

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

I. A II. DÍL



Publikace vznikla za podpory:



abbvie



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

I. A II. DÍL

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



PACIENTI IBD



Praha 2021

Pořadatelé knihy a odborní garanti:
doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.
MUDr. Petra Matějková, Ph.D.

Jazyková korektorka:
MUDr. Petra Matějková, Ph.D.

© Pacienti IBD z.s.
© Pracovní skupina pro idiopatické střevní záněty
Grafická úprava – Care Comm s.r.o.
ISBN 978-80-907566-5-6
3. vydání, v tomto souboru první, 2021

Vážení čtenáři,

předkládáme Vám 1. a 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.

Těšíme se na Vaše další dotazy na našich akcích.

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



OBSAH

I. DÍL

I. Idiopatické střevní záněty – vznik, původ a průběh onemocnění	9
Garant: prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.	
II. Medikamentózní léčba IBD	19
Garant: MUDr. Viktor Komárek	
III. Gynekologické problémy pacientek s IBD, těhotenství	29
Garant: MUDr. Jana Koželuhová, Ph.D.	
IV. Chirurgická léčba IBD	35
Garant: as. MUDr. Zuzana Šerclová	
V. Alternativní léčba IBD	49
Garant: doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.	
VI. Výživa a diety při IBD	59
Garant: MUDr. Eva Meisnerová	
VII. IBD a životní styl	71
Garant: MUDr. Luděk Hrdlička	



II. DÍL

I. IBD obecně / Novinky v léčbě IBD	79
Garant: doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.	
II. Co se skrývá za čísla z laboratoře?	93
Garant: MUDr. Luděk Hrdlička	
III. Vyšetřovací metody	105
Garant: MUDr. Viktor Komárek	
IV. Probiotika a potravinové doplňky v léčbě IBD	115
Garant: MUDr. Miroslava Adamcová, Ph.D.	
V. IBD a stomie	125
Garant: Ing. Marie Ředinová	
VI. Psychosomatika a IBD	133
Garant: MUDr. Ondřej Masner	
VII. Sociální a právní aspekty IBD	143
Garant: JUDr. Michal Sýkora	
VIII. Idiopatické střevní záněty a covid-19	155
Garant: doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.	





IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY - VZNIK, PŮVOD A PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ

- CROHNOVA CHOROBA
- ULCERÓZNÍ KOLITIDA

Garant: prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

Co je Crohnova choroba?

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

Co je ulcerózní kolitida?

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

Co znamená zkratka IBD?

IBD je zkratka anglického výrazu (Inflammatory Bowel Diseases) označující souhrnně obě nemoci: Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu. V češtině se někdy užívá zkratka ISZ, která znamená idiopatické střevní záněty.

Jaké jsou příčiny vzniku idiopatických (nespecifických) střevních zánětů?

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

Jsou idiopatické střevní záněty dědičné?

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

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

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

Jaká je historie léčby Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy?

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

Jak lze Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu diagnostikovat?

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

Jaké faktory ovlivňují vznik Crohnovy choroby?

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

Jaká je frekvence výskytu idiopatických střevních zánětů v České republice?

Předpokládáme, že je stejná jako v západní Evropě. Incidence, tj. diagnostika nových případů na 100 000 obyvatel během jednoho kalendářního roku u ulcerózní kolitidy, se pohybuje mezi 6 a 10, v případě Crohnovy nemoci mezi 4 a 6. V České republice bylo v roce 2020 zhruba 50 až 60 tisíc lidí s Crohnovou chorobou nebo ulcerózní kolitidou.

Jaké jsou hlavní příznaky onemocnění u Crohnovy choroby?

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

Jaké jsou hlavní příznaky onemocnění u ulcerózní kolitidy?

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

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

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

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

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

Co způsobuje anemii?

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

Jaké má tenké střevo funkce?

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

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

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

Kde všude se vstřebává v tenkém střevě železo?

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

Jak je medicínsky vnímáno nadýmání pacienta?

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

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

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

Co je to perianální forma Crohnovy choroby?

Jedná se o vznik píštělí a abscesů u konečníku.

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

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

Co je to tenesmus?

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

Co je to toxické megakolon?

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

Co je to erythema nodosum?

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

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

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

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

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

Co je to primární sklerozující cholangitida?

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

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

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

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

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





MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA IBD

Garant: MUDr. Viktor Komárek

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

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

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

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

Co je to imunosupresivní léčba a kdy se doporučuje?

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

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

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

Existuje nějaký lék, který může předejít vzniku rakoviny střev?

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

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

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

Může vést léčba kortikoidy k endokrinním poruchám?

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

Je nutné užívat nějaké léky v remisi ulcerózní kolitidy?

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

Je nutné užívat nějaké léky v remisi Crohnovy choroby?

