

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY
S CELIAKIÍ**

Bakalářská práce

PETRA PETRLÁKOVÁ

Stupeň vzdělání: Bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Hana Junková

Praha 2017



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

Petrláková Petra
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 19. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacientky s celiakií

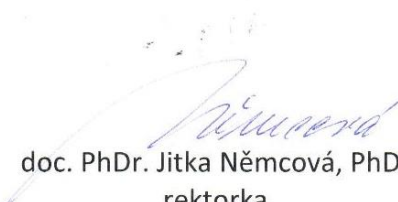
The Nursing Care of the Client with the Celiac Disease

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Hana Junková

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Karolína Moravcová

Konzultant bakalářské práce: Mgr. Markéta Vojtová, PhD.

V Praze dne: 1. 11. 2016


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

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce MUDr. Haně Junkové za pečlivé vedení této práce.

Poděkování patří také PhDr. Karolíně Moravcové za ochotu a vstřícnost. V neposlední řadě bych ráda poděkovala Mgr. Markétě Vojtové, PhD. za cenné rady a připomínky v čase konzultací.

ABSTRAKT

PETRLÁKOVÁ, Petra. *Ošetrovatelský proces u pacientky s celiakií*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Hana Junková. Praha. 2017. 60 s.

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelským procesem u pacientky s celiakií. Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je popsána problematika celiakie a to definice, etiologie, klinický obraz, diagnostika, léčba a komplikace. Je zde podrobněji popsána bezlepková dieta, která je u tohoto onemocnění jediným možným řešením. Praktická část představuje ošetrovatelský proces u pacientky s celiakií, jehož součástí je na základě získaných údajů vypracovaný plán ošetrovatelské péče. Základním cílem této práce je seznámit odbornou sféru s problematikou celiakie. Poukázat na problémy, které s sebou toto onemocnění přináší. Výstupem bakalářské práce je informační leták, který poskytne základní informace o celiakii. Leták seznámí rovněž pacienta s bezlepkovou dietou, a to sice s potravinami, které obsahují či neobsahují lepek.

Klíčová slova:

Bezlepková dieta. Celiakie. Gluten. Lepek.

ABSTRACT

PETRLÁKOVÁ, Petra. *The nursing care of the Client with the Celiac disease*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Hana Junková. Prague. 2017. 60 pages.

The Bachelor's Thesis deals with the nursing process aimed at a patient with celiac disease. This thesis is divided into the theoretical and practical parts. The theoretical part describes the nature of celiac disease, including its definition, etiology, clinical picture, diagnostics, treatment and complications. Attention is paid to the detailed description of a gluten-free diet, which is the only possible solution for this condition. The practical part presents the nursing process of the celiac patient, which includes a plan of nursing care based on the data acquired. This Thesis aims at informing the professional sphere about the issues connected with celiac disease and pointing out the problems that arise with this condition. The outcome of the Bachelor's Thesis is an information leaflet that provides basic facts about this ailment. The leaflet will also inform patients about the gluten-free diet, namely foods that do or do not contain gluten.

Keywords:

Celiac Disease. Gluten-free diet. Gluten.

PŘEDMLUVA

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacientky s celiakií. Jedná se o autoimunitní onemocnění, geneticky podmíněné, kdy je nutné celoživotně vyloučit lepek ze stravy.

Celiakie se řadí mezi onemocnění „moderní doby“, počet nemocných s tímto onemocněním neustále stoupá. Jedná se relativně o novou chorobu, o které se toho zatím stále moc neví.

Psát o celiakii jsem se rozhodla na základě vlastních zkušeností s tímto onemocněním. Pro tvorbu kazuistiky jsem si vybrala sebe samotnou, jelikož už přes rok se s celiakií potýkám. Pro kazuistiku jsem si vybrala období, kdy mi byla celiakie diagnostikována. Tato bakalářská práce je určena jak pro zdravotníky, tak pro studenty zdravotnických oborů. Věřím, že mnou vytvořený informační leták, který náleží k bakalářské práci, bude přínosem i pro pacienty s celiakií.

Při tvorbě bakalářské práce jsem čerpala literaturu ve Studijní a Vědecké knihovně v Hradci Králové. Množství dostupných relevantních zdrojů k celiakii je relativně malé, a proto jsem využila i zdroje, které jsou starší více než deset let, které jsou, domnívám se kvalitní, informace v nich jsou aktuální a neměnné. Využila jsem maximum dostupné literatury.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce MUDr. Haně Junkové za odborné rady a připomínky. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Markétě Vojtové, PhD. a PhDr. Karolíně Moravcové za vstřícnost a ochotu, kterou mi poskytly v čase konzultací.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD..... | 17 |
| POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE | 19 |
| 1 TEORETICKÁ ČÁST..... | 20 |
| 1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE TENKÉHO STŘEVA | 20 |
| 1.2 CELIAKIE..... | 21 |
| 1.2.1 HISTORIE..... | 21 |
| 1.2.2 ETIOPATOGENEZE..... | 22 |
| 1.2.3 RIZIKO CELIAKIE..... | 22 |
| 1.2.4 VÝSKYT | 23 |
| 1.2.5 KLINICKÝ OBRAZ..... | 23 |
| 1.2.6 FORMY CELIAKIE | 24 |
| 1.2.7 DERMATITIS HERPETIFORMIS DUHRING | 25 |
| 1.2.8 STÁDIA CELIAKIE | 25 |
| 1.2.9 DIAGNOSTIKA..... | 26 |
| 1.2.10 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA | 27 |
| 1.2.11 PATOLOGICKÉ NÁLEZY..... | 28 |
| 1.2.12 KOMPLIKACE | 28 |
| 1.2.13 LÉČBA..... | 29 |
| 1.2.14 PROGNÓZA | 30 |
| 1.2.15 PREVENCE | 30 |
| 1.2.16 CELIAKIE A ALERGIE | 30 |
| 1.2.17 CELIAKIE A TĚHOTENSTVÍ | 31 |
| 1.3 BEZLEPKOVÁ DIETA | 31 |
| 1.3.1 LEPEK..... | 32 |
| 1.3.2 BEZPŠENIČNÁ DIETA | 33 |
| 1.3.3 NEJVĚTŠÍ ÚSKALÍ BEZLEPKOVÉ DIETY | 33 |
| 1.3.3.1 FINANČNÍ NÁROČNOST..... | 33 |
| 1.3.3.2 DOSTUPNOST BEZLEPKOVÝCH POTRAVIN..... | 34 |
| 1.3.3.3 STRAVOVÁNÍ MIMO DOMOV | 35 |
| 1.3.3.4 NEVĚDOMOST VEŘEJNOSTI..... | 35 |

