

VŠECHNO, CO JSTE CHTĚLI VĚDĚT  
**O IDIOPATICKÝCH  
STŘEVNÍCH ZÁNĚTECH,**  
ALE BÁLI JSTE SE ZEPTAT

**I. DÍL**





VŠECHNO, CO JSTE CHTĚLI VĚDĚT  
**O IDIOPATICKÝCH  
STŘEVNÍCH ZÁNĚTECH,**  
ALE BÁLI JSTE SE ZEPTAT

## I. DÍL

Pacienti IBD z.s.  
Pracovní skupina pro idiopatické střevní záněty

Praha 2016

---



**KNIHA BYLA VYDÁNA DÍKY FINANČNÍ PODPOŘE  
SPOLEČNOSTI TILLOTTS PHARMA CZECH S.R.O.**

Odborný a jazykový redaktor: MUDr. Petra Matějková, PhD.

© Pacienti IBD z.s.

© Pracovní skupina pro idiopatické střevní záněty

© Grafická úprava – Medica Healthworld a. s.

2. vydání, 2016 ISBN 978-80-905120-5-4



# OBSAH

<b>Úvod</b>	<b>5</b>
<b>I. Idiopatické střevní záněty – vznik, původ a průběh onemocnění</b>	<b>7</b>
Garant: Prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.	
<b>II. Medikamentózní léčba IBD</b>	<b>17</b>
Garant: MUDr. Viktor Komárek	
<b>III. Gynekologické problémy pacientek s IBD, těhotenství</b>	<b>27</b>
Garant: MUDr. Jana Koželuhová	
<b>IV. Chirurgická léčba IBD</b>	<b>35</b>
Garant: As. MUDr. Zuzana Šerclová	
<b>V. Alternativní léčba IBD</b>	<b>49</b>
Garant: MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.	
<b>VI. Výživa a diety při IBD</b>	<b>59</b>
Garant: MUDr. Eva Meisnerová	
<b>VII. IBD a životní styl</b>	<b>71</b>
Garant: MUDr. Luděk Hrdlička	





## Vážení čtenáři,

předkládáme Vám 1. díl publikace, jež vznikla uspořádáním otázek a odpovědí, které zazněly na seminářích a konferencích patientské organizace Pacienti IBD nebo v rámci diskusního fóra webu spolku [www.crohn.cz](http://www.crohn.cz).

Idiopatické střevní záněty (z angl. Inflammatory Bowel Diseases = IBD), mezi něž se řadí Crohnova choroba a ulcerózní kolitida, jsou onemocnění, u nichž doposud nebyla zjištěna příčina. Nejen tato skutečnost vyvolává bezpočet otázek. Odpovědi na ně Vám poskytli lékaři Pracovní skupiny pro idiopatické střevní záněty při České gastroenterologické společnosti.

Při vybírání názvu pro tuto brožuru jsme zvolili parafrázi slavného filmu Woodyho Allena.

Věříme, že i Vy zde najdete odpověď na většinu otázek, které Vás trápí.

Za finanční podporu této publikaci děkujeme společnosti Tillotts Pharma Czech s.r.o.

Těšíme se na vaše další dotazy na našich akcích.

PhDr. Martina Pfeiferová, předsedkyně spolku  
MUDr. Martin Bortlík, koordinátor PS IBD ČGS



# IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY - VZNIK, PŮVOD A PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ

- CROHNOVA CHOROBA
- ULCERÓZNÍ KOLITIDA

---

Garant: Prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

---

## Co je Crohnova choroba?

Crohnova nemoc je chronický zánět tlustého a (nebo) tenkého střeva, neznámého původu. Nese označení po americkém lékaři Burillu B. Crohnovi, který ji v roce 1932 poprvé popsal a odlišil ji od střevní tuberkulózy.

---

## Co je ulcerózní kolitida?

Ulcerózní kolitida je chronický zánět povrchových vrstev (sliznice) tlustého střeva, který vždy postihuje konečník a zpravidla také různě dlouhou část tlustého střeva. Jde rovněž o zánět neznámé příčiny. Existence této nemoci je známa od počátku dvacátého století.

---

## Co znamená zkratka IBD?

IBD je zkratka anglického výrazu (Inflammatory Bowel Diseases) označující souhrnně obě nemoci: Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu.

---

## Jaké jsou příčiny vzniku idiopatických (nespecifických) střevních zánětů?

Příčina obou nemocí není známá (to je také vyjádřeno slovem idiopatický). V současné době se domníváme, že jde o civilizační nemoci vznikající jako důsledek změn životního stylu, uchovávání a přípravy jídel, používání antibiotik a nadměrného stresu. Všechny tyto změny se objevily v životě člověka v posledních sto letech a imunitní systém na ně reaguje nepřiměřeně agresivně.

---

### **Jsou idiopatické střevní záněty dědičné?**

Ano, obě nemoci vykazují známky dědičnosti. U Crohnovy nemoci lze vliv dědičnosti na vzniku nemoci vyjádřit asi 40–50 %. U pacientů s ulcerózní kolitidou je vliv dědičnosti podstatně slabší, předpokládáme maximálně 10 až 20 %.

---

### **Jaká je pravděpodobnost, že potomek pacienta IBD tuto nemoc zdědí?**

Je-li jeden z rodičů postižen Crohnovou nemocí nebo ulcerózní kolitidou, je riziko vzniku nemoci u jejich potomků cca 3–5tinásobně větší než u potomků zdravých rodičů. Jsou-li postiženi oba rodiče, je riziko vzniku nemoci u jejich potomků cca 50tinásobně větší v porovnání s dětmi zdravých rodičů.

---

### **Jaká je historie léčby Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy?**

Historie léčby začíná až v roce 1948, kdy byl zaveden sulfasalazin do léčby ulcerózní kolitidy; v roce 1954 kortikosteroidy; v roce 1962 azathioprin a konečně v roce 1998 infliximab. To jsou základní milníky ve vývoji medikamentózní terapie obou chorob.

---

### **Jak lze Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu diagnostikovat?**

Diagnostický proces je komplexní a zahrnuje rozbor anamnézy, vyšetření laboratorní, užití zobrazovacích metod (CT, USG a MR) a samozřejmě také endoskopie.

---

## **Jaké faktory ovlivňují vznik Crohnovy choroby?**

U Crohnovy nemoci je velmi důležitá dědičnost, dále užívání antibiotik a kouření. To jsou tři hlavní faktory, které se při vzniku této nemoci uplatňují.

---

## **Jaká je frekvence výskytu idiopatických střevních zánětů v České republice?**

Předpokládáme, že je stejná jako v západní Evropě. Incidence tj. diagnostika nových případů na 100 000 obyvatel během jednoho kalendářního roku u ulcerózní kolitidy se pohybuje mezi 6–10, v případě Crohnovy nemoci 4–6. Prevalence obou chorob v naší populaci (tj. počet všech osob, které trpí Crohnovou chorobou nebo ulcerózní kolitidou) je cca 350/100 000 obyvatel.

---

## **Jaké jsou hlavní příznaky onemocnění u Crohnovy choroby?**

Jsou velmi různorodé podle lokalizace, rozsahu a aktivity zánětu. Při postižení tenkého střeva jde o poruchy střevní pasáže, bolesti břicha a hubnutí. Při lokalizaci ileo-cékální jde o průjmy, hubnutí a bolesti břicha. V případě postižení tlustého střeva se jedná o průjmy a perianální hnisavé projevy, jako jsou píštěle a abscesy.

---

## **Jaké jsou hlavní příznaky onemocnění u ulcerózní kolitidy?**

Základním projevem jsou tenesmy, bolestivé nucení na stolicí s vyprazdňováním krve a hlenu.

---

### **Může být průvodním projevem IBD potažený jazyk a zápach z úst? Jakou má tento jev příčinu a jak je možné tento problém léčit?**

Zápach z úst nemá většinou žádnou příčinu v oblasti trávicí trubice a pochopitelně se neobjevuje více ani při střevních zánětech. Podobně je tomu i s nálezem povlaku na jazyku. Pravé příčiny jsou lokální (stomatologické nebo otorinolaryngologické) problémy jako je zkažený chrup, paradentální choboty, chronický zánět hrtanu nebo mandlí.

---

### **Mohou se píštěle a záněty vyskytovat i v dutině ústní nebo v horní části trávicího traktu? Jak často se tento problém objevuje a jaký je potom postup léčby?**

Prakticky se nevyskytují, nicméně zcela výjimečně popsány v odborné literatuře byly. Určitě to však není důvod, který by měl pacienty s Crohnovou chorobou zneklidňovat.

---

### **Co způsobuje anémii?**

Nejčastější příčina vzniku chudokrevnosti u nemocných s IBD je nedostatek železa, odborně sideropenní anemie. Příčina vzniku této chudokrevnosti spočívá ve zvýšených ztrátách krve (ulcerózní kolitida) nebo zhoršení schopnosti železo vstřebávat (Crohnova nemoc). Druhou častou příčinou je špatné vstřebávání vitamínu B12, zvláště u nemocných s Crohnovou chorobou po resekci střeva (ileo-cékální resekce).

---

## **Jaké má tenké střevo funkce?**

Hlavní funkcí tenkého střeva je vstřebávání živin, cukru, tuků a bílkovin, vitaminů, minerálů a stopových prvků. Vedle toho má tenké střevo řadu jiných funkcí jako je sekrece určitých látek nutných k trávení, tvorba endokrinních působků atd. Bez tenkého střeva nelze žít.

---

## **Pokud dojde ke zkrácení střeva, jak pak bude fungovat vstřebávání potravy?**

Jestliže délka tenkého střeva po opakovaných operacích klesne pod 100 cm, dochází ke stavu, který označujeme jako syndrom krátkého střeva. Jde o kritické zmenšení resorpčního povrchu střeva, které není schopno zajistit dostatečné vstřebávání všech živin. Důsledkem je celkové neprospívání, hubnutí a nedostatek některých látek, pro život člověka důležitých.

---

## **Kde všude se vstřebává v tenkém střevě železo?**

Železo se vstřebává především v horní části tenkého střeva, v duodenu a jejunu.

---

## **Jak je medicínsky vnímáno nadýmání pacienta?**

To záleží na konkrétní situaci. Většinou se jedná o projevy neurózy, nebo funkční poruchy střevní funkce. U některých pacientů s vleklými chorobami (např. Crohnovou chorobou) to může být signál progresu nemoci.



---

### **Jaký je princip experimentální léčby Crohnovy nemoci pomocí transplantace kmenové buňky?**

Principem této experimentální metody je obnova funkce imunitního systému střeva, který byl v průběhu nemoci vysoce aktivní až agresivní. Dosavadní zkušenosti ukazují, že po provedení transplantace krvetvorné kmenové buňky dochází na dlouhou dobu k remisi onemocnění.

---

### **Co je to perianální forma Crohnovy choroby?**

Jedná se o vznik píštělí a abscesů u konečníku.

---

### **Co je to střevní neprůchodnost a v jakém případě k ní může dojít?**

U Crohnovy nemoci vzniká postupem zánětu, který vede k uzavření průsvitu tenkého střeva (nejčastěji). Důsledkem jsou bolesti břicha, zvracení a nutný chirurgický výkon.

---

### **Co je to tenesmus?**

Jedná se o křečovitě bolesti v podbřišku spojené s nucením na stolici a vyprazdňováním krve a hlenu.