Stejně jako u ulcerózní kolitidy, i u Crohnovy choroby prodlužuje podávání tzv. udržovací terapie délku trvání remise nemoci. Vhodnými léky jsou imunosupresiva a biologická léčba. Nevhodné jsou kortikosteroidy. U aminosalicylátů není v této indikaci jednoznačná shoda, u mírnějších forem Crohnovy choroby mohou mít ale dobrý efekt.

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

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

Mohou antibiotika způsobit relaps onemocnění IBD?

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

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

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

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

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

Je vhodné užívat probiotika po antibiotické léčbě?

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

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

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

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

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

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

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

Dají se stenózy léčit medikamentózně?

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

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

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

Protože biologická léčba se u pacientů s IBD využívá již mnoho let, jsou na trhu i tzv. biosimilární látky, což souvisí s koncem patentové ochrany léků. Jejich účinnost i rizika jsou originálům velmi podobná. Výhodou jsou snižující se náklady na léčbu.

Jaká jsou kritéria pro indikaci biologické léčby?

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

Jaká jsou rizika a nejčastější nežádoucí účinky biologické léčby?

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

Jakým směrem se léčba ubírá dál?

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





GYNEKOLOGICKÉ PROBLÉMY PACIENTEK S IBD, TĚHOTENSTVÍ

Garant: MUDr. Jana Koželuhová, Ph.D.

Je vhodné očkování proti papilomavirům při onemocnění IBD?

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

Je možné provést koloskopii v celkové anestezii při menstruaci?

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

V jaké fázi onemocnění IBD je nejvhodnější otěhotnět?

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

Může dojít k relapsu nemoci v průběhu těhotenství?

Pokud dojde k těhotenství v klidovém stadiu IBD, pak k relapsu choroby dojde v období gravidity maximálně u jedné třetiny pacientek. Na rozdíl od toho, při graviditě vzniklé v době aktivního stadia nemoci přetrvává aktivita IBD v době gravidity asi u dvou třetin pacientek a u jedné třetiny může postupně dojít ke klidovému stadiu IBD. Aktivní

onemocnění zvyšuje riziko předčasného porodu a nízké porodní váhy novorozence.

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

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

Je užívání léků na IBD slučitelné s těhotenstvím a kojením?

Všechny léky kromě methotrexátu jsou slučitelné s graviditou a kojením.

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

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

Po jak dlouhé době po vysazení methotrexátu je vhodné otěhotnět?

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

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

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

Jaké léky na IBD není vhodné užívat při kojení?

Kromě methotrexátu je možné užívat všechny léky na IBD.

Je nutný porod císařským řezem u pacientek s IBD?

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

Má užívání léků na IBD vliv na vývoj spermií?

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

Mohou některé chirurgické zákroky snížit plodnost muže?

Ano, zejména zákroky v malé pánvi.

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

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

Může hormonální antikoncepce zhoršit průběh onemocnění IBD?

Není prokázán jednoznačný vliv hormonální antikoncepce na průběh onemocnění.

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

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





CHIRURGICKÁ LÉČBA IBD

Garant: as. MUDr. Zuzana Šerclová

Je možné Crohnovu chorobu chirurgicky vyléčit?

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

Je možné vyléčit ulcerózní kolitidu chirurgicky?

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

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

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

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

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

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

Co je to stomie?

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

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

Jak může Crohnova choroba dospět až do stadia trvalého vývodu střeva?

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

Co je to absces a jak se léčí?

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

Co je to syndrom krátkého střeva?

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

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

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

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

Co je to ileocékální resekce?

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

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

Lze řešit rozsáhlejší postižení tenkého střeva jinak než jeho zkrácením?

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

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

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

Co jsou píštěle kolem konečníku u Crohnovy nemoci?

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

Jak se chirurgicky léčí píštěle v okolí konečníku?

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

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

uzávěr vnitřního ústí a jeho překrytí lalokem z části stěny konečníku (advancement flap-plastika). V posledních letech je ve speciálních případech možnost moderní léčby kmenovými buňkami, které se aplikují do okolí uzavřeného vnitřního ústí a podél traktu píštěle. Trvalé zhojení však nikdy není ve 100 %. Jestliže se rozsáhlé píštěle nepodaří dostatečně zklidnit drenážemi a je-li současně těžké postižení konečníku a celého tračníku, je třeba střevo operačně odstranit, většinou s následným dočasným či častěji trvalým střevním vývodem.

Co je to fisura konečníku a jaká je její léčba?

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

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

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

Co je to rektální syndrom?

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

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

Co je to pouch? Jaká je alternativa pouche?

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

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

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

Jak se pacient připravuje před operací střev?

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

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

Je možné provádět operaci střev v době menstruace?