| | | |
|---------|--|----|
| 1.3.3.5 | OZNAČENÍ BEZLEPKOVÝCH POTRAVIN | 36 |
| 1.3.3.6 | DOPAD BEZLEPKOVÉ DIETY NA PSYCHIKU..... | 37 |
| 1.3.4 | POVOLENÉ POTRAVINY..... | 37 |
| 1.3.5 | ZAKÁZANÉ POTRAVINY..... | 37 |
| 1.3.6 | POTRAVINY SE SKRYTÝM OBSAHEM LEPKU..... | 38 |
| 2 | PRAKTICKÁ ČÁST | 39 |
| | OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S CELIAKIÍ..... | 39 |
| 2.1 | IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE..... | 39 |
| 2.2 | HODNOTY ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU | 39 |
| 2.3 | NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ | 40 |
| 2.4 | ANAMNÉZA | 40 |
| 2.5 | POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 15. 10. 2015..... | 42 |
| 2.5.1 | POPIS FYZICKÉHO STAVU..... | 42 |
| 2.5.2 | AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA | 44 |
| 2.5.3 | POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU | 46 |
| 2.5.4 | POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU | 48 |
| 2.5.5 | SOCIÁLNÍ ROLE A JEJICH OVLIVNĚNÍ NEMOCÍ, HOSPITALIZACÍ A ZMĚNOU ŽIVOTNÍHO STYLU V PRŮBĚHU NEMOCI A HOSPITALIZACE | 49 |
| 2.6 | MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT | 50 |
| 2.7 | SITUAČNÍ ANALÝZA | 55 |
| 2.8 | STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ | 56 |
| 2.9 | CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE | 72 |
| | DOPORUČENÍ PRO PRAXI..... | 73 |
| | ZÁVĚR | 75 |
| | SEZNAM LITERATURY..... | 77 |
| | PŘÍLOHY | |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

A. – arteria, tepna.

ALP – alkalická fosfatáza.

ALT – alaninaminotransferáza.

AMS – amyláza.

AST – aspartátaminotransferáza.

BMI – body mass index. Parametr umožňující posoudit stav výživy.

CRP – C-reaktivní protein.

D – dech.

DQ 2 – alela vyskytující se v HLA systému u více než 90 % pacientů s celiakií.

DQ 8 – alela vyskytující se v HLA systému u více než 90 % pacientů s celiakií.

et – spojka a.

FNHK – Fakultní nemocnice Hradec Králové.

FW – sedimentace erytrocytů.

GCS – Glasgow coma scale. Stupnice využívaná k hodnocení hloubky bezvědomí.

GMT – gama-glutamyltransferáza.

HLA – hlavní histokompatibilní systém.

i.v. – intravenózně.

IEL – intraepiteliální lymfocyty.

IgG – imunoglobulin G.

MCV – střední objem erytrocytu.

MCH – průměrná koncentrace hemoglobinu v erytrocytu.

mmHg – milimetr rtuťového sloupce.

Nn. – nervi, nervy.

NPO – nic per os.

P – puls.

Per os – ústy.

pH – symbol pro vyjádření koncentrace vodíkových iontů v roztoku, míra zásaditosti či kyselosti roztoku.

PŽK – periferní žilní katétr.

Rh faktor – druh krevní skupiny daný přítomností (Rh pozitivní) nebo chyběním (Rh negativní) určitých znaků na povrchu červených krvinek.

RHB – rehabilitace.

Tbl. – tablety.

TK – krevní tlak.

TT – tělesná teplota.

UPT – umělé přerušování těhotenství.

UZ – ultrazvuk.

V. – vena, žíla.

VAS – vizuální analogová škála.

VSL-3 – směs probiotik.

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

A. mesenterica superior – tepna vystupující z břišní aorty, zásobuje tenké a tlusté střevo.

Aditiva – látky přidávané do potravin k doplnění některých vlastností.

Afebrilní – bez horečky, s normální teplotou.

Aftózní – charakterizovaný výskytem aft.

Anamnéza – předchorobí. Sběr informací o pacientovi.

Anémie – chudokrevnost.

Angulární – kostnatý, hranatý.

Antalgický – působící proti bolesti.

Apendicitida – zánět červovitého výběžku tlustého střeva.

Asymptomatická forma – bezpříznaková forma.

Atrofie – zmenšení normálně vyvinutého orgánu.

Auskultačně – poslechově.

Autoimunita – stav, kdy je činnost imunitního systému proti vlastním orgánům a tkáním.

Autonomní – nezávislý, samovolný, spontánní.

Autoprotilátka – protilátka, která je namířena proti vlastním orgánům a tkáním.

Avenin – ovesný glutelin.

Bilaterální – oboustranný.

Biopsie – vyšetření vzorku živého lidského orgánu nebo tkáně.

Borborygmy – zvuky vznikající v břiše při pohybech plynu a tekutiny ve střevech.

Crohnova choroba – zánětlivé střevní onemocnění, které postihuje různé úseky zažívacího traktu, často však postihuje spojení mezi tenkým a tlustým střevem.

Deficit – chybění, nedostatek.

Dehydratace – ztráta a nedostatek vody v organismu. Vzniká ztrátou tekutin či jejich nedostatečným příjmem.

Diabetes mellitus – cukrovka, úplavice cukrová. Onemocnění způsobené nedostatkem inzulínu.

Diabetická dieta – dieta se sníženým obsahem cukru.

Diagnóza – rozeznání nemoci a její pojmenování.

Diferenciální diagnóza – postup, při němž se stanovuje diagnóza výběrem z několika nemocí, které způsobují stejné nebo podobné příznaky.

Downův syndrom – vrozená choroba, při níž je v genetické výbavě o jeden 21. chromozom více.

Duplikatura – zdvojení. Předstěry patří k d. pobřišnice.

Echogenita – schopnost tkání a orgánů vytvářet při sonografickém vyšetření znatelný obraz.

Endomysium – jemné vazivo uvnitř svalu.

Enterický – střevní.

Enterocyt – střevní epitelová buňka.

Enteropatie – onemocnění střeva, zejm. jiné než zánětlivé či nádorové.

Enteroskop – endoskop sloužící k vyšetření tenkého střeva.

Eozinofilní – barvicí se snadno.

Epilepsie – porucha mozku projevující se opakovanými záchvaty různého charakteru.

Epitel – krycí tkáň, výstelka, pokrývá povrch těla a vystýlá vnitřní povrch dutých orgánů.

Etiopatogeneze – popis vzniku nemoci zahrnující jak její příčinu, tak další procesy, které její vznik a rozvoj provázejí.

Flatulence – zvýšený odchod střevních plynů z konečníku.

Fotoreakce – reakce na světlo.