---

### **Co je to toxické megakolon?**

Jedná se o roztažení tlustého střeva na více než 6 cm v důsledku prudce probíhajícího zánětu. Bezprostředně je pacient ohrožen prasknutím střeva a vznikem prudkého zánětu pobřišnice.

---

### **Co je to erythema nodosum?**

Je to častý mimostřevní příznak Crohnovy nemoci na tlustém střevě, jde o výsev uzlů v podkoží na bérkách obou dolních končetin, které jsou bolestivé a mění barvu jako modřina.

---

### **Jakou roli hraje imunitní systém při vzniku nemoci a při jejím průběhu?**

Zdá se, že imunitní systém má zásadní význam při vzniku a průběhu střevního zánětu. Jde o nepřiměřenou agresivitu imunitního systému vůči vlastnímu tělu.

---

### **Mají pacienti s IBD kvůli oslabené imunitě zvýšenou náchylnost na virové nemoci?**

Sami o sobě nemají. Nicméně při podávané terapii, která tlumí imunitní reakce (imunosupresiva nebo biologická terapie) se náchylnost na vznik virových infekcí zvyšuje.

---

### **Co je to primární sklerozující cholangitida?**

Jedná se o autoimunitní zánětlivé postižení nitrojaterních a mimojaterních žlučovodů. Asi 5 % nemocných s ulcerózní kolitidou má prokázanou sklerozující cholangitidu. U 2/3 těchto nemocných se choroba chová agresivně a vede ke vzniku tzv. biliární cirhózy. Rovněž je tato choroba spojena se zvýšenou dispozicí pro vznik nádorů tlustého střeva a jater.

---

### **Jak funguje při léčbě pacientů s IBD mezioborová spolupráce mezi lékaři (gastroenterologem, chirurgem, gynekologem, psychologem, atd.)? Je využívána komplexní léčba?**

Komplexní léčba je nutností a mezioborová spolupráce je její nezbytnou součástí.

---

### **Jaký je vztah homocysteinu a vzniku nádoru u střevních zánětů?**

Nebylo potvrzeno, že zvýšená tvorba homocysteinu se podílí na zvýšeném výskytu nádorů u nemocných se střevními záněty.

---

### **Je pravda, že IBD pacienti mají vyšší pravděpodobnost výskytu rakoviny střev?**

Ano je. Pacienti s primární sklerozující cholangitidou bez ohledu na délku trvání nemoci jsou vystaveni několikanásobnému riziku vzniku rakoviny střev. Nemocní, kteří mají průběh nemoci dlouhý více než 20 let a mají zánět na většině tlustého střeva, jsou další rizikovou skupinou.





# MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA IBD

---

Garant: MUDr. Viktor Komárek

---

## **Jaká je standardní léčba IBD a jaké medikamenty se podávají nejčastěji?**

Standardní léčbou IBD rozumíme především léčbu medikamentózní. Nejčastěji podávanými léky jsou aminosalicyláty, v České republice jsou z této skupiny dostupné pouze mesalazin (firemní názvy Asacol, Pentasa, Salofalk) a sulfasalazin (Salazopyrin, Sulfasalazin). Při nedostatečné účinnosti mesalazinu a/nebo vysoké aktivitě onemocnění se podávají topické či systémové kortikosteroidy, imunosupresiva a často i biologická léčba.

---

## **V jakých lékových formách se podávají běžně užívané léky v terapii IBD?**

Nejčastěji jsou léky vyráběny ve formě tablet, kapslí nebo jako granulát – tyto formy jsou určeny k užívání ústy. Druhou nejčastější variantou je podávání léků ve formě čípků, pěny nebo léčebných nálevů, klyzmat do konečníku. Některé léky se pak podávají i v podkožních injekcích nebo jako nitrožilní infúze.

---

## **Co je to imunosupresivní léčba a kdy se doporučuje?**

Jde o léky, které potlačují nadměrnou imunologickou odpověď vlastního imunitního systému proti tkáňovým strukturám tenkého a tlustého střeva. Tato přemrštěná aktivita proti vlastním buňkám zažívacího ústrojí je podstatou IBD. Nejvíce používaným imunosupresivním lékem je azathioprin. Jeho místo je především v dlouhodobé, i několik let trvající udržovací léčbě klidové fáze nemoci. Do této lékové skupiny dále patří méně často využívaný methotrexát a cyclosporin A.

---

### **Je vhodné u pacientů s IBD používat léky, které podporují imunitní systém?**

Imunomodulační či imunostimulační léky vhodné nejsou. Jsou v podstatě protikladem imunosupresivní léčby, jejíž smysl je vysvětlen v předchozí odpovědi. Mohou způsobit relaps nemoci či zhoršení jejího průběhu. Krátkodobé podávání různých kombinovaných vitamínových preparátů a potravinových doplňků se stopovými prvky doporučit lze.

---

### **Existuje nějaký lék, který může předejít vzniku rakoviny střev?**

Především u nemocných s postižením tlustého střeva ulcerózní kolitidou trvajícím déle než 10 let stoupá riziko vzniku kolorektálního karcinomu. U těchto nemocných je vedle pravidelných kolonoskopií vhodné podávat aminosalicyláty dlouhodobě i v klidové fázi nemoci, protože tato léčba riziko vzniku zhoubného nádoru střeva snižuje.

---

### **Jaké léky jsou vhodné při bolestech kloubů při idiopatických střevních zánětech?**

Bolesti kloubů jsou nejčastějším mimostřevním projevem aktivity IBD. Na mírnější kloubní projevy se s výhodou používají aminosalicyláty. Při pokročilejším kloubním postižení a současně výrazné aktivitě samotného střevního zánětu je na místě podání biologické léčby.

---

## Může vést léčba kortikoidy k endokrinním poruchám?

Největším rizikem léčby systémovými steroidy (Medrol, Prednison) je náhlé přerušení jejich užívání při předchozím dlouhodobém podávání vyšších dávek těchto léků. Takové náhlé vysazení kortikoidů může vést k tzv. addisonské krizi a ve výjimečných případech až k úmrtí nemocného. V praxi se častěji setkáváme s tzv. detrakčním syndromem, který se projevuje především celkovou únavou, bolestmi svalů, kloubů, břicha, zvracením a dalšími příznaky. Je způsoben nedostatečnou produkcí nadledvinkami produkovaných kortikosteroidů. Jejich funkce je utlumena dlouhodobou léčbou systémovými steroidy. Proto musí být jejich vysazení vždy šetrné a individuálně uzpůsobené.

---

## Je nutné užívat nějaké léky v remisi ulcerózní kolitidy?

Užívání léků k udržení klidové fáze nemoci je jednoznačně vhodné, protože prodlužuje délku trvání remise a snižuje riziko dalšího akutního vzplanutí choroby. V úvahu připadají aminosalicyláty, imunosupresiva a biologická léčba. Volba nevhodnějšího preparátu i délka jeho podávání závisí od předchozího průběhu nemoci, rozsahu postižení tlustého střeva a odpovědi na léčbu v akutní fázi choroby. Absolutně nevhodné jsou pro udržovací léčbu kortikosteroidy.

---

## Je nutné užívat nějaké léky v remisi Crohnovy choroby?

Stejně jako u ulcerózní kolitidy i u Crohnovy choroby prodlužuje podávání tzv. udržovací terapie délku trvání remise nemoci. Vhodnými léky jsou imunosupresiva a biologická léčba. Nevhodné jsou kortikosteroidy. U aminosalicylátů není v této indikaci jednoznačná škoda, v mezinárodních „guidelines“ nejsou doporučovány pro nedostatečnou průkaznost jejich účinnosti.



---

## **Jaké léky mohou způsobit vznik osteoporózy a jak se toho můžeme vyvarovat?**

Riziko osteoporózy roste s délkou podávání kortikosteroidů a je obecně vyšší u žen. Pro léčbu akutního vzplanutí IBD platí, že systémové kortikosteroidy by v ideálním případě neměly být podávány déle než 3 měsíce. V průběhu tří měsíců by měla být jejich dávka postupně snižována a nakonec vysazena. Pokud je třeba kortikoidy použít v léčbě opakovaně, je nutné zahájit podávání výše popsané udržovací terapie aminosalicyláty, imunosupresivy nebo biologickou léčbou tak, aby bylo nižší riziko nutnosti znovuzahájení léčby vyššími dávkami kortikoidů v budoucnosti. Pokud je třeba kortikoidy podávat déle než 3 měsíce (a/nebo u pacientů s vyšším rizikem rozvoje osteoporózy), je vhodné v průběhu této protizánětlivé hormonální léčby podávat současně vitamin D a substituovat vápník (calcium).

---

## **Mohou antibiotika způsobit relaps onemocnění IBD?**

Prodělání infekce dýchacích cest je stejně jako užívání antibiotik penicilinové řady považováno za rizikový faktor relapsu ulcerózní kolitidy. Proto je u nemocných s IBD při respiračních, ale i jiných infektech preferováno podávání antibiotik ze skupiny makrolidů a fluorochinolonů.

---

## **Existují léky, kterým by se měl pacient s IBD vyhnout?**

Kromě výše uvedených antibiotik penicilinové řady jsou pro nemocné se střevním zánětem riziková i nesteroidní antirevmatika. Především u ibuprofenu, diclofenaku a indometacinu je relativně vysoké riziko způsobení relapsu nebo zhoršení průběhu aktivní fáze nemoci.

---

### **Jaká probiotika je vhodné užívat při cestování k zabránění cestovatelského průjmu?**

Prevenici cestovatelského průjmu podáváním probiotik je vhodné zahájit již několik dnů před cestou do rizikové oblasti. Dáváme přednost probiotikům, která obsahují více různých, pro zažívání prospěšných bakteriálních kmenů a/nebo obsahují vysoké koncentrace těchto bakterií.

---

### **Je vhodné užívat probiotika po antibiotické léčbě?**

Ano, po antibiotické léčbě dochází vždy k výraznému ovlivnění složení střevní mikroflóry, které může mít nepříznivý vliv na průběh onemocnění. Přechodné, několik týdnů trvající podávání probiotik toto riziko snižuje.

---

### **Jakými léky se mají pacienti s IBD vybavit při cestách do exotických zemí?**

Pro takové případy je vhodné předcházet cestovatelským průjmům probiotiky, jak bylo již zmíněno výše. Ve výbavě by vedle dostatečného množství chronicky užívaných léků nemělo chybět nevstřebatelné antibiotikum působící na případnou střevní bakteriální infekci pouze lokálně ve střevě, např. rifaximin. Při delším pobytu lze doporučit i antibiotikum chinolonové nebo makrolidové řady na eventuelní infekci dýchacích cest. Vždy je vhodné konzultovat pro danou oblast doporučené očkování a individuálně jej upravit podle aktuálně podávané léčby samotného IBD.

---

## **Jak postupovat při ztrátě léků během pobytu v zahraničí? Existuje za léky nějaká univerzální náhrada?**

Univerzální náhrada samozřejmě neexistuje. Zásadní je znát názvy léků, které nemocný užívá. To je základní informace, která pomůže ke získání náhrady za ztracené léky. Obecně u léčby IBD platí, že pouze kortikosteroidy ve vyšší dávce a po delší době užívání těchto vyšších dávek nesmí být vysazeny náhle bez náhrady. Takové náhlé vysazení může totiž vést až k ohrožení života. U všech ostatních léků může při náhlém vysazení léčby dojít „pouze“ k eventuálnímu relapsu nebo zhoršení aktivity nemoci. Vhodné je mít s sebou krátkou zprávu o své nemoci a užívané léčbě (účinné látky a dávky) v příslušném jazyce.