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

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

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

Pokud je nemocný v dobré předoperační kondici a hojí se bez komplikací, je rekonvalescence poměrně rychlá. Bezprostředně po operaci dostává příjem ústy, v den operace či následující den vstává z lůžka a začíná chodit, rehabilituje. Léčba bolesti je zajištěna podáváním léků nitrožilně či podkožně. Nejvýhodnější je cesta epidurální (do prostoru kolem páteřního kanálu), která nejméně negativně ovlivňuje střevní pohyby. Kontraindikací tohoto podání je zvýšená krvácivost, zánět kolem páteře a deformace páteřního kanálu. Nemocný dostává léky k urychlení střevních pohybů, protože pooperační střevní obrna významně prodlužuje rekonvalescenci. Propuštění je možné obvykle 5.–8. den po

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

Jaká je úmrtnost pacientů s IBD při chirurgických výkonech?

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

Jak urychlit rekonvalescenci po chirurgickém zákroku?

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

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

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

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

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



ALTERNATIVNÍ LÉČBA IBD

Garant: doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.

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

V roce 2004 proběhly v USA předběžné studie s podáváním vajíček tenkohlavce prasečího (*Trichuris suis*) – tento červ je parazitem prasat, pro člověka je neškodný. U člověka může ale ovlivnit imunitní systém střeva a vést ke zklidnění aktivity Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy (dále jen CN a UC). Proběhly různé studie s cílem ověřit pozitivní efekt. Do klinické praxe se ovšem tato léčba nedostala, protože nebyla účinnost jednoznačně prokázána.

Pomáhá pacientům s IBD přidávat marihuanu do jídla?

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

Může kouření marihuany kladně ovlivnit průběh onemocnění pacientů s IBD?

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

Který lék nestojí nic pacienta ani zdravotní pojišťovnu?

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

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

Je vhodné užívat vitamínové doplňky pro pacienty s IBD?

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

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

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

Může pravidelná konzumace jogurtů nahradit užívání probiotik?

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

Je vhodné popíjet pravidelně Actimel?

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

Je vhodné užívat potravinové doplňky s aloe vera?

Mýtus aloe jako rostliny s léčivými účinky v mnoha oblastech je komerčně podporován především v oblasti kosmetických přípravků a v potravinářství. Konzumace aloe může teoreticky prospívat pacientům s ulcerózní kolitidou, jak ukázala studie na 40 pacientech z roku

2004. Stejná rostlina může mít ovšem i nepříjemné vedlejší účinky (průjem, křečovitě bolesti břicha), což může situaci nemocných s IBD dále komplikovat. Tradiční medicína ji nevyužívá, spolehlivé informace o účinnosti a bezpečnosti aloe v léčbě IBD neexistují.

Je vhodné užívat potravinové doplňky s hlívou ústřičnou?

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

Je vhodné užívat přírodní doplněk stravy *Chlorella japon*?

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

Je vhodné užívat přípravek mladý ječmen pro pacienty s IBD?

Seriózní lékařská literatura hovoří o tom, že nápoj z mladého ječmene může snižovat aktivitu UC postihující konečnou část tlustého střeva – jde však o jedinou studii na malém vzorku populace. Přípravek

obsahuje vlákninu, není tedy vhodný tam, kde je nutná bezezbytková dieta (těžký relaps IBD, zúžení střeva u nemocných s Crohnovou chorobou). Na rozdíl od aloe, mladý ječmen je obvykle prost vedlejších účinků.

Je vhodné popíjet nápoje z kombuchy?

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

Je vhodné užívat potravinový doplněk Resveratrol?

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

Je pro pacienty s IBD vhodné užívání Wobenzymu?

Wobenzym obsahuje směs enzymů štěpících bílkoviny, tuky a cukry a jeho efekt by měl být protizánětlivý, antiedematózní (potlačení otoku) a imunomodulační (ovlivnění imunitního systému). Je doporučován v léčbě pooperačních nebo poúrazových otoků, teoreticky lze

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

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

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

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

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

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

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

Je vhodná bezlepková dieta pro pacienty s IBD onemocněním?

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

Na co je vhodná balónková metoda?

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

Může lázeňská léčba přispět ke zlepšení zdravotního stavu pacienta?

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





VÝŽIVA A DIETY PŘI IBD

Garant: MUDr. Eva Meisnerová

Jak poznáme podvýživu?

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

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

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

Jaké vitamíny a minerály je potřeba při IBD doplňovat?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je možné požádat revizního lékaře o proplacení nutričních léků pojišťovnou?

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

Může potravinová intolerance zhoršit průběh nemoci?

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

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

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

Co obsahuje a jak a kdy se podává parenterální výživa?

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

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

Co je to podkožní port?

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



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

(Zdroj: archiv autora)

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



Port katetr se zavedenou portovou jehlou

(Zdroj: archiv autora)

Co je PICC?

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



(Zdroj: archiv autora)

Jak dlouho se může podávat parenterální výživa?

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

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

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

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

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

Kdy má pacient vyhledat nutričního specialistu?

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

Jakým potravinám by se měl pacient s IBD vyhýbat?