Gastroskopie – vyšetření žaludku spojené s vyšetřením jícnu a dvanáctníku, gastroskop se ústy zavede do žaludku, odkud odebíráme vzorky pro histologické vyšetření.

Lamblióza – (giardiáza) – onemocnění vyvolané bičíkovcem, k infekci přispívá žaludeční hypoacidita.

Gliadin – bílkovina pšeničných a kukuřičných zrn, součást glutenu.

Glositida – zánět sliznice jazyka.

Gluten – lepek, součást obilných zrn.

Helicobacter pylori – bakterie, která je významným faktorem ve vzniku některých forem zánětu žaludku.

HLA systém – hlavní histokompatibilní systém vyskytující se na buňkách lidského organismu.

Homogenní – stejnorodý.

Hyperaktivní – fyzický stav, který se projevuje abnormální aktivitou, impulzivností, vznětlivostí.

Hyperplazie – zvětšení orgánu či jeho části v důsledku zvýšení počtu buněk.

Hypertenze – zvýšený krevní tlak.

Hypogonadismus – porucha funkce pohlavních žláz vedoucí k nedostatečné tvorbě pohlavních hormonů a neplodnosti.

Hypovitaminóza – chorobný stav vyvolaný nedostatkem nějakého vitamínu.

Chemoterapie – léčba nádorů pomocí chemických látek, především cytostatik.

Cholesterol – sloučenina lipidové povahy, patří ke steroidům.

Chronický – vleklý, trvalý.

Ikterus – žloutenka.

Imunodeficiencie – porucha imunitního systému projevující se sníženou odolností proti infekci.

Inervace – zásobování části těla nervovými vlákny prostřednictvím určitého nervu.

Infiltrace – vnikání, prostoupení, prosakování.

Intestinální – střevní.

Intolerance – nesnášenlivost.

Intraepiteliální – uvnitř epitelu.

Introspekce – sebezpozorování.

Ischemie – místní nedokrvění tkáně či orgánu, které vede k následnému poškození či odumření.

Izokorický – stejná velikost zornic.

Jejunoileitida – zánět jejunu a ilea.

Klk – výběžek sliznice střeva, který umožňuje zvětšení povrchu pro trávení a vstřebávání.

Kortikoidy – látky s účinky podobnými hormonům kůry nadledvin.

Krypta – prohlubeň, chodbička ústící na sliznici.

Lactobacillus – anaerobní grampozitivní bakterie tyčinkového tvaru.

Laryngitida – zánět hrtanu.

Latentní – skrytý, bezpříznakový.

Leukocyty – bílá krvinka.

Lumen – vnitřek trubicovitého orgánu.

Lymfocyty – druh bílé krvinky, který se významně podílí na specifické imunitě organismu.

Lymfom – zhoubné onemocnění vycházející z lymfatické tkáně.

Malabsorpce – porucha vstřebávání.

Malignita – zhoubnost.

Marker – znak, který je typický pro určitý stav, chorobu.

Menarché – první menstruační krvácení.

Migréna – chronické neurovaskulární onemocnění charakterizované záchvatovitou bolestí hlavy, provázenou nevolností, zvracením a psychickými příznaky.

Mononukleární – jednojaderný, obsahující jen jedno jádro.

Nauzea – nevolnost, pocit na zvracení.

Neoantigen – nově vzniklý antigen.

Nesteroidní antirevmatika – léky s analgetickým a protizánětlivým účinkem.

Neuropatie – nezánětlivé onemocnění nervu.

Nn. splanchnici – vegetativní (sympatické) útrobní nervy vycházející z oblasti hrudní, bederní, křížové.

Normocefalický – normální tvar hlavy.

Oligospermie – snížený počet spermií v ejakulátu, pod 20 mil./ml.

Parciální – částečný.

Pediokok – (pediococcus) – rod bakterií řazených ke grampozitivním kataláza-negativním kokům.

Peptidáza – enzym štěpící bílkoviny.

Perianální – v okolí řitního otvoru.

Peristaltika – vlnovitý pohyb stěn dutých orgánů, který slouží k posunu obsahu.

Peritoneum – pobřišnice.

Potenciální – možný, uskutečnitelný, založený na potenciálu.

Prevalence – počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu.

Probiotika – látky působící pozitivně na životní pochody, bakterie, které příznivě ovlivňují střevní flóru.

Prognóza – předpověď průběhu a zakončení nemoci.

Proteiny – bílkoviny.

Protilátka – bílkovina, která je zaměřena proti určitému antigenu.

Proximální – bližší počátku či vzniku.

Relaps – znovuobjevení nemoci, která byla v klidovém období.

Resorpce – vstřebávání.

Retroperitoneální – v retroperitoneu. Část břišní oblasti, která je uložena za břišní dutinou vystlanou pobřišnicí.

Salivace – slinění.

Screening – vyhledávání rizikových nebo nemocných osob v exponované populaci zdánlivě zdravých osob bez příznaků daného onemocnění.

Sekalin – součást lepku obsažená v žitě.

Sekrece – vylučování látek, které jsou tělu potřebné.

Senzitivní – citlivý, schopný vnímat.

Sérologie – medicínský podobor imunologie zabývající se protilátkami proti antigenům.

Skolióza – vychýlení páteře do strany.

Sprue – střevní onemocnění způsobující poruchu vstřebávání živin ve střevě.

Stomatitida – zánět sliznice dutiny ústní.

Subjektivní – osobní, existující pouze ve vědomí konkrétní osoby.

Subkutánně – podkožně.

Substrát – látka, která je přeměňována pomocí enzymů. Např. peptid je substrátem peptidázy.

Subtotální – neúplný, takřka úplný.

Totální – úplný.

Transglutamináza – varianta koagulačního faktoru XIII.

Tremor – třes.

Truncus coeliacus – tlustý tepenný kmen vystupující z břišní aorty ve výši přechodu hrudní a bederní páteře.

Turnerův syndrom – vrozené onemocnění, při němž ženě chybí jeden chromozom X.

Ulcerativní (ulcerózní) – charakterizovaný přítomností vředů.

V. portae – portální žíla sbírající krev z nepárových břišních orgánů, vede krev do jater.

Vegetativní nervy – soustava útrobních nervů. Patří sem nervy sympatické a parasympatické s opačnými účinky, navzájem se vyvažují, nepodléhají naší vůli.

Verbální – slovní.

Williamsův syndrom – vrozený syndrom charakterizovaný chyběním chrupavek v průduškách.

(VOKURKA et al., 2010), (ČERVENKOVÁ, 2011).

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je „*Ošetrovatelský proces u pacientky s celiakií*“. Je zde popsán konkrétní případ pacientky s celiakií.

