

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Monika Kuchyňková

Problematika enterální výživy u pacientů s diagnózou morbus Crohn

The Issue of Enteral Nutrition in Patients with a Diagnosis of Crohn's Disease

Závěrečná bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Hana Horová

Praha, 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 31.03.2011

MONIKA KUCHYŇKOVÁ

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Haně Horové za odbornou pomoc při úpravě mé práce a za cenné rady, jež mi při jejím zpracování poskytla. Dále bych ráda poděkovala za pomoc při zpracování praktické části staniční sestře z gastroenterologického oddělení v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Dále pak sestřám na endoskopickém pracovišti a nutriční ambulanci 4. Interní kliniky ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. A také pacientům a pacientkám, kteří pomohli díky vyplnění dotazníku získat potřebné údaje k napsání bakalářské práce.

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

KUCHYŇKOVÁ, Monika. *Problematika enterální výživy u pacientů s diagnózou morbus Crohn. [The issue of enteral nutrition in patients with a diagnosis of morbus Crohn]*. Praha, 2011. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK 2011. Vedoucí závěrečné práce: Hana Horová

ABSTRAKT

Zpracovaná bakalářská práce má za cíl přiblížit problematiku podávání umělé enterální výživy u pacientů s idiopatickým střevním zánětem, tzv. Crohnovou chorobou.

Teoretická část této práce seznamuje čtenáře blíže s tímto závažným onemocněním, jakým způsobem a proč vzniká, jeho historií, příznaky, komplikacemi a možnostmi léčby. Dále informuje o dietních opatřeních a v neposlední řadě podrobně popisuje, jak způsoby podávání enterální výživy, tak její složení, druhy a doporučené přípravky. V práci jsou definovány pojmy sipping, nasoenterální sonda, endoskopická a jiná vyšetření.

Ve výzkumné části je dotazníkovou metodou zjišťováno nejen, jakým způsobem pacienti s touto chorobou užívají enterální výživu, ale také jaké potíže a komplikace jim přináší. Zda jsou správně edukováni v oblasti enterální výživy a skutečně chápou smysl této léčby.

Informace byly čerpány z odborné literatury, jejíž seznam je uveden v závěru práce.

Klíčová slova: Crohnova choroba, idiopatický střevní zánět, sipping, umělá enterální výživa, komplikace enterální výživy, edukace, nasoenterální sonda.

ABSTRACT

Bachelor thesis is intended to bring the issue of use of artificial enteral nutrition in patients with inflammatory bowel disease called Crohn's disease.

The theoretical part of this paper deals further with this serious illness, how and why it arises, its history and symptoms. Complications and treatment options. Further information on dietary measures, and finally describes in detail how the methods of administration of enteral nutrition, composition, types and recommended products. The paper defines the terms sipping, nasoenterální probe, endoscopic and other tests.

The research is part of the questionnaire method for detecting not only the way patients with this disease receiving enteral nutrition, but also the difficulties and complications they bring. Whether rightly edukováni of enteral nutrition and truly understand the meaning of this treatment.

Information was gathered from literature, which are listed in the conclusion.

Key words: Crohn's disease, inflammatory bowel inflammation, sipping, artificial enteral nutrition, complications of enteral nutrition, education, nasoenteral probe.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST	9
1 CROHNOVA CHOROBA	9
1.1 Historie Crohnovy choroby	10
1.2 Genetická predispozice	10
1.3 Vyšetření a diagnostika onemocnění	11
1.4 Diferenciální diagnostika	13
1.5 Průběh onemocnění	14
1.6 Příznaky onemocnění	15
1.7 Komplikace	15
1.8 Léčba	17
1.8.1 Medikamentózní léčba	17
1.8.2 Biologická léčba	19
1.8.3 Protibakteriální léky a probiotika	19
1.8.4 Léčba umělou výživou	20
1.8.5 Psychoterapie	20
1.8.6 Chirurgická léčba	21
1.8.7 Dieta a její vliv na Crohnovu chorobu	22
2 ENTERÁLNÍ VÝŽIVA	25
2.1 Umělá výživa u pacientů postižených Crohnovou chorobou	25
2.2 Indikace a kontraindikace enterální výživy	26
2.3 Cesty aplikace enterální výživy	26
2.3.1 Sipping	27
2.3.2 Nasoenterální sonda	27
2.4 Přípravky enterální výživy	28
2.5 Přípravky pro sipping	29
2.6 Úprava diety při užívání enterální výživy	29
2.7 Ambulantní sledování pacientů indikovaných k užívání umělé enterální výživy	30
2.8 Nutriční tým	31
PRAKTICKÁ ČÁST	32
3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	32
3.1 Cíle výzkumu	32

3.2	Hypotézy výzkumu	33
3.3	Metodika výzkumu	33
3.4	Výzkumný soubor	33
3.5	Charakteristika výzkumného souboru	34
4	VÝSLEDKY VÝZKUMU	35
5	DISKUZE	48
	ZÁVĚR	53
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	54
	PŘÍLOHY	55

ÚVOD

...Crohnova choroba je nemoc, při které je chirurg nebezpečný,
internista bezmocný a Bůh milosrdný...

Autor neznámý
(in Červenková, 2009)

Pod pojmem idiopatické střevní záněty (ISZ) mezi něž patří Crohnova choroba, rozumíme zánětlivé postižení střeva bez známé příčiny. Záněty narušují (v případě podobně rozšířené ulcerózní kolitidy) povrchově samotnou sliznici, nebo celou stěnu střeva, jak je typické pro Crohnovu chorobu. Rozdíl mezi těmito velmi podobnými a často neoddělitelnými chorobami tvoří umístění zánětu, kdy Crohnova choroba postihuje naprosto kteroukoli část trávicí trubice od jícnu až po konečník a ulcerózní kolitida narušuje jen konečník a tlusté střevo.

Ačkoli jde o záněty neznámého původu, předpoklady pro tuto chorobu jsou vrozené. K propuknutí pak vedou faktory zevního prostředí – dietní, infekční (bakteriální i virové) a psychické. Významný faktor je i oslabení organismu jinou chorobou, kdy tak tělo dává šanci k propuknutí Crohnovy choroby.

ISZ jsou nemoci trávicího traktu, které úzce souvisejí s výživou. Dobrý nutriční stav je jednou z nutných podmínek nekomplikovaného pooperačního průběhu. Je však důležitý také pro běžné udržování co nejklidnějšího stádia onemocnění. Je nutné se také zmínit o malnutrici, která tato onemocnění velice často doprovází z mnoha důvodů.

V dnešní moderní době pod nátlakem stresu a jiných faktorů se čím dál více projevují choroby tohoto typu. V České republice se odhaduje výskyt 20-30 pacientů na 100 000 obyvatel a každý rok se objeví 1 – 3 noví pacienti na 100 000 obyvatel. S tím také vzrůstá množství dotazů a nejistoty. Není neobvyklé, že pacienti nemají dostatek informací o tak významné složce, jako je umělá enterální výživa.

Pracuji na gastroenterologickém oddělení a setkávám se s pacienty s touto diagnózou. Vidím, že mnohdy nevnímají důležitou souvislost mezi enterální výživou a svou nemocí. Proto jsem se rozhodla zjistit o této problematice co nejvíce informací a zvolila jsem si enterální výživu u pacientů s Crohnovou nemocí jako téma mé bakalářské práce. Cílem práce je co nejsrozumitelněji přiblížit problematiku významné souvislosti výživy s onemocněním a v případě zájmu pak uspořádat pro pacienty s diagnózou morbus Crohn seminář o důležitosti enterální výživy.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CROHNOVA CHOROBA

Crohnova choroba je zánětlivé onemocnění, které se vyskytuje nejčastěji v oblasti tenkého a tlustého střeva až konečníku. Může však postihovat kteroukoli část trávicí trubice (bylo popsáno i několik málo případů postižení úst a jícnu) včetně mimostřevních orgánů, např. do játra, klouby, ale i kůže a oči (extraintestinální manifestace). Crohnova choroba postihuje stěnu střeva v celé její hloubce (je transmurální), avšak úseky mezi jednotlivými segmenty postiženými zánětem mohou být zcela zdravé.

Příčina onemocnění u idiopatických střevních zánětů není známa. V literatuře se uvádí působení dědičných vlivů. V posledních letech je zájem soustředěn na imunologické mechanismy, jelikož je zřejmé, že ať je příčina jakákoli, jde o lokální imunitní odpověď, která způsobí poškození tkáně. Není ani známo, zda jde o přiměřenou odpověď na abnormálně zvýšenou antigenní stimulaci, nebo abnormální reakci na minimální antigenní podnět.

Skutečnost, že neznáme přesnou příčinu onemocnění znamená, že nemáme k dispozici ani prevenci ani lék, který by tyto choroby úspěšně léčil. Léčba proto není kauzální, ale pouze symptomatická. Idiopatické střevní záněty, přesněji Crohnova choroba je onemocnění, které se medikamentózně nedá vyléčit, ale lze dosáhnout dlouhodobé remise, která prakticky odpovídá vyléčení.

Crohnova choroba se může objevit v jakémkoli věku, nejčastěji se objevuje mezi 20. a 35. rokem věku a postihuje stejně často obě pohlaví, výjimečné není ani postižení v dětství. Počet nově vzniklých případů u dětí stoupá.

Za rizikové skupiny obyvatelstva se u Crohnovy choroby považují příbuzní pacientů s Crohnovou chorobou z důvodu možné genetické dispozice, obyvatelé měst a kuřáci.

(Lukáš, 2007; Navrátil, 2008)

1.1 Historie Crohnovy choroby

Historie Crohnovy choroby je mladá, uvádí se rok 1932. Již dříve však jsou v lékařské literatuře popsáni nemocní, kteří věrně připomínají současné pacienty s Crohnovou nemocí. Mezi takové popisy patří i zpráva W. H. Fabryho z roku 1612, kdy při sekci adolescenta, který zemřel krátce po vzniku bolestí břicha a horeček, našel výraznou stenózu koncové části tenkého střeva s nápadně ztlustěnou střevní stěnou, jež byla příčinou neprůchodnosti a následné perforace tlustého střeva.

I v české literatuře se objevují zprávy o takových pacientech, a to již mnoho desítek let před popisem Burrill. B. Crohna a jeho spolupracovníků v roce 1932. Ten popsal celkem 14 nemocných s tímto neobvyklým zánětem tenkého střeva, právě po něm později pojmenovaným. Tuto novou chorobu označil názvem regionální ileitida, která v průběhu několika desetiletí po zásluze dostala jeho jméno. V posledních třiceti letech minulého století je čím dál více zřejmý zájem o Crohnovu chorobu, což je podmíněno zejména stále ze zvyšující prevalencí a incidencí choroby. V roce 1960 byla popsána Crohnova choroba tlustého střeva a odlišena od ulcerózní kolitidy.

(Lukáš, 2007)

1.2 Genetické predispozice

Velice významnou roli hraje genetická složka. Přibližně u 10–25 % nemocných je možné prokázat u pokrevních příbuzných nespecifický střevní zánět. Výskyt Crohnovy choroby v rodině, zvláště u jednovaječných dvojčat, je mnohonásobně vyšší, než obecně v populaci. Předpokládá se, že jde o polygenní typ dědičnosti, ale zatím přesný typ nebyl stanoven. Zajímavostí je přibližně 3-5x častější výskyt u Židů. Tato skutečnost se vysvětluje hlubokým zásahem do životů těchto lidí v minulosti, nesoucím si po generace následky v této formě.

Je možné předpokládat, že u jedinců s určitou genetickou výbavou může tato vnitřní stránka spolu s některými vlivy vnějšího prostředí vést k poškození tkáně určitým typickým způsobem. Významná pozornost je věnována působení atypických mikrobakterií (*M. paratuberculosis*) a mikrovaskulárním změnám podmíněným infekcí spalničkovým virem. Důkazy o vlivech těchto faktorů jsou nápadné, ne však jednoznačné.

(Kohout, 2006)

1.3 Vyšetření a diagnostika onemocnění

Kromě běžného fyzikálního vyšetření a správného odebrání anamnézy je nutné obzvláště vyšetření konečníku (per rektum). Pak obvykle následuje laboratorní a sonografické vyšetření.

Po takovémto celkovém zhodnocení klinického obrazu je v diagnostice zásadní endoskopické vyšetření. Zde se spolehlivě zobrazí případné zánětlivé změny s aftoidními a později velkými vředy, píštěle a pseudopolypy.

Dalším nutným vyšetřením je histologický rozbor bioptické tkáně, kdy můžeme potvrdit zánět, edém, vředy, dilatace krypt, úbytek pohárkových buněk, epiteloidní granulomy.

Potvrzující je taktéž rentgenové vyšetření tenkého střeva, které může zobrazit enteroklýza.

Laboratorní vyšetření

Při laboratorním vyšetření krve se u pacientů s Crohnovou chorobou mimo jiné objevuje anémie, snížená hladina železa.

Zvýšená sedimentace, hladina bílých krvinek a krevních destiček, je typickým příznakem akutního zánětu. Mikrobiologické a parazitologické vyšetření stolice vyloučí infekčního původu střevního zánětu.

Endoskopická vyšetření

Vždy při podezření na Crohnovu chorobu provádíme koloskopii. U pacientů s již zjištěnou Crohnovou chorobou je nutné z důvodu zjištění rozsahu postižení. Většinou je možné proniknout i do konečné části střeva tenkého (terminální ileum), které typicky postihuje Crohnova choroba. V jiných případech je nutné ke zjištění, zda jde o Crohnovu chorobu, nebo o ulcerózní kolitidu. Někdy ale není jiná možnost, než vyčkat na výsledky histologického, či jiného vyšetření.

Je nutné již 2 – 3 dny před vyšetřením dodržovat určitou dietu bez obsahu zbytkové stravy a hrubé vlákniny. Den před vyšetřením je možné nemocným podat už jen tekutou stravu (bujóny, džusy). Odpoledne před vyšetřením je střevo čištěno

pomocí roztoku kontaktních solí podávaných ústy – jsou to např. hořečnaté soli, fosfátové soli, makrogolové preparáty, ke kterým je ale Vždy nutné vypít minimálně 3 – 4 litry tekutiny. Je možné užít i prostředek ve formě připraveného roztoku (Fortrans).

