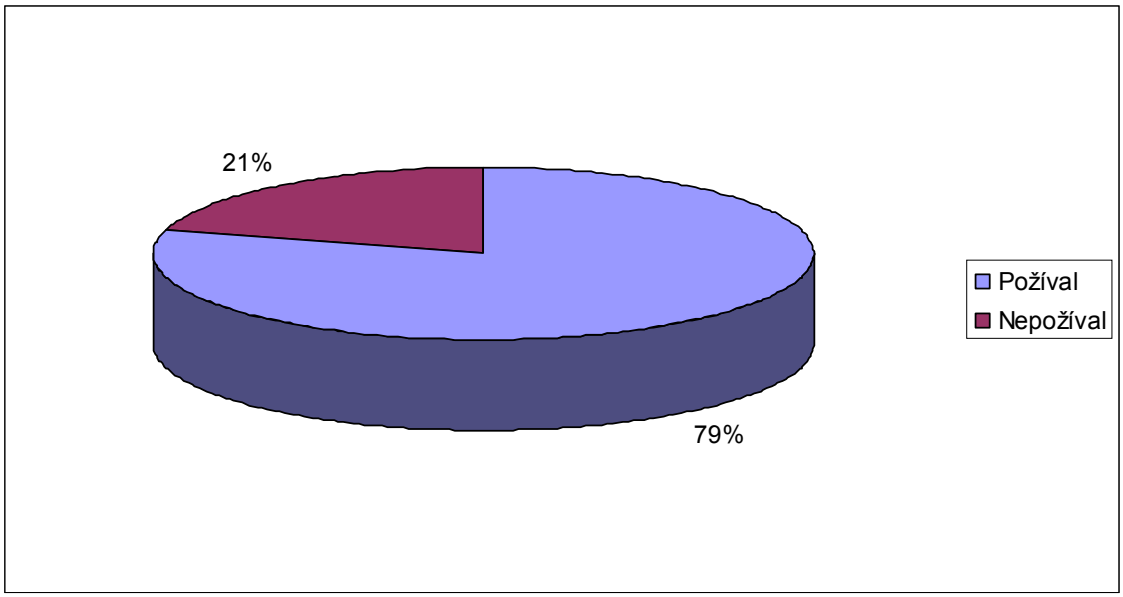
Graf znázorňuje, kolik pacientů dodržuje zásady pohybu při sportu. Zásady dodržují 3 (10 %), spíše ano 12 (42 %), na 50 % zásady dodržuje 11 (38 %), spíše ne 2 (7 %) a nedodržuje zásady při sportu vůbec 1 (3 %).

Graf 18. – Vyhýbání se stresu



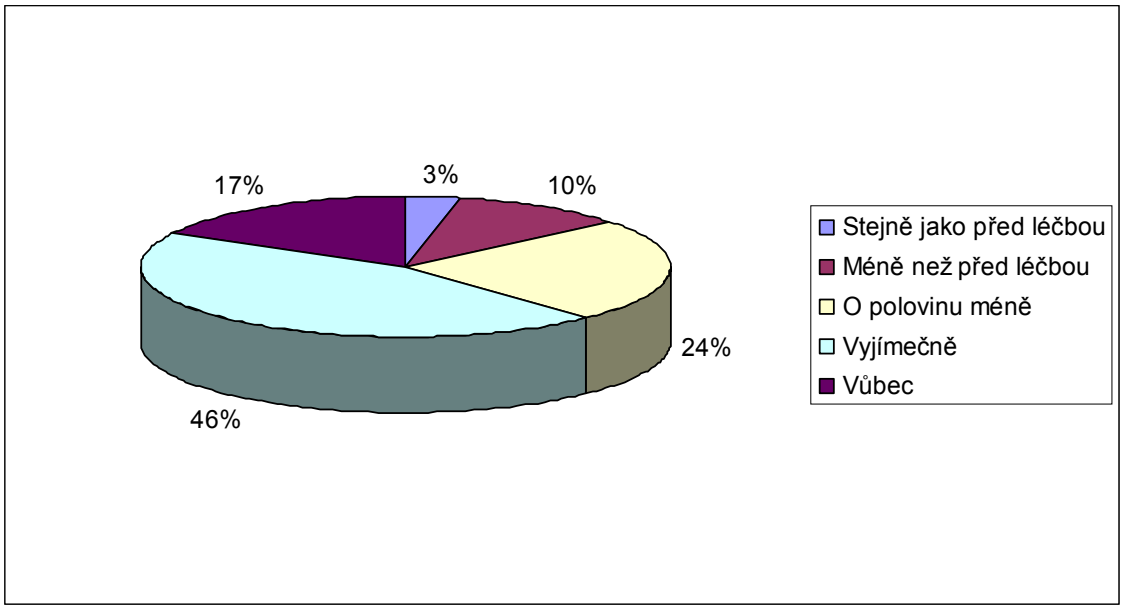
Graf informuje, zda pacienti dodržují zásady vyhýbání se stresu. Naprosto dodržují zásady vyhýbání se stresu 2 (7 %), spíše ano 7 (24 %), na 50 % se vyhýbá stresu 12 (42 %), spíše ne 5 (17 %), a zásady nedodržují 3 (10 %).