Pacientů s celiakií přibývá. Toto onemocnění je zákeřné, díky své svízelné diagnostice. Příznaky, které toto onemocnění doprovází, jsou nejasné a mnohdy lehce zaměnitelné. Zjištění diagnózy celiakie s sebou přináší řadu změn, a to především ve stravování. I přesto, že věda jde dopředu, jediným možným způsobem léčby celiakie i nadále zůstává bezlepková dieta.

Bezlepková dieta je nejen finančně náročná, ale především je veřejnosti méně známá na rozdíl od například diety diabetické, což s sebou přináší spoustu všedních těžkostí.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části je stručně popsána anatomie a fyziologie tenkého střeva. Dále je popsáno onemocnění celiakie – definice, historie, etiopatogeneze, klinický obraz, diagnostika, komplikace a léčba, kterou představuje bezlepková dieta, které je věnována celá kapitola.

V teoretické části byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1: Zpracovat a popsat problematiku celiakie – definici, historii, etiopatogenezi, klinický obraz, diagnostiku, komplikace a léčbu.

Cíl 2: Poukázat na problémy spojené s bezlepkovou dietou.

V praktické části je popsán konkrétní případ pacientky s celiakií. Je zde rozebrán ošetrovatelský proces se všemi náležitostmi. Prvním krokem bylo posouzení stavu pacientky, posouzení stavu potřeb pacientky dle funkčních vzorců zdraví s použitím modelu Marjory Gordonové. Na základě získaných informací ze zdravotnické dokumentace, od rodiny, ošetřujícího lékaře a introspekci byly formulovány ošetrovatelské diagnózy dle NANDA International Taxonomie II. Následně byl vypracován plán ošetrovatelské péče, který byl realizován. Poskytovaná ošetrovatelská péče byla rovněž náležitě zhodnocena.

V praktické části byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1: Zpracovat ošetrovatelský proces v podobě kazuistiky u konkrétní pacientky.

Cíl 2: Stanovit plán ošetrovatelské péče a jeho realizaci a následně poskytnutou péči zhodnotit.

Cíl 3: Utvořit doporučení pro praxi.

Cíl 4: Zpracovat informační leták pro nově diagnostikované pacienty s celiakií.

Výstupem této práce je poskytnutí informací o celiakii a bezlepkové dietě ve formě informačního letáku, který pomůže celiakům lépe zvládnout toto onemocnění a změny, které s sebou přináší.

Pro tvorbu bakalářské práce byla využita i literatura, která je starší deseti let, jelikož literatury k danému tématu je velice málo. Starší knihy využitě pro tvorbu bakalářské práce jsou velice kvalitní a dodnes z nich autoři čerpají pro tvorbu odborných publikací. Do převzetí rešeršní strategie ze Studijní a vědecké knihovny v Hradci Králové byla prostudována **vstupní literatura:**

FRANCÍREK, František. *Bakalářská práce: co, jak a proč připravit, zpracovat, napsat a zhodnotit (obhájit)*. Vyd. 2. Praha: Ingenio et Arti, 2013. ISBN 9788090528727.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU (eds.). *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání, 1. české vydání. Přeložila Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2016. ISBN 9788024754123.

MĚCHURA, O. Presentace závěrečné práce. In: NĚMCOVÁ, J. a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Maurea, 2013. S. 97-103. ISBN 978-80-902876-9-3.

MOŽNÁ, Lucie. *Bezlepkářům od A do Z: příručka pro celiaky*. Česko: [nakladatel není známý], 2006. ISBN 8026078101.

POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Studijní a vědecká knihovna v Hradci Králové

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S CELIAKIÍ

Petra Petrláková

| | |
|-----------------------|--|
| Jazykové vymezení: | Čeština, angličtina, slovenština |
| Klíčová slova: | Bezlepková dieta – gluten-free diet, celiakie – celiac disease, gluten – lepek. |
| Časové vymezení: | 2005–2016 |
| Druhy dokumentů: | Knihy, články, akademické práce |
| Počet záznamů: | 43 (knihy: 14, články z tištěných periodik: 11, články online: 11, dokumenty z databáze EBSCOhost: 6, vysokoškolské práce: 1) |
| Použitý citační styl: | Harvardský, ČSN ISO 690:2011 |
| Základní prameny: | OPAC SVK HK – www.svkhk.cz Česká národní bibliografie – www.nkp.cz Jednotná informační brána – www.jib.cz MEDVIK – www.medvik.cz EBSCOhost – www.ebscohost.com |

Zpracovala: Hašková Michaela

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE TENKÉHO STŘEVA

Tenké střevo (*intestinum tenue*) je nejdelší částí trávicího ústrojí, jeho délka se pohybuje v rozmezí 3–5 m. Začíná pylorem a končí bauhinskou chlopní (LATTA et al, 2010).

Začátek střeva je nejširší a postupně se zužuje. Tenké střevo se skládá ze tří částí: duodena (dvanáctníku), jejuna (lačnicku) a ilea (kyčelníku). Na duodenu je popisován bulbus duodena (rozšířená část duodena, která navazuje na pylorus), dále pak sestupná, horizontální a vzestupná část. V sestupné části duodena se nachází společné vyústění žlučových cest – papila duodeni major (Vateri) et minor (Santorini).

Tenké střevo je tvořeno hladkou svalovinou, která obsahuje cirkulární a podélná vlákna vykonávající peristaltické vlny, které promíchávají a posouvají střevní obsah. Sliznice tenkého střeva je uspořádána v Kerkringovy cirkulární řasy, obsahuje Brunnerovy žlázy, které produkují hlen, jež chrání sliznici tenkého střeva a upravuje pH ve střevě (LUKÁŠ et al, 2007), (LATTA et al, 2010).

Mezi duodenem a jejunem se nachází Treitzova řasa, která fixuje duodenojejunální flexuru k bránici. Tenké střevo obsahuje klky, jedná se o 0,3–1 mm vysoké výběžky sliznice, které zvětšují povrch tenkého střeva až 10×. Dále tenké střevo obsahuje mikrokšky, které rozšiřují absorpční plochu tenkého střeva.

Mezi nejzákladnější funkce tenkého střeva patří vstřebávání živin, minerálů, vitaminů, vody a dalších důležitých látek.

Tenké střevo se též podílí na imunitních pochodech. Produkuje také celou řadu hormonů a neuropeptidů. Nejdůležitějšími hormony jsou inzulin, gastrin, glukagon, sekretin, cholecystokinin a somatostatin (LATTA et al, 2010).

Duodenum je zásobeno krví z *truncus coeliacus*, a. *hepatica communis*, a. *mesenterica superior*. Z tenkého střeva je krev odváděna do v. *portae* (LUKÁŠ et al, 2007).

