

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**LÁZEŇSKÁ LÉČBA U DOSPĚLÝCH PACIENTŮ
S DIAGNÓZOU CROHNOVY CHOROBY V LÁZEŇSKÉM
SANATORIU BOHEMIA – LÁZNĚ A. S.,
KARLOVY VARY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MICHAELA VONDŘIČKOVÁ, DiS.

Praha 2016

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**LÁZEŇSKÁ LÉČBA U DOSPĚLÝCH PACIENTŮ
S DIAGNÓZOU CROHNOVY CHOROBY V LÁZEŇSKÉM
SANATORIU BOHEMIA – LÁZNĚ A. S.,
KARLOVY VARY**

Bakalářská práce

MICHAELA VONDŘIČKOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

Praha 2016



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Vondříčková Michaela
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Lázeňská léčba u dospělých pacientů s diagnózou Crohnovy choroby
v lázeňském sanatoriu Bohemia-lázně a.s. Karlovy Vary

*Die Kurtherapie bei erwachsenen Patienten mit der Diagnose Morbus
Crohn in der Kuranstalt Bohemia-lázně, a.s. Karlsbad*

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 15. 3. 2016

.....

Michaela Vondříčková, DiS.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce MUDr. Lidmile Hamplové, PhD. za vedení mé práce, četné konzultace, podněty, odborné rady a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat za ochotu všem respondentům, kteří mi předali potřebné informace.

ABSTRAKT

VONDŘIČKOVÁ, Michaela. Lázeňská léčba u dospělých pacientů s diagnózou Crohnovy choroby v lázeňském sanatoriu Bohemia – lázně a. s., Karlovy Vary. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. Praha. 2016. 56 s.

Bakalářská práce je zaměřena na lázeňskou léčbu u dospělých pacientů s diagnózou Crohnovy choroby (CD) v lázeňském sanatoriu Bohemia – lázně a.s., Karlovy Vary. Teoretická část se zaměřuje na definici CD, její lázeňskou léčbu všeobecně, konkrétní metodiku karlovarské léčby a fyziologický účinek karlovarské minerální vody. Praktická část je založena na dotazníkovém průzkumu, jehož respondenti byli pacienti nastupující lázeňskou léčbu v sanatoriu Bohemia. Dotazník zjišťoval bio-psycho-sociální příznaky jejich choroby a účinek předchozí lázeňské léčby, včetně délky a intenzity jejího účinku na zdraví a její ekonomický přínos pro pacienty. Výstupem průzkumu bylo zejména stanovení omezení dob nemoci a úspor nákladů na léky po proběhlé léčbě. Doba zlepšení zdravotního stavu po léčbě byla vypočtena zvláště pro muže i ženy, včetně statistického zpracování a určení statistické významnosti rozdílu účinku léčby mezi těmito dvěma skupinami. Též byla z průzkumu stanovena závislost účinku léčby na věku respondentů a statistická významnost korelace těchto veličin.

Klíčová slova

Balneologie. Crohnova choroba. Lázně Karlovy Vary

ABSTRAKT

VONDŘIČKOVÁ, Michaela. Die Kurtherapie bei erwachsenen Patienten mit der Diagnose Morbus Crohn in der Kuranstalt Bohemia-lázně, a.s., Karlsbad. Krankenpflegehochschule. Grad der Qualifikation: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. Prag. 2016. 56 p.

Meine Bachelorarbeit ist auf Badekuren bei Erwachsenen mit der Diagnose Crohn-Erkrankung im Kursanatorium Bohemia – Kur a.s., Karlsbad orientiert. Der theoretische Teil befasst sich mit der Definition der Crohn-Krankheit, er beschreibt allgemein ihre Badekur, die konkrete Methodik der Karlsbader Kur und die physiologische Wirkung des Karlsbader Mineralwassers. Der praktische Teil widmet sich der Fragebogenforschung, deren Respondenten Patienten des Kursanatoriums Bohemia in Karlsbad waren. Es wurden die biopsychosozialen Symptome ihrer Krankheit und die Wirkung der vorherigen Badekur ermittelt. Weitere Fragen des Fragebogens haben die Länge und die Intensität der Kur-Wirkung und den ökonomischen Beitrag der durchgemachten Kur untersucht. Das Ergebnis der Umfrage waren insbesondere die Festsetzung der Krankheitsdauer-Begrenzung und die Kosteneinsparung der Medikamente in der Zeit nach dem Kurabschluss. Die Zeit der Gesundheitszustands-Besserung nach der Kur wurde getrennt für Männer und Frauen ausgerechnet, einschließlich der statistischen Bearbeitung und der Bestimmung der statistischen Signifikanz des Unterschieds der Kurwirkung zwischen den beiden Gruppen. Es wurden auf Grund der Umfrage auch die Abhängigkeit der Kurwirkung vom Alter der Respondenten und statistische Signifikanz der Korrelation dieser Messgrößen festgelegt. Die Fragen richteten sich auf die Wirkung der vorigen Badekur, nach der Psychik der Patienten und nach konkreten Anzeichen ihrer Erkrankung. Das Ergebnis meiner Absolventenarbeit ist die quantitative Festsetzung der durchschnittlichen finanziellen Einsparungen an Medikamenten für den Patienten und die Zeitreduktion des Krankenstands auf Grund der Badekur.

Schlüsselwörter

Balneologie. Kurbad Karlsbad. Morbus Crohn.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM GRAFŮ	13
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	14
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	16
ÚVOD.....	19
TEORETICKÁ ČÁST	21
1 IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY	22
2 CROHNOVA CHOROBA.....	23
2.1 DEFINICE A EPIDEMIOLOGIE	24
2.2 ETIOLOGIE A PATOGENEZE	25
2.3 KLINICKÝ OBRAZ.....	25
2.3.1 CROHNOVA CHOROBA V ILOCÉKÁLNÍ LOKALIZACI.....	26
2.3.2 CROHNOVA CHOROBA TLUSTÉHO STŘEVA.....	26
2.3.3 CROHNOVA CHOROBA TENKÉHO STŘEVA.....	26
2.3.4 CROHNOVA CHOROBA POSTIHUJÍCÍ OBLAST PERIANÁLNÍ A ANOREKTÁLNÍ	27
2.3.5 CROHNOVA CHOROBA V ATYPICKÉ LOKALIZACI	27
2.3.6 CROHNOVA CHOROBA KOMPLIKACE STŘEV	27
2.3.7 CROHNOVA CHOROBA MIMOSTŘEVNÍ KOMPLIKACE.....	28
2.4 DIAGNOSTIKA	28
2.4.1 ANAMNÉZA A FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ	29
2.4.2 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ.....	29
2.4.3 ENDOSKOPICKÉ A ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ.....	29
2.5 TERAPIE.....	30
2.5.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	30
2.5.2 NUTRIČNÍ LÉČBA	31
2.5.3 CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	31
2.5.4 PSYCHOTERAPIE	31
2.5.5 ALTERNATIVNÍ LÉČBA.....	32

2.5.6	HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA PACIENTŮ S CROHNOVOU CHOROBU.....	32
2.5.7	CROHNS DISEASE ACTIVITY INDEX	32
3	LÁZEŇSKÁ LÉČBA V ČESKÉ REPUBLICE.....	34
3.1	BALNEOLOGIE	35
3.2	PŘÍRODNÍ LÉČIVÉ ZDROJE	35
3.2.1	LÉČIVÉ VODY	35
3.2.2	ZŘÍDELNÍ PLYNY	36
3.2.3	PELOIDY	36
3.3	HISTORIE KARLOVARSKÉ LÉČBY	37
3.3.1	METODIKA KARLOVARSKÉ LÉČBY	37
3.4	KARLOVARSKÁ MINERÁLNÍ VODA A JEJÍ FYZIOLOGICKÝ ÚČINEK 38	
3.4.1	INDIKACE KARLOVARSKÉ LÉČBY	39
3.5	SPECIFIKA KARLOVARSKÉ LÉČBY PRO CROHNOVU CHOROBU ..	39
3.6	INDIKACE, KONTRAINDIKACE KARLOVARSKÉ LÉČBY	40
	PRAKTICKÁ ČÁST	42
4	METODIKA ŠETŘENÍ A ORGANIZACE PRŮZKUMU	43
5	VÝSLEDKY PRŮZKUMU – ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ..	45
6	DISKUZE	69
6.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	70
	ZÁVĚR	71
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
	PŘÍLOHY	I

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Přehled postižení u IBD	II
Obrázek 2 Rozsah postižení u IBD.....	III
Obrázek 3 Vřídlo Karlovy Vary	IV

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Nejčastější bolestivý příznak	45
Tabulka 2 Subjektivně vnímaná intenzita bolesti u nejčastějšího bolestivého příznaku	46
Tabulka 3 Nejčastější příznaky – jiné než bolestivé	47
Tabulka 4 Nejvíce obtěžující příznaky	48
Tabulka 5 Nejvíce obtěžující bio-psycho-sociální příznak	49
Tabulka 6 Přítomnost dalšího nemocného s CD v rodině	50
Tabulka 7 Počet předchozích podstupených lázeňských léčeb	51
Tabulka 8 Odhad doby zlepšení zdravotního stavu po absolvování předchozí LL (souhrn muži i ženy)	52
Tabulka 9 Odhad doby zlepšení zdravotního stavu po absolvování předchozí LL, pouze muži, ověření H_0 , že distribuční funkce doby zlepšení vykazuje Weibullovo rozdělení	53
Tabulka 10 Odhad doby zlepšení zdravotního stavu po absolvování předchozí LL, pouze ženy, ověření H_0 , že distribuční funkce doby zlepšení vykazuje Weibullovo rozdělení	55
Tabulka 11 Průměrné doby zlepšení zdravotního stavu po absolvování LL a jejich porovnání Welchovým t-testem	57
Tabulka 12 Průměrné doby zlepšení zdravotního stavu po absolvování LL pro jednotlivé věkové kategorie (muži i ženy)	58
Tabulka 13 Odhad počtu dní (měsíčně) pracovního omezení před zahájením předchozí LL	59
Tabulka 14 Odhad počtu dní (měsíčně) pracovního omezení po absolvování předchozí LL v období zlepšeného zdravotního stavu	60
Tabulka 15 Průměrné náklady na léky na pacienta měsíčně před absolvováním LL, uvažovány celkové ceny léčiv	61
Tabulka 16 Průměrné náklady na léky měsíčně po absolvování LL, uvažovány celkové ceny léčiv v období zlepšeného zdravotního stavu	62
Tabulka 17 Uvádí počty respondentů, jejichž spotřeba léčiv se po absolvování LL snížila/nesnížila (týká se období zlepšeného zdravotního stavu).	63
Tabulka 18 Uvádí počty respondentů, kteří v průběhu lázeňské léčby aktivně vyhledávají stejně postižené pacienty.	64

Tabulka 19 Souhrn a průměry výsledků – změny v nemocnosti v důsledku absolvování LL	65
Tabulka 20 Souhrn a průměry výsledků – změny ve spotřebě léčiv v důsledku absolvování LL.....	66
Tabulka 21 Pohlaví respondentů.....	67
Tabulka 22 Věkové kategorie respondentů	68
Tabulka 23 Kalkulátor pro výpočet CDAI indexu.....	V
Tabulka 24 Seznam indikačních skupin pro dospělé.....	VI
Tabulka 25 Seznam indikačních skupin pro děti a dorost	VI
Tabulka 26 Stručný přehled účinků balneoterapie	VII
Tabulka 27 Obecné kontraindikace lázeňské léčebně rehabilitační péče	VIII
Tabulka 28 Minerální složení karlovarského pramene Vřídlo	IX

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Nejčastější bolestivý příznak.....	45
Graf 2 Subjektivně vnímaná intenzita bolesti u nejčastějšího bolestivého příznaku.....	46
Graf 3 Nejčastější příznaky – jiné než bolestivé.....	47
Graf 4 Nejvíce obtěžující příznaky.....	48
Graf 5 Nejvíce obtěžující bio-psycho-sociální příznak	49
Graf 6 Přítomnost dalšího nemocného s CD v rodině	50
Graf 7 Počet předchozích podstoupených lázeňských léčeb	51
Graf 8 Odhad doby zlepšení zdravotního stavu po absolvování předchozí LL (souhrn muži i ženy)	52
Graf 9 Odhad doby zlepšení zdravotního stavu po absolvování předchozí LL, pouze muži, ověření H_0 , že distribuční funkce doby zlepšení vykazuje Weibullovo rozdělení	53
Graf 10 Odhad doby zlepšení zdravotního stavu po absolvování předchozí LL, pouze ženy, ověření H_0 , že distribuční funkce doby zlepšení vykazuje Weibullovo rozdělení	55
Graf 11 Průměrné doby zlepšení zdravotního stavu po absolvování LL pro jednotlivé věkové kategorie (muži i ženy)	58
Graf 12 Odhad počtu dní (měsíčně) pracovního omezení před zahájením předchozí LL	59
Graf 13 Odhad počtu dní (měsíčně) pracovního omezení respondentů po absolvování předchozí LL v období zlepšeného zdravotního stavu (pouze průčeschní).....	60
Graf 14 Průměrné náklady na léky na pacienta měsíčně před absolvováním LL, uvažovány celkové ceny léčiv	61
Graf 15 Průměrné náklady na léky měsíčně po absolvování LL, uvažovány celkové ceny léčiv v období zlepšeného zdravotního stavu	62
Graf 16 Zobrazuje poměr respondentů, jejichž spotřeba léčiv se po absolvování LL snížila/nesnížila (týká se období zlepšeného zdravotního stavu).....	63
Graf 17 Uvádí počty respondentů, kteří v průběhu lázeňské léčby aktivně vyhledávají stejně postižené pacienty.....	64
Graf 18 Pohlaví respondentů	67
Graf 19 Věkové kategorie respondentů	68

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

A2	Fosfolipáza (enzym regulující např. metabolismus)
ALP	Alkalická fosfatáza (enzym podporující činnost buněk)
ALT	Alaninaminotransferáza (enzym lokalizovaný v jaterní buňce)
ANCA	Anti-Neutrophil cytoplasm antibodies (protilátky proti cytoplasmě neutrofilů)
ASCA	Anti-Saccharomyces cerevisiae antibodies (autoprotilátky třídy IgA a IgG)
CD	Crohn's disease (Crohnova choroba)
CDAI	Crohns disease activity index (anglická zkratka aktivity Crohnovy nemoci)
CRP	C-reaktivní protein
CT	Computed Tomography (počítačová tomografie)
DCCV e.V.	Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung (Německé sdružení pro Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu)
DPP-4	Dipeptidylpeptidáza – inhibitor snižující glukagon a krevní hladinu glukózy
E.coli	Bakterie <i>Escherichia coli</i>
EFCCA	European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations (Evropská federace sdružení pro Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu)
EU	Evropská unie
FW	Sedimentace erytrocytů podle iniciál jmen lékařů Fahraeuse a Westergrena
GIT	Gastrointestinální trakt
IBD	Inflammatory Bowel Disease (idiopatické střevní záněty)
IBDQ	Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (dotazník pro zánětlivé střevní onemocnění)
ID	Invalidní důchod
ISZ	Idiopatické střevní záněty
L/S	Lumbosakrální oblast
LL	Lázeňská léčba

MR	Magnetická rezonance
NOD2/CARD 15	Nucleotide-binding oligomerization domain-containing protein 2, Caspase recruitment domain-containing protein 15 (Protein kódovaný tímto genem hraje důležitou roli v imunitní odpovědi na bakteriální infekci)
RTG	Rentgen
SF 36	Short Form (dotazník kvality života)
SI	Sakro-iliakální skloubení
TBC	Tuberkulóza
Th/L	Thorako-lumbální přechod
TNF- α	Tumor necrosis factor α (Faktor nádorové nekrózy α)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
WHOQOLBref	Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Amébová dysenterie	Infekční parazitární střevní onemocnění vyvolané měňavkou <i>Entamoeba histolytica</i> (úplavice)
Anastomóza	Uměle založená spojka mezi dvěma dutými orgány, např. cévami či orgány zažívacího ústrojí
Elastická ligatura	Patologické propojení konečníku či jiných orgánů s kůží oblasti řitě
Endoskopie	Vyšetřovací metoda tělních dutin a dutých orgánů pomocí nazogastrické sondy
Enterografie	Vyšetření pomocí magnetické rezonance se schopností odlišit od sebe i tkáně s velmi obdobnou strukturou
Enteroklýza	Rentgenologické dvojkontrastní vyšetření tenkého střeva
Enteroskopie	Vyšetřovací metoda využívající optického zařízení – endoskopu k zobrazení tenkého střeva
Epiloidní granulom	Kompaktní útvar tvořený lymfocyty a vysoce diferencovanými mononukleárními fagocyty
Episkleritida	Zánět tkáně v okolí skléry, na sklěře episklerálních
Erythema nodosum	Zánětu podkožní tukové tkáně s různorodou etiologií
Exacerbace	Nové vzplanutí chronické choroby
Fisura	Řitní trhlina
Gastrokolický reflex	Je zodpovědný za typické nucení na stolicí krátce po jídle
Granulomatózní enteritida	Vzácná forma nespecifického zánětu střeva
Helmintická imunomodulace	Úprava imunitního systému některými cizopasnými červy
Hemikolektomie	Chirurgické odstranění poloviny tlustého
Cholekinetikum	Látky způsobující vyprázdnění žlučníku
Choleretikum	Látky zvyšující tvorbu žluči a její vylučování
Imunomodulátor	Látka schopná měnit rozsah imunitní odpovědi
Imunosupresivum	Látka potlačující funkci imunitního systému

Insuflace	Zavádění plynu do tělní dutiny z diagnostických nebo léčebných důvodů
Irigidocyklitida	Zánět duhovky a řasnatého tělesa
Kolitida	Zánět tlustého střeva
M. iliopsoas	Sval začínající v oblasti pánve a bederní páteře, upíná se na kost stehenní
M. levator ani	Sval tvořící větší část pánevního dna
M. rectus abdominis	Přímý sval břišní
M. quadratus lumborum	Čtyřhranný sval bederní
Oxalátová nefrolitiáza	Výskyt ledvinových kamenů tvořených dikarboxylovou kyselinou
Penetrace	Pronikání, průchod
Perforace	Proděravění, protržení, vznik chorobného otvoru v dutém orgánu
Pigmentová cholecystolitiáza	Zbarvené konkrementy ve žlučníku
Proktitida	Zánětlivé onemocnění sliznice konečníku a řitní krajiny
Pyoderma gangrenosum	Relativně vzácné onemocnění se vznikem náhlých bolestivých, nehojících se vředů, které se nekroticky rozkládají
Sakroileitida	Zánět křížokyčelního skloubení
Seróza	Tenká lesklá blána vystýlající některé tělní dutiny (hrudní, břišní a osrdečnickovou), mající společný zárodečný původ
Sklerozující cholangitida	Chronické zánětlivé onemocnění postihující vnitřní i vnější žlučové cesty, trvale zhoršující se fibrózní stav, končící vznikem jaterní cirhózy
Strikturoplastika	Chirurgický výkon rozšiřující zúžení trubicového orgánu jícnu, močovodu, průdušnice aj.
Synovitida	Zánět synoviální blanky kloubu
Transmurální zánět	Zánět procházející celou stěnou
Uveitis	Zánět duhovky

Viscerovertebrální Porucha vnitřních orgánů vyvolá reflexně funkční poruchu v osovém orgánu

Yersiniová enterokolitida Onemocnění způsobené anaerobní bakterií *Yersinia enterocolitica*

(VOKURKA a kol., 2010)

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsem si vybrala lázeňskou léčbu (LL), která je součástí zdravotnického léčebného procesu. Představuje takovou péči o zdraví, která: posiluje zdraví, zabraňuje onemocnění, léčí již vzniklá onemocnění a především snižuje následky nemoci. Konkrétně jsme si v této práci vybraly lázeňskou léčbu pro skupinu pacientů s onemocněním Crohnovou chorobou. Cílem této práce je přiblížit, jak důležitá je a jaký přínos má lázeňská léčba pro pacienty s Crohnovou chorobou.