---

## **Pokud se dítěti s Crohnovu chorobou léčenému kortikoidy zastaví růst, je ještě nějaká šance, že doroste?**

Pokud dojde k zástavě růstu na podkladě uzávěru růstových chrupavek po podání vysokých dávek kortikoidů, jde o proces nevratný, ale při správně podávané léčbě by k němu nemělo dojít. Naopak, je-li porucha růstu způsobena déle trvající vysokou aktivitou nemoci a tím vzniklou „podvýživou“, dojde po zklidnění choroby k „růstovému spurtu“, kdy dítě rychle dohání svou geneticky zakódovanou výšku vzrůstu.

---

## **Dají se stenózy léčit medikamentózně?**

Zúžení na tenkém či tlustém střevě jsou způsobena buď akutním zánětlivým otokem střevní stěny, nebo tuhým zjizvením této stěny, fibrózou. Fibrózní stenózu léky ovlivnit nelze. Naopak, zánětlivou stenózu střeva způsobenou vysokou aktivitou zánětu a otokem jednotlivých vrstev střevní stěny lze ovlivnit velmi dobře kortikosteroidy a biologickou léčbou.

---

## Co se rozumí pojmem biologická léčba a jaké léky k ní patří?

Pojmem biologická léčba jsou označovány látky, které jsou tělu přirozené nebo jsou od těchto látek odvozené. Účinnou látkou je většinou bílkovinná molekula, která má funkci protilátky a účastní se v procesu zánětu. V léčbě IBD se nejdelší dobu užívají infliximab a adalimumab, obě tyto bílkovinné molekuly patří do skupiny tzv. anti-TNFalfa („tumor necrosis factor alfa“) protilátek. TNFalfa můžeme zjednodušeně chápat jako důležitý faktor v aktivaci zánětu. K těmto látkám patří i další molekula golimumab. Další skupinou látek používaných v biologické léčbě jsou tzv. anti-integrinové molekuly. Mezi u nás užívané molekuly patří vedolizumab. Tyto protilátky rovněž zasahují do procesu zánětu, ale jiným mechanismem. Blokují totiž vycestování aktivovaných bílých krvinek do místa zánětu.

Protože biologická léčba se u pacientů s IBD využívá již mnoho let, dostávají se na trh i tzv. biosimilární látky, což souvisí s koncem patentové ochrany léků. S biosimilárními látkami zatím nejsou tak dlouhé zkušenosti jako s originálními molekulami, nicméně se zdá, že jejich účinnost i rizika jsou originálům velmi podobná. Výhodou jsou snižující se náklady na léčbu.

---

## Jaká jsou kritéria pro indikaci biologické léčby?

Hlavními kandidáty na biologickou léčbu jsou pacienti s perianální formou Crohnovy nemoci, pacienti s mimostřevními příznaky IBD, dále pacienti s vysokou aktivitou nemoci či s komplikacemi, v neposlední řadě také pacienti, u nichž selhává jiná léčba (kortikosteroidy, imunosupresivy).

---

## **Jaká jsou rizika a nejčastější nežádoucí účinky biologické léčby?**

Nejčastějšími vedlejšími účinky jsou alergické reakce na jednotlivé molekuly biologické léčby, dále infekční komplikace (např. infekce dýchacích cest včetně tuberkulózy), a také různé druhy abnormálních reakcí imunitního systému, které pak způsobují nežádoucí účinky např. kožní, kloubní apod. Negativa užívání je potřeba mít na paměti, protože se často setkáváme s tím, že pacient si pod pojmem biologická léčba představuje ideální léčbu, tělu zcela přirozenou a neškodnou, což samozřejmě není pravda. Při vzniku těchto léků se sice užívá nejmodernější technologie, ale stále vedle přínosů této léčby stojí i rizika. O biologické léčbě do podrobností informuje samostatná patientská brožura.

---

## **Jakým směrem se léčba ubírá dál?**

Jedním z dalších cílů je snaha o to, abychom u nemocného s nově zjištěným IBD dokázali už při stanovení diagnózy odhadnout budoucí průběh nemoci. U agresivního průběhu nemoci by pak bylo ospravedlnitelné užití razantnější léčby hned od začátku, které by naopak u pacientů s relativně příznivým průběhem choroby přineslo neúměrná rizika z potlačení přirozených imunitních pochodů. Výzkum se tedy mimo jiné věnuje tomu, aby bylo možné v budoucnosti „ušít terapii každému jednotlivci přesně na míru“.





# GYNEKOLOGICKÉ PROBLÉMY PACIENTEK S IBD, TĚHOTENSTVÍ

---

Garant: MUDr. Jana Koželuhová

---

### **Je vhodné očkování proti papilomavirům při onemocnění IBD?**

S ohledem na to, že vysoké procento karcinomu děložního čípku je spojeno s infekcí HPV, je toto očkování vhodné u populace dívek a mladých žen. Očkování, zejména u pacientek s předpokládanou imunosupresí nebo před biologickou terapií, bych doporučila.

---

### **Je možné provést kolonoskopii v celkové anestezii při menstruaci?**

Menstruace není překážkou provedení koloskopie, a to ani v celkové anestezii, pokud tedy samotné pacientce při vyšetření není probíhající menstruace na obtíž.

---

### **V jaké fázi onemocnění IBD je nejvhodnější otěhotnět?**

Samozřejmě jednoznačně ve fázi remise onemocnění. U pacientek s ulcerózní kolitidou není snížena schopnost otěhotnění. Jiná situace je u žen po operaci pro ulcerózní kolitidu – IPAA, kde se uvádí až trojnásobné zvýšení rizika infertility (nemožnosti otěhotnět). Pokud má žena Crohnovu nemoc a je v remisi, pak má srovnatelnou fertilitu se zdravou populací, ale aktivní CN opět snižuje schopnost otěhotnět.

---

### **Může dojít k relapsu nemoci v průběhu těhotenství?**

Pokud dojde k těhotenství v klidovém stadiu ISZ, pak k relapsu choroby dojde v období gravidity maximálně u jedné třetiny pacientek. Na rozdíl od toho, při graviditě vzniklé v době aktivního stadia nemoci přetrvává aktivita ISZ v době gravidity asi u dvou třetin



pacientek a u jedné třetiny může postupně dojít ke klidovému stadiu ISZ. Aktivní onemocnění zvyšuje riziko předčasného porodu a nízké porodní váhy novorozence.

---

### **Je možné použít biologickou léčbu i v těhotenství a může mít nějaké následky na plod?**

V našich podmínkách používáme v terapii biologiky anti TNF-alfa protilátky, tedy infliximab a adalimumab. Ani u jednoho preparátu nebyla prokázána zvýšená rizika pro plod a graviditu. Jedná se o bezpečnou terapii, která by se měla podle posledních doporučení přerušit na konci druhého trimestru, a to z důvodu možné zvýšené reaktivity novorozence na běžná očkování aplikovaná v prvních měsících života. Pokud shledáme, že je to přínosné z důvodu hrozícího brzkého relapsu ISZ po vysazení biologické léčby, je lépe v této terapii pokračovat a upravit očkovací kalendář novorozence: očkování neživými vakcínami se může provést i u novorozence matky na anti-TNF terapii, očkování na poliomyelitidu, rotavirus a BCG se odkládá na dobu, kdy nebude detekovatelná hladina anti-TNF v krvi novorozence nebo se naočkuje alespoň za 6 měsíců po narození.

---

### **Je užívání léků na IBD slučitelné s těhotenstvím a kojením?**

Všechny léky kromě methotrexátu jsou slučitelné s graviditou a kojením.

---

### **Jaký vliv může mít onemocnění IBD na vývoj plodu v těhotenství?**

Pokud je idiopatický střevní zánět v remisi, není žádný vliv na průběh gravidity, aktivita ISZ zvyšuje riziko předčasného porodu a nízké porodní váhy.

---

### **Po jak dlouhé době po vysazení methotrexátu je vhodné otěhotnět?**

I z hlediska sledování možné aktivity po vysazení této imunosuprese je vhodné vyčkat minimálně 3 měsíce od vysazení MTX.

---

### **Je nutná zvýšená péče gynekologa v průběhu těhotenství u pacientek s IBD?**

Kontroly na gynekologii si určuje specialista gynekolog sám dle vývoje gravidity. Pokud je vše v pořádku a plod se vyvíjí dobře, pak jsou kontroly shodné s kontrolami u zdravých žen.

---

### **Jaké léky na IBD není vhodné užívat při kojení?**

Kromě methotrexátu je možné užívat všechny léky na ISZ.

---

### **Je nutný porod císařským řezem u pacientek s IBD?**

Porod sekcí je doporučován jen u žen s IPAA (úplné odstranění tlustého střeva pro konvenční terapii refrakterní ulcerózní kolitidy) nebo IRA (ileorektoanastomóza – odstranění tlustého střeva s ponecháním konečníku) a perianální formou CN, kde není vhodná epiziotomie. Ostatní ženy s ISZ mohou родit vaginální cestou, a pokud dojde k porodu Sec. Cesarea, pak z indikace porodníka.

---

### **Má užívání léků na IBD vliv na vývoj spermií?**

Vliv na spermie (nefunkční, malý počet) má zejména sulfasalazin, daleko méně mesalazin. Do 3 měsíců od vysazení této terapie by měl muž dosáhnout normálního spermiogramu.

---

### **Mohou některé chirurgické zákroky snížit plodnost muže?**

Ano, zejména zákroky v malé pánvi.

---

### **Je hormonální antikoncepce vhodná pro ženy s aktivní Crohnovou chorobou nebo ulcerózní kolitidou, pokud trpí průjmy?**

Pokud mají ženy profuzní průjmy se zvýšenou peristaltikou, pak by mohlo teoreticky dojít ke snížení účinnosti perorální antikoncepce.

---

### **Může hormonální antikoncepce zhoršit průběh onemocnění IBD?**

Není prokázán jednoznačný vliv hormonální antikoncepce na průběh onemocnění.

---

### **Může malabsorpce žlučových kyselin způsobit komplikace v rámci těhotenství a porodu?**

Není prokázán vliv malabsorpce žlučových kyselin ani její terapie na průběh gravidity či plod.





IV.

# CHIRURGICKÁ LÉČBA IBD

---

Garant: As. MUDr. Zuzana Šerclová

---

### Je možné Crohnovu chorobu chirurgicky vyléčit?

Crohnova nemoc (CN) postihuje kteroukoliv část zažívacího traktu, takže její definitivní vyléčení operačně není možné, protože celý zažívací trakt nelze odstranit. Chirurgicky se obvykle řeší komplikovaný průběh CN, jako jsou zúženiny střevní, které se projevují neprůchodností střevní (křeče, hubnutí), hnisavá ložiska – abscesy, píštěle – abnormální komunikace mezi střevními kličkami, či mezi střevem a jinými orgány či kůží. Cílem chirurgické léčby je snížení projevů nemoci a zlepšení kvality života ve srovnání se stavem před operací. Pooperační léčba má za cíl oddálit opakování nemoci.

---

### Je možné vyléčit ulcerózní kolitidu chirurgicky?

Ulcerózní kolitida postihuje pouze tlusté střevo, takže jeho chirurgickým odstraněním se definitivně tento typ zánětu vyřeší. Odstranění celého tlustého střeva včetně konečníku by však znamenalo mít po operaci trvalý střevní vývod z tenkého střeva. Proto se ulcerózní kolitida většinou operačně řeší odstraněním tlustého střeva a ponecháním krátké oblasti svěračů (asi 2–4 cm), na něž se napojí náhrada konečníku, vytvořená z konečné části tenkého střeva (terminálního ilea). Těto náhradě se říká pouch. Jedná se o operaci, která je technicky náročná a provádí se pouze na několika pracovištích v republice.

