

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

II. DÍL





TILLOTTS PHARMA

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

II. 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 978-80-905120-6-1



OBSAH

Úvod	5
Předmluva	7
I. IBD obecně / Novinky v léčbě IBD	11
Garant: MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.	
II. Co se skrývá za čísla z laboratoře?	25
Garant: MUDr. Luděk Hrdlička	
III. Zobrazovací metody	37
Garant: MUDr. Viktor Komárek	
IV. Probiotika a potravinové doplňky v léčbě IBD	47
Garant: MUDr. Miroslava Adamcová, Ph.D.	
V. IBD a stomie	57
Garant: Ing. Marie Ředinová	
VI. Psychosomatika a IBD	65
Garant: MUDr. Ondřej Masner	
VII. Sociální a právní aspekty IBD	75
Garant: JUDr. Michal Sýkora	

Vážení čtenáři,

předkládáme Vám 2. 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.

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



IBD OBECNĚ / NOVINKY V LÉČBĚ IBD

Garant: MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.

Čím se zabývá Pracovní skupina pro idiopatické střevní záněty?

Pracovní skupina pro idiopatické střevní záněty při České gastroenterologické společnosti (dále PS IBD) vznikla v roce 1996 jako neformální sdružení lékařů – zájemců o problematiku IBD. Pod vedením Prof. MUDr. Milana Lukáše, CSc. se velmi rychle stala jednou z nejaktivnějších pracovních skupin v rámci gastroenterologické společnosti. Od počátku byly hlavní náplní PS IBD především výukové aktivity – pořádání seminářů a kurzů pro lékaře a sestry pracující v oblasti idiopatických střevních zánětů. Mezi nejoblíbenější akce patří Intenzivní kurz pro mladé gastroenterology a IBD sestry, který se koná pravidelně v prosinci již od roku 2002. Pracovní skupina spolupracuje velmi úzce také se slovenskými kolegy a společně pořádají česko-slovenská (nebo slovensko-česká) IBD sympozia. Od roku 2008 se PS IBD podílí také na organizaci sympozia Biologická léčba pořádaného v Centru pro IBD ISCARE v paláci Lighthouse. A konečně je třeba zmínit velmi úzkou spolupráci mezi Pracovní skupinou pro IBD a spolkem Pacienti IBD z.s. – řada členů PS stála u zrodu této organizace a především aktivně spolupracují při pořádání již tradiční Svatováclavské IBD konference (pořádané od roku 2006).

Díky aktivitě členů PS IBD byla publikována řada doporučení týkajících se diagnostiky a léčby IBD, tyto dokumenty jsou zpravidla publikovány v oficiálním časopisu České gastroenterologické společnosti Gastroenterologie a hepatologie (<http://www.csgh.info/>).

Důležitou roli hraje PS IBD v oblasti mezinárodní spolupráce, především v rámci Evropské společnosti pro Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu (ECCO), jejímž členem se Česká republika stala v roce 2003 právě díky aktivitě PS IBD.

Jedním z hlavních úkolů, které před PS v současnosti stojí, je intenzivní spolupráce jednotlivých členů a jejich pracovišť na poli

klinického výzkumu. Epidemiologické studie (hodnocení výskytu střevních zánětů v populaci), sledování definovaných skupin pacientů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou z hlediska průběhu IBD, výskytu komplikací a účinnosti různých léčebných postupů patří mezi oblasti vyžadující zapojení většího počtu pracovišť – v tomto ohledu představuje PS IBD ideální místo pro organizaci podobných aktivit. I zde se navíc otevírá prostor pro další spolupráci se spolkem Pacienti IBD z.s.

Existují v České republice centra pro léčbu idiopatických střevních zánětů?

V ČR existuje řada gastroenterologických pracovišť, která se zabývají vyšetřováním a léčbou nemocných s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou. Mezi největší pracoviště specializující se právě na problematiku IBD patří Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty ISCARE Lighthouse v Praze. Další významná pracoviště zabývající se IBD v hlavním městě fungují v IKEM, ÚVN v Praze-Střešovicích, Nemocnici Pod Petřínem a ve Fakultní nemocnici na Královských Vinohradech (chirurgická klinika). Mimo Prahu fungují podobná pracoviště v dalších fakultních nemocnicích (Brno, Olomouc, Plzeň, Hradec Králové) nebo většině nemocnic krajského typu (Ústí nad Labem, Liberec, České Budějovice, Jihlava, Ostrava – Vítkovice).

Z formálního hlediska existuje v současnosti institut Center pro podávání biologické léčby nemocným s idiopatickými střevními záněty, kterých je v ČR celkem 34. Tato centra víceméně pokrývají celé území republiky, počty pacientů v nich se samozřejmě významně liší. Výběr centra je závislý na volbě pacienta, který by měl brát v potaz nejen vzdálenost z místa bydliště, ale také úroveň pracoviště – v tomto ohledu lze řadu informací získat např. prostřednictvím spolku Pacienti IBD z.s.

Co znamená zkratka EFCCA?

Je to název federace sdružující pacientské organizace ve 26 zemích Evropy (European Federation of Crohn's and Colitis Associations, www.efcca.org). Spolek Pacienti IBD z.s. je oficiálním členem EFCCA od r. 2011, neformálně probíhá vzájemná spolupráce již řadu let. Hlavním cílem této nadnárodní pacientské organizace je zlepšování životních podmínek pacientů s idiopatickými střevními záněty mimo jiné tím, že se zvyšuje všeobecné povědomí o existenci těchto onemocnění u celé veřejnosti. EFCCA úzce spolupracuje s Evropskou společností pro Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu a v posledních letech se stále častěji zapojuje i do různých programů vzdělávacích a také do projektů klinického výzkumu. Hlavním sídlem EFCCA je Brusel, současným předsedou je Martin Kojinkov z Bulharska.

Jak řešit bolesti kloubů při Crohnově nemoci?

Bolesti kloubů patří k častým problémům nemocných s Crohnovou chorobou i ulcerózní kolitidou a lze je rozdělit celkem do 3 skupin: kloubní bolesti jako mimostřevní projev IBD, nežádoucí účinky medikamentózní léčby a projevy tzv. detrakčního syndromu při vysazení kortikoidů.

Nejčastější jsou kloubní obtíže jako mimostřevní projevy IBD. Objevují se buďto ve fázi zvýšené aktivity střevního zánětu (typ I), nebo kdykoli bez závislosti na aktuální aktivitě ve střevě (typ II). V prvním případě bývají postiženy především velké klouby (kolena, kotníky, lokty), klouby jsou oteklé a zarudlé, někdy dochází k přesouvání těchto změn z jednoho postiženého místa na jiné (tzv. migrující zánět). Tento typ kloubních obtíží obvykle dobře reaguje na intenzivní léčbu vlastního střevního zánětu (kortikoidy, biologickou léčbu). V druhém případě jsou změny méně viditelné, postiženy

jsou především klouby na rukou a prstech, zpravidla nebývá patrné žádné zduření či otok. Klouby jsou ztuhlé (zejména po ránu), bolesti jsou někdy úporné a obtěžují pacienty i v noci. Kromě postižení ručních kloubů mohou mít nemocní bolesti zad. Léčba tohoto (druhého) typu kloubních bolestí je obtížnější a často méně účinná než v případě prvního typu. Pokud nepomáhá léčba vlastního střevního zánětu, je někdy vhodné podávat lék sulfasalazin (může v některých případech nahrazovat mesalazin). U nemocných s Crohnovou chorobou lze použít také metotrexát (používá se často v revmatologii, jeho podávání je zakázáno v těhotenství!), účinná bývá biologická léčba. Nesteroidní antirevmatika (ibuprofen, diklofenak apod.) není vhodné užívat dlouhodobě či pravidelně vzhledem k jejich schopnosti poškozovat trávicí trubici nebo indukovat relaps IBD. Relativně bezpečné se zdá použití zvláštní skupiny nesteroidních antirevmatik, tzv. coxibů, z nichž je v současnosti dostupný pouze celecoxib.

U části nemocných se střevními záněty mohou být kloubní obtíže nežádoucím vedlejším účinkem podávané léčby. Protože nemocní často užívají kombinace několika léků a nežádoucí účinky se mohou objevit téměř u každého z nich, je někdy obtížné posoudit vliv jednotlivých preparátů. Vzácně se kloubní obtíže objevují při léčbě kortikoidy (častěji při jejich vysazení – viz poslední odstavec), nebo imunosupresivy (azathioprin), zcela výjimečně i při terapii mesalazinem. S rozmachem biologické léčby se ukazuje, že u malé části nemocných mohou být kloubní obtíže nežádoucím projevem i této terapie.

Při snižování nebo vysazení kortikoidů se u části pacientů mohou objevit bolesti kloubů, svalů a svalových úponů (šlachové bolesti), které jsou projevem tzv. detrakčního syndromu (častěji se objevují při příliš rychlém vysazení kortikoidů). Pokud nedojde k jejich spontánnímu vymizení v krátké době, je vhodné na krátkou dobu opět podat kortikoidy, často je výhodnější namísto běžně používaného prednisonu nebo metylprednisolonu podat krátkodobě působící hydrokortison.

Jaké riziko přináší nemocným s IBD cestování a mohou takoví pacienti při svých zahraničních cestách vyhledat pomoc některých specializovaných pracovišť?

Pacient s IBD by měl při plánování (zejména dlouhodobých) pobytů v zahraničí brát v potaz svůj zdravotní stav a se svým lékařem diskutovat o případném riziku takové cesty. Pochopitelně se to týká především nemocných s komplikovaným průběhem IBD a těch, kteří jsou intenzivně léčeni, zejména užívají-li léky s imunosupresivními účinky, které zvyšují riziko různých infekčních onemocnění. Rizika komplikací jsou rovněž závislá na místě pobytu – cestování po Evropě obvykle problémy nečiní, vzdálenější a exotické destinace jsou rizikovější. Pochopitelně je nezbytné vzít si s sebou dostatek dlouhodobě užívaných léků nebo naplánovat jejich pravidelný přísun ještě před zahájením cesty.

Vcelku logicky není delší cesta do zahraničí vhodná ve fázi aktivity zánětu. I nemocný v remisi však musí počítat s možností relapsu. Je proto vhodné se domluvit se svým lékařem na postupu v případě zhoršení stavu a mít k dispozici alespoň minimální množství vhodného léku. Jako nejvýhodnější se jeví vybavit pacienta např. chinolinovým antibiotikem (ciprofloxacin, ofloxacin), které může být použito jak pro léčbu akutního infekčního onemocnění (včetně těžší formy cestovatelského průjmu), tak i ke snížení aktivity při relapsu IBD. Pacient by měl vědět, že případná „samoléčba“ může trvat jen omezenou dobu, a pokud nedochází ke zlepšení stavu během krátké doby (několik dnů), je třeba vyhledat pomoc nebo alespoň kontaktovat svého ošetřujícího lékaře se žádostí o radu (e-mail, či telefon jsou dostupné téměř kdekoli na světě).

Nemocní užívající dlouhodobě udržovací léčbu imunosupresivy by měli při dlouhém pobytu v zahraničí počítat s nutností kontroly některých laboratorních parametrů, především krevního obrazu. Měli by si tedy před cestou zjistit, zda tato možnost v místě jejich pobytu existuje, popřípadě jaká je její cena (nebo zda lze využít pro tento

účel platbu ze zdravotního pojištění). Nemocní s vyšším rizikem komplikací či relapsu mohou samozřejmě požádat svého lékaře o případný kontakt na specialistu v oblasti IBD v místě zahraničního pobytu.

Probíhají u pacientů s IBD nějaké klinické studie?

Žádná terapie nedokáže dnes IBD vyléčit zcela, navíc je medikamentózní léčba stále u řady pacientů málo účinná, nebo spojená s množstvím nežádoucích účinků. Příčinou je hlavně neznámý původ těchto onemocnění, a tedy nemožnost použít tzv. kauzální léčbu (tedy léčbu zaměřenou na příčinu nemoci). Vzniká tak velký prostor pro hledání nových léků, jejichž vývoj podléhá přísným pravidlům, trvá mnoho let a je velmi drahý. Testování léků probíhá formou tzv. klinických studií. Účast v nich je vždy zcela dobrovolná, pro řadu pacientů je ovšem šancí ke zlepšení jejich zdravotního stavu v situaci, kdy klasická léčba nemá dostatečný efekt.

Vedle základního pravidla klinických studií – dobrovolné účasti, platí i mnoho dalších opatření, kterými jsou práva nemocných ve studiích chráněna. Provedení klinické studie musí schválit řada regulačních orgánů včetně tzv. etické komise. Každý pacient je podrobně informován o přínosech a rizicích účasti ve studii a před vstupem musí podepsat tzv. informovaný souhlas. Ze studie může kdykoli vystoupit i bez udání jakéhokoli důvodu. V průběhu klinických studií jsou obvykle nemocní pod zvýšeným dohledem, jejich obtíže jsou detailně zaznamenávány do studijní dokumentace.