Praktická část je založena na dotazníkovém průzkumu, jehož respondenti byli pacienti nastupující lázeňskou léčbu v sanatoriu Bohemia. Dotazník zjišťoval bio-psycho-sociální příznaky jejich choroby a účinek předchozí lázeňské léčby, včetně délky a intenzity jejího účinku na zdraví a její ekonomický přínos pro pacienty.

Výstupem průzkumu bylo zejména stanovení omezení dob nemocnosti a úspor nákladů na léky po proběhlé léčbě. Doba zlepšení zdravotního stavu po léčbě byla vypočtena zvlášť pro muže i ženy, včetně statistického zpracování a určení statistické významnosti rozdílu účinku léčby mezi těmito dvěma skupinami. Též byla z průzkumu stanovena závislost účinku léčby na věku respondentů a statistická významnost korelace těchto veličin. Doplnující informací vzešlou z průzkumu byly souhrnné výsledky odpovědí na otázky ohledně bio-psycho-sociálního stavu pacientů, vnímané intenzity a druhu bolesti atd.

Cíle průzkumu: Kvantitativní i kvalitativní zhodnocení účinnosti LL pro pacienty CD

1. Hlavní cíl: Zjistit, zda-li podstoupení LL má u pacientů přínos pro jejich zdravotní stav (chápaný jako bio-psycho-sociální stav) a tento přínos vhodně kvantifikovat
2. Dílčí cíl 1: Stanovit případný ekonomicko-sociální přínos podstoupení LL kvantifikovaný snížením nákladů na léčiva pro pacienty
3. Dílčí cíl 2: Stanovení závislosti účinnosti léčby na pohlaví a věku pacientů

Otázky průzkumu:

1. Jaký dopad na zdravotní stav pacientů s CD má absolvování LL?
2. Přináší podstoupení LL finanční úsporu na léčiva pro pacienty?

3. Lze vysledovat případnou závislost mezi účinností LL a pohlavím či věkem pacientů?

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Lázeňská léčba u dospělých pacientů s diagnózou Crohnovy choroby v lázeňském sanatoriu Bohemia – lázně a. s., Karlovy Vary, proběhlo v časovém období říjen 2015 až březen 2016. Pro vyhledávání bylo použito těchto elektronických databází: katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz), Jednotná informační brána (www.jib.cz), Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>), Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz), Online katalog NCO NZO a volný internet.

Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém: Crohnova choroba, balneologie, lázně Karlovy Vary. V jazyce německém: Morbus Crohn, Balneologie, Kurbad Karlsbad. V jazyce anglickém: Crohn's disease, balneotherapy, Spa Karlovy Vary Czech republic.

Hlavním kritériem pro zařazení dohledané literatury do zpracování bakalářské práce bylo, že plnotext odborné publikace tématicky odpovídal stanoveným cílům bakalářské práce v českém, slovenském, německém nebo anglickém jazyce. Vyřazovacími kritérii byla obsahová nekompatibilita se stanovenými cíli bakalářské práce či publikace s nízkým stupněm důkaznosti.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito 25 relevantních plnotextů v českém jazyce (4 vysokoškolské práce, 11 knižních zdrojů, 10 ostatních zdrojů) z let 2008 až 2015.

Počet záznamů:	celkem 25 záznamů (vysokoškolské práce – 4, knihy – 11, ostatní – 10)
Časové omezení:	2008-2015
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština
Druh literatury:	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	15. 12. 2015

TEORETICKÁ ČÁST

1 IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY

Idiopatické střevní záněty (Inflammatory Bowel Disease – IBD) zahrnují dvě základní patologické jednotky: Crohnovu chorobu (CD, Crohn's disease) a ulcerózní kolitidu (UC, ulcerative colitis). U specifických střevních zánětů jako např. ischemická kolitida, kolagenní kolitida, infekční kolitida, celiakie) je etiologie nemoci známa. Jsou to záněty chronického původu, kde etiologie onemocnění známa není. Postihují trávicí trakt, bývají doprovázeny bohatými extraintestinálními příznaky a na vznik onemocnění má vliv více faktorů. Při těžkém průběhu onemocnění, může dojít i k postižení vnitřních orgánů, pohybového aparátu, kůže, očí, střevní neprůchodnosti, perforaci střeva s následnou peritonitidou a vznikem sepse až šokového stavu se ztrátou vědomí. Tyto šokové stavy mohou končit až smrtí. Způsob, jak idiopatickým střevním zánětům předejít, nebo je definitivně vyléčit, není zatím znám. Neexistuje lék, který by zaručil 100% léčbu. Terapie IBD není kauzální, nýbrž jen symptomatická. Třebaže nemůže být nemocný zcela vyléčen, lze docílit zklidnění průběhu nemoci vymizením jejích příznaků a projevů tzv. remise. Crohnova choroba (též regionální enteritida) postihuje nejčastěji ileocekální oblast, lokalizována však může být kdekoliv v trávicí trubici. Ulcerózní kolitida (též idiopatická proktokolitida) začíná obvykle postižením konečníku, omezuje se na tlusté střevo a zřídka může být zánětem poškozena i konečná část tenkého střeva. V případě, že nelze stanovit přesnou diagnózu, tj. je přítomen zánět tlustého střeva se známkami jak Crohnovy choroby, tak ulcerózní kolitidy, bývá onemocnění označeno jako kolitida neurčitá (LUKÁŠ, 2007).

2 CROHNOVA CHOROBA

Crohnova choroba je stále častějším závažným onemocněním a zdravotním problémem, jehož výskyt v naší populaci stále narůstá. Nejčastěji postihuje dospívající a mladé lidi mezi 20. až 30. roky života a pak také dospělé ve věku od 50 do 80 let. Pacienti postižení tímto onemocněním trpí bolestmi břicha, teplotami, podvýživou a únavou, urputnými průjmy, někdy až 30 vodnatými stolicemi denně, komplikacemi metabolickými, očními a kožními, nejčastěji na bérkách, ale také strukturálními a funkčními poruchami pohybového aparátu, projevujícími se bolestmi kloubů, páteře atd. Toto závažné chronické onemocnění, má významný vliv na kvalitu života postižených jedinců, a to ve všech sférách jejich života. Je-li nemoc v akutní fázi, nejsou pacienti obvykle schopni zvládat pravidelnou docházku do zaměstnání, to platí především o těch, jejichž práce je fyzicky náročná. Výdělečná činnost nejde snadno skloubit s častými novými vzplanutími nemoci a těžkými mimostřevními projevy. Přesto, že příčina vzniku této nemoci není jednoznačně určena, může na pozadí vzplanutí nemoci stát náročnost dnešní doby v podobě špatné životosprávy, nepravidelného hektického režimu, dlouhodobého napětí a stresu (KOHOUT, 2006), (ČERVENKOVÁ, 2009).

Důkazem výše uvedeného jsou i vznikající sdružení, informační portály a svépomocné skupiny jak v České republice, tak i dalších státech, které podávají informace, pomoc a odborné rady. V České republice se jedná například o Regionální sdružení pacientů s ISZ (idiopatickými střevními záněty) v Mostě, Olomouci, Ústí nad Labem a Hradci Králové, Klub IBD Crocodile (Inflammatory Bowel Diseases) v Českých Budějovicích, sdružení pacientů s Crohnovou chorobou CROKUS v Mariánských Lázních, sdružení pacientů Život bez střeva, Dobrý anděl pro dětské pacienty, crohn.cz, crohnovanemoc.cz atd. V zahraničí jsou jimi například Slovak Crohn Klub (Slovensko), Österreichische Morbus-Crohn/Colitis-ulcerosa-Vereinigung (Rakousko), DCCV e.V. (Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung), Selbsthilfegruppe Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa Kerken (Německo) a v neposlední řadě mezinárodní projekt EUROKLÍČ a celoevropská EFCCA (European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations) (CROHN, 2016).

2.1 DEFINICE A EPIDEMIOLOGIE

Crohnova choroba postihuje kteroukoliv část trávicí trubice. Již stará lékařská literatura poukazuje na nemoc, která by se dala označit jako nynější Crohnova choroba. Například zprávy W. H. Fabryho (1612), G. B. Morgagniho (1769) a Thomayerův spis (1893). V roce 1932 ji poprvé popsali americký gastroenterolog Dr. Burrill Bernard Crohn spolu s Dr. Leonem Ginzburgem a Dr. Gordonem Oppenheimerem (ČERVENKOVÁ, 2009).

Crohnova choroba je granulomatózní a transmukózní zánět postihující segmentárně nebo plurisegmentárně stěnu trávicí trubice ve všech jejích vrstvách. Synonyma označení jsou též regionální enteritida, granulomatózní enteritida nebo terminální ileitida. Onemocnění probíhá chronicky s obdobími relapsů a remisí zánětu, je nevyléčitelné jak medikamentózně, tak chirurgicky. První příznaky se objevují především v mladém věku (medián prvního výskytu mezi 25. až 28. rokem). Nejčastěji bývá u pacientů postižena ileocekální oblast (40 %), dále colon (30 %), izolované postižení ilea proximálně od terminálního ilea (15–20 %), změny ve ventrikulu, ezofágu, duodenu (5–10 %). U přibližně jedné třetiny pacientů bývají postiženy i jiné orgány. Objevuje se hlavně v mladém věku v průměru mezi 25–28 rokem (KLENER, 2011).

Častější výskyt onemocnění je v průmyslově vyspělých zemích severní polokoule. V některých oblastech Severní Ameriky a ve Skandinávii je incidence vyšší významně (8–16 nových případů na 100 000 obyvatel za rok). Nízký výskyt je v zemích Jižní Ameriky, Afriky a Asie. Příčinou rozdílů ve výskytu mohou být klimatické podmínky, nižší socioekonomický standard, či způsob výživy. Nicméně v méně rozvinutých zemích může hrát významnou roli také nízká úroveň zdravotní péče mající za následek nízkou diagnostickou úspěšnost IBD. Další zvláštností jsou zejména u Crohnovy choroby výrazné rasové rozdíly (zvýšený výskyt u europoidní rasy). Odhadovaná incidence CD v České republice je okolo 4–6 nových případů na 100 000 obyvatel za rok, v poměru ženy: muži 1:1. Mortalita CD se pohybuje pod 1 %, ale nedaří se ji snižovat ani při využití moderních léčebných metod. Rizika jsou nejvyšší v prvních letech po nástupu onemocnění. Riziko úmrtí se zvyšuje s časností nástupu choroby, zejména nástup před 20. rokem života je značně rizikový (ČEŠKA, 2015).

2.2 ETIOLOGIE A PATOGENEZE

Přes intenzivní výzkum Crohnovy nemoci zůstávají etiologie a patogeneze dosud nerozřešeny a patří k intenzivně studovaným problémům současné gastroenterologie. Výsledky studií obvykle poukazují na selhání mechanismů symbiocy střevní mikroflóry a střevního slizničního imunitního systému. Není znám vlastní etiologický faktor, nicméně je nesporné, že jde o vzájemné působení mezi genetikou vnímavého jedince a prostředím. Popisováno je celé množství genů, důsledek funkční genové mutace je však doposud nevyjasněn. Nově se zkoumají vztahy mezi genotypy a fenotypy choroby a sérologickými markery. V souvislosti s Crohnovou chorobou byla asociována celá řada genů a genetických abnormalit. Například gen NOD2/CARD15, vyskytující se u nemocných významně častěji. V budoucnu může genetika hrát důležitou roli při monitorování pacientů s rizikovým genotypem pro zvolení optimální léčebné strategie (CGB, 2015). Přesto je základním faktorem zvyšujícím riziko onemocnění Crohnovou chorobou vliv vnějšího prostředí. Jako například kouření, alkohol, špatné stravovací návyky (nepravidelná, předem připravovaná a nedostatečně tepelně upravovaná strava) či nedostatek pohybu vedoucí k obezitě a stres. Zvýšené riziko onemocnění bylo též prokázáno u žen při užívání antikoncepce (DCCV e. V., 2006).

2.3 KLINICKÝ OBRAZ

Klinické projevy u Crohnovy choroby mohou být velmi různorodé, podmíněné rozsahem, lokalizací nemoci a charakterem lokálních zánětlivých změn. Přímá korelace mezi fází zánětlivých změn a klinickými obtížemi většinou nebývá. Řadu let se mohou objevovat nepatrné abdominální projevy s výraznou extraintestinální symptomatologií jako např. kloubní a kožní projevy. Kromě toho mohou být manifestovány jen nespecifické příznaky jako úbytek tělesné hmotnosti, zvýšené teploty, průjmy, chudokrevnost z nedostatku železa a vitamínů, neurčité trávicí potíže. Obraz nemoci se v různých oddílech trávicí trubice velmi liší, proto v závislosti na postižení rozlišujeme několik forem (ČEŠKA, 2015).

Onemocnění je možné rozdělit do 4 fází. První fází je ataka neboli náraz, kdy se objevují první manifestace choroby. Druhou fází je relaps, zde se střídají fáze klidové s exacerbacemi. Třetí fází je remise, kdy je nemoc klinicky asymptomatická, ale aktivita přetrvává a je prokazatelná laboratorně, histologicky, rentgenologicky a endoskopicky.

Čtvrtou fází je recidiva čili exacerbace – nové vzplanutí choroby v původně nepostižené lokalizaci. Mezi základní klinické symptomy Crohnovy choroby patří v 70–90 % diarea, ve 45–66 % abdominální bolesti, 50–80 % anální léze, perianální píštěl jako první projev choroby u 10–25 % a Erythema nodosum episkleritis, uveitis jako první projev choroby u 30 % (ŠAFRÁNKOVÁ a kol., 2006), (KLENER, 2011).

2.3.1 CROHNOVA CHOROBA V ILOCÉKÁLNÍ LOKALIZACI

Klasickým predilekčním místem Crohnovy choroby je ileocékální oblast. Typické jsou průjmy, zvýšené teploty, hubnutí, bolesti břicha v pravém podžebří zpočátku stálého tlakového charakteru, při progresi charakter křečovitý v okolí pupku, zesílené střevní zvuky, plynatost, nadýmání, říhání. Vyskytují se přibližně hodinu po jídle v závislosti na potravě. Je-li zánět aktivnější, mohou se připojit bolesti v okolí anu, s infiltrovanými análními papilami a fisurami, perianálními fistulami nebo abscesy s doprovodnými subfebriliemi nebo febriliemi (ČEŠKA, 2015).

2.3.2 CROHNOVA CHOROBA TLUSTÉHO STŘEVA

Vyskytuje se u 25–30 % nemocných, s kontinuálními změnami na tračníku připomíná ulcerózní kolitidu, obzvláště, je-li zasaženo rektum. Postižení bývá častěji segmentálního nebo fokálního charakteru. Charakteristickým nálezem jsou vředovité defekty umístěné podélně osou tračníku na jeho antimezenteriální straně. V určitých případech se mohou vytvořit hluboké fisurální vředy pronikající celou stěnou střeva a umožnit vznik píštělím. Tzv. „cobblestones“ (dlažební kostky) v endoskopickém a rentgenologickém popisu při postižení tračníku jsou charakteristické pro Crohnovu chorobu. Bolest břicha bývá křečovitého charakteru, závisí na vyprazdňování a je lokalizována pod pupkem. Přítomny bývají též tenesmy a krvácení z rekta, kdy se prakticky vždy vyskytují hnisavé komplikace v perianální oblasti (abscesy, fisury, píštěle). U 30 % pacientů se projevují komplikace mimostřevní (ČEŠKA, 2015).

2.3.3 CROHNOVA CHOROBA TENKÉHO STŘEVA

Postižení tenkého střeva se projeví změnami na orálním ileu a jejunu. Nejčastější patologickoanatomický a histomorfologický nález je těsná fibrózní stenóza různé délky, od několika milimetrů do desítek centimetrů. Typický je projev střevního dyspeptického syndromu (nechutenství, nadýmání, říhání, častější odchod větrů, škroukání), malnutrice,

a střídavé bolesti břicha. U významného zúžení může dojít k subileóznímu až ileóznímu stavu. U této formy nemoci nejsou většinou zřejmé klinické ani laboratorní hodnoty zánětu, stolice nebývá s průjmy, je naopak řidší, někdy formovaná, převládá hubnutí, projev malnutrice, anémie. Extraintestinální projev u nemoci nebývá, avšak velmi často převažují metabolické komplikace, obzvláště po opakujících se resekcích tenkého střeva vedoucí k enterálně podmíněnému zvýšenému vylučování oxalátů močí (hyperoxalurií), následuje vznik oxalátové nefrolitiázy a k pigmentové cholecystolitiázy (ČEŠKA, 2015).

2.3.4 CROHNOVA CHOROBA POSTIHUJÍCÍ OBLAST PERIANÁLNÍ A ANOREKTÁLNÍ

Lokalizace v oblasti perianální a anorektální je označována jako zvláštní subtyp Crohnovy choroby. Izolovaná lokalizace v rektu a v perianální oblasti se vyskytuje vzácně, častěji je postižena současně anorektální oblast a tlusté střevo, nebo ileocekální přechod. U této formy se projevují eroze a vředy v oblasti análního kanálu a perianálně, hypertrofické řitní papily, typická je tvorba abscesů a perianálních, anovaginálních, anorektálních píštělí, obzvláště u žen a mladších pacientů. Průběh nemoci je většinou nepříznivý a vleklý. Je-li průběh agresivní, může dojít k poškození funkcí análních svěračů, částečné či úplné inkontinenci, a tvorbě těsné tuhé stenózy v anorektální junkci (ČEŠKA, 2015).

2.3.5 CROHNOVA CHOROBA V ATYPICKÉ LOKALIZACI

Přibližně u 5 % pacientů bývá izolované postižení duodena, žaludku a jícnu. Typický je jícnový nález s různě dlouhou stenózou a s vředy, projevující se zhoršeným polykáním, manifestující se úbytkem hmotnosti. Při lokalizaci na žaludku mohou být přítomny symptomy vedoucí z poruchy evakuace žaludku, které mohou vyvolat pocit plnosti, bolesti po jídle, pocit na zvracení a zvracení nestráveného obsahu. Postižení duodena je nejčastěji kombinováno s ostatními mnohočetnými ložisky na proximální straně ilea. V oblasti duodena jsou obvyklé pasáž narušující stenózy, odpovědné za váhový úbytek a malabsorpci (ČEŠKA, 2015).