---

### Jaký je z chirurgického hlediska rozdíl mezi léčbou Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy?

Při chirurgické léčbě Crohnovy nemoci tenkého střeva je hlavní zásadou odstranit pouze nezbytně nutnou část střeva, tedy tu nejvíce postiženou. Všechny typy operací jsou tzv. střevo šetřící,



protože je nutné zachovat co nejdelší část tenkého střeva, sloužící k výživě nemocného. Důvodem je i možnost další operace na tenkém střevě při opakování nemoci. Při postižení tlustého střeva Crohnovou nemocí se provádí odstranění postižené části tlustého střeva a spojení zdravých částí tračníku. Pokud je však současně těžké postižení konečníku a oblasti kolem konečníku, které významně narušuje život nemocného i přes maximální konzervativní léčbu, nelze provést operaci zachovávající průběh střeva (pouch), ale obvykle je nutné provést střevní vývod. Kvalita života takového nemocného je za těchto okolností pooperačně lepší než před operací.

Ulcerózní kolitida se obvykle řeší odstraněním celého tlustého střeva, protože odstranění kratší části vede k rychlému opakování nemoci. Plánovaná operace s konstrukcí náhrady konečníku (pouche) tak bývá definitivní a nemocného další operace již nečekají. Výjimkou je uzávěr tzv. pojistného vývodu, který se vytváří u nemocných ve vyšším riziku pooperačních komplikací (nemocný užívající vysoké dávky kortikoidů, biologickou léčbu, trpící podvýživou). Střevní vývod se, po zhojení anastomózy (spojky) pouche s análním kanálem (oblast svěračů), menší operací uzavře, obvykle za 3–6 měsíců po velké základní operaci.

Pokud je nutné operovat akutně pro těžké zhoršení ulcerózní kolitidy, odstraní se v první akutní fázi nejdříve tlusté střevo, ponechá se konečník a provede se vývod na tenkém střevě. Tento typ operace není pro těžce nemocného tak náročný. Odstranění konečné části tlustého střev (konečníku) s případnou náhradou, pouchem, se provádí až s odstupem 6 měsíců po zlepšení celkového stavu.

---

### Co je to stomie?

Stomie je střevní vývod, tedy vyvedení střeva stěnou břišní. Důvodem může být odstranění konce trávicí trubice, včetně konečníku,

či velké zánětlivé postižení této oblasti. Stolice tak odchází střevním vývodem do stomického sáčku a ne konečníkem. Dále se provádí dočasná stomie jako ochrana střevní spojky (anastomózy). Stomie je umístěna nad anastomózou a většina střevního obsahu odchází do stomického sáčku a nezatěžuje tak rizikovou anastomózu. Po zhojení se obvykle pojistná (dočasná) stomie uzavře menší operací.

---

### **Jak může Crohnova choroba dospět až do stádia trvalého vývodu střeva?**

Trvalý střevní vývod mají nemocní s Crohnovou nemocí, kteří trpěli těžkým zánětem tračníku včetně konečníku, obvykle s mnohočetnými píštělemi kolem konečníku. Střevní vývod mohou mít i nemocní, jejichž svěrače z důvodu nemoci či předchozí léčby nefungují (tj. nemocní, kteří jsou inkontinentní), stomie je pak lepším řešením.

---

### **Co je to absces a jak se léčí?**

Absces je nahromadění hnisu v ohraničené dutině. Příčinou bývá prostoupení bakterií či jejich produktů střevní stěnou při Crohnově nemoci či komplikace hojení střevní spojky (anastomózy). Absces se vždy léčí vyprázdněním – drenáží. Někdy je možné odvést hnis drénem zavedeným pod rentgenologickou kontrolou (ultrazvuk, či CT). Pokud se toto nedaří, je třeba drén zavést chirurgicky.

---

### **Co je to syndrom krátkého střeva?**

Tenké střevo slouží k výživě nemocného, dochází v něm ke štěpení a vstřebávání potravy. Syndrom krátkého střeva je stav, kdy

délka dobře fungujícího tenkého střeva nestačí k výživě nemocného. K tomu může dojít rozsáhlým zánětem tenkého střeva či operačním odstraněním dlouhé části tenkého střeva při Crohnově nemoci. Pokud se operuje po dobré přípravě nemocného, obvykle se odstraní i při opakované operaci jen malý úsek tenkého střeva a syndrom krátkého střeva nevznikne. Syndromem krátkého střeva je ohroženo méně než 5 % nemocných s Crohnovou nemocí, většinou se jedná o pacienty, kteří mají postižení celého tenkého střeva a nereagují na konzervativní léčbu. Tlusté střevo se na výživě podílí jen asi v 5–10 %, jeho odstranění tedy nemá pro stav výživy nemocného velký význam.

---

### **Může se Crohnova choroba léčit transplantací tenkého střeva? Jaká je indikace pro transplantaci střeva?**

K transplantaci tenkého střeva jsou indikováni nemocní, kteří nemají tenké střevo, jsou závislí na nitrožilní výživě a mají život ohrožující komplikace z podání nitrožilní výživy. U těchto nemocných je možné provést transplantaci tenkého střeva i při Crohnově nemoci. Nemocní jsou pak trvale na léčbě snižující obranyschopnost, aby se udržovalo připojení transplantovaného střeva, jehož odhojením jsou ohroženi. V případě transplantace u Crohnovy nemoci je možné její opakování v novém střevě. V České republice byl střevní transplantací program zahájen.

---

### **Co je to ileocékální resekce?**

Crohnova nemoc nejčastěji postihuje přechod tenkého střeva (terminálního ilea) do tlustého střeva (céka). Při vstupu do tračníku je zvětšená řasa, tzv. Bauhinská chlopeň, která částečně brání přelévání střevního obsahu zpět do tenkého střeva. Pokud je v oblasti přechodu těsná zúženina, která nereaguje na konzervativní léčbu a vy-

volává příznaky překážky (hubnutí, křeče, průjmy, dietní omezení), či pokud jsou v okolí píštěle či abscesy, je tato forma nemoci indikována k operaci. Operačním řešením je chirurgické odstranění konce tenkého střeva a začátku tlustého střeva – ileocékální resekce. Zdravé tenké střevo se pak obvykle napojí na vzestupný tračník a vytvoří se tzv. ileoascendentální anastomóza.

---

### **Lze řešit rozsáhlejší postižení tenkého střeva jinak než jeho zkrácením?**

Rozsáhlé postižení tenkého střeva může být způsobeno mnohonásobnými zúženinami. V tomto případě se delší úseky řeší zkrácením (resekcí) a krátké úseky tzv. strikturoplastikou, což je naříznutí části střeva v místě zúženiny a sešití takovým způsobem, že se zúženina rozšíří bez resekce. Crohnova nemoc se obvykle v tomto místě dobře zhojí. Existují i složitější strikturoplastiky používané ve speciálních situacích.

---

### **Pokud je zúženina v přechodu žaludku a dvanáctníku, jaký je chirurgický postup?**

Zúžení v oblasti přechodu žaludku a dvanáctníku či v oblasti dvanáctníku je poměrně vzácné postižení při Crohnově nemoci. Vždy se nejdříve léčí maximálně konzervativně. Pokud je tato léčba neúspěšná a je nutné chirurgické řešení, provádí se obvykle strikturoplastika v místě zúžení (viz výše) či tzv. by-passová operace, při které se zúženina obejde tím, že se klička střevní pod zúženinou našije na žaludek. Potrava pak obchází dvanáctník a ze žaludku postupuje přímo do tenkého střeva pod dvanáctníkem.

---

## Co jsou píštěle kolem konečníku u Crohnovy nemoci?

Píštěle kolem konečníku jsou komunikace mezi konečníkem, který obsahuje stolicí, a kůží kolem konečníku, či pochvou a jinými orgány v malé pánvi. Jsou projevem píštělovité formy Crohnovy nemoci. Vnitřní ústí píštěle je drobný otvor v oblasti konečníku a zevním ústím je otvor na konci píštěle například v kůži či pochvě. Někdy nemají příznaky (asymptomatické), nemocného neobtěžují a jsou jen náhodným nálezem při vyšetření konečníku. Jindy jsou mnohočetné, jejich průběh je složitý a mají ve svém průběhu hnisavá ložiska (abscesy). Tyto píštěle jsou symptomatické, jejich příznaky nemocného obtěžují. Příznaky jsou bolest, teploty, významný odtok hnisu či stolice ze zevního (kožního) ústí píštěle, někdy i inkontinence stolice (neschopnost udržet stolicí).

---

## Jak se chirurgicky léčí píštěle v okolí konečníku?

Při léčbě píštělí kolem konečníku je vždy vhodná kombinace chirurgické a konzervativní léčby.

Nemocný by měl absolvovat nějaké rentgenologické vyšetření (magnetická rezonance, CT, ultrazvuk) a měl by mít vyšetřeno i střevní onemocnění. Chirurgicky nelze píštěle vyřešit při jedné operaci, vždy se jedná o léčbu, která trvá několik měsíců, nicméně po několika dnech či týdnech je možné většinou dosáhnout stavu, který nemocného obtěžuje jen minimálně. Prvním krokem je vyšetření chirurgem v celkové anestezii, při němž jsou vypuštěny abscesy, je zjištěn průběh píštělí a jsou zavedeny drenáže, které jsou obvykle z jemných drénů. Často je nutné tyto drenáže a nářezy nad hnisavými ložisky opakovat. Drény se ponechávají několik měsíců. Pokud se podaří stav zklidnit tak, že píštěl má jen malý odtok a v okolí se neopakují hnisavá ložiska, je volbou nemocného, zda si tyto drény ponechá, či zda podstoupí operaci, která celou píštěl odstraní. Trvalé

zhojení však nikdy není ve 100 %. Jestliže se rozsáhlé píštěle nepodaří dostatečně zklidnit drenážemi a je-li současně těžké postižení konečníku a celého tračníku, je třeba střevo operačně odstranit, většinou s následným dočasným či častěji trvalým střevním vývodem.

---

### **Co je to fisura konečníku a jaká je její léčba?**

Fisura je prasklina v oblasti svěračů, která bývá velmi bolestivá. U nemocných s Crohnovou nemocí se obvykle jedná o vřed, který je projevem nemoci. Její léčba je konzervativní, nejčastěji pomocí biologické léčby.

---

### **Jak se postupuje v léčbě hemoroidů po porodu u pacientek s Crohnovou chorobou nebo ulcerózní kolitidou?**

Komplikované hemoroidy se v obou případech léčí především konzervativně (čípky, masti, koupele). Dojde-li k bolestivému ucpání hemoroidu krevní sraženinou (trombóza), je nutné žílu v celkové anestezii naříznout a sraženinu odstranit. Velké krvácející hemoroidy je možné u ulcerózní kolitidy operačně odstranit, ale hojení bude komplikované. U Crohnovy nemoci se operace hemoroidů nedoporučuje, protože po ní dochází k závažným zánětlivým komplikacím, které mohou být příčinou pooperační inkontinence stolice (neschopnost udržet stolicí) či těsné zúženiny v oblasti svěračů. U Crohnovy nemoci se za hemoroidy často považují kožní výčnělky, které se zvětšují při aktivitě nemoci. Jejich léčba spočívá v léčbě střevní nemoci.