U nemocných s Crohnovou chorobou je nutné vyšetřit i horní část trávicí trubice, protože choroba může postihnout i žaludek nebo dvanáctník, provádí se proto tzv. gastroskopie.

Vzhledem k častému výskytu onemocnění žlučových cest jako mimostřevní manifestace při Crohnově chorobě, je nutné provést vyšetření ERCP – endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie. Toto vyšetření žlučových cest se provádí po nasondování ústí žlučových a pankreatických cest pomocí RTG-kontrastní látky.

Výhodou endoskopických vyšetření je možnost přímého pohledu na nemocné střevo a možnost biopsie.

Postižení střeva Crohnovou chorobou je u některých pacientů objeveno tzv. kapslovou endoskopií. Je to vyšetření trávicí trubice kapslí s mikrokamerou, která po spolknutí prochází postupně celou trávicí trubicí a zároveň je pořizováno cca 50 000 snímků, které poté vyhodnotí lékař do 90ti minut. Toto vyšetření je mimo jiné velice nákladné a specializované a provádí se až po vyčerpání všech ostatních metod. Jeho výhodami je nejmenší invazivita mezi vyšetřeními, možnost vrátit se v záběrech a jako jediné dokáže zobrazit i normálně nedostupné části tenkého střeva. Nevýhodou je nekvalitní obraz z důvodu focení při pohybu, nemožnost ovládat směr a nemožnost terapeutické či diagnostické intervence. Kontraindikací je zjištěná stenóza, kardiostimulátor, těhotenství a porucha polykání.

(Hrušovský, 2006; Poteet, 2006; Mikšová, 2006)

Rentgenová, ultrasonografická a další vyšetření

Vyšetření břicha ultrazvukem, je pro pacienty nejméně náročné a škodlivé. Můžeme jím odhalit původ hmatného zduření v břiše, případně i tloušťku stěn jednotlivých úseků střev a případně jejich prokrvení pomocí Dopplerovy sondy. K zobrazení je vhodná především lokalita v přechodu tenkého a tlustého střeva a eventuelně esovité kličky. Ultrazvukové vyšetření je vhodné např. při podezření na absces v dutině břišní.

Endosonografickým vyšetřením rozumíme zavedení ultrazvukové sondy pomocí endoskopie do střeva. Je možné určit tak tloušťku střevní stěny.

Rentgenové vyšetření břicha bez kontrastní látky se příliš často neužívá, zatímco vyšetření s použitím kontrastu je častější a užitečnější. Užívá se k zobrazení jednotlivých úseků střeva. Irigoskopie za pomoci nálevu kontrastní látky konečníkem byla v podstatě nahrazena koloskopií, používá se tudíž pouze při nemožnosti vyšetření koloskopicky.

Velkou roli v určování Crohnovy choroby má enteroklýza. Jde o vyšetření, při kterém pacient kontrastní látku dostává pomocí tenké sondy zavedené do tenkého střeva. Zobrazí tak různá zúžení a píštěle (fistulografie) v jednotlivých částech trávicí trubice. Vyšetření břicha pomocí počítačové tomografie (CT) se užívá při podezření na nitrobršíšní abscesy.

Leukocytární scan je metoda, která může dopomoci k diagnóze onemocnění Crohnovou chorobou, případně zjištění jejího rozsahu. Jde o podání bílých krvinek označených radioaktivní látkou do krevního oběhu. Následně se sleduje, v kterých místech se začnou kvůli zánětlivému procesu hromadit (jak je typické pro bílé krvinky).

Po zhodnocení anamnézy a fyzikálního vyšetření, laboratorních hodnot a ukazatelů, po zhodnocení všech zobrazovacích vyšetření je možné zjistit aktivitu a rozsah onemocnění a rozhodnout o nejvhodnější léčbě.

(Kohout, 2006, Poteet, 2006)

1.4 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostikou se rozumí odlišení idiopatických střevních zánětů (přesněji: Crohnovy choroby) od jiných chorob.

Specifické střevní záněty se od idiopatických liší tím, že svou příčinu mají známou. Jsou to většinou průjmovitá onemocnění způsobená bakterií (např. Salmonella, Shigella, Escherichia coli, Yersinia enterocolitica, Clostridium difficile, Kochův bacil) nebo viry (jako např. rotaviry, Herpes simplex, Coxsackie, cytomegalovirus, amébou nebo jiných prvoků – Kryptosporidium, plísni – histoplasmóza, aktinomykóza, kandidóza). Mohou se uplatnit i jiná infekční agens, jako např. cytomegalovirus při infekci virem HIV (tzn. při rozvinutí příznaků AIDS). Je nutné také odlišit zvýšení tělesné teploty z různé příčiny. Při déletrvajícím zánětu a větším rozsahu postižení dochází k podvýživě.

Podobná také může být například celiakie, která vzniká působením lepku na buňky sliznice tenkého střeva. Stejně důležité je řádně vyšetřit, zda nejde o ulcerózní kolitidu.

Náhlý začátek onemocnění může napodobit apendicitidu, pacienti jsou pak urgentně operováni. Odstranění slepého střeva však může vést ke vzniku píštělí

Také se vyskytuje postižení tenkého, či tlustého střeva ozářením – postradiační enteritida, kolitida, ischemická, lymfocytární, nebo kolagenní kolitida, divertikulitida, solitární vřed rekta, či endometrióza a řada dalších chorob, které můžeme s Crohnovou chorobou zaměnit.

Postižení střeva nádorem je nutné odlišit při nálezu hmatného útvaru v břišní dutině a případně při prokázání zúžení střeva rentgenovým vyšetřením.

Taktéž anémii lze snadno díky laboratorním metodám a fyzikálnímu vyšetření odlišit od jiných příčin.

Při objevení polypů v tlustém střevě je zapotřebí odlišit zánětlivé polypy, které jsou typické pro Crohnovu chorobu, od adenomů, které však mohou přejít až do rakovinového bujení. Toto lze rozlišit pouze provedením koloskopického vyšetření s odběrem vzorku tkáně – biopsie.

(Lata, 2010; Navrátil, 2008)

1.5 Průběh onemocnění

Idiopatické střevní záněty a jim podobná onemocnění představují pro pacienty omezení na celý život. Probíhají ve stádiích remise a relapsů, kterým se také říká floridní stádia.

Příčina těchto akutních zhoršení není zcela známa a není vždy snadné ji zjistit. Proto se novým vzplanutím raději snažíme zamezit předem tzv. udržovací léčbou, která spočívá v podávání medikamentů.

U neléčeného onemocnění není možné posoudit jeho průběh, i když některé zdroje udávají cyklický průběh i bez léčby a dokonce může dojít k jeho spontánnímu uklidnění. Komplikace tohoto onemocnění mohou být různé, některé je nutné řešit i chirurgicky. Může dojít i k mimostřevním projevům závislým na aktivitě onemocnění.

U Crohnovy choroby je možné díky vypočítanému indexu (Bestův index) zjistit aktuální aktivitu onemocnění.

Další ukazatel je tzv. index aktivity Crohnovy choroby - CDAI (Crohn's Disease Activity Index). K jeho výpočtu je nutné znát subjektivní údaje pacienta a jeho kompletní fyzikální a krevní vyšetření. Mezi subjektivní údaje patří: počet průjmovitých stolic v průběhu jednoho týdne, frekvence bolesti břicha (opět za jeden týden). Dále např. pocit tělesné nepohody a nutnost léčby průjmů léky k zastavení průjmu. Další fakta přibývají při zjištění mimostřevních příznaků nebo v přítomnosti hmatného útvaru v břiše. Stanovení indexů má význam v klinických lékových studiích nebo k porovnání účinku léčby.

Aktivitu onemocnění lze nejpřesněji zjistit koloskopií. Alarmujícím příznakem vzplanutí je výrazně zvýšená hodnota zánětlivých markerů v krvi pacienta.

Ale pozor, ne vždy souvisí aktivita klinická s aktivitou laboratorní nebo endoskopickou. Např. pacienti s endoskopickým vzplanutím onemocnění nemusí mít žádné příznaky (asymptomatický průběh).

(Kohout, 2006; Lata, 2010)

1.6 Příznaky onemocnění

Crohnova choroba se projevuje bolestí břicha nejčastěji v pravém podbřišku. Průjmovitými stolicemi, většinou bez příměsí krve, subfebriliemi a váhovým úbytkem. Je třeba mít na paměti, že stejně jako většina chorob i Crohnova choroba může probíhat asymptomaticky. Příznaky při zhoršení stavu a náhlého začátku onemocnění jsou popsány podrobněji v následující kapitole.

Jedním z hlavních příznaků tohoto onemocnění je malnutrice. Může být způsobena efektem léků, či zmenšením resorpční plochy po resekcí tenkého střeva, při vytvoření ileostomie u vnitřních píštělí, či u pacientů se zúžením tenkého střeva, či snížením příjmu potravy při bolestech břicha. Vzhledem k tomu, že malnutrice může zhoršit průběh nemoci, prodloužit průběh relapsu, zhoršit výsledky operačních výkonů, či vést ke vzniku střevních, mimostřevních, infekčních i neinfekčních komplikací, je nutné takovýto deficit příjmu potravy včas diagnostikovat a nejlépe mu předejít včasnou a vhodnou úpravou stavu výživy.

(Lukáš, 2007)

1.7 Komplikace

Komplikace Crohnovy choroby je možné rozdělit na střevní a mimostřevní.

Nejčastějšími střevními komplikacemi jsou píštěle, abscesy (přičemž může dojít k perforaci střeva) a stenózy. Stenóza se projevuje jako zúžení střevního průsvitu střeva se zhoršenou průchodností tráveniny (subileus). Může se i zcela uzavřít střevní průchod a dojde k následným typickým projevům střevní neprůchodnosti. Ileus vznikl buď na základě otoku střevní sliznice při akutním zánětu, nebo vazivovém zjizvení při hojení.

Může dojít ke vzniku píštělí. Jedná se o nefyziologické spojky mezi střevními kličkami (enteroenterální, či enterokolická píštěl), nebo mezi střevními kličkami a jiným orgánem, jako je např. pochva (enterovaginální), nebo močový měchýř (enterovesikální). Píštěl může vzniknout i mezi střevem a kůží (enterokutánní píštěl). Velmi často se vyskytují píštěle v blízkosti konečníku a análního otvoru.

Jinou komplikací u Crohnovy choroby jsou abscesy, které se vytvářejí v břišní dutině mezi střevními kličkami, v oblasti hýžd'ových svalů nebo jinde v blízkém okolí konečníku. V podstatě se tvoří kdekoli v blízkosti střevních kliček i bez souvislosti se střevem.

Těžkou nebezpečnou a častou komplikací Crohnovy choroby je krvácení do střeva, či dutiny břišní, které je nutné řešit chirurgicky. K chirurgickému zákroku je nezbytné přistoupit i z důvodu perforace střeva se zánětem pobřišnice

Extraintestinální komplikace zahrnují postižení kloubů a páteře (artralgie, artritida, ankylozující spondylitida). Bohužel při odstranění postižené části tlustého střeva se zánětlivé příznaky na kloubech nezmiří. Další jsou postižení oční (konjunktivitidy, episkleritidy, uveitidy, iritidy), kožní (erythema nodosum, pyoderma gangrenosum, lišej a vředy na kůži), slizniční (aftoidní vředy v ústech), biliární a jaterní, kdy dochází k zánětu a poté k vazivové přeměně malých žlučovodů. Stav je provázen žloutenkou, svěděním kůže a teplotami, přičemž je zde velké riziko rozvoje jaterní cirhózy. Často se taktéž objevují ledvinné a žlučnickové kameny.

Také ledviny, cévy, či srdce mohou být postiženy přeneseným zánětem ze střeva. Objevují se trombózy, kdy je nebezpečí trombembolické nemoci – TEN.

Idiopatické střevní záněty, případně léky, které se užívají při jejich léčbě, mohou vyvolávat některé další problémy, jako například osteoporózu při sníženém vstřebávání vápníku a vitamínu D. Stav může ještě zhoršit případná intolerance laktózy. Špatné vstřebávání živin způsobené zánětlivými změnami v tenkém střevě, nebo častými resekcemi střeva, může vést k malnutrici, případně nedostatku

stopových prvků. Výrazný nedostatek draslíku a hořčíku se objevuje u vyšší frekvence průjmů.

Při těchto komplikacích může dojít ke vzniku sepse (otravy krve), která by mohla zapříčinit vznik šokového stavu, nebo dokonce smrti pacienta.

(Kohout, 2006; Lukáš, 2007; Andus, 2006)

1.8 Léčba

Liší se podle aktivity zánětu a podle odpovědi na léčbu. Záleží na tom, zda léčíme akutní vzplanutí nebo klidové stádium.

Konzervativní léčba obnáší podávání léků s protizánětlivým, či protibakteriálním účinkem. Dále se uplatňuje biologická léčba.

Může probíhat léčba dietou, nebo podáváním umělé enterální výživy do střeva pacienta. Pomocnou roli může mít i psychoterapie. Teprve v případě, že konzervativní léčba není účinná, je nutný chirurgický zákrok.

1.8.1 Medikamentózní léčba

V léčbě idiopatických střevních zánětů se užívají preparáty kyseliny 5 – aminosalicilové (5-ASA), které se podávají ústy, případně lokálně v klyzmatech, nebo rektálních čípcích.

Dále se užívá silný a okamžitý účinek kortikoidů neboli kortikosteroidů. Jsou to látky odvozené od hormonů kůry nadledvin, které mají silný protizánětlivý účinek a necílený imunosupresivní účinek. Podávají se jak ústy, tak žilně. Po podání žilně působí systémově na celý organismus. Nebo lze užít lokální podání: klyzmatem nebo formou čípku - topické kortikoidy, které působí cíleně v místě podání.

Použití imunosupresiv – látek, které potlačují imunitní odpověď, se liší od biologické léčby – protilátek proti cytokinům, které způsobují protizánětlivou odpověď v organismu. Užívají se také léky s protibakteriálním účinkem – antibiotika, chemoterapeutika, probiotika (dodatky živé mikrobiální flóry).

