

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Lengyelová Martina

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Problémy biologické léčby u nemocných se zánětlivým onemocněním střev

Lengyelová Martina

Bakalářská práce

2014

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č.121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne

Lengyelová Martina

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala paní Mgr. Květoslavě Štěpánkové za odborné vedení a rady při psaní mé bakalářské práce. Dále děkuji své rodině za podporu a především lékařům, kteří byli ochotni se mnou o problematice diskutovat. A největší poděkování patří respondentům za jejich čas, vstřícnost a ochotu při spolupráci na výzkumu.

ANOTACE

Práce je věnována problematice střevních zánětů se zaměřením na jejich léčbu, zvláště na biologickou terapii. Je rozdělena do dvou částí. Cílem teoretické části je shrnout poznatky o dosavadní léčbě a přiblížit čtenáři její možnosti a rozdíly. Do výzkumné části, kvalitativního výzkumu, spadá analýza a zpracování získaných rozhovorů od pacientů, kteří podstupují biologickou léčbu a od pacientů, kterým nebyla indikována.

KLÍČOVÁ SLOVA

idiopatické střevní záněty, biologická léčba, Crohnova choroba, Ulcerózní kolitida

TITLE

Problems of biological therapy in inflammatory bowel disease.

ANNOTATION

The work is dedicated to the intestinal inflammation, which focus on their treatment, especially for biological therapy. It is divided into two parts. The theoretical part summarizes current knowledge about treatment and approaches to the reader its possibilities and differences. To the practical part, the qualitative research, were included analysis and processing of interviews from patients undergoing the biological treatment and from patients of without the biological treatment.

KEYWORDS

Inflammatory bowel diseases, biological therapy, Crohns disease, ulcerative colitis

OBSAH

Seznam zkratk a značek	10
Úvod.....	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1 Stručný přehled anatomie a fyziologie	11
1.1 Tenké střevo	11
1.2 Tlusté střevo	11
2 Idiopatické střevní záněty.....	13
2.1 Výskyt IBD	13
2.2 Příčina vzniku.....	13
2.3 Sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty.....	14
3 Crohnova choroba	15
3.1 Klinický obraz.....	15
3.2 Komplikace	16
4 Ulcerózní kolitida	17
4.1 Klinický obraz.....	17
4.2 Komplikace	18
5 Diagnostika idiopatických střevních zánětů.....	19
6 Léčba	20
6.1 Medikamentózní léčba	20
6.1.1 Aminosaliciláty	20
6.1.2 Kortikosteroidy	21
6.1.3 Imunosupresiva	22
6.1.3.1 Thiopuriny (Azathioprin a 6 merkaptopurin)	22
6.1.3.2 Cyklosporin A	22
6.1.3.3 Methotrexát.....	22
6.1.4 Antibiotika, probiotika a podpůrná léčba	23
6.2 Chirurgická léčba	23
6.3 Biologická léčba.....	25
6.3.1 Indikace.....	25
6.3.2 Kontraindikace.....	26

6.3.3	Nežádoucí účinky	26
6.3.4	Účinné látky biologické léčby užívané v ČR.....	27
6.3.4.1	Infliximab (Remicade).....	27
6.3.4.2	Aplikace infliximabu	27
6.3.5	Adalimumab (Humira).....	28
6.3.5.1	Aplikace Adalimumabu	28
6.3.6	Další látky biologické léčby	28
6.3.6.1	Certolizumab	28
6.3.6.2	Natalizumab.....	29
6.3.6.3	Vedolizumab.....	29
6.3.6.4	Biosimilars.....	29
6.3.7	Dostupnost biologické léčby.....	29
6.3.8	Ukončení biologické léčby	30
6.4	Výživa v léčbě IBD	31
6.4.1	Enterální výživa	31
6.4.2	Parenterální výživa	31
6.4.3	Klasická výživa.....	31

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

7	Metodologie.....	33
7.1	Základní charakteristika kvalitativního výzkumu	33
7.2	Fenomenologický výzkum	33
7.3	Výběr.....	33
7.4	Charakteristika výzkumného vzorku.....	34
7.5	Metody získávání dat a jejich sběr	34
7.6	Otevřené kódování	34
8	Výsledky otevřeného kódování	35
8.1	Vnímání stresu jako spolučinitele výskytu nemoci.....	35
8.2	Problematika aplikace dle léčby.....	35
8.2.1	Farmakologická léčba	35
8.2.2	Biologická léčba	36
8.3	Problematika dostupnosti léčby	37
8.3.1	Dostupnost farmakologické léčby	37

8.3.2	Dostupnost biologické léčby.....	37
8.4	Omezení v každodenním životě.....	38
8.4.1	Únava, snížená výkonnost, omezení sportovní aktivity	38
8.4.2	Změny vzhledu z důvodu užívání kortikoidů	38
8.4.3	Dietní omezení.....	38
8.4.4	Mezilidské vztahy	38
8.5	Informovanost o onemocnění.....	39
9	Diskuze.....	40
9.1	Vnímání stresu jako spolučinitele výskytu nemoci.....	40
9.2	Problematika aplikace dle typu léčby	40
9.3	Problematika dostupnosti dle léčby	41
9.4	Omezení v každodenním životě.....	42
9.4.1	Únava, fyzická aktivita	42
9.4.2	Nežádoucí účinky kortikoidů.....	43
9.4.3	Dietní omezení.....	43
9.4.4	Mezilidské vztahy	43
9.5	Informovanost	44
10	Závěr	45
11	Použitá literatura a zdroje	46
11.1	Knihy	46
11.2	Časopis.....	47
11.3	Internet.....	47
12	Seznam příloh	48
	Příloha A Klasifikace CD	49
	Příloha B Klasifikace UC.....	50
	Příloha C Minimální doba nástupu efektivity farmakoterapie.....	51
	Příloha D Centra biologické léčby	52
	Příloha E Polostrukturovaný rozhovor.....	53
	Příloha F Respondenti ve výzkumu IMPACT	54

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

IBD	inflammatory bowel disease, nespecifické střevní záněty
CD	Crohn disease, Crohnova choroba
UC	Ulcerative colitis, ulcerózní kolitida
NYHA	New York Heart Association, klasifikace srdečního selhání
EFFCA	European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations, Evropská federace sdružení pro Crohnovu nemoc a ulcerózní kolitidu

ÚVOD

„Zdravý člověk má mnoho přání, nemocný jen jedno“

Indické přísloví

Jak se píše v citátu, nemocný člověk má jediné přání, uzdravit se. Někdy je to zdlouhavá cesta, která ne vždy končí úplným uzdravením. Naše doba nám skýtá mnohé alternativy léčby a často je složité zvolit tu správnou a odpovídající. Téma mé bakalářské práce, týkající se střevních zánětů, je zaměřeno hlavně na možnosti léčby, převážně biologické, která se podle většiny médií stala v posledních letech průlomem v boji s IBD.

Problematice střevních zánětů by mělo být věnováno mnoho pozornosti a to hlavně z důvodu neustále narůstajícího výskytu u mladé populace. Aktuální údaje o počtu nemocných v ČR chybí, ale předpokládá se incidence podobná západní Evropě, tzn. na 100 000 obyvatel je ročně diagnostikováno zhruba do 10 pacientů s IBD. (Pracovní skupina pro IBD – Lukáš, 2011)

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Teoretickou a výzkumnou.

Teoretická část obsahuje stručný popis anatomie a fyziologie. Popisuje IBD a jednotlivé onemocnění. Dále je již zaměřena na možné alternativy léčby ať už chirurgickou, farmakologickou, tak hlavně biologickou.

Výzkumná část v podobě kvalitativního výzkumu je zaměřena na rozbor získaných dat od pacientů, kteří podstupují biologickou léčbu a od pacientů, kterým nebyla indikována. Je použita forma polostrukturovaných rozhovorů s cílem zhodnotit jaké komplikace a omezení respondentům léčba i samotné onemocnění způsobuje a jak se promítá do každodenního života.

I. TEORETICKÁ ČÁST

Cíle teoretické části

Popis idiopatických střevních zánětů se zaměřením na léčbu na základě dostupných literárních a elektronických zdrojů.

1 Stručný přehled anatomie a fyziologie

Gastrointestinální trakt začíná dutinou ústní a končí řitním otvorem. Jeho funkcí je mechanické a chemické zpracování živin s následným trávením a vstřebáváním živin obsažených v potravě. Každý úsek trávicí trubice má svoji funkci a zajišťuje tak plynulý chod trávicího systému.

1.1 Tenké střevo

Intestinum tenue, tenké střevo je trubice dlouhá 3-5 metrů, která navazuje na pylorickou část žaludku. Skládá se z duodena (dvanácterník), jejuna (lačník) a ilea (kyčelník). Sliznice vybíhá v četné klky, které významně zvětšují resorpční plochu střeva. Žlázy tenkého střeva produkují střevní šťávu, která se míchá s chymem a posunuje se dále do tlustého střeva. Duodenum, které má zhruba 25-30 cm, začíná rozšířenou částí zvanou bulbus duodeni, na kterou navazuje descendentní úsek. Descendentní část je významná hlavně přítomností Vaterské papily, což je společné ústí žlučových a pankreatických cest. Navazuje na ní ascendentní část, která ostrým ohbím přechází do jejuna. Jejunum a ileum vytváří četné kličky, které jsou poutány mesenteriem k zadní stěně břišní. Obsahují lymfatickou tkáň ve formě lymfatických uzlíků. V místě, kde ileum navazuje na tlusté střevo je ileocekální chlopeň, která brání refluxu střevního obsahu z caeca do ilea. V tenkém střevě dochází k resorpci monosacharidů, aminokyselin, tuků a vitamínů i některých minerálních látek. Vitamíny rozpustné ve vodě se resorbují hlavně v duodenu, vitamín B12 se resorbuje v terminální části ilea. (Lukáš, 2005)

1.2 Tlusté střevo

Poslední úsek trávicí trubice, který dosahuje 1,5 metru. Začíná v pravé kyčelní jámě slepým střevem (colon caecum), dále pokračuje vzestupnou (colon ascendens), příčnou (colon transversum) a sestupnou (colon descendens) částí, která přechází do esovité kličky,

sigmoidea a končí konečníkem. Stěna tvoří poloměsíčitě řasy. Obsahuje množství hlenových žláz, chránící sliznici. Tlusté střevo vybíhá v haustra, které dávají střevu charakteristický vzhled a posunují střevní obsah dále ke konečníku. Na slepém střevě, uloženém v pravé kyčelní jámě se nachází apendix vermiformis, červovitý výběžek, který obsahuje množství lymfatické tkáně. Tračník má několik částí, které obtáčí kličky tenkého střeva a dále vstupuje do malé pánve. Colon transversum, příčný tračník je nejdelší částí tlustého střeva a vede až ke slezině napříč dutinou břišní. Descendentní část poté sestupuje do esovité kličky, která navazuje na rektum. Rektum (konečník) uložený v malé pánvi je poslední částí trávicí trubice. Mezi jeho hlavní části patří ampulla recti a canalis analis, řitní kanál opatřen svěrači.