---

## Co je to rektální syndrom?

Rektálním syndromem se rozumí příznaky vznikající při těžkém zánětlivém postižení konečníku, který pak nemůže plnit svoji funkci, tedy funkci jakéhosi zásobníku pro stolici.

Za normálních okolností dojde k vyprázdnění až po určitém naplnění konečníku a rozpětí jeho stěny. Při zánětu není stěna pružná, ale rourovitá, konečník nemá žádnou kapacitu, a tak nemůže funkci plnit. K vyprázdnění stolice a nucení na stolicí dochází při každém pohybu střev a tento stav je obvykle provázen křečemi.

---

## Co je to pouch? Jaká je alternativa pouche?

Pouch je náhrada konečníku, která se vytváří z konce tenkého střeva. Obvykle se sešijí spolu 2 kličky tenkého střeva ve tvaru písmene J tak, aby se zvětšila kapacita tenkého střeva a pouch mohl plnit funkci konečníku, tedy jakéhosi zásobního místa pro stolici před vyprázdněním. Pouch se napojuje na oblast svěračů, tzv. anální kanál, což je úplný konec tlustého střeva, asi 2–4 cm dlouhý. Jedná se o operaci typickou pro ulcerózní kolitidu, při níž je nutné odstranit celé tlusté střevo i s konečníkem. Alternativou u ulcerózní kolitidy je odstranění celého tlustého střeva i se svěrači a trvalý střevní vývod z konce tenkého střeva. U Crohnovy nemoci se tato operace neprovádí, protože je možné opakování zánětu v tenkém střevě, tedy i v pouchi. Pouch by dobře nefungoval. Jestliže je u Crohnovy nemoci konečník od zánětu ušetřen (10–12 cm konce tlustého střeva), je možné po odstranění tračníku napojit tenké střevo na konečník. Pokud je zánětlivě změněn i konečník, je třeba provést trvalý střevní vývod.

---

## Co je to laparoskopická metoda a v jakém případě se používá?

Klasicky se operuje z řezu na břicho (laparotomie), jejíž délka je závislá na rozsahu postižení. Laparoskopická metoda je operace z několika malých řezů, kterými se do dutiny břišní zasune kamera a laparoskopické nástroje. Operuje se pomocí přeneseného obrazu na obrazovce. Odříznuté střevo je třeba vyndat z dutiny břišní zvláštním řezem, střevní spojka se obvykle šije též z tohoto řezu. Tyto operace se považují za celkem méně náročné pro nemocného, vhodné jsou zejména pro jednodušší případy a první operace. I u klasických otevřených operací je dnes trend operovat z malých řezů, pokud to lze, a zachovávat co největší šetrnost k nitrobřišním tkáním.

---

## Jak se pacient připravuje před operací střev?

Nejdůležitější součástí předoperační přípravy je zlepšení stavu výživy, což umožní pooperační hojení. Předoperačně by měl nemocný zlepšit dietní návyky, popíjet výživné koktejly či případně požívat enterální výživu sondou, v případě, že předchozí opatření nestačí. Pokud nelze tuto přípravu zvládnout v domácí péči, je třeba se k operaci připravit na metabolické jednotce v nemocnici. Bezprostředně před operací – předoperační den by nemocný neměl hladovět, může jíst i lehkou večeři. Podle moderních postupů (akcelerovaná pooperační rehabilitace, ERAS-Enhanced Recovery after Surgery, Fast Track) by měl večer před operací a ráno v den operace popíjet speciální koktejly, snižující operační stres (Nutricia PreOp®). Tuhou stravu nemocný nesmí požívat 6 hodin před operací, tekutiny bez bílkovin a tuků včetně speciálního nápoje může popíjet až 2 hodiny před operací. Po operaci obvykle již za 2 hodiny může pít. Snahou je co nejvíce zkrátit dobu bez střevního příjmu a snížit tak operační stres a zlepšit pooperační hojení. Podle těchto moderních postupů se nepovažuje za nutné střevo předoperačně připravovat projímadlem a operuje se na nepřipraveném střevě, výsledky jsou stejné, nebo lepší než po střevní



přípravě. Existují výjimky, např. střevo musí být připraveno, pokud si během operace musíme postižené místo ověřit endoskopicky.

---

### **Je možné provádět operaci střev v době menstruace?**

Plánované operace se při menstruaci zásadně neprovádějí, protože v této době je vyšší krvácivost. Akutně je nutné operovat i v době menstruace.

---

### **Jak probíhá rekonvalescence po resekci střeva? Je nějaká kontraindikace pro využití epidurální analgezie při rekonvalescenci v prvních dnech po operaci?**

Pooperační rekonvalescence je závislá na předoperační kondici nemocného a na kolem operační péči. Nemocní, kteří musí být operováni ve špatné kondici, zejména nemocní trpící podvýživou, či nemocní s těžkým střevním zánětem, případně s hnisavými ložisky, či nemocní, kteří jsou operováni bezprostředně po dlouhodobém pobytu v nemocnici, obvykle mají vyšší frekvenci pooperačních komplikací, čímž se pooperační rekonvalescence prodlužuje.

Pokud je nemocný v dobré předoperační kondici a hojí se bez komplikací, je rekonvalescence poměrně rychlá. Bezprostředně po operaci dostává příjem ústy, v den operace či následující den vstává z lůžka a začíná chodit, rehabilituje. Léčba bolesti je zajištěna podáváním léků nitrožilně či podkožně. Nejvýhodnější je cesta epidurální (do prostoru kolem páteřního kanálu), která nejméně negativně ovlivňuje střevní pohyby. Kontraindikací tohoto podání je zvýšená krvácivost, zánět kolem páteře a deformace páteřního kanálu. Nemocný dostává léky k urychlení střevních pohybů, protože pooperační střevní obrna významně prodlužuje rekonvalescenci. Propuštění je možné obvykle

5.–8. den po operaci. Stehy se odstraňují 8.–10. den. Nemocný postupně přechází na běžnou zdravou stravu, může popíjet speciální koktejly k zajištění adekvátního příjmu bílkovin. Stěna břišní se však hojí 6 týdnů–3 měsíce, proto je pooperačně třeba jí celou tuto dobu nezatěžovat. Pracovní schopnost závisí na typu zaměstnání a závažnosti operace. Při sedavém, lehkém zaměstnání je možné po lehčím typu operace (ileocékální resekce) nastoupit do práce po 3 týdnech, po těžší operaci (odstranění tlustého střeva konstrukce pouche) po 6–12 týdnech. Při fyzicky namáhavém zaměstnání je nutné s návratem do práce vyčkat úplného zhojení stěny břišní, tedy 2–3 měsíce. Nastanou-li komplikace, rekonvalescence se prodlužuje do jejich zvládnutí.

---

### **Jaká je úmrtnost pacientů s IBD při chirurgických výkonech?**

Úmrtnost je pooperačně velmi nízká, obvykle se uvádí pod 1 % a většinou se týká nemocných, kteří museli být operováni v těžkém stavu, sepsi či velmi špatném stavu výživy.

---

### **Jak urychlit rekonvalescenci po chirurgickém zákroku?**

Rekonvalescenci je možné urychlit dobrou přípravou a včasnou indikací k operaci. Pokud se daří předoperačně zlepšit celkový stav nemocného – dobrý stav výživy, přibývání na váze, zlepšení fyzické kondice – je stonání většinou kratší a jednodušší. Je-li operace indikována, je dobře s ní neotálet. Je tak menší riziko, že nemocný bude muset být operován akutně a nebude čas na přípravu, či že bude operován až při takovém zhoršení stavu, kdy již příprava bude obtížná.

---

### **Je možné si zvolit chirurga pro plánovaný výkon při IBD? Jaká existují specializovaná pracoviště v České republice?**

Oficiálně v republice neexistují specializovaná pracoviště pro operace IBD, takže není možné poskytnout jejich seznam. Je však vhodné si zvolit pracoviště, o kterém se ví, že operace pro IBD provádí ve vyšší frekvenci, to pak má lepší výsledky. Chirurg, který se IBD zabývá, většinou poskytuje služby nemocným z celé republiky.

---

### **Je možné žádat o úhradu plastické operace pojišťovnu po chirurgickém zákroku, po němž vznikne rozsáhlá neestetická jizva?**

Pokud dojde ke komplikovanému hojení, jehož výsledkem je jizva, se kterou není nemocný spokojený, je možné stav nechat posoudit kvalifikovaným plastickým chirurgem, který zváží, zda je stav vhodný k reoperaci. Je-li pak operace, provedená v zařízení, majícím smlouvu s pojišťovnou, je pojišťovnou hrazená. Při nespokojenosti s jizvou je však vždy nutné zvážit, že nevzhledná a vystouplá jizva často bývá způsobena tzv. keloidním hojením, k němuž dojde i po její úpravě. Též je třeba myslet na to, že u nemocných s Crohnovou nemocí může dojít k opakovaným břišním operacím a efekt plastické úpravy nemusí být trvalý. Pokud je nepřijatelná jizva spojená s pooperační kýlou, je její chirurgické řešení spojené s úpravou jizvy.





# ALTERNATIVNÍ LÉČBA IBD

---

Garant: MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.

---

## **Je možné Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu léčit i pomocí červů? Jak případně taková léčba probíhá?**

V roce 2004 proběhly v USA předběžné studie s podáváním vajíček tenkohlavce prasečího (*Trichuris suis*) – tento červ je parazitem prasat, pro člověka je neškodný. U člověka může ale ovlivnit imunitní systém střeva a vést ke zklidnění aktivity Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy (dále jen CN a UC). V nedávné době proběhla rozsáhlá klinická studie, jejímž cílem bylo ověřit, zda léčba tenkohlavcem prasečím skutečně působí příznivě u nemocných s Crohnovou chorobou. Vzhledem k tomu, že výsledky studie nebyly dosud publikovány, nelze považovat tuto léčbu za prokazatelně účinnou v terapii idiopatických střevních zánětů.

---

## **Pomáhá pacientům s IBD přidávat marihuanu do jídla?**

Kanabinoidy (látky obsažené v marihuaně) tlumí bolest, snižují pocit nevolnosti, mohou zvýšit chuť k jídlu a mají euforizující účinky. Na druhé straně jsou popsány projevy nevolnosti a nechutenství a také průjmu vyvolaného stejnými látkami. V současné době neexistují seriózní a ověřené důkazy prokazující příznivý dlouhodobý efekt marihuany u nemocných s IBD a například CCFA (Crohn's and Colitis Foundation of America) tyto látky nedoporučuje vzhledem k tomu, že jejich škodlivost může převýšit potenciální prospěch. Hlavní problém spočívá v nedostatku informací – konzumaci marihuany proto v současnosti nedoporučujeme.

---

## **Může kouření marihuany kladně ovlivnit průběh onemocnění pacientů s IBD?**

Kouření je každopádně rizikovější a nejspíše i škodlivější formou užívání marihuany, součástí kouře jsou i některé látky obsažené v běžných cigaretách. Nevíme, zda kouření marihuany může ovlivnit dlouhodobě průběh IBD bez závažnějších rizik (IBD jsou chronická, obvykle celoživotní onemocnění). Krátkodobé subjektivní zlepšení stavu je možné.

---

## **Který lék nestojí nic pacienta ani zdravotní pojišťovnu?**

U nemocných s Crohnovou chorobou, kteří kouří, je ideálním lékem kouření ukončit. Týká se to všech nemocných, obzvláště se to ale týká pacientů po operaci.