2.3.6 CROHNOVA CHOROBA KOMPLIKACE STŘEV

Střevní komplikace nemoci mohou být v kterékoli lokalizaci v podobě perforace, tvorby vnitřních píštělí nebo vzniku stenóz. Perforace střeva může být krytá, kde vzniká

absces, nebo volná do břišní dutiny se vznikem difúzní peritonitidy. Ta je však u nemoci velmi vzácná. Tvorba píštělí se projevuje penetrací transmurálního zánětu mimo stěnu střeva. Píštěle jsou buď zaslepené, nebo se spojují s abscesovou dutinou či jiným dutým orgánem (enterokolické, anovaginální), eventuelně s povrchem těla (enterokutánní, perianální). Obstrukční komplikace mající podobu subileózních až ileózních stavů způsobené tvorbou fibrózních stenóz, kdy závisí především na velikosti a délce postižení, bývají hlavním znakem k následné léčbě chirurgické (ČEŠKA, 2015).

2.3.7 CROHNOVA CHOROBA MIMOSTŘEVNÍ KOMPLIKACE

Přibližně u jedné třetiny pacientů se objevují mimostřevní projevy. Dělí se dále podle rozsahu na zánětlivé aktivity nemoci a na koincidující nemoci zcela nezávislé na aktivitě zánětu střeva. V první skupině jsou kožní komplikace (pyoderma gangrenosum, erythema nodosum), postižení kloubů enteropatickou artritidou I. typu (akutní synovitida velkých kloubů) a komplikace oční (irigocyklitida, episkleritida). Do druhé skupiny koincidujících chorob je zařazena primární sklerozující cholangitida, sakroileitida a enteropatická artritida II. typu (ČEŠKA, 2015).

2.4 DIAGNOSTIKA

Správné stanovení diagnózy není u nespecifických střevních zánětů vždy jednoduché. Důležitou roli zde hraje především prvotní záchyt nemoci. Pro rozmanitost, zálužnost a agresivitu je diagnostika Crohnovy choroby náročná. Podstatou diagnostiky je klinický obraz, laboratorní vyšetření, endoskopický a histologický nálezn a výsledky zobrazovacích vyšetření. Pro spolehlivější stanovení diagnózy je důležitý histologický nálezn, jsou doporučovány alespoň dvě biopsie z pěti segmentů terminálního ilea a tračníku včetně rekta. Faktem je, že až v 60 % případů není v biopsii nalezen granulomatózní záněť, což stanovení správné diagnózy dále ztěžuje. Pod velmi podobným endoskopickým obrazem a se stejnou klinickou symptomatologií, může dokonce probíhat akutní amébová dyzenterie (úplavice), kampylobakterová enteritida, ileocékální TBC (tuberkulóza) nebo Yersiniová enterokolitida. Dále je potřeba vyloučit karcinom kolonu, konečníku a apendixu. Při izolovaném postižení kolonu ani opakovaná biopsie neodliší Crohnovu chorobu od ulcerosní kolitidy u zhruba 30 % případů (KARGES a kol., 2011), (KOSTREJOVÁ a kol., 2014).

2.4.1 ANAMNÉZA A FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

V první řadě je velice důležitý důkladný rozbor obtíží pacienta a fyzikální vyšetření lékařem. V anamnéze je důraz kladen na přítomnost autoimunitně zprostředkované choroby u příbuzných (celiakie, Crohnova choroba, ulcerózní kolitida). Fyzikálně palpační citlivost a bolestivost nad postiženou částí střeva, hmatnou bolestivou rezistenci střevní stěny při infiltraci, nebo přechodu zánětu do okolí (nejčastější oblast pravé jámy kyčelní), popřípadě projevy peritoneálního dráždění přestoupí-li zánět do okolí, nebo vznikne-li absces či perforace. Dále bývají změny v koloritu kůže (bývá bledý), sliznice a spojivky jako při anémii a přítomnost projevů extraintestinálních (ŠPINAR a kol., 2013).

2.4.2 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

V laboratorním nálezu se vyskytují zvýšené hodnoty zánětlivých ukazatelů (FW, CRP, leukocyty), při malnutrici přítomnost známek sideropenické anémie a hypoalbuminemie, poruchy minerálového hospodářství. Sérologické vyšetření může stanovit ASCA a ANCA protilátky, které jsou sice minimálně senzitivní, ale poměrně vysoce specifické (ČEŠKA, 2015).

2.4.3 ENDOSKOPICKÉ A ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ

Ke standardním diagnostikám idiopatických střevních zánětů patří endoskopické vyšetření s bioptickou diagnostikou (kolonoskopie, gastrokopie, enteroskopie). Typické jsou segmentální lokalizace, k charakteristickým nálezům patří aftoidní vředy, plazivé vředy podél osy střeva a obraz dlažebních kostek. V histologickém nálezu jsou charakteristické fokální zánětlivé změny (v jedné biopsii se střídají postižená ložiska a normální sliznice), hluboké fisurální vředy zasahují až k seróze a jsou prokazatelné epiloidní granulomy. Zobrazovací metody jako RTG nativní snímek dutiny břišní, ultrasonografie, CT-enteroklýza a enterografie, MR-enterografie nebo MR malé pánve se používají k určení rozsahu nemoci a zjištění komplikací (KOSTREJOVÁ a kol., 2014), (ČEŠKA, 2015).

2.5 TERAPIE

Problematičnost léčby Crohnovy choroby dobře vystihuje citát anglického chirurga Alexandra Williamse: „V léčbě Crohnovy choroby je internista nemohoucí, chirurg nebezpečný a Bůh milosrdný (KLENER a kol., 2011, s. 487)“.

K obvyklým léčebným postupům indikovaným pacientům s Crohnovou chorobou patří kombinace dietní, medikamentózní a chirurgické léčby. Důležitým léčebným prvkem je též psychologická pomoc. Nutná je neustálá dispenzarizace a při zhoršení stavu je aplikována energetická strava s minerály a kortikoidy (HLINOVSKÁ, 2015). Léčba IBD je především vedena jako protizánětlivá a stanovená podle lokalizace choroby, její aktivity a rozsahu onemocnění daného pacienta. Léčbu dělíme na nárazovou (aplikovanou při zahájení léčby, relapsu choroby či zhoršení průběhu nemoci) a léčbu udržovací používanou za klidového stadia choroby. Důležitým prvkem v léčbě je kromě farmakologických a chirurgických prostředků též vhodná nutriční podpora pacientů. Důležitý vliv na kvalitu života nemocného má časná užívání imunosupresiv a léčba biologická (VRÁNOVÁ, 2013).

2.5.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Farmakologická léčba pouze navozuje a udržuje remisi onemocnění, která závisí na aktivitě a lokalizaci nemoci. Při mírně aktivní Crohnově chorobě jsou k navození remise indikovány léky mesalazin/sulfasalazin, při mírně až středně aktivní Crohnově chorobě budesonid (topický steroid působící lokálně ve střevě) a při vysoce aktivní Crohnově chorobě se podávají perorálně nebo parenterálně systémově působící kortikosteroidy (prednison nebo methylprednisolon). Biologická léčba je nejnovější generací léků mající výrazný protizánětlivý účinek. V posledních letech se užívá u komplikovaných pacientů, kteří na standardní léčbu nereagují. Aplikují se monoklonální látky proti zánětlivému cytokinu TNF α , jenž se podílí na vzniku a vývoji zánětu. Česká republika má v registraci pouze dva preparáty, ty se aplikují buď intravenózně (infliximab), nebo subkutánně (adalimumab). Je-li přítomna infekce nebo septická komplikace, je indikován antibiotická léčba, nejčastěji metronidazol a fluorochinolony (DÍTĚ a kol., 2011).

2.5.2 NUTRIČNÍ LÉČBA

Důležitou součástí konzervativní složky léčby Crohnovy choroby je správný dietní režim, který je zvláště koncipován pro různé fáze nemoci. K nedostatku bílkovin a dalších podstatných výživových složek v těle může docházet zejména při akutních vzplanutí choroby. Proto zde může přijít ke slovu i enterální výživa podávaná sondou. V době remise je enterální výživa obecně vzato také prospěšná, avšak obvykle není nutné její přísné složení. Nicméně je nutno brát v potaz i to, že mnohé potraviny Crohnovu chorobu zhoršují a každý pacient si tyto složky stravy musí najít a sledovat sám (GROFOVÁ, 2007).

2.5.3 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Zhruba 70–80 % pacientů s Crohnovou chorobou je minimálně jedenkrát v životě operováno. Nejčastější nitrobřišní výkon je ileocékální resekce. Z důvodu o zachování co nejdélejší délky tenkého střeva (zabránění syndromu tenkého střeva) se v současnosti odkloňuje od extenzivních resekcí (hemikolektomie, subtotální kolektomie, rozsáhlá resekce tenkého střeva) a využívá se striktuloplastika stenóz. Tento chirurgický výkon rozšiřuje struktury, kde se stenóza in situ ponechá, provede se podélná incize a příčná sutura. Při perianálních komplikacích je chirurgický zásah většinou nutný (náprava abscesů formou drenáží, píštělí elastickými ligaturami a tzv. posunlivý slizniční lalok u komunikujících píštělí). Zhruba u 90 % pacientů je možno přibližně za tři roky od provedení ileocékální resekce endoskopicky detekovat recidivu Crohnovi nemoci. Nejčastějšími místy recidiv jsou neotermální ilea nad vytvořenou ileokolickou anastomózou (ČEŠKA, 2015). Indikace chirurgického řešení Crohnovy choroby vyžaduje pečlivé zvážení, jelikož pacient nebude výkonem nikdy vyléčen. Opakované operace též přispívají a pravděpodobně jsou i hlavním faktorem pro vývoj jevu tzv. "zmrzačení Crohnovou chorobou" a dokonce někdy vedou i k předčasné smrti (MOSHE, 2011).

2.5.4 PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie je tradiční metodou, jak podpořit psychiku nemocných s Crohnovou chorobou. V terapeutickém rozhovoru se jako základní téma obvykle objevuje interakce mezi lékařem a pacientem. Jinou psychoterapeutickou metodou jsou různé relaxační

techniky, jako je např. autogenní trénink využívající záměrného svalového uvolnění k dosažení relaxace i orgánových funkcí. Další častou metodou je Schulzův autogenní trénink (KRATOCHVÍL, 2006).

2.5.5 ALTERNATIVNÍ LÉČBA

Novým alternativním způsobem léčby je helmintická léčba, kdy se pacient kontrolovaně infikuje prostřednictvím tenkohlavce prasečího (*Trichuris suis*). Tento alternativní způsob byl navržen na základě objevu helmintické imunomodulace. Imunomodulátory jsou látky schopné měnit rozsah imunitní odpovědi. Do této kategorie je možno zařadit také probiotika a jisté extrakty z rostlin (fytoterapie), většinou směsi látek se širokým spektrem účinku (HEPWORTH a kol, 2010), (LUKEŠ, 2012).

2.5.6 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA PACIENTŮ S CROHNOVOU CHOROBOU

Ke stanovení a vzájemnému porovnání subjektivně pociťované kvality života, se jako i u dalších závažných onemocnění, využívají u Crohnovy choroby patientské dotazníky. Dle jejich provedení je můžeme rozdělit na obecné a specifické. Obvyklé obecné dotazníky jsou Short Form 36 (SF 36) a dotazník WHO (WHOQOLBref). Nejvíce užívaným specifickým dotazníkem je Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ), který je rozdělen na čtyři oblasti týkající se střevních zánětlivých onemocnění (oblast střevní, sociální, emoční a systémová). Výsledek tohoto dotazníku je všeobecně uznáván za hlavní deskriptor kvality života postižených. V dvaatřiceti otázkách zde respondent hodnotí podle sedmistupňové Likertovy stupnice. Celkový součet (skóre) se pohybuje v rozsahu od 32 do 224 bodů. Čím je celkové hodnocení vyšší, tím je kvalita života pacienta horší. Působení nemoci dané její aktivitou je nejdůležitějším faktorem ovlivňujícím kvalitu života. Mezi nejvýznamnější demografické faktory působící na stav pacientů nepříznivě jsou mladší věk, ženské pohlaví, kouření a kratší doba trvání choroby (GABALEC, 2009), (GURKOVÁ, 2011).

2.5.7 CROHNS DISEASE ACTIVITY INDEX

Crohns disease activity index (zkratka aktivity Crohnovy nemoci – CDAI) byl navržen v roce 1976 W.R. Bestem a jeho kolektivem z Midwest Regional Health Center v Illinois v USA. Index sčítá 8 proměnných po přenásobení jejich vahou. Dále je za

každou skupinou komplikací přidán bod. Pokles CDAI pod 150 je definována jako remise Crohnovy choroby. Hodnota CDAI > 450 je definována jako těžká Crohnova choroba a pokles CDAI o 70 a více bodů je obvykle definován jako odpověď na léčbu Crohnovy choroby. Mezi komplikace řadíme bolesti kloubů, záněty duhovky a živnatky, záněty podkoží, nekrotizace tkání, aftózní vředy, anální fisury, píštěle, abscesy, ostatní píštěle a horečka během prošlého týdne (LAMBERT, 2008). Ukázka kalkulátoru CDAI indexu ukazuje tabulka 23.

3 LÁZEŇSKÁ LÉČBA V ČESKÉ REPUBLICE

České lázeňství má velmi bohatou historii sahající mnoho set let do minulosti. Na konci 19. století byly české lázně nazývány salony Evropy. V dnešní době se lázeňská zařízení nacházejí téměř ve všech krajích naší republiky. Česká republika je jednou ze světových lázeňských velmocí, proslulá kvalitní lékařskou péčí, progresivními léčebnými a rehabilitačními metodami a především vysoce kvalifikovaným personálem (lékaři, fyzioterapeuti, všeobecné sestry, nutriční terapeuti), který je jednou z jejich největších předností. Dále má obrovský potenciál disponující se stovkami přírodních léčivých vod, nalezišti peloidů, zdroji přírodních zřídelných plynů a klimatických podmínek pro léčbu široké škály onemocnění. V současné době má Česká republika v rámci zemí EU nejvyšší počet certifikací. Lázeňská léčba České republiky je prezentována lékařským vyšetřením, diagnostickými funkcemi, medicínskými preventivními programy a komplexní léčbou, zahrnující např. rehabilitaci, fyziatrii, ergoterapii, farmakoterapii, dietoterapii, reflexoterapii, psychoterapii či ergoterapii. V České republice je celkem 37 lázeňských míst, 24 z nich využívá minerální vody a zřídelní plyny jako léčebný prostředek lázeňské léčby (ČESKO, 2014), (SVAZ LÉČEBNÝCH LÁZNÍ ČR, 2015), (VYLITA, 2015).

Lázeňská léčba je součástí léčebného procesu garantována státem, což je dáno zákonem č. 1/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Je rozdělena do indikačních skupin pro dospělé a pro děti a dorost. Je doporučována ošetřujícím lékařem, na podkladě doporučení specialisty, kdy splnění podmínek posuzuje revizní lékař příslušné pojišťovny. Může být poskytována buď jako komplexní, příspěvková, nebo plně hrazena pacientem. Komplexní lázeňská léčba je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění, zahrnuje lékařské vyšetření, ubytování, stravu a v některých případech dopravní zdravotnickou službu. U příspěvkové lázeňské léčby je hrazeno zdravotní pojišťovnou lékařské vyšetření a standardní léčení, nikoliv však ubytování, strava a doprava (ČESKO, 2014), (SVAZ LÉČEBNÝCH LÁZNÍ ČR, 2015).

3.1 BALNEOLOGIE

Balneologie je věda zabývající se komplexně lázeňstvím, tj. fyziatrií a rehabilitační léčbou, obvykle se dělí na balneoterapii, balneotechniku a lázeňskou klimatologii. Je významná svojí účinností při léčbě chronických i akutních nemocí a vývojových vad. Neopomeňme ani její funkci sociálně-edukační (JAHODOVÁ, 2016).

Balneoterapie je lékařská věda o lázeňské léčbě, kde je upřednostňováno využití tzv. přírodních léčivých zdrojů (přírodní minerální vody, plyny, peloidy), či příhodného klimatu některých lázeňských míst. Je vedena lékařem za účelem uzdravy či nejpříznivějších podmínek k navrácení funkcí organismu. Balneotechnika je hraniční obor věd technických a přírodních, zabývající se využitím, rozmístěním a ochranou léčivých zdrojů, které se využívají v lázeňských procesech, tj. technika, infrastruktura lázeňských zařízení a míst. Balneotechniku můžeme dále rozdělit na kryotechniku, což je technický obor zabývající se využitím minerálních vod pro léčebné účely, nebo zřidelní geologii. Lázeňská klimatologie zkoumá vliv klimatu na lidský organismus. Zde je důležitá dráždivost, čistota, teplota a vlhkost vzduchu, exhalace lesů a luk. (JANDOVÁ, 2010), (ŠPIŠÁK, 2010). Stručný přehled účinků balneoterapie ukazuje tabulka 26.

3.2 PŘÍRODNÍ LÉČIVÉ ZDROJE

Mezi přírodní léčivé zdroje patří vody, peloidy a plyny. Tyto látky musí splňovat určité parametry, aby vůbec mohly být jako přírodní a léčivé označeny. Jde zejména o jejich vznik za přispění čistě přírodních procesů a stálost jejich vlastností. Účinnost látek se obvykle prokazuje vědeckými postupy. Vody se dělí podle svých fyzikálních vlastností (teplota, radioaktivita, osmotický tlak) a podle obsahu látek v nich rozpuštěných (JANDOVÁ, 2010).

3.2.1 LÉČIVÉ VODY

Za přírodní minerální vody jsou tradičně považovány léčivé vody obsahující minimálně 1 g rozpuštěných tuhých látek na 1 litr, pokud je obsah těchto látek nižší než 1 g, označují se jako velmi slabě či slabě minerální. Dříve se vody často pojmenovávaly podle převládajících iontů např. hydrouhličitanová vápenato-hořečná voda. Dnes se minerální vody nazývají podle vyhlášky o přírodních léčivých zdrojích jako vody

zemité, alkalické, slané, hořečnaté, jodové, siričné, radonové, chloridovápenaté a dále teplice a kyselky (STANĚK, 2013). Podle teploty lze vody rozlišit na ty s přirozenou teplotou vyšší než 25 °C, takzvané vody termální, které se dělí na vlažné vody mající teplotu 20–25 °C, teplé vody při 25–35 °C a horké mající více než 42 °C. Vykazují-li vody radioaktivitu způsobenou radonem, nazývají se jako radonové radioaktivní vody. Dělení dle osmotického tlaku rozděluje vody na hypotonické, izotonické a hypertonické. Léčivé vody jsou čisté vody nekontaminované organismy o různé teplotě se specifickým konstantním obsahem rozpuštěných plynů a netoxických látek. Používány jsou k vnitřní i vnější balneaci, například k inhalacím, ke koupelím, k irigacím dásní, gynekologickým a střevním. Je to přírodní iontový roztok indikovaný jako pitná kúra dle obsahu a koncentrace minerálních látek. Čím vyšší je koncentrace, tím více dráždí trávicí trubici. Kontraindikovány jsou při poruchách průchodnosti GIT (gastrointestinální trakt), žlučových i močových cest, tendenci k otokům, retenci vody ledvinami, orgánovém selhávání a omezení při portální hypertenzi (JANDOVÁ, 2009), (VYLITA, 2015).