Léky ovlivňují zánětlivou odpověď v místě postižené střevní sliznice. Užívají se při léčbě lehkých a středně těžkých forem Crohnovy choroby. Jejich hlavní indikací je udržovací léčba po zvládnutí akutní fáze lehkých a středně těžkých forem onemocnění. Používají se také v indukční léčbě při vzplanutí onemocnění většinou lehké nebo středně těžké aktivity. Preparáty 5 – ASA se liší podle místa působení na

určité oddíly trávicího traktu. Podle toho se při různém rozsahu postižení užívají různé preparáty. Jak je zřejmé, pro oblast konečníku a esovité kličky se volí čípky a klyzmata. Pro zbylou trávicí trubici se užívají tablety. Sestupný tračník se dá ještě částečně ovlivnit klyzmaty. Pro celé tenké i tlusté střevo se užívají tablety Pentasa. Pro oblast ilea a tlustého střeva jsou určeny tablety Salofalk a Sulfasalazin. Pro tlusté střevo se užívají tablety Asacol a Colazide. Sulfasalazin obsahuje kromě 5-ASA i sulfapyridin, který má též protizánětlivé účinky, ale při jejich užívání jsou časté nežádoucí účinky. Další preparáty obsahují pouze 5-ASA různě vázanou, či upravenou tak, aby se uvolňovala pouze v příslušné části, kde je zapotřebí.

Kortikoidy neboli kortikosteroidy se užívají k léčbě nespecifických střevních zánětů od roku 1955. Využívá se jejich protizánětlivého a imunosupresivního účinku. Jsou účinné v léčbě akutního vzplanutí Crohnovy choroby, nehodí se však k udržení klidového stavu. Jsou to velmi účinné léky, které ale přinášejí mnoho nežádoucích účinků, jako je např. osteoporóza, nebo možnost vzniku, či zhoršení cukrovky. Dále např. akné, přibírání na váze, možné zhoršení psychóz, možnost vzplanutí bakteriální infekce nebo tuberkulózy, minerálový rozvrat a další.

Ovšem chybou by bylo při takovémto vzplanutí kortikoidy neužívat, navozují totiž okamžité zklidnění stavu.

V udržovací fázi je potřeba je vyměnit za preparáty mesalazinu, nebo imunosupresiv. Další možností jsou tzv. topické (místní) kortikoidy, ke kterým patří Budesonid (Budenofalk, Entocort). Působí na střevní sliznici a téměř vůbec se nevstřebávají do krve. Po případném vstřebání jsou z větší části metabolizovány v játrech a do organismu se nedostávají.

U některých pacientů po snížení dávky kortikoidů dochází k novému vzplanutí onemocnění. U těchto pacientů je nutné udržovat stále hladinu kortikoidů a podávat je neustále alespoň v malé dávce a změnit udržovací léčbu za agresivnější, jako je např. léčba imunosupresivy nebo biologická léčba. Někdy je třeba zvolit i chirurgické řešení.

Imunosupresiva jsou léky, které blokují činnost imunitního systému, který nás chrání před cizorodými látkami. Imunitní systém však může selhat způsobem, že začne vytvářet protilátky proti vlastním tkáním a tato vystupňovaná zánětlivá odpověď zhoršuje průběh Crohnovy choroby. Azathioprin a 6 – merkaptopurin se užívají u Crohnovy choroby k náhradě vysoké dávky kortikoidů a jsou zapotřebí k udržení klidového stavu.

Klinické studie prokázaly velmi dobrý vliv léčby imunosupresivy ve srovnání s mesalazinem u pacientů po chirurgickém výkonu. Indikace k podávání imunosupresivní léčby azathioprinem jsou stále rozšiřovány. Podobně tak účinkuje Cyklosporin A. Je to lék užívaný ke snížení imunitní odpovědi po transplantacích orgánů, používá se pouze u akutních stádií onemocnění. Další imunosupresiva, jako methotrexate se užívají v těžkých stavech Crohnovy choroby, kde již není možná jiná léčba, kde selhává léčba, nebo jako poslední možnost před chirurgickým zákrokem.

1.8.2 Biologická léčba

Nejnovější farmakoterapii představuje léčba biologická. Anti-TNF a protilátky (např. infliximab a adalimumab) jsou indikátory u CD resistantní na konvenční farmakoterapii, v léčbě perianálních píštělí a také při některých mimostřevních manifestacích. (Lata, 2010, str.101)

1.8.3 Protibakteriální léky a probiotika

Používání antibiotik či chemoterapeutik je většinou empirické – využívá se kladných zkušeností s nimi. Tyto látky mají za úkol snížit množství cizorodých látek ve střevě, tzv. antigenů a tím zajistit i menší množství možných elementů vyvolávajících zánět, nebo mohou změnit složení bakterií ve střevě změnou obsahu.

Jsou to preparáty chinolonové řady jako např. Ofloxacin, Ciprofloxacin a chemoterapeutika jako např. Metronidazol, který je mimo jiné podáván po operacích pro udržení klidového stavu.

Ovšem některá širokospektrá antibiotika jsou pro střevní mikroflóru spíše škodlivá a v některých případech by mohla vyvolat i akutní vzplanutí Crohnovy choroby. Proto je vždy nutné se poradit s gastroenterologem, která antibiotika je možné požit a zahájit preventivní podávání probiotik nebo jejich dávku zvýšit.

Probiotika jsou preparáty, které obsahují živou mikroflóru s pozitivním účinkem na zdravotní stav pacienta. Je prokázáno, že u pacientů s Crohnovou chorobou dochází vlivem nemoci ke změně střevní mikroflóry. Proto je preventivní podávání probiotických kmenů bakterií více než vhodné. Užívají se v udržovací fázi onemocnění k prevenci dalšího relapsu. Jsou to preparáty s jedním, či více druhy kmenů bakterií (Escherichia coli, Lactobacillus, Bifidobacterium, kvasinka

Saccharomyces boullardi a další), jako např. monobakteriální Mutaflor, nebo Santax. Mezi vhodné multibakteriální preparáty patří Probioflora, nebo Lopicol.

Stejným způsobem lze ovlivnit mikroflóru ve střevě i potravinovými doplňky, léky, nebo jinými nestravitelnými sacharidy. Je možné je kombinovat s probiotiky, pak se jim říká symbiotika. Hlavní je počet mikrobů a jejich účinek. Jejich forma není tak důležitá, a proto do této skupiny patří také i laikům známý Actimel, či Activia.

Při léčbě Crohnovy choroby se často užívají i jiná léčiva, např. antidiaroeika.

(Lukáš, 2007; Kohout, 2006)

1.8.4 Léčba umělou výživou

Pokud příjem živin přirozenou cestou není dostačující, je potřeba podat umělou výživu. Slouží ke zlepšení nutričního stavu pacienta, což pochopitelně vede k lepší odpovědi pacienta na léčbu. Snižují se počty komplikací, obzvláště po chirurgických výkonech.

Další indikací je příprava k chirurgickému výkonu. Pacienti v dobrém nutričním stavu samozřejmě lépe snášejí celou operaci a zkracuje se tak pooperační průběh. Dobrá výživa je také znát na rychlosti a pevnosti hojení jizvy a pooperačních střevních spojek – anastomóz. Umělá výživa se u pacientů s Crohnovou chorobou užívá také jako léčebný prostředek pro navození klidového režimu, při kterém pacient dostává do střeva pouze umělou výživu. Dochází k redukci množství vniklých cizorodých látek (antigenů), které se dostávají běžně do těla potravou. Tím se sníží i imunitní odpověď. Výrazný účinek má umělá výživa u dětí a mladistvých, kde její efekt je možné srovnávat s efektem kortikoidů. V dospělosti používáme umělou výživu v případech, kdy nemoc nelze zvládnout ani užitím kortikoidů, ani imunosupresiv.

Umělou výživu také užíváme po opakovaných resekcích střeva, kdy vzniká syndrom krátkého střeva, nebo při těžkých zúženích střeva, či k léčbě píštělí, podezření na perforaci střeva, či zánět pobřišnice.

(Křemen 2009)

1.8.5 Psychoterapie

Šok, nejistota, strach apod. jsou první reakce po sdělení diagnózy. Pokud ovšem pacient nepatří mezi ty, kteří mají za sebou nekonečný řetězec akutních potíží

a vyšetření, takovým se spíše uleví, protože konečně znají svou diagnózu Crohnova choroba a může se přistoupit k cílené léčbě. Se stoprocentním vyléčením však počítat nemohou.

Souvislost mezi imunitním systémem a mozkiem je zcela jasná, proto také ovlivňují psychické problémy průběh onemocnění. Míru projevů Crohnovy choroby stres velice ovlivňuje. Dle zkušeností pacientů i lékařů může vyvolat jak akutní vzplanutí onemocnění, tak naopak i hlubokou imunosupresi. Vhodně podávaná psychoterapie tak může způsobit zklidnění nemoci. Někdy je ovšem nutné navodit psychické zklidnění pacienta pomocí sedativ.

Jak víme, Crohnova choroba je nemocí doprovázející nemocného celý život. Komunikace s chronicky nemocným má svá specifika. Chronická nemoc pacienta dlouhodobě vysiluje. Nemocní mohou dojít k otázkám 'proč právě já?', nastupují pocity ukřivdění. Akceptování své nemoci je čím dál těžší i kvůli médiím, která informují o nejnovějších pokrocích v medicíně, bohužel v oblasti jeho onemocnění se pokrok neuskutečnil. S jeho chorobou se zkrátka nedá mnoho dělat. Namísto úspěšného vyléčení se může pacient stát odborníkem svého onemocnění a zkoumat její sám na sobě. Pacienti se mohou i sami nutit onemocnění přemáhat. Často si vyčítají, že si onemocnění přivodili sami přepínáním sil. Když se však začnou šetřit, okolí je pokládá za 'slabochy'. Život lidí s Crohnovou chorobou není nijak snadný, nemoc se neustále mění a adaptace nikdy nekončí. Proto nejdůležitější terapeutický prostředek je zájem, vyslechnutí, porozumění a emoční podpora.

(Červenková, 2006, Beran, 2010)

1.8.6 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je využívána až tehdy, selhala-li léčba konzervativní, nebo jedná se o akutní komplikace nemoci. Rozlišujeme výkon emergentní – výkon prováděn v nebezpečí smrti, či těžkých komplikací, či elektivní – výkon předem plánovaný a po dostatečné přípravě.

U Crohnovy choroby je indikací k emergentnímu chirurgickému výkonu rozsáhlé krvácení, akutní střevní ileus, těžký akutní zánět se septickým stavem, nebo zánět pobřišnice. Indikace k elektivnímu výkonu je např. selhání nebo komplikace konzervativní léčby, výrazné zúžení střevního průsvitu, četné střevní píštěle,

močové komplikace, rakovinné bujení, výrazné hubnutí pacienta, nebo u dětí zastavení růstu.

Chirurgický výkon by měl být co nejšetrnější, aby se zamezilo zbytečnému zkracování střeva, jehož plocha je potřebná pro vstřebávání živin. Provádí se tzv. strikturoplastika, při které se pouze provede plastická úprava zúžení. Pokud není jiné řešení, než časté resekce střeva, dochází k syndromu krátkého střeva, který se projevuje nemožností pacienta se uživit požíváním běžné stravy, Je proto nutné ji kompenzovat stravou umělou.

U pacientů, u kterých není jiná chirurgická možnost než umělé vyústění střevního lumen na povrch těla (stomie), je nutné edukovat o tomto umělém vyústění střeva.

(Kohout, 2006; Navrátil 2008)

1.8.7 Dieta a její vliv na Crohnovu chorobu

Výživa je pro člověka jediným zdrojem příjmu energie. Má významné místo ve vývoji lidstva a je nezbytná k udržení uspokojivého zdravotního stavu. Ve vývoji člověka se neustále mění způsoby stravování a výživové zvyklosti.

U pacientů s morbus Crohn mohou vhodná dietní opatření zlepšit jejich stav a tím průběh léčby. V úvodních stádiích malnutrice může úprava diety sloužit jako první opatření pro její řešení.

Úkolem je doplnit chybějící makronutrienty i mikronutrienty a živiny, které pacient není schopen absorbovat, zejména v průběhu relapsu onemocnění, či ztratí stolicí nebo zvýšeným metabolickým obratem v průběhu katabolického stavu.

Proto je nutné zejména u pacientů s Crohnovou chorobou zhodnocení stavu výživy a podání plnohodnotné diety, která přivede veškeré makronutrienty i mikronutrienty, které organismus potřebuje.

Zvláště u takto nemocných není snadné krýt veškerý energetický nárok organismu. Často dochází ke ztrátě tekutin a bílkovin kvůli zvýšenému množství průjmů. Správná strava má být plnohodnotná, má dostatečný obsah bílkovin, sacharidů, tuků, minerálů, stopových prvků a minerálních látek.

V období remise u Crohnovy choroby není nutná přísná dieta. Strava by měla být podávána v menších a častějších dávkách během dne a měla by být dostatečně energeticky vydatná. V období relapsu je však doporučena dieta s vyloučením

nestravitelné vlákniny, Někdy je doporučováno vyloučení veškeré stravy a podává se pouze umělá výživa.

Velice důležitý je pitný režim. Je zapotřebí, aby pacient dodržel zvýšený příjem tekutin (alespoň 2 litry)

Výživa spočívá v podstatě v bezezbytkové dietě (bez luštěnin, ořechů, semen, nadýmavé zeleniny, celozrnných výrobků apod.).

Je dobré omezit příjem ostrých, pálivých, či dráždivých koření, jako je pepř, pálivá paprika, chilli apod. Příklad příjem stravy je přísně individuální, nelze upravovat dietu pouze dle předepsaných pravidel. Pokrmy by měly být dostatečně pestré, chuťově i vizuálně dobře upravené.

Je dobré mít na paměti, že neexistuje výběr jídel, který by zajistil stálou remisi onemocnění.

U Crohnovy choroby se může vyskytnout u některých nemocných malabsorpce, některé potraviny se nevstřebávají. Jde většinou o nesnášenlivost sacharidů, nebo tuků. Jsou to řepný cukr a mléčný cukr – laktóza. Proto se doporučuje cukr hroznový – Glukopur, či umělá sladidla.