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

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

Na stránkách společnosti metabolismu a výživy www.skvimp.cz je seznam nutričních ambulancí v České republice. Vyšetření v nutriční ambulanci je možné s doporučením lékaře (praktický lékař, gastroente-

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

Je nutné vždy omezovat vlákninu, pokud mám střevní zánět?

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

Jaké tuky jsou vhodné pro pacienty s IBD?

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

Existuje dieta, která může ovlivnit průběh Crohnovy choroby?

Od roku 2019 se využívá eliminační dieta u Crohnovy choroby po dobu 3 měsíců, která je charakterizována příjmem skupinou definovaných potravin v kombinaci s enterální výživou. Ve stravě není povoleno žádné pečivo, včetně bezlepkového, mléčné výrobky, živočišný tuk, červené maso a průmyslově zpracované maso, veškeré výrobky obsahující emulgátory, konzervované zboží. Přesně definovaná dieta vede k zajištění střevní rovnováhy.

Dieta je rozdělena do tří období po dobu 6 týdnů, které se kromě předepsaných potravin liší i ve způsobu přípravy pokrmu, například prvních 6 týdnů je dovoleno pouze vaření. V rámci diety jsou potraviny, které je doporučeno konzumovat denně – 2 brambory, 1 jablko, 2 banány, 2 vejce a vařená kuřecí prsa. Dieta dále obsahuje některé povolené potraviny – bílou rýži, rýžové nudle, ze zeleniny pak okurku a listový salát, a z ovoce je kromě jablek a banánu povoleno v přesně definovaném množství avokádo. Pokrmu lze ochutit i některými bylinami, lze použít například rozmarýn, tymián, koriandr, mátu, bazalku, petržel a kopr. Množství povoleného denního příjmu potravin je však přesně definované a vždy je nutné dietu sestavit na doporučení ošetřujícího gastroenterologa, který vám sjedná konzultaci s nutričním terapeutem.





IBD A ŽIVOTNÍ STYL

Garant: MUDr. Luděk Hrdlička

Jak musí pacienti s IBD změnit životní styl?

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

Jaké druhy pohybových aktivit je možné praktikovat při IBD?

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

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

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

Ovlivňuje nějak alkohol Crohnovu chorobu nebo ulcerózní kolitidu?

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

Mohou pacienti s IBD provádět fyzicky náročnější povolání?

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

Mohou pacienti s IBD studovat vysokou školu?

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

Ovlivňuje kouření průběh Crohnovy choroby?

Kouření jednoznačně negativně ovlivňuje nejen průběh Crohnovy choroby, ale i odpověď na léčbu, zejména tu nejúčinnější, biologickou. Nekuřáctví je v podstatě jediná (navíc velmi efektivní a levná) samoléčba, kterou může pacient s Crohnovou chorobou podstupovat.

Je u ulcerózní kolitidy kouření vhodné?

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

Existují pro pacienty s IBD nějaká omezení v očkování?

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

1. Pacientům na biologické nebo imunosupresivní terapii nemůže být podána živá očkovací látka – podrobněji jsou jednotlivé živé vakcinace rozebrány v odpovědi na otázky cestovatelství a povinného očkování pediatrických IBD pacientů.
2. Je znám negativní vliv imunosupresivní nebo biologické léčby na tvorbu protilátek po podání určitých vakcín (vakcína proti hepatitidě B, chřipce). U těchto očkování je nutné podat zvýšenou dávku vakcíny nebo zkontrolovat hladinu vytvořených protilátek.
3. Pacienti na terapii kortikoidy, biologické léčbě a imunosupresivech jsou ve zvýšeném riziku vážných, tzv. oportunních infekcí.

Proto by měli být vakcinováni proti těm patogenům, proti nimž je očkování k dispozici. Jsou to hepatitida B, plané neštovice, pneumococcus a každoročně chřipka. Optimální je očkování ještě před nasazením zmiňované agresivní léčby, tedy v praxi optimálně časně po stanovení diagnózy IBD.

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

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

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

Povinné očkování dětských pacientů s IBD a novorozenců matek s IBD probíhá standardně podle platného očkovacího kalendáře. Výjimku tvoří pediatričtí nemocní na biologické nebo imunosupresivní terapii, kterým nelze podat živou vakcínu. Vakcinace může být aplikována až po 3 měsících od skončení takové léčby nebo ještě před zahájením léčby (minimálně 3 týdny). Ve stejné situaci mohou být novorozenci matek, které byly v těhotenství léčeny biologickou terapií a do jejichž krevního oběhu se dostaly tyto léky, které tam mohou přetrvávat až 6 měsíců. U nich se musí buď stanovit hladina biologika a očkovat až při jejím poklesu k nulovým hodnotám, nebo odložit očkování na období po 6. měsíci věku. Živými vakcínami v povinném očkování jsou vakcíny proti dětské obrně, rotavirům, planým neštovicím, zarděnkám a tuberkulóze (ta t. č. již není v ČR povinná).