Hlavní funkcí tlustého střeva je vstřebávání vody, iontů a zahušťování střevního obsahu. V tlustém střevě je bohatá mikroflóra, díky které vznikají vitaminy K, thiamin (B1) a riboflavin (B2). Definitivní stolice je složena z vody, mrtvých střevních bakterií, tuků, epitelii, žlučových pigmentů a anorganických látek. (Lukáš, 2005)

2 Idiopatické střevní záněty

Do idiopatických střevních zánětů (IBD – z angl. Inflammatory bowel disease) řadíme Crohnovu chorobu dále již CD (Crohn's disease) a ulcerózní kolitidu, UC (Ulcerative colitis). Jedná se o chronické záněty tlustého a tenkého střeva, které jsou medikamentózně prakticky nevyléčitelné. Obě onemocnění jsou si podobné, ale přesto nacházíme odlišnosti. Crohnova choroba může postihnout jakoukoliv část trávicího traktu od úst až po konečník, zatímco ulcerózní kolitida zasahuje vždy konečník a různě rozsáhlou část tlustého střeva. Další odlišnost se týká rozsahu zánětu. Crohnova nemoc postihuje celou stěnu střeva, ulcerózní kolitida postihuje pouze střevní sliznici. (www.strevni-zanety.cz)

2.1 Výskyt IBD

Dle zdroje Iscare.cz, klinického centra pro výzkum střevních zánětů se výskyt obou nemocí v posledních 30 letech výrazně zvyšuje. Odhaduje se, že postihují až 0,5% populace v ekonomicky vyspělých zemích světa. Co se týče CD, nejvíce postihuje mladé lidi a to ve věku od 20-40 let. V posledních letech ale není výjimečné, že jsou diagnostikovány i v mladším školním věku. UC postihuje nejčastěji lidi mezi 30-40 rokem života.

2.2 Příčina vzniku

Její příčina nebyla dosud zjištěna, ale u mnoha odborníků existuje domněnka, že jednou z příčin může být špatná komunikace mezi imunitním systémem a mikrobiálním obsahem střeva. (Červenková, 2009)

Zdroj Iscare.cz dále uvádí, že na vzniku se nepochybně podílí i změny přípravy pokrmů a stravování, ke kterým došlo za posledních sto let.

O genetice jako o dalším faktoru se dříve spekulovalo, ale pouze do roku 1996, kdy Hugot v Pasteurově ústavu v Paříži objevil genetickou mutaci původně označenou jako NOD-2 mutace (nyní CARD 15), neboli IBD-1gen (tj. 1 gen idiopatických střevních zánětů). Tento gen není příčinou ani jednoho z onemocnění, vyskytuje se však u jedinců s Crohnovou chorobou výrazně častěji. Potvrzením vlivu genetických faktorů je i častější výskyt daného onemocnění v rodině. (www.crohnovanemoc.cz)

Mezi další faktory pro vznik IBD můžeme zařadit i stres a přílišnou čistotu, která sice na jedné straně snížila riziko infekce, ale na druhé straně i významně uspala imunitní systém. (Červenková, 2009)

2.3 Sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty

Od roku 2008 funguje sdružení „Pacienti s IBD“, které má za snahu pomáhat nejen pacientům s IBD, ale i jejich známým a rodinným příslušníkům. Na stránkách www.crohn.cz je možná registrace nejen pacientů, ale i zdravotníků, kteří se o tuto problematiku zajímají s cílem zlepšit péči a informovanost.

Mezi další možné sdružení patří i Crocus, který poskytuje podporu jak dospělým, tak dětským pacientům. Ze zahraničních sdružení poté stojí za zmínku slovenský Slovan Crohn club či EFFCA, organizace, která sdružuje evropské organizace pacientů s IBD. (www.strevnizanety.cz)

3 Crohnova choroba

Jedná se o chronický nespecifický zánět, který může postihnout kteroukoliv část trávicí trubice od úst až po konečník. Nejčastěji postihuje oblast přechodu tenkého a tlustého střeva - ileocekální oblast. Má segmentární charakter a postihuje stěnu trávicí trubice transmurně ve všech jejích vrstvách. Způsobuje na ní vředy, stenózy a fistulace. (Červenková, 2009; Lata, Bureš a Vaňásek, 2010) Průběh CD je charakterizován remisemi a relapsy, neboli fází klidu a opětovného vzplanutí. (Lukáš a Žák, 2007)

První zmínka o Crohnově chorobě je z roku 1932, kdy ji popsali B.B. Crohn, L. Ginzberg a G. Oppenheimer. Existují také starší zmínky o Crohnově chorobě a to již ve staré literatuře: „*Například jistý doktor Fabry informuje v roce 1612 o tom, že při pitvě adolescenta, jenž zemřel krátce poté, co si začal stěžovat na bolesti břicha a horečku, objevil výraznou stenózu terminálního ilea s nápadně zesílenou střevní stěnou.*” (Červenková, 2009 s.12)

Hodnocení CD se provádí podle Vídeňské a Montreálské klasifikace, které rozlišují tři základní hodnocené parametry. Těmi jsou věk při vzniku choroby, její chování a lokalizace. Porovnání Vídeňské a Montreálské klasifikace je uvedeno v Příloze A. (Zbořil, Dastych a Prokopová, 2012)

3.1 Klinický obraz

Dle anatomické lokalizace dělíme Crohnovu chorobu na:

- * Ileitidu, jejunoileitidu (25-35%)
- * Ileokolitidu (45%)
- * Kolitidu (30%)
- * Anorektální onemocnění (30-40%) – často sdružené s ileokolitidou
- * Postižení apendixu (50%)
- * Postižení orální a ezofagogatroduodenální (málo časté) (Lukáš a Žák, 2007)

Mezi typické projevy Crohnovy nemoci patří bolesti břicha, které mívají zpočátku stálý a tlakový charakter a jsou lokalizovány v pravém podbřišku. Při progresi zánětu bolesti nabývají převážně křečovitý charakter s lokalizací kolem pupku. Dochází k vystupňovaným střevním zvukům, nadýmání a flatulenci. Tyto příznaky se objevují v souvislosti s jídlem,

většinou do 30 až 60 minut. Dalšími příznaky jsou průjmy a hubnutí, které je důsledkem nižšího příjmu potravy a zánětlivé aktivity choroby. (Lukáš, 2013)

Pokud nemoc postihuje tlusté střevo mohou se objevovat krvavé průjmy. Často je to doprovázeno mimostřevními projevy, jako jsou záněty kloubů (enteropatická aritida, artralgie), rohovky a duhovky (episkleritida), kožní změny (erytema nodosum) či jaterní poškození (primární sklerozující cholangitida).

V případě postižení tenkého střeva jsou potíže zahrnující bolesti břicha, neprospívání, hubnutí a chudokrevnost. Průjmy a mimostřevní projevy chybí, ale hrozí zde opakovaná neprůchodnost tenkého střeva. Kromě hubnutí a anémie dominuje i protein-energetická malnutrice. Pokud CD postihne konečník, jsou jistotou hnisavé projevy, opakované abscesy, píštěle a vředy v řitním kanále. (Červenková, 2009)

Perianální projev zahrnuje hypertrofické řitní papily. Při agresivním průběhu může dojít k narušení funkce análních svěračů a částečné nebo úplné inkontinenci a vzniku těsné tuhé stenózy anorekta. (Lukáš, 2013)

Pokud se CD vyskytne v jícnu, žaludku či duodenu může být obtížné odlišit vředy crohnovské od vředové choroby. (Lata, Bureš a Vaňásek, 2010)

3.2 Komplikace

Nejčastějšími komplikacemi jsou píštěle, abscesy a stenózy. Nejobávanější komplikací je toxický megakolon, při kterém hrozí perforace střeva a následná difúzní peritonitida. (Lukáš a Žák, 2007)

Píštěle jsou důsledkem penetrace transmurálního zánětu střeva mimo jeho stěnu. Jsou buď slepě zakončené, nebo komunikují s abscesovou dutinou nebo jiným dutým orgánem či s povrchem těla. Fibrózní stenózy mohou způsobovat obstrukční projevy, jako subileózní nebo ileózní stavy, které jsou indikací k provedení chirurgické léčby. Vzácnou komplikací je masivní krvácení. Příčinou může být narušení stěny větší cévy vředovitým zánětem.

Komplikací je i riziko vzniku kolorektálního karcinomu a pacienti by měli být po cca 10 letech trvání nemoci zařazeni do dispenzárního programu. (Lukáš, 2013)

4 Ulcerózní kolitida

Poprvé byla popsána Wilksem v roce 1859.

„První česká monografie s názvem Ulcerózní kolitida byla vydána v roce 1948 a jejím autorem byl nestor české gastroenterologie prof. Zdeněk Mařatka.” (Dítě, 2011 s. 43)

Jedná se o nespecifický hemoragicko-katarální či ulcerózní zánět sliznice konečníku, který současně postihuje přilehlé části nebo celý tračník. Průběh onemocnění je obdobně jako u CD spojen s remisí a relapsy. Zánět postihuje povrchové vrstvy tlustého střeva, převážně sliznici a podslizniční část. Do hlubších vrstev proniká pouze ve výjimečných stavech. (Červenková, 2009) Klasifikace UC vychází z Montrealské klasifikace, která hodnotí UC dle lokalizace. Montrealská klasifikace je uvedena v Příloze B. (Zbořil, Dastych a Prokopová, 2012)

4.1 Klinický obraz

Na rozdíl od CD má UC stereotypní a charakteristické klinické projevy. Mezi příznaky patří tenesmy, bolestivé nucení na stolicí. Stolice obsahuje krev, hlen a v některých případech může být přítomný i hnis.

Pokud je UC izolovaná na oblast recta, může být přítomna zácpa spojená s krvácením a tenesmy. Mezi celkové příznaky dále řadíme hubnutí, bolesti břicha a zvýšenou teplotu. (Lukáš, 2013)

Dle rozsahu postižení dělíme UC na:

- * Pankolitidu (postihuje celý tračník)
- * Subtotální forma (postižení tračníku je od recta k hepatálnímu ohbí)
- * Levostranné postižení (tračník postižen od recta po lienální ohbí)
- * Proktosigmoiditida (postiženo rectum a sigmoideum)
- * Proktitida (postiženo jen rectum) (Lukáš a Žák, 2007)

Co se týče klinického obrazu, nacházíme rozdílnosti z hlediska postižení. Při zasažení recta se objevuje rektální syndrom, který se projevuje nucením na stolicí s odchodem malého množství kouskovité stolice či hlenů, krve a hnisu. Nemocní mají formovanou stolicí a může se u nich objevovat zácpa. Laboratorní vyšetření mají obvykle normální.

Při levostranném postižení nacházíme kolitický syndrom, který je charakterizován nutkavou defekací vždy s přítomností stolice, kašovitého či vodnatého charakteru společně s krví a hleny. Navíc mají tito pacienti zažívací příznaky jako tenesmy, průjmy a bolesti břicha. Při těžším zánětu je možná přítomnost únavy, pokles hmotnosti, teploty a změny v laboratorním vyšetření, které se projevují především zvýšením zánětlivých markerů.