Vhodné je vyloučit potraviny s vysokým obsahem tuků a omezení je třeba i při přípravě jídel, nevylučujeme je však zcela, aby nebylo ohroženo vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích.

Pokud energetická nebo biologická hodnota jídla není dostačující a pokud pacient není schopen přijímat adekvátní množství potravin, je možné stravu obohatit o různé dietetické moduly. Protifar, jako bílkovinný přípravek s velkou biologickou hodnotou bílkovin, má neutrální chuť a mírně zahušťuje konzistenci připravovaného jídla.

Změna výživových zvyklostí a způsobu života během posledního století se zdá být jedním z hlavních důvodů, proč výskyt idiopatických střevních zánětů, jako je Crohnova choroba, či ulcerózní kolitida, vzrostl.

Hlavním důvodem je zřejmě snížený podíl přirozené potravy a naopak zvýšení spotřeby více zpracované potravy (vymílaná mouka, rafinovaný cukr, více masa a mléka v potravě, nízký příjem ovoce a zeleniny a vlákniny obecně). Tato změna složení potravy může vést také ke změně mikrobiální flóry ve střevě, která potom vede ke změně odpovědi na požití antigeny.

Vztah mezi způsobem stravy a vznikem idiopatických střevních zánětů jde objasnit jen velmi obtížně. Změna preferencí potravin může být odrazem obtíží

pacienta ještě před utvořením diagnózy, i když určité úseky střeva již vedly k typickým obtížím. Je tedy téměř nemožné najít druh potravin, která by mohla vést ke vzniku onemocnění. Různé studie prokázaly vztah mezi zvýšenou konzumací rafinovaného cukru a zhoršením idiopatických střevních zánětů.

Pacienti s Crohnovou chorobou mají v anamnéze zvýšenou spotřebu cukru cca o 50 % - 250 % oproti zdravým jedincům, ať už jde o dodatečné slazení, či požívání sladkostí. Paralelně probíhá vztah mezi zubním kazem a zvýšeným příjmem cukru. Proto byl nalezen vztah mezi zvýšeným výskytem zubního kazu a Crohnovou chorobou. Podle jisté studie byla prokázána souvislost mezi zvýšeným rizikem Crohnovy choroby u nekuřáků.

Vysvětlení bylo prokazováno buď ve zvýšení střevní propustnosti po požití cukrů v důsledku vzniku hyperosmolárního prostředí v střevě a tím zvýšené absorpci antigenů ze střevního lumen, nebo změnu bakteriální flóry při zvýšeném požívání sladkých pokrmů.

Naopak u pacientů se zjištěnou Crohnovou chorobou nevede vyloučení rafinovaného cukru z jídelníčku k lepšímu průběhu onemocnění.

V různých studiích nebyl prokázán přímý vztah mezi vznikem onemocnění a požíváním kávy, alkoholu, bílkovin, tuků, polysacharidů, nebo vlákniny, přestože z teoretického hlediska by toto bylo mnohdy vysvětlením.

Zkoumána byla i souvislost mezi přítomností potravinové alergie nebo intolerance a idiopatickými střevními záněty a nebyla zjištěna u těchto pacientů vyšší incidence potravinové alergie, než u zdravých lidí. Nesnášenlivost některých potravin, které pacienti vysazovali, souvisela spíše se základním onemocněním. Souvislost s Crohnovou chorobou nebyla nikdy prokázána, přestože se doporučuje při relapsu snížit množství antigenů.

Dieta s vyšším obsahem rafinovaného cukru a cukrovinek obsahuje pochopitelně menší množství ovoce, obilovin a zeleniny. Z tohoto důvodu taktéž obsahuje méně vitamínů a stopových prvků, nehledě na používané stabilizátory ve sladkých potravinách, které způsobují záněty střev u experimentálních zvířat.

(Dastych, 2006; Kohout, 2006)

2 ENTERÁLNÍ VÝŽIVA

Enterální výživou se rozumí průmyslově vyráběné výživové přípravky podávané do trávicího traktu a to buď popíjením, či aplikací nasoenterální sondou, případně gastrostomií.

Umělou výživu lze rozdělit podle několika hledisek. Dle cesty podávání na parenterální a enterální, dle množství na úplnou a doplňkovou umělou výživu a podle doby podávání na krátkodobě podávanou (např. jako příprava na operační výkon) či dlouhodobě podávanou umělou výživu.

V širším slova smyslu se enterální výživou rozumí podávání farmaceuticky připravených výživných roztoků do trávicího traktu. Nikoliv tedy podávání kuchyňsky upravených diet.

Kromě dodávky živin v množství potřebném pro další existenci a vývoj pacienta, má enterální výživa i jiné účinky, jako je udržení střevní bariéry, prevence bakteriálního zpřístupnění nebo výživa střevních buněk.

Je to přirozená cesta podávání výživy, proto ji u všech pacientů, u kterých stačí přívod chybějících živin enterálně, dáváme přednost před výživou parenterální.

Enterální výživa je indikována v případě, že pacient není schopen nebo nechce přijímat dostatečné množství perorální stravy, ale trávicí trakt má funkční. Při zhoršeném vstřebávání je vhodné použít oligomerní přípravky. Když je trávicí trakt funkční, je enterální výživa vždy první metodou volby.

Mezi ojedinělé kontraindikace patří těžký zánět až selhání střeva, střevní obstrukce a píštěle v trávicí trubici. Také nemožnost přístupu do gastrointestinálního traktu nebo neúměrné riziko spojené se získáním nebo ošetřováním tohoto přístupu. Mezi tato neúměrná rizika patří např. popáleniny nebo poranění obličeje.

(Křemen, 2009)

2.1 Umělá výživa u pacientů postižených Crohnovou chorobou

Umělá enterální výživa představuje u pacientů s diagnózou morbus Crohn postup terapie, kterým je možné navodit remisi onemocnění se srovnatelným účinkem jako kortikoidní léčba. Snižuje antigenní tlak na imunitu střevní sliznice a udržení, či zlepšení stavu výživy pacienta.

Je indikována u pacientů, u kterých se projevila malnutrice, nebo u nichž malnutrice hrozí a nejsou schopni stav výživy samotným perorálním příjmem

vyrovnat. Další indikací je relaps Crohnovy choroby. Zde je úplná enterální výživa jednou z možností navození remise. Před plánovanou operací se umělá výživa podává v případech, kdy je nutné vysadit terapii kortikoidy či imunosupresivy a u kterých by při jejich vysazení hrozil relaps onemocnění.

Kombinace enterální výživy a imunosupresivní léčby u chronicky aktivní Crohnovy choroby je prokazatelně vysoce efektivní postup pro navození a udržení remise. Enterální výživa zlepšuje nutriční stav a tvoří tzv. most do nástupu účinku imunosupresivní léčby a také snižuje riziko imunosupresivní léčby.

(Dastych, 2006)

2.2 Indikace a kontraindikace enterální výživy

Enterální výživa je indikována u pacientů se skutečnou nebo hrozící malnutricí, jejichž trávicí trakt je ale plně funkční.

Indikace se rozdělují na: gastroenterologické, neurologické, neurochirurgické, onkologické, psychiatrické, stomatologické, stomatochirurgické, gerontologické, pediatrické, u pacientů s malnutricí, v kritických stavech a další.

Kontraindikace enterální výživy u Crohnovy choroby se rozdělují na absolutní a relativní. V akutní fázi onemocnění, bezprostředně po traumatu nebo operaci a v jejím průběhu, není indikována žádná enterální forma umělé výživy.

Prvotním zájmem je stabilizovat zdravotní stav natolik, aby byl organismus schopen přijímat živiny a využít je ve správné míře z jejich podání. Ze stejného důvodu je umělá výživa kontraindikována při šokovém stavu.

2.3 Cesty aplikace enterální výživy

Umělou enterální výživu je možné podávat perorálně, popřípadě zavedenou nazoenterální sondou nebo punkční gastrostomií.

Enterální výživu můžeme podávat buď bolusově (při podávání do žaludku), nebo kontinuálně (při podávání do tenkého střeva) a to většinou pomocí peristaltické pumpy. Velikost bolusů se pohybuje podle snášenlivosti pacienta, většinou mezi 250 a 350 ml. Při kontinuálním podávání je možné podávat výživu cyklicky s 8 hodinovou přestávkou.

Při dlouhodobější indikaci sondové výživy se zvažuje možnost perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) nebo jejunostomie (PEJ). Indikací pro tento

přístup jsou neurologické poruchy polykání, nebo tumory horní části trávicího traktu a nebo perioperační výživa u pacientů s chirurgickým zákrokem v orofaryngeální oblasti.

Nejčastější technikou PEG nebo PEJ je endoskopické zavedení. Při jejunostomii se zavádí sonda do jejunu díky gastrostomii. Jinou možností přístupu je chirurgická technika, která se v současné době indukuje v případě stavu pacienta, který nedovoluje endoskopické zavedení (po chirurgických výkonech v oblasti břicha či obstrukce horní části traktu). Punkční technikou lze provádět jejunostomii přímo na kličky jejunu při laparotomické operaci při resekci žaludku, jícnu nebo hemipankreatikoduodenoskopii podle Whipplea.

(Dastych, 2006)

2.3.1 Sipping

Nejjednodušší formou podávání umělé enterální výživy je její podávání ústy – formou popíjení neboli „sipping“. K tomuto způsobu se užívají ochucené preparáty enterální výživy obsahující buď jednotlivé živiny, nebo všechny složky výživy, což jsou: bílkoviny, sacharidy, tuky, minerály, stopové prvky a vitamíny. Popíjení těchto preparátů je zapotřebí jako doplňková enterální výživa při malnutričním stavu. Podávají se jako přírůstek k běžnému perorálnímu příjmu.

U pacientů s Crohnovou chorobou s malnutricí vždy začínáme aplikací enterální výživy sippingem, buď jako doplněk diety, nebo jako plný příjem energie a živin.

2.3.2 Nasoenterální sonda

V některých případech je nutné zavést sondu do trávicího prostředí, a to buď do žaludku – nasogastrická sonda, do dvanáctníku – nasoduodenální sonda, či do první kličky tenkého střeva – nasojejunální sonda. Vzhledem k nutnosti kontinuální aplikace umělé výživy do tenkého střeva a malému průměru sond jsou nezbytné enterální pumpy. Toto se týká případů, kdy se podává plná enterální výživa, eventuelně, pokud pacient není schopen požit celou dávku enterální výživy perorálně.

Pro krátkodobé podávání enterální výživy můžeme použít nasogastrickou sondu s širším lumen, zatímco při riziku aspirace nebo při dlouhodobém podávání se používá sonda nasojejunální s užším průměrem, zavedena do jejunu, sonda se zavádí buď pomocí peristaltiky, nebo pod skiaskopickou kontrolou pomocí vodiče.

Další možnost je endoskopické zavedení po vodiči, zatažením sondy endoskopem nebo zavedením tenké sondy pracovním kanálem. Při podávání enterální výživy do jejunu se výrazně zvyšuje riziko protiperistaltického pohybu a možnost regurgitace, zvracení, eventuální aspirace enterální výživy. Úzká nazojejunální sonda nepřekáží v nose ani při polykání a při aplikaci výživy nevzniká pacientům reziduum v žaludku, a proto nedochází ke ztrátě chuti k jídlu a mohou stravu a enterální výživu s úspěchem kombinovat.

Pokud je třeba podávat enterální výživu po delší časový úsek, je vždy nutné zvažovat, zda zavést nazojejunální sondu, nebo by bylo vhodnější provést perkutánní endoskopickou gastrostomii (PEG). U pacientů s Crohnovou chorobou podáváme enterální výživu nazojejunální sondou i po delší dobu (déle než 6 týdnů), obzvláště u dětí, či adolescentů. U těch ve fázi relapsu podáváme 3 – 6 měsíců.

Převážně se používají polyuretanové, PVC, či pryžové sondy o malém průřezu, který zajistí možnost příjmu současně perorálnímu příjmu potravy. K zavádění sondy se užívají různé metody jako je zaplávání naslepo.

(Křemen, 2009)

2.4 Přípravky enterální výživy

Veškerá enterální výživa je dělena na tzv. modulové, polymerní a oligomerní přípravky, které se mezi sebou liší složením. Vysokomolekulární (polymerní) obsahují polypeptidy, škroby a tuky, tyto složky vyžadují pro resorpci kontakt s trávicími enzymy. Nízkomolekulární (oligomerní) obsahují oligopeptidy, maltodextriny a MCT tuky, tyto nevyžadují k resorpci kontakt s trávicími enzymy.

Variantou vysokomolekulárních přípravků jsou modifikované přípravky pro různé speciální situace a v neposlední řadě jsou to také přípravky pro sipping. Polymerní přípravky jsou chuťově přijatelné pro perorální podání, je možné je podávat i sondou.

Oligomerní dietetika mají méně přijatelné organoleptické vlastnosti, proto se podávají sondou.

Modulová dietetika mají zpravidla podobu chuťově nevýrazného prášku, který se přimíchá k běžné stravě, polymernímu dietetiku, nebo se připravuje samostatně jako nápoj. Běžné polymerní dietetikum obsahuje v obvyklé dávce 2 litrů: 80g bílkoviny, 250g sacharidů a 80g tuku. Jsou vyráběny i různé modifikace tohoto složení: s nižším obsahem vody, vyšším obsahem bílkovin, nebo energie, větvených aminokyselin, tuků, směs pro diabetiky, pro nemocné s dechovou insuficiencí a jiné. V poslední době je častou součástí vláknina, která normalizuje defekační stereotyp.

Blenderizované diety jsou mixovány průmyslově z hotových potravin, jejich výhodou je okamžitá připravenost k použití, dobré chuťové vlastnosti, vysoký obsah vlákniny a kvalitní zdroj bílkovin. Nevýhodou je poměrně častá kontaminace při přípravě. Vysoká viskozita navíc znemožňuje podání tenkou sondou. U mnoha nemocných je kontraindikována laktóza, kterou většinou obsahují.

2.5 Přípravky pro sipping

Liší se od základních roztoků enterální výživy tím, že jsou ochucené sladkou nebo slanou příchutí. Podle charakteru použití mohou obsahovat vlákninu.