Jistou „nevýhodou“ většiny studií je fakt, že účinnost studovaného léku je třeba porovnat oproti léčbě tzv. placebem, tedy neúčinnou a zcela neutrální látkou (např. fyziologický roztok v případě aplikace léku formou nitrožilní infuze). Část nemocných (náhodný výběr, neboli randomizace) pak tedy nedostává lék, ale toto placebo, navíc vše probíhá v režimu zaslepení, kdy jak pacient, tak i ošetřující lékař

a další personál nevědí, zda pacient dostává lék nebo placebo. Je totiž nutno eliminovat subjektivní pohled na léčbu (tedy automatický pocit nový lék = vyšší účinnost). V případě potřeby je ovšem možno léčbu odslepit a zjistit, co konkrétní pacient dostává. Druhým problémem je někdy vysoký počet návštěv ve studijním centru předepsaný protokolem studie. V některých studiích je tato nevýhoda pacientům kompenzována finanční úhradou nebo poskytnutím jiné náhrady, např. stravenek.

Existuje v genech souvislost mezi IBD a jinými autoimunitními nemocemi?

Genetická predispozice (vloha) ke vzniku IBD hraje podstatnou roli především u nemocných s Crohnovou chorobou, její role u ulcerózní kolitidy je zřejmě menší. Z genetického hlediska jsou IBD velmi komplexní choroby, což znamená, že neexistuje jediný gen (nebo několik málo genů) jednoznačně ovlivňující vznik a průběh střevního zánětu; ve skutečnosti se na této predispozici podílí zřejmě velký počet (desítky až stovky) drobných genetických odchylek (tzv. polymorfismů) – jejich konkrétní kombinace pak určuje míru rizika pro vznik střevního zánětu. Rozsáhlé genetické studie provedené v poslední době ukazují, že podobné genetické odchylky se objevují i u řady dalších onemocnění – ankylozující spondylitidy (tzv. Bechtěrevova nemoc), astmatu, psoriázy (lupénky), revmatoidní artritidy, celiakie či diabetu. Tyto informace ukazují, že podobné genetické vlohy mohou vést, zřejmě v závislosti na dalších faktorech (faktory zevního prostředí) k různým typům onemocnění, často označovaných jako autoimunitní. Ne vždy ovšem znamená přítomnost genetické vlohy rozvoj příslušného onemocnění. Navzdory některým podobnostem v genetické predispozici není výskyt diabetu 1. typu nebo celiakie (nesnášenlivost lepku) u nemocných s IBD prokazatelně častější. Informace o genetické predispozici tak v současnosti slouží spíše ke studiu příčin a průběhu nemoci, konkrétní využití pro medicínskou praxi zatím nemají.

Je pravda, že trvale preventivně užívané vitamíny mohou narušit DNA? Dají se naopak některými vitamíny opravit „polámané“ chromozomy?

To je velmi nepravděpodobné, množství vitamínu v komerčních přípravcích stěží může při obvyklém dávkování (i dlouhodobém) ohrozit zdraví. Stejně tak lze ale ve většině případů pochybovat o jejich léčebném efektu... Problematika reparace změn chromozomálních nebo změn ve struktuře DNA je velmi složitá. Organismus disponuje řadou opravných mechanismů a v každém okamžiku se v našem těle odehrávají obrovská množství poruch a následných oprav těchto struktur. Faktem je, že některé látky vitaminové povahy mohou přispívat k reparačním procesům – typickým představitelem je kyselina listová.

Lze geneticky zjistit kortikorezistenci?

Nelze, stejně jako v současnosti nelze žádným genetickým vyšetřením spolehlivě ověřit případnou účinnost či neúčinnost jakéhokoli léku používaného v terapii IBD. Existují sice určitá genetická vyšetření, která mohou napovědět, zda lék bude či nebude účinný (týká se to např. infliximabu), v praxi se však nijak neujala. Jediným genetickým testem s praktickým významem je testování genu pro TPMT (thiopurinmetyltransferáza). Tento enzym se podílí na metabolismu azathioprinu a jeho nedostatečná produkce může vést k hromadění léku v organismu a jeho toxickým účinkům – především nebezpečnému útlumu krvetvorby v kostní dřeni.

Je už objasněno, proč se IBD více vyskytují v židovské populaci?

Hlavním důvodem bude nejspíše kombinace jisté uzavřenosti tohoto etnika a vyšší tendence k uzavírání manželství mezi jeho

příslušníky spolu s faktem, že značná část židovské populace žije v oblastech vysokého výskytu Crohnovy choroby (Severní Amerika, západní Evropa a samozřejmě Izrael). Tím dochází ke kumulaci genetických faktorů – ať již příznivých nebo těch, které predisponují ke vzniku různých onemocnění, Crohnovu chorobu nevylučuje.

Jak moc se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění IBD v případě výskytu nemoci u jednoho – obou rodičů?

Rodinná anamnéza IBD (tj. výskyt střevního zánětu v pokrevním příbuzenstvu) je nejvýznamnějším rizikovým faktorem pro vznik obou onemocnění, především pak Crohnovy choroby. V současnosti se pravděpodobnost, že dítě narozené v oblastech vysokého výskytu IBD (Severní Amerika, Evropa) onemocní někdy během života Crohnovou chorobou nebo ulcerózní kolitidou, pohybuje kolem 0,5–1 %. U příbuzných 1. stupně (sourozenci, rodiče a děti) je riziko vzniku IBD deseti, možná až patnáctinásobné. Je-li jedním z rodičů osoba s Crohnovou chorobou, pak je celoživotní riziko vzniku této nemoci 5–10 %, v případě ulcerózní kolitidy se toto číslo pohybuje nejspíše pod 5 %. O něco většímu riziku než potomci jsou vystaveni sourozenci pacienta s IBD. Výskyt IBD u obou rodičů pravděpodobnost postižení potomka dále zvyšuje. I zde ovšem platí, že můžeme pracovat jen s odhadem vyplývajícím z epidemiologických studií. Využití genetického testování – během těhotenství, po porodu či kdykoli jindy v dalším životě potomka – není v současné době možné.

Kolik genů má podle současných poznatků přímou souvislost se střevními záněty?

Jen málo oblastí medicíny se vyvíjí tak rychle jako genetický výzkum, kde nové informace přibývají závratnou rychlostí. Stejně je

tomu v oblasti genetiky IBD – podle aktuálních informací existuje více než 200 genetických variant (tzv. polymorfismů), které mají nějaký vztah k idiopatickým střevním zánětům. U prvního z nich byl vztah ke vzniku Crohnovy choroby popsán v roce 2001 (je lokalizován na 16. chromozómu) a byl označen jako gen IBD-1. Změna ve struktuře tohoto genu vede k tvorbě nefunkční bílkoviny, jejímž úkolem je, za normálních okolností, rozeznávat správně některé typické znaky bakterií žijících ve střevě. Chybná „identifikace“ těchto bakterií vede k tomu, že imunitní systém člověka není schopen spustit dostatečně účinnou reakci a mikroby eliminovat. Vzniká tak jakýsi bludný kruh aktivace imunitního systému a přetrvávající přítomnosti bakterie, který se v praxi může projevit poškozením střeva tak, jak je známe právě u nemocných s Crohnovou chorobou. Je zajímavé, že navzdory tomu, že od objevu tohoto prvního genu souvisejícího s Crohnovou chorobou byly objeveny desítky dalších, odchylky tohoto genu patří k nejvýznamnějším faktorům přispívajícím ke vzniku Crohnovy choroby. Změna v jedné kopii (alele) tohoto genu zvyšuje riziko vzniku Crohnovy choroby oproti normální populaci 3×, při změnách obou kopií genu je toto riziko 10–44násobné.

Kam se mohu obrátit, pokud se chci nechat geneticky vyšetřit? Je nutné doporučení praktického lékaře?

Především je třeba říci, že genetické vyšetření pacienta s IBD (nebo podezřením na IBD) nemá v běžné praxi žádný význam, a proto se neprovádí! Jedinou výjimkou je již zmíněné vyšetření genu pro TPMT u pacientů, u nichž je plánována nebo probíhá léčba azathioprinem nebo 6-merkaptopurinem. Důvodem je skutečnost, že genetické vyšetření nemá žádný praktický význam, neovlivňuje diagnostiku ani léčbu pacientů. Genetická vyšetření se provádějí v současnosti pouze z důvodů výzkumných, jednotlivým pacientům nejsou výsledky sdělovány. Takové vyšetření vyžaduje zvláštní souhlas pacienta a testování je prováděno anonymně (pacient je veden pod určitým

kódem). Ideálním cílem genetického výzkumu (nejen v oblasti IBD) je vytvoření tzv. genových čipů, které by umožňovaly z nepatrného množství genetického materiálu (obvykle se používají bílé krvinky ze vzorku krve) získat co nejvíce informací o diagnóze, předpokládaném průběhu onemocnění a především by předpověděly, jak bude pacient reagovat na konkrétní léky, a to včetně rizik možných nežádoucích účinků.





CO SE SKRÝVÁ ZA ČÍSLY Z LABORATOŘE?

Garant: MUDr. Luděk Hrdlička

Jak často by měla být u IBD pacientů prováděna laboratorní vyšetření krve?

Frekvence laboratorních vyšetření není nijak pevně stanovena a je přísně **individualizovaná**. Pacient s dlouhodobě stabilizovanou chorobou v klidové fázi na minimální terapii například jen aminosalicyláty může na odběr krve jít třeba jen 1× ročně, na druhou stranu u pacienta v aktivní fázi onemocnění je nutná laboratorní kontrola častější – průměrně 1× měsíčně – k monitoraci úspěchu léčby až do nástupu klidového stadia (remise). Samozřejmě, že nemocný s velmi těžkou aktivitou choroby bude pozván na kontrolu včetně laboratorních testů dříve. Důležitá je i pravidelná laboratorní kontrola u pacientů na imunosupresivní a biologické léčbě zaměřená na záchyt možných nežádoucích účinků terapie. Typickým příkladem je kontrola krevního obrazu u pacientů na imunosupresivech (Imuran, Puri-Nethol), kdy pátráme po možném útlumu krvetvorby, zejména produkce bílých krvinek. Takový pacient musí absolvovat zpočátku po nasazení terapie laboratorní vyšetření každé 2 týdny, interval se postupně prodlužuje až na 3 měsíce, tato frekvence je pak dodržována po celou dobu imunosupresivní léčby.

Jaké parametry prokáže vyšetření krevního obrazu?

Při vyšetření krevního obrazu se analyzují parametry červené a bílé krevní řady a krevních destiček.

U červené krevní řady nás zajímá hladina **hemoglobinu** – tj. kolik červeného krevního barviva je v 1 litru krve. Normální hodnoty jsou nad 130 gramů v litru krve u muže a nad 120 g u ženy. Pacienti s nižšími hodnotami je nutno považovat za anemické (chudokrevné), u nemocných s hodnotou pod 100 se jedná o anémii těžkou. Hladinu hemoglobinu kopíruje tzv. **hematokrit** (většinou označovaný jako Hct nebo Hkt) vyjadřující procento z objemu krve, které tvoří červené

krvinky (norma je přibližně 40–50 %), a počet červenýchrvinek – **erytrocytů** (Ery, RBC) v 1 litru krve – norma je 4–5,8 bilionů. Dalším přínosným parametrem je průměrný objem červené krvinky (MCV) udávaný ve femtolitrech (norma 82–98 fl). Při chudokrevnosti z nedostatku železa je **objem červené krvinky** menší, zvětšuje se naopak při nedostatku vitamínu B 12 (u IBD pacientů zejména po resekční operaci terminálního ilea při Crohnově chorobě) a při úspěšné léčbě Imuranem nebo Puri-Netholem. Zde je důvodem koncentrace aktivních metabolitů těchto léků v červených krvinkách.

Normální počet **bílýchrvinek** – leukocytů (leuko, WBC) je 4–10 miliard v litru krve. Jejich zvýšený počet vidáme u aktivní IBD, komplikace nemoci (absces u Crohnovy choroby, toxické megakolon u ulcerózní kolitidy) nebo léčby (infekce) a také při léčbě systémovými kortikoidy (Prednison, Medrol). Zastoupení jednotlivých podtypů bílýchrvinek udává tzv. procentuální **diferenciální rozpočet** (dif.), jsou to: neutrofily, lymfocyty, monocyty, makrofágy a eozinofily. Zvýšené procento neutrofilů se vyskytuje při aktivní IBD, komplikaci choroby a bakteriální infekci. Zvýšený počet lymfocytů se objevuje u virové infekční komplikace, naopak snížené množství lymfocytů může být první známkou útlumu krvetvorby při imunosupresivní léčbě.

Krevních destiček (trombocytů, TROMBO) je obvykle 140–440 miliard v litru krve. Jejich množství se zvyšuje při chronicky aktivním střevním zánětu nebo u různých infekcí, snížené může být opět při toxickém působení námi podávané léčby (imunosupresivní, biologická) na kostní dřeň.

Co znamená zkratka CRP?

CRP je tzv. **C-reaktivní protein**. Je to bílkovina vyskytující se v lidské krvi i fyziologicky v nízkých hodnotách – norma je do 5 mg/l. Obecně se hodnota CRP zvyšuje u zánětlivých (infekčních i nein-

fekčních) onemocnění. U IBD pacientů je významné stanovení CRP zejména u pacientů s Crohnovou chorobou, kde je jeho hladina přímo úměrná aktivitě choroby. Toto platí především u postižení tlustého střeva. Bohužel asi u 20 % pacientů s Crohnovou chorobou (obzvláště u postižení tenkého střeva a horní části trávicí trubice) nedochází při aktivizaci Crohnovy choroby ke zvýšení CRP. Naopak u ulcerózní kolitidy nedochází většinou ani v aktivní fázi onemocnění k podstatnému zvýšení CRP, které u této choroby pak zpravidla značí extrémně těžký průběh onemocnění. Je však třeba mít na paměti, že vysoké hodnoty CRP u IBD pacientů nemusí odpovídat jen aktivizaci onemocnění, může je způsobit i nitrobršíšní komplikace (absces) nebo infekce v souvislosti s terapií kortikoidy, imunosupresivy nebo biologickou léčbou.