Dále se mohou vyskytovat i mimostřevní příznaky, které jsou obdobné jako u CD (kožní, oční, jaterní, kloubní). (Červenková, 2009; Lata, Bureš a Vaňásek, 2010; Lukáš a Žák, 2007; www.celostnimedicina.cz)

4.2 Komplikace

Nejčastější komplikací UC je krvácení. Dále pak stenózy, perforace a neoplastické změny, kvůli kterým by pacienti, stejně jako pacienti s CD, měli být zařazeni do dispenzárního programu. Nejzávažnější komplikací je obdobně jako u CD toxické rozepětí konečníku, toxický megakolon.

5 Diagnostika idiopatických střevních zánětů

Diagnostika IBD je založena na klinickém obraze, výsledcích laboratorního vyšetření, endoskopickém vyšetření s následnou histologií a na výsledcích zobrazovacích metod. V laboratorních výsledcích je patrná elevace zánětlivých markerů (leukocytóza, CRP, FW). Objevují se známky sideropenní anémie a hypoalbuminémie. (Lukáš, 2013)

Dále se vyšetřuje přítomnost imunoglobulinů ASCA a ANCA. ASCA se vyskytuje asi u 60% lidí s Crohnovou chorobou, zatímco ANCA se vyskytuje u 60-70% nemocných s ulcerózní kolitidou. Dosud není objasněno, proč jsou tyto imunoglobuliny zvýšeny právě u lidí s IBD. U zdravých lidí je výskyt těchto protilátek pouze dvouprocentní. Obecně lze usuzovat dle těchto parametrů na výskyt UC či CD, negativní nález ho však zcela nevylučuje.

Endoskopické vyšetření zahrnuje kolonoskopii, kdy se zavede endoskop konečníkem do tlustého střeva až k oblasti spojení tlustého a tenkého střeva. Vyšetření vyžaduje důslednou přípravu, která zahrnuje dvoudenní dietu před vyšetřením a den před vyšetřením je na řadě užití magneziových či fosfátových solí k dokonalému vyprázdnění. Kolonoskopické vyšetření slouží nejenom k určení diagnózy, ale zároveň k odlišení od jiných možných střevních onemocnění. (Červenková, 2009)

Velkou výhodou při koloskopii je odběr bioptických vzorků, které se poté zasílají na histologii. Při vyšetření je zároveň možno pozorovat změny na sliznici. U CD se mohou vyskytovat aftoidní vředy a typický je i obraz tzv. „dlažebních kostek“. V histologii jsou poté patrné fokální zánětlivé změny neboli střídání normální sliznice s postiženými ložisky. U UC jsou nacházeny zánětlivé změny sliznice, které začínají v rektu a šíří se dále do céka. Podle intenzity zánětu může být přítomen edém sliznice a vymizelá cévní kresba. V histologii jsou viditelné kryptové abscesy a difuzní zánětlivé změny, které postihují povrch střevní stěny. (Lukáš, 2013)

Mezi další vyšetření napomáhající diagnostice patří ultrasonografie, CT, MR, RTG vyšetření, rektoskopie a enteroklýza. Enteroklýza je kontrastní vyšetření tenkého střeva, které trvá zhruba 60 až 90 minut. Pro větší přehlednost se den před vyšetřením podá nemocnému projímavý roztok pro vyčištění střeva. Při vlastním vyšetření se zavede ústy tenká cévka do žaludku a dále do duodena. Cévkou se do těla vpraví roztok baria a metylcelulózy a poté se v krátkých intervalech nemocný snímkuje. (Červenková, 2009)

6 Léčba

Léčba IBD je dlouhodobá a zahrnuje jak léčbu medikamentózní, podpůrnou, chirurgickou, biologickou, tak v neposlední řadě i psychoterapii, dietní opatření a úpravu stravy. Někteří lidé vyhledávají alternativní způsoby léčby jako akupunkturu, homeopatika či rostlinou medicínu. Za zmínku jistě stojí i poslední dobou velice diskutovaná fekální transplantace či léčba vybranými prvoky a červi, která je ve fázi výzkumu, ale již nyní je dle zdroje tyden.cz z února roku 2014 nahlášeno do výzkumu desítky dobrovolníků.

6.1 Medikamentózní léčba

Cílem medikamentózní léčby je dostat pod kontrolu aktivní zánět a tím onemocnění do stádia remise. Poté následuje léčba udržovací. (Červenková, 2009) Minimální doba do nástupu klinické efektivity farmakoterapie IBD dle Zbořila V. (2007) je uvedena v Příloze C.

6.1.1 Aminosaliciláty

V léčbě se užívají aminosaliciláty. Jejich nejstarší představitel Sulfasalazin, vytvořila koncem 30. let minulého století lékařka Nana Schwartzová, která za tento objev získala Nobelovu cenu. Prvotně měl být lék zaměřen na léčbu revmatismu, ale od roku 1948 se výrazně uplatnil i v léčbě IBD.

Sulfasalazopyridin (Sulfasalazin) se dnes používá jen minimálně z důvodu nežádoucích účinků (reverzibilní dřeňový útlum, bolesti hlavy, pocit na zvracení, bolesti v nadbřišku, změny v krevním obraze, alergie na slunce). I přesto že se nyní Sulfasalazin užívá méně, stále nachází své uplatnění u nemocných, u nichž se projevují kromě střevního zánětu i kloubní zánětlivé projevy.

Koncem 70. a 80. let minulého století se proto do popředí dostávají látky podobné, avšak bez vedlejších účinků obsahující pouze 5- aminosalicilovou kyselinu (mesalazin), látku podobnou aspirinu, kyselině acetylsalicilové. (Červenková, 2009)

„Doporučené dávkování činí v akutní fázi 4g/den, ve fázi udržovací kolem 2-3g/den“ (Dítě, 2011 s. 48)

Dle umístění choroby je také potřeba zvolit správnou formu léku, kdy se zvažuje vstřebávání léků. Například, aby se lék vstřebal až v tenkém střevě, užívá se speciální pryskyřice obsažená v lécích jako je Asacol či Salofalk. Pryskyřice je odolná proti pH žaludku a lék se rozpouští v lehce alkalickém či neutrálním prostředí. Další možností jsou mikrogranule (Pentasa SR), které se rozpouští bez závislosti na pH. Mesalasin je možné podávat i ve formě čípků, klyzmat či pěny. Vedlejší účinky jsou zde minimální, velmi vzácně se objevuje alergie na aktivní složku. Co se týče těhotenství, je možné sulfasalazin i aminosaliciláty bezpečně podávat. (Červenková, 2009)

6.1.2 Kortikosteroidy

V léčbě IBD se kortikosteroidy uplatňují již od roku 1954. (Zbořil, Dastych a Prokopová, 2012)

U klasických systémových kortikoidů je v popředí jejich velký protizánětlivý účinek. Dobře se uplatňují zejména v léčbě u středně a vysoce aktivní fáze UC i CD. Až v 90% velmi rychle reagují na kortikoidy pacienti, kteří jimi nikdy nebyli léčeni. Nejčastějším zástupcem je Prednison a Medrol. Mají ale řadu negativních účinků, mezi které patří například kortikoiddependencie, která znemožňuje lékařům vysadit, jelikož by došlo k manifestaci choroby. Dále i narušení kostního metabolismu s následnými minerálovými ztrátami a osteoporózou, narušení metabolismu cukrů, zvýšení krevního tlaku, kalia a magnesia a v neposlední řadě i kosmetické problémy. Ty se projevují měsíčkovitým vzhledem obličeje, objevením akné a vypadáváním vlasů. Kosmetické problémy však po vysazení léčby zmizí.

Z důvodu nežádoucích účinků je proto velká snaha lékařů o nalezení co nejmenší dávky kortikoidů, která by byla dostačující v udržení choroby v klidové fázi. Zároveň je součástí léčby i podpurná léčba, která má zabránit již zmíněným vedlejším projevům, hlavně odvápnění kostí a ztrátě minerálů. Celková doba léčení kortikoidy by neměla přesáhnout dobu 3 měsíců. (Červenková, 2009)

Nový typ kortikoidů, topické kortikoidy, které se objevily v 90. letech minulého století, mají minimální systémový vedlejší účinek. Hlavním představitelem je Budesonid ve formě klyzmat či perorálních léků. Výrazně pomáhá především u středně až mírně aktivní CD v ileocekální oblasti. Má protizánětlivý účinek a při prvním průchodu játry se z 90% mění na systémově-neaktivní metabolit. (Červenková, 2009) „Útočná dávka je 9mg/den, udržovací

dávka po 4 týdnech je 6 mg/den.” (Lata, Bureš a Vaňásek, 2010 s.101) Co se týče těhotných žen, měly by se dávky užívat v bezpečném množství, což je do 20 mg Prednisonu nebo 16 mg Medrolu denně. 20 mg Prednisonu zároveň odpovídá 9 mg Budesonidu. (Červenková, 2009)

6.1.3 Imunosupresiva

Imunosupresiva jsou látky, které se podílejí na snižování bouřlivé odpovědi imunitních orgánů na antigenní stimulaci. (Červenková, 2009)

Do imunosupresiv řadíme Azathioprin a 6 merkaptopurin, Cyklosporin A a Metotrexát.

6.1.3.1 Thiopuriny (Azathioprin a 6 merkaptopurin)

Léčba těmito léky musí být dlouhodobá a vliv léků se ukáže až za 3 až 6 měsíců. Používají se k udržení klidové fáze nemoci, nebo pokud lékaři mají v plánu vysazení kortikoidů. Opět zde hrozí nežádoucí účinky a to v podobě nesnášenlivosti, alergie a poruchy krve tvorby. Z toho důvodu je u pacienta po celou dobu léčby kontrolován krevní obraz, zvláště pak leukocyty a lymfocyty. Může docházet i k interakci léků a následnému zvyšování účinku azathioprinu, proto musí ošetřující lékař znát veškeré další terapie, které nemocný podstupuje. Co se týče těhotenství, terapie nijak neovlivňuje otěhotnění ani vývoj plodu. (Červenková, 2009) Nejčastěji užívaným zástupcem je Imuran.