3.2.2 ZŘÍDELNÍ PLYNY

K léčbě se využívá plyn, který vyvěrá ze země buď přímo a je lapán do zvonů, nebo se na povrch dostává v kapalném nosiči – minerální vodě, ze které je následně oddělen. Nejčastěji se jeho léčebných účinků využívá při léčbách pohybového aparátu a gynekologii (JAHODOVÁ, 2016). Nejběžnější je CO₂ (obvykle přes 90 % ve zřidelním plynu) ten vodu nejen ochucuje, ale zvyšuje i prokrvení sliznic. Daleko méně se vyskytuje H₂S (sirovodíkové exhalace), metan, O₂, N₂ a vzácné plyny jako Rn, He, Ar (pouze příměsi). Zřidelní plyny mají vazodilatační účinek, snižují periferní cévní rezistenci, insuflují se do podkoží a tím ovlivňují lokální cirkulaci. Využívají se k suchým uhličitým koupelím, uhličitým koupelím, plynovým injekcím a pneumopunktuře (min. 96 % CO₂, má své zastánce i kritiky) (JANDOVÁ, 2010).

3.2.3 PELOIDY

Jsou směsí anorganických a organických látek různého poměru, které se dále dělí do dvou základních skupin, a to na bahna a humolity. Bahna jsou anorganické hmoty z planktonu a příměsí odumřelých těl řas. V českých lázních se mnoho nepoužívají pro nedostatek přírodních zdrojů. Humolity jsou především organické látky s minimálním

30% podílem humusové substance. Ty dále dělíme na slatiny a rašeliny. Slatina je nejčastější peloid na území naší republiky, vzniká tlením rákosu a různých trav. Rašelinu dělíme na vrchovištní (jednoduchou) a slatinnou (obsahuje např. Fe, Ca, S), vzniká tlením s přidavkem rašeliníku. Čerstvá rašelina má pH 5–6, skladováním se zvyšuje o 1–3 (JANDOVÁ, 2010), (STANĚK, 2013).

3.3 HISTORIE KARLOVARSKÉ LÉČBY

V Karlových Varech se léčí onemocnění různého typu více než 650 let. Původně nazývány jako Horké lázně u Lokte, jsou lázněmi světového významu. Založeny byly kolem roku 1350 císařem Karlem IV. Vyvěrá zde 79 termominerálních pramenů s unikátním složením o různé vydatnosti, z nichž k pitné kúře se jich používá 13. První zmínky o lázeňské léčbě jsou popsány v knize Hanze Folze (lazebník a básník) z roku 1480, ne sice léčba jako taková, ale pochvala na účinky vody. Bohaté zkušenosti s prováděním pitné kúry, koupelí, klystýrů a sprch popisuje stoupenec hippokratovské medicíny Doktor Fabián Summer, jenž se stal klíčem ke srovnávání a porozumění dalšího vývoje karlovarské léčby. Doktor Václav Payer dal podnět k využití pramenité vody k vnitřnímu užití. Reformátorem pitné léčby, jejíž podoba přetrvává až dodnes, se stal až doktor David Becher. Do dnešních dnů neztratily prameny nic ze své kvality (ŠOLC, 2011), (VYLITA, 2015).

3.3.1 METODIKA KARLOVARSKÉ LÉČBY

Pitná kúra minerálních pramenů, dieta, balneologické a fyzioterapeutické léčebné procedury představují komplexní karlovarskou léčbu. Pitná kúra je ordinována lékařem, předepsané množství vody se zpravidla pohybuje v rozmezí 600 až 1500 ml, rozdělené do tří denních dávek 200 až 600 ml před jídly, denně po dobu tří až čtyř týdnů a více. Pacienti po resekci žaludku pijí přibližně půl hodiny před jídlem, kde jednotlivé dávky nepřekračují víc jak 300 ml, ostatní tři čtvrtě až jednu hodinu před jídlem. U neoperovaných pacientů a především při zácpách je možná ranní dávka až 600 ml. Teplé vody se většinou indikují při sklonech k průjmům, méně teplé při zácpách. Pacienti se po dobu pití musí procházet, nikoliv sedět, jelikož je nutný ortostatický efekt. Při sanatorní léčbě na dietetiku dohlíží lékaři a nutriční terapeuti, dietetika odpovídá nemocem ve všedním denním režimu. Balneologické procedury zahrnují koupele v minerálních vodách a další vodoléčbu, ty mají relaxačně sedativní účinek. Aplikují se

bahna, slatinné, peloidní a parafínové zábaly. Zábaly indikované při gastrointestinálním a hepatobiliárním postižení jsou teplé, aplikují se na oblast nadbříšku a mají analgetický a spasmolytický účinek. Léčbu doplňuje např. krátkovlnná diatermie, elektroterapie, laser, ultrazvuk, magnetoterapie, léčebný tělocvik (také v bazénu), a různé typy masáží. Ostatní procedury působí spíše po stránce psychické zvláště u starších pacientů s polymorbiditou (snížení vnitřního napětí, zvýšení obranyschopnosti, kondice). Pacient během lázeňské léčby postupuje třemi stadii, adaptační fází (1.–10. den), vlastní léčbou (2. a 3. týden) a sestupnou fází (konec 3. případně 4. týden). Velice často koncem prvního a začátkem druhého týdne dochází u pacientů k tzv. lázeňské reakci, která může být velmi rozmanitá. Vyskytují se pocity únavy, bolesti v nadbříšku kolikovitého typu, pocity na zvracení, přechodně průjmovité stolice. Toto období zhoršeného zdravotního stavu je přechodné a trvá jeden, maximálně dva dny (JANDOVÁ, 2010), (ŠPIŠÁK, 2010).

3.4 KARLOVARSKÁ MINERÁLNÍ VODA A JEJÍ FYZIOLOGICKÝ ÚČINEK

Karlovarská minerální voda je naprosto jedinečná svou chemickou strukturou a fyzikálními vlastnostmi. Nejstarší složky této vody jsou starší než 25 000 let, plynný oxid uhličitý je projevem postvulkanické aktivity zdejšího území. V minerální vodě je obsaženo velké množství hlavních, vedlejších i stopových prvků. Významný je např. obsah selenu, jenž má schopnost odstraňovat z těla kumulativní jedy (olovo, kadmium aj.) a zřejmě i radionuklidy. Prameny jsou slabě radioaktivní, zlomové struktury, ve kterých cirkuluje termální voda. Řadí se mezi mírně hypotonické, intenzivně mineralizované minerální vody, jejichž teplota se pohybuje v rozmezí od 42 °C do 72 °C, pH od 6,4 do 7,4 a více než 6 g soli na litr. Konkrétně hydrouhličitano-sirano-chorido-sodná kyselka, jejímiž hlavními prvky jsou HCO_3^- , SO_4^{2-} , Cl^- a Na^+ . Voda je při vývěru sterilní, čím je chladnější, tím je méně mineralizována. Díky vyššímu obsahu HCO_3^- působí karlovarská voda v kontaktu se silnou kyselinou zásaditě i přes své neutrální pH. Minerální složky karlovarského pramene Vřídlo ukazuje tabulka 28. Můžeme rozlišit vliv přímý v GIT a vliv nepřímý po vstřebání složek minerální vody. Karlovarská minerální voda na rozdíl od běžné pitné vody při vypití neprotéká ihned do střeva a aktivuje gastrokolický reflex. Ze žaludku plně odteče až po ochlazení pod 40 °C do duodena již smíšená se žaludečním obsahem během půl až jedné hodiny. Minerální

voda má spasmolytický účinek na žaludek, ten vlivem teplého pramene rozepne svůj objem a spolu s jícnem je mechanicky vymyt, neutralizuje se HCl, zvětší se prokrvení sliznice a tím i odvedení H^+ iontu ze sliznice. Na tu přímo působí ionty Ca^{2+} , Mg^{2+} , Li^+ , SO_4^{2-} i volný CO_2 . Ionty Na^+ a K^+ se podílejí na resorpci vody, vyměšování trávicích šťáv a moči. Lithium má ochranný vliv na buňky sliznice jícnu a žaludku a v přiměřeném množství působí jako inhibitor žaludeční sekrece. Ca^+ se podílí na intraluminární aktivaci pepsinu, neutralizaci fosfolipázy A2 při duodenogastričním refluxu, snižuje propustnost žaludeční sliznice jednomocných iontů, převážně H^+ . Mg^{2+} má spasmolytický a projímavý účinek. Střevní flóra je u pacientů s obstipacemi a po cholecystektomii změněna jak kvalitativně, tak kvantitativně přírůstkem bakterií *E.coli* a anaerobů. Karlovarská voda je pravé cholekinetikum a choleretikum s nepřímým účinkem, který nevyčerpává sekreční schopnost jater, mění viskozitu a tok žlučových a pankreatických šťáv, stimuluje výdej pankreatické lipázy a amylázy do duodena, celkově pozitivně ovlivňuje minerální hospodářství a látkovou přeměnu pacienta. Během komplexní léčby je možné také pozorovat změnu aktivity některých enzymů v krvi např. ALT, ALP, DPP-4 (dipeptidyl peptidáza 4) (ŠPIŠÁK, 2010), (ŠOLC, 2011), (VYLITA, 2015).

3.4.1 INDIKACE KARLOVARSKÉ LÉČBY

Hlavní indikací karlovarské léčby jsou potíže gastrointestinální funkční i organické, onemocnění jater, žlučových cest, slinivky břišní, metabolické poruchy, urolitiáza, některá onemocnění ledvin a močového ústrojí, pooperační stavy na GIT, hepatobiliárním ústrojí a pankreatu. Dále stavy po onkologických onemocněních, doprovodná onemocnění vyššího věku, především poruchy pohybového aparátu, kdy pitná kúra ovlivňuje stav GIT při dlouhodobém podávání nesteroidních analgetik a dalších léků (ČESKO, 2015), (ÚZIS ČR, 2014). Seznam indikačních skupin pro dospělé děti a dorost ukazuje tabulka 24 a 25.

3.5 SPECIFIKA KARLOVARSKÉ LÉČBY PRO CROHNOVU CHOROBU

Pro základní léčebný pobyt je komplexní léčba indikována při těžké formě s hodnotou CDAI (Crohn's disease activity index) přes 450 na dobu 21 dnů s možností prodloužení, příspěvková na 21 dnů bez možnosti prodloužení. Pro opakovaný léčebný

pobyt je komplexní léčba indikována při opakované exacerbaci nemoci 1x v průběhu kalendářního roku do stabilizace stavu na 21 dnů bez možnosti prodloužení, příspěvková na 21 dnů, v indikovaných případech na 14 dnů bez možnosti prodloužení. Zdravotnické zařízení musí být zabezpečeno dostupností gastroenterologa (ČESKO, 2015), (ÚZIS ČR, 2014).

3.6 INDIKACE, KONTRAINDIKACE KARLOVARSKÉ LÉČBY

Kontraindikací lázeňské léčby u indikační skupiny III/3 je abúzus léků a nedostatečná žvýkací schopnost, jinak platí všeobecně kontraindikace lázeňské léčby dané vyhláškou č. 2/2015 Sb. stanovující odborná kritéria a další náležitosti k poskytování lázeňské péče (ČESKO, 2015). Obecné kontraindikace léčebně rehabilitační péče ukazuje tabulka 26.

Základní indikací lázeňské léčby je pitná kúra pod lékařským dohledem. Pro potlačení průjmovité stolice bývá indikován nejčastěji pramen Vřídlo 1A s teplotou 72 °C, je-li stolice normální jsou indikovány prameny okolo 50 °C, např. Mlýnský, při obstipacích prameny chladnější okolo 30 °C, např. Vřídlo 1C (ŠPIŠÁK, 2010).

Dietoterapie je indikována aktuální potřebou pacienta po individuální konzultaci nutričním terapeutem. U onemocnění bývá obzvláště v období relapsu multifaktorová malnutrice (snížená absorptivita střeva po resekci, při píštělích a stomiích, ztráta krve a proteinů, zvýšená zánětlivá aktivita, nebo energetická potřeba, bolest a snížená chuť k jídlu) (ŠPIŠÁK, 2010).

Fyzioterapeutické manuální techniky zaměřené na korekci páteře, k odstranění viscerovertebrálních bolestí, uvolnění napětí a spasmů svalstva hlubokého stabilizačního systému, odstranění funkčních blokády a bolestivých reflexních přeměn v podkoží. Funkční poruchy GITu mají velký vliv na zdraví, dopad je komplexní a odráží se i v pohybovém aparátu pacienta. U pacientů je mnohdy výskyt změn ve vnitřním pnutí m. iliopsoas, m. quadratus lumborum a m. levator ani, a uvolnění m. rectus abdominis, čímž dochází k destabilizaci Th/L a L/S a funkčním poruchám SI skloubení. Individuální léčebná tělesná výchova je bez větší fyzické zátěže s nadměrnými otřesy a nárazy v okolí břicha, především dechová s nácvikem břišního dýchání ovlivňující funkci orgánů pohlavních a trávicí soustavy. Dále procedury

vedoucí k regulaci reaktivity organismu, obranyschopnosti, rezistenci proti vlivům prostředí, zvýšení přidružených diagnóz s kloubními a metabolickými komplikacemi pomocí sedativních minerálních koupelí, elektroterapií, obkladů a masáží. Velmi důležitým faktorem je psychická pohoda, tím i příznivé ovlivnění pacienta klidným prostředím, dobrým vztahem mezi pacientem lékařem, sestrou a dalším personálem a eliminace stresových faktorů. (JANDOVÁ, 2010), (KOLÁŘ, 2010).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA ŠETŘENÍ A ORGANIZACE PRŮZKUMU

Praktická část práce je založena na dotazníkovém šetření, jehož respondenti byli pacienti nastupující lázeňskou léčbu v sanatoriu Bohemia. K šetření byli přizváni pouze ti pacienti, kteří léčbu podstupují již po několikáté a u nichž tak bylo možno zužitkovat zkušenosti s účinky léčby. Dotazník obsahoval 20 otázek, na které pacienti odpovídali v přítomnosti autora práce. Tím byly získány příslušné poznatky ohledně změn pocíťovaných respondenty po absolvování předchozích léčeb. Odpovědi byly následně statisticky zpracovány a výstupem šetření jsou grafy podávající souhrnné přehledy statistického rozložení respondentů, jimi uváděných úspor na spotřebě léků a údaje o změnách v průměrném počtu dní nemocnosti před a po absolvování léčby. Dále byly graficky i tabelárně znázorněny souhrnné výsledky odpovědí na otázky ohledně bio-psycho-sociálního stavu pacientů, vnímané intenzity a druhu bolesti atd.

Průměrná doba zlepšení zdravotního stavu uváděná pacienty (v počtu měsíců po absolvování LL) byla též podrobena statistické analýze, jejímž účelem bylo odhalit případnou závislost mezi věkem respondentů a účinností léčby a vlivem pohlaví na účinnost léčby. Nicméně vzhledem k tomu, že respondenti nebyli dotazováni na přesný věk a byli zařazováni pouze do věkových kategorií, bylo určení případné závislosti účinnosti léčby na věku problematické. Avšak z hlediska běžného Pearsonova korelačního koeficientu, jež posuzuje závislost pouze lineární, tato skutečnost nevádí. Ale byli jsme tak ochuzeni o případnou možnost odhalení jiné než lineární korelace a grafické znázornění je pouze hrubé.

Rozdíl v účinnosti lázeňské léčby mezi muži a ženami byl proveden pomocí Welchova t-testu, jehož vstupem tak byly dvě srovnávané množiny dat (muži a ženy) s uvedenými dobami zlepšení. Dalším výstupem jsou též průměrné doby zlepšení zdravotního stavu po léčbě vypočítané zvlášť pro muže i ženy.

Protože průměrnou dobu zdravotního zlepšení po absolvování léčby si můžeme představit jakožto dobu, po kterou lidské tělo pracuje bez potíží, avšak která je limitována jakousi jeho hypotetickou životností, je možno předpokládat, že pravděpodobnostní funkce doby zlepšeného zdravotního stavu bude vykazovat Weibullovo rozdělení, které se zejména vyskytuje při popisu doby do poruchy stroje.

Organismus po prodělané léčbě je přesně takovým strojem, který nezadržitelně směřuje ku své opětovné poruše. Weibullovo rozdělení nám pro statistické zpracování však přináší tu komplikaci, že jeho parametry nelze přímo analyticky stanovit, jak by tomu bylo u rozdělení normálního, kde bychom za střední hodnotu a směrodatnou odchylku uvažovaného teoretického rozdělení použili přímo parametry získané z průzkumu. Dle mého názoru nelze parametry Weibullova rozdělení získat jinak, než numericky (vhodný analytický postup se nám nepodařilo nalézt). Výpočet byl proto prováděn tak, že v prostředí tabulkového procesoru byl mezi statistickým rozdělením získaným z dotazníkového šetření a teoreticky předpokládaným rozdělením Weibullovým, vypočten test dobré shody (Pearsonův χ^2). Postupně byly měněny parametry teoretického Weibullova rozdělení tak, aby hodnota χ^2 vyšla co nejmenší, tedy aby skutečné a teoretické rozdělení byla „co nejpodobnější“. Veškeré statistické nulové hypotézy byly testovány pro obvyklou hladinu významnosti 0,05.

Statistická zpracování a grafy byly vytvořeny v prostředí Microsoft Office Excel (MS Excel). Četnostní rozdělení byla vytvořena pomocí maticové funkce „FREQUENCY“ („ČETNOSTI“).

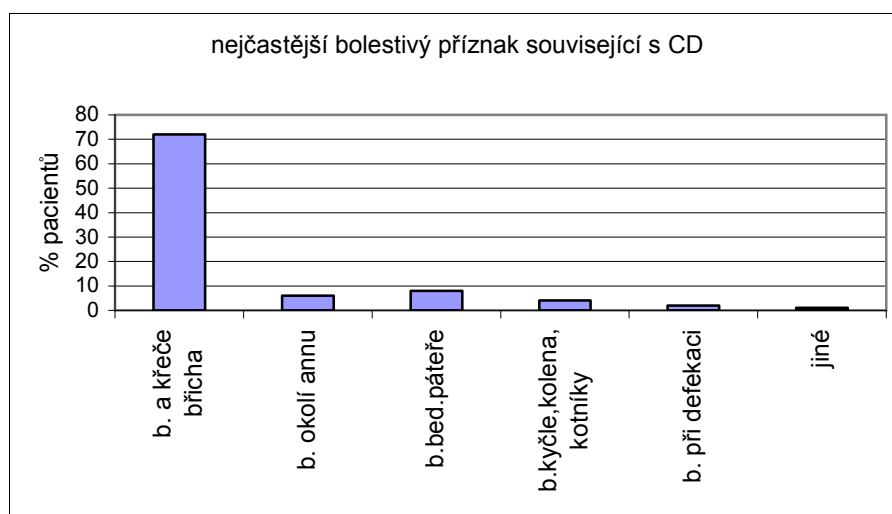
Dotazníkové šetření bylo provedeno celkem u 93 spolupracujících respondentů. Níže uvedené tabulky a grafy uvádějí výsledek šetření. Použitý dotazník se skládá z 20 otázek a ukazuje ho příloha D.