Může stres ovlivnit průběh nemoci?

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

Může v léčbě IBD onemocnění pacientovi pomoci psycholog/psychosomatik?

Podpůrná psychoterapie může být prospěšná u všech chronicky probíhajících onemocnění, tedy i u IBD. Je vhodná zejména u těžších forem onemocnění s nedostatečnou reakcí na medikamentózní léčbu,

u pacientů po rozsáhlých chirurgických výkonech, nebo u nemocných s významně sníženou kvalitou života. Léčebné dopady psychoterapie jsou však velmi individuální.

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

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

Jak ovlivňuje průběh nemoci sexuální život pacienta s IBD?

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





IBD OBECNĚ / NOVINKY V LÉČBĚ IBD

Garant: doc. 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. 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 střev-

ních 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 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. 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.

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 kdykoliv 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 ruce 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 methotrexát (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.

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. rifaximinem či 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 kdykoliv vystoupit i bez udání jakéhokoliv 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 vitamínové 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 jakéhokoliv 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 vyskytuje 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 nevyjímaje.

Jak moc se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění IBD v případech 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 kdykoliv 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. chromozomu) 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 vyšet-

ření 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 individualizována. 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, Imasup, 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. Pacienty s nižšími hodnotami je nutno považovat za anemické (chudokrevné), u nemocných s hodnotou pod 100 se jedná o anemii 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 červených krvinek – 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 B12 (u IBD pacientů zejména po resekční operaci terminálního ilea při Crohnově chorobě) a při úspěšné léčbě Imuranem, Imasupem nebo Puri-Netholem. Zde je důvodem koncentrace aktivních metabolitů těchto léků v červených krvinkách.

Normální počet bílých krvinek – leukocytů (leuko, WBC) je 4–10 miliard v litru krve. Jejich zvýšený počet vídáme 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 bílých krvinek 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 neinfekčních) 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 nitrobrříšní 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 stadiu 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 osteoporózy 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 metabolismu (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 a 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 (nitrobršíšní 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, Imasup, 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 anemie?

Anemie znamená chudokrevnost, tedy snížené množství červeného krevního barviva. Nejpresněji ji určuje hladina hemoglobinu, patologické jsou hodnoty snížené pod 130 gramů v litru krve u muže a pod 120 g u ženy, u nemocných s hodnotou pod 100 g se jedná o anemii těžkou. Příčinou anemie je u IBD pacientů nejčastěji nedostatek železa (porucha vstřebávání a využití železa, krevní ztráty do střeva) a chronicky probíhající zánět. Ostatní typy anemie (z nedostatku vitamínu B12, kyseliny listové nebo anemie 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 nitrosvaťlových 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 glykemie a kdy by měla být sledována?

Hladina cukru v krvi – glykemie – 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 glykemie, 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, zejména anti-TNF alfa preparáty, kterou je možno zahájit jen při negativním výsledku. Při pozitivním nebo neurčitém 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 závislých 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 kampylobaktery. 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 $\mu\text{g/g}$ stolice podle použité analýzy. Pacient v úplné remisi (klinické i endoskopické) má hodnoty normální, pacient s byť jen lehkými endoskopicky zjistitelnými změnami mívá již hladinu zvýšenou i v období před nástupem klinických obtíží. Pacient s výraznými obtížemi a významným endoskopickým nálezem mívá 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 iniciační 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 poškozením 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 sigmoidu) 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.





VYŠETŘOVACÍ 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 ledvinové 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 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. Koloskop 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 gastroskopie?

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 eventuálně podat i nitrožilní sedaci. Vyšetření trvá několik minut, probíhá v poloze na levém boku. Při zavádění přístroje vyšetřující stejně jako při koloskopii 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 klyzmatu 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 koloskop. 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 klyzmatu v krátké době před vyšetřením. Samotný průběh vyšetření se liší od koloskopie jen tím rozdílem, že jej ukončujeme cca ve zmíněných 50 cm od řitního kanálu. Dominantní postavení má tato „krátká koloskopie“ 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 (říť). Ten má zevní ústí viditelné zvenku zrakem a pak 3–4 cm dlouhý anální kanál tvořený svěračí. Při rektoskopii se zavádí endoskop análním kanálem do konečníku, ten se insufluje vzduchem a prohlíží endoskopem. Vyšetření trvá 1–2 minuty. Jedná se tedy v podstatě o zkrácenou formu sigmoideoskopie, kdy postačí vyšetření rekta. Příprava spočívá v očištění rekta např. glycerinovými čípky.

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. Pacient tedy pozře kapsli, odchází z gastroenterologického pracoviště a většinou druhý den se vrací odevzdat záznamové zařízení, které 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.

Jaké jsou výhody a nevýhody virtuální koloskopie?

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 koloskopie 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. Výtěžnost CT enterografie a MR enterografie je zhruba stejná.