6.1.3.2 Cyklosporin A

Jeho uplatnění je u pacientů s ulcerózní kolitidou, která je ve vysoké fázi aktivity. (Červenková, 2009) Výhodou cyklosporinu je velmi rychlý nástup účinku a posléze i rychlá eliminace léku po jeho vysazení. Problém, který může při léčbě nastat, je ztráta léčebné odpovědi při přechodu na perorální formu. Dále pak hrozí i riziko relapsu a to do 6 měsíců po ukončení efektivní léčby. (Zbořil, Dastych a Prokopová, 2012)

6.1.3.3 Methotrexát

Lék určený pro nemocné s CD. Zpočátku je jeho podání injekční od 20 do 25mg/týdně, později se podávají perorální tablety. Nevýhodou je teratogenní účinek, postihuje plod a způsobuje vývojové vady a defekty. Tudíž u těhotných žen je absolutně kontraindikován. (Červenková, 2009) Dnes je methotrexát považován za imunosupresivní alternativu u

pacientů, kteří nemohou z různých důvodů užívat thiopuriny (azathioprin, 6-merkaptopurin). (Zbořil, Dastych a Prokopová, 2012)

6.1.4 Antibiotika, probiotika a podpůrná léčba

Podání ATB se od běžné klinické praxe liší v délce podání. U IBD se zpravidla užívají dlouhodoběji, 6-12 týdnů. Jejich význam je hlavně v léčbě píštělí, které mohou komplikovat onemocnění. Mezi nejužívanější patří chinolony (ciprofloxacin) a nitroimidazoly (metronidazol). (Červenková, 2009) Naopak nevyhovující jsou antibiotika penicilínové řady, které působí jako rizikový faktor pro relaps onemocnění. (Pracovní skupina pro IBD-Komárek, 2011)

Probiotika jsou fyziologické mikroorganismy, které přispívají mikrobiální rovnováze v gastrointestinálním traktu. Podávají se pro oddálení návratu aktivního zánětu a současně i jako prevence pouchitidy po ileo-pouch-anální anastomóze. Existují dvě kategorie probiotik. Probiotika, které se podávají jako doplněk stravy a probiotika jako léčiva. Mezi probiotika působící jako léčiva patří i *Escherichia Coli* kmen Nissle 1917, *Lactobacillus acidophilus* a *Saccharomyces boulardii*.

Doplňková léčba je pro všechny pacienty, kteří jsou léčeni kortikoidy. Zahrnuje substituci kalia, kalcia, magnesia a železa. U pacientů po resekci terminálního ilea je nutné dodávat i vitamin B₁₂. (Červenková, 2009)

6.2 Chirurgická léčba

Chirurgické řešení přichází v případě, kdy nastanou komplikace, a není možné stav zvládnout jinými prostředky, nebo pokud selhává konzervativní léčba. Je snaha provádět zákrok co nejšetrněji. (Červenková, 2009)

Je nutné zmínit, že chirurgická léčba u CD není obvykle definitivně kurativní a nemocní po rekurenci obtíží a komplikací podstupují další zákrok. (www.internimedicina.cz)

Mezi možné výkony patří ileocekální resekce, která je indikována při komplikacích jako je stenóza lumen tenkého či tlustého střeva. Pokud dojde k rozsáhlejšímu poškození tlustého střeva, je nutné podstoupit hemikolektomii s následným obnovením kontinuity ileotransverzoanastomózou.

Dalším výkonem je strikturoplastika, který se provádí při postižení tenkého střeva četnými krátkými stenózami. Strikturoplastika zahrnuje podélné přetětí a následné sešití napříč, čímž je obnoven průsvit střeva, aniž by byla zmenšena plocha potřebná ke vstřebávání živin.

Pokud dojde k výskytu perianálních píštělí je ve snaze operatéra spojit píštěle v jeden kanál a zajistit trvalou drenáž.

Indikací k operačnímu řešení u UC je stav, kdy medikamentózní léčba nevede ke zmírnění zánětu nebo pokud dojde k prudkému průběhu zánětu, který nereaguje na intenzivní léčbu a pacient je ohrožen krvácením či perforací střeva. Další indikací k operaci je i vznik prekancerózních ložisek na sliznici tlustého střeva.

„Pro operaci UC platí, že se vždy musí odstranit celé tlusté střevo, byť by byla postižena pouze jeho část. To proto, že do šesti měsíců poté se většinou z dosud neznámého důvodu objeví nový aktivní zánět v dosud nepostižené části střeva. Jelikož kolitida nepostihuje střevo tenké, řeší vyjmutí celého tlustého střeva tuto nemoc jednou provždy.“ (Červenková, 2009 s. 54-55)

Pro vyjmutí střeva má chirurg několik možností. Proktokolektomie spočívá v odstranění konečníku a celého tlustého střeva. Dojde k vytvoření terminální ileostomie, vývodu konce tenkého střeva. Sice se pacient musí naučit žít se stomií, což může být náročné i po psychické stránce, ale již nehrozí další manifestace onemocnění.

Další možností je ileorectální anastomóza se subtotální kolektomií. Zde se jedná o operaci, kdy je zachován konečník a je na něj napojeno tenké střevo. Dnes se tento zákrok provádí pouze výjimečně. Jeho nevýhodou je totiž možnost opakovaného zánětu v oblasti konečníku.

Výkon, který je v posledních deseti letech velmi rozšířen se nazývá proktokolektomie a ileo-pouch-anální anastomóza. Při tomto výkonu chirurg odstraní konečník i celé tlusté střevo. Ponechává se pouze řitní kanál. Dále se z několika kliček tenkého střeva vytvoří tzv.pouch, neboli vak, který má tvar obvykle písmena J. Na břicho vaku se našije horní konec řitního kanálu. Ideální je tato operace v tom, že se odstraní zánětem postihnuté úseky, ale zároveň se zachová odchod střevního obsahu řitním kanálem. Nevýhodou této operace je riziko zanáčení vaku, tzv. pouchitida. (Červenková, 2009)

6.3 Biologická léčba

Biologická léčba se stala velkým hitem v současné medicíně. Přesto se názory odborníků na její účinnost v mnoha ohledech liší. Ačkoliv je médii tolik oslavovaná, někteří lékaři jsou toho názoru, že její účinnost je přibližně 60% a představuje ve zdravotnictví po stránce finanční do budoucnosti značný problém.

Její uplatnění nacházíme v imunologii, alergologii, revmatologii, dermatologii a v neposlední řadě i gastroenterologii. Indikací kromě IBD mohou být i stavy po transplantaci jater a kolorectální karcinom. (www.klinickafarmakologie.cz)

Cílem léčby je snížení rizika chirurgické léčby, zahojení vředů a tím zabránění trvalým změnám na trávicí trubici a odstranění závažných zdravotních obtíží z důvodu agresivního zánětu. S tím souvisí i omezení nutnosti hospitalizace a zlepšení kvality života. (Červenková, 2009)

Terapie spočívá v podání látek biologické povahy, které v prospěch léčeného organismu zasahují do patofyziologického mechanismu zánětu. V léčbě IBD se uplatňují látky blokující TNF α , neboli tumor nekrotizující faktor alfa. (www.klinickafarmakologie.cz)

6.3.1 Indikace

Indikací k podání biologické léčby je selhání medikamentózní léčby kortikoidy či imunosupresivy, nebo její nedostatečná odezva na probíhající zánět. (Červenková, 2009)

Obecně jsou k podání biologické léčby doporučeni pacienti mladší 45 let, pacienti u kterých dochází k tvorbě zánětlivých stenóz a pacienti s perianální lokalizací nemoci. (Zbořil, Dastych a Prokopová, 2012)

Na indikaci se podílí také některé ekonomické a sociální faktory, jako požadavky pacienta, dostupnost biologik v regionu a možnosti plátců zdravotní péče. (Fusek, 2012) Ta hraje v indikaci k podání bio léčby značnou roli.

6.3.2 Kontraindikace

Kontraindikací pro zavedení biologické terapie je přecitlivělost na přípravek, nebo některou jeho obsahující složku, závažnější srdeční selhávání (NYHA III-IV) a aktivní TBC. (Červenková, 2009) Proto od roku 2001, kdy byly pozorovány po zavedení biologické léčby případy miliární tuberkulózy, je prováděn screening u každého pacienta a terapie je umožněna pouze u pacientů, u kterých je vyloučena TBC včetně její latentní formy. (Lukáš, 2013)

Mezi další kontraindikace patří sepse a přítomnost abscesu, autoimunitní choroby, nádorové onemocnění či náhlá příhoda břišní. Relativní kontraindikací je virová hepatitida B a C, jelikož při zahájení bio léčby hrozí riziko aktivace chronické hepatitidy. (Zbořil, Dastych a Prokopová, 2012)

6.3.3 Nežádoucí účinky

Mezi nejčastěji se vyskytující nežádoucí účinky patří alergické reakce, které se mohou objevit, jak během podávání infuze, tak i po jejím podání zhruba po 3-5 dnech. Pokud dojde k okamžité infuzní reakci je doporučováno infuzi zpomalit až zastavit a aplikovat Dithiaden. Po odeznění reakce je možné zkusit infuzi dokončit, případně infuzi odložit. Pokud dojde k oddálené infuzní reakci, připomíná virovou infekci a v 90% případech je indikací k ukončení léčby. V současnosti se jako prevence infuzních reakcí provádí profylaxe prednisonu a Dithiadenu či hydrokortisonu před podáním infuze. V případě subkutánní injekce Adalimumabu se může alergická reakce projevit jako hypersenzitivita v podobě kožních reakcí v místě vpichu.

Mezi další NÚ patří bolesti hlavy, závratě či návaly. Někdy se mohou objevit i petechie, hematomy, synkopy, bradykardie a palpitace. (Zbořil, Dastych a Prokopová, 2012)

Mohou se objevit i infekce, virové či herpetické a již zmíněné tuberkulózní infekce. Do nežádoucích příznaků, které dle Vladimíra Zbořila (2012) časem vystoupí do popředí, je i vznik autoimunitní choroby. Objevení se autoimunitních projevů je opět indikace k ukončení biologické léčby.

Závažným nežádoucím účinkem s minimálním výskytem, který ale stojí za zmínku je i malignita. *„Nebylo prokázáno, že by přípravky TNFa zvyšovaly riziko nádorového onemocnění. Nicméně ve skupině kuřáků s chronickou bronchitidou, léčených těmito*

přípravky byl zjištěn častější výskyt nádorů, především v oblasti hlavy, plic a krku“ (Zbořil, Dastych a Prokopová, 2012 s. 159)

V posledních letech bylo registrováno 32 případů hepatosplenického T lymfomu, vysoce maligního onemocnění, ke kterému došlo při léčbě v kombinaci s thiopuriny. Dle Zbořila: „*Je však třeba si uvědomit, že tento počet představuje statisticky nevýznamnou skupinu, kterou vyvažuje efektivita biologické terapie.*“ (Zbořil a kol., 2012 s. 159; Červenková, 2009)

6.3.4 Účinné látky biologické léčby užívané v ČR

6.3.4.1 Infliximab (Remicade)

Je monoklonální protilátka obsahující 75% lidské a 25% myší bílkoviny. Je zaměřena proti TNF α . V léčbě CD se uplatňuje již od roku 1999. Pro pacienty s UC je zde od roku 2006 a o rok později nachází uplatnění i v léčbě dětských pacientů nad 6 let.

Infliximab byl použit i v léčbě pouchitidy, zánětu vaku po ileo-pouch-anální anastomóze. Další indikací mohou být i závažné extraintestinální příznaky, zvláště pak kloubní, kožní a oční nebo kortikodependence s cílem eliminace kortikosteroidů. (Červenková, 2009)

6.3.4.2 Aplikace infliximabu

Forma podání infliximabu je v podobě intravenózních infuzí. Dávka je 5 mg/kg váhy. Počáteční terapie začíná podáváním infuzí v týdnech 0, 2 a 6. Poté může navazovat pokračovací terapie, kdy dochází k podávání infuzí po 8 týdnech. (Fusek, 2012)

Podání je možné i ambulantně, kdy vykápe infuze do dvou hodin. Podávání infuzí po 8 týdnech již nazýváme udržovací léčbou. Pokud se stav nemocného do 3 měsíců výrazně nezlepší, je nutné zvážit pokračování terapie biologickou léčbou.