Velice vhodné přípravky, které také lze užívat bez jakékoli úpravy jsou přípravky přímo určené k popíjení. Jde o Nutridrinky, Diasipy, Cubitany, Fortimely a pod. Výrobky tohoto typu obsahují velké množství vlákniny. Všechny příchutě i druhy Nutridrinků, které trh nabízí, jsou nutričně vyvážené a obsahují přesné množství základních živin. Obsahují také mikronutrienty a vitamíny. Podávají se buď samostatně chlazené jako osvěžující nápoj, nebo přidané do různých nápojů, či tvarohových pěn.

Při pravidelném popíjení těchto dietetických modulů by pacient s Crohnovou chorobou měl být nutričně zajištěn. Fortimel je vhodný zejména při nutnosti doplnění bílkovin, jelikož jde o nekompletní tekutou stravu s přídavkem vitamínů, minerálních látek a stopových prvků a zvýšeným obsahem obzvláště bílkovin.

2.6 Úprava diety při užívání enterální výživy

Pacienti, kteří trpí stenózami ve střevě, nebo při akutním vzplanutí této choroby, by neměli požívat syrovou zeleninu ani ovoce. Tyto potraviny mohou

nahradit třeba ovocnými, či zeleninovými šťávami, kašemi, pyré apod. Zelenina by měla být tepelně zpracována do měkka, nebo rozmixována, ale i tak omezíme obsah zeleniny ve stravě na minimum.

Vegi-Vegi a Famili-Vegi jsou kořenící směsi vhodné pro nemocné s Crohnovou chorobou, protože ačkoli zdánlivě malé množství zeleniny v sušeném stavu jako je mrkev, petržel, cibule, celer, brambory, česnek a houby představuje mnohonásobně více, než za syrova. Jejich výhodou je všestranné použití do polévek, omáček, sekaných mas, ale i do za studena připravovaných pokrmů, např. pomazánek. Kromě jiného je v koření obsažen draslík, hořčík, a vitamín B12. V koření Vegi-Vegi není na rozdíl od běžných podobných přípravků obsažen glutaman sodný.

2.7.1 Ambulantní sledování pacientů indikovaných k užívání umělé enterální výživy

Umělá výživa je léčebný prostředek umožňující lepší průběh choroby a u některých pacientů je dlouhodobě nutná pro umožnění přežití. Neustále je však zapotřebí monitorovat její eventuální komplikace, včetně metabolických. Provádíme pravidelné kontroly, které se liší dle stabilizace pacienta.

U pacientů je nutná zejména kontrola bilance tekutin. Obzvláště na počátku aplikace umělé výživy je zapotřebí tuto kontrolu provádět denně. Později postačí jen orientační sledování. V počátcích je vhodné monitorování hmotnosti na metabolických vahách. Pravidelně je nutné sledovat tělesnou teplotu.

Důležitá je péče o sondu, popřípadě stomii. Je nutné pravidelně proplachovat nazoenterální nebo gastrostomickou sondu po každé aplikaci přípravku enterální výživy či léku. Po založení perkutánní endoskopické gastrostomie jsou nutné v okolí vstupu převazovat denně. Poté, co místo vpichu přestane obtékat, není nutné krytí převazovým materiálem. Nejméně 2x týdně je nezbytné pootočení a zanoření PEG. Při dlouhodobé aplikaci je nutné sledovat úspěšnost výživy, což obnáší sledovat hmotnost pacienta a další parametry laboratoře. Stejně tak je důležité pravidelně provádět USG jater pro vyloučení vzniku steatózy či cholelitiázy.

2.8 Nutriční tým

U Crohnovy choroby je složka enterální výživy jakožto léčby velice podstatná, proto by jí měla být u každého pacienta s tímto onemocněním věnována značná pozornost.

Nutriční tým je tvořen skupinou lidí, kteří jsou informováni o nutnosti mezioborové spolupráce při péči o výživu pacientů.

Je zapotřebí, aby se lékař – nutricionista pravidelně obracel na nutričního terapeuta o radu s úpravou běžné diety a zjištění množství perorálního příjmu potravy.

Další v týmu je ošetřující sestra, která obstarává vše, co je spojené s péčí o pacienta s enterální výživou, zejména pokud jde o pacienta se zavedenou nasoenterální sondou. Pak provádí běžné denní kontroly sondy, jejího okolí, proplachy.

Samotné řádné aplikace umělé enterální výživy, které obnášejí dodržování předepsané rychlosti podání, funkce pump apod. jsou v kompetenci sestry specialistky.

Povinností nutričního týmu je monitorování tolerance a komplikací nutriční podpory a jejího výsledného efektu. Nutriční tým vede statistiku o množství, kvalitě a efektivitě jím poskytované nutriční péče.

(Křemen, 2009; Dastych, 2006)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Na základě informací z odborné literatury a zkušeností získaných při ošetřování pacientů s diagnózou Crohnovy choroby byla zformulována podstata problému výzkumu:

Jsou tito pacienti dostatečně a správně edukováni v oblasti umělé enterální výživy a znají její správný význam při léčbě Crohnovy choroby? Jaké obtíže v souvislosti s užíváním umělé enterální výživy nejvíce zatěžují nemocné?

3.1 Cíle výzkumu

Pro zpracování závěrečné práce byly zvoleny tyto cíle:

1. Zjistit míru informovanosti a důvodu jeho užívání u pacientů s Crohnovou chorobou.
2. Odhalit nejčastější důvod nedodržování doporučené léčby umělou výživou.
3. Zjistit, toleranci enterální výživy ve formě sippingu

3.2 Hypotézy výzkumu

Na základě výzkumného problému a zvolených cílů byly formulovány následující hypotézy:

- H1: Pacienti s diagnózou morbus Crohn jsou dostatečně edukováni o významnosti užívání umělé enterální výživy především lékařem.
- H2: U nemocných, kteří neužívají sipping v doporučeném množství a frekvenci je hlavní důvod ve většině případů finanční stránka.
- H3: U více než 80 % sledovaných vyhovovala enterální výživa ve formě sippingu pouze z počátku.
- H4: U více než poloviny dotazovaných, existuje vyhovující přípravek určený pro sipping

3.3 Metodika výzkumu

Bakalářská práce byla zpracována na základě informací, které vyplývají z provedeného výzkumu a z odborné literatury. Výzkum byl proveden kvantitativní metodou a výsledné údaje byly získány formou anonymního dotazníku.

Dotazník byl určen pacientům a pacientkám s Crohnovou chorobou. Byli to pacienti jak hospitalizovaní, tak i nutričně podporováni v rámci ambulance na gastroenterologickém oddělení. Dotazník obsahoval otázky s možností výběru více odpovědí. Skládal se ze 17 otázek, z toho 10 uzavřených, 6 polootevřených a 1 otevřené.

3.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořili pacienti a pacientky s diagnózou Crohnova choroba, a to z nutriční ambulance a lůžkového oddělení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a endoskopického pracoviště při gastroenterologickém oddělení v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze.

3.5 Charakteristika výzkumného souboru

Před zahájením vlastní dotazníkové akce byly rozdány pacientům na gastroenterologickém oddělení zkušební dotazníky pro ověření, zda jsou chápány otázky v dotazníku správně a možnosti odpovědí jsou dostatečné. Do této pilotáže bylo zapojeno deset pacientů s Crohnovou chorobou (5 mužů a 5 žen). Úpravy dotazníku nebyly nutné, jelikož dotazníky vyplnili pacienti bez problémů. Proto byly použity v celkovém souboru. Po vyhodnocení zkušebního průzkumu byly dotazníky distribuovány.

Výzkum byl proveden v období prosinec 2010 – únor 2011. Celkové množství podaných dotazníků bylo 148, z toho se vrátilo 124 dotazníků. Po vyhodnocení a vyloučení nedostatečně či nesrozumitelně vyplněných dotazníků (24), tvořilo výsledný soubor 100 respondentů. Absolutní četnost tedy odpovídá 100 %.

Mimo identifikační údaje byl dotazník zaměřen na čtyři oblasti výzkumu:

1. Míru informovanosti pacientů s diagnózou Crohnovy choroby
2. Nejfrekventovanější důvody pro nedodržování léčby umělou výživou
3. Míru tolerance sippingu zvláště při dlouhodobém užívání
4. Konkrétní přípravky a příchutě, které jsou nejlépe tolerovány

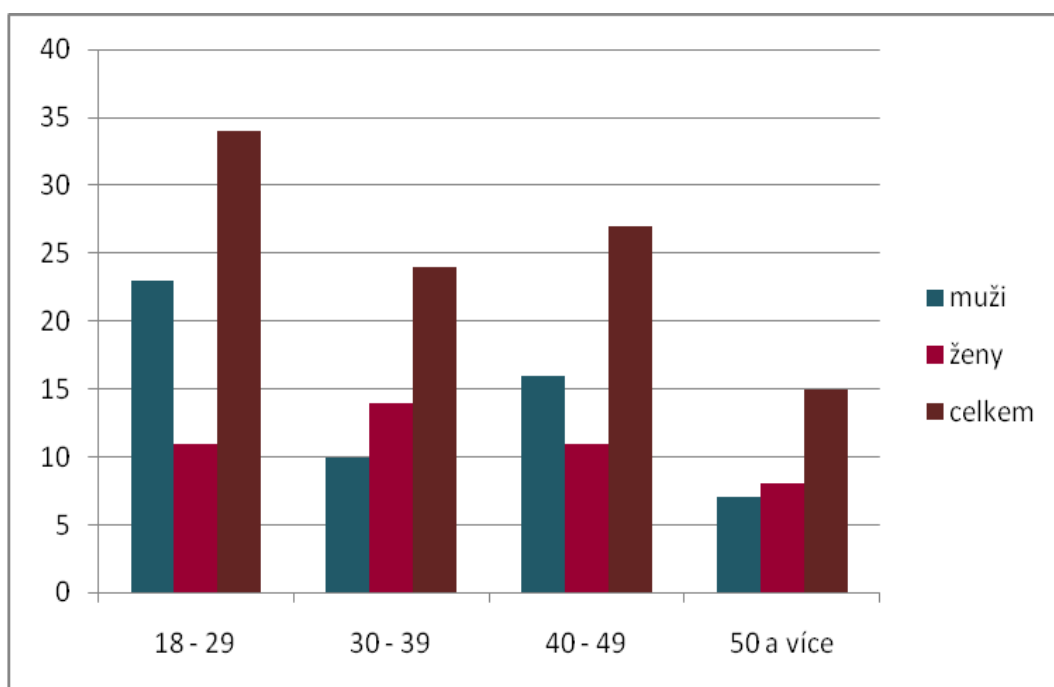
Oslovení pacienti značili odpovědi křížkem, či zaškrtnutím, případně svou odpověď dopsali. U většiny otázek měli respondenti možnost zaškrtnout více odpovědí zároveň. Vyplnění dotazníků bylo zcela dobrovolné a anonymní. Získaná data z vyplněných dotazníků byla zpracována a uspořádána do pracovních tabulek četností. Následně byly vyhotoveny jednotlivé sumární tabulky četností a připojeny grafy s komentáři. Tato analýza získaných dat byla provedena programem Microsoft Excel.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Otázka 1 a 2: Pohlaví a věk

Tabulka 1 Pohlaví a věk respondentů

Věk \ Pohlaví	muži	ženy	celkem
18 - 29	23	11	34
30 - 39	10	14	24
40 - 49	16	11	27
50 a více	7	8	15



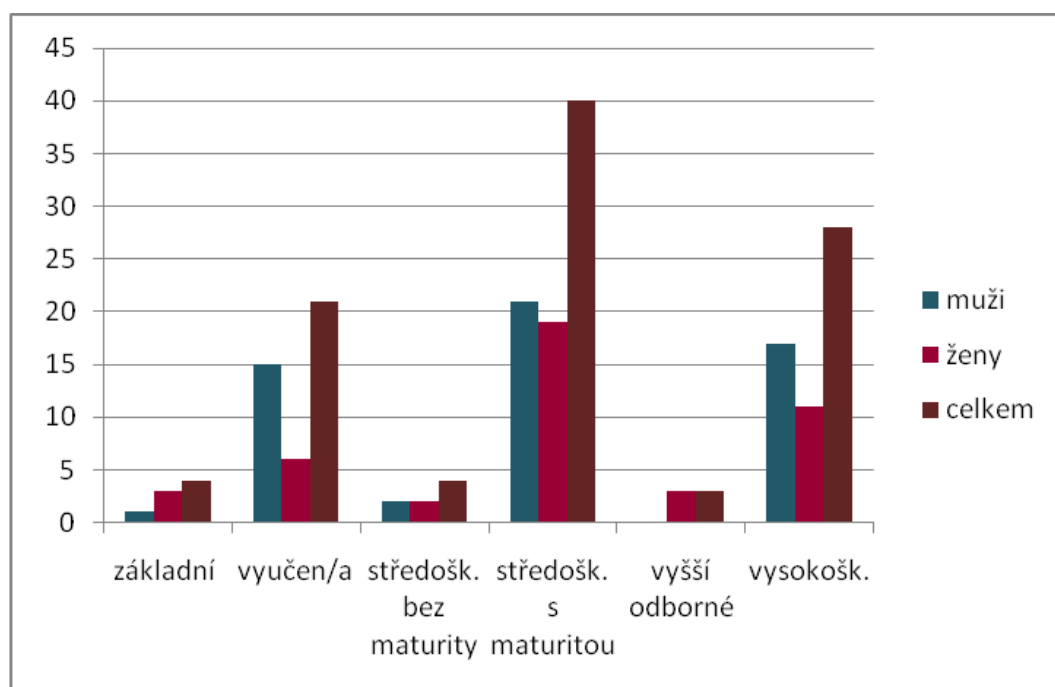
Graf 1 Pohlaví a věk respondentů

Výzkumu se zúčastnili respondenti obou pohlaví. Ženy v počtu 44 (44 %), a 56 mužů (56 %). Nejpočetněji zastoupení bylo ve věkové skupině 18-29 let 34 respondentů. Ve skupině 30-39 let bylo zastoupeno 24 respondentů, ve věku 40-49 let 27 respondentů a nejméně početná skupina 50 a více let, ve které bylo 15 respondentů.