Jaké biochemické ukazatele je nutné sledovat při IBD onemocnění?

Pacienti s IBD by měli být monitorováni s ohledem na laboratorní **aktivitu zánětu** – stanovení CRP, dále by v pravidelných intervalech měl být zjišťován stav jejich **výživy**: celková bílkovina (v normě nad 65 g/l, albumin nad 35 g/l, eventuálně prealbumin jako nejcitlivější marker stavu aktuální nutrice). Důležité je i stanovení **zásobního železa** – hladina feritinu je dostatečná při hodnotě nad 30 µg/l při klidovém stádiu onemocnění a nad 100 µg/l v akutní fázi choroby. Přínosné je i stanovení aktivity **jaterních funkcí** (AST, ALT, ALP, GMT a hladina bilirubinu) k vyloučení asociovaného jaterního onemocnění a toxicity léčby (imunosuprese, biologická terapie). Stanovení hladiny **minerálů** (draslík, sodík, chloridy) je užitečné při chronickém průjmu a léčbě kortikosteroidy. Při terapii aminosalicyláty (mesalazin, sulfasalazin) a některými imunosupresivy (cyklosporin A, tacrolimus) je nezbytné sledování **funkce ledvin** (močovina /urea/, kreatinin, event. tzv. clearance kreatininu). Při bolestech břicha při užívání Imuranu nebo Puri-Netholu je na místě vyšetření **„slinivkových enzymů“** – amylázy a lipázy k vyloučení medikamenty způsobeného zánětu slinivky. U pacientů v riziku osteo-

porózy a osteopenie (jedná se v podstatě o všechny nemocné s IBD s výjimkou velmi lehkých forem) je v rámci komplexní osteologické péče nutné stanovovat hodnoty **kalcio-fosfátového metabolismus** (hladina ionizovaného a neionizovaného vápníku, fosfor) a hladinu **vitamínu D** – 1,25-dihydroxyvitamin D nebo 25-hydroxyvitamin D.

Co jsou to vyšetření na protilátky ANCA a ASCA?

Jsou to imunologická vyšetření, která v diagnostice IBD mají pomocný význam, a jejich samostatné stanovení není pro diagnózu Crohnovy choroby nebo ulcerózní kolitidy dostatečné. Je nutné potvrzení na základě nálezu endoskopického, event. histologického, nálezu zobrazovacích metod a zhodnocení klinických obtíží nemocného. Protilátky proti **ASCA** (proti části kvasinky *Saccharomyces cerevisiae*) lze nalézt u zhruba 70 % nemocných s Crohnovou chorobou, v protikladu s pozitivními nálezy u pouhých 5 % nemocných s ulcerózní kolitidou. Naproti tomu výskyt **pANCA** protilátek (proti cytoplasmě bílých krvinek – neutrofilů) je vyšší u nemocných s ulcerózní kolitidou (40–80 %), než u nemocných s Crohnovou chorobou, kde je výskyt mezi 10–40 %. Stanovení protilátek proti ASCA lze tedy v kombinaci se stanovením protilátek proti ANCA použít v nejasných případech k rozlišení mezi Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou.

Co znamená pojem STATIM?

Pojem „**STATIM**“ vyjadřuje odeslání krevního vzorku k urychlenému zpracování, kdy je výsledek k dispozici obvykle během několika desítek minut v případě akutního klinického stavu pacienta nebo podezření na významnou komplikaci (nitrobřišní infekce nebo zejména infekční komplikace medikamentózní nebo chirurgické léčby). Může tak být okamžitě započata příslušná léčba.

Co je to leukopenie?

Leukopenie je termín používaný pro pokles počtu bílých krvinek pod fyziologickou hodnotu (pod 4 miliardy v litru krve). Tento stav se u IBD pacientů obvykle objevuje jako nežádoucí účinek imunosupresivní medikace (Imuran, Puri-Nethol). Z podtypů bílých krvinek dochází zpravidla nejdříve k poklesu počtu lymfocytů – k tzv. **lymfopenii**. Leukopenie se může také vyskytovat u dlouhodobější infekce s horečkami.

Co je to anémie?

Anémie znamená chudokrevnost, tedy snížené množství červeného krevního barviva. Nej přesněji ji určuje hladina hemoglobinu, patologické jsou hodnoty snížené pod 130 gramů v litru krve u mužů a pod 120 g u žen, u nemocných s hodnotou pod 100 g se jedná o anémii těžkou. Příčinou anémie je u IBD pacientů nejčastěji nedostatek železa (porucha vstřebávání a využití železa, krevní ztráty do střeva) a chronicky probíhající zánět. Ostatní typy anémie (z nedostatku vitamínu B12, kyseliny listové nebo anémie poléková) jsou méně časté.

Kdy je nutné sledovat hladinu vitamínu B12?

Hladinu **vitamínu B12** je třeba sledovat u pacientů po resekci koncové části tenkého střeva – terminálního ilea, zejména po resekcích rozsáhlých nebo opakovaných. Vhodná je i jeho monitorace u nemocných s dlouhým zánětlivým úsekem terminálního ilea. Již při zjištěných snížených hladinách tohoto vitamínu (i u pacientů, kteří ještě nejsou chudokrevní) by mělo být započato jeho podávání ve formě nitrosvalových injekcí.

Kdy je nutné sledovat hladinu draslíku v krvi?

Hladina **draslíku** by měla být sledována zejména u pacientů s průjemem a při léčbě kortikoidy. To jsou stavy, kdy může být jeho hladina snížena.

Co je to glykémie a kdy by měla být sledována?

Hladina cukru v krvi – **glykémie** – by měla být sledována při léčbě kortikoidy, které ji mohou zvyšovat. Velmi důležité je to u diabetiků, u nichž často tato léčba vede ke zvýšení a rozkolísání hladin glykémie, tzv. dekompenzaci diabetu.

Co je to kreatinin a urea?

Hodnoty **ledvinných funkcí** (kreatinin, urea, clearance kreatininu) sledujeme u terapie aminosalicyláty (mesalazin a sulfasalazin), dále u pacientů s příznaky dehydratace při dlouhodobých průjmech a pacientů léčených imunosupresivně cyklosporinem A a tacrolimem.

Co je to Quantiferon?

Quantiferon je krevní test k vyloučení tuberkulózy. Společně s rentgenem plic se provádí před nasazením biologické léčby, kterou je možno zahájit jen při negativním výsledku. Při pozitivním nebo neurčitěm výsledku tohoto vyšetření je nutné pneumologické dovyšetření a event. antituberkulózní terapie.

Co může přinést laboratorní vyšetření stolice u IBD pacientů a jak často má být prováděno?

Laboratorním vyšetřením stolice obecně rozumíme bakteriologické vyšetření stolice, vyšetření na parazity, stanovení fekálního kalprotektinu a clostridiového toxinu. Bakteriologické vyšetření stolice by mělo být prováděno na počátku onemocnění v rámci diferenciální diagnózy a vždy při podezření na možnost střevní infekce komplikující IBD, to je případ i clostridiového toxinu. Fekální kalprotektin indikujeme pro stanovení střevní aktivity onemocnění v intervalech závislejících na aktivitě střevního zánětu a podávané léčbě, stejně jako je tomu u laboratorních vyšetření krve.

Co může prokázat bakteriologické vyšetření stolice u IBD pacienta?

Bakteriologické kultivační vyšetření stolice může prokázat přítomnost bakterií, které nejsou ve střevní flóře fyziologicky zastoupeny a mohou způsobovat infekční střevní zánět. Jedná se zejména o salmonely, shigely, yersinie a campylobaktery. Užitečné je zejména při prvotní diagnostice IBD na začátku onemocnění, kdy obtíže i endoskopický nález u střevní infekce mohou být obdobné jako u IBD, a v situacích, kdy je při zhoršení IBD podezření na možnost souběhu s akutní střevní infekcí (výskyt infekce v okolí pacienta, náhlé zhoršení s četnými průjmy a horečkou ze stabilizovaného stavu). Zde nás může kultivační záchyt příslušné bakterie vést k cílené antibiotické léčbě a rychlé úzdavě pacienta. Naopak nasazení kortikoidní léčby a navyšování imunosupresivní medikace vede často u nerozpoznané střevní infekce ke zhoršení průběhu onemocnění.

Co může prokázat parazitologické vyšetření stolice u IBD pacienta?

Parazitární střevní infekce jsou poměrně vzácné, suverénní diagnostickou metodou je u nich **parazitologické vyšetření stolice**. Nejčastějšími parazitárními střevními nákazami jsou v našich oblastech amébióza a giardióza (lamblióza). Je třeba je zvažovat u pacientů s cestovatelskou anamnézou do rizikových oblastí a při kontaktu s domácími a hospodářskými zvířaty.

Co je to fekální kalprotektin?

Fekální kalprotektin je bílkovina pocházející z bílých krvinek – neutrofilů, které se vyskytují na spodině vředů a ostatních zánětlivých změn na střevě. Jsou vylučovány do stolice v množství odpovídajícím rozsahu a aktivitě střevního zánětu. Normální hodnoty u zdravého člověka jsou do 50 mikrogramů v gramu stolice, hranice pro patologické hodnoty je 100–150 µg/g stolice podle použité analýzy. Pacient v úplné remisi (klinické i endoskopické) má hodnoty normální, pacient s byť jen lehkými endoskopicky zjištěnými změnami má již hladinu zvýšenou i v období před nástupem klinických obtíží. Pacient s výraznými obtížemi a významným endoskopickým nálezem má extrémně vysoké hodnoty fekálního kalprotektinu. Jedná se o diagnostickou metodu, která se dříve považovala za velmi přesnou u ulcerózní kolitidy, nyní je prokázána její vysoká výtěžnost i u pacientů s Crohnovou chorobou. Je vhodná k neinvazivní (stačí jen vzorek stolice) poměrně přesné monitoraci aktivity choroby a k odlišení například syndromu dráždivého tračníku (bude mít vždy normální hodnoty kalprotektinu) od IBD v iniciální diagnostice na začátku onemocnění. Výhodná je i chemická stabilita této bílkoviny – po odběru a uskladnění v lednici lze vzorek do laboratoře dopravit až za několik dnů. Méně často se v některých laboratořích používá místo kalprotektinu stanovení laktoferinu ve stolici – princip a klinická využitelnost jsou obdobné.

Co je to clostridium difficile toxin?

Infekce bakterií **Clostridium difficile** je poměrně častá i u pacientů bez IBD, obvykle po antibiotické léčbě. Většinou probíhá jako infekční střevní zánět. U pacientů s IBD, zejména u pacientů na imunosupresivech, kortikoidech nebo biologické léčbě se klostridiová infekce objevuje i bez předchozí medikace antibiotiky, projevuje se jako zhoršení ulcerózní kolitidy nebo Crohnovy choroby a endoskopický nález není nijak charakteristický. Diagnostické je stanovení clostridiového toxinu ze stolice (dodané pacientem nebo střevní obsah získaný aspirací při koloskopii). Výsledek je k dispozici do 24 hodin a umožňuje cílenou antibiotickou léčbu této infekce (metronidazol, vankomycin nebo fidaxomicin). Nerozpoznaná klostridiová střevní infekce může mít pro pacienta fatální následky.

Jak se stanovuje přítomnost cytomegalovirové infekce?

Cytomegalovirová (CMV) infekce je ne úplně vzácnou střevní komplikací u pacientů s ulcerózní kolitidou a Crohnovou chorobou s postižením tlustého střeva. Klinicky se projevuje jako výrazné zhoršení nemoci, někdy se může objevit zvýšená teplota a endoskopický obraz odpovídá aktivní IBD. Vyskytuje se téměř výhradně u pacientů na imunosupresivech, proto je u těchto nemocných při známkách zhoršení IBD vždy nutno na tuto infekci pomýšlet. Diagnostické je histopatologické vyšetření vzorku tlustého střeva (většinou z oblasti rekta nebo sigmatu) odebraného při endoskopii, pozitivní nález je indikací k neprodlené antivirové léčbě gancyklovirem.

Může se pacient na internetu dozvědět více podrobností o prováděných laboratorních testech?

Ano, pro pacienty je určena velmi pěkně udržovaná stránka www.labtestsonline.cz. Zde lze nalézt podrobnosti o jednotlivých vyšetřovaných parametrech, jejich klinickém využití a o technice odběru.





ZOBRAZOVACÍ METODY

Garant: MUDr. Viktor Komárek

V čem spočívá sonografie břišní dutiny?