Z dosavadních zkušeností vyplývá, že zhruba 80% pacientů podstupujících biologickou terapii reaguje příznivě na první tři podané infuze, dalších 30-40% z nich se ocitne v remisi. U zbylých 20% se sice stav zlepšil, ale během roku přestanou na infuze reagovat. (Červenková, 2009)

6.3.5 Adalimumab (Humira)

Je kompletně humánní monoklonální protilátka. Její účinek je srovnatelný s infliximabem. Užívá se k léčbě CD u dospělých a u dětí od 6 let. U UC se využívá pouze k léčbě dospělých pacientů. V Evropě je dostupný pro léčbu CD od roku 2007. Aplikace je subkutánní a v přípravě jsou již i pera, která by usnadnila aplikaci pacientem. (Červenková, 2009; Fusek, 2012)

6.3.5.1 Aplikace Adalimumabu

„Adalimumab se podává ve formě subkutánní injekce pravidelně po 14 dnech, indukční léčba jsou dvě dávky: první 80-160 mg, druhá 40-80 mg, pokračuje se dávkou 40 mg.“ (Zbořil. Dastych a Prokopová, 2012 s.79)

Pacient by měl nejdříve navštěvovat centra biologické léčby, kde by měl být dostatečně edukován o aplikaci a uchování injekcí. Dle návodu na příbalovém letáku léku Humira je místo aplikace na stehně nebo na bříše. Jako u každé subkutánní injekce by se měla střídát místa vpichu a každá další injekce by měla být minimálně 3 cm od místa posledního vpichu. Nevhodné je aplikovat injekci do oblasti, kde je kůže zarudlá, tvrdá nebo s hematomy. Důležité je vědět, že s injekční stříkačkou se netřepe a aplikuje se do kožní řasy úhlem 45 stupňů. Co se týče uchování léku, doporučuje se jeho skladování v chladničce při teplotě od 2-8 stupňů Celsia. Z důvodu potřeby či cestování je možné uchovávat injekci při běžné pokojové teplotě, ale maximálně po dobu 14 dnů. Poté musí být injekce použita nebo zlikvidována.

6.3.6 Další látky biologické léčby

6.3.6.1 Certolizumab

Humanizovaná monoklonální protilátka, která se podává stejně jako Adalimumab formou subkutánní. V EU se zatím nepoužívá, zatímco v USA a Švýcarsku je povolen k léčbě nemocných s CD. (Fusek, 2012)

6.3.6.2 Natalizumab

Jedná se opět u humanizovanou monoklonální protilátku, která se používá pouze v USA jako záchranná terapie u nemocných s CD, kteří selhali na standartní anti-TNF α léčbě. (Fusek, 2012)

6.3.6.3 Vedolizumab

Taktéž monoklonální protilátka, která je v současné době celosvětově ve fázi zkoušení u pacientů postižených CD a UC. (Fusek, 2012) V ČR by se měl objevit do konce roku 2014. (www.crohn.cz)

6.3.6.4 Biosimilars

V současné době se na trh pomalu dostávají i léky zvané biosimilars. Jedná se o léky podobné biologickým léčivům. Dle MUDr Doležala, účastníka diskuze Zdravotnických Novin ze dne 4. února 2014 v Praze, je hlavním smyslem těchto léků zlevnit biologickou terapii a zpřístupnit jí tak pro více pacientů. Otázkou opět zůstává, jak se k tomu postaví farmaceutické firmy vyrábějící originální biologické léčiva.

6.3.7 Dostupnost biologické léčby

Biologická léčba je u nás v ČR poskytována pouze vybranými pracovišti. V současnosti existuje 23 center pro bioléčbu, která jsou společná pro obory gastroenterologie, revmatologie či dermatologie. Souhrn center je uveden v Příloze D „Centra biologické léčby v ČR“. (Červenková, 2009) Důležitou roli hraje i Česká gastroenterologická společnost, která garantuje kvalitu léčby v centrech biologické léčby a centra schvaluje. (www.crohnanemoc.cz)

Jak již bylo zmíněno v úvodu biologické léčby, po finanční stránce se jedná o nákladnou léčbu, která stojí řádově statisíce korun na jednoho pacienta. Proto ačkoliv je mnoho pacientů co o zmíněnou léčbu stojí, ne každému je nasnadě ji poskytnout.

6.3.8 Ukončení biologické léčby

Terapii je možné vysadit u pacientů, kteří nemají agresivní typ choroby a u kterých nejsou patrné ani minimální známky biologické ani endoskopické aktivity. Nadále se pacientům ale podává azathioprin a jsou pečlivě monitorováni. Dalšími indikacemi k ukončení terapie jsou již zmíněné alergické reakce, malignita či autoimunita.

Zda nedojde k relapsu choroby je velice individuální a těžko předvídatelné. Pokud se objeví známky nemoci, dochází k znovuzavedení biologické léčby, které je spojeno s příznivým efektem. (Fusek, 2012)

6.4 Výživa v léčbě IBD

Pacientům, kteří se nachází v akutní fázi onemocnění, můžeme podávat enterální i parenterální výživu. Před podáním výživy je nutné celkové zhodnocení stavu pacienta dle klinických, laboratorních a antropometrických metod. (Červenková, 2009)

6.4.1 Enterální výživa

Enterální výživa může být podána pacientům s vleklým a aktivním zánětlivým procesem. Skladba výživy musí být vyvážená, bohatá na cukry, snadno vstřebatelné tuky, bílkoviny a samozřejmě i vitaminy, ionty a stopové prvky. (Červenková, 2009) Enterální výživu je možné podat formou sondy či formou perorálních doplňků – sipping. Může fungovat jako jediný zdroj výživy nebo její doplněk. (Zbořil, Dastych a Prokopová, 2012)

6.4.2 Parenterální výživa

Parenterální výživa se stává krátkodobým řešením u pacientů, kteří se nachází ve velmi vážném stavu a není zaručeno, že by jejich trávicí ústrojí zvládlo zpracovat dodané živiny popř. enterální výživu. (Červenková, 2009) Další indikací jsou poté ileózní, subileózní stavy, vnitřní píštěle, malnutrice či vážný průběh onemocnění s rizikem toxického megakolonu. (Zbořil, Dastych a Prokopová, 2012)

6.4.3 Klasická výživa

Co se týče klasické výživy, pokud se pacienti zrovna nachází v období remise, jejich skladba jídelníčku nemusí zahrnovat velké omezení. Pouze by si měli individuálně hlídat, jak jejich tělo reaguje na přijaté potraviny. Některé mohou mít nadýmavý či projímavý účinek, popřípadě způsobovat bolesti břicha. Mezi tyto potraviny patří nejčastěji mléčné výrobky, tučná a kořeněná jídla či čerstvé ovoce a zelenina. Někdy i alkohol, černá káva a pivo.

Pokud se choroba nachází v aktivní fázi je třeba dodržovat důslednou dietu, která je bezezbytková a zcela oprostěna od nerozpustné vlákniny. Z toho vyplývá, že nemocný se musí vyhýbat tučným, kořeněným a těžkým jídlům, mléku, mléčným výrobkům, čerstvému pečivu i perlivým vodám. Z jídelníčku by měli vynechat i ořechy a jádra. Naopak se doporučují polévkové vývary, vařené bílé maso, rýže, brambory a ryby. (Červenková, 2009)

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

Cíle výzkumné části

1. Zjistit problémy a komplikace u dotazovaných respondentů různého pohlaví a věkové kategorie v souvislosti s léčbou.
2. Získat přehled o vlivu onemocnění na každodenní život pacientů.
3. Zhodnotit, zda pacienti vnímají stres jako rizikový faktor pro vzplanutí choroby.
4. Zhodnotit informovanost respondentů o onemocnění.

Výzkumné otázky

1. Jsou obdobné problémy a komplikace u dotazovaných respondentů?
2. Omezuje dotazované onemocnění a léčba v každodenním životě?
3. Pociťují respondenti stres jako rizikový faktor pro vzplanutí choroby?
4. Jsou pacienti dostatečně informováni o onemocnění? Kým?

7 Metodologie

V bakalářské práci je využita forma kvalitativního výzkumu.

7.1 Základní charakteristika kvalitativní výzkumu

Dle Hendla (2005) neexistuje obecně uznávaný a jediný vymezený způsob jak provádět kvalitativní výzkum. Jedná se vlastně o výzkum, jehož výsledky se nedosahují pomocí statistických metod. „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Hendl, 2005 s. 50)

Mezi další charakteristiky kvalitativního výzkumu patří, že výzkumník je v intenzivnějším a delším kontaktu se situací, jedincem či skupinou jedinců. Data kvalitativního výzkumu zahrnují přepisy z poznámek, pozorování či rozhovorů. Často je v kvalitativním výzkumu vytýkáno, že představuje sbírku subjektivních dojmů, které lze jen obtížně zobecnit. Jeho předností však je získání hloubkového popisu sledované problematiky. (Hendl, 2005)

7.2 Fenomenologický výzkum

Z přístupů, které kvalitativní výzkum umožňuje, byl vybrán fenomenologický výzkum, který se zaměřuje na jednotlivce a jejich vnímání určité zkušenosti. Do základní otázky týkající se fenomenologického výzkumu patří hlavně význam, struktura a esence prožívání zkušenosti jedince nebo celé skupiny s daným fenoménem. (Hendl, 2005)

7.3 Výběr

Celkem bylo v rámci výzkumu vybráno 8 respondentů. Výběr byl bez ohledu na pohlaví a věkové kategorie. Celkem tedy bylo vybráno 5 žen a 3 muži s věkovým rozmezím od 15 do 41 let. Respondenti byli získáni z velké části z mého okolí a okolí mých příbuzných. Tři respondenty jsem získala v nemocnici krajského typu. Stojí za zmínku, že sehnání potřebných respondentů nebylo tak náročné, jak jsem zprvu předpokládala, jelikož se v mém okolí vyskytuje poměrně dost lidí trpícím tímto onemocněním.

7.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek, jehož výběr je popsán v kapitole 7.3, tvořil 8 respondentů, z nichž 2 respondenti mají pouze farmakologickou léčbu a nebyla jim nasazena biologická léčba. Šest respondentů podstupuje biologickou léčbu po předchozí zkušenosti s farmakoterapií. Chirurgickou léčbu podstoupila pouze jedna respondentka. U dotazovaných respondentů převládá Crohnova choroba v poměru k ulcerózní kolitidě 7:1. Po provedených rozhovorech došlo k teoretické saturaci a dle mého uvážení již nebylo potřeba vyhledávat další respondenty.