Otázka 3: Vzdělání

Tabulka 2 Dosažené vzdělání respondentů

Vzdělání	muži	ženy	celkem
základní vzdělání	1	3	4
vyučen/a	15	6	21
středoškolské bez maturity	2	2	4
středoškolské s maturitou	21	19	40
vyšší odborné	0	3	3
vysokoškolské	17	11	28



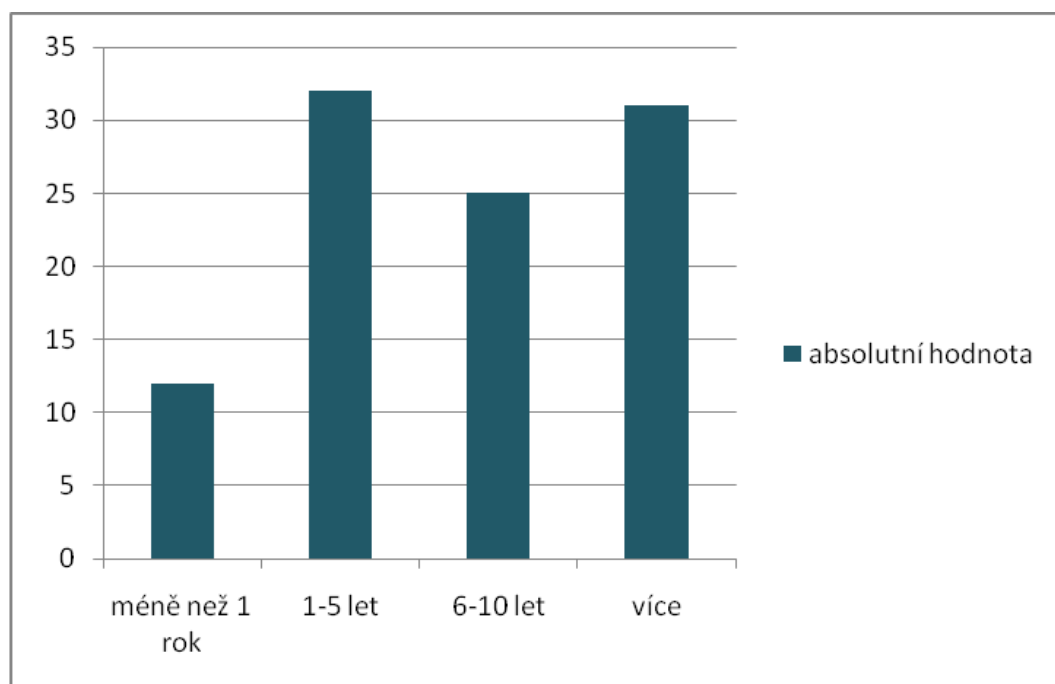
Graf 2 Dosažené vzdělání respondentů

Nejvíce respondentů má středoškolské vzdělání zakončené maturitou 40 (40 %), ve skupině vysokoškolsky vzdělaných je 28 (28 %) respondentů, vyučeno je 21 (21 %) respondentů, ve stejném počtu 4 respondentů (4 %) je zastoupena skupina se základním vzděláním a středoškolským vzděláním bez maturity a poslední skupina s vyšším odborným vzděláním čítá 3 respondenty pouze ženského pohlaví.

Otázka 4: Jak dlouho se léčíte s diagnózou morbus Crohn?

Tabulka 3 Délka onemocnění

Délka onemocnění	n
méně než 1 rok	12
1-5 let	32
6-10 let	25
více	31



Graf 3 Délka onemocnění

Tento graf znázorňuje dobu, po kterou se pacienti léčí s Crohnovou chorobou. Nejvíce je zastoupena skupina počtem 32 (32 %), kteří se s touto nemocí léčí 1-5 let. Dále téměř stejně početná skupina s 31 (31 %) respondenty, kteří se léčí více, než 10 let. 25 (25 %) respondentů odpovědělo, že jsou nemocní 6 - 10 let a nejmenší zastoupení má skupina s délkou onemocnění do 1 roku 12 (12 %).

Otázka 5: Máte zkušenosti s biologickou léčbou?

Tabulka 4 Zkušenost s biologickou léčbou

Zkušenost s biologickou léčbou	muži	ženy	celkem
ano	28	31	59
ne	28	13	41

Na otázku, zda mají respondenti zkušenost s biologickou léčbou, odpovědělo 28 (28 %) mužů a 31 žen (31 %) kladně a 41 respondentů (41 %) záporně.

Otázka 6: V době vyplňování dotazníku je Vám nutriční péče poskytována v rámci:

Tabulka 5 Místo poskytování nutriční péče

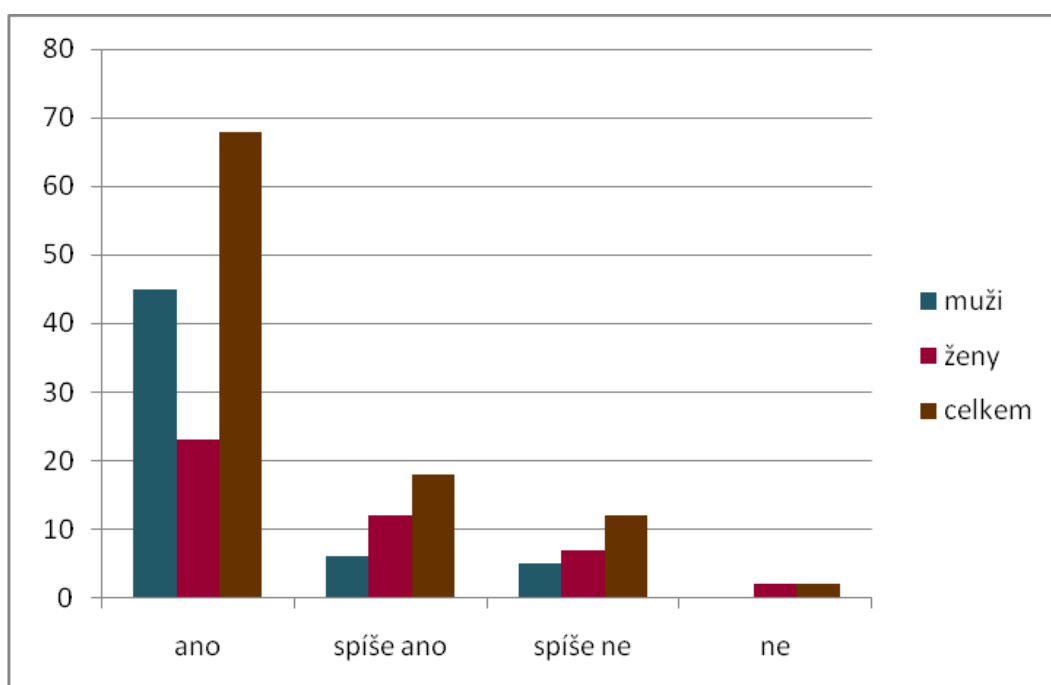
Místo poskytování nutriční péče	muži	ženy	celkem
hospitalizace	25	14	39
ambulance	31	30	61

Nejčtenější zastoupení respondentů 61 (61 %) se nachází ve skupině s ambulantní péčí, 39 (39 %) respondentů uvádí hospitalizaci.

Otázka 7: Byl/a jste dle Vašeho uvážení dostatečně informován/a o významu umělé enterální výživy v souvislosti s Vaším onemocněním?

Tabulka 6 Vlastní názor na míru edukace

Vlastní názor na míru edukace	muži	ženy	celkem
ano	45	23	68
spíše ano	6	12	18
spíše ne	5	7	12
ne	0	2	2



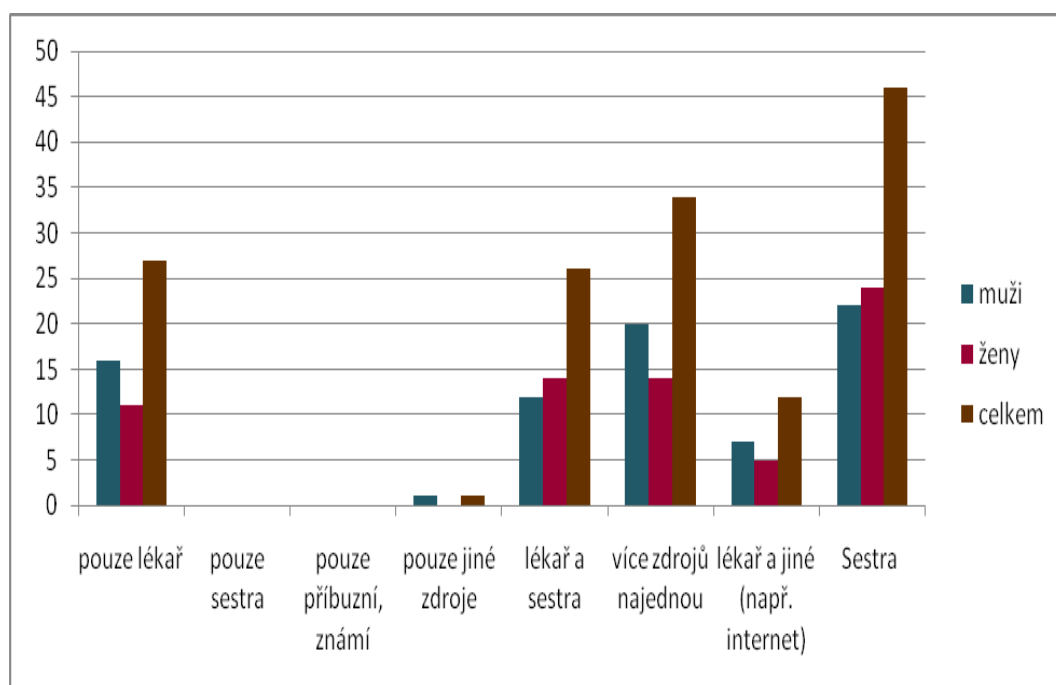
Graf 4 Vlastní názor na míru edukace

V této otázce odpovědělo nejvíce respondentů ano, a to 68 (68 %) z kompletního počtu, zbývající odpovědi byly zastoupeny v menším počtu. Spíše ano odpovědělo 18 respondentů (18 %), spíše ne 12 (12 %) a pouze 2 ženy odpověděly ne (2 %).

Otázka 8: Kdo Vám poskytl informace o umělé enterální výživě?

Tabulka 7 Zdroj informací

Odpověď respondenta	muži	ženy	celkem
pouze lékař	16	11	27
pouze sestra	0	0	0
pouze příbuzní, známí	0	0	0
pouze jiné zdroje	1	0	1
lékař a sestra	12	14	26
více zdrojů najednou	20	14	34
lékař a jiné (např. internet)	7	5	12
sestra (jako součást jiných zdrojů)	22	24	46



Graf 5 Zdroj informací

Informace získané pouze od lékaře dostalo 27 (27 %) respondentů. Jeden respondent získal informace jen z vlastních zdrojů (internet). Téměř stejně početně zastoupená jako byla skupina informovaných pouze lékařem, byla skupina informovaná jak lékařem, tak sestrou 26 (26 %). Nejvíce respondentů 34 (34 %) uvedlo více z těchto zdrojů najednou a poslední skupinou jsou respondenti, jejichž kombinace odpovědí je lékař a jiné vlastní zdroje. Respondentů, které edukovala sestra mimo jiné zdroje bylo 46 (46 %).

Otázka 9: Proč si myslíte, že má užívání umělé enterální výživy význam?

Tabulka 8 Vlastní názor na smysl umělé výživy

Vlastní názor na smysl umělé výživy	muži	ženy	celkem
správně odpověděli	38	32	70
špatně odpověděli	18	12	30

Tabulka 9 Nakolik odpovídá výpověď o informovanosti se skutečností

	správně odpověděli			špatně odpověděli		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Míra informovanosti						
ano	27	16	43	15	8	23
spíše ano	6	10	16	1	0	1
spíše ne	5	5	10	2	3	5
ne	0	1	1	0	1	1

V této otázce byly předem připravené k zaškrtnutí zformulované názory na léčbu umělou výživou. Správné odpovědi byly kombinovány se špatnými s cílem zjistit, kteří respondenti mají tyto špatné informace, ačkoli se cítí být informováni dobře apod. Proto byla vytvořena tabulka 10, kde jsou shromážděna data z předešlé tabulky č. 7 a tabulky č. 9. 70 (70 %) respondentů odpovědělo správně, 30 (30 %) špatně.

Otázka 10. Máte zkušenosti s umělou enterální výživou?

Tabulka 10 Zkušenost s enterální výživou

Zkušenost s enterální výživou	muži	ženy	celkem
ano	34	33	67
ne	20	10	30
ne, ale uvažují o tom	2	1	3

V této otázce měli respondenti možnost více odpovědí. Zkušenost s umělou enterální výživou má 67 (67 %) respondentů, záporně odpovědělo 30 (30 %) a 3 (3 %) respondenti, kteří v budoucnu uvažují o jejím užívání.

Otázka 12: Pokud neužíváte, proč?

Tabulka 11 Důvody, proč neužívají enterální výživu

Důvody, proč neužívají enterální výživu	muži	ženy	celkem
onemocnění není ve stádiu, kdy je zapotřebí	10	8	18
nemám informace, že bych ji potřeboval/a	5	1	6
působí negativně na mou psychiku	3	2	5
nemá vliv na mé trávení	1	1	2
nově nasazené	1	0	1

Odpovědi na tuto otázku bylo více, někteří respondenti zaškrtnuli více možností. Odpovědi, které nebyly vůbec zaškrtnuty, nejsou v tabulce 12 uváděny. Nejvíce respondentů (18) uvedlo jako důvod, že jejich onemocnění není ve stádiu, kdy je zapotřebí enterální výživa, 6 nemá informace o tom, že by ji potřeboval/a, u 5 respondentů působí negativně na psychiku, u 2 nemá vliv na trávení a 1 byla doplněna a popsána jako nově nasazená umělá výživa v den vyplňování dotazníku.

Otázka 11a: Jak dlouho užíváte enterální výživu?

Otázka 11a nemá pro výzkum hodnotu, proto není dále zpracovávána.

Otázka 11b: Jakým způsobem užíváte enterální výživu?