Efekt ukončení kouření je někdy srovnáván s efektem imunosupresivní terapie (Imuran). V případě UC toto neplatí a neexistuje ani jiné dietní či režimové opatření s efektem prokazatelným u většiny pacientů se střevními záněty.

---

## **Je vhodné užívat vitaminové doplňky pro pacienty s IBD?**

Je to vhodné v období aktivity zánětu, po některých operacích a při užívání některých léků. K nim patří hlavně kortikoidy – vhodné je užívat vitamín D. Důležitým vitamínem při léčbě nebo prevenci chudokrevnosti je kyselina listová, pacienti po operaci terminálního ilea jsou kandidáty na léčbu vitamínem B12. Vhodnější jsou preparáty obsahující konkrétní vitamín spíše než přípravky multivitaminové.

---

## **Je vhodné užívat bylinky jako doplňkovou léčbu u pacientů s IBD? Jaké bylinky jsou vhodné?**

Žádné prokazatelné účinky nebyly v lékařské literatuře popsány a klasická medicína bylinky v léčbě nevyužívá. V tomto ohledu nezbývá, než se řídit vlastní zkušeností či radou člověka, který se v bylinkách vyzná. Většina z nich by neměla škodit a například čaj z máty může svým spasmolytickým účinkem (snižuje napětí hladké svaloviny střeva) mírnit obtíže. Jde však vždy o symptomatickou léčbu (ovlivňuje pouze obtíže), nikoli o skutečný vliv na zánětlivé projevy ve střevě.

---

## **Může pravidelná konzumace jogurtů nahradit užívání probiotik?**

Spíše ne, množství živých bakterií obsažených ve většině probiotik je podstatně vyšší. Na druhou stranu jogurty jsou bohatým zdrojem bílkovin a vápníku, a pokud jsou pacientem dobře snášeny, neměly by v jeho jídelníčku chybět.

---

## **Je vhodné popíjet pravidelně actimel?**

Zde platí totéž, co v případě jogurtů. Při dobré snášenlivosti je jeho konzumace vhodná, nelze však očekávat zásadní vliv na střevní zánět.

---

## **Je vhodné užívat potravinové doplňky s aloe vera?**

Mýtus aloe jako rostliny s léčivými účinky v mnoha oblastech, je komerčně podporován především v oblasti kosmetických přípravků a v potravinářství. Konzumace aloe může teoreticky prospívat pacien-



tům s ulcerózní kolitidou, jak ukázala studie na 40 pacientech z roku 2004. Stejná rostlina může mít ovšem i nepříjemné vedlejší účinky (průjem, křečovitě bolesti břicha), což může situaci nemocných s IBD dále komplikovat. Tradiční medicína ji nevyužívá, spolehlivé informace o účinnosti a bezpečnosti aloe v léčbě IBD neexistují.

---

### **Je vhodné užívat potravinové doplňky s hlívou ústřičnou?**

Může to být zajímavé pro osoby s vysokou hladinou cholesterolu, protože hlíva obsahuje vysoké procento lovastatinu, látky ze skupiny statinů (dnes nejčastěji používaných léků v terapii hypercholesterolemie). Z hlediska IBD žádné relevantní informace neexistují. Hlívě jsou připisovány protizánětlivé a antiinfekční účinky, jestli mohou být využity v léčbě IBD, není známo.

---

### **Je vhodné užívat přírodní doplněk stravy chlorella japan?**

Opět musím konstatovat, že neexistují spolehlivé informace, vliv tohoto doplňku stravy na IBD nebyl nikdy seriózně zkoumán. Chlorella by měla být nadána schopností blíže nespecifikované „očisty organismu“. Tento termín je obvykle vyhrazen pro substance, jejichž efekt nelze objektivně prokázat a jejichž účinnost je dána spíše placebo-vým efektem než konkrétním zásahem do patogeneze zánětu či jiné nemoci.

---

### **Je vhodné užívat přípravek mladý ječmen pro pacienty s IBD?**

Seriózní lékařská literatura hovoří o tom, že nápoj z mladého ječmene může snižovat aktivitu UC postihující konečnou část tlustého

střeva – jde však o jedinou studii na malém vzorku populace. Přípravek obsahuje vlákninu, není tedy vhodný tam, kde je nutná bezezbytková dieta (těžký relaps IBD, zúžení střeva u nemocných s Crohnovou chorobou). Na rozdíl od aloe, mladý ječmen je obvykle prost vedlejších účinků.

---

### **Je vhodné popíjet nápoje z kombuchy?**

Další příklad mnoha legendami opředeného přípravku. Nápoj z kombuchy obsahuje některé zdraví prospěšné látky (především vitamíny), avšak jeho vliv na průběh IBD neznáme. Ačkoli jde o produkt alternativní medicíny, jsou popsány i případy nežádoucích účinků – různé formy gastrointestinální intolerance. Nápoj je navíc mírně perlivý, obsahuje oxid uhličitý. Všeobecně jej tedy doporučit nelze.

---

### **Je vhodné užívat potravinový doplněk Resveratrol?**

Resveratrol je přirozeně se vyskytující polyfenol s antioxidačními účinky, které mohou tlumit zánět a také snižovat riziko nádorů. Zda se tento teoretický příznivý efekt projevuje i v běžném životě pacientů s IBD, nevíme. Experimentální práce na zvířatech protizánětlivý a protinádorový efekt potvrzují, klinické zkoušky na pacientech s IBD zatím provedeny nebyly.

---

### **Je pro pacienty s IBD vhodné užívání Wobenzymu?**

Wobenzym obsahuje směs enzymů štěpících bílkoviny, tuky a cukry a jeho efekt by měl být protizánětlivý, antiedematózní (potažení otoku) a imunomodulační (ovlivnění imunitního systému). Je

doporučován v léčbě pooperačních nebo poúrazových otoků, teoreticky lze tedy připustit vliv na pooperační otok střešní stěny – tedy urychlení obnovy střešní pasáže. Wobenzym nemá nežádoucí účinky na střešní zánět – jeho užívání je tedy bezpečné. Nemáme však žádné informace o tom, že by jeho užívání ovlivňovalo průběh samotné Crohnovy choroby nebo ulcerózní kolitidy příznivě.

---

### **Je vhodné užívat konopnou kosmetiku na pleť vysušenou v důsledku biologické léčby?**

Kožní komplikace biologické léčby jsou velmi rozmanité a neexistuje na ně jediný, vždy účinný lék. V každém případě je vhodná konzultace dermatologa, přinejmenším ze dvou důvodů: zaprvé, laik nebo lékař jiného oboru stěží rozezná některé infekční kožní změny od neinfekčních, léčba se u nich pochopitelně liší. Zadruhé je třeba vyloučit atypickou formu nádoru, která může být s lokálním vysušením a šupinatěním kůže spojena. Jestliže „běžná“ léčba nepomáhá, pak není chybou vyzkoušet konopnou masť nebo tinkturu.

---

### **Je pro pacienty s IBD vhodná dieta s omezeným přísunem sacharidů?**

Obecně vzato nikoli. Naopak, dostatečný energetický příjem a lehce stravitelná strava jsou hlavními potřebami u většiny pacientů s IBD. Nejlépe je lze zajistit pestrou a vyváženou stravou, kde škroby (tj. složité sacharidy) tvoří podstatnou část diety. Není vhodná konzumace většího množství jednoduchých sacharidů, tedy sladkých potravin, cukrovinek a slazených nápojů.

---

### **Je vhodná dieta s vyloučením příjmu potravin na určitou dobu (hladovka)?**

V některých případech je vyloučení příjmu potravin (tzv. bowel rest) užitečné a může pomoci v léčbě vysoce aktivního zánětu střeva nebo zánětu komplikovaného (zúžení střeva, hnisavé komplikace – abscesy, píštěle). Vždy je ovšem nutno zajistit přísun živin jiným způsobem, například žilní výživou nebo sondou do střeva. Naprostou nutností je lékařský dohled – pacient by nikdy neměl tuto metodu provádět bez konzultace s lékařem.

---

### **Je vhodná bezlepková dieta pro pacienty s IBD onemocněním?**

Není. Pokud takový pacient nemá současně celiakii (nesnášenlivost lepku), není žádný důvod k bezlepkové dietě u osob s Crohnovou chorobou nebo ulcerózní kolitidou. Bezlepková dieta je závažným zásahem do každodenního života člověka a u pacientů s IBD by zbytečně komplikovala výživu.

---

### **Na co je vhodná balónková metoda?**

Je určena k roztažení zúžených míst ve střevě bez nutnosti operačního zákroku. Týká se nemocných s Crohnovou chorobou a nejvhodnější je u pacientů po prodělané operaci, kde ke zúžení (stenóze) dochází v místě chirurgického spojení střeva (anastomóza). Může oddálit nebo zcela odvrátit nutnost operace, lze ji provádět opakovaně, není technicky náročná. Rizikem je krvácení v místě stenózy, vzácně perforace – proděravění střeva.

---

## **Může lázeňská léčba přispět ke zlepšení zdravotního stavu pacienta?**

Může. Lázeňská péče má celkově relaxační účinky, nastoluje pravidelný režim (stravovací, lázeňské procedury apod.), odvádí pacientovu pozornost od stresujících povinností běžného života. Snižuje tím aktivitu vegetativního nervového systému, který povšechně reguluje (kromě jiného) různé aktivity trávicího systému. Přímý efekt konkrétních procedur, například pitných, nikdy prokázán nebyl a v některých případech může mít spíše efekt nežádoucí (projímavý efekt minerálních vod). Pacient by proto měl mít v lázních možnost přizpůsobit režim svým potřebám a pocitům. Lázně by měl navštěvovat pacient v klidovém stádiu, u nemocných s akutním relapsem zánětu nemá pobyt v lázních smysl, situaci může dokonce zhoršit.



# VÝŽIVA A DIETY PŘI IBD

---

Garant: MUDr. Eva Meisnerová

## Jak poznáme podvýživu?

Podvýživu můžeme stanovit podle BMI (poměr váhy a druhé mocniny výšky), je-li BMI < 18,5. V kombinaci se stresovým faktorem (operace, těžký zánět střeva...) je hranice BMI 20,5. Podvýživa nemusí být na první pohled patrná, jako podvyživeného označujeme i člověka, který dosáhl nechtěného hmotnostního úbytku za určité časové období, a to 5 % za měsíc či 10 % za 3 měsíce (příkladem: zhubne-li pacient z 60 kg na 54 kg za 3 měsíce, jedná se o významný hmotnostní úbytek). Pomocným ukazatelem ve vztahu s např. pooperačními komplikacemi, hojením rány, je stanovení hladiny bílkovin v krevní plazmě (albuminu a jiných, tabulka č. 1). Hmotu tělesných bílkovin zjistíme i obvodem paže, hodnoty svědčící pro podvýživu jsou u mužů 19,5 cm a méně, u žen 15,5 cm a méně. Zdánlivě normální hmotnost může být maskována otoky končetin nebo přítomností tekutin v tělních dutinách. Podvýživa je velmi riziková zejména před chirurgickým výkonem, nemocní s podvýživou jsou náchylnější k infekcím a infekčním komplikacím.

*Tabulka č. 1: Hladiny bílkovin ukazující na podvýživu (Uvedeno podle Zadák, Výživa v intenzivní péči 2008)*

Bílkovina	Hladina, která svědčí pro podvýživu
albumin	< 28 g/l
transferin	< 1,5 g/l
prealbumin	< 0,1 g/l

## Jaké vitamíny a minerály je potřeba při IBD doplňovat?

Nejčastější je nedostatek vitamínu D (75 % pacientů s Crohnovou nemocí – dále CN), a to zejména v zimním období. Téměř polovina nemocných s CN zejména při postižení či odstranění přechodu tenkého a tlustého střeva (terminálního ilea) má nedostatek vitamínu B12.