7.5 Metody získávání dat a jejich sběr

K získání informací potřebných k výzkumu jsem vytvořila soubor otázek, které jsem pokládala v osobních rozhovorech s pacienty trpící IBD. Otázky sloužící jako vodítko k polostrukturovanému rozhovoru jsou k nahlédnutí v příloze E. Celkem bylo provedeno 8 polostrukturovaných rozhovorů, ke kterým docházelo v klidných kavárnách, restauracích, parcích či v ambulanci nemocnice krajského typu. Vybraní respondenti byli seznámeni s tématem bakalářské práce a ujištění o anonymitě. Současně byl získán souhlas se zpracováním dat a případným nahráváním rozhovoru.

Před zahájením vlastního výzkumu byla provedena v lednu 2014 pilotáž v podobě polostrukturovaného rozhovoru. Na základě pilotáže jsem se poté zaměřila na získané informace i u ostatních respondentů. Jelikož se domnívám, že získaný pilotní rozhovor je informačně kvalitní, využila jsem ho i ve vyhodnocování získaných informací. Ke zpracování výsledků bylo zvoleno otevřené kódování s následnou kategorizací.

7.6 Otevřené kódování

Pro analýzu získaných dat jsem zvolila metodu otevřeného kódování, která odhaluje v datech určitá témata. Kódování zahrnuje pečlivé studium údajů s následným označováním a kategorizací pojmů. Údaje jsou rozebrány, prostudovány a zjišťují se podobnosti a rozdílnosti. Ve výsledku se poté pojmenují dané kategorie tak, aby co nejvíce logicky souvisely s údaji, které zastupují. (Strauss, 1999)

8 Výsledky otevřeného kódování

Na základě otevřeného kódování s přihlédnutím k cílům a výzkumným otázkám výzkumné části byly určeny kategorie.

Přehled kategorií

1. Vnímání stresu jako spolučinitele výskytu nemoci
2. Problematika aplikace dle léčby
3. Problematika dostupnosti dle léčby
4. Omezení v každodenním životě
5. Informovanost o onemocnění

8.1 Vnímání stresu jako spolučinitele výskytu nemoci

Do této kategorie jsem zařadila odpovědi týkající se stresu v zaměstnání, osobním životě či při studiu a jeho vlivu na objevení se prvních příznaků či opětovného vzplanutí choroby. Z dotazovaných respondentů mi 7 odpovědělo, s výjimkou jednoho respondenta, že stres vnímá jako rizikový faktor pro vzplanutí choroby. Zároveň někteří respondenti uváděli, že se u nich první známky onemocnění objevily právě v době, kdy byli pod psychickým či fyzickým vyčerpáním a stresem. Respondenti často jako příčinu vzniklého stresu uváděli jak sociální tak pracovní aspekty.

8.2 Problematika aplikace dle léčby

8.2.1 Farmakologická léčba

Farmakologickou léčbu podstoupili všichni respondenti. Dva z dotazovaných užívají pouze tento druh léčby. U dalších 6 z dotázaných byla na základě selhání farmakoterapie indikována biologická léčba. U farmakologické léčby respondenti neuváděli problém s perorálním užíváním léků, jako problém udávali jejich množství a působení.

Nejčastěji diskutovaným problémem bylo užívání kortikoidů. Jak bylo zmíněno v teoretické části, jejich vedlejších účinků je nespočet a z velké části se týkají fyzického vzhledu, což respondenti vnímají jako největší problém. Dle 24 leté studentky farmaceutické fakulty: „*Měla jsem šílené deprese. Nedokážu to popsat, vyloženě depresivní stavy s úzkostí. Stále*

jsem bezdůvodně brečela.” dále udává zkušenost se vznikem Cushingova syndromu: *„Projevil se u mě Cushing, měla jsem strašné tváře, břicho, tenké ruce a nohy. V pase jsem měla 80 cm což pro mě bylo úplně strašné. Já miluju sport a tohle pro mě bylo šílené, deprese z vlastního těla.*” V nežádoucích účincích respondenti často uváděli již zmíněné otoky, špatné nálady a vznik akné.

Další užívanou skupinou léků jsou imunosupresiva, potlačující činnost imunitního systému. Působení léků na jedince je velice subjektivní. Z dotazovaných uváděli 3 respondenti častější únavu, vznik oparů, aftů a nachlazení. Jedna respondentka uváděla i častý vznik candidóz a condylomat, kvůli kterým ji bylo indikováno operační řešení.

Mezi další léky, které respondenti při rozhovorech zmínili byli i rektální čípky a různé pěny. S jejich aplikací uvedla problém v podobě pálení v konečniku a nepříjemné aplikace pouze jedna respondentka.

8.2.2 Biologická léčba

Jak již bylo zmíněno, biologickou terapii podstupuje 6 z dotazovaných respondentů. Co se týče aplikace jedna respondentka užívá s.c. injekce Humiry z důvodu alergické reakce na infuze, která se projevila pocitem horka a pocením rukou. Zbylí respondenti dojíždí na aplikaci infuzí Remicade.

U této kategorie je na místě podotknout, že u dotazovaných respondentů se odpovědi lišili i co se týče pohlaví. U ženské části dotazovaných byl častěji problém s aplikací a strachem z bolesti, zatímco mužské části respondentů aplikace nevadila. Pouze jeden respondent z mužské části uvedl, že mu chvíli trvalo, než si na aplikaci zvykl. Každopádně jako problém ji nepocítuje.

Pacientka užívající s.c. injekce Humiry uvedla počáteční problém s aplikací: *„Trvalo mi strašně dlouho než jsem se to naučila. Já se všeobecně bojím jehel a bolesti, tak to bylo o velkém přesvědčování sama sebe“.*

U druhé respondentky dojíždějící na infuze Infliximabu (Remicade) byl problém podobného rázu s aplikací: *„komplikace nemám žádné kromě toho, že už nemají kam píchat. Což teda je pro mě taky dost nepříjemný. Než najdou nějakou dobrou žílu píchnou několikrát a docela to bolí“.*

8.3 Problematika dostupnosti léčby

8.3.1 Dostupnost farmakologické léčby

U respondentů mající pouze farmakologickou terapii není problém s dostupností. Nevýhodou však zůstávají doplatky za léky. Pokud se pacient vyskytne v relapsu či má přidružené onemocnění finanční nároky na léčbu stoupají. Studentka uvádějící sníženou imunitu a s ní spojený vznik condylomat a candidóz dále uvádí: „*Na začátku léčby jsem v lékárně platila třeba 1500 Kč. Co měsíc to minimálně 1000 Kč. Teď už doplácím jen za Imuran tak asi 80 Kč.*” dále uvádí spojitost s condylomaty a nutností zakoupení krému: „*používala jsem Aldaru, to je krém na ty bradavičky asi tak za 1700 Kč ..*” Další problém, který studentka uvedla, byl výpadek v lékárně, kdy nebyl k dostání lék Imuran. Jiné komplikace v souvislosti s léčbou nemocní neudávali.

8.3.2 Dostupnost biologické léčby

Po prvotní aplikaci infuzí či injekcí, která je častější, nastává udržovací léčba, která zahrnuje návštěvy zhruba po 2 – 3 měsících v poradnách bio léčby. Odpovědi respondentů se lišili dle věkové kategorie a pravděpodobné finanční situace. Starší respondenti vlastníci automobil neměli problém s dostupností. Stejně tak jako respondenti dojíždějící do nemocnice v městě svého bydliště. Respondent, který nepracuje a studuje společně s respondentkou nevlastníci automobil, uváděli problém s dojížděním a odkázáním na dopravu a s ním spojené výdaje za cestu a časové omezení. Tři respondenti chodící do práce mi uvedli komplikaci v podobě časté absence v práci.

Dobu, kterou musí nemocní strávit v ambulanci bio léčby po dobu vykapání infuze, nevnímají dotazovaní jako problém v porovnání s výsledky léčby.

Co se týká indikace biologické terapie. U dotazovaných respondentů bylo indikací selhání farmakoterapie. Mladý student uvedl, že se dostal k biologické léčbě pouze díky jeho ošetřujícímu lékaři, který ho protlačil do programu financovaného od jiných sponzorů. Jelikož, jak již bylo zmíněno v úvodu, bio léčba je pro plátce zdravotní péče finančně náročná. Více bude tato problematika probrána v diskuzi.

8.4 Omezení v každodenním životě

V otázkách na omezení v každodenním životě se respondenti v odpovědích lišili. Každý prožívá onemocnění subjektivně a je nutné k problémům jednotlivců přistupovat individuálně. Jedna respondentka mající onemocnění po dobu 10 let se k otázce na omezení z důvodu nemoci a léčby stavěla rezignovaně. „*No omezení mám spoustu. Třeba stravu nebo i ta únava. Vlastně celkově mě ty příznaky omezují, ale po deseti letech už tomu člověk nepřiklání takovou váhu. Musíš s tím žít. Je to prostě tak a jinak to nebude.*“.

Mezi omezení zařadili dotazovaní:

8.4.1 Únava, snížená výkonnost, omezení sportovní aktivity

Únavu spojenou s omezením fyzické aktivity uvedli 3 respondenti ve věku od 15-24 let. Dva z nich ji uvedli ve spojitosti s biologickou terapií a nedoporučením větší fyzické aktivity. Zatímco zbylá respondentka ji uvedla v souvislosti s užíváním imunosupresiv.

8.4.2 Změny vzhledu z důvodu užívání kortikoidů

Často se respondenti shodovali v odpovědích na užívání kortikoidů. Jak již bylo zmíněno v kapitole 8.2.1., mezi nejčastější omezení patřily změny v obličeji, otoky, akné, strie a změny nálad.

8.4.3 Dietní omezení

Podle výsledků rozhovorů jsou dotazovaní informováni o tom, že je nutné dodržovat bezezbytkovou dietu.

8.4.4 Mezilidské vztahy

V této oblasti pocítovali problémy tři respondenti ženského pohlaví ve věkovém rozmezí od 24-41 let. Mezi problém zařadili hlavně vyhýbání se sociálnímu kontaktu z důvodu příznaků onemocnění.

8.5 Informovanost o onemocnění

Ohledně informovanosti odpovědělo 7 z 8 nemocných, že jsou plně informováni. Ať už od lékařů, internetu a časopisů. Často si pochvalovali ošetřující lékaře, kteří jim poskytují dostatečné informace. Vesměs se pacienti cítili informovaní až na již výše zmiňovanou jednu respondentku, která po dobu své nemoci není stále dostatečně informovaná jak o svém onemocnění, tak o možných druzích léčby a stravě.

9 Diskuze

V této části práce se zaměřuji na získané informace od respondentů a porovnávám je s názory odborníků, se kterými jsem tuto problematiku probírala. Obracím se i na odbornou literaturu a porovnávám výsledky se závěry výzkumu IMPACT. Tento výzkum spadající pod záštitu EFCCA, Evropské federace sdružení pro Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu, probíhal od listopadu roku 2010 do srpna roku 2011. Cílem výzkumu bylo získat přehled o vlivu IBD na život pacientů se zaměřením na kvalitu života, mezilidské vztahy, vzdělání a zaměstnání. Výzkum byl z mezinárodní perspektivy. Za jednotlivé výzkumy v evropských zemích odpovídali členské sdružení pro nemocné s IBD. Celkem bylo podáno více než 6 000 dotazníků, přičemž respondenti do výzkumu vstupovali dobrovolně. Počet respondentů a země, ze kterých byli vybráni, je k nahlédnutí v tabulce Přílohy G.