Magnetická rezonance malé pánve je ideální metoda k posouzení anatomického průběhu píštělí v oblasti konečníku a vyloučení abscesů v malé pánvi v mezisvalových prostorech. Nevyžaduje 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 dysplazie, tzn. přednádorových změn u dlouho probíhajícího chronického zánetu 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 dva balónky, které se dají v průběhu vyšetření opakovaně nafukovat a vyfukovat. Tím lze podle potřeby přístroj fixovat ke střešní 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 uspání 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 stěvních stěně.



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 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 prostrídat. 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 vlákna), 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 tlu-

stém 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 laktobacilů.

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 anémie, 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 bezsezbytkové 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 laktobacily, 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 síd-

lících 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,
- ezofagostomie – vyústění jícnu, jímá sliny,
- 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 v roce 2011 vyšla na Slovensku.

Vše o stomiích najdete v knize Veroniky Zachové „Stomie“ (2010). Stomikům na všechny otázky odpoví „Praktický průvodce stomika“, autorky Kateřina Drlíková, Veronika Zachová, Milada Karlovská (2016).

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 nepřírozenou 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.

Příběhy stomiků vyšly ve dvou knihách „Ať žijí stomici“ (2014), „Budu živ tři sta let“ (2012). Na stránkách ILCO je i vhodné cvičení „Jak předcházet vzniku kýly“ a video „Zdraví v pohybu“, jednoduché pohyby, vhodné i pro nemocí oslabené jedince.

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 popovídat 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 předepisuje 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, onkolog, dětský lékař, geriatr, urolog a nefrolog.

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 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. Příloha se od roku 2018 pravidelně reviduje, aktualizuje. V příloze jsou uvedeny úhrady (DPH platí zdravotní pojišťovna). Je velmi nesnadné stanovit, kolik průměrně stojí pojišťovnu stomické pomůcky pro pacienta na jeden měsíc. Může to být 5 000 Kč, ale také více 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 stomasestrami – 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 proškolení 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 2–3 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, nikoliv ohřívané.

Pro podrobnější informace doporučujeme knihu **Dieta u pacientů se střevními vývody** a po operaci střev, autoři: Tomáš Skřička, 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, tj. 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. Zaujímáme 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 integro-

vanou 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 potenciálně 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, se 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).

Podle 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 jakéhokoli 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 a omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav.

Písemná forma souhlasu se vyžaduje, pokud tak stanoví jiný právní předpis – např. transplantáční 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 přerušeni 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.
- **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 nehrazených 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 nedodržuje 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 doplateků 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 1 000 Kč, a u pojištěnců starších 70 let a u osob s invalidním důchodem III. stupně (za určitých podmínek i u II. stupně) ve výši 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 1 000 Kč, u osob nad 70 let a u invalidních důchodců III. stupně je limit 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 potravině. 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. Vyznačí-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.

Co je lékový záznam?

Od června 2020 zdravotníkům slouží sdílený lékový záznam pacienta. Sdílený lékový záznam pacienta umožní zdravotníkům nahlížet do údajů o předepsaných a vydaných léčivých přípravcích pro konkrétního pacienta vedených v Centrálním úložišti elektronických receptů. Systém je založen na tzv. opt-out systému. Tedy pokud pacient nevyloží nesouhlas s nahlížením, může lékař a farmaceut do lékového záznamu pacienta nahlížet. Svůj nesouhlas s nahlížením může pacient vyslovit kdykoliv a rovněž kdykoliv ho může odvolat. Pokud tedy nechcete, své informace zdravotníkům poskytovat nemusíte nebo můžete vyslovit souhlas pouze pro konkrétního lékaře.

Sdílený lékový záznam by měl odstranit duplicitní předepisování léků a rovněž zavést kontrolu nežádoucích účinků.

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, hepatobiliárními, 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 prvé řadě mají nárok na komplexní lázeňskou péči 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.