Sonografie neboli ultrazvuk je neinvazivní nebolestivé vyšetření, kterým lze spolehlivě zobrazit většinu orgánů v břišní dutině. Pro přípravu pacienta v naprosté většině případů postačí 8hodinové lačnění. Délka vyšetření je kolem deseti minut. Vyšetřující lékař přikládá na kůži břišní stěny pacienta ultrazvukovou sondu, která vysílá i zpětně přijímá mechanické vlnění (zvuk o vysoké frekvenci, který lidské ucho není schopné slyšet). Od různých tkání se vlnění odráží odlišně, a proto mají různé orgány a struktury v nich uložené na obrazovce sonografického přístroje různou barvu. Nezbytnou podmínkou zobrazení je užití sonografického gelu, který eliminuje mikroskopickou vrstvu vzduchu mezi sondou a kůží. Vzduchem by totiž ultrazvuk neprošel, všechen by se odrazil zpět. Na tento problém pak naráží lékař i při vyšetření samotných střevních kliček. Je v nich uložen střevní plyn, od kterého se veškerý signál ultrazvukové sondy odrazí zpět a struktury uložené hlouběji pod střevním plynem nelze sonograficky zobrazit. Přesto lze u většiny pacientů s Crohnovou chorobou ultrazvukem dobře posoudit oblast terminálního ilea a céka, kde je postižení střeva nejčastější. Dobře přehledné jsou i další úseky tlustého střeva a některé úseky střeva tenkého. Citlivost metody je menší než u endoskopie, sliznici střeva ultrazvukem zobrazit nelze. Na rozdíl od endoskopie lze ale ultrazvukem vyšetřit i okolí střeva. Samotný ultrazvuk nelze použít k definitivnímu stanovení diagnózy střevního zánětu, ale lze jej dobře využívat především k posuzování odpovědi na léčbu a k vyloučení akutních komplikací (absces, neprůchodnost střeva) i chronických metabolických komplikací Crohnovy choroby (žlučové či ledvinné kameny). U pacientů s ulcerózní kolitidou je užití ultrazvuku omezené, stěna tlustého střeva se rozšiřuje až při těžké aktivitě nemoci. U mírné a střední aktivity může být nález na stěně tlustého střeva zcela normální.

Jak probíhá koloskopie?

Endoskopické vyšetření tlustého střeva a konečného úseku tenkého střeva je základní diagnostickou metodou pro stanovení diagnózy střevního zánětu, rozsahu postižení střeva, odpovědi na léčbu, ověření remise či recidivy choroby atd. Rozliší i takové změny na úrovni sliznice střeva, které jiné zobrazovací metody zachytit nedokáží. Příprava střeva spočívá v úplném očištění trávicího ústrojí od všech zbytků potravy. Toho se dosáhne několikadenní bezezbytkovou dietou a následným vypitím dostatečného množství očišťovacího roztoku. Vyšetření se provádí tenkým ohebným endoskopem, který přenáší videoendoskopický obraz ze střeva na obrazovku. Kolonoskop se zavádí řitním otvorem do konečníku a přes ohyby střeva do dalších oddílů tlustého střeva a nakonec i přes Bauhinskou chlopeň do terminálního ilea. Délka tlustého střeva je 1–1,5 metru. Vyšetření by mělo být nebolestivé nebo alespoň dobře snesitelné. Doba trvání výkonu je cca 15 minut. Pokud nepostačí běžná analgetika podaná do žíly samotným gastroenterologem, je nutné vyšetření provést v analgosedaci za účasti anesteziologa.

To platí primárně i pro nemocné se srůsty v dutině břišní, pro vyšetřované po předchozích operacích pro Crohnovu chorobu a samozřejmě pro pacienty se silnou bolestivou reakcí při koloskopii v minulosti.

Jaký je rozdíl mezi použitím vzduchu a oxidu uhličitého (CO₂) při koloskopii?

Při koloskopii je nutné střevo nafukovat (insuflovat do něj vzduch nebo jiný plyn). Jen tak lze získat uvnitř střeva přehled, přejít bezpečně přes jeho ohyby a přehlédnout sliznici na celém obvodu střeva. Speciálním přístrojem je možné insuflovat čistý CO₂, který má proti vzduchu zásadní výhodu. Ta spočívá v jeho rychlé vstřebatelnosti

střevní sliznicí do krve. Následně dojde k jeho vydýchání plicemi. Vyšetřovaný pacient tedy dokáže již v průběhu a především pak po ukončení vyšetření insuflovaný oxid uhličitý rychleji ze střeva eliminovat, a proto samotné vyšetření lépe snáší a zkracuje se i doba nepříjemného nadmutí břicha po ukončení výkonu. Další alternativou je vodou asistovaná koloskopie.

Jak probíhá gastrokopie?

Endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku se používá při podezření na poškození horní části trávicího ústrojí Crohnovou chorobou. Provádí se tenkým ohebným endoskopem po několikahodinovém lačnění. Před vyšetřením je nutné lokálně znecitlivět hrdlo sprejem s anestetikem a u vybraných úzkostných pacientů eventuelně podat i nitrožilní sedaci. Vyšetření trvá několik minut, probíhá v poloze na levém boku. Při zavádění přístroje vyšetřující stejně jako při kolonoskopii insufluje do jícnu, žaludku i tenkého střeva vzduch tak, aby získal dostatečný přehled a spolehlivě vyšetřil všechny části žaludku i dalších vyšetřovaných oddílů.

V čem spočívá pouchoskopie?

Jedná se o endoskopické vyšetření pouche (čti pauče) u nemocných s ulcerózní kolitidou po odstranění celého tlustého střeva a chirurgickém vytvoření náhradního rezervoáru z konečného úseku tenkého střeva. Pouch pak fakticky nahrazuje původní konečník (rektum) – tzn. posledních cca 15 cm tlustého střeva. Příprava na vyšetření je částečně individuální. Někdy lze pouch dobře vyšetřit bez přípravy, po předchozím spontánním vyprázdnění pacienta. Jindy postačí lokální příprava ve formě malého očistného klysmatu před vyšetřením. Výjimečně je třeba celková očista celého tenkého střeva

větším množstvím očistného roztoku. Je výhodné vyšetření provést tenčím a ohebnějším přístrojem než je běžný kolonoskop. Vyšetření se používá k vyloučení nebo posouzení stupně zánětu či jiných změn v pouchi.

Co to je sigmoideoskopie?

Sigmoideoskopií rozumíme endoskopické vyšetření konečného úseku tlustého střeva, jedná se o cca 50 cm z celkového 1–1,5 m. Příprava na vyšetření spočívá nejčastěji v malém očistném klysmatu v krátké době před vyšetřením. Samotný průběh vyšetření se liší od kolonoskopie jen tím rozdílem, že jej ukončujeme cca ve zmíněných 50 cm od řitního kanálu. Dominantní postavení má tato „krátká kolonoskopie“ u pacientů s ulcerózní kolitidou především k posouzení remise a relapsu choroby či odpovědi na léčbu. U nemocných s Crohnovou chorobou je její použití limitováno na menší skupinu pacientů s postižením konečného úseku tlustého střeva.

Jak se provádí rektoskopie?

Rektoskopie je vyšetření rekta (konečníku). Jedná se o posledních 15 cm tlustého střeva. Laiky je jako konečník často nesprávně označován anální kanál (řít). Ten má zevní ústí viditelné zvenku zrakem a pak 3–4 cm dlouhý anální kanál tvořený svěrači. Při rektoskopii se zavádí endoskop análním kanálem do konečníku, ten se insufluje vzduchem a prohlíží endoskopem. Vyšetření trvá 1–2 minuty. Dnes se již toto vyšetření snad na všech pracovištích provádí tenkým ohebným endoskopem. Jedná se tedy v podstatě o zkrácenou formu sigmoideoskopie, kdy postačí vyšetření rekta. Příprava spočívá v očistě rekta např. glycerinovými čípkami. Používání původních kovových rigidních rektoskopů a provádění vyšetření vleče bylo před několika lety opuštěno.

Jak a kdy se provádí kapslová enteroskopie?

Tato moderní vyšetřovací metoda umožňuje šetrné zobrazení celého tenkého střeva, které má délku 3–5 metrů. Samotná procedura spočívá ve spolknutí malé videokamery se světelným zdrojem ve formě kapsle po několikahodinovém lačnění. Vyšetřovaný má zároveň na břišní stěně nalepeno několik elektrod a na opasku připevněné záznamové zařízení, které díky elektrodám snímá v reálném čase pořizovaný obraz z tenkého střeva. Doba záznamu kolísá v rozmezí 5–8 hodin, podle výdrže baterie v kapsli. Pacient tedy v dopoledních hodinách pozře kapsli, odchází z gastroenterologického pracoviště a v podvečer se vrací odevzdat záznamové zařízení, které od následujícího dne může lékař vyhodnocovat. Doba hodnocení záznamu je minimálně 2 hodiny, což činí metodu pro lékaře časově náročnou. Zásadním omezením metody u nemocných s Crohnovou chorobou je však nutnost předchozího vyloučení těsné stenózy tenkého střeva rentgenologickou metodou. Uvíznutí kapsle v event. těsné stenóze může mít za následek akutní chirurgický zákrok s extrakcí kapsle a odstraněním zúžené části střeva. Pokud se jedná o akutní zánětlivou stenózu, je možné v případě dostupnosti metody tuto uvízlou kapsli extrahovat i endoskopicky tzv. dvoubalónovou enteroskopií.

Co je to CT enterografie?

Velmi zjednodušeně řečeno jde o zobrazení tenkého střeva (po naplnění kontrastní látkou) pod CT přístrojem. Doporučuje se den předem bezezbytková dieta a pití nesycených nápojů. Ráno před vyšetřením je povoleno malé množství čiré tekutiny. Po příchodu na CT pracoviště popijí vyšetřovaný cca 1 hodinu litr a půl kontrastní látky. Po naplnění tenkého střeva kontrastní látkou zhotoví CT přístroj rentgenovým zářením „řezy“ pacientem v různých rovinách. Počítačové zpracování umožní i další analýzu anatomických poměrů na tenkém střevě. Výhodou proti klasické enteroklyze je zobrazení okolních struktur v dutině břišní, vyloučení abscesu atd.

Jaké jsou výhody a nevýhody virtuální kolonoskopie?

Vyšetření tlustého střeva na CT přístroji má u pacientů s chronickým střevním zánětlivým onemocněním velmi omezené využití. Lze jej připustit snad jen při výskytu těsné, pro endoskop neprostupné stenózy tlustého střeva. V takovém případě umožní virtuální kolonoskopie orientační zobrazení oddílů tračníku uložených před zúžením. Příprava na vyšetření se neliší od přípravy střeva na koloskopii, měla by být dokonce důkladnější. Nevýhodou proti koloskopii je nemožnost hodnocení slizničních změn, nemožnost odebrání biopsií na histologické vyšetření a v neposlední řadě také zbytečná zátěž nemocného rentgenovým zářením.

Co označuje „dvojkontrastní irrigografie“?

Tímto názvem se označuje rentgenové vyšetření tlustého střeva. Příprava se opět neliší od přípravy na koloskopii. Samotnou proceduru provádí rentgenolog, plní tlusté střevo sondou zavedenou do konečníku nejprve kontrastní látkou a pak vzduchem. V dnešní době se používá už spíše výjimečně.

Používá se jako diagnostická metoda u IBD pacientů i magnetická rezonance?

Magnetická rezonance se používá u nemocných s Crohnovou chorobou k zobrazení tenkého střeva (MR enterografie) a anatomických poměrů v okolí konečníku při perianálních píštělích (MR malé pánve). Jde o vyšetření přístrojem, který generuje silné magnetické pole a následně dokáže rozlišit různé druhy tkání podle obsahu zmagnetizovaných vodíkových iontů (H⁺). Příslušné řezy pacientem v různých rovinách opět poskytuje počítačové zpracování získaných informací. Hlavní výhodou proti CT enterografii je absence rentgenového záření.

Magnetická rezonance malé pánve je ideální metoda k posouzení anatomického průběhu píštělí v oblasti konečníku a vyloučení abscesů v malé pánvi v mezisvalových prostorech. Nevýžaduje žádnou přípravu pacienta a je zcela neinvazivní.

Jaký má význam histologické vyšetření?

Vyšetření biptických vzorků odebraných při endoskopii jícnu, žaludku, tenkého či tlustého střeva je doménou patologa. Gastroenterologovi poskytne cenné informace především při samotném stanovení diagnózy ulcerózní kolitidy či Crohnovy choroby, důležité je také při vyloučení virové superinfekce v tlustém střevě cytomegalovirovou infekcí (CMV) při špatné odpovědi na podávanou léčbu nebo zhoršení stavu v průběhu léčby. Zásadní význam má také u hodnocení dysplázie, tzn. přednádorových změn u dlouho probíhajícího chronického zánětu tlustého střeva především u nemocných s ulcerózní kolitidou.

Co je to dvojbalónová endoskopie?

Jedná se o vyšetření speciálním endoskopem, na jehož konečné části jsou v krátkém odstupu od sebe umístěny 2 balónky, které se dají v průběhu vyšetření opakovaně nafukovat a vyfukovat. Tím lze podle potřeby přístroj fixovat ke střevní stěně a postupně střevo jakoby nasoukávat na endoskop a procházet přes další a další ohyby střeva. Slouží k vyšetření celého tenkého střeva přes ústa nebo alternativně také k vyšetření konečné části tenkého střeva přes tlusté střevo. V takovém případě je samozřejmě nutná příprava jako na koloskopii. Při vyšetření tenkého střeva orálním přístupem postačí opět celonoční lačnění. V obou případech je potřeba vyšetření provádět za usnutí pacienta a s účastí anesteziologa.