V tenkém střevě dochází tedy k trávení a vstřebávání živin. Hlavním oddílem tenkého střeva pro vstřebávání je jejunum. V ileu dochází ke vstřebávání žlučových kyselin a vitamínu B₁₂. Ke vstřebávání peptidů dochází v celém tenkém střevě.

Pro činnost trávicího ústrojí je nezbytná neurohumorální regulace se soustavou podmíněných i nepodmíněných reflexů (LATTA et al, 2010). Parasympatická vlákna

vedou z n. vagus a zrychlují peristaltiku, zvyšují sekreci žláz a povolují svěrače. Sympatická vlákna vedou z nn. splachnici a mají účinek opačný (LUKÁŠ et al, 2007).

1.2 CELIAKIE

Název celiakie je odvozen z řeckého slova koiliakos a z latinského slova coeliacus, což v překladu znamená břišní, k dutině břišní patřící. Celiakie (celiakální sprue, glutenová enteropatie, gluten sensitivní enteropatie, Herterova choroba) je autoimunitní onemocnění, geneticky podmíněné, které je doprovázené nesnášenlivostí lepku (glutenu). Celiakie vyvolává celou řadu slizničních změn především na tenkém střevě, na jejunu, což vede k projevům malabsorpce (MOŽNÁ, 2006).

1.2.1 HISTORIE

Lidé jedí obilí už od pradávna, nicméně ale dříve obilí obsahovalo minimální množství lepku. Obilí připravené ke zpracování na mouku obsahovalo kolem 10 % lepku. Postupně docházelo ke šlechtění a zkvalitňování obilí, a důsledkem toho je, že naše mouka nyní obsahuje 50 % lepku. Jednoduše řečeno, mouka s vysokým obsahem lepku = kvalitní mouka (MOŽNÁ, 2006).

Celiakie byla zřejmě známa již ve starověku, Aresteus Kapodecký (2. století př. n. l.) popisoval chronické průjmovité onemocnění, které bylo spojené s chátráním a strádáním organismu.

V 80. letech 19. století se za objevitele celiakie považuje americký pediatr Samusel Gee, který popsal onemocnění s průjmy, poruchou výživy a růstu. Gee konstatoval, že toto onemocnění postihuje jak dospělé tak děti a že léčba spočívá v dietě, nebylo však objasněno, která dieta je účinná (FRÍČ et al., 2008).

O 20 let později, C. A. Harter, nazval toto onemocnění jako intestinální infantilismus, ale hlavní podstata onemocnění nebyla objasněna.

V roce 1950 definoval vztah mezi lepkiem a celiakií holandský lékař Dicke. Zjistil, že blahodárný účinek má vyloučení pšenice a žita ze stravy pacienta. Od roku 1950 je tak základem léčby celiakie bezlepková dieta.

V roce 1957 byla americkým vojenským úředníkem Colonelem Crosbyem a inženýrem Kuglerem vynalezena ohebná hadička pro biopsii, později známá jako Crosbyho kapsle.

Tento nástroj se stal nejpoužívanějším nástrojem pro biopsii z tenkého střeva. Toto vyšetření má zásadní význam při diagnostice celiakie (MOŽNÁ, 2006).

1.2.2 ETIOPATOGENEZE

Pro nemocné s celiakií je gluten toxická látka a imunitní systém ji rozpozná jako protilátku, která způsobí zánětlivou reakci v tenkém střevě – následkem se ztenčuje povrch střeva, znehodnocují se klky, dochází k degradaci enzymů potřebných k trávení (ALI, 2015).

Je objasněn spouštěč (lepek), těsná genetická vazba (HLA-antigeny DQ2 a DQ8) a specifická protilátková reakce (autoprotilátky k tkáňové transglutamináze). Lepek se štěpí pomocí některých enzymů žaludku, slinivky břišní a tenkého střeva. Pomocí štěpů lepku (peptidů) dochází k vyvolání imunitní reakce a tím vyvolání tvorby protilátek.

Kvůli vysokému podílu glutaminu (30 %) a prolinu (15 %) jsou vyhledávaným substrátem enzymu, tkáňové transglutaminázy (tTG). Tento enzym se uvolňuje při tvorbě protilátek proti štěpům lepku (peptidům). Tkáňová transglutamináza mění strukturu gliadinových peptidů. Zvyšuje se jejich reaktivita a dochází k vazbě s tkáňovou transglutaminázou a některými bílkovinami vlastního organismu. Tímto dochází k tvorbě nových antigenů (neoantigenů) a následné tvorbě autoprotilátek (FRÍČ et al., 2009).

1.2.3 RIZIKO CELIAKIE

Zvýšené riziko vzniku celiakie je především u pacientů s genetickým onemocněním. Ohroženi jsou pacienti s Downovým syndromem, Turnerovým syndromem či Williamsovým syndromem. Těž pacienti s deficitem IgA protilátek trpí celiakií o něco častěji. Tyto skupiny lidí by měly být pravidelně po pěti letech vyšetřovány, zda u nich neprobíhá skrytá forma celiakie. Pravidelně vyšetřování by měli být i pacienti s autoimunitním onemocněním, konkrétně pacienti s diabetem mellitem 1. typu či s onemocněním štítné žlázy. Na pravidelné kontroly po pěti letech by měli docházet i příbuzní celiaků prvního stupně (BASS et al., 2013).

1.2.4 VÝSKYT

Celiakie se nejčastěji objevuje v 1. roce života, po přidání obilných kaší do kojenecké výživy. Celiakie se může objevit také mezi 1. a 13. rokem života, během puberty pak často dochází k vymizení či zmírnění příznaků. Celiakie se objevuje i u dospělé populace. Počet lidí s celiakií stoupá.

Projevy celiakie se objevují u žen mezi 20.–30. rokem života, dále kolem 50. roku života. Ke vzplanutí celiakie dochází často po prodělaném stresu. Výjimkou ani není projevení celiakie v pozdějším věku, kolem 60. roku života. Toto onemocnění se objevuje jak u mužů, tak u žen, asymptomatická forma celiakie je častější u mužů.

Prevalence celiakie ve světě je různá. Za posledních 10 let se prevalence celiakie až 10× zvýšila. Vysoká prevalence je v Irsku, nízká je naopak v Austrálii a asijských státech. V České republice je prevalence kolem 1:200–1:250, zhruba 40–50 tisíc potenciálních pacientů s onemocněním celiakie. Celiakií je postiženo zhruba 1 % obyvatelstva. V gastroenterologických poradnách se s celiakií léčí maximálně každý desátý (KOHOUT et al., 2010).

1.2.5 KLINICKÝ OBRAZ

Příznaky celiakie lze rozdělit na abdominální (břišní) a extraabdominální (mimobřišní). Jde především o příznaky malabsorbce.