5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU – ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Tabulka 1 Nejčastější bolestivý příznak

	počet respondentů	% respondentů
b. a křeče břicha	72	77 %
b. okolí annu	6	6 %
b. bederní páteře	8	9 %
b. kyčlí, kolen a kotníků	4	4 %
b. při defekaci	2	2 %
jiné bolesti	1	1 %

Graf 1 Nejčastější bolestivý příznak

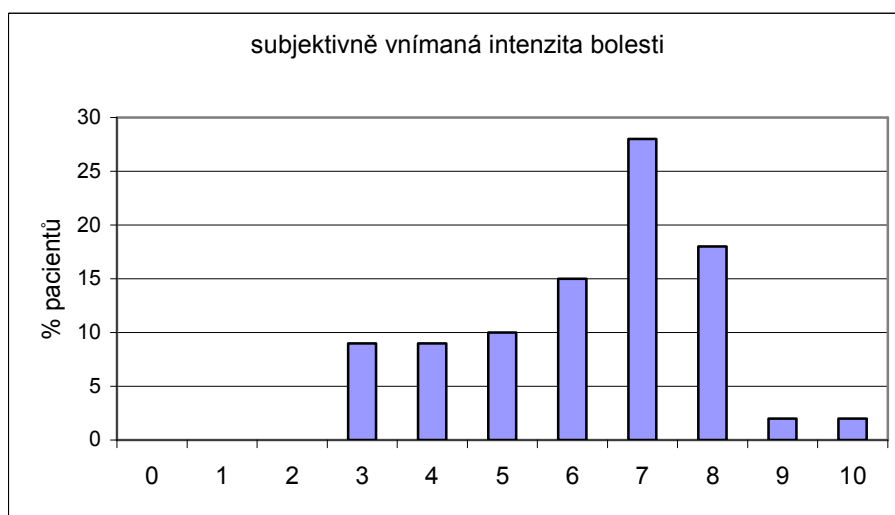


Tabulka a graf č. 1 uvádějí výskyt nejčastějšího bolestivého příznaku, tak jak jej vnímají pacienti s CD. Respondent mohl z nabízených příznaků vybrat pouze jeden pro něj nejdůležitější.

Tabulka 2 Subjektivně vnímaná intenzita bolesti u nejčastějšího bolestivého příznaku

Intenzita bolesti	počet respondentů	% respondentů
0	0	0 %
1	0	0 %
2	0	0 %
3	8	9 %
4	8	9 %
5	9	10 %
6	14	15 %
7	26	28 %
8	17	18 %
9	2	2 %
10	2	2 %

Graf 2 Subjektivně vnímaná intenzita bolesti u nejčastějšího bolestivého příznaku

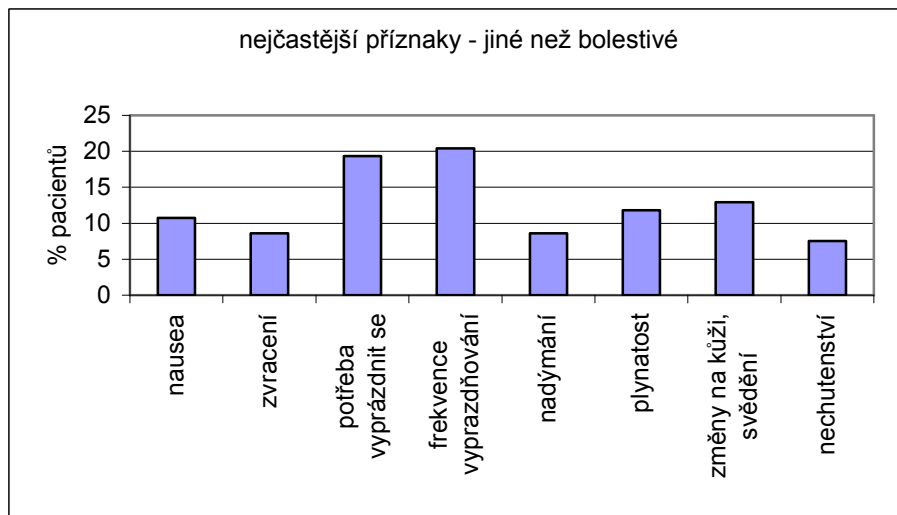


Tabulka a graf č. 2 uvádějí subjektivně vnímanou intenzitu bolesti u nejčastějšího bolestivého příznaku. Respondenti hodnotili podle stupnice, ve které 0 označuje „žádnou bolest“ a hodnota 10 „nejhorší představitelnou bolest“. Hodnocení se týká pouze nejčastějšího příznaku nemoci, nikoli případně bolestivějších, ale méně obvyklých příznaků.

Tabulka 3 Nejčastější příznaky – jiné než bolestivé

	počet respondentů	% respondentů
nausea	10	11 %
zvracení	8	9 %
potřeba vyprázdnit se	18	19 %
frekvence vyprazdňování	19	20 %
nadýmání	8	9 %
plynatost	11	12 %
změny na kůži, svědění	12	13 %
nechutenství	7	8 %

Graf 3 Nejčastější příznaky – jiné než bolestivé

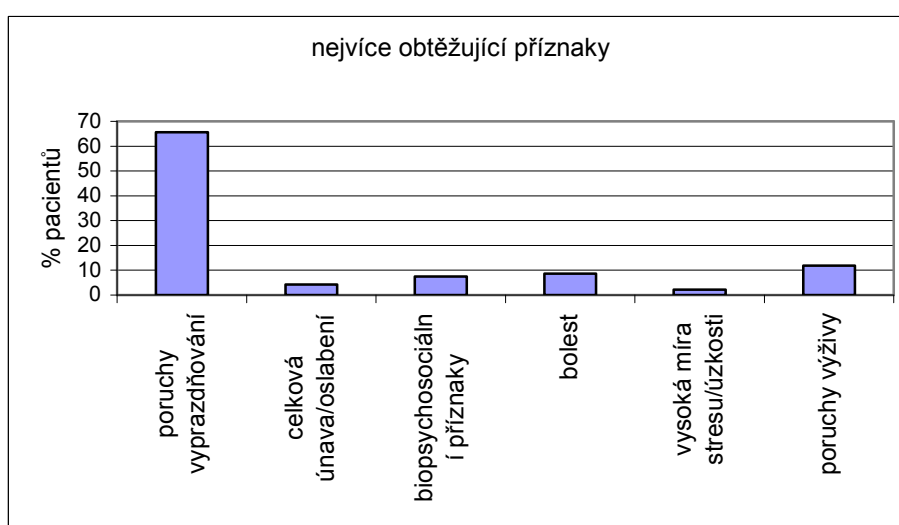


Tabulka a graf č. 3 uvádějí nejčastěji vnímaný příznak Crohnovy choroby, který však není primárně bolestivý. Respondent mohl z nabízených příznaků vybrat pouze jeden pro něj nejdůležitější.

Tabulka 4 Nejvíce obtěžující příznaky

	počet respondentů	% respondentů
poruchy vyprazdňování	61	66 %
celková únava/oslabení	4	4 %
biopsychosociální příznaky	7	8 %
bolest	8	9 %
vysoká míra stresu/úzkosti	2	2 %
poruchy výživy	11	12 %

Graf 4 Nejvíce obtěžující příznaky

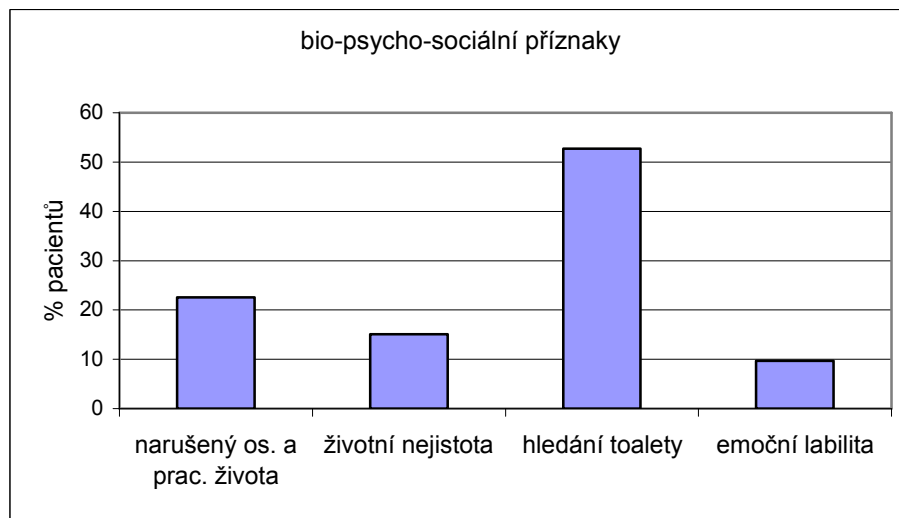


Tabulka a graf č. 4 uvádějí nejvíce obtěžující příznak Crohnovy choroby, který pacienti vnímají.

Tabulka 5 Nejvíce obtěžující bio-psycho-sociální příznak

	počet respondentů	% respondentů
narušení osobního a prac. života	21	23 %
životní nejistota	14	15 %
hledání toalety	49	53 %
emoční labilita	9	10 %

Graf 5 Nejvíce obtěžující bio-psycho-sociální příznak

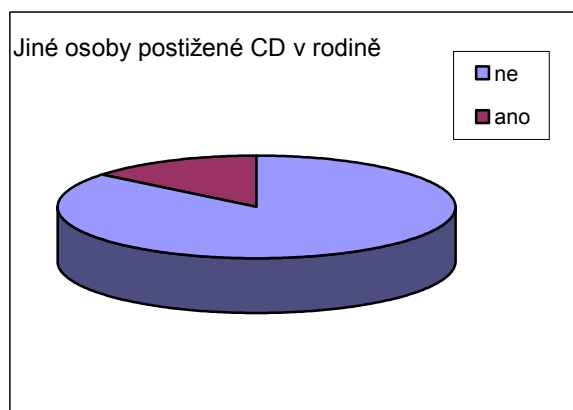


Tabulka a graf č. 5 uvádějí nejvíce obtěžující bio-psycho-sociální příznak Crohnovy choroby, který pacienti vnímají.

Tabulka 6 Přítomnost dalšího nemocného s CD v rodině

	počet respondentů	% respondentů
Ne	80	86 %
Ano	13	14 %

Graf 6 Přítomnost dalšího nemocného s CD v rodině

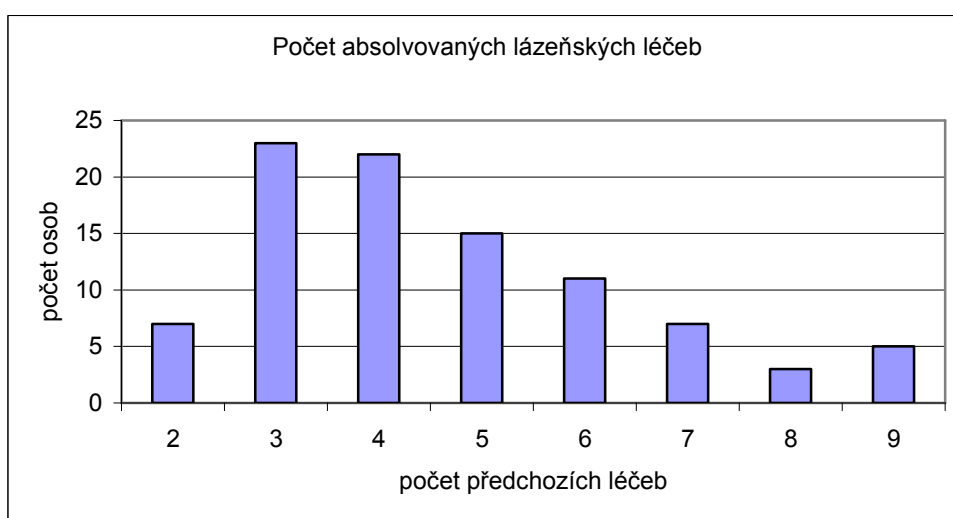


Tabulka a graf č. 6 uvádějí přítomnost jiného nemocného s CD v blízkém pokrevním příbuzenstvu respondenta.

Tabulka 7 Počet předchozích podstupených lázeňských léčeb

počet LL	počet respondentů	% respondentů
1-2	18	19 %
3-4	46	49 %
5-6	11	12 %
7-8	5	5 %
9-10	9	10 %
11-12	3	3 %
13+	1	1 %

Graf 7 Počet předchozích podstupených lázeňských léčeb



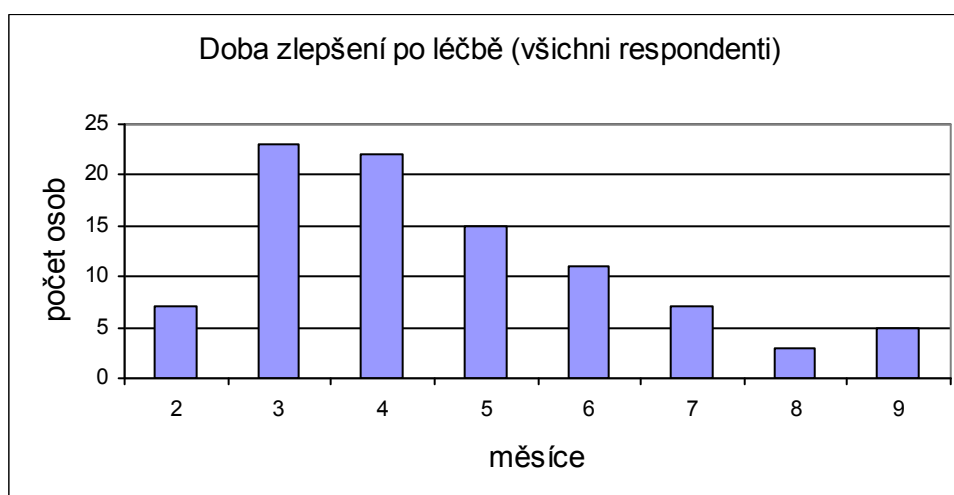
Tabulka a graf č. 7 uvádějí, po kolikáté podstoupil respondent předchozí lázeňskou léčbu.

Poznámka: respondenti s vyšším počtem proběhlých lázeňských léčeb (5 a více) byli často samoplátci.

Tabulka 8 Odhad doby zlepšení zdravotního stavu po absolvování předchozí LL (souhrn muži i ženy)

délka zlepšení (měsíce)	počet respondentů	% respondentů
2	7	7,5 %
3	23	24,7 %
4	22	23,7 %
5	15	16,1 %
6	11	11,8 %
7	7	7,5 %
8	3	3,2 %
9+	5	5,4 %

Graf 8 Odhad doby zlepšení zdravotního stavu po absolvování předchozí LL (souhrn muži i ženy)

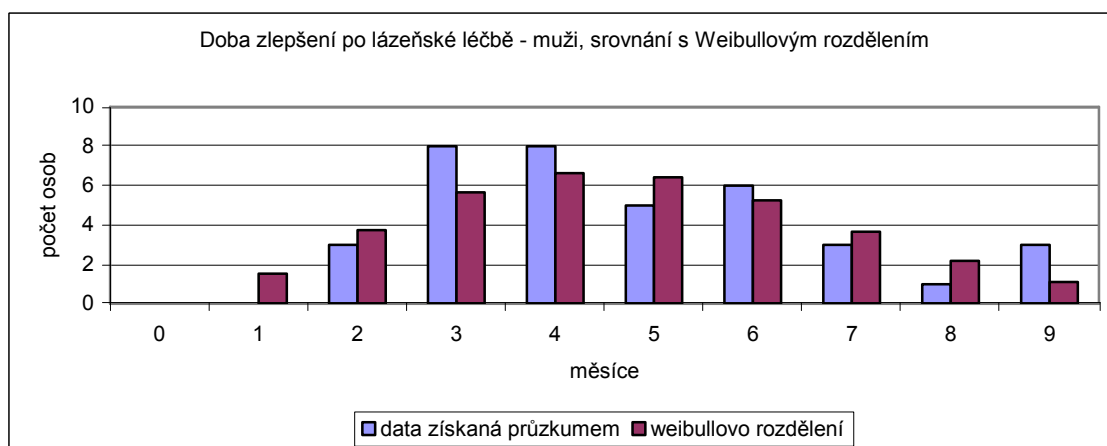


Tabulka a graf č. 8 uvádějí, jak dlouhou dobu po absolvování předchozí lázeňské léčby pocítoval respondent výrazné zlepšení zdravotního stavu. Poznámka: uvedené údaje zahrnují odpovědi mužů i žen.

Tabulka 9 Odhad doby zlepšení zdravotního stavu po absolvování předchozí LL, pouze muži, ověření H_0 , že distribuční funkce doby zlepšení vykazuje Weibullovo rozdělení

dobu zlepšení (měsíce)		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
počet osob				3	8	8	5	6	3	1	3
počet osob – modifikováno; X_i					11	8	5	6	7		
Weibullovo rozdělení (alfa=2,4, beta=5,4); N_{pi}		0,00	1,52	3,73	5,66	6,64	6,43	5,26	3,67	2,19	1,11
Weibullovo rozdělení - modifikováno					10,92	6,64	6,43	5,26	6,97		
	součet										
χ^2	0,702				0,0006	0,278	0,318	0,105	0,0002		

Graf 9 Odhad doby zlepšení zdravotního stavu po absolvování předchozí LL, pouze muži, ověření H_0 , že distribuční funkce doby zlepšení vykazuje Weibullovo rozdělení



Distribuční funkce Weibullova rozdělení: $f = \frac{\alpha}{\beta^\alpha} x^{\alpha-1} e^{-(x/\beta)^\alpha}$

Pro přiblížení k distribuční funkci zlepšení zdravotního stavu získaného z dotazníkového šetření byly stanoveny následující parametry:

$$\alpha = 2,4$$

$$\beta = 5,4$$

Nulová hypotéza (H_0): Distribuční funkce doby zlepšení zdravotního stavu vykazuje Weibullovo rozdělení.

Pearsonův χ^2 test:
$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(X_i - N_{pi})^2}{N_{pi}}$$

..kde:

X_i : skutečné četnosti získané průzkumem (počet respondentů s danou dobou zlepšení v měsících).

N_{pi} : očekávané četnosti dle Weibullova rozdělení.

Pozn.: pro účely provedení testu dobré shody byly třídy četností získaných průzkumem s hodnotou menší než 5 sloučeny s četnostmi v sousedních intervalech. Toto bylo provedeno analogicky i pro četnosti očekávané.

Počet stupňů volnosti: $\nu = m - k - 1 = 2$

..kde:

m : počet tříd výběrového souboru (zde 5)

k : počet parametrů očekávaného rozdělení, které jsme museli odhadnout (zde 2)

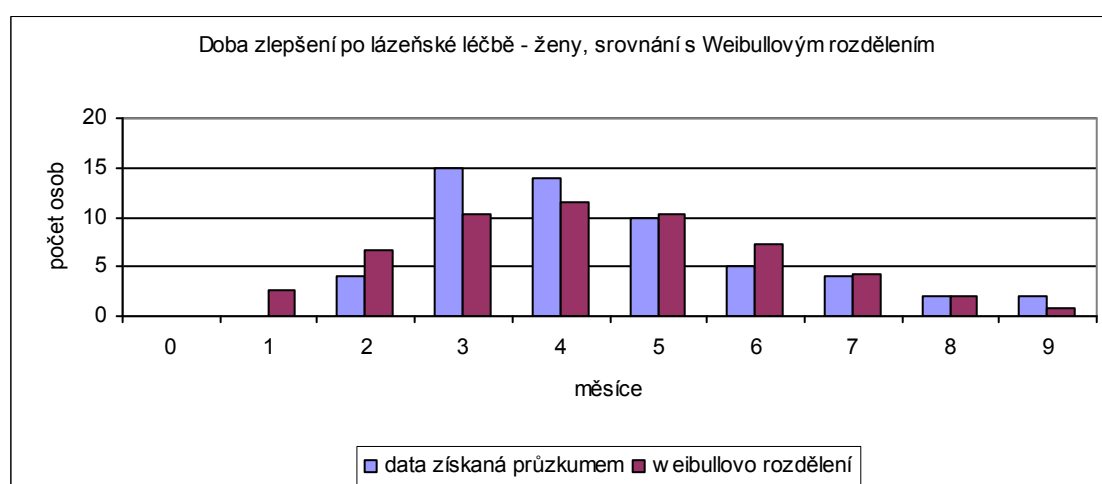
Kritická hodnota χ^2 rozdělení pro 95% kvantil (hladina významnosti 0,05) pro daný počet stupňů volnosti: 5,99.