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	Crohnova choroba
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	Nekouřil a nekouří
Pacientka 3	Nekouřila a ani nekouří
Pacientka 4	Kouřila, nekouří
Pacientka 5	Kouřila a kouří stále

Jenom P2 a P3 s ulcerózní kolitidou nekouřili a ani nakouří. P4 přestala kouřit a P1 a P5 kouří stále.

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. Crohnovou 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 střevem. 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 střevem

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 pacienti s Crohnovou chorobou. P1 a P5 měli postižený přechod mezi tenkým a tlustým střevem a P1 má nyní postižený konec tenkého střeva. P4 měla 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 bezezbytkovou 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 bezezbytkovou 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, slupky
Pacient 2	Nadýmavé potraviny
Pacientka 3	Nadýmavé, zelí. Nenadýmá červená čočka
Pacientka 4	Nadýmavé potraviny, slupky
Pacientka 5	Nadýmavé potraviny

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

6. Diskuze

Bakalářská práce se zabývala ulcerózní kolitidou a Crohnovou chorobou, a také se zaměřila na otázku, zda pacienti dodržují diety. První kvantitativní výzkum probíhal na klinickém pracovišti ISCARE v Praze. Bylo podáno 50 dotazníků, ale zařadilo se jich jen 44. Z toho 15 s ulcerózní kolitidou a 29 s Crohnovou 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 Crohnovou chorobou. Domnívám se tedy, že u pacientů se častěji objevuje onemocnění Cronovou chorobou.

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 grafu3 a grafu 13 jsme zjistili, jak často kouří pacienti s ulcerózní kolitidou graf 3, a jak častou kouří pacienti s Crohnovou 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 Crohnovou 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 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 součást 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 zřejmě 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 pravidelně 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 vyhýbat 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 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. Znázorňuje 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 znázorňuje 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 znázorňuje 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, že před léčbou nepil alkohol jen 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 Crohnovou chorobou jsem provedla strukturovaný rozhovor (kvalitativní výzkum), kdy jsem oslovila pacienty z lázní Aurora a českobudějovické nemocnice a shledala jsem následující:

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 let 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 ovlivňující nemoci, z již už zmiňované tabulky 5, 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. Pacientka 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, které se u pacientů projevily, jsou často pozorovány u obou nemocí.

Zajímavé výsledky jsou v otázce, jakou část trávicího traktu měli pacienti postiženou.

Podle tabulky 7 byl u pacienta 1 a pacientky 5 s Crohnovou 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 navazuje otázka a tabulka 10 jaké potraviny pacientům nedělají dobře. Všichni pacienti se vyhýbají nadýmavým potravinám, dále se pacienti 1 a 4 vyhýbají slupkám 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 Crohnovou chorobou. A to pomocí dotazníku Edutool a pomocí strukturovaného rozhovoru.

Stanovena byla jedna hypotéza. Použitou metodou kvantitativního a kvalitativního výzkumu jsem 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 nedodržoval předepsanou dietu. 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., JANOVSKÝ, J. *Crohnova nemoc a ulcerózní koitida. 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. Ošetřovatelství 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. Symbinutur, 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

8. EDUTOOL-MAXIM-IBD

dotazník o stupni a stálosti výsledku edukačních intervencí ,maximální verse

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. Nekouřím 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