Abdominální příznaky jsou typické pro klasickou formu celiakie a patří sem bolesti břicha, nadýmání, zvýšená flatulence, kručení v břiše a přelévání střevního obsahu. Dále sem patří objemné stolice, steatorhoe (mastná, tuková stolice), dále se mohou vyskytovat průjmy, které jsou častější u současné laktózové intolerance, nebývá jich více než 5 za den, pokud se nejedná o celiakální krizi. Dále se může objevit zvracení a nauzea.

Mezi **extraabdominální příznaky** patří:

- *Proteinoenergetická malnutrice* neboli podvýživa se snížením celkové bílkoviny a albuminu, vznikem otoků dolních končetin, únavou, slabostí, rizikem mentální retardace, zhoršením obranyschopnosti, zvýšeným rizikem infekcí atd.
- *Váhový úbytek*, děti celkově neprospívají, nepřibývají na váze.
- *Anémie* (chudokrevnost), která je způsobená nedostatkem železa nebo kyseliny listové či vitamínu B₁₂.

- *Osteomalacie a osteoporóza* (řidnutí kostí) je spojeno s vyšším rizikem zlomenin, což je způsobeno špatným vstřebáváním vitamínu D a vápníku.
- *Hypovitaminóza vitaminů B-komplexu* vede ke vzniku neuropatií (periferní, ponožkového typu), glositidám, angulárním a aftózním stomatitidám, pelagroidním pigmentacím (deficit vitamínu PP).
- *Hypovitaminóza vitamínu A*, která vede ke vzniku šerosleposti a poruše vidění.
- *Hypoprotrombinémie* s poruchou srážlivosti krve v důsledku špatného vstřebávání vitamínu K.
- *Porucha obranyschopnosti* a s tím zvýšená náchylnost k infekcím a nádorovým onemocněním.
- *Oxalátová nefrolithiasa* (ledvinové kameny se zvýšeným obsahem šťavelanu) v důsledku zvýšené resorpce oxalátů při vazbě vápníku na mýdla při steatorhoe.
- *Cholesterolová cholelithiasa* (žlučové kameny se zvýšeným obsahem cholesterolu) v důsledku špatného vstřebávání žlučových kyselin.
- *Amenorrhoea* (zástava menstruace) či *infertilita* (neplodnost).
- *Laktózová intolerance* (nesnášenlivost mléčného cukru) v důsledku nedostatku střevní laktázy (KOHOUT et al., 2010).

Podezřelé symptomy:

- Opožděný psychomotorický vývoj.
- Úbytek hmotnosti.
- Nízké sérové železo.
- Izolovaný deficit IgA.
- Recidivující aftózní stomatitida.
- Hypoplazie zubní skloviny (LATTA, 2012).

1.2.6 FORMY CELIAKIE

Klasická forma – projevuje se klasickými příznaky jako je opožděný růst, průjemy, poruchy vyplývající z nedostatku vitaminů, hubnutí, bolesti břicha, zvracení, velké objemné stolice s příměsí tuku. U klasické formy celiakie jsou přítomné protilátky v krvi a je pozitivní střevní biopsie.

Atypická forma – u této formy celiakie jsou atypické příznaky, které si lékař nemusí dát do souvislosti s celiakií. Mezi příznaky se řadí např. metabolická osteopatie, anémie,

váhuový úbytek, únavový syndrom, plešatost, neplodnost, deprese atd. U této formy jsou pozitivní krevní protilátky i střevní biopsie (KOHOUT et al., 2010).

Silentní celiakie – bezpříznaková, tichá či asymptomatická. V krvi se nachází typické protilátky proti gliadinu, endomysiu a tkáňové transglutamináze. Je nutné objevit pacienty s touto formou celiakie, nejčastěji screeningem rizikových jedinců.

Latentní forma – u těchto lidí jsou pozitivní protilátky v krvi, ale střevní biopsie je zcela bez nálezu, může být pouze zvýšený počet intraepiteliálních lymfocytů. Může se jednat pouze o ložiskové poškození střeva. Tato forma se vyskytuje u jedinců, u kterých byla v minulosti diagnostikována celiakie, ale kontrolní odběr biopsie byl proveden z nepostižené části střeva. Je také známo, že někteří s onemocněním celiakie tolerují přechodné zařazení lepku do stravy. Nelze tedy vyloučit, že se jedná o dočasnou intoleranci lepku (FRIČ et al., 2009).

Potenciální forma – tuto formu lze definovat jako zvýšené riziko celiakie. Tito pacienti nemají pozitivní protilátky v krvi, biopsie je též zcela bez nálezu až na zvýšený obsah intraepiteliálních lymfocytů. U takto postižených pacientů je vyšší riziko onemocnění jakoukoliv formou celiakie (KOHOUT et al., 2010). Jedná se především o jedince, kteří mají některé z nemocí asociovaných s celiakií nebo jejichž příbuzní mají celiakii (FRÜHAUF, 2007).

1.2.7 DERMATITIS HERPETIFORMIS DUHRING

Duhringova nemoc či herpetiformní zánět kůže je kožní forma celiakie. Typickým projevem je svědící vyrážka, která se velice často podobá alergické vyrážce. U dospělých dochází k výsevu puchýřků, které se podobají oparům. Typickým místem výsevu jsou lokty či kolena, ale k výsevu může dojít i na jiných částech těla. U této formy celiakie mohou být kožní projevy jediným znakem intolerance lepku. Při biopsii nemusí být poškození střeva patrné, protože atrofie sliznice může být pouze ložisková. Tato forma celiakie se může projevit kdykoliv během života. Základem léčby tohoto onemocnění je bezlepková dieta (RUJNER et al., 2010), (MOŽNÁ, 2006).

1.2.8 STÁDIA CELIAKIE

Celiakii lze rozdělit dle závažnosti klinického obrazu na několik stádií:

Celiakální krize – jedná se o nejtěžší formu celiakie. K projevům patří těžké průjmy, rozvrat minerálového prostředí a acidobazické rovnováhy. Dále se krize projevuje

těžkou dehydratací až hypovolemickým šokem. Celiakální krize vzniká nejčastěji v důsledku neléčené celiakie. Tento stav vyžaduje léčbu na jednotce intenzivní péče, zahajuje se léčba kortikoidy, parenterální výživa s úpravou vnitřního prostředí.

Klasická forma – řadíme sem klasický klinický obraz popsany výše.

Asymptomatická forma – u této formy je minimum příznaků.

Latentní či potenciální forma – obě formy jsou popsány výše.

Léčená celiakie – při správném dodržování bezlepkové diety dojde k vymizení příznaků a obnovení funkce střev. Riziko vzniku komplikací a malignit je minimální. Při porušování bezlepkové diety může dojít k relapsu onemocnění a navrácení příznaků (KOHOUT et al., 2010).