Co je to CEUS?

„Contrast enhanced ultrasonography“ neboli dynamická kontrastní ultrasonografie znamená využití kontrastní látky při ultrazvukovém vyšetření. U nemocných s Crohnovou chorobou s postižením terminálního ilea lze tímto způsobem lépe posoudit aktivitu nemoci a odpověď na podávanou léčbu. Kontrastní látka se podává nitrožilně. Jedná se o „mikrobuliny“ vzduchu, které se po dopadu ultrazvukového vlnění stlačují a rozpínají, a tím vydávají silný sonografický signál. Jde tedy o zobrazení mikrocirkulace ve vyšetřované oblasti. A právě ta úzce souvisí se stupněm aktivity zánětu ve střevní stěně. Rozšíření této metody do běžné klinické praxe závisí na přístupu zdravotních pojišťoven ke gastroenterologickým a rentgenologickým pracovištím při schvalování úhrady ceny kontrastní látky nad rámec běžného ultrazvukového vyšetření.



PROBIOTIKA A POTRAVINOVÉ DOPLŇKY V LÉČBĚ IBD

Garant: MUDr. Miroslava Adamcová

Jak se má pacient s IBD orientovat v široké nabídce probiotik? V čem je jeho situace při výběru odlišná od zdravých lidí?

Nabídka probiotik na našem trhu je opravdu široká, ať už ve formě potravinových doplňků nebo tzv. funkčních potravin. Každý, kdo se rozhodne pro konzumaci probiotika, by se měl u zvoleného preparátu řídit tím, zda výrobce deklaruje množství živých probiotických kmenů nejen v době výroby, ale i v cílové fázi, tedy ve střevě, kdy už probiotický kmen překoná přirozeně kyselé prostředí žaludku, které řadu kmenů fyziologicky ničí. Dále by na produktu mělo být uvedeno, jaká je přilnavost kmenů ke střevní sliznici, jak je stabilita výrobku zajištěna, jaký nosič se používá k zajištění životnosti kmenů, jak zajistit stabilitu výrobku – vlhkost, teplota při skladování atd. Dále by měl výrobce doložit závěry klinických studií, které funkčnost a účinnost daného preparátu ověřily. Zjistíte, že se váš výběr dost omezí, jen když budete všechna zmíněná data hledat. Pro pacienty s IBD je navíc situace specifická jejich aktuálním onemocněním, kdy při častých průjmech dochází k urychlení střevní pasáže, snížení přilnavosti kmenů ke sliznici, porušení mikrobiální flóry zánětlivým procesem ve sliznici, zvýšenou propustností střevní sliznice. Klinické studie zatím ověřily u pacientů s IBD účinnost preparátů VSL #3 a Mutafloru. Mutaflor obsahuje vyselektovaný kmen *Escherichia coli* Nissle 1917, který ve studiích prokázal účinnost v udržení remise ulcerózní kolitidy a u pacientů se špatnou tolerancí aminosalicylátů se v této indikaci doporučuje. VSL #3 ve studiích prokázal účinnost u pacientů po resekci tlustého střeva, a to jako preparát, který snižuje riziko recidivující pouchitidy. Dalším využívaným probiotikem je nepatogenní kvasinka *Sacharomyces boulardii*, u které byl popsán příznivý efekt kombinované léčby s mesalazinem v udržovací terapii pacientů s Crohnovou nemocí. Předpokládá se, že tato kvasinka může snižovat patologicky zvýšenou propustnost střevní stěny.

Je lepší užívat jeden probiotický přípravek nebo je střídat, popř. kombinovat?

Záleží spíše na vybraném typu probiotika a důvodu pro jeho použití. V našem střevě žije mnoho probiotických kmenů, proto není vhodné zaměřit se jen na jeden typ probiotické bakterie, pokud pro tento výběr není jednoznačný důvod. Pokud bych si vybírala jako zdravý člověk probiotikum k dlouhodobému užívání, pak bych volila preparát s více kmeny v dostatečném zastoupení. Vyberete-li si preparát s jedním typem bakterií, pak ho můžete po cca měsíci prostřídat. Životnost kmenů ve střevě je většinou cca 3–4 týdny. Samozřejmě se doplňují i s kmeny z funkčních potravin – kvašené mléčné výrobky s probiotickou kulturou. Pokud užíváte cíleně probiotika jako již zmíněné VSL #3 a Mutaflor a byly vám doporučeny jako součást léčby, pak je bez domluvy s lékařem neměňte ani nevysazujte.

Jaký je rozdíl mezi probiotiky a prebiotiky?

Probiotikem je označován živý bakteriální mikroorganismus převážně lidského původu, který má pozitivní vliv na bakteriální mikrofloru konzumenta. Jako prebiotika jsou označovány oligosacharidy (ve vodě rozpustná vláknina), pro živočišný organismus nevstřebatelné, které působí jako zdroj energie pro bakteriální flóru střeva, a pozitivně tak působí na její přirozený rozvoj.

Co je to inulin?

Inulin je oligosacharid a je považován za nejvýznamnější přirozené prebiotikum. U některých rostlin nahrazuje škrob jako zásobní látku. Je to jemný bílý prášek, pro živočišný organismus nevstřebatelný. Je ve vodě rozpustný, tedy prochází nezměněný tenkým střevem

a v tlustém střevě slouží jako zdroj energie pro bakteriální mikroorganismy. Má tedy pozitivní efekt na přirozenou bakteriální flóru tlustého střeva. Zdrojem inulinu je čekanka, topinambur, cibuloviny (pórek, cibule, česnek) a artyčoky. V potravinářství se získává právě z čekanky a topinamburu a nejčastěji ve formě sirupu se přidává do některých potravin – např. mléčných výrobků (jogurtů), nealkoholických nápojů a marmelád. Má přirozeně sladkou chuť, ale neovlivňuje hladinu cukru v krvi.

Kolik miliard bakterií v 1 tabletě by minimálně měl obsahovat kvalitní probiotický přípravek?

Obecně lze říci, že optimální doporučená denní dávka je 10–20 miliard bakterií pro dospělého a 5–10 miliard pro dítě. Zodpovědní výrobci probiotik dbají na ochranu životaschopnosti bakterií ve výrobku, tzn. deklarují stabilitu vlhkosti, tepla, živné půdy atd.

Proč se některá probiotika mají uchovávat v lednici a jiná ne?

V podstatě to vyplývá z definice probiotik. Jako probiotika se označují živé bakteriální kmeny, které bývají náchylné na podmínky přežití a vyžadují pro svoji stabilitu dobrý energetický nosič neboli živnou půdu a stálou teplotu. Nižší teplota zpomaluje metabolismus a prodlužuje i dobu přežití bakteriálních kmenů. Některé nosiče zajistí stabilitu kmenu i při pokojové teplotě a není tedy třeba preparáty uchovávat v lednici. Jejich životnost však bývá kratší.

Když budu denně jíst jeden jogurt, je to stejné, jako bych užíval nějaké probiotikum?

Nerada bych znehodnotila pozitivní přínos přirozeně kvašených jogurtů, ale stejné to většinou není. U jogurtů se totiž většinou nedohledáte množství jednotlivých kmenů, jsou zde sice normy, ale na obalu to uvedené není, navíc jogurty s nižším obsahem tuku by nikdy nebyly krémové konzistence, musí se dohušťovat (želatinou, škrobem...). Používají se někdy i různá aditiva zajišťující krásnou bílou barvu atd. Pokud si vyberete jogurt vyráběný z plnotučného mléka kvašením, pak se opravdu jedná o funkční potravinu s pozitivním efektem, ale ani tam většinou nemáte výrobcem deklarované množství bakterií v jogurtové kultuře přímo na obalu výrobku. Hodně záleží i na uchovávání potraviny i cestou od výrobce ke spotřebiteli, dodržení doporučené teploty skladování atd. Většina jogurtů navíc obsahuje pouze kmeny *Lactobacilů*.

Je lepší preventivní užívání doplňků stravy (popř. kterých) nebo doplnění vitamínů a minerálů až na základě prokázaného deficitu?

V tomto případě je nutné otázku rozdělit. Jsou některé vitamíny, které můžete užívat preventivně, např. v chladných měsících roku, kdy je vyšší riziko nákazy respiračními infekty, a vitamíny, které byste měli doplňovat po konzultaci se svým lékařem na základě zjištěného nedostatku. Stejně to platí i o minerálech. Jejich nedostatek může mít negativní vlivy na lidský organismus stejně jako jejich předávkování. Obecně lze říct, že opatrně je třeba zacházet s vitamíny rozpustnými v tucích (A, D, E, K), kde je možné riziko předávkování, a u minerálů jako je sodík, draslík, vápník, magnesium, kde je nebezpečný jak jejich nedostatek, tak jejich vysoké hladiny v organismu. O jejich užívání byste se měli vždy poradit s ošetřujícím lékařem.

Je domácí jogurt vyrobený ze sušené jogurtové kultury kvalitou lepší nebo horší než kupovaný?

Otázkou je spíše, co myslíte kupovaným jogurtem. Ne všechny výrobky na našem trhu označované jako jogurt vznikají skutečně přirozeným kvašením. Řada z nich je pouze mléko zahuštěné např. želatinou nebo škrobem a teprve dodatečně obohacené o jogurtovou kulturu. Je důležité vybírat pečlivě v nabídce mléčných výrobků a hledat jen ty jogurty, které se vyrábí skutečně přirozeným kvašením. Z hlediska probiotických kmenů u přirozeně kvašených jogurtů pak asi není rozdíl mezi domácím a kupovaným výrobkem. Domácí příprava je ale náročná na hygienické podmínky a je zde riziko kontaminace i některými patogenními kmeny bakterií. A záleží i na použité probiotické kultuře, směsi probiotik a jejich množství. V kupovaných jogurtech, i těch přírodně kvašených, se podle daných norem někdy probiotická živá kultura i dodává až do hotového výrobku, protože běžným postupem není její množství dostatečné.

Jak je to ve skutečnosti s glorifikací vitamínu C – a mohou jeho vysoké dávky škodit?

Vitamín C neboli kyselina askorbová je v lidském organismu nezbytná pro metabolismus aminokyselin a potažmo i pro tvorbu kolagenu. Její nedostatek vede k vyšší fragilitě cévní stěny, zvýšené krvácivosti, ústupu dásní, krvácení do kloubů, snížené obranyschopnosti organismu – tedy ve vystupňované formě (avitaminóze) k onemocnění známému jako kurděje. Doporučená denní dávka pro dospělé je 75 mg. Přirozeným zdrojem vitamínu je ovoce (citrusy, rybíz) a zelenina. Dříve se u některých pacientů doporučovaly vysoké dávky vitamínu C. Studie však jejich efekt neprokázaly, naopak po vysazení těchto megadávek se u některých pacientů objevil i tzv. paradoxní deficit vitamínu C – tedy příznaky jeho nedostatku i při normálních hladinách vitamínu C v organismu.

Jaký je skutečný přínos užívání kyseliny listové?

Kyselina listová je nezbytná pro správnou tvorbu červených krvinek. Při jejím nedostatku vzniká tzv. megaloblastická anemie, kdy červené krvinky jsou objemné, nepravidelného tvaru a jejich schopnost vázat a transportovat kyslík je výrazně snížena. Specifickou roli pak hraje u žen v době těhotenství pro správný vývoj plodu. Přírodním zdrojem kyseliny listové je nejčastěji listová zelenina (salát, brokolice, špenát, růžičková kapusta apod.), dalším zdrojem mohou být kvasnice nebo játra. Patří do skupiny vitamínů B, které jsou rozpustné ve vodě, a není tedy ani ve velkém množství toxická pro organismus, protože její případný nadbytek se vylučuje močí. Nedostatek se může objevit u pacientů s chronickými průjmy, kde je urychlená pasáž střevní, a snižuje se tak vstřebávání ve střevě, u pacientů na bezezbytkové dietě, u pacientů po větší resekci střevní atd.

Je pravda, že člověk má ve střevech až 1,5 kg bakterií?

Ano, je to pravda. Zažívací trakt lidského plodu je sterilní, první osídlení zažívacího traktu probíhá již v době fyziologického porodu a v prvních dnech po porodu. Osídlené střevo má fyziologický novorozenec během prvních dnů života a bakterie s člověkem, nadneseně řečeno, v symbióze prožívají celý jeho život. Významný vliv na bakteriální osídlení střeva má mateřské mléko, které obsahuje především vysoké množství prebiotických oligosacharidů. Ty zatím neumíme zcela nahradit v umělém mléce. V prvním roce života dítěte převažují většinou ve střevě Lactobacily, až po ukončení kojení se usídlují další probiotické kmeny a mezi druhým a třetím rokem věku dochází k formování flory „dospělého typu“. Výsledné osídlení střeva je pro každého člověka velmi individuální a u zdravého jedince se v průběhu života příliš nemění. Dlouho se předpokládalo, že bakteriální osídlení střeva u malých kojenců a batolat má především vliv na množství sekrečních imunoglobulinů IgA, ale poslední výzkumy ukazují, že efekt

bakterií sídlících ve střevě je na vyšší úrovni imunologického procesu. A to přímo v ovlivnění regulace imunologických dějů a případnou přiměřenou či nepřiměřenou reakci organismu na cizorodé látky. Z těchto výzkumů vyplývá, že správné bakteriální osídlení v prvních měsících a letech života se neprojeví většinou bezprostředně, ale má u některých jedinců vliv až v pozdějším věku právě na vývoj alergií, případně autoimunitních procesů.