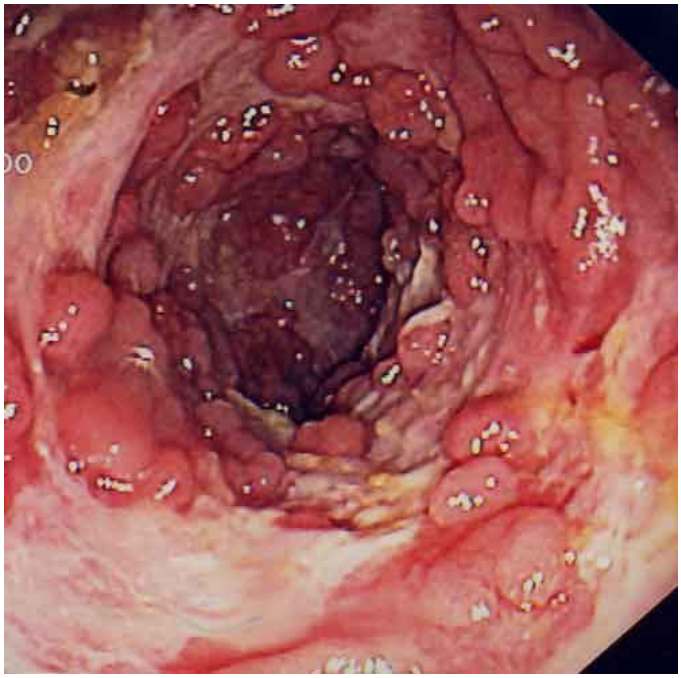
Příloha 2 otázky pro pacienty

Otázky pro pacienty

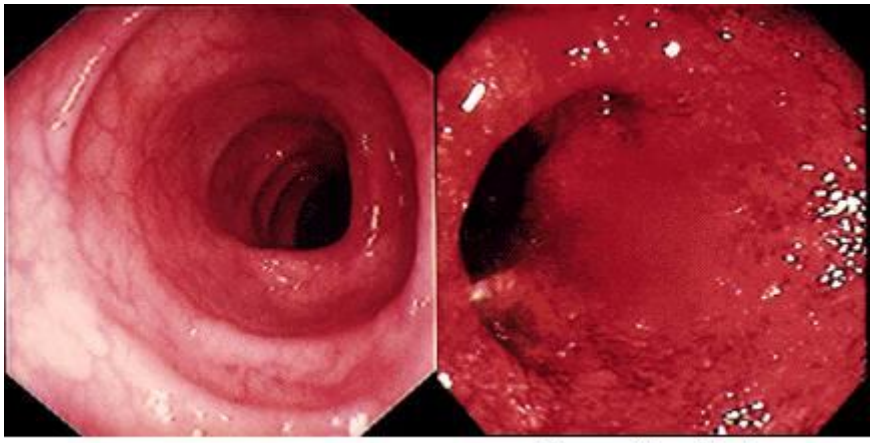
1. Kolik vám je let?
2. Kolik vám bylo, když se u vás nemoc projevila?
3. Jakou nemocí
4. Zda jste před léčbou kouřili, či nikoli?
5. Jaké byly faktory příčin při vzniku onemocnění?
6. Jaké se objevily příznaky?
7. Jakou část trávicího traktu jste měl/a napadenou?
8. Jakou upřednostňujete léčbu?
9. Dodržujete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

Obrázky

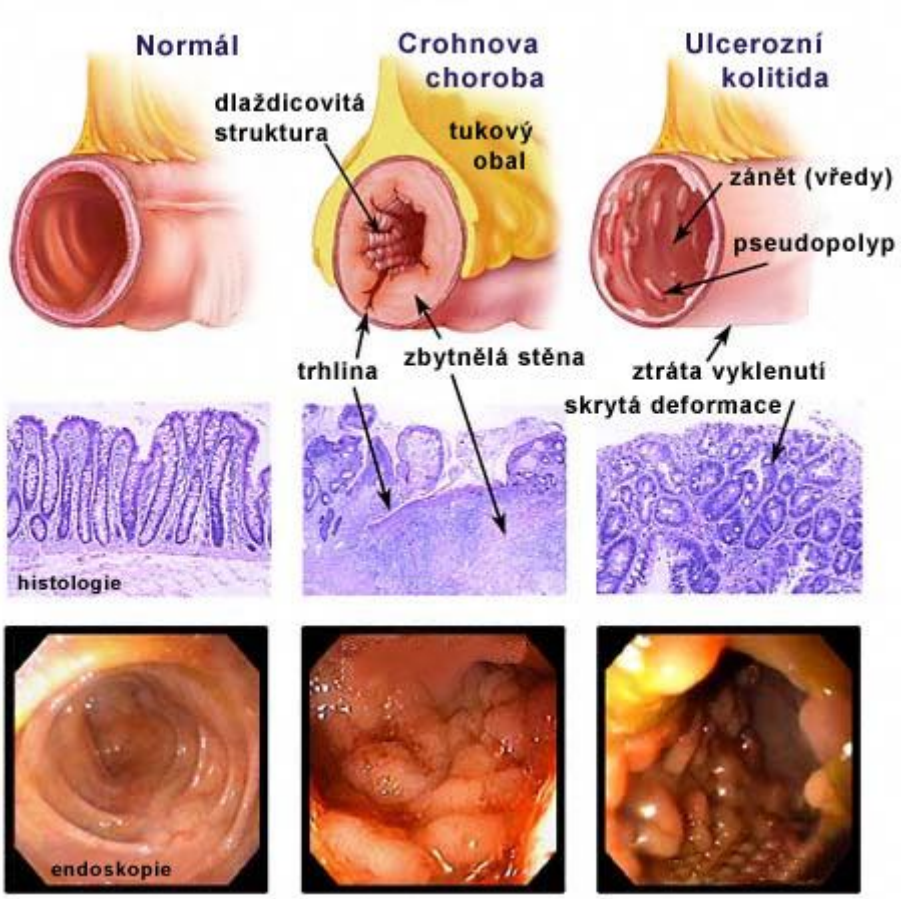
Obrázek 1 Napadené střevo Crohnovo Chorobou



Obrázek 2 Ukázku zdravého tlustého střeva a napadené ulcerózní kolitidou



Obrázek 3


Normál
Crohnova choroba
Ulcerozní kolitida
dlaždicovitá struktura
tukový obal
zánět (vředy)
pseudopolyp
trhlina
zbytnělá stěna
ztráta vyklenutí
skrytá deformace
histologie
endoskopie