Vzhledem k tomu, že kritická hodnota χ^2 rozdělení nebyla překročena, nelze hypotézu H_0 odmítnout a rozdíl mezi distribučními funkcemi průzkumu a Weibullova rozdělení je statisticky nevýznamný.

Tabulka 10 Odhad doby zlepšení zdravotního stavu po absolvování předchozí LL, pouze ženy, ověření H_0 , že distribuční funkce doby zlepšení vykazuje Weibullovo rozdělení

dobu zlepšení (měsíce)		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
počet osob				4	15	14	10	5	4	2	2
počet osob - modifikováno					19	14	10	5	8		
weibullovo rozdělení (alfa=2,5, beta=4,9)		0,00	2,59	6,70	10,21	11,54	10,29	7,37	4,26	1,98	0,74
weibullovo rozdělení - modifikováno					19,49	11,54	10,29	7,37	6,97		
	součet										
χ^2	1,458				0,012	0,524	0,008	0,761	0,153		

Graf 10 Odhad doby zlepšení zdravotního stavu po absolvování předchozí LL, pouze ženy, ověření H_0 , že distribuční funkce doby zlepšení vykazuje Weibullovo rozdělení



Pro přiblížení k distribuční funkci zlepšení zdravotního stavu získaného z dotazníkového šetření byly stanoveny následující parametry:

$$\alpha = 2,5$$

$$\beta = 4,9$$

Počet stupňů volnosti pro Pearsonův χ^2 test: $\nu = m - k - 1 = 2$

..kde:

m: počet tříd výběrového souboru (zde 5)

k: počet parametrů očekávaného rozdělení, které jsme museli odhadnout (zde 2)

Kritická hodnota χ^2 rozdělení pro 95% kvantil (hladina významnosti 0,05) pro daný počet stupňů volnosti: 5,99.

Vzhledem k tomu, že kritická hodnota χ^2 rozdělení nebyla překročena, nelze hypotézu H_0 odmítnout a rozdíl mezi distribučními funkcemi průzkumu a Weibullova rozdělení je statisticky nevýznamný.

Tabulka 11 Průměrné doby zlepšení zdravotního stavu po absolvování LL a jejich porovnání Welchovým t-testem

	průměrná doba zlepšení zdravotního stavu (měsíce)
muži	4,84
ženy	4,48
Welchův t-test	0,38 (38%)

Nulová hypotéza (H_0): Průměrné doby zlepšení zdravotního stavu po absolvování LL pro ženy i muže nevykazují statisticky významný rozdíl.

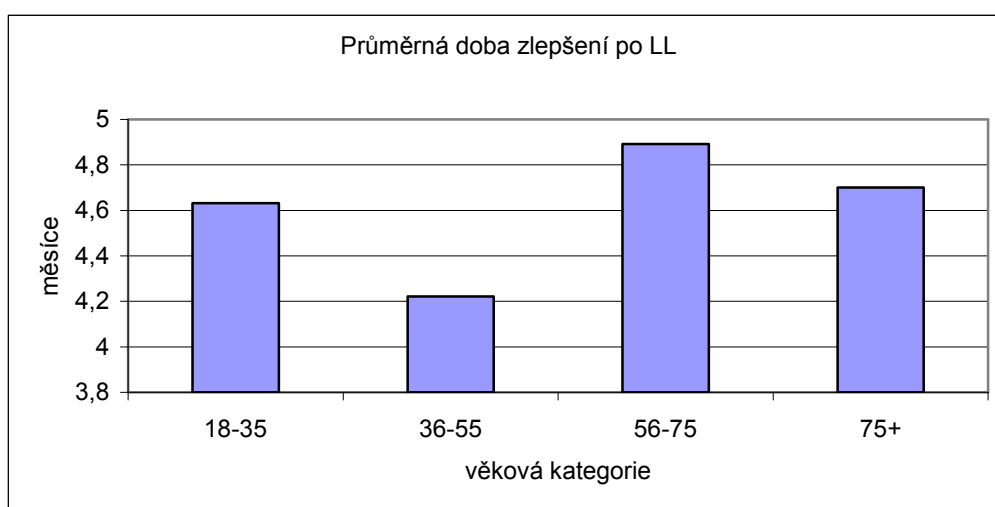
Statistická významnost průměrných dob zlepšení zdravotního stavu pro muže a ženy byla testována Welchovým t-testem (dvojvýběrový t-test s nerovností rozptylů) pomocí funkce MS Excel „TTEST“.

Vypočtená pravděpodobnost 38% vykazuje statistickou nevýznamnost, nulová hypotéza není statisticky vyvrácena. **Rozdíl v účinnosti léčby v závislosti na pohlaví není statisticky prokázán.**

Tabulka 12 Průměrné doby zlepšení zdravotního stavu po absolvování LL pro jednotlivé věkové kategorie (muži i ženy)

věková kategorie	průměrný věk v kategorii	průměrná doba zlepšení (měsíce)
18-35 let	4,6	4,63
36-55 let	4,2	4,22
56-75 let	4,9	4,89
75 a více let	4,7	4,70

Graf 11 Průměrné doby zlepšení zdravotního stavu po absolvování LL pro jednotlivé věkové kategorie (muži i ženy)



Nulová hypotéza (H_0): Pearsonův korelační koeficient pro vztah mezi průměrným věkem v jednotlivých kategoriích a příslušnou dobou zlepšení zdravotního stavu po absolvování LL nevykazuje statistickou významnost.

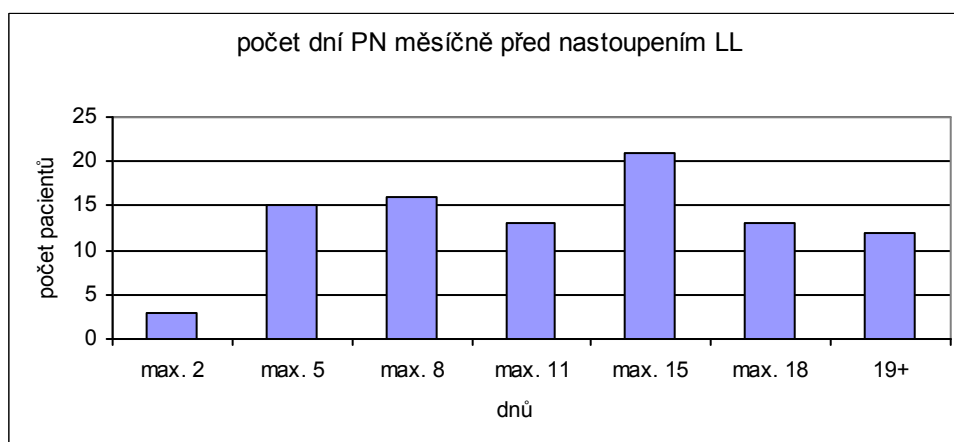
Pearsonův korelační koeficient získaný funkcí „CORREL“ v prostředí MS Excel: 0,42.

Kritická hodnota na 5% hladině významnosti pro Pearsonův korelační koeficient při počtu hodnot $N = 4$ je 0,95. **Rozdíl v účinnosti léčby v závislosti na věku není statisticky prokázán.**

Tabulka 13 Odhad počtu dní (měsíčně) pracovního omezení před zahájením předchozí LL

dní omezení v měsíci před LL	počet respondentů	% respondentů
max. 2	3	3,2
max. 5	15	16,1
max. 8	16	17,2
max. 11	13	14,0
max. 15	21	22,6
max. 18	13	14,0
19+	12	12,9

Graf 12 Odhad počtu dní (měsíčně) pracovního omezení před zahájením předchozí LL

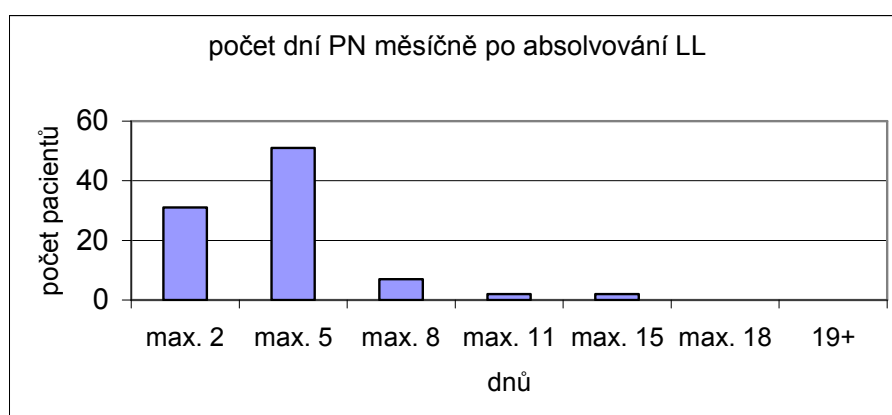


Tabulka č. 13 a graf č. 12 uvádějí počet dní pracovního omezení respondentů měsíčně před zahájením předchozí LL.

Tabulka 14 Odhad počtu dní (měsíčně) pracovního omezení po absolvování předchozí LL v období zlepšeného zdravotního stavu

dní omezení v měsíci po LL	počet respondentů	% respondentů
max. 2	31	33,3 %
max. 5	51	54,8 %
max. 8	7	7,5 %
max. 11	2	2,2 %
max. 15	2	2,2 %
max. 18	0	0 %
19+	0	0 %

Graf 13 Odhad počtu dní (měsíčně) pracovního omezení respondentů po absolvování předchozí LL v období zlepšeného zdravotního stavu (pouze práceschopní)

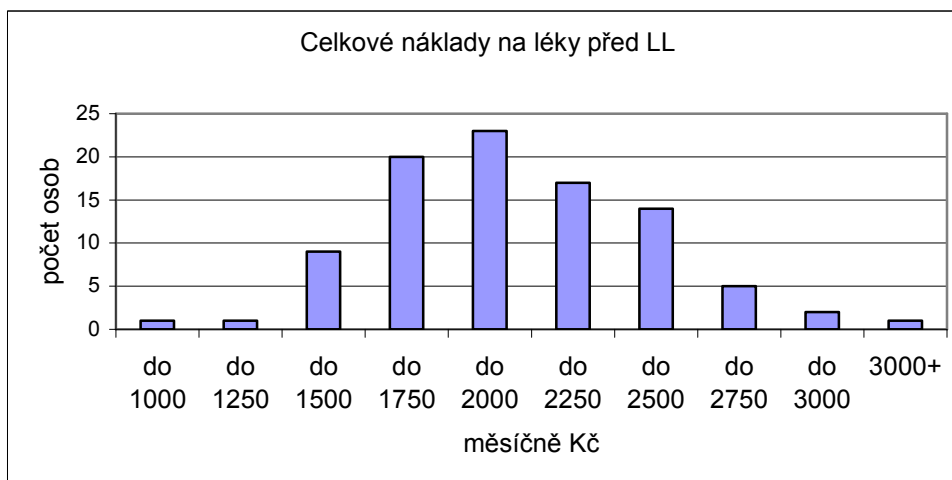


Tabulkač. 14 a graf č. 13 uvádějí odhad počtu dní pracovního omezení respondentů měsíčně po absolvování předchozí LL v období zlepšeného zdravotního stavu.

Tabulka 15 Průměrné náklady na léky na pacienta měsíčně před absolvováním LL,
uvažovány celkové ceny léčiv

náklad celkový Kč	počet respondentů	% respondentů
do 1000	1	1 %
do 1250	1	1 %
do 1500	9	10 %
do 1750	20	22 %
do 2000	23	25 %
do 2250	17	18 %
do 2500	14	15 %
do 2750	5	5 %
do 3000	2	2 %
3000+	1	1 %

Graf 14 Průměrné náklady na léky na pacienta měsíčně před absolvováním LL,
uvažovány celkové ceny léčiv



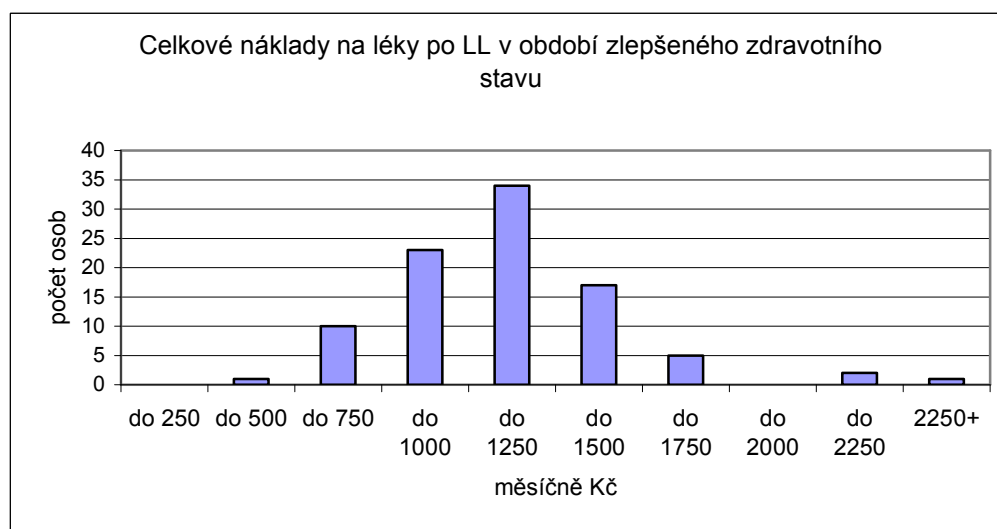
Tabulka č. 15 a graf č. 14 uvádějí průměrné náklady na léky na pacienta měsíčně před absolvováním LL.

Poznámka: uvedené údaje zahrnují úhradu ze zdravotního pojištění a doplatek pacienta (celkovou cenu léčiv).

Tabulka 16 Průměrné náklady na léky měsíčně po absolvování LL, uvažovány celkové ceny léčiv v období zlepšeného zdravotního stavu

náklad celkový Kč	počet respondentů	% respondentů
do 250	0	0 %
do 500	1	1 %
do 750	10	11 %
do 1000	23	25 %
do 1250	34	37 %
do 1500	17	18 %
do 1750	5	5 %
do 2000	0	0 %
do 2250	2	2 %
2250+	1	1 %

Graf 15 Průměrné náklady na léky měsíčně po absolvování LL, uvažovány celkové ceny léčiv v období zlepšeného zdravotního stavu



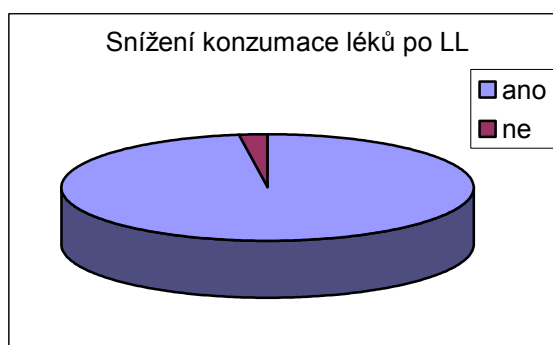
Tabulka č. 16 a graf č. 15 uvádějí průměrné náklady na léky na pacienta měsíčně po absolvování LL.

Poznámka: uvedené údaje zahrnují úhradu ze zdravotního pojištění a doplatek pacienta (celkovou cenu léčiv).

Tabulka 17 Uvádí počty respondentů, jejichž spotřeba léčiv se po absolvování LL snížila/nesnížila (týká se období zlepšeného zdravotního stavu).

snížení konzumace léků	počet respondentů	% respondentů
Ano	91	98 %
Ne	2	2 %

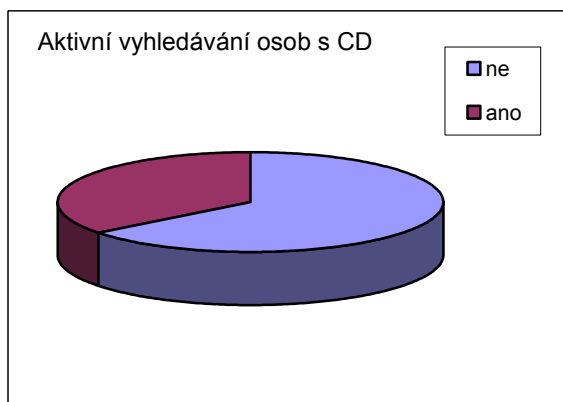
Graf 16 Zobrazuje poměr respondentů, jejichž spotřeba léčiv se po absolvování LL snížila/nesnížila (týká se období zlepšeného zdravotního stavu).



Tabulka 18 Uvádí počty respondentů, kteří v průběhu lázeňské léčby aktivně vyhledávají stejně postižené pacienty.

vyhledává pacienty s CD	počet respondentů	% respondentů
Ano	33	36 %
Ne	60	65 %

Graf 17 Uvádí počty respondentů, kteří v průběhu lázeňské léčby aktivně vyhledávají stejně postižené pacienty.



Tabulka 19 Souhrn a průměry výsledků – změny v nemocnosti v důsledku absolvování

LL

Počet dní pracovního omezení měsíčně průměr před LL	11,93 dnů
Počet dní pracovního omezení měsíčně průměr po LL	2,66 dnů
Průměr ušetřených dnů pracovního omezení v měsíci	9,27 dnů
Průměrná doba zlepšení v měsících pro muže	4,8 měsíců
Průměrná doba zlepšení v měsících pro ženy	4,5 měsíců
Ušetřených dnů nemocnosti na jednoho práceschopného*	45 dnů

*: výsledek je stanoven váženým průměrem z odpovědí jednotlivých respondentů. Počet ušetřených dnů pracovního omezení v měsíci byl vážen celkovou dobou zlepšení pro daného respondenta. Poté byly tyto celkové počty ušetřených dnů pro jednotlivé pacienty zprůměrovány. Výsledek nelze získat prostým vynásobením průměrně ušetřených dnů a průměrnou dobou zlepšení.