Tabulka 12 Způsobem užívání enterální výživy

Způsob užívání	n	%
pouze NJS	5	7
pouze sipping	40	60
kombinace	22	33

V této otázce nacházíme odpovědi důležité pro další zpracování praktické části. Z celkového počtu (67) respondentů v této otázce odpovědělo pouze 5 (7 %), že užívají enterální výživu jen sondou. Tito respondenti nejsou v dalším úseku započítáváni. 40 (60 %) respondentů odpovědělo, že pouze popíjejí a ve 22 (35 %) případech se způsob příjmu mezi sippingem a sondou měnil.

V dalším úseku praktické části se zabýváme pouze pacienty, kteří ve svém dotazníku vyplnili užívání umělé enterální výživy formou sippingu, případně kombinace sippingu a nasoenterální sondy v průběhu onemocnění.

Otázka 11c: Pokud užíváte enterální výživu formou sippingu, dodržujete doporučené množství a frekvenci užívání?

Tabulka 13 Dodržování správného množství sippingu

	muži		ženy		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Dodržování správného množství						
dodržují	29	91	22	73	51	82
nedodržují	3	9	8	27	11	18

Tabulka 14 Důvody nedodržování správného množství

	muži		ženy		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Důvody nedodržování správného množství						
finanční	3	100	4	50	7	64
nenalezl jsem vyhovující příchut'	1	33	1	13	2	18
nemám možnost výběru příchutě	1	33	1	13	2	18
nepovažuji za důležité ji užívat	1	33	0	0	1	9
působí negativně na mou psychiku	1	33	0	0	1	9

V tabulce 14 jsou znázorněny hodnoty určující, kolik respondentů správně dodržuje doporučené množství a frekvenci enterální výživy. Těchto respondentů je 51(82 %). Těch, kteří nedodržují, je 11(18 %). Důvody nedodržování správného množství jsou v tabulce 15. Tato podotázka má možnost více odpovědí, proto celková relativní hodnota neodpovídá 100%. Finanční důvod zvolilo 7 (64 %), 2 (18 %) nenalezli správnou příchut', 2 (18 %) udávají, že nemají možnost volby příchutě, 1(9 %)důvod byl negativní vliv na psychiku, stejně tak důvod – nepovažuji za důležité jej užívat.

Otázka 13: Vyhovuje Vám umělá enterální výživa?

Tabulka 15 Tolerance umělé enterální výživy

Tolerance umělé enterální výživy	n	%
vyhovovala mi pouze z počátku	9	14
vyhovuje mi stále, nevadí mi	52	84
nevyhovuje mi, ale stejně popíjím	1	2

9 (14 %) respondentů odpovědělo, že jim výživa vyhovovala pouze z počátku, nejpočetnější skupina 52 (84 %) udává, že jim vyhovuje stále a nevadí jim, pouze 1 (2 %) odpověď zněla, že ji stejně popíjí i když jim nevyhovuje.

Otázka 14: Pokud užíváte umělou enterální výživu ve formě sippingu, v jaké úpravě Vám více chutná?

Tabulka 16 Vyhovující úprava sippingu

Vyhovující úprava sippingu	n	%
chlazené	34	54
pokojevé teploty	29	46

U 34 (54 %) respondentů byla odpověď – chlazené, u 29 (46 %) - pokojové teploty.

Otázka 15: Jak Vám Vyhovuje přijímat umělou enterální výživu?

Tabulka 17 Nejlépe vyhovující způsob užívání sippingu

nejlépe vyhovující způsob	n	%
současně s jídlem	4	6
po jídle	2	3
před jídlem	2	3
mezi jídly, jako svačiny	22	36
během celého dne	32	52

Současně s jídlem nejlépe tolerují 4 respondenti, 2 ji nejlépe tolerují po jídle, 2 (3 %) před jídlem, 22 (36 %) mezi jídly a 32 (52 %) po celý den. Tato poslední odpověď byla do tabulky doplněna na základě dopsaných vlastních odpovědí respondentů.

Otázka 16: Proč Vám vyhovuje přijímat umělou enterální výživu právě takto?

Po jídle:

- „Mám pocit většího naplnění žaludku a tudíž menší hlad“ - 2 respondenti

Během celého dne:

- „Při požití většího množství najednou mám nepříjemný pocit plnosti“- 15 respondentů.
- „Protože v souvislosti s jídlem by to zkazilo chuť jídla samotného“ – 7 respondentů
- „ Bylo mi to tak doporučeno“ – 8 respondentů

Současně s jídlem:

- „Lépe se mi po něm tráví“ – 3 respondenti
- „Doplní to, co nejsem schopný/á sníst“ – 1 respondent

Mezi jídly jako svačiny:

- „Rychle zažene hlad“ – 13 respondentů

Ostatní odpovědi buď nebyly vyplněny, nebo se vyskytovaly v zanedbatelném množství, proto nejsou dále zpracovávány.

Otázka 17: Jaký přípravek umělé výživy nejlépe tolerujete, případně jakou příchut'?

Tabulka 18 nejužívanější přípravky

Přípravek	n	%
Nutridrink	44	66
Nutridrink Juice Style	31	46
Nutridrink Yoghurt	19	28
Nutrison Standart	12	18
Nutridrink Kompakt	4	6
Nutridrink Protein	4	6
Cubitan	3	5
Fresubin Original	2	3
Diasip	2	3
Isosource Standard	2	3
Nutridrink Multifibre	1	2
Nutrison Multifibre	1	2
Nutridrink Fat Free	1	2

Tabulka 19 nejchutnější příchut'

příchut'	n	%
vanilka	40	60
tropické ovoce	37	55
čokoláda	21	31
jablko	16	24
banán	13	20
káva	12	18
lesní ovoce	10	15
neutral	9	13
karamel	6	9
jahoda	4	6
pomeranč	3	5
vanilka a citron	3	5
meruňka	2	3
malina	1	2

Zde odpovídali všichni respondenti, kteří nějakým způsobem užívají enterální výživu včetně těch, kteří ji přijímají pouze sondou. Nejužívanějším přípravkem je Nutridrink (66 %) a za nejvíce tolerovanou příchut' byla zvolena vanilka (60 %) a druhou příchutí v pořadí je tropické ovoce (55 %).

5 DISKUZE

Výzkumný soubor tvoří 100 pacientů s diagnózou morbus Crohn hospitalizovaných na gastroenterologickém oddělení, docházejících do nutriční ambulance či na endoskopické pracoviště při gastroenterologickém oddělení. V tomto souboru jsou zastoupena obě pohlaví, muži i ženy. Věkové složení obou souborů je různé. Ženy dosahují v průměru 37 let, muži jsou průměrně o jeden rok mladší (tabulka č. 1). Dosažené vzdělání obou skupin je velice podobné. Převažuje středoškolské vzdělání zakončené maturitou a vzdělání vysokoškolské (tabulka č. 2). Malá část všech respondentů udává délku onemocnění do jednoho roku. Zbytek respondentů je v přibližně podobném počtu rozděleno do ostatních kategorií délky onemocnění (tabulka č. 3).

Všichni respondenti prožívají velmi nepříjemnou a zatěžující nemoc, která je obtěžuje neustálými komplikacemi v běžném každodenním životě. Vzhledem k rozšířenosti tohoto onemocnění, komplikacím spojeným s dlouhodobým užíváním enterální výživy a její finanční náročnosti lze předpokládat, že získané informace budou dostatečně validní pro potvrzení uvedených hypotéz.

Hypotéza 1: Pacienti s diagnózou morbus Crohn jsou dostatečně edukováni o významnosti umělé enterální výživy především lékařem.

Podklad pro zhodnocení reálnosti hypotézy 1 nalezneme v odpovědích na jednotlivé otázky dotazníku. Odpovědi jsou zpracovány do tabulek či grafů a jednotlivě doplněny komentářem. K hypotéze 1 se vztahují: otázky/ tabulky / grafy: 7/6/4, 8/7/6, 9/8/-, 9/9/-

Vysvětlení, že H1 byla oprávněná.

Představujeme otázky z dotazníku, které se mimo jiné zabývají vlastním názorem na srozumitelnost a množství informací zaměřené na enterální výživu, které jednotliví pacienti dostávají v rámci edukace o svém základním onemocnění. Jedná se o odpovědi dokazující, nakolik kvalitně se cítí pacienti být informovaní a zda byla poskytnuta kompletní a kvalifikovaná edukace. Očekáváme, že hlavním zdrojem informací jsou v tomto případě lékaři, gastroenterologové, zajišťující systematickou edukaci, neméně důležité je taktéž role sestry edukátorky.

Další otázka v dotazníku je zaměřena na ověření kvalitní edukace. Jsou zde

vybrány předem připravené jak správné, tak špatné odpovědi, mezi kterými si respondent mohl vybrat odpověď nejbližší svému přesvědčení. Vzhledem k vysokému počtu nesprávných odpovědí byla prokázána nedostatečná edukace.

Na podkladě samotné výzkumné části se zabýváme jejími výsledky. 86 % respondentů uvedlo pozitivní názor na dostatečnost své edukace a 14 % negativní. Z odpovědí respondentů vyplývá, že 27 % pacientů bylo edukováno pouze lékařem a 26 % edukoval lékař a sestra. Ostatní respondenti byli informováni z různých zdrojů. Ve 46 % se sestra zapojovala alespoň jako jeden ze zdrojů. (tabulka č.7)

Dostatečná informovanost pacientů, která je uváděna v tabulkách 6, 7, 8 a 9 je velmi důležitá pro jejich aktivní dodržování léčebného režimu, který zahrnuje i léčbu umělou enterální výživou. Je rozhodující pro správný přístup k této léčbě, která může vést k výraznému zlepšení průběhu onemocnění.

Správně edukovaných bylo 70 % pacientů. Respondentů, kteří zaškrtnutím špatných odpovědí, prokázali nedostatečnou edukaci, bylo podstatně méně (30 %).

Z této analýzy je zřejmé, že rozhodující úlohu edukace v léčbě umělou enterální výživou má lékař a neméně podstatnou roli zaujímá i sestra.

Po vyhodnocení výsledků výzkumu je možné konstatovat, že **první hypotéza se potvrdila.**

Hypotéza 2: U nemocných, kteří neužívají sipping v doporučeném množství a frekvenci je hlavním důvodem ve většině případů finanční stránka.

Podklad pro zhodnocení reálnosti hypotézy 2 nalezneme v odpovědích na jednotlivé otázky dotazníku. Odpovědi jsou zpracovány do tabulek či grafů a jednotlivě doplněny komentářem. K hypotéze 2 se vztahují otázky: 10, 11/ tabulky: 10, 12, 13, 14 a 15

Rozhodující je pro další zpracování otázka 10, která rozdělí respondenty na ty, kteří užívají, nebo užívali enterální výživu jakýmkoli způsobem a na ty, kteří s ní nemají žádnou zkušenost.

Hypotéza 2 se týká pouze nemocných, kteří užívají sipping, ale z nějakého důvodu jej neužívají tak, jak jim bylo doporučeno lékařem v rámci léčby umělou enterální výživou. Vzhledem k velké finanční náročnosti těchto přípravků pro sipping je oprávněné se domnívat, že finance budou hlavním důvodem užívání

menšího množství, než by bylo zapotřebí. Dochází k tzv. „šetření na nepravém místě“. Podstatným faktorem pro zlepšení stavu nemoci je mimo jiné dobrá výživa, která napomáhá k rychlejší regeneraci organismu a tak i zrychlení léčebného procesu. Proto jsou chyby v dietě zásadní pro celkové zpomalení léčby a musí na ně být brán význačný zřetel.

Umělou enterální výživu přijímá 67 % respondentů, 30 % uvedlo, že s tímto druhem výživy zkušenosti nemá a 3 % respondentů uvažují v budoucnu o jejím užívání, ale zatím s ní zkušenosti nemají.

Otázka týkající se doby užívání enterální výživy (11a), nelze zhodnotit. Není možné určit, z jakých důvodů nebyla výživa podávána po celou dobu onemocnění. Zda bylo její užívání přerušeno, případně v jaké frekvenci. Vzhledem k nulové výpovědní hodnotě, nebyla dále otázka 11a zpracovávána.

Otázka 11b byla zásadní pro další rozdělení respondentů ve výzkumné části. Jen 7 % (ze všech dotazovaných, kteří ale nějakým způsobem přijímají umělou enterální výživu) uvedlo pouze sondu, 60 % pouze sipping a 33 % respondentů užívá, nebo užívalo umělou enterální výživu kombinací obou způsobů.

Jak bylo zjištěno analýzou získaných odpovědí, respondentů, kteří udávají, že doporučené množství dodržují, bylo 51 (82 %) z celkového počtu 62 (100%). Těch, kteří správné množství nedodržují, bylo 11 (18 %).

K dotazu na důvody, které vedly nemocné k „znehodnocování“ léčby, byly připojeny opět předem zpracované odpovědi, mezi kterými si respondent mohl vybrat nejbližší jeho přesvědčení, případně doplnit vlastní odpověď. Nejčastěji udávaný důvod (64 %) byl důvod finanční, 18 % uvedlo jako důvod nemožnost výběru přípravku a ve stejném počtu byla zastoupena odpověď, že nebyla nalezena vhodná příchut'.

Otázka 12 se přímo netýká hypotézy 2 a její výpovědní hodnota je postate nulová z důvodu zcela subjektivních výpovědí, jejichž pravdivost není možné objektivně dokázat. Proto není dále zpracovávána.

Z vyhodnocení všech otázek vedoucích k dotazu na hlavní důvod nedostatečného dodržování léčebného režimu a zhodnocení této otázky vyplývá, že nejčastějším důvodem tohoto nedodržování je finanční stránka.

Můžeme tedy konstatovat, že i **druhá hypotéza se potvrdila.**

Hypotéza 3: U více, než 80 % sledovaných vyhovovala enterální výživa ve formě sippingu pouze zpočátku.

Podklad pro zhodnocení reálnosti hypotézy 3 nalezneme v odpovědích na jednotlivé otázky dotazníku. Odpovědi jsou zpracovány do tabulky, doplněné komentářem. K hypotéze 3 se vztahuje otázka/tabulka: 13/15.

Hypotézu 3 musíme posuzovat v souvislosti s celou problematikou užívání umělé enterální výživy a zejména sippingu. Přípravky pro něj příhodné jsou sice ochuceny nejrůznějšími příchutěmi, přesto je ale pacienti nemusí dobře tolerovat např. z důvodu přesyacení.