IBD A STOMIE

Garant: Ing. Marie Ředinová

Co je to stomie? Proč se vývodu říká stomie?

Stoma je řecké slovo, znamená ústa, ale i otvor. Stomio je řecky vyústění. Odborně se tedy říká umělému vývodu stomie.

Stomie je umělé vyústění dutého orgánu na povrch těla. Podle místa vyústění rozlišujeme

- tracheostomii – dýchání
- gastrostomii – vývod z žaludku (v případě, že člověk nemůže přijímat potravu; zkušenosti s touto stomií popsal Richard Pachman v knihách Jak chutná bolest a Jak chutná život)
- ileostomii – vývod z tenkého střeva
- kolostomii – vývod z tlustého střeva
- urostomii – vývod moči (zprav. při nádorech či úrazech močového měchýře)
- nefrostomii – vývod moči přímo z ledviny

Podrobněji se o všech typech stomií dočtete v knize MUDr. Jaroslava Lúčana *Stomie a stomici*, která vloni vyšla na Slovensku.

Kdo je stomik?

Podle definice Rady odborníků SLOVILCO je stomik zdravotně postižený člověk, který má dočasně nebo trvale vyvedeno tlusté střevo, tenké střevo nebo močové cesty na povrch těla, čímž dochází ke změně základních fyziologických funkcí, k neovladatelnému vyprazdňování střevního obsahu nebo moči nepřirozenou cestou s nutností používání stomických pomůcek.

Jaké mohou být důvody k vytvoření stomie?

Asi u poloviny stomiků je primárním důvodem založení vývodu nádorové onemocnění střev nebo konečníku, asi u 20 % jsou to zánětlivá onemocnění střev (IBD), u 20 % komplikace při jiných operacích břicha (z nejrůznějších onemocnění nebo zdravotních problémů), 10 % pacientů má vývod z močových cest. Stomie bývá v některých případech dočasným řešením u IBD chorob po tu dobu, než se postižené střevo zahojí, poté je zanořena.

Pokud máte zájem o bližší statistiky týkající se stomií, můžete se obrátit na Informační a poradenské centrum pro stomiky a lidi s onemocněním střev, adresa Informačního centra je Praha 2, Polská 15 nebo navštívit stránky www.ILCO.cz.

Je třeba se stomie bát?

Stomie by neměla být strašákem, naopak je třeba, aby pacient věděl, že to může být na čas či natrvalo dobrým nebo i jediným možným řešením jeho zdravotních problémů. O vývodech panuje mnoho mýtů ještě z dob, kdy nebyly k dispozici kvalitní diskrétní stomické pomůcky, se kterými se člověk může vrátit do zaměstnání, může sportovat, jít do divadla, prostě může žít plnohodnotným životem. Pokud stomii z přehnaně velkých obav, které pramení z nedostatku informací o životě se stomií, pacient příliš dlouho odmítá, může to jeho zdraví opravdu uškodit.

Ve sdruženích stomiků po celé republice nebo v Informačním a poradenském centru pro stomiky a lidi s onemocněním střev si můžete povídat s lidmi, kteří život se stomií zvládli.

Mohu si sám zvolit, jaké stomické pomůcky budu používat?

Každý stomik má právo na svobodný výběr stomické pomůcky. Všechny základní pomůcky jsou plně hrazeny zdravotními pojišťovnami. V současné době jsou na našem trhu výrobky osmi stomických firem. Firmy pacientům na požádání zašlou vzorky pomůcek k vyzkoušení. Tak může stomik posoudit, která pomůcka mu lépe vyhovuje dříve, než si nechá předepsat zákonem povolený limit.

Kdo předepíše stomické pomůcky?

Ve většině nemocnic funguje stomická poradna, ve které stomická sestra poradí pacientovi s výběrem vhodné stomické pomůcky a naučí ho ji používat. Následnou preskripci pomůcek může kromě stomické poradny zajišťovat i praktický lékař, chirurg, internista, urolog a hematolog.

Stomické poradny v nemocnicích mají v poslední době tendenci pacienty se stomií hned po propuštění z nemocnice převádět k praktickým lékařům. Ti pacientovi vyplňují poukazy na stomické pomůcky, které si stomik následně buď vyzvedne v prodejně zdravotnických potřeb, v lékárně, nebo nechá poslat přímo od stomické firmy. Bohužel praktičtí lékaři nemají a ani nemohou mít dostatek informací o stomických pomůckách a ošetřujícím materiálu, který je dnes v ČR k dispozici. Tyto informace poskytují pacientovi právě stomické poradny při nemocnicích. České ILCO se soustavně snaží spolu s odbornými společnostmi zajistit dostatečnou síť stomaporaden, neboť se domnívá, že stomické pomůcky by měli předepisovat především specializovaní lékaři či stomasestry v těchto poradnách.

Kolik průměrně stojí pojišťovnu stomické pomůcky pro pacienta na jeden měsíc?

Každý pacient potřebuje mít dobře zvolenou pomůcku, která vyhovuje právě jeho stomii a musí ji umět správně používat. Pokud tomu tak není, dochází k navyšování spotřeby pomůcek, což může znamenat velký problém. Neexistuje žádná univerzální pomůcka pro všechny, každý stomik má individuální potřeby a odlišný životní styl. Proto je třeba, aby na trhu byl dostatečný výběr různých typů pomůcek. Od 1. 4. 2012 jsou nově v příloze 3, oddíl C, zákona č. 48/1997 Sb., finanční limity stomických pomůcek. Zároveň jsou nastaveny početní limity spotřeby pomůcek podle jednotlivých typů stomií. Je velmi nesnadné stanovit, kolik průměrně stojí pojišťovnu stomické pomůcky pro pacienta na jeden měsíc. Může to být 5 000,– Kč, ale také víc než 9 000,– Kč. Je však nutno připomenout, že stomické pomůcky jsou i v současné době plně hrazené všemi pojišťovnami.

Kde mohu konzultovat případné problémy se stomií?

Pacient má možnost konzultovat problémy se zkušenými stoma-sestrami – specialistkami ve stomických poradnách při chirurgických odděleních většiny nemocnic.

Další možností jsou bezplatné linky výrobců pomůcek, kde pracují školení zaměstnanci, kteří umějí poradit a pomohou vyřešit řadu běžných problémů.

Zejména ze začátku je ošetřování stomie náročné. Pacient může být oslaben nemocí, není tak pozorný jako jindy. Při ošetřování stomie se každá sebemenší chyba nevyplatí. Pomůcka nedrží, podtéká, což může vést k bolestivým komplikacím. Pokud pacient nevyjde se zákonem předepsaným limitem, může být nesprávný postup i dosti drahý, neboť potřebné pomůcky je třeba dokoupit.

Dobré rady mohou dát novým stomikům i dobrovolníci ILCO, což jsou pacienti, kteří žijí bez problémů se stomií již delší dobu. Kontakty na ně najdete ve všech dvaceti sdruženích stomiků (viz www.ILCO.cz).

Je nutné dodržovat dietu při stomii?

Po operaci střev je třeba dodržovat bezezbytkovou dietu alespoň po dobu 3–6 měsíců. Po čase postupně můžete zařazovat do jídelníčku ovoce, zeleninu a další potraviny. Pozor na slupky, oříšky, sušené ovoce – mohou způsobit blokádu operovaných střev. Pozor na nadýmavá jídla. Nezapomeňte na dostatek vhodných nápojů. Nápoje bez bublinek jsou nejvhodnější. Univerzální rada, co stomik může a nesmí jíst, neexistuje, neboť každý pacient snáší stejnou potravinu jinak. Je třeba si postupně v malých množstvích vyzkoušet, co stomikovi vyhovuje a co ne. Obecně platí, že při zánětlivých onemocněních střev jsou vždy nejvhodnější čerstvě uvažené pokrmy, nikoli ohřívané.

Pro podrobnější informace doporučujeme knihu **Dieta u pacientů se střevními vývody** a po operaci střev, autoři: Tomáš Skříčka, Pavel Kohout, Marieta Balíková. Tuto publikaci považuje České ILCO za mimořádně zdařilou.

Mohu se se stomií koupat?

S vhodně zvolenou stomickou pomůckou se pacient může bez obav koupat jak v bazénech, tak v moři nebo v lázních. Kontraindikací pro lázeňskou léčbu dnes již není ani jeden typ břišních stomií.

Jak často je nutné stomii ošetřovat?

Jednoduchá odpověď: vždy, když je třeba. Záleží na typu stomie a na tom, jak funguje.

Ani u kolostomie, tedy vývodu z tlustého střeva, není situace stejná. Stolice by měla být zahuštěná a sáček by se měl vyměňovat jednou nebo dvakrát denně, ale záleží na délce střeva, složení stravy, psychické pohodě.

Ileostomie, zejména brzo po operaci, produkuje velké množství odpadu. Ileostomici proto používají vypouštěcí sáčky a vypouštějí obsah až 8–15× za den. Po krátké době si střevo zvykne a množství se sníží (cca 4–6× za den).

Pokud se mění podložka u dvoudílného systému nebo sáček s lepicí plochou u jednodílného systému, je třeba vždy velmi pečlivě očistit pokožku, nejlépe osprchovat, omýt mýdlem, osušit, v případě potřeby ošetřit ochrannými prostředky, a na zcela suchý povrch nalepit podložku. Spěch a nepozornost se opravdu nevyplácí.

Zkušený stomik je schopen během dne ošetřit stomii i mimo koupelnu, ale rozhodně doporučuji jednou denně vysprchovat okolí stomie.



PSYCHOSOMATIKA A IBD

Garant: MUDr. Ondřej Masner
Sdružení pro psychosomatiku, SPPS

Co je to psychosomatika?

Psychosomatika je jistý úhel pohledu na člověka ve zdraví a v nemoci. Vychází z komplexního bio-psycho-sociálního pochopení, kde každá z těchto tří složek má stejnou důležitost při vzniku nebo trvání jakéhokoliv onemocnění. Psychosomaticky orientovaný a vyškolený lékař nebo psycholog se proto vždy bude zajímat i o další okolnosti stonání pacienta, ať už je to jeho osobní historie nebo třeba i pracovní prostředí. Cílem psychosomatického šetření je pak vyhodnotit vliv a důležitost jednotlivých faktorů (právě biologických, psychologických a sociálních), získat náhled na jejich vzájemné propojení a z toho odvodit možné důsledky pro terapii pacienta.

Je odborník na psychosomatiku vystudovaný lékař?

Ve světě (například v Německu) existuje lékařská atestace z psychosomatické a psychoterapeutické medicíny. V tomto případě je odborníkem na psychosomatiku lékař. U nás v ČR podobná atestace ještě neexistuje, ovšem máme již osvědčení o psychosomatickém vzdělání, které vydává IPVZ (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví). Podmínkou pro toto osvědčení je vedle ukončeného lékařského vzdělání i absolvovaný psychoterapeutický výcvik. V současné době jsou u nás odborníci na psychosomatiku jak lékaři, tak psychologové, velmi často pracují i společně. Takže odborníkem na psychosomatiku může být vystudovaný lékař s psychoterapeutickým vzděláním, anebo vystudovaný psycholog s obdobným psychoterapeutickým výcvikem.

Je hrazeno psychosomatické vyšetření ze zdravotního pojištění?

Aktuálně neexistuje v našem zdravotnictví kód pro psychosomatické vyšetření.

Jsou idiopatické střevní záněty psychosomatická onemocnění?

Tato otázka není položena správně. V dnešní době již nerozlišujeme onemocnění na psychosomatická a čistě tělesná. Ve všech nemocích hrají, vedle těch biologických, vždy roli i psychické a sociální faktory. Toto pojetí bylo mimochodem uznáno již před více než 30 lety Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Otázkou je pouze, do jaké míry jsou tyto faktory důležité. To je vždy individuálně odlišné, na tuto otázku nelze odpovědět paušálně. Z dlouholetých zkušeností psychosomatických odborníků lze ale říci, že idiopatické střevní záněty patří do skupiny s častějším výskytem závažných psychosomatických souvislostí. Tak třeba známý psychosomatik prof. Franz Alexander uváděl v padesátých letech minulého století ulcerózní kolitidu mezi sedmi klasickými psychosomatickými onemocněními.

Co je to somato-psychické onemocnění?

Somato-psychické onemocnění znamená, že prvotní potíže byly somatického, tedy tělesného rázu, a pak způsobily pacientovi potíže duševní. Tato definice ale vychází z již poněkud zastaralého a spíše statického pochopení příčiny onemocnění. Dnes se nám toto dělení již nejeví jako tak podstatné, protože vycházíme z toho, že propojení mezi tělem a duševními pochody je věc velmi dynamická, tedy proměnná. Tělo a duše jsou v neustálé výměně a záleží jen na tom, do jaké míry tento dialog ovlivňuje aktuální onemocnění. Příkladem převážně somato-psychického onemocnění by mohl být depresivní stav po těžké cévní příhodě s následným ochrnutím.

Jak ovlivňuje IBD onemocnění stres?