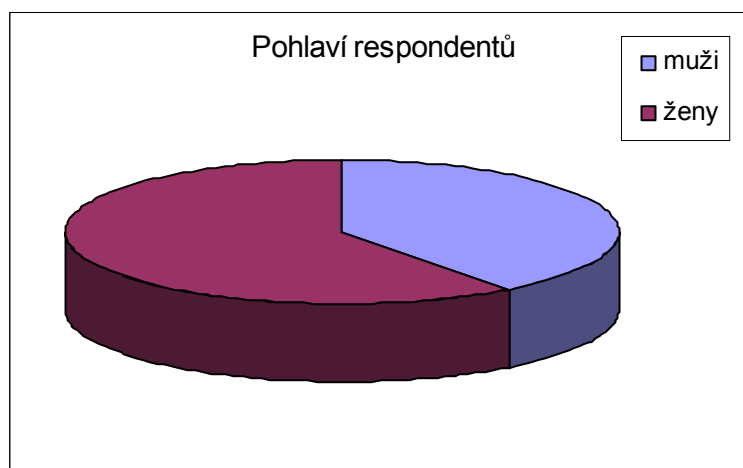
Tabulka 20 Souhrn a průměry výsledků – změny ve spotřebě léčiv v důsledku absolvování LL

Průměrné náklady na léky pro pacienta měsíčně před absolvováním LL (celkové ceny léčiv)	1943 Kč
Průměrné náklady na léky pro pacienta měsíčně po absolvování LL v období zlepšeného zdravotního stavu (celkové ceny léčiv)	1107 Kč
Průměrná úspora měsíčně na léky v období zlepšeného zdravotního stavu pro všechny pacienty	836 Kč
Celková průměrná úspora na léky pro pacienta v důsledku absolvování LL	3749 Kč

Tabulka 21 Pohlaví respondentů

pohlaví	počet respondentů	% respondentů
muž	37	40 %
žena	56	60 %

Graf 18 Pohlaví respondentů

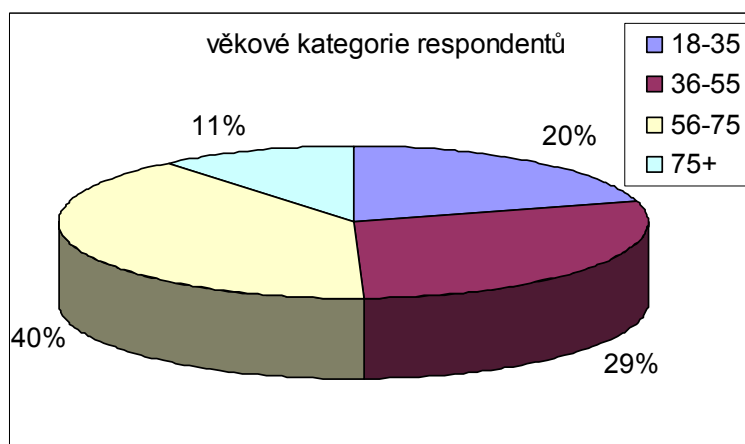


Tabulka č. 21 a graf č. 18 uvádějí pohlaví dotazovaných respondentů.

Tabulka 22 Věkové kategorie respondentů

věk	počet respondentů	% respondentů
18-35	19	20 %
36-55	27	29 %
56-75	37	40 %
75+	10	11 %

Graf 19 Věkové kategorie respondentů



Tabulka č. 22 a graf č. 19 uvádějí věk dotazovaných respondentů.

6 DISKUZE

K definovaným otázkám a cílům průzkumu je na základě provedeného dotazníkového šetření možno uvést následující:

Dopad lázeňské léčby se ukazuje jako jednoznačně příznivý. Pacienti po jejím podstoupení uvádějí dobu výrazného zlepšení zdravotního stavu v průměrné délce 4,84 měsíce pro muže a 4,48 měsíce pro ženy. Nicméně tento rozdíl mezi pohlavími není statisticky významný, podobně jako závislost účinnosti léčby na věku.

V průzkumu se podařilo prokázat též významný vliv léčby na finanční stránku, pacienti uváděli významné úspory na léky v období zlepšeného zdravotního stavu.

Pacienti s CD trpí dle průzkumu nejvíce silnými bolestmi břicha. Nebolestivých příznaků nemoci se též vyskytuje mnoho.

Významným problémem jsou potíže s frekvencí vyprazdňování, pacienti bývají často atakováni urputnými průjmy. S tím souvisí každodenní problém při hledání toalety (pokud možno veřejné), který je dle mnohých karlovarských pacientů bohužel velmi palčivý právě v tomto lázeňském městě.

V průběhu komunikace s respondenty při vyplňování dotazníků, si mnozí pacienti pochvalovali klidné a pro zotavení příznivé prostředí Karlových Varů. Mnozí pacienti se zde navzájem potkávají již po několikáté, dokonce i s rodinami, vyměňují si různé informace, a jak říkají, jsou sami sobě „psychoterapeuty“. Po četných konzultacích s respondenty bylo zřejmé, jak jsou tito pacienti citliví, jaké mohou být spouštěcí podněty propuknutí ataky nemoci a jak pestré a rozsáhlé mohou být příznaky jejich onemocnění. Pro pacienty s tímto, ale i jinými onemocněními, způsobuje lázeňské prostředí obecné přeladění organismu, kdy je pacient vyřazen z pracovního i rodinného stereotypu, může se věnovat jen sám sobě a léčbě, a jak vyplývá z naší práce, léčba má blahodárný efekt přetrvávající i několik měsíců po jejím ukončení.

Vzhledem k tomu, že značné množství respondentů, kteří se zúčastnili našeho průzkumu, nesplňovalo podmínky pro získání komplexní nebo příspěvkové lázeňské

léčby a pacienti přijížděli tedy jako samoplátci, stálo by možná za úvahu přehodnotit přísné legislativní podmínky pro získání lázeňské léčby. Její efekt se neodráží jen v redukci spotřeby léků a zdravotní neschopnosti pacientů, ale i ve snížení následných komplikací, odborných vyšetření a zákroků a tím ve zmenšení pravděpodobnosti různých negativních vedlejších účinků. Tak dochází ke zvýšení celkové kvality života pacienta. A jak definuje WHO, zdraví je optimální stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli jen nepřítomnost nemoci.

6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Podle statistik Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky bylo v roce 2014 u nás evidováno 20 444 případů s tímto onemocněním. Lázeňskou léčbu komplexní (hrazenou plně pojišťovny) podstoupilo 786 a léčbu příspěvkovou (hrazenou pojišťovny jen částečně) 223 pacientů, celkem tedy jen 991 pacientů. Doba pobytu činila v průměru 18,3 dnů na pacienta. Dotazníkové šetření ukázalo, jak může lázeňská léčba celkově zlepšit hodnoty a potřeby pacientů a jejich zdravotní stav např. snížením intenzity nemoci, v některých případech oddálit vznik komplikací, uspořít na léčích, ale i na různých výkonech hrazených jak pacientem, tak i pojišťovny. Vzhledem ke stále se zvyšujícímu počtu nově diagnostikovaných pacientů by stálo za zvážení zlepšit podmínky k získání lázeňské léčby. Zvýšit propagaci účinků lázeňské léčby směřovanou institucím odpovídajícím za současné přísné legislativní podmínky, které by vedly k jejich přehodnocení. Zvážit, je-li pobyt 18,3 dnů v lázeňském zařízení adekvátní nemoci a počtu následných vyšetření (mimo preventivních) při vzplanutí choroby.

ZÁVĚR

Dotazníkovým šetřením, které bylo praktickou částí této bakalářské práce, bylo zjištěno, že pacienti podstupující lázeňskou léčbu s CD trpí nejvíce bolestmi břicha; tyto bolesti většina pacientů považuje za silné až velmi silné (odhadovaná intenzita bolesti 6-8 na 10bodové stupnici). Nebolestivých příznaků nemoci se vyskytuje široká řada a nelze stanovit jednoznačně převažující nebolestivý příznak. Mezi nejvýznamnější však patřily potíže s frekvencí vyprazdňování a vlastním vyprazdňováním. Jako nejpalčivější bio-psycho-sociální příznak pacienti označily potíže s hledáním toalety. Mezi respondenty průzkumu se nejčastěji vyskytovali pacienti nastupující svoji 4. až 5. lázeňskou léčbu. Zkoumání doby zlepšení zdravotního stavu po léčbě neodhalilo statisticky významné rozdíly v délce zlepšení mezi muži a ženami, či v závislosti na věku.

Stanovený ekonomický efekt lázeňské léčby ukázal významné úspory ve spotřebě léků a snížení nemocnosti v důsledku jejího absolvování. Průzkumem byla kvantifikována průměrná úspora celkových nákladů na léky pro jednoho pacienta po absolvování léčby ve výši přesahující 3700 Kč. Dále bylo zjištěno, že léčba má výrazný vliv na snížení nemocnosti pacientů. Průzkum dále ukázal snížení celkových dnů nemocnosti na jednoho respondenta v délce přibližně 44 dnů.

Z výsledků práce se dá usuzovat, že lázeňská léčba je nedoceněna jak ze stran pojišťoven, tak i některých odborníků, kteří argumentují vědeckou nepodložeností lázeňské léčby. K potlačování významu léčivých přírodních zdrojů přispívá též neexistence balneologického výzkumu. Výzkumné ústavy balneologické byly z převážné části zrušeny v 90. letech 20. století.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CGB laboratoř [online]. CGB laboratoř a.s. [cit. 2015-11-23]. Dostupné z:

<http://www.pathology.cz/?vysetreni=crohnova-choroba>

CROHN.CZ *Web pro pacienty s nespecifickými střevními záněty provozovaný patientskou organizací Pacienti IBD* [online]. Patientská organizace Pacienti IBD z. s. [cit. 2016-1-5] Dostupné z: <http://www.crohn.cz/>

ČESKO, 2015. Zákon č. 1 ze dne 22. prosince 2014, kterým, se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1, 2-49. ISSN 1211-1244. Dostupný z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=1/2015&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

ČEŠKA, R. a kol., 2015. *Interna*. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-885-6.

DEUTSCHE MORBUS CROHN/COLITIS ULCEROSA VEREINIGUNG – DCCV e.V. (HRSG.), 2006. *Chronisch entzündliche Darmerkrankungen. Morbus Crohn / Colitis ulcerosa*. 2. vyd. Stuttgart: S. Hirzel Verlag. ISBN 978-3-7776-1377-2.

DÍTĚ, P. a kol., 2011. *Farmakoterapie v gastroenterologii*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-704-2.

GABALEC, L., 2009. Kvalita života u Crohnovy nemoci. In: *Časopis lékařů českých*. 148 (5), 201-205. ISSN 0008-7335.

GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: Praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1868-2.

GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.

HEPWORTH, M., R., HAMELMANN, E., LUCIUS, R., a kol., 2010. *Looking into the future of Trichuris suis therapy*. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. [online]. 125(3), 767-768 [cit. 2016-1-12]. Dostupné z: [http://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(09\)01809-0/pdf](http://www.jacionline.org/article/S0091-6749(09)01809-0/pdf)

HLINOVSKÁ, J., 2015. – *Ošetrovatelská péče o nemocné v interních oborech* [online]. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Podklady k výuce. [cit. 2015-12-28]. Dostupné z:

<https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/O%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A1%20p%C3%A9%20de%20o%20nemocn%C3%A9%20v%20intern%C3%ADch%20oborech.aspx>

JAHODOVÁ, I., 2016. *Rehabilitační ošetrovatelství* [online]. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Podklady k výuce. [cit. 2016-1-8]. Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/Rehabilita%C4%8Dn%C3%AD%20o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD%20o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD.aspx>

JANDOVÁ, D., 2009. *Balneologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2820-9.

[JANDOVÁ, D. Svaz léčebných lázní České republiky](#) [online]. [cit. 201-02-05].

Dostupné z: www.lecebne-lazne.cz/storage/get/425-jandova_clanek_kor.doc

KÁBRT, M., *Aplikovaná statistika – test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce* [online]. Milan Kábrt. [cit. 2016-2-8]. Dostupné z: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>

KARGES, W., S. AL DAHOUK, 2011. *Vnitřní lékařství: stručné repetitorium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3108-7.

KLENER, P. a kol., 2011. *Vnitřní lékařství*. 4. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-246-1986-6.

KLÍMA, T., 2009. *Management Crohnova onemocnění v České republice*. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze. Diplomová práce. [cit. 2015-12-15]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/uix6fr/>

KOHOUT, P., J. PAVLÍČKOVÁ, 2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-903820-0-8.

KOLÁŘ, P. a kol., 2010. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.

- KRATOCHVÍL, S., 2006. *Základy psychoterapie*. 6. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0302-5.
- LAMBERT, 2008. *Lékařské klasifikace – CDAI* [online]. [cit. 2016-3-6]. Dostupné z: <http://www.mudr.org/web/cdai>
- LUKÁŠ, K. a kol., 2007. *Idiopatické střevní záněty*. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-051-8.
- LUKEŠ, J., 2012. Léčba střevními parazity. *Reflex* [online]. 12(3), 46-47 [cit. 2016-1-12]. ISSN 1213-8991. Dostupné z: <http://kmb.prf.jcu.cz/userfiles/media/file/lukes-reflex-leden-2012.pdf>
- NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.
- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 3. vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.
- SCHEIN, M., P. ROGERS, 2011. *Urgentní břišní chirurgie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2357-0.
- STANĚK, S., 2013. *Lázeňský zákon: komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR. ISBN 978-80-7357-900-5.
- Svaz léčebných lázní české republiky* [online]. Svaz léčebných lázní české republiky. [cit. 2016-1-16]. Dostupné z: <http://www.lecebne-lazne.cz/cs>
- ŠOLC, P., 2011. *Karlovarská lázeňská léčba, její vývoj a logika*. Sokolov: Formica graphics. ISBN 978-80-87194-34-8.
- ŠPIČÁK, J. a kol., 2008. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1783-8.
- ŠPINAR, J., L. ONDŘEJKA a kol., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4356-1.

ŠPIŠÁK, L., Z. RUŠAVÝ a kol., 2010. *Klinická balneologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1654-4.

ÚZIS ČR, 2014. *Zdravotnická statistika: Lázeňská péče 2014* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha: ÚZIS ČR, 2014 [cit. 2015-12-15]. ISBN 978-80-7472-093-2

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

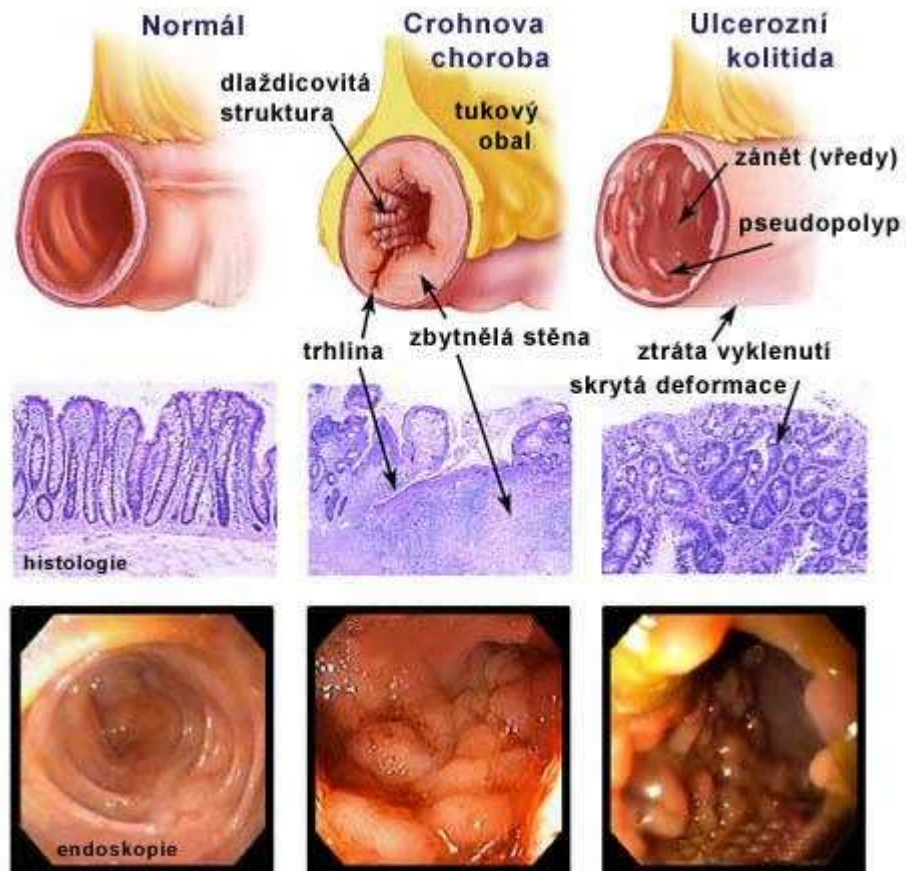
VRÁNOVÁ, D., 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: Anag. ISBN 978-80-7263-788-1.

VYLITA, T., 2015. *Tajemství karlovarských pramenů* [online]. Agendový portál Informační server o zdravotnických resortních organizacích. [cit. 2016-01-03]. Dostupné z: http://ap.mzcr.cz/referencni-laboratore-prirodnich-lecivych-zdroju/tajemstvi-karlovarskych-pramenu_113_122n.html

PŘÍLOHY

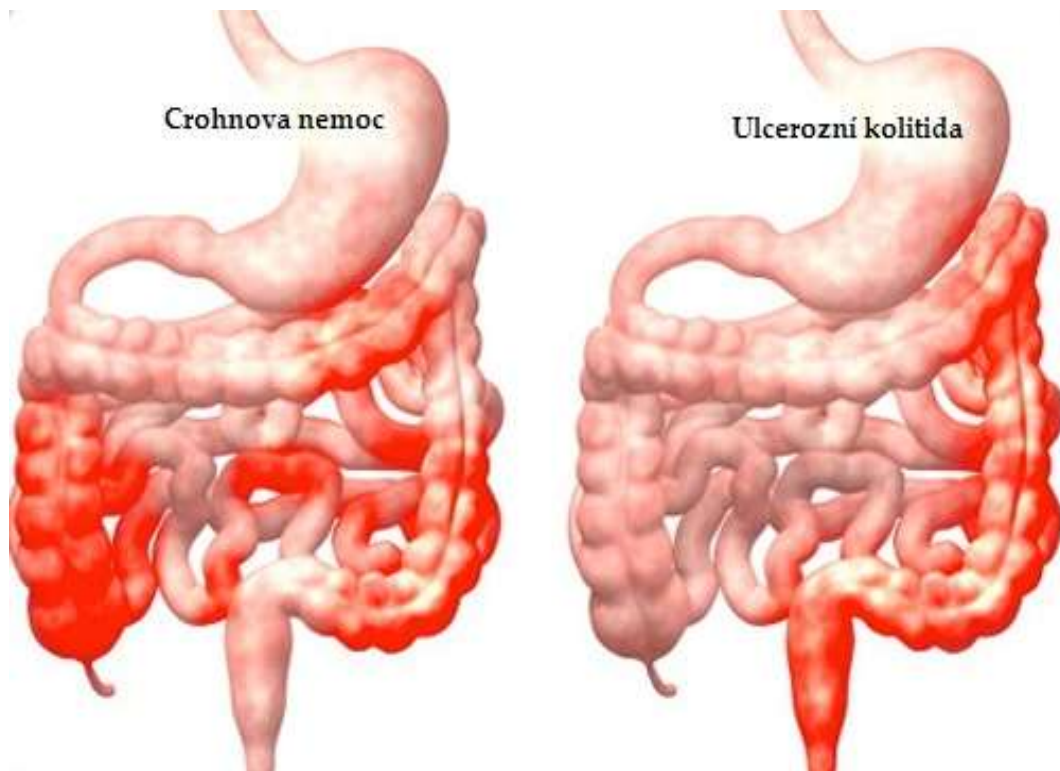
Příloha A Obrázky	II
Příloha B Tabulky	V
Příloha C Protokol k provádění sběru podkladů	X
Příloha D Dotazník	XI
Příloha E Rešeršní protokol	XIV