9.1 Vnímání stresu jako spolučinitele výskytu nemoci

V dnešní době prakticky není onemocnění, ve kterém by nehrál roli stres. Což se potvrdilo i během rozhovorů s výjimkou jednoho pacienta, který udával flegmatickou povahu a tudíž nenáchylnost propadat stresovým situacím. Žijeme v době, kdy ať chceme či ne, není vždy v našich silách se stresu vyhnout. Je důležité snažit se stresu vyvarovat a udržovat si rovnováhu mezi stresory a salutory, podporující zdraví.

9.2 Problematika aplikace dle typu léčby

Pokud shrneme závěry rozhovorů, mezi nejčastější problém s aplikací udávali pacienti, co se týče léků, více než jejich perorální užívání, jejich množství a vedlejší účinky, které se týkají hlavně kortikoidů. Je na místě zmínit, že příznaky způsobené jejich užíváním po vysazení zmizí. Výjimkou jsou strie, které uvedla jedna respondentka. Časem však dojde k jejich vyblednutí. Tyto příznaky jsou známé, důležité je však myslet i na nezpochybnitelnou účinnost. Výsledky korespondují s výzkumem IMPACT, ve kterém zhruba 42% dotazovaných uvedlo, že se u nich objevily vedlejší účinky při užívání kortikoidů.

Co se týká aplikace bio léčby, zajímavým zjištěním byl fakt, že ženy z dotazovaných respondentů vnímaly problém s injekcemi či infuzemi podstatně více než muži. Závěrem se však shodovali, že problém s aplikací nelze srovnat s účinky léčby. Nutné je nyní zmínit, že tato léčba není dle lékařů endoskopického centra nemocnice oblastního typu 100% a její

odhadovaná účinnost je zhruba 60%. S tím, že 40% nemocným vůbec nezabere. Moji respondenti byli zrovna ti, kterým zabrala s výjimkou 30 leté ženy, která předtím užívala infuze, na které se objevila alergická reakce. Na místě je podotknout, že výsledky nelze zobecňovat na celou populaci a je možné předpokládat s rozdílnými výsledky u různých pacientů.

9.3 Problematika dostupnosti dlé léčby

Ve vztahu k dostupnosti u farmakoterapie nejsou dle nemocných problémy, pokud tedy nedojde k jednorázovému výpadku dostupnosti léků. Což uvedla jedna respondentka a stává se to pouze výjimečně.

V dostupnosti biologické terapie z hlediska dopravy nemocných jsou individuální problémy. Respondenti, kteří se dopravují pouze po městě nevidí v dostupnosti problém, ten nastává až u respondentů nevladnící automobil.

Komplikace v podobě absence v práci je dle mého názoru pro nemocné více obtěžující. Do budoucna se může stát potencionálním faktorem vzniku stresu. Výsledky rozhovorů jsou obdobné s výsledky studie IMPACT, která uvedla, že nemocní mají častou pracovní absenci, která může postupně vyústit z práce na hlavní pracovní poměr na částečný úvazek a následně až v invalidní důchod. Dále uvedla, že až 61% nemocných vlivem pracovní absence pocítuje stres nebo se cítí pod tlakem.

Další problémy a otázky nastávají u dostupnosti biologické terapie ve smyslu indikace. Po rozhovoru s lékaři endoskopického centra nemocnice oblastního typu si myslím, že je na místě rozebrat i finanční kontroverzi. Jak již bylo zmíněno v teoretické části, léčba je indikována u nemocných se středním až těžce aktivním průběhem onemocnění. Je i mnoho dalších kritérií pro indikaci, které jsou rovněž v kapitole o indikaci uvedeny. Je na místě říci, že biologická terapie je velice finančně náročná. Sice je proplácena plátcí zdravotní péče, ale dle výše zmíněných lékařů je problém v tom, že lékař indikující bio léčbu má určitý "budget" podle kterého smí vybrat jen určité množství pacientů, kterým bude léčba nabídnuta. Po překročení tohoto "budgetu" již další pacienty pojišťovna nezaplatí. 21 letý student na to v rozhovoru č. 3 nepřímou poukázal a zmínil jak se k bio léčbě dostal on: *„Oni to hradí jenom některý pojišťovny, ta léčba je strašně drahá. Myslím, že jedna kapačka stojí kolem 40 000. A teď nevím, jestli snad 500 000 Kč celá ta léčba. Já tam vlastně nejsem ani přes tu pojišťovnu,*

protože měli naplněno. Takže mě zařadili do nějakýho programu, kde berou dotace od jiných firem nebo co. Tenkrát tam posílal dopis můj gastroenterolog a vice méně mě tam dotlačil on”.

Léčba je dlouhodobá a pacientů tohoto onemocnění stále přibývá a tak vyplývá na povrch otázka financování této léčby. Dle zmiňovaných lékařů existuje určitý tlak pojišťoven na zdravotníky, aby pacientům vyskytující se dlouhodobě v remisi byla léčba vysazena. Obecně platí, že biologická léčba by se ukončovat neměla, jinak pacientům hrozí opětovná exacerbace a není zaručeno, že jim bude léčba opět nasazena a budou na ní finance. Dle jiného lékaře nemocnice oblastního typu zas tímto stylem hrozí zruinování systému, jelikož pacientů stále pouze přibývá. Tato problematika je široká a není obsahem mojí práce, každopádně jistě stojí za zmínku.

9.4 Omezení v každodenním životě

V této kapitole jsem se věnovala omezením co onemocnění popř. léčba pacientovi způsobuje. Ve výsledku každý odpovídal jinak s výjimkou kortikoidů. Odlišné odpovědi mě nepřekvapují, jelikož vnímání nemoci je rozdílné. Pro každého může být omezující něco jiného, popřípadě mohou se objevit obdobné problémy, které jednoho obtěžují a druhého nikoliv.

9.4.1 Únava, fyzická aktivita

Tři respondenti uvedli únavu v souvislosti se sportovním výkonem a nedoporučením větší aktivity z důvodu biologické terapie. Více toto omezení postihlo mladší kategorii respondentů a to konkrétně dotazované s věkem od 15-24 let. Osobně si myslím, že lidé tohoto věku jsou tímto omezením obtěžováni nejvíce. Často z pohledu vrstevníků, kteří dokáží znepříjemnit situace, kdy nemocný výkonově neodpovídá průměru. V této oblasti bych doporučila najít jinou aktivitu či zaměření, kde výkon nehraje velkou roli a nýbrž nejde jen o kvantitu ale i o kvalitu. Je důležité aby jedinci nepodlehli pocitu méněcennosti, který by si mohli odnést do budoucna. Výsledky studie IMPACT ukázali, že z dotázaných mělo únavu nebo nedostatek energie až 75% respondentů.

9.4.2 Nežádoucí účinky kortikoidů

V omezeních ve kterých se respondenti shodovali bylo hlavně užívání kortikoidů a jejich nežádoucí účinky na vzhled. Otoky, akné, strie, deprese byly často zmiňované problémy. Co se týče této oblasti, je nutné, aby byl pacient dostatečně edukován o užívání kortikoidů a jejich nežádoucích účincích, které většinou po jejich vysazení zmizí. Což opět koresponduje s výsledky studie IMPACT a bylo to rozebráno v kapitole týkající se problémů aplikace farmakologické léčby.

9.4.3 Dietní omezení

Dietu vnímá 5 respondentů jako omezující a to převážně proto, že se jedná o bezezbytkovou dietu, kdy se nedoporučuje čerstvá zelenina a ovoce, což je z jídelníčku těžké vyškrtnout. Stěžejní ale zůstává individuální vnímání jedince a tudíž co někomu nesvědčí, nemusí jinému dělat žádný problém a je proto nutné zkoušet co nemocnému vyhovuje a nikoliv.

Co se týká samotného dodržování této diety jsou respondenti už mírně skeptičtí. Dle 30 ti leté respondentky: *„Jinak měla bych mít samozřejmě nějaké omezení ve stravě, ale moc to nedodržuju. Jsem o tom informovaná, ale když nesmíte ovoce a zeleninu tak to se moc nedá“*

Stejně starý respondent opačného pohlaví na otázku, zda dodržuje dietu odpovídá: *„No někdy jo, někdy ne. Ale když ne tak se to hned projeví. Silvestr a kolem Vánoc. To je nejhorší. Ale pak si dám pauzu a zase to je dobrý“*

Nejvíce edukovaným respondentem v oblasti výživy byla mladá 15ti letá slečna, které byl vytvořen jídelníček od dietní sestry. Ostatní respondenti měli pouze obecné informace o dietním opatření.

9.4.4 Mezilidské vztahy

Sociální izolaci uvedli tři respondentky hlavně při období vzniku onemocnění, kdy se z důvodu strachu z nutnosti na toaletu a studu vyhýbali společnosti a docházelo tak ke zhoršení mezilidských vztahů popř. partnerských vztahů. Před zahájením léčby nebo v období exacerbace nemoci udávali jako komplikaci i příznaky v podobě křečí a opakovaných stolic.

V této oblasti by mohla být mírnou úlevou tzv. WC karta, která by dle zdroje ZDN z 5. 6. 2014 měla nemocným pomoci překonat bariéry ve společnosti a zlepšit kvalitu života.

Význam karet spočívá ve zpřístupnění a umožnění přednosti jak na veřejných tak soukromých toaletách.

Cituji 24 letou studentku, udávající problémy při objevení se prvních příznaků: *„Nejdřív jsem to vnímala jako dost sociální problém, nechtěla jsem nikam chodit. Vyhýbala jsem se přátelům a znáš to, jak párkrát odmítneš někam jít, tak už nezavolají“.*

Obdobný problém s vyhýbáním se kontaktu s lidmi udávali i další dvě respondentky. 26 ti letá respondentka: *„Jak se objevily příznaky nevyhledávala sem společnost. Byla sem ráda, že sem doma a můžu běhat na záchod. Je pravda, že i s přítelem jsme měli těžší období“.*

Studie IMPACT zaznamenala 40% nemocných, kterým onemocnění brání udržovat nebo navazovat vztahy s lidmi.

Je častým problémem, že se lidé stydí a nechtějí se dělit o své obtíže, které se týkají tak intimní oblasti. Z toho vyplývá i fakt, že pět respondent z 8 na dotaz ohledně sdružení lidí s tímto onemocněním odpovídalo, že o něm neví nebo nechtějí vědět, případně nemusí tuto problematiku probírat s ostatními lidmi. Což samozřejmě může být diskutabilní, jelikož se osobně domnívám, že styk s druhým člověkem, který má obdobný problém může být ku prospěchu. Stejně tak i výsledky studie IMPACT uvádí, že 63% nemocných dodalo sdružení více optimismu a kontakt s ostatními lidmi s IBD měl na respondenty blahodárny vliv. Přesto studie také uvádí, že nejmenší zájem o členská sdružení mají pacienti ve věku od 19-36 let. Respondenti v mé bakalářské práci byli zrovna v tomto věkovém rozmezí a na otázky o sdružení odpovídali převážně negativně. Čtyři respondenti o existenci sdružení vědí. A pouze jeden respondent se zúčastnil konference pořádané právě sdružením pro lidi s IBD.