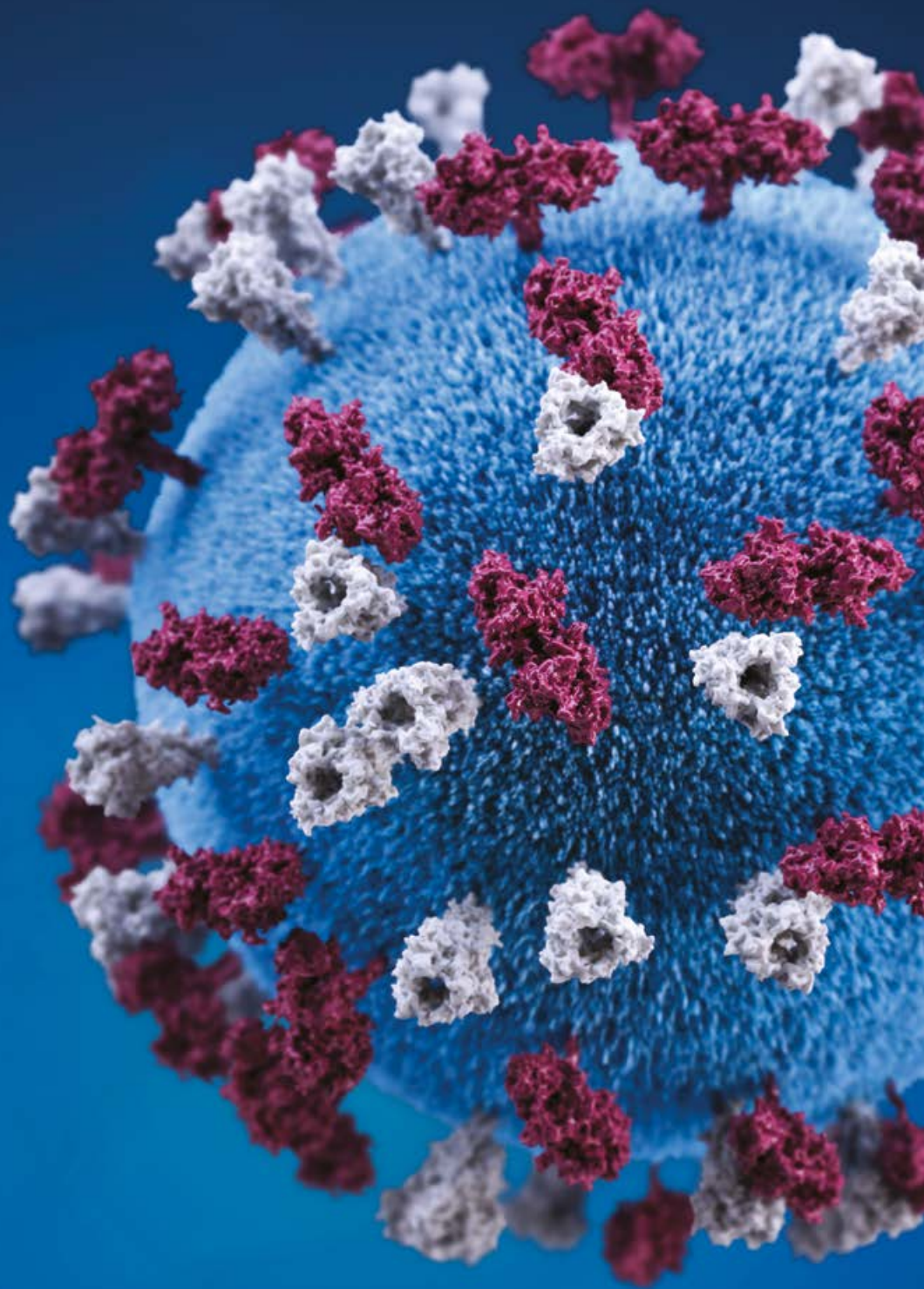
Všichni výše uvedení pacienti, u kterých se považuje pobyt za první (základní), musí trpět těžkou formou onemocnění CN nebo UC. Za splnění uvedených podmínek se jedná o základní pobyt pacienta, který může být o jeden týden prodloužen (celková délka tak může být až 4 týdny).

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 opakovanou komplexní lázeňskou péči pacienti trpící CN nebo UC, kteří již absolvovali pobyt v lázních, pokud mají opakované výkyvy CN nebo UC.

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 30. listopadu 2020.



IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY A COVID-19

Garant: doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.

Jak probíhá covid-19 u pacientů s IBD? Mají tito nemocní vyšší riziko vzniku onemocnění nebo těžšího průběhu infekce?

Onemocnění covid-19 není u pacientů se střevními záněty častější než ve zbytku populace, některá data dokonce ukazují mezi pacienty s IBD výskyt snížený. Samotný střevní zánět rovněž nezvyšuje riziko těžkého průběhu covid-19 (tj. hospitalizace na jednotce intenzivní péče, nutnost umělé plicní ventilace nebo úmrtí) – IBD tedy není rizikovým faktorem pro vznik covid-19 nebo jeho těžké formy. Za rizikové faktory tohoto onemocnění považujeme i v populaci IBD pacientů především vyšší věk, obezitu, cukrovku a kardiovaskulární nebo plicní onemocnění.

Jaký je vliv léků používaných na IBD na průběh covid-19? Mám měnit léčbu střevního zánětu v době pandemie nebo v případě onemocnění covid-19?