Příloha A Obrázky



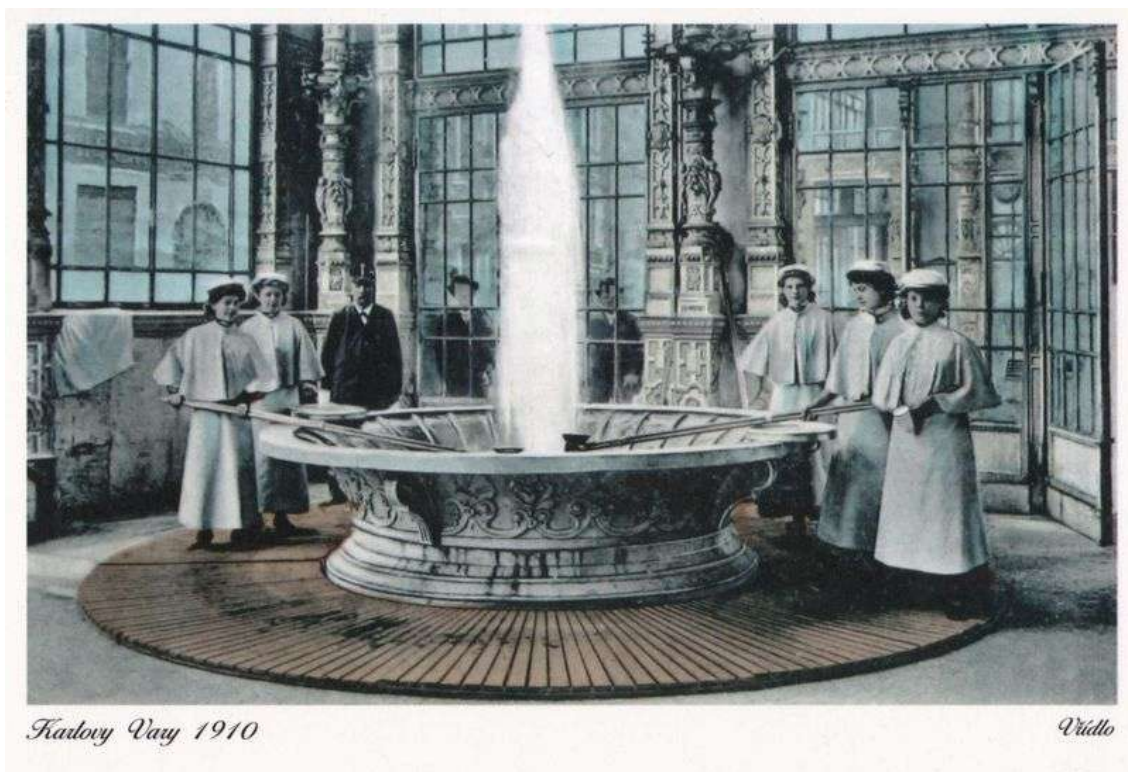
Zdroj: STRNADOVÁ, E., 2012. Onemocnění tlustého a tenkého střeva, onemocnění rektu. [online]. [cit. 2016-3-2]. Dostupné z: <http://www.zdravi4u.cz/pages/Image/nemoci/crohnova-choroba-streva3.jpg>

Obrázek 1 Přehled postižení u IBD



Zdroj: MLČOCH, Z., 2015. *Crohnova choroba, ulcerozní kolitida - poradna, otázky a odpovědi* [online]. [cit. 2016-3-2]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/nemoci-lecba/crohnova-choroba-ulcerozni-kolitida-poradna-otazky-a-odpovedi>

Obrázek 2 Rozsah postižení u IBD



Zdroj: ARCHV BOHEMIA-LÁZNĚ, 2014.

Obrázek 3 Vřídlo Karlovy Vary

Tabulka 23 Kalkulátor pro výpočet CDAI indexu

Klinická / laboratorní proměnná		Hodnota x váha
1	Počet tekutých nebo řídkých stolic za den v posledním týdnu	<input type="text"/> x 2
2	Bolest břicha (hodnocena na stupnici 0-3) v posledním týdnu	<input type="text"/> x 5
3	Celkový stav, subjektivně hodnocen od 0 (dobrý) do 4 (špatný) v posledním týdnu	<input type="text"/> x 7
4	Přítomnost komplikací *	<input type="text"/> x 20
5	Užívání Immodia či opiátů proti průjmu	<input type="checkbox"/> x 30
6	Přítomnost břišní masy (0 není, 2 podezření, 5 určitě)	<input type="text"/> x 10
7	Hematokrit <0.47 u mužů a <0.42 u žen	<input type="checkbox"/> x 6
8	Procentní odchylka od standardní hmotnosti	<input type="text"/> x 1
Spočítat výsledek		

<p>* Po bodu je přidáno za každou skupinu komplikací:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ bolest kloubů (artralgie) nebo dg. artritidy ▶ iridocyklitida, uveitida ▶ erythema nodosum, pyoderma gangrenosum, aftózní vředy ▶ anální fissury, píštěle, abscesy ▶ jiné píštěle ▶ horečka během minulého týdne

Zdroj: LAMBERT, 2008. *Lékařské klasifikace – CDAI* [online]. [cit. 2016-3-6]. Dostupné z: <http://www.mudr.org/web/cdai>

Tabulka 24 Seznam indikačních skupin pro dospělé

I.	Nemoci onkologické
II.	Nemoci oběhového ústrojí
III.	Nemoci trávicího ústrojí
IV.	Nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí
V.	Nemoci dýchacího ústrojí
VI.	Nemoci nervové
VII.	Nemoci pohybového ústrojí
VIII.	Nemoci močového ústrojí
IX.	Duševní poruchy
X.	Nemoci kožní
XI.	Nemoci gynekologické

Zdroj: ČESKO, 2015, 3

Tabulka 25 Seznam indikačních skupin pro děti a dorost

XXI.	Nemoci onkologické
XXII.	Nemoci oběhového ústrojí
XXIII.	Nemoci trávicího ústrojí
XXIV.	Nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí
XXV.	Nemoci dýchacího ústrojí
XXVI.	Nemoci nervové
XXVII.	Nemoci pohybového ústrojí
XXVIII.	Nemoci močového ústrojí
XIX.	Duševní poruchy
XXX.	Nemoci kožní
XXXI.	Nemoci gynekologické

Zdroj: ČESKO, 2015, 34

Tabulka 26 Stručný přehled účinků balneoterapie

Zvýšení energie organismu	Obecné zákonitosti přeměn energií podle termodynamických zákonů platných pro živý organismus. Pozn.: dodáním tepelné energie se až trojnásobně zvýší schopnost aktivního transportního mechanismu buněčných membrán pro kaliovou a natriovou pumpu, mění se viskozita extracelulární tekutiny (ETC)
Zrychlení bazálního metabolismu	Lokálně nebo celkově podle rozsahu aplikace procedury. Prohřátí peloidy do hloubky vede ke zvýšení intracelulárního metabolismu, ke změně permeability buněčných membrán, hyperemii, resorpci exsudátů
Regulace krevního oběhu lokálně	Teplo vede k vazodilataci, chlad k vazokonstrikci, kontrastní procedury mění tonus, cévní gymnastika, lokálně zvýšení okysličení, přísun živin, změna permeability cév a membrán buněčných, změny pH, sorpce edémů. Sekundární efekt vzniká mobilizací lokálně vyplavených humorálních látek či vstřebaných s přenosem krevní cestou do celého organismu a určitých cílových tkání
Regulace krevního oběhu celotělově	Autonomní nervová soustava (např. průkaz pomocí spektrální analýzy variability tepové frekvence – reaktivita sympatiku, parasympatiku), ovlivnění kardiovaskulárních funkcí, respiračních a metabolismu
Zlepšení termoregulace	Autonomní nervová soustava a centrální nervový systém – hypotalamus, následně ovlivněná hormonální osa a imunitní pochody (otužování)
Spasmolytický efekt	U kosterní i hladké svaloviny, relaxace
Analgetický efekt	Pozitivní či negativní termoterapií (voda, led, kryoterapie). Chlad omezí až vyřadí vznik elektropotenciálu na nervovém vláknu typu C a zpomalí vedení vzruchu nervem pro bolest typu A delta, nevyřadí z funkce motorická a silná senzitivní nervová vlákna. Teplo působí typickým vrátkovým mechanismem na míše a vyšších etážích CNS
Změna kvality pojiva	Teplem se pozitivně mění viskozita a elasticita – distenzibilita pojiva. Při balneoterapii a po ní pokles orosomukoidu, změny revmatoidních faktorů
Zvýšení odolnosti	Adaptace na teplo a na chlad, zvýšení nespecifické odolnosti na stresory fyzikální, chemické, biologické a psychické
Obnovení biorytmů biologických oscilací	Biorytmy jsou fyzikálně definovány jako projekce kruhového pohybu, biologickými rytmy na úrovni buněk (např. fagocytóza bílých krvinek), tkání (např. vyplavování krvinek) či orgánů (vylučování žaludečních šťáv, tvorba žlučových kyselin), na úrovni autonomní nervové soustavy a hormonální osy (známé jsou termoregulační cirkadiální biorytmy, měsíční, roční) po 3-týdenním pobytu v mírně dráždivém klimatu dochází k poklesu kortizolu, DHEA = dehydroepiandrosteron stoupá

Zdroj: JANDOVÁ, D. [online]. [cit. 2016-3-3]. Dostupné z: http://www.lecebne-lazne.cz/storage/get/425-jandova_clanek_kor.doc

Tabulka 27 Obecné kontraindikace lázeňské léčebně rehabilitační péče

<p>Infekční nemoci přenosné z člověka na člověka a bacilonosičství. Je-li některá nemoc, indikovaná pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči, sdružená s TBC dýchacího ústrojí, nebo jinou formou TBC, může být lázeňská léčebně rehabilitační péče navržena a povolena jen po řádném ukončení léčby antituberkulózy a se schválením pneumologa.</p>
<p>Všechny nemoci v akutním stádiu a stavy, při kterých lze důvodně očekávat destabilizaci zdravotního stavu.</p>
<p>Klinické známky oběhového selhání, netýká se indikací skupiny II. Maligní arytmie a trvalá hypertenze nad 120 mm Hg diastolického tlaku.</p>
<p>Stavy po hluboké tromboze do 3 měsíců po odeznění nemoci, stavy po povrchové tromboflebitis do 6 týdnů po odeznění nemoci.</p>
<p>Opakující se profuzní krvácení jakékoli etiologie v posledních 12 měsících, léčba je možná po kladném vyjádření hematologa.</p>
<p>Kachexie různé etiologie znemožňující intenzivní rehabilitaci (BMI méně než 16,5). Netýká se indikační skupiny IX a XXIX - anorexie</p>
<p>Zhoubné nádory během léčby a po ní s klinicky zjištěnými známkami aktivity nemoci. Kontraindikovány nejsou případy, kdy není prokazatelných známek progresu nebo je progres zhoubného onemocnění pomalý a dlouhodobý a charakter nádorového onemocnění není překážkou pro indikovanou lázeňskou léčebně rehabilitační péči souběžného jiného onemocnění. Dlouhodobá hormonální protinádorová terapie není kontraindikací. Onkologické maligní onemocnění do 2 let po ukončení léčby je kontraindikací užití přírodního léčivého zdroje - přírodní minerální vody radonové.</p>
<p>Nekompenzovaná epilepsie. U pojištěnce s epilepsií může být léčba poskytnuta na základě kladného vyjádření neurologa nebo dětského neurologa, který má pojištěnce pro epilepsii v dispenzární péči. Pro indikační skupinu VI a XXVI není epilepsie kontraindikací.</p>
<p>Aktivní ataky nebo fáze psychóz a duševní poruchy s asociálními projevy nebo sníženou možností komunikace nebo neschopností dodržovat léčebný a domácí řád zdravotnického zařízení poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče, transitorní stavy zmatenosti, demence. Snížená možnost komunikace není kontraindikací u indikační skupiny VI v případě postižení CNS a IX, XXVI a XXIX, je-li součástí klinického obrazu daného onemocnění, pokud psychický stav umožňuje lázeňskou léčebně rehabilitační péči.</p>
<p>Závislost na alkoholu a závislost na návykových látkách. Netýká se lázeňské léčebně rehabilitační péče, která bezprostředně navazuje na hospitalizaci po operaci a tato lázeňská léčebně rehabilitační péče je nedílnou součástí pooperační péče.</p>
<p>Závislost na nikotinu u dětí a dorostu a u pojištěnců s indikacemi skupiny II, III/1, III/2, IV, V. Netýká se lázeňské léčebně rehabilitační péče, která bezprostředně navazuje na hospitalizaci pro danou diagnózu a tato lázeňská léčebně rehabilitační péče je nedílnou součástí pooperační péče.</p>
<p>Inkontinence moče II. a III. stupně a inkontinence stolice. Neplatí pro indikační skupinu nemocí VI, VIII/3, XXVI, XXVIII/1, XXVIII/2, XXVIII/6. Anus praeternaturalis není kontraindikací léčby, pouze omezuje provádění léčebných procedur.</p>
<p>Těhotenství.</p>

Zdroj: ČESKO, 2015, 51

Tabulka 28 Minerální složení karlovarského pramene Vřídlo

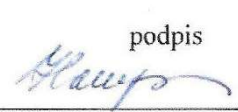

Kationty (v mg/l):		Anionty (v mg/l):	
natrium	1699	HCO ₃ ⁻	2150
calcium	124,4	síran	1629
kalium	93,24	chlorid	598,5
magnesium	45,2	fluorid	6,45
lithium	2,915	bromid	1,398
Nedisociované složky (v mg/l):			
kyselina křemičitá (H ₂ SiO ₃)			94,81
kyselina boritá (HBO ₂)			2,33
Plyny (v mg/l):			
CO ₂			813,2
V koncentracích nižších než 1 mg/l další látky včetně vzácných zemin			

Zdroj: autor, 2016

Příloha C Protokol k provádění sběru podkladů

**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO
ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**
(součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku)

Příjmení a jméno studenta	Michaela Vondříčková, DiS.	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník III.
Téma práce	Lázeňská léčba u dospělých pacientů s diagnózou Crohnovy choroby v lázeňském sanatoriu Bohemia-lázně a.s., Karlovy Vary.	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Bohemia – lázně a.s., Karlovy vary	
Jméno vedoucího bakalářské práce	MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.	
Vyjádření vedoucího bakalářské práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu/průzkumu	Výzkum/průzkum <input type="checkbox"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="checkbox"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího bakalářské práce	<input checked="" type="checkbox"/> <u>souhlasím</u> <input type="checkbox"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	

podpis



V Praze 3. 11. 2015



 Vondříčková Michaela, DiS.

Příloha D Dotazník

1. Vyberte svůj nejčastější bolestivý příznak onemocnění CD (pouze jeden):
 - bolesti a křeče břicha
 - bolesti okolí anu
 - bolesti bederní páteře
 - bolesti kyčlí, kolen a kotníků
 - bolesti při defekaci
 - jiné bolesti
2. Pro Vámi vybraný nejčastější bolestivý příznak se pokuste určit intenzitu Vámi vnímané bolesti na stupnici od 0 do 10, kde č. 0 odpovídá bezbolestnému stavu a č. 10 nejhorší představitelné bolesti.
3. Vyberte nejobvyklejší nebo bolestivý příznak onemocnění CD (pouze jeden):
 - nausea
 - zvracení
 - potřeba vyprázdnit se
 - frekvence vyprazdňování
 - nadýmání
 - zlatulence
4. Vyberte příznak onemocnění CD (pouze jeden), který Vás osobně nejvíce obtěžuje a kterého byste se nejraději zbavili, aby se Váš život s CD stal snesitelnějším:
 - poruchy vyprazdňování
 - celková únava/oslabení
 - bio-psycho-sociální příznaky
 - bolest
 - vysoká míra stresu/úzkosti
 - poruchy výživy
5. Vyberte nejvíce obtěžující bio-psycho-sociální příznak související s onemocněním CD (pouze jeden):
 - narušení osobního a pracovního života
 - životní nejistota
 - hledání toalety
 - emoční labilita
6. Vyskytuje se ve Vašem blízkém pokrevním příbuzenstvu jiný nemocný s CD?:
 - Ano
 - Ne
7. Po kolikáté podstupujete lázeňskou léčbu?
.....
8. Cítili jste zlepšení zdravotního stavu po absolvování lázeňské léčby?
 - Ano
 - Ne

9. Jak se projevilo zlepšení zdravotního stavu v souvislosti s CD po absolvování lázeňské léčby?
.....
10. Jak dlouho jste cítili toto zlepšení (odhadněte počet měsíců)?
.....
11. Odhadněte průměrný počet dní pracovního omezení měsíčně v souvislosti s CD před nastoupením předchozí lázeňské léčby. Jako den s pracovním omezením uvažujte takový den, ve kterém Vám Váš aktuální zdravotní stav neumožňuje vykonávat obvyklou činnost, ať už se jedná o výkon zaměstnání, či práci v domácnosti apod.
.....
12. Podobně prosím odhadněte průměrný počet dní pracovního omezení měsíčně v souvislosti s CD po ukončení předchozí lázeňské léčby.
.....
13. Jaké byly Vaše obvyklé náklady na léky (měsíčně v Kč) a léčebné pomůcky před absolvováním lázeňské léčby?
.....
14. Jaké byly Vaše obvyklé náklady na léky (měsíčně v Kč) a léčebné pomůcky po absolvování lázeňské léčby, v době zlepšeného zdravotního stavu?
.....
15. Nastoupil jste některou z Vašich předchozích lázeňských léčeb jako samoplátce?
 Ano
 Ne
16. Jste ve starobním či invalidním důchodu?
 Ano
 Ne
17. Vyhledáváte po dobu Vašeho lázeňského pobytu aktivně pacienty s CD?
 Ano
 Ne
18. Do následující tabulky vyplňte užívané léky (pokuste se specifikovat přesný obsah účinné látky) a jejich užívané množství (denně) v souvislosti s CD v období 6 měsíců před zahájením předchozí lázeňské léčby a v období po ukončení předchozí lázeňské léčby, ve kterém jste pociťoval/a výrazné zlepšení nepříznivých projevů CD.
19. Do jaké věkové skupiny patříte?
 od 18 – 35 19
 od 36 – 55 25
 od 56 – 75 38
 od 76 a více 1

20. Pohlaví

Muž

Žena



LÁZEŇSKÁ LÉČBA U DOSPĚLÝCH PACIENTŮ S DIAGNÓZOU

CROHNOVY CHOROBY V LÁZEŇSKÉM SANATORIU

BOHEMIA – LÁZNĚ a. s., KARLOVY VARY

Klíčová slova: Crohnova choroba, balneologie, lázně KV

Rešerše č. 26/2015

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 25 záznamů (vysokoškolské práce – 4, knihy – 11, ostatní – 10)
Časové omezení:	2005-2015
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Druh literatury:	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	15. 12. 2015

Základní prameny:

1. katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
2. Jednotná informační brána (www.jib.cz)
3. Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
4. Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
5. Online katalog NCO NZO
6. volný internet