Současně s nedostatkem vitamínu B12 je často spojen nedostatek kyseliny listové. Snížená hladina kyseliny listové je také při terapii metotrexátem. Z minerálů je častý nedostatek hořčíku (magnesia), draslíku (kalia) a vápníku (kalcia). Klinicky významný je nedostatek železa zejména u CN s postižením horní části zažívacího ústrojí (dvanaácterník, horní část tenkého střeva), více než tři čtvrtiny pacientů s ulcerózní kolitidou vykazuje nedostatek železa. Minerály můžeme doplnit přirozenými potravinovými zdroji nebo pomocí léků ve formě tablet, při závažném nedostatku je možné podání do žilního systému. Vitamín B12 se doplňuje svalovou injekcí v určitých časových obdobích. Vitamín D nahrazujeme pomocí lékové formy v tabletách v kombinaci s vápníkem, v kapkách nebo ve formě injekční.

---

### **Jak pacient zjistí, že mu chybí některé vitamíny? Může požádat o vyšetření zásob vitamínů svého ošetřujícího lékaře?**

Nedostatek vitamínu B12 se projevuje neurologickými příznaky a poruchami v krevním obraze – nedostatek červených krvinek, změny bílých krvinek a destiček. Tyto změny vznikají při dlouhodobém (roky trvajícím) nedostatku vitamínu. Hladina vitamínu B12 se stanoví biochemicky z vyšetření vzorku krve.

Ošetřující lékař by měl pravidelně hladiny vitamínů sledovat sám a objeví-li se nedostatek, měl by zahájit podávání daného vitamínu. V současné době se stanovení hladiny vitamínu B12 a vitamínu D provádí ve specializovaných laboratořích. Laboratorní kontrolu vitamínu stačí provádět jednou za 6 měsíců.

---

## Co je to „sipping“ a jaké přípravky se při této metodě využívají?

Sipping znamená popíjení, nebo ještě přesněji v překladu z anglického jazyka usrkávání. Přípravky užívané při této metodě jsou řazeny mezi potraviny pro zvláštní účely. V současné době je u nás na trhu k dispozici řada přípravků v ochucené i neutrální formě. Většinou se jedná o hyperkalorické přípravky, kdy konzumací dvou přípravků denně dojde ke zvýšení energetického příjmu o 600–800 kcal denně. Některé přípravky mají obohacený obsah bílkovin 9–10 g/bílkovin na 100 ml. V současné době je k dispozici i přípravek speciálně vyvinutý pro pacienty se střevními záněty.

---

## Co obsahuje a kdy a jak dlouho se podává enterální výživa?

Enterální výživa je charakterizována jako komplexní výživa, podává se tak dlouho, jak je z léčebného efektu nutné, u nemocných se střevními záněty může několikátýdenní aplikace enterální výživy pomocí sondy vést k remisi onemocnění. Enterální výživa je součástí první linie léčby k dosažení zhojení sliznice zejména u dětí s výraznou aktivitou onemocnění. Nemá žádné nežádoucí účinky ve srovnání s farmakoterapií a vede ke zlepšení stavu výživy a u dětí ke správnému růstu. Enterální výživu u dospělých využíváme v případě malého účinku farmakoterapie. Enterální výživa se podává většinou pomocí velmi tenké hadičky, která je zavedena přes nosní dutinu do tenkého střeva nebo do žaludku. Výživa se podává obvykle za pomoci infuzní pumpy 6 týdnů až 3 měsíce. Zavedení hadičky přes stěnu břišní do žaludku (tzv. perkutánní endoskopická gastrostomie) se aktuálně v naší republice u pacientů se střevním zánětem nevyužívá.

---

## **Je možné požádat revizního lékaře o proplacení nutričních léků pojišťovnou?**

Splňuje-li pacient určitá kritéria (např. je-li přítomna podvýživa u střevního zánětu), může lékař s nutriční licencí F016 vystavit lékařský recept s částečnou úhradou pojišťovny. Přípravky na komplexní enterální výživu jsou v současné době hrazeny pojišťovnou na recept.

---

## **Může potravinová intolerance zhoršit průběh nemoci?**

Dosud nebyla prokázána souvislost mezi vznikem střevního zánětu a alergií na kravské mléko. Nemocní s IBD mají často intoleranci kravského mléka a mléčných výrobků, které ze svého jídelníčku vylučují pro níže uvedené příznaky.

---

## **Je žádoucí a možné udělat u pacienta s IBD test potravinové intolerance?**

Test na potravinovou alergii je možné provést. V současné době jsou k dispozici speciální alergické testy na potravinové alergie. Výsledky těchto testů se často odlišují v jednotlivých laboratořích, laboratorní testy jsou nepřesné a mnohdy vedou k zbytečným dietním opatřením. Většinou se tedy řídíme klinickými příznaky, provedení speciálních alergických testů je na zvážení lékaře nutriční ambulance nebo alergologa. Klinicky se intolerance mléka projevuje nadýmáním, křečovitými bolestmi břicha, průjmovitými stolicemi, po vynechání mléka obtíže ustoupí. Tvrdé sýry a zakysané mléčné výrobky bývají tolerovány. V současnosti jsou na trhu i mléčné přípravky se sníženým obsahem laktosy.

---

## Co obsahuje a jak a kdy se podává parenterální výživa?

Parenterální výživa je podání výživných roztoků, minerálů, stopových prvků a vitamínů přímo do krevního řečiště. Jedná se o podání živin ve formě cukrů (sacharidů), 10–40 % glukosy, tuků – lipidové emulze, bílkovin ve formě aminokyselin. Parenterální výživa se dnes podává nejčastěji systémem „vše smíchané v jedno“ (all in one), kdy v jednom vaku jsou smíchány všechny živiny, minerály a stopové prvky s vitamíny na jeden den. Parenterální výživa se podává pomocí tenké plastové hadičky, která je zavedena do žíly periferní (oblast ruky a horní končetiny) nebo do centrální žíly.

Do periferní žíly se podává přibližně po dobu do 7 dní a nejčastěji jako doplňková, delší podání výživy často způsobuje zánět žil. Přístup do centrální žíly volíme přes pažní žílu (PICC, periferně uložený centrální katetr) nebo přes podklíčkovou či krční žílu. Parenterální výživa se podává např. v předoperační přípravě, bezprostředně v pooperačním období, při podvýživě a nedostatečném příjmu do zažívacího ústrojí. Po rozsáhlém odnětí střeva při syndromu krátkého střeva je podání parenterální výživy jedinou možností k zajištění příjmu živin. Parenterální výživa je také součástí léčby rozsáhlých postižení střevním zánětem, při mnohočetných píštělích či zúženinách volíme na určitou dobu střevní klid – tzv. bowel rest.

---

## Co je to podkožní port?

Centrální katetr s komůrkou v podkoží, který je využit k parenterální výživě. V době, kdy není zavedena portová jehla, může nemocný bez problémů vykonávat sportovní aktivity včetně plavání.



*Port katetr s podkožní komůrkou a spojovací hadičkou u pacienta s BMI 13,0*

(Zdroj: archiv autora)

Při nutnosti podání léku, infuze či výživy se zavede portová jehla a je zajištěn přístup do centrální žíly.



*Port katetr se zavedenou portovou jehlou*

(Zdroj: archiv autora)

---

### **Co je PICC?**

Jedná se o katetr (plastovou hadičku) která je zavedena přes periferní žílu na paži do horní duté žíly. Při správném ošetření je PICC používán i několik měsíců. Jeho využití je zejména k parenterální výživě např. při předoperační přípravě nebo u stomie (vyústění střeva na břišní stěně).



(Zdroj: archiv autora)

---

## **Jak dlouho se může podávat parenterální výživa?**

Parenterální výživa se může aplikovat dlouhodobě, a to u pacientů, kterým byla odstraněna velká část tenkého střeva. Tehdy se podává v domácím prostředí. Domácí parenterální výživa se podává většinou v nočním režimu, abychom umožnili aktivitu pacienta. Od roku 2015 je v naší republice i tzv. mobilní (přenosná) malá pumpička, která umožňuje s výživou pohyb i mimo domov. Domácí parenterální výživa se podává do tzv. dlouhodobých centrálních katetrů (podkožní port, PICC nebo tunelizovaný Broivac katetr). Výběr katetru a složení výživy je vždy individuální.

---

## **Jak se podává železo pacientům, pokud na něj špatně reagují?**

Pokud není tolerance železa podaného ve formě tablet, sirupu nebo kapek nebo není zajištěno vstřebávání železa ze zažívacího ústrojí (zánět horní části tenkého střeva), podává se železo v pomalé infuzi přímo do cévního řečiště v určitých časových periodách, dle nedostatku hladiny železa.

---

## **Mohou některé potraviny negativně ovlivnit průběh Crohnovy choroby nebo ulcerózní kolitidy?**

Při relapsu nemoci či zúžení (stenosa) v oblasti zažívacího ústrojí je nutné vyloučit nerozpustnou vlákninu – to znamená luštěniny, výrobky z celozrnných obilovin, oříšky, semena, houby, čerstvou zeleninu a ovoce... Při stenose v oblasti zažívacího ústrojí může vláknina zhoršit střevní průchodnost a celý stav vyústit v akutní náhlou neprůchodnost střev. Zánětem postižené střevo má sníženou funkci trávení a vstřebávání, doporučujeme vyloučit hůře stravitelná jídla, jakými jsou jídla smažená, grilovaná a jídla s vysokým obsahem tuků.

---

### **Kdy má pacient vyhledat nutričního specialistu?**

Je-li plánován operační výkon, např. pro chronické zúžení střeva nebo trpí-li pacient podvýživou (BMI < 20,5), dále dosáhl-li pacient významného hmotnostního úbytku (5 % za měsíc nebo 10 % za 3 měsíce), jsou-li u pacienta laboratorní známky podvýživy a nevěnuje-li se těmto alarmujícím ukazatelům podvýživy ošetřující lékař. V trvalé péči nutričního specialisty jsou ti, kterým byla odňata značná část tenkého střeva a mají syndrom krátkého střeva.

---

### **Jakým potravinám by se měl pacient s IBD vyhýbat?**

Tolerance potravin je individuální, nelze dát všeobecné doporučení. Dieta v klidovém období nemoci má odpovídat zásadám zdravé výživy, není nutno se vyvarovat vlákniny. Mezi potraviny, které nejvíce vyvolávají nesnášenlivost, patří zejména mléčné výrobky, droždí, různé druhy zeleniny, luštěniny, citrusové plody a pšeničné výrobky. Každý pacient je jiný a nelze dát všeobecný návod, důraz je kladen na technologickou přípravu jídla, upřednostňujeme vaření, dušení, přípravu v horkovzdušné troubě nebo v páře. Vhodné je denní příjem jídla rozdělit do pravidelných menších porcí s dostatečnou kulturou stravování. Zcela nevhodné je zhltnutí jídla z fast foodu (což se netýká pouze jedinců se střevními záněty). Nedoporučuje se agresivní koření a nadměrný příjem destilátů.