Pouze zpočátku užívání umělé enterální výživy ji tolerovalo 9 respondentů (14 %). Velmi malé množství (2 %) respondentů uvedlo, že jim sipping nevyhovuje, ale stejně je užívají.

Z provedeného výzkumu byla vyhodnocena nejčastější odpověď – vyhovuje mi stále a její užívání mi nijak nevadí - 84 %.

Na základě takového výsledku výzkumu je možné konstatovat, **že třetí hypotéza se nepotvrdila.**

Hypotéza 4: U více než poloviny dotazovaných existuje vyhovující přípravek určený pro sipping.

Podklad pro zhodnocení reálnosti hypotézy 4 nalezneme v odpovědi na otázku 17 v dotazníku. Odpověď je zpracována do tabulky doplněna komentářem. K hypotéze 4 se vztahuje otázka/ tabulka: 17/18.

Na otázku, který přípravek enterální výživy pacienti nejlépe tolerují, odpovědělo 100% respondentů, kteří užívají, nebo alespoň mají nějakou zkušenost se sippingem. Odpověděli na ni i všichni pacienti, kteří ve výše položené otázce uvedli příjem umělé enterální výživy pouze nasogastroenterální sondou. Ve všech případech byla zaznamenána alespoň jedna odpověď, v některých případech i více. Na základě vyhodnocení byl shledán jako nejvíce tolerován ze všech přípravků Nutridrink (66 %). 46 % nejvíce vyhovuje Nutridrink juice style. V 28 % byl zastoupen ve zvolených přípravcích Nutridrink yoghurt. 18 % uvedlo Nutrison Standard. Ostatní přípravky byly zastoupeny v zanedbatelném počtu.

V příchutích nejvíce respondentů (60 %) uvedlo za svou nejlépe tolerovanou příchut' vanilku a v 55 % byla odpověď tropické ovoce. Další příchutě již neměly tak výrazné zastoupení.

Z provedeného výzkumu byl vyhodnocen nesporný výsledek a to, že v každém případě užívání umělé enterální výživy ať už formou sippingu, nebo nasoenterální sondou byl nalezen alespoň jeden vyhovující přípravek. Z uvedeného vyplývá, že **hypotéza 4 se potvrdila.**

ZÁVĚR

Výzkumný soubor tvoří pouze 100 respondentů, jejichž odevzdané dotazníky byly zpracovány a vyhodnoceny. Soubor je v tomto počtu respondentů statisticky nevýznamný. Proto před podáváním návrhů na použití výsledků výzkumu v praxi je tento faktor statistického významu nutné předem uvážit.

V rámci edukace je možný, díky moderní době, posun k lepší edukaci různými směry. Nejlépe přístupný a přehledný je především v mladé populaci internet, který zajišťuje velké množství informací. Jeho všestrannost a však zajišťuje určitý stupeň nepřehlednosti z důvodu přemrštěného množství informací. Řešení se nabízí např. při rozhovoru lékaře, či sestry s pacientem – obohatit svůj edukační plán o několik konkrétních informací, kde hledat různé odkazy nebo články. Zajímavý je neočekávaný výsledek výzkumu v oblasti užívání umělé enterální výživy ve formě sippingu, kdy se nepotvrdila hypotéza 3: U více, než 80 % sledovaných vyhovovala enterální výživa ve formě sippingu pouze zpočátku. Vzhledem ke zkušenostem z praxe jsme její potvrzení očekávali. Ostatní hypotézy výzkumu se potvrdily.

Ke zlepšení edukace pacientů o významu umělé enterální výživy v léčbě Crohnovy choroby doporučujeme: Seznámit s výsledky výzkumu lékaře – gastroenerology a sestry pracující na gastroenterologickém oddělení nebo endoskopických pracovištích. Dále vypracovat edukační plán pro pacienty s Crohnovou chorobou v rámci sippingu, případně uvést seminář pro odborná pracoviště na téma problematika enterální výživy u pacienta s diagnózou morbus Crohn zaměřený především na edukaci sestry.

Očekávám, že informovanost pacientů s Crohnovou chorobou se zejména v oblasti umělé enterální výživy v budoucnu zdokonalí.

Je nepochybně zřejmé, že ve výzkumu edukace pacientů je třeba dále pokračovat a zároveň sledovat reprezentativnější výzkumný soubor a na základě jeho vyhodnocení získat další podněty pro zlepšení edukace pacientů o umělé enterální výživě.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ANDUS, T. *Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen: Morbus Crohn / Colitis Ucerosa*. 2. Auflage. Stuttgart : S. Hirzel Verlag, 2006. 352 s. ISBN 3-7776-1377-0.
2. BERAN, J. *Lékařská psychologie v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, a.s., 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
3. ČERVENKOVÁ, R. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.
4. DASTYCH, M, et al. *Klinická výživa a metabolická péče v gastroenterologii a gerontologii*. 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus HK, 2006. 152 s. ISBN 80-86225-91-7.
5. HRUŠOVSKÝ, Š, et al. *Gastroenterológia*. 1. vydanie. Bratislava: VEDA (vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 2006. 688 s. ISBN 80-224-0893-X.
6. KOHOUT, P; KOTRLÍKOVÁ, J. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1. vydání. Praha: Forsapi s.r.o, 2006. 80 s. ISBN 80-903820-0-2.
7. Kolektiv autorů. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. české vydání. Praha: Grada publishing, a.s., 2008. 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5.
8. KŘEMEN, J; KOTRLÍKOVÁ, E; SVAČINA, Š. *Enterální a parenterální výživa*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta a.s., 2009. 139 s. ISBN 978-80-204-2070-1.
9. LATA, J; BUREŠ, J; VAŇÁSEK, T. *Gastroenterologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2010. 256 s. ISBN 978-80-7262-692-2.
10. LUKÁŠ, K; ŽÁK, A. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, a.s., 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
11. MIKŠOVÁ, Z; FRONKOVÁ, M; ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada publishing, a.s., 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
12. NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství : pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, a.s., 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
13. POTEET, B. A., et al. *Zobrazovací metody v diagnostice onemocnění gastrointestinálního systému*. 1. vydání. Brno: Copyright - Veterinární a farmaceutická univerzita Brno, 2006. 40 s. ISBN 80-7305-552-X.
14. *Gastrolab : Image Library* [online]. 2007, 1.3.2011 [cit. 2011-03-20]. Normal gastrointestinal findings. Dostupné z WWW: <http://www.gastrolab.net/>

Příloha č. 1 - Dotazník

Vážený respondent,

jsm studentkou 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy - oboru Všeobecná sestra.

Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění anonymního dotazníku pro mou bakalářskou práci na téma: Problematika enterální výživy u pacienta s diagnózou morbus Crohn.

Veškeré vyplněné informace budou použity pouze ke zpracování mé práce.

U jednotlivých otázek zaškrtněte jednu či více odpovědí, popřípadě doplňte dle Vašeho uvážení.

Předem Vám děkuji za Váš čas.

Monika Kuchyňková.

Vysvětlivky:

Umělá enterální výživa = uměle vyrobená tekutá náhrada či doplnění stravy, určená k popíjení či jiným způsobem aplikovaná do trávicího traktu.

Sipping = popíjení (Nutridrink, Diasip, ...)

1. pohlaví:

muž

žena

2. Věk: let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

základní

středoškolské s maturitou

vyučen/a

vyšší odborné

středoškolské bez maturity

vysokoškolské

4. Jak dlouho se léčíte s diagnózou morbus Crohn?

méně než 1 rok

6 – 10 let

1 - 5 let

více:

5. Máte zkušenosti s biologickou léčbou?

ano

ne

6. V době vyplňování dotazníku je Vám nutriční péče poskytována v rámci:

hospitalizace

ambulantní péče

7. Byl/a jste dle Vašeho uvážení dostatečně informován/a o významu umělé enterální výživy v souvislosti s Vaším onemocněním?

ano

spíše ne

spíše ano

ne tak, jak bych potřeboval/a

8. Kdo Vám poskytl informace o umělé enterální výživě?

lékař

sestra

známí a příbuzní

našel/a jsem si informace sám/sama (internet, informační letáky, literatura, jiné:.....)

9. Proč si myslíte, že má užívání umělé enterální výživy význam?

pomáhá mi k lepšímu vyprazdňování

pomáhá mi k lepšímu zažívání

vyléčí mé onemocnění střeva

normalizuje stav výživy mého organismu

působí protizánětlivě

vyvolává pocit, že "dělám" něco pro své zdraví

enterální výživa a její účinek na organismus je vědecky doložený

10. Máte zkušenost s umělou enterální výživou?

ano

ne

ne, ale uvažuji, že ji budu užívat

[Pokud byla Vaše odpověď ne, přejděte prosím k otázce č. 12., která bude pro Vás poslední]

11. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, prosím pokračujte:

a) Jak dlouho užíváte umělou enterální výživu?

- po celou dobu mého onemocnění
- ne po celou dobu (jak dlouho?) :

b) Jakým způsobem?

- nasojejunální sondou v průběhu onemocnění se způsob
měnil jinak, jak?:.....
- formou sippingu

c) Pokud užíváte umělou enterální výživu ve formě sippingu, dodržujete doporučené množství a frekvenci užívání?

- Ano Ne*

*Pokud ne, proč? (Prosím očísľujte od nejpodstatnějšího důvodu):

- nemohu si její užívání dovolit z finančních důvodů
- nenalezl/a jsem příchut', která by mi chutnala
- způsobuje mi trávicí potíže
- nepovažuji za důležité, abych ji popíjel/a, nemá na mé trávení žádný vliv
- dělá se mi nevolno při jejím požívání
- působí negativně na mou psychiku, připomíná mi mou nemoc
- nemám možnost volby příchutě
- jiné.....

12. Pokud neužíváte, proč?:

- nemám informace o tom, že bych ji potřeboval/a
- mé onemocnění není ve stádiu, které by vyžadovalo její užívání
- myslím si, že není důležité, abych ji popíjel/a, nemá na mé trávení žádný vliv
- působí negativně na mou psychiku, připomíná mi mou nemoc
- jiné.....

13. Vyhovuje Vám umělá enterální výživa?

- vyhovovala mi pouze z počátku nevyhovuje mi, ale stejně ji popíjím
- vyhovuje mi stále, nevadí mi jiné:

14. Pokud užíváte umělou enterální výživu ve formě sippingu, v jaké úpravě Vám více chutná?

- chlazená
- pokojové teploty

15. Jak Vám vyhovuje přijímat umělou enterální výživu?

- současně s jídlem
- po jídle

- před jídlem
- mezi jídly jako svačiny

16. Proč Vám vyhovuje přijímat umělou enterální výživu právě takto?

.....

17. Jaký přípravek umělé výživy nejlépe tolerujete, případně jakou příchuť?

Isosource Fiber Toffee

- Isosource Energy neutral
- Isosource Standart neutral
- Isosource Standart vanilka, čokoláda
- Nutrison Standart
- Nutrison
- Nutrison Multifibre
- Utrison Energy
- Nutricomp Energy fiber
- Nutridrink
- Nutridrink Juice style
- Nutridrink Fat Free
- Nutridrink Multi Fibre
- Nutridrink Protein
- Nutridrink Yoghurt
- Cubitan
- Diasip
- Protifar
- Fresubin Original
- Fresubin Energy Fibre
- Fresubin Protein Energy
- Fresubin Original Neutral
- Fresubin Original Fibre

Příchuť:

- banán
- jahoda
- káva
- lesní ovoce
- meruňka
- vanilka
- jablko
- pomeranč
- čokoláda
- karamel
- tropické ovoce
- malina
- vanilka a citron
- neutral
- compact

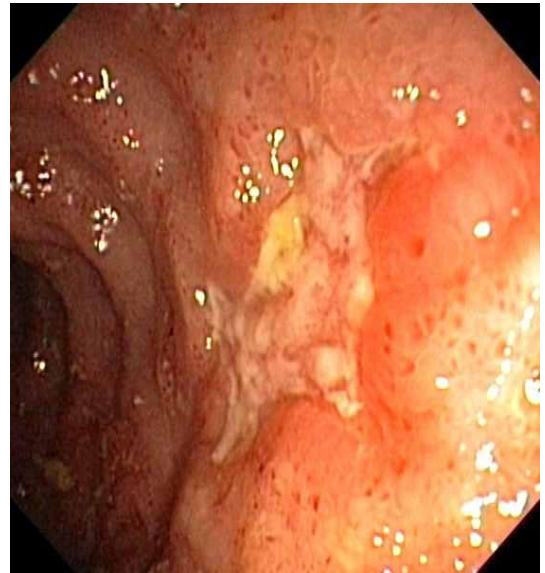
- jiné:
- nenalezl/a jsem žádný, který by mi vyhovoval.

Příloha č. 2 – obrázky

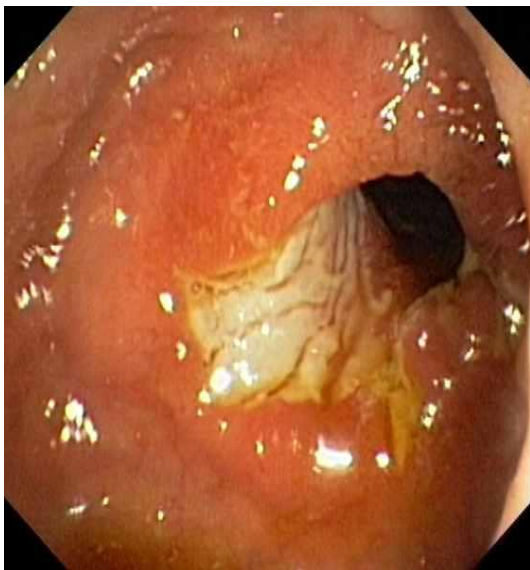
Obrázky úseků střev postižených Crohnovou chorobou



Obrázek č. 1: Sestupný tračník (Gastrolab, 2007)



Obrázek č. 2: Ileum (Gastrolab, 2007)



Obrázek č. 3: Recidiva onemocnění po resekci (Gastrolab, 2007)



Obrázek č. 4: Konečník (Gastrolab, 2007)