Stres může ovlivnit IBD různým způsobem. Krátkodobý stres může vést nejen ke zhoršení projevů, ale také někdy ke krátkodobému zlepšení. Dlouhodobý psychický stres ale bude prakticky vždy působit zhoršený průběh onemocnění. To je opakovaná zkušenost pacientů s idiopatickým zánětem střev, dobře známá kolegům gastroenterologům. Otázkou ale zůstává, jak úzce je u konkrétního pacienta onemocnění propojené s psychickým stresem (jedná se zde o proměnlivý a individuální parametr). Neméně důležité je klást si otázku, co to vlastně stres je. Velmi často totiž vidáme pacienty, u kterých nehraje klíčovou úlohu při jejich onemocnění akutní stresová situace, již každý jako stres vnímá (třeba povodeň, náhlá ztráta zaměstnání), nýbrž chronický stresující vliv okolností, na něž si dotyčný zdánlivě už zvykl a za stres jej nepokládá (chronické partnerské neshody, napětí na pracovišti a jiné).

Jaké metody využívá při léčbě psychosomatik?

Metody používané psychosomaticky orientovaným zdravotníkem se mohou značně různit. Třeba už jenom dle zaměření jeho psychoterapeutického vzdělání (existuje více různých škol). Každopádně ale by jeho metody vždy měly obsahovat důkladnou psycho-sociální anamnézu, t. j. komplexní zjištění všech okolností, které mohou s onemocněním souviset. To je výchozí bod, od kterého se, bude-li lékař/psycholog o vlivu psycho-sociálních faktů na nemoc přesvědčen, odrazí k terapii dle svého zaměření.

Jaký je rozdíl mezi psychosomatickým přístupem a přístupem tradiční medicíny?

Těch rozdílů je mnoho. V kostce lze říct, že psychosomatický přístup se zajímá o pacienta jako celek. Nesoustředí se jen na nemocný orgán, ale chce toho vědět o pacientovi daleko více: Co si sám o onemocnění myslí? Z čeho má v této souvislosti obavy? Jak vypadal jeho život, jeho práce a vztahy v okamžiku propuknutí nemoci? Tím se nám podaří dát aktuální zdravotní potíže do širších souvislostí.

Dále nahlížíme na pacienta jako na subjekt, který má být v léčbě aktivním partnerem. Snažíme se ho aktivně zapojit tam, kde to je možné, k tomu patří také plná informovanost pacienta. V tradičním přístupu se pacient nachází spíše v pozici objektu (někdy z dobrých důvodů), který přijímá vybranou péči a léčbu pasivněji.

Jaká onemocnění jsou psychosomatického původu?

Takovým způsobem již neuvažujeme. Snažíme se nedělit na nemoci, které mají psychosomatický původ a na ty ostatní, čistě somatické. Vždy vycházíme z multikauzální etiologie, to znamená, že příčin onemocnění je vždy vícero: organická příčina, genetická, psychologická, infekční, sociální a další. Tou hlavní otázkou je, jak velký je podíl té psycho-sociální složky. Tam, kde je významný, se vyplatí léčbu podpořit psychosomaticky orientovanou terapií.

Může být psychika spouštěcím bodem IBD onemocnění?

Opět poukazuji na výše popsanou teorii multikauzální etiologie – příčin je vždycky více. Je ale dobře možné, že psychika může sehrát při spouštění onemocnění IBD významnou nebo i rozhodující roli.

Jaký je postup léčby u psychosomatika?

Obecně platí, že první fáze psychosomatického vyšetření zahrnuje prozkoumání širších psychických a sociálních souvislostí onemocnění. Zajímáme se tedy nejen o přesnou anamnézu současných potíží, ale i o další oblasti pacientova života. Jistě k tomu budou patřit třeba oblasti jako rodina a práce pacienta, jeho předešlá onemocnění, jeho subjektivní starosti a obavy. Usoudí-li psychosomatik, že zkoumané souvislosti mají významný podíl na vzniku nebo udržení onemocnění, pak následuje vlastní terapie. Tou může být jednodušší a kratší edukace o psychosomatických souvislostech nebo podrobnější terapie v podobě psychoterapie.

Mají sociální faktory vliv na průběh onemocnění?

Ano, z mnohočetných zkušeností a i z vědeckých studií víme, že sociální faktory mohou mít značný vliv na průběh IBD onemocnění. Tak třeba může být významné, jak na onemocnění reaguje nejbližší rodina, jak potíže třeba ohrožují, nebo ovlivňují pracovní schopnost pacienta. U mladých pacientů může být patrný třeba vliv na výběr životního partnera nebo založení rodiny vůbec. To jsou všechno důležité faktory ze sociální oblasti.

Je psychosomatika přednášena v rámci studia medicíny?

V posledních letech se na medicínských fakultách začínají objevovat jednotlivé přednášky o psychosomatické medicíně nebo psychosomatickém přístupu. Nejedná se zatím ale bohužel o nějakým způsobem ucelený a jasně strukturovaný systém výuky, nýbrž spíše o jednotlivé přednášky nebo kurzy v příbuzných předmětech jako etika, psychoterapie apod. Žádoucí by jistě bylo, aby psychosomatika

tvořila integrovanou součást preklinické i klinické části medicínského studia. Tak je tomu třeba v Německu.

Jaké postavení by měla mít psychosomatická léčba v rámci léčby IBD onemocnění?

Z našeho pohledu by bylo velmi žádoucí, aby byl psychosomaticky orientovaný zdravotník přibrán hned od začátku. Měl by být součástí týmu a měl by mít stejné postavení jako třeba chirurg, imunolog nebo internista. Musíme si uvědomit, že vzhledem k jejich závažnosti a potencionálně těžkému průběhu si idiopatická zánětlivá onemocnění vyžadují od začátku týmový přístup. To znamená, že se hned od začátku o pacienta starají zdravotníci relevantních odborností, a k tomu vedou mezi sebou komunikaci. Možná se někomu bude zdát, že takový způsob komplexní léčby je moc nákladný, ale vzhledem k možnému přínosu pro pacienta jsem přesvědčený, že to je právě klíč k tomu, aby se celkově péče o IBD pacienta posunula výrazným způsobem dál.

Existují nějaká cvičení psychiky při léčbě IBD (pro zvládnutí bolesti, opakující se relaps onemocnění)?

Obecně platná doporučení nelze dávat. I zde je potřeba vycházet z individuálního případu. Někomu může prospět autogenní trénink k zmírnění vnitřního napětí, někomu jinému může pomoci třeba zase kurz asertivního tréninku, aby se naučil chránit vlastní hranice a zájmy.

Existuje vzájemná spolupráce mezi psychosomatiky a gastroenterology?

Sporadická a nesystematická spolupráce jistě existuje. Mnoho gastroenterologických kolegů dobře vnímá propojenost chronických střevních potíží s psychikou. Můžou si časem najít psychologa, nebo psychiatra, s kterým spolupracují. Potíž je v tom, že při tomto postupu je přeposílání pacienta daleko obtížnější: pacient se může cítit zraněný tím, že si jeho lékař o něm myslí, že je psychicky abnormální, nebo že se ho chce zbavit. Pak pacient pochopitelně reaguje negativně a vztah mezi lékařem a pacientem se zhorší. Myslím, že právě tomu by se dalo předejít výše zmíněným týmovým přístupem, kdy se psychosomatik zapojí do diagnostiky, popřípadě léčby automaticky.

Měl by být gastroenterolog informován o tom, že IBD pacient navštěvuje psychosomatika?

Samozřejmě ano. Jediná smysluplná cesta, která vede k tomu, o co usilujeme, totiž ke zlepšení zdravotního stavu pacientů s IBD, vede přes spolupráci. Je potřeba integrovat biologický pohled s tím psychosociálním na úrovni lékařů tak, jak tomu je na úrovni tělesné. V těle pacienta přece probíhá tělesné, tedy somatické onemocnění, které je ovlivňováno psychikou a sociálními faktory. Tomu pak musí odpovídat podobné propojení mezi odbornostmi.

Jaký by měl mít pacient přístup k psychosomatické léčbě, aby byla úspěšná?

Psychosomatická léčba může být pro pacienta prospěšná tam, kde psychosociální souvislosti mají na onemocnění výrazný vliv. Zjistit, jestli tomu tak je nebo není, může právě nejvhodněji psychosomatik, který v sobě propojuje oba póly, o které tu jde (ten biologický/somatický a ten psychosociální). A velmi důležité je, aby měl pacient otevřený přístup k psychosomatice. Nejedná se totiž o žádné podezřelé „čachry“. Je to obyčejná a poctivá práce, kde zkoumáme pacienta zrovna tak pečlivě a zodpovědně, jako to dělá internista nebo chirurg. Rozdíl je akorát v tom, že my se zabýváme věcmi, které se nedají zobrazit nebo jakkoliv jinak objektivizovat. To jim ale nebrání v tom, aby reálně existovaly a mocně zasahovaly do našeho života nebo zdraví.



SOCIÁLNÍ A PRÁVNÍ ASPEKTY IBD

Garant: JUDr. Michal Sýkora

Co je lege artis?

Dne 1. dubna 2012 nabyl účinnosti zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), který nahradil zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Zrušený zákon konstatoval, že zdravotní péče se poskytuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.

Podle účinného zákona pojem lege artis znamená, že **pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni**, přičemž náležitou odbornou úroveň se podle zákona o zdravotních službách rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti. Formulace „objektivní možnosti“ navazuje na rozhodnutí Ústavního soudu České republiky, podle něhož je systém veřejného pojištění limitován objemem finančních prostředků na úhradu zdravotní péče získaným z vybraného pojistného; tímto ustanovením má být zamezeno dopadům event. extenzivního výkladu tohoto pojmu, který by potom umožňoval vyžadovat i takové medicínské postupy, jež aktuálně nejsou v podmínkách tuzemského zdravotnictví např. finančně dostupné.

Kde se lze dozvědět, jaké léky jsou pojišťovnou hrazeny plně a jaké částečně?

Státní ústav pro kontrolu léčiv je podle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, povinen zveřejňovat seznam léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění na elektronické úřední desce (<http://www.sukl.cz/sukl/prehledy-cen-a-uhrad-leciv>), a to vždy k 1. dni kalendářního měsíce. V seznamu je uveden úplný výčet léčivých přípravků hrazených z veřejného zdravotního pojištění

a potravin pro zvláštní lékařské účely, včetně jejich maximálních či výrobcem ohlášených cen, výše a podmínek úhrady (včetně jejich nejvyšší možné úhrady pro konečného spotřebitele spolu s výší doplatku do započitatelného limitu).

Uživatelsky přívětivější rozhraní lze nalézt i na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky:
<http://www.mzcr.cz/Leky.aspx>

Jaká jsou pravidla pro informovaný souhlas?

Podle zákona o zdravotních službách lze zdravotní služby **pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným** (vykonaným bez jakéhokoliv nátlaku) **a informovaným souhlasem**, nestanoví-li tento zákon jinak (jedná se např. o situace, kdy je nutno poskytnout neodkladnou péči nebo kdy zdravotní stav nedovoluje vyjádřit souhlas, apod.). Dále je třeba umožnit pacientovi, případně osobě určené pacientem, **klást doplňující otázky** vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám, které musí být srozumitelně zodpovězeny.

K tomu, aby souhlas pacienta byl informovaný, je třeba, aby byl pacient srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informován zejména o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách. Informace o zdravotním stavu obsahuje údaje o příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji, účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů, jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta, další potřebné léčbě, omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu a určit osoby, které mohou získat informace o zdravotním stavu pacienta.

Písemná forma souhlasu se vyžaduje, pokud tak stanoví jiný právní předpis – např. transplantční zákon – nebo pokud tak s ohledem na charakter poskytovaných zdravotních služeb určí poskytovatel. **Souhlas s hospitalizací musí být vždy v písemné formě.** Pacient má právo požádat o poskytnutí kopie písemné formy souhlasu, dále je pacient oprávněn svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb odvolat. Odvolání souhlasu však není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta.

Existují tedy případy, kdy není požadován písemný informovaný souhlas a postačuje ústní souhlas nebo konkludentní (zejména u jednoduchých úkonů, např. nastavení ruky při odběru krve).

Jaká jsou pravidla pro informování příbuzných pacientů?

Pacient je při přijetí do péče **oprávněn určit osoby, které mohou být informovány** o jeho zdravotním stavu, a současně může určit, zda tyto osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace o něm vedené nebo do jiných zápisů vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů a zda mohou v případech, kdy pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav, vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb.

Pacient může určit osoby nebo vyslovit zákaz poskytovat informace o zdravotním stavu kterékoliv osobě kdykoliv po přijetí do péče, rovněž může určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o zdravotním stavu kdykoliv odvolat.

Jestliže pacient není schopen s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, mají právo na informace o jeho aktuálním zdravotním stavu a na pořízení výpisů a kopií zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi osoby blízké.

Jaká jsou práva a povinnosti pacientů vyjma výše uvedených?