---

### **Na koho se může pacient s IBD obrátit o radu se stanovením vlastního jídelníčku?**

Na stránkách společnosti metabolismu a výživy [www.skvimp.cz](http://www.skvimp.cz) je seznam nutričních ambulancí v České republice. Vyšetření v nutriční ambulanci je možné s doporučením lékaře (praktický lékař,

gastroenterolog, chirurg...), v rámci vyšetření v nutriční ambulanci je i zhodnocení dodaného jídelníčku s případným doporučením. V současné době jsou v nemocnicích postupně zřizovány ambulance nutričního terapeuta, který je schopen zhodnotit a navrhnout vhodný jídelníček.

---

### **Je nutné vždy omezovat vlákninu, pokud mám střevní zánět?**

Tolerance vlákniny (je obsažena v zelenině a ovoci, celozrnném pečivu, otrubách, semenech apod.) je velmi individuální, je nutné ji významně omezit při zúženině (stenóze) střeva.

---

### **Jaké tuky jsou vhodné pro pacienty s IBD?**

Příjem tuků má odpovídat zásadám zdravé výživy, tedy má se minimalizovat příjem přepalovaných tuků, mají se vyloučit potraviny s vysokým procentem tuku bez nutričního efektu (uzeniny, paštiky, tučné maso, škvarky, kořeněné salámy). Objeví-li se „nezdravá“ potravina v jídelníčku výjimečně a v malém množství, nemusí se pacient obávat zhoršení průběhu nemoci. Tuky bychom neměli vyloučit z jídelníčku zcela, protože může dojít ke snížení vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích. Některé studie ukazovaly snížení střevního zánětu u pacientů se zvýšeným příjmem omega 3 mastných kyselin. Dle současných poznatků omega 3 mastné kyseliny nemají vliv na střevní postižení.







# IBD A ŽIVOTNÍ STYL

---

Garant: MUDr. Luděk Hrdlička

---

## **Jak musí pacienti s IBD změnit životní styl?**

Jedním z hlavních cílů vedení léčby pacienta s IBD je zachovat mu plnou kvalitu života a tedy i dosavadní životní styl. Pacient by si měl udržet svoje aktivity pracovní, zájmové i sportovní. Nicméně je nutné myslet na vytvoření si prostoru pro zpomalení rytmu života při období vyšší aktivity onemocnění, operace nebo nutné rekonvalescence. Tedy žít aktivně, ne však „na doraz“, bez rezerv.

---

## **Jaké druhy pohybových aktivit je možné praktikovat při IBD?**

Přiměřená pohybová aktivita je vhodná ve všech fázích onemocnění, snad s výjimkou stádia vysoké aktivity a bezprostředně po chirurgickém výkonu. Tělesná aktivita v klidovém stadiu (remisi) nemá vliv na aktivizaci onemocnění. Vhodným doporučením pro druh a intenzitu pohybové aktivity může být: co kdo rád dělá, v míře, kterou zvládne bez nutnosti fyzického omezení další den. Nevhodné je zatěžování hýžděové oblasti (cyklistika, jízda na koni) při aktivní perianální chorobě (píštěle, abscesy).

---

## **Je možné při onemocnění IBD držet redukční dietu (váha se zvýšila po užívání kortikoidů)?**

Rozumná a pozvolná redukce váhy (max. 1–2 kg/měsíc) je možná v klidovém stadiu choroby. Nevhodná je v aktivní fázi onemocnění, která sama vede k poruše výživy, nebo v situaci, kdy dochází k poklesu tělesné hmotnosti spontánně bez dietních omezení. Zde by mohla restrikce příjmu potravy závažným způsobem zhoršit průběh onemocnění.

---

## **Ovlivňuje nějak alkohol Crohnovu chorobu nebo ulcerózní kolitidu?**

Příjem alkoholu v přiměřeném množství neovlivňuje samotný průběh onemocnění. Velké opatrnosti je však třeba u kombinace alkoholu s některými léky používanými v léčbě IBD. Jsou to zejména metotrexát (možná těžká porucha jaterních funkcí) a antibiotika – jmenovitě metronidazol (nevolnost, vlekklé zvracení, průjem), ale i jiná ATB.

---

## **Mohou pacienti s IBD provádět fyzicky náročnější povolání?**

Pacient s dlouhodobě příznivým průběhem IBD ve stadiu klidovém nebo jen mírné aktivity může provádět fyzicky náročnou práci. Naopak u nemocných s méně příznivým průběhem onemocnění, s výskytem častějších období vyšší aktivity, nebo u nemocných po rozsáhlejších chirurgických výkonech je dlouhodobá fyzicky náročná práce nevhodná.

---

## **Mohou pacienti s IBD studovat vysokou školu?**

Studijní, pracovní a kariéerní realizace je u pacientů s chronickým onemocněním jako jsou IBD nanejvýš vhodná, tedy i studium na všech úrovních. Trvalé sebevzdělávání a práce na osobním růstu může být dobrým motivačním nástrojem v zápase s celoživotním onemocněním, kterým IBD jsou.

---

## **Ovlivňuje kouření průběh Crohnovy choroby?**

Kouření jednoznačně negativně ovlivňuje nejen průběh Crohnovy

choroby, ale i odpověď na léčbu, zejména tu neúčinnější, biologickou. Nekuřáctví je v podstatě jediná (navíc velmi efektivní a levná) samoléčba, kterou může pacient s Crohnovou chorobou podstupovat.

---

### **Je u ulcerózní kolitidy kouření vhodné?**

Jsou důkazy o určitém ochranném vlivu kouření před vznikem a aktivizací ulcerózní kolitidy. Nicméně s přihlédnutím k závažným zdravotním rizikům kouření nelze toto samozřejmě doporučit.

---

### **Existují pro pacienty s IBD nějaká omezení v očkování?**

IBD pacient by v zásadě mohl a měl absolvovat běžná očkování. Nicméně pro ně existuje několik vakcinačních specifik:

1. Pacientům na biologické nebo imunosupresivní terapii nemůže být podána živá očkovací látka – podrobněji jsou jednotlivé živé vakcinace rozebrány v odpovědi na otázky cestovatelství a povinného očkování pediatrických IBD pacientů.
2. Je znám negativní vliv imunosupresivní nebo biologické léčby na tvorbu protilátek po podání určitých vakcín (vakcína proti hepatitidě B, chřipce). U těchto očkování je nutné podat zvýšenou dávku vakcíny nebo zkontrolovat hladinu vytvořených protilátek.
3. Pacienti na terapii kortikoidy, biologické léčbě a imunosupresivních jsou ve zvýšeném riziku vážných tzv. oportunních infekcí. Proto by měli být vakcinováni proti těm patogenům, proti nimž je očkování k dispozici. Jsou to hepatitida B, plané neštovice, pneumococcus a každoročně chřipka. Optimální je očkování

ještě před nasazením zmiňované agresivní léčby, tedy v praxi optimálně časně po stanovení diagnózy IBD.

---

### **Mohou pacienti s IBD cestovat do exotických zemí? Jaká očkování jsou pro ně doporučena?**

Pacienti s IBD mohou samozřejmě cestovat bez omezení. Vhodným obdobím pro cestování je klidová fáze onemocnění. Při cestě do rizikových oblastí s vysokou frekvencí infekčních průjmových onemocnění je vhodné pacienty vybavit příslušnými léky (enterol, ATB – ciprofloxacin) a případnou střevní infekci léčit okamžitě a zabránit tak aktivizaci vlastní IBD. Při cestování zejména do Severní Ameriky může být u celní kontroly pro vývoz léků vyžadováno potvrzení o nutnosti trvalé medikace preparáty pro léčbu IBD (v angličtině), které Vám Váš lékař jistě rád vystaví. Očkování je vhodné standardní dle doporučení oddělení cestovní nebo tropické medicíny (bývá součástí spádového infekčního oddělení nebo hygienické stanice). Výjimku tvoří očkování živými vakcínami, které pacientům na biologické nebo imunosupresivní terapii nemůže být podáno. Tato vakcinace může být aplikována minimálně 3 týdny před ukončením takové léčby nebo 3 měsíce po něm. Pro cestovní medicínu připadají v úvahu živé vakcíny proti žluté zimnici, Japonské encefalidě, břišního tyfu, choleře a tuberkulóze.

---

### **Jak se řeší povinné očkování u dětských pacientů s IBD a u novorozenců matek s IBD?**

Povinné očkování dětských pacientů s IBD a novorozenců matek s IBD probíhá standardně podle platného očkovacího kalendáře. Výjimku tvoří pediatričtí nemocní na biologické nebo imunosupresivní terapii, kterým nelze podat živou vakcínu. Ta může být aplikována minimálně 3 týdny před ukončením takové léčby nebo 3 měsíce po

něm. Ve stejné situaci mohou být novorozenci matek, které byly v těhotenství léčeny biologickou terapií a do jejichž krevního oběhu se dostaly tyto léky, které tam mohou přetrvávat až 6 měsíců. U nich se musí buď stanovit hladina biologika a očkovat až při jejím poklesu k nulovým hodnotám, nebo odložit očkování na období po 6. měsíci věku. Živými vakcínami v povinném očkování jsou vakcíny proti dětské obrně, rotavirům, planým neštovicím, zarděnkám a tuberkulóze (ta t. č. již není v ČR povinná).

---

### **Může stres ovlivnit průběh nemoci?**

Ačkoliv výsledky odborných prací hodnotících vliv stresu na průběh IBD jsou rozporuplné, klinická zkušenost jednoznačně ukazuje na vliv stresu na aktivitu onemocnění. Jedná se spíše o stres dlouhodobý. Krátkodobý, i když intenzivní stres většinou IBD pacienti přestojí bez následků.

---

### **Může v léčbě IBD onemocnění pacientovi pomoci psycholog/psychosomatik?**

Podpůrná psychoterapie může být prospěšná u všech chronicky probíhajících onemocnění, tedy i u IBD. Je vhodná zejména u těžších forem onemocnění s nedostatečnou reakcí na medikamentózní léčbu, u pacientů po rozsáhlých chirurgických výkonech, nebo u nemocných s významně sníženou kvalitou života. Léčebné dopady psychoterapie jsou však velmi individuální.



---

### **Může nadměrné užívání chemických prostředků v domácnosti (saponáty na nádobí apod.) negativně působit na onemocnění pacientů s IBD?**

V současné době neexistuje dostatek důkazů pro škodlivost „domácí chemie“ pro IBD pacienty nebo pro jejich vliv na vznik onemocnění.

---

### **Jak ovlivňuje průběh nemoci sexuální život pacienta s IBD?**

Sexuální život pacientů s IBD v klidovém stádiu onemocnění není zásadně ovlivněn. Pacienti v aktivní fázi onemocnění mohou mít vzhledem k sekundárním hormonálním změnám, ale i s ohledem na celkově neuspokojivý zdravotní stav snížené libido. Zvláštní skupinou jsou nemocní s postižením konečníku a perianálními píštělemi a abscesy – zde může být pohlavní život významně negativně ovlivněn. Jedním důvodem je psychologická bariéra při postižení chorobou v okolí intimních partií, dále může zánětlivý proces v malé pánvi zejména ženám při intimním styku způsobovat nepříjemné nebo přímo bolestivé prožitky. Stejně obtíže mohou být po operacích pro perianální chorobu (operační řešení píštělí, abscesů) nebo po provedení ileoanálního pouče. U mužů po operačním odstranění konečníku může dojít k poruše erekce nebo ejakulace. U takových nemocných je zásadní citlivý a chápavý přístup poučeného partnera.



**TILLOTTS PHARMA**  
ZERIA GROUP



ISBN 978-80-905120-5-4