Vliv léčby střevního zánětu na riziko a průběh covid-19 je předmětem řady studií. Nejvíce dat je k dispozici z mezinárodního registru IBD-SECURE, který shromažďuje údaje z celého světa (viz www.covidibd.org). Podle aktualizovaných údajů lze konstatovat, že zvýšené riziko těžkého průběhu covid-19 mají zejména pacienti léčení systémovými kortikoidy (prednison, methylprednisolon) a thiopuriny (azathioprin, 6-merkaptopurin). Naopak, pacienti léčení biologiky ze skupiny anti-TNF protilátek mají riziko komplikovaného průběhu covid-19 zřetelně nižší, podobně je tomu u nemocných léčených ustekinumabem. U pacientů užívajících mesalazin či sulfasalazin ukazují sice data mírné zvýšení rizika, ale tento efekt není zcela jednoznačný. Pacienti na vedolizumabu ve zvýšeném riziku nejsou.

Konkrétní význam těchto dat pro jednotlivého pacienta musí zhodnotit jeho ošetřující lékař, sám pacient by léčbu měnit neměl. V každém případě je vhodné minimalizovat léčbu systémovými kortikoidy. Infekci virem SARS-CoV-2 můžeme zařadit mezi ostatní infekční onemocnění,

jejichž riziko je zvýšeno u pacientů léčených azathioprinem, o jehož podávání však musí rozhodovat lékař po domluvě s pacientem. Léčba biologie nevyžaduje žádnou změnu.

Mám si nechat dát vakcínu proti covid-19, když mám IBD?

Vakcinace proti koronaviru je všeobecně považována za klíčový nástroj poskytující velmi dobrou ochranu před závažnými formami tohoto onemocnění, reálná efektivita očkování je navíc mimořádně vysoká. I když pacienti s idiopatickými střevními záněty nejsou podle současných poznatků zatíženi zvýšeným rizikem těžkého průběhu covid-19 ve srovnání se zdravou populací, vakcinace této skupiny chronicky nemocných je žádoucí a potřebná.

Všechny vakcíny (dostupné v ČR v září 2021) jsou srovnatelné a bezpečné i pro pacienty s IBD. Riziko nežádoucích účinků vakcíny je podobné jako u zdravých lidí, v několika případech jsme však zaznamenali relapsy střevního zánětu (ulcerózní kolitidy) bezprostředně navazující na podání vakcíny. Význam tohoto pozorování není dosud znám a bude nutné jej dále vyhodnotit. V současnosti není pochyb o tom, že přínos očkování proti SARS-CoV-2 významně převyšuje jakákoliv rizika s ním spojená.

Podávání biologické léčby, imunosupresiv a systémových kortikoidů sice může snižovat míru imunitní odpovědi na podání vakcíny, ale přesto je vakcinace při současných poznatcích doporučována bez ohledu na podávanou léčbu. Výjimkou jsou dávky kortikosteroidů převyšující 20 mg denně, v tomto případě je vhodné vyčkat na snížení dávky pod tuto hranici. O vakcinaci je nutno informovat ošetřujícího gastroenterologa.

Kde můžu najít novinky ohledně covid-19 a IBD?

Tímto onemocněním se v současné době zabývá mnoho odborníků, poznatky o něm se dynamicky mění. Kromě výše uvedeného mezinárodního registru doporučujeme sledovat ověřené stránky odborných lékařských společností (např. vakcinologická společnost) a především patientských organizací – www.crohn.cz, www.efcca.org.

O NÁS

PACIENTI IBD

Jsme organizace Pacienti IBD z.s. Od roku 2008 pomáháme, sdružujeme a edukujeme pacienty s idiopatickými střevními záněty (Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou).

Vydáváme odborné publikace a brožury, pořádáme vzdělávací semináře, neformální setkání a konference. Zdarma nabízíme odborné online poradny; právní, výživovou a gastroenterologickou.

WC KOMPAS

Naše online mapa veřejných toalet umožňuje všem uživatelům nalézt nejbližší dostupné WC na základě jejich geografické polohy. K vytvoření online mapy s více než 13 tisíci toalet nás přivedly praktické zkušenosti pacientů s chronickými střevními obtížemi. Ani ve velkých městech totiž nelze rychle a důstojně vyřešit základní lidské potřeby. Nízkou kvalitou a nedostatečným počtem čistých toalet si většina lidí uvědomí až v případě, kdy je nutně potřebují. Navštivte webové stránky www.wckompas.cz. Zdarma si můžete stáhnout aplikaci pro chytré telefony.

WC KARTA

Trpíte idiopatickým střevním onemocněním? Byl vám diagnostikován dráždivý tračník? Jste stomik, celiak nebo pacient s postižením střev po operaci? Právě pro vás je určena WC karta. Její předložení vám pomůže s rychlejším zpřístupněním veřejných i neveřejných toalet. V případě akutní zdravotní komplikace se ji nebojte použít! Karta obsahuje dvojjazyčné česko-anglické vysvětlení o tom, že jste neinfekční pacient s akutní potřebou návštěvy toalety. Karta neobsahuje žádné citlivé osobní údaje. Využít ji můžete u našich partnerů, kteří se dobrovolně zavázali kartu akceptovat. Pravidla používání a získání karty naleznete na www.wckarta.cz.



PACIENTI IBD