Práva pacientů lze rozdělit do několika oblastí:

- **Výběr zdravotnického zařízení** – Pacient má právo na výběr zdravotnického zařízení (nemocnice nebo např. ordinace). Neexistuje spádovost nemocnic podle bydliště. Každý je oprávněn vybrat si zdravotnické zařízení, které může pacienta odmítnout pouze z kapacitních důvodů.
- **Konzultační služby u jiného lékaře** – Pacient má možnost vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele zdravotnického zařízení nebo lékaře, pokud se nejedná o poskytnutí neodkladné péče. Pacient má tak právo znát názor nejen svého ošetřujícího lékaře, ale i jiného zdravotnického pracovníka, který umožní pacientovi učinit ze svého pohledu co nejlepší rozhodnutí.
- **Přítomnost zákonného zástupce, případně osoby blízké** – Nezletilý pacient má mj. právo na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popř. osoby určené zákonným zástupcem, pěstouna nebo jiné osoby, do jejíž péče byl pacient na základě rozhodnutí soudu svěřen. Zletilý pacient má právo na přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem. Přítomnost těchto osob však nesmí narušit poskytování zdravotních služeb.
- **Cena zdravotní služby** – Pacient má právo být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje.
- **Právo na jméno lékaře a jiných zdravotnických pracovníků** – Pacient je oprávněn znát jména a příjmení osob, které se podílejí na poskytování zdravotní služby. S tímto právem úzce souvisí právo pacienta odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny, a to včetně osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka (např. medicí).

- **Návštěvy** – Pacient je oprávněn přijímat návštěvy ve zdravotnickém zařízení, s ohledem na svůj zdravotní stav a vnitřní řád poskytovatele zdravotní péče; rovněž je oprávněn přijímat duchovní péči a duchovní podporu.
- **Informace o zdravotním stavu** – Pacient má právo na informace o svém zdravotním stavu, zejména by měl být srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, dále je pacient oprávněn klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám, které musí být srozumitelně zodpovězeny.

Pacient má právo na úplnou a přesnou informaci o svém zdravotním stavu, pokud prohlásí, že žádá výslovně o přesnou a pravdivou informaci, aby si mohl zajistit osobní záležitosti; v takovém případě nemůže lékař zatajit informace o nepříznivém zdravotním stavu anebo špatné prognóze.

Pacient je oprávněn vzdát se práva na podání informace o svém zdravotním stavu anebo určit, které osobě má být informace podána. Má rovněž právo určit při přijetí do péče osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, a současně právo určit, zda tyto osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace o něm vedené nebo do jiných zápisů vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů.

- **Dříve vyslovené přání** – Zletilý a svéprávný pacient může pro případ, že se dostane do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich provedení, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit.

Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta, součástí je písemné

poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s nímž dříve vyslovené přání souvisí. Lékař je následně povinen brát ohled na to, jestli se přání vztahuje na konkrétní situaci a nesmí zároveň respektovat takové dříve vyslovené přání, které nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti.

Pacient je povinen:

- dodržovat navržený individuální léčebný postup,
- řídit se vnitřním řádem poskytovatele zdravotních služeb,
- uhradit poskytovateli zdravotních služeb cenu poskytnutých zdravotních služeb nehrzených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, které mu byly poskytnuty s jeho souhlasem,
- pravdivě informovat ošetřující personál o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, návykových látek a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb,
- nepožívat během hospitalizace alkohol nebo jiné návykové látky a podrobit se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v odůvodněných případech vyšetření za účelem prokázání, zda je nebo není pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek,
- povinnost prokázat svoji totožnost občanským průkazem, jestliže o to poskytovatel nebo zdravotnický pracovník požádá.

Je možné zvolit jakéhokoliv lékaře? Je možné konzultovat léčbu a přesunout se na biologickou léčbu do jiného regionu mimo své bydliště?

Od 1. 4. 2012, kdy nabyl účinnosti zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) platí, že **pacient má právo při poskytování zdravotních služeb zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb**, které odpovídají zdravotním potřebám pacienta, a zdravotnické zařízení.

V zákoně o zdravotních službách oproti minulosti zmizelo právo na svobodnou volbu lékaře (je nahrazeno jen právem na svobodnou volbu poskytovatele zdravotních služeb). Má-li pacient zájem o zvolení konkrétního lékaře, potom je to pouze na dohodě mezi ním a lékařem, případně zdravotnickým zařízením.

Pacient má tedy i právo přesunout se na biologickou léčbu i mimo své bydliště, toto zařízení by jej nemělo odmítat, leda z kapacitních důvodů.

Může lékař odmítnout přijetí pacienta?

Poskytovatel, kterého si pacient zvolil, **může odmítnout přijetí pacienta do péče**, pokud by přijetím pacienta bylo překročeno únosné pracovní zatížení nebo jeho přijetí brání provozní důvody, personální zabezpečení nebo technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení. Překročením únosného pracovního zatížení se rozumí stav, kdy by zajištěním zdravotních služeb u tohoto pacienta došlo ke snížení úrovně kvality a bezpečnosti zdravotních služeb poskytovaných pacientům již přijatým.

Pacienta lze také odmítnout, pokud by vzdálenost místa pobytu pacienta neumožňovala praktickému lékaři výkon návštěvní služby nebo pokud pacient není pojištěncem zdravotní pojišťovny.

Poskytovatel může ukončit probíhající péči o pacienta v případě, že:

- prokazatelně předá pacienta s jeho souhlasem do péče jiného poskytovatele,
- pominou důvody pro poskytování zdravotních služeb,
- pacient vysloví nesouhlas s poskytováním veškerých zdravotních služeb,
- pacient závažným způsobem omezuje práva ostatních pacientů, úmyslně a soustavně nedodrжуje navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas, nebo se neřídí vnitřním řádem a jeho chování není způsobeno zdravotním stavem,
- přestal poskytovat součinnost nezbytnou pro další poskytování zdravotních služeb; to neplatí, jestliže neposkytování součinnosti souvisí se zdravotním stavem pacienta.

Ukončením péče však nesmí dojít k bezprostřednímu ohrožení života nebo vážnému poškození zdraví pacienta.

Jaký je limit doplatků na léčiva?

Pokud celková částka uhrazená pojištěncem nebo za něj jeho zákonným zástupcem za doplatky za předepsané ze zdravotního pojištění částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, vydané na území České republiky, překročí v kalendářním roce limit ve výši 5 000 Kč, u dětí mladších 18 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršily 18. rok věku, a u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65. rok věku, ve výši 2 500 Kč, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou je tento limit překročen.

Jinými slovy platí, že každý pojištěnec by měl podle zákona o veřejném zdravotním pojištění za započitatelné doplatky na léčivech zaplatit nejvíce 5 000 Kč za rok. Pro děti do 18 let a osoby nad 65 let je tento limit poloviční, tj. 2 500 Kč. Doplatky zaplacené nad tento limit už je zdravotní pojišťovna povinna pojištěncům vracet.

Do limitu pro pojištěnce starší 18 let a mladší 65 let se započítávají doplatky na léčivé přípravky částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění odpovídající nejlevnějšímu na trhu dostupnému léku či potravíně. Toto neplatí, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit; v takovém případě se do limitu započítává doplatek v plné výši.

Lze nahradit lék původně předepsaný na receptu lékárníkem za jiný a započítává se doplatek do limitu?

Obecně platí, že lékárník vydává lékařem předepsané léky. Vyznačil-li lékař na receptu, že trvá na vydání předepsaného léku, může lékárník vydat pouze předepsaný lék. V ostatních případech informuje lékárník pacienta o možných alternativách k vydávanému léku a s jeho souhlasem je oprávněn zaměnit předepsaný lék za jiný, který je shodný z hlediska účinnosti a bezpečnosti, obsahuje stejnou léčivou látku se stejnou cestou podání a stejnou lékovou formou.

Klienti lékáren by tak při výdeji léčivého přípravku měli znát jeho cenu a u částečně hrazeného přípravku i případný doplatek. U výdeje částečně hrazeného léčivého přípravku předepsaného na lékařský předpis je lékárník povinen informovat klienta o možnosti záměny za shodný léčivý přípravek s nižším doplatkem a se souhlasem pacienta mu jej může vydat.

IBD a invalidní důchod?

Od 1. 1. 2010 se invalidní důchod rozlišuje na invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně, na invalidní důchod pro invaliditu druhého stupně a na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně. Rozdíl mezi jednotlivými stupni invalidity spočívá v míře poklesu pracovní schopnosti pojištěnce.

Obecně platí, že nárok na invalidní důchod vznikne pojištěnci, který splnil mj. tyto podmínky:

- nedosáhl ještě 65 let věku,
- stal se invalidním pro invaliditu prvního, druhého nebo třetího stupně,
- získal potřebnou dobu pojištění nebo jeho invalidita vznikla následkem pracovního úrazu nebo nemoci z povolání.

Pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %. Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla

- nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně,
- nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně,
- nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.

Vyhláška o posouzení invalidity stanoví následující meze poklesu pracovní schopnosti u pacientů s Crohnovou nemocí anebo ulcerózní kolitidou, a to v závislosti na stavu pacienta:

- 10 %–20 % stavy uspokojivě stabilizované, občasné zhoršení s průjmy, laboratorně mírná aktivita,
- 30 %–40 % středně těžké formy, časté průjmy, značné odchylky v laboratorních nálezech, výrazné změny endoskopické, rentgenové, radionuklidové, se značným snížením celkové výkonnosti,
- 60 %–70 % těžké formy, s komplikacemi střevními (abscesy, stenózy, píštěle), mimostřevními (kloubními, kožními, očními, hepato-

biliárními, ledvinovými) a nutričními (malnutrice, metabolická osteopatie, anemie), těžké snížení celkové výkonnosti.

Řízení o přiznání dávky důchodového pojištění se zahajuje na základě písemné žádosti, a to u příslušné okresní správy sociálního zabezpečení. Žadatel je následně povinen se podrobit vyšetření zdravotního stavu posudkovým lékařem ČSSZ. Lékař ve svém posudku uvede, zda a v jaké míře je snížena pracovní schopnost žadatele. Na základě posudku – ve spojení s dalšími podklady – rozhodne ČSSZ o přiznání (anebo o nepřiznání) invalidního důchodu.

Proti rozhodnutí lze podat jako řádný opravný prostředek písemné námitky do 30 dnů ode dne jeho oznámení účastníku řízení. Námitky se podávají orgánu sociálního zabezpečení, který rozhodnutí vydal. **Odvolací orgán však v řízení týkajícím se invalidního důchodu může změnit napadené rozhodnutí i v neprospěch odvolatele.** Bylo-li pravomocně rozhodnuto o námitkách, může se žadatel domáhat žalobou, aby rozhodnutí bylo přezkoumáno nezávislým soudem ve správním soudnictví.

IBD a lázně?

Komplexní lázeňská péče se poskytuje na doporučení ošetřujícího praktického lékaře, který jedná na základě doporučení odborníka. V případě schválení komplexní lázeňské péče zdravotní pojišťovna hradí z veřejného zdravotního pojištění náklady na vyšetření, ale i ubytování a stravování (netýká se lázeňského poplatku a případných nadstandardů). Pacient má právo na vystavení tzv. neschopenky.

V případě, že pacient nesplní podmínky pro poskytnutí komplexní lázeňské péče, má nárok na příspěvkovou lázeňskou péči – pacientovi zdravotní pojišťovna hradí zdravotní péči (např. lázeňské procedury, ošetření lékařem apod.), nikoliv ubytování a stravování. Lázeňskou

péči komplexní (i příspěvkovou) lze absolvovat v Karlových Varech, Mariánských Lázních, Františkových Lázních nebo Luhačovicích.

V první řadě mají nárok na komplexní lázeňskou péči ti pacienti trpící Crohnovou nemocí nebo ulcerózní kolitidou:

- poté, co byli nově diagnostikováni, nebo
- kteří nikdy nečerpali lázeňskou péči ze zdravotního pojištění, nebo
- absolvovali státem hrazenou lázeňskou péči v době do 30. 9. 2009.

Všichni výše uvedení pacienti musí trpět těžkou formou onemocnění CN nebo UC. Za splnění uvedených podmínek se jedná o základní pobyt pacienta, který může být o jeden týden prodloužen (celková délka tak může být až 4 týdny).

Tito pacienti by tedy měli mít doporučení od odborného lékaře přibližně následující: **Vzhledem k těžké formě CN/ÚC doporučuji komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči, indikace III/3.**

Dále mají nárok na komplexní lázeňskou péči ti pacienti trpící CN nebo ÚC, kteří

- již absolvovali pobyt v období od 1. 10. 2009 do 30. 9. 2012, a to formou komplexní lázeňské péče nebo
- absolvovali komplexní lázeňskou péči v době od 1. 10. 2012 do 31. 12. 2014.

Tito pacienti musí mít opakované výkyvy CN nebo UC, neboť se z hlediska zákona považují za pacienty, kteří základní pobyt již absolvovali a týká se jich tedy opakovaný pobyt. Délka opakovaného pobytu činí 3 týdny. Doporučení od odborného lékaře by mělo mít následující znění: **Vzhledem k opakovaným exacerbacím CN/UC (zde vypsát výkyvy), kdy stav pacienta není možno považovat za stabilizovaný a těžké formě CN /UC doporučuji komplexní (opakovanou) lázeňskou léčebně rehabilitační péči, indikace III/3."**

Pozn. Odpovědi na otázky jsou zpracovány podle právního stavu ke dni 18. srpna 2016.





ISBN 978-80-905120-6-1