1.2.9 DIAGNOSTIKA

1. *Anamnéza, fyzikální vyšetření*
2. *Laboratorní vyšetření* – odběr krve na hematologii (krevní obraz, leukocyty, krevní destičky), na biochemii (kreatinin, močovina, minerály, jaterní enzymy, proteiny, cholesterol, hladina tuků, krevní cukr), odběr na sérologii.
3. *Sérologické vyšetření* – stanovují se protilátky proti gliadinu, endomysiu a tkáňové transglutamináze.

Nejlevněji vyjde vyšetření protilátek proti gliadinu, toto vyšetření je velmi senzitivní, zvýšenou hladinu protilátek lze najít i u jiné choroby.

Nejcitlivější jsou protilátky proti endomysiu, nevýhodou zde je vysoká cena a nutnost subjektivního posouzení výsledků.

V současnosti se nejčastěji používá stanovení protilátek proti tkáňové transglutamináze. Jedná se o enzym, který se vyplavuje při poškození enterocytu gliadinem. Stanovujeme protilátky ve třídě IgA, u pacientů s deficitem IgA (častěji u celiakie) je nutno provést stanovení protilátek ve třídě IgG.

4. *Odběr bioptických vzorků* – základem diagnostiky celiakie zůstává odběr biopsie z tenkého střeva. Bez tohoto vyšetření nelze přesně stanovit diagnózu. Odběr lze provést z 1. kličky jejunu pomocí enteroskopu či Crosbyho kapsle. Dnes se již přistupuje i k odběrům z distálního duodena při gastroscopickém vyšetření. (KOHOUT et al., 2010). Odebírá se 4 až 6 vzorků. Vzorek se vyšetřuje světelným mikroskopem, kdy hodnotíme vroubkování řas, redukci počtu a výšky

řas, mozaikovou strukturu sliznice, zvýraznění cévní kresby. Výsledek biopsie vyhodnocujeme dle Marshovy klasifikace (LATTA, 2012).

Dříve bylo nutností po zlepšení příznaků střevní biopsii opakovat. V současné době stačí jedna střevní biopsie, dále jen sledovat sérologické markery.

5. *Vyšetření střevní propustnosti* (laktulózo/mannitolový test) – v současné době se již neprovádí.
6. *Odpověď na bezlepkovou dietu* – po zařazení bezlepkové diety by mělo dojít k minimalizaci obtíží. K obnovení funkce tenkého střeva, k normalizaci hodnot protilátek proti gliadinu, transglutamináze a endomysiu. U dospělých nemusí k této plné úpravě nikdy dojít (KOHOUT et al., 2010).

1.2.10 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Při diagnostice celiakie by měl lékař předem vyloučit onemocnění či problémy, které mohou být zaměnitelné s celiakií, jako je:

- *Crohnova choroba.*
- *Chronická ischemie.*
- *Nedávná chemoterapie.*
- *Radiační poškození.*
- *Eozinofilní gastritida.*
- *Giardiáza.*
- *Enteropatie spojená s T-buněčným lymfomem.*
- *HIV enteropatie.*
- *Autoimunitní enteropatie.*
- *Zollingerův-Ellisonův syndrom.*
- *Kombinovaná imunodeficience.*
- *Refrakterní sprue.*
- *Kolagenová sprue* (ALI, 2015 s. 66).

Rizika nepoznané celiakie:

- Poruchy růstu, opožděný vývoj.
- Pozdní menstruace či potraty.
- U mužů hypogonadismus, oligospermie.
- Osteopatie či osteoporóza.

- Epilepsie.
- Deprese.
- Zvýšené riziko vzniku maligního lymfomu (MOŽNÁ, 2006).

1.2.11 PATOLOGICKÉ NÁLEZY

Celiakie postihuje proximální část střeva. Typickým ukazatelem je zánik, atrofie klků, hyperplazie krypt, mononukleární infiltrace buněk slizničního vaziva, abnormality epiteliálních buněk.

K diagnostickému vyhodnocení celiakie slouží **Marshova klasifikace**:

Marsh 0: Normální sliznice bez infiltrace.

Marsh 1: Počet intraepiteliálních lymfocytů se rovná nebo je větší než 25 na 100 enterocytů. Sliznice je normální. Tento typ není specifický pro celiakii, protože podobné znaky může vykazovat infekce *Helicobacter pylori*, užívání nesteroidních antirevmatik či jiné autoimunitní poruchy.

Marsh 2: Zde se nachází hyperplazie krypt, zvyšuje se počet IEL. Tyto změny jsou vyvolány požitím lepku a projevují se u 20 % pacientů s celiakií.

Marsh 3: Jedná se o atrofii klků, hyperplazii krypt, zvýšený počet IEL. Toto stádium se nachází u 40 % pacientů a lze ho rozdělit na tři další fáze – *3A* (parciální změny), *3B* (subtotální změny) a *3C* (totální změny) (ALI, 2015).

Hodnocení bioptického vzorku:

- Architektura klků.
- Slizniční vazivo.
- Enterocyty.
- Kartáčový lem.
- Svalová vrstva sliznice.
- Hranice lumenu.
- Základní struktura infiltrátu (ALI, 2015).

1.2.12 KOMPLIKACE

Komplikace celiakie spočívají v nedodržování bezlepkové diety a závisí na délce porušování diety a věku pacienta. U pacientů, kteří dlouho (roky) nedodržují

bezlepkovou dietu, hrozí vyšší riziko vzniku zhoubného nádoru. Jestliže přísun lepku pokračuje, mohou se u dětí projevit zcela netypické příznaky, které mohou vyústit v komplikace (RUKOVĚŤ CELIAKA, 2006).

Mezi nejvýznamnější komplikaci patří refrakterní celiakie. U tohoto typu celiakie se snižuje efekt bezlepkové diety, jsou pozitivní protilátky a trvale přetrvávají klinické příznaky. Nejčastější příčinou tohoto typu celiakie je nedodržování bezlepkové diety (FRÍČ et al., 2009).

K možným komplikacím se dále řadí zvýšený výskyt nádorových onemocnění, jako je karcinom trávicí trubice nebo lymfom tenkého střeva, ulcerativní jejunoileitida či neplodnost (KOHOUT et al., 2010).

Mezi další komplikace sdružující se s celiakií lze zařadit sníženou školní a pracovní výkonnost, vyšší psychiatrickou morbiditu či rozvoj osteopatie (FRÜHAUF, 2007).

1.2.13 LÉČBA

Jedinou možnou léčbou celiakie v současné době je bezlepková dieta. Jedná se o úplné vyloučení lepku a jeho náhradu rýží, kukuřicí, bramborami, sójou či amarantem. Lepek je obsažen i v potravinách, u kterých by to laik nepředpokládal, jako jsou uzeniny, hořčice, kečup, kypřicí prášek či zmrzlina (BUŠINOVÁ, 2005).