9.5 Informovanost

Co se týče informovanosti byly výsledky rozhovorů příznivé. Kromě jediné respondentky byli všichni s úrovní informovanosti o svém onemocnění spokojeni. A sdílím názor jednoho respondenta: *„V době internetu je možné si najít informace o všem.“*. Jinými slovy řečeno, kdo chce, informace si najde. Samozřejmě je doporučeno vyhledávat v kvalitních a prověřených zdrojích. Stále ale stěžejní úlohu v informovanosti hraje lékař, který by měl svého pacienta poučit o jeho onemocnění, možnostech a režimu během léčby.

10 Závěr

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Má část teoretickou a výzkumnou.

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo shrnout poznatky o dosavadní možné léčbě idiopatických střevních zánětů a přiblížit čtenáři novinku posledních let v podobě biologické terapie.

Cílem výzkumné části bylo zhodnotit jaké problémy a komplikace nemocným přináší nejen biologická terapie, ale i samotné onemocnění a jak se promítá do každodenního života. Respondenti byli vybíráni bez ohledu na věkové kategorie či pohlaví. Celkem bylo vybráno 5 žen a 3 muži s věkovým rozmezím od 15 do 41 let. V práci byla využita metoda kvalitativního výzkumu v podobě polostrukturovaných rozhovorů. Proto zjištěné výsledky nelze generalizovat na všechny pacienty podstupující bio léčbu.

Po proběhlém šetření jsem posuzovala výsledky se studií IMPACT, zkoumající vliv IBD na pacienty z mezinárodního hlediska. V mnoha oblastech mé výsledky korespondovaly se zmíněnou studií. Tudíž, dle výše uvedených skutečností se domnívám, že cíle výzkumné části bylo dosaženo.

S přihlédnutím k biologické léčbě a odpovědím respondentů souhlasím s tím, že biologická terapie své místo v léčbě rozhodně má. Dotazovaní respondenti jsou s léčbou spokojeni a cítí úlevu. Nezbyvá než doufat, že časem bude dostupnější pro více pacientů.

Během zpracovávání práce vzešel na povrch výraznější problém v podobě financování léčby. Tato oblast není obsahem mé práce, každopádně na ní bylo během výzkumu poukázáno. Pokud by bylo v něčem zájmu pokračovat v mé práci, doporučila bych zaměřit se právě na tuto oblast.

Závěrem bych ráda zmínila, že by bylo dobré stále zvyšovat informovanost a povědomí lidí o tomto onemocnění, jelikož je stále aktuální a nemocných přibývá. Doporučila bych apelovat nejen na nemocné, ať se nebojí a odloží stud při objevení se prvních příznaků, ale i na zdravotníky, ať o pacienty pečují z holistického pohledu, jelikož toto onemocnění zasahuje i do dalších oblastí životního spektra nemocného.

11 Použitá literatura a zdroje

11.1 Knihy

1. ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Galén, c2009, 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7
2. DÍTĚ, Petr. *Farmakoterapie v gastroenterologii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 262 s. ISBN 978-807-2627-042
3. FUSEK, Martin. *Biologická léčiva: teoretické základy a klinická praxe*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 219 s. ISBN 9788070808108
4. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7040-2
5. LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, 256 s. ISBN 978-807-2626-922
6. LUKÁŠ, Karel. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 288 s. ISBN 80-247-1283-0
7. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 380 s. ISBN 978-802-4717-876
8. STRAUSS, Anselm. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie* Přel. S. Ježek. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-858-3460-X
9. ZBOŘIL, Vladimír. *Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 126 s. ISBN 978-802-4715-636
10. ZBOŘIL, Vladimír, Milan DASTYCH a Lucie PROKOPOVÁ. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012, 167 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2656-7

11.2 Časopis

11. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat.* 1. vyd. Praha: Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty, 59 s. ISBN 978-80-905120-0-9

12. *Biologická léčba: Lukáš, Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida : klinický obraz, diagnostika a biologická léčba.* Praha 10: ERA, Média s.r.o., 2013, roč. 2, č. 1. ISSN 1805-398X. Dostupné z: actamedicinae.cz

11.3 Internet

13. Rozdíly mezi Crohnovou nemocí a ulcerózní kolitidou. *Strevní-zanety.cz* [online]. [cit. 2013-11-11]. Dostupné z: <http://www.strevni-zanety.cz/rozdily-mezi-mc-a-uc>

14. Idiopatické střevní záněty: Jaké jsou příčiny Crohnovi nemoci. *Crohnovanemoc.cz* [online]. [cit. 2013-11-11]. Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz/idiopaticke-strevni-zanety/jake-jsou-priciny-cn.html>

15. Idiopatické střevní záněty. *Celostnimediceina.cz: Informační server o zdraví* [online]. [cit. 2013-11-11]. Dostupné z: <http://www.celostnimediceina.cz/idiopaticke-strevni-zanety-i.htm>

16. ZBOŘIL, Vladimír. *Klinická farmakologie a farmacie: Biologická terapie v gastroenterologii.* Olomouc: Solen, s. r. o., 2008. ISBN 1803-5353. Dostupné z: <http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2008/02/03.pdf>

17. *Interní medicína pro praxi.* Olomouc: Solen, 2012. Dostupné z: http://internimediceina.cz/artkey/int-201212-0005_Nekolik_poznamek_k_lecbe_idiopatickych_strevnich_zanetu.php

18. Crohnova nemoc: Novinky a aktuality. *Crohnovanemoc.cz* [online]. [cit. 2013-11-11]. Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz/novinky-a-aktuality/efcca-pozaduje-lepsi-pristupke-zdravotni-peci.html>

12 Seznam příloh

Příloha A Klasifikace CD

Příloha B Klasifikace UC

Příloha C Minimální doba nástupu efektivity farmakoterapie IBD

Příloha D Centra biologické léčby

Příloha E Polostrukturovaný rozhovor

Příloha F Respondenti ve výzkumu IMPACT

Příloha A Klasifikace CD

Tabulka 1 Klasifikace CD (Zbořil, Dastych a Prokopová, 2012)

	Vídeňská	Montrealská
Věk při stanovení diagnózy	<p>A1 = věk < 40 let</p> <p>A2 = věk > 40 let</p>	<p>A1 = věk <16 let</p> <p>A2 = věk 17-40 let</p> <p>A3 = věk > 40 let</p>
Lokalizace	<p>L1 = terminální ileum</p> <p>L2 = kolon</p> <p>L3 = ileokolon</p> <p>L4 = horní GIT</p>	<p>L1 = terminální ileum</p> <p>L2 = kolon</p> <p>L3 = ileokolon</p> <p>L4 = horní GIT</p>
Charakteristika nemoci	<p>B1 = nestenózující, neperforující – zánětlivý typ</p> <p>B2 = stenózující typ</p> <p>B3 = perforující typ</p>	<p>B1 = nestenózující, neperforující – zánětlivý typ</p> <p>B2 = stenózující typ</p> <p>B3 = perforující typ</p> <p>B4 = perianální postižení</p>

Příloha B Klasifikace UC

Tabulka 2 Klasifikace UC dle lokalizace (Zbořil, Dastych a Prokopová, 2012)

Postižení recta - proktitida	E1
Postižení rekta + sigmatu + descendens - levostranný tvar	E2
Postižení orálně od lineální flexury – extenzivní tvar	E3

Příloha C Minimální doba nástupu efektivity farmakoterapie

Tabulka 3 Minimální doba nástupu efektivity farmakoterapie IBD (Zbořil, 2007)

Farmakoterapie	Minimální doba nástupu účinku
Aminosaliciláty	6-8 týdnů
Kortikosteroidy	Parenterálně – 48 – 72 hodin Perorálně – 1-2 týdny
Azathioprin	3 měsíce
Cyklosporon	Parenterálně – 48-72 hodin Perorálně – 1-2 týdny
Methotrexát	4 měsíce
Infliximab/Adalimumab	2 týdny

Příloha D Centra biologické léčby

Tabulka 4 Centra biologické léčby (Červenková, 2009)

PRAHA	ČECHY	MORAVA
Nemocnice milosrdných sester Karla Boromejského, Vlašská 36, Praha 1	Oblastní nemocnice Kladno, Vančurova 1548, Kladno	Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava, 17. Listopadu 5, Ostrava- Poruba
Všeobecná fakultní nemocnice, U Nemocnice 2, Praha 2	Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, Sociální Péče 766, Ústí nad Labem	Vítkovická nemocnice, Zálužanského 15, Ostrava - Vítkovice
Fakultní Thomayerova nemocnice, Vídeňská 800, Praha 4	Krajská nemocnice Liberec, Husova 10, Liberec	Fakultní nemocnice Olomouc, I.P.Pavlova 6, Olomouc
IKEM, Vídeňská 9, Praha 9	Nemocnice Karlovy Vary, Bezručova 19, Karlovy Vary	Fakultní nemocnice Brno-Bohunice, Jihlavská 20, Brno
Fakultní nemocnice Motol, V Úvalu 1/84, Praha 5	Fakultní nemocnice Plzeň, Edvarda Beneše 13, Plzeň	Nemocnice Milosrdných bratří, Polní 3, Brno
Nemocnice Na Homolce, Roentgenova 2, Praha 5	Fakultní nemocnice Hradec Králové, Sokolská 581, Hradec Králové	Nemocnice Jihlava, Vrchlického 59, Jihlava
Ústřední vojenská nemocnice, U vojenské nemocnice 1200, Praha 6	Hepato-gastroenterologie Hradec Králové, MUDr. Miroslava Volfová, Tř. Edvarda Beneše 1549, Hradec Králové	
ISCARE I.V.F., Jankovcova 2c, Praha 7	Krajská nemocnice Pardubice, Kyjevská 44, Pardubice	
Fakultní nemocnice Na Bulovce, Budínova 2, Praha 8	Nemocnice České Budějovice, Boženy Němcové 54, České Budějovice	
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Šrobárova 50, Praha 10		

KVALITATIVNÍ ČÁST - POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

- Kolik je Vám let a jaké je vaše zaměstnání?
- Setkáváte se často se stresem ať už v práci či při studiu a myslíte, že by mohl být příčinou vzplanutí choroby?
- Jaké máte onemocnění a kdy Vám bylo diagnostikováno?
- Jakou léčbu jste zatím podstoupil/a?
- Jste informován/a o různých druzích léčby a svém onemocnění? Od koho?
- Jaké máte pocity z dosavadní léčby? Zabírá?
- Jaké máte komplikace a omezení spojené s léčbou?

Příloha F Respondenti ve výzkumu IMPACT

graf 1 Respondenti ve výzkumu IMPACT (crohnavanemoc.cz)