Pacienty s *celiakální krizí* je nutné hospitalizovat na jednotce intenzivní péče a následně upravit vnitřní prostředí. Pacienta je nutné rehydratovat pomocí parenterální výživy. V případech těžkého stavu je nutná léčba kortikoidy.

U pacientů s *refrakterní sprue* bychom měli co nejdříve zjistit, proč pacient nereaguje na bezlepkovou dietu. Měla by být provedena kontrolní biopsie, zda se nejedná o jinou chorobu či komplikaci celiakie.

Důležitá je také náhrada vitamínů a minerálů, hlavně vápníku a železa či kyseliny listové, zejména v počáteční fázi zařazení bezlepkové diety (KOHOUT, et al., 2010).

Bezlepková dieta musí být dodržována celoživotně. Příznivý účinek bezlepkové diety se dostaví během několika týdnů. Dodržování bezlepkové diety je kontrolováno stanovením autoprotilátek jednou za rok, popřípadě při zhoršení stavu (FRÍČ et al., 2009).

I přestože moderní medicína umí léčit nejrůznější nemoci, lék pro celiaky, který by jim dovozoval snášet potraviny s lepkem, nebyl stále ještě nalezen. Proto jediným vítězstvím nad touto nemocí je celoživotní vyřazení lepku z potravy (BASS, 2013).

1.2.14 PROGNOZA

Prognóza u celiakie je velice uspokojivá při včasné odhalení a celoživotním dodržování bezlepkové diety. Při dodržování bezlepkové diety se délka života jedince a kvalita života nijak nemění od zdravého jedince. V opačném případě může dojít k těžké malnutrici a celkovému chátrání organismu. Růst a vývoj dětí při správném dodržování diety probíhá normálně bez odchylek. U dospělých se po vyřazení lepku z potravy upraví činnost tenkého střeva a ustoupí projevy celiakie. Dospívající, kteří nedodržují bezlepkovou dietu, se mohou cítit subjektivně bez příznaků, ale laboratorní výsledky svědčí o opaku. U těchto jedinců často dochází k projevení celiakie až v dospělosti či v pozdějším věku. Takto zanedbaná celiakie s sebou může nést několik komplikací. Je nutností, aby děti, kterým byla diagnostikována celiakie, dodržovaly bezlepkovou dietu striktně a celý život (FRIČ et al., 2009).

1.2.15 PREVENCE

Jelikož příčiny celiakie nejsou ještě známe, neexistují preventivní doporučení, jak danému onemocnění předejít. Měli bychom vést co nejzdravější způsob života.

Maminky s celiakií by měly kojit své miminko alespoň 6 měsíců. Tím dojde k posílení imunitního systému a střevní flóry miminka. Po prvním podání stravy s lepkem dítěti bychom měli sledovat případné projevy nesnášenlivosti lepku. Jestliže dítě vykazuje známky intolerance jako je zvracení, nadýmání či průjmy, nesmíme dítěti již dávat pokrmy s obsahem lepku.

Rodiče s celiakií by neměli svému dítěti upírat potraviny obsahující lepek, pokud není celiakie diagnostikována. Při podezření na celiakii by mělo být dítě nejdříve vyšetřeno. Lze provést krevní test, který prokáže, zda dítě celiakii má či ne. Jestliže jsou výsledky negativní a dítě nejeví žádné známky intolerance, s největší pravděpodobností se nejedná o celiakii. Při pozitivních výsledcích je doporučováno provést biopsii, která potvrdí danou diagnózu (MARQUARDT et al., 2011).

1.2.16 CELIAKIE A ALERGIE

Celiakie nemá nic společného s alergií na obilí. Při celiakii vznikají protilátky proti vlastním enterocytům (autoprotilátky), které ničí tenké střevo. Alergie na lepek nevede k zánětlivým reakcím na tenkém střevě (BIDAT et al., 2005), (FASANO et al., 2015).

1.2.17 CELIAKIE A TĚHOTENSTVÍ

Při správném dodržování bezlepkové diety je onemocnění v klidu a těhotenství by mělo probíhat fyziologicky. Těhotenství probíhá z hlediska plodu až v 75 % normálně. U matek s onemocněním celiakie často dochází ke zhoršení některých projevů, jako je anémie, proto těhotné ženy s celiakií musí mít zvýšený přísun železa, vitamínu B₁₂ a ostatních minerálů a vitamínů (FRÍČ, et al., 2009).

Jestliže dojde u těhotné ženy k požití lepku, nemá to žádný veliký vliv na plod. Avšak pravidelný přísun lepku do stravy těhotné matky může poškodit vývoj plodu. Pravděpodobnost vzniku celiakie u nenarozeného dítěte je asi 5–10 % (MOŽNÁ, 2006).

1.3 BEZLEPKOVÁ DIETA

Lepek je hlavním spouštěčem příznaků celiakie. Po zařazení bezlepkové diety do života celiaka dojde k vymizení příznaků a ke zlepšení funkce střeva.

Lepek, který vyvolává vznik autoprotilátek, se nachází v pšenici, žitu, ječmeni a ovsu. Avenin ovsa je nejméně toxický a jeho zařazení do bezlepkové stravy je povoleno např. v Kanadě a USA. Čeští odborníci se k tomuto tématu prozatím nevyjádřili.

Produkty obsahující lepek musí být vyloučeny z bezlepkové diety. Řadíme sem mouku, chléb, housky, rohlíky, bagety, knedlíky, pizzu, těstoviny, špagety, makarony, nudle, kroupy, ovesné vločky, různé druhy musslí. Pozor bychom měli dát i na pokrmy, ve kterých by mohla být obsažena pšeničná, žitná, ovesná či ječná mouka, jako jsou pokrmy obalované moukou či strouhankou, polévky s jíškou, párky, salámy, sušenky, oplatky, čokolády s náplní.

U pacientů s celiakií je i nebezpečné požití potravin, které byly kontaminovány lepkem. Mluvíme především o potravinách z mouky, která je mleta v mlýnech, ve kterých se mele i mouka pšeničná či žitná. Podle předpisů by tyto provozy neměly označovat tuto mouku za bezlepkovou. Provozovny, které vyrábí bezlepkové produkty, musí mít zvlášť oddělenou místnost pro výrobu bezlepkových surovin, kde se nenajde ani zrnko klasické mouky.

Normální strava obsahuje kolem 7–20 gramů lepku za den. K projevení celiakie stačí pouze 100 mg lepku denně. Bezpečné množství lepku pro celiaky je 20–50 mg denně (KOHOUT et al., 2010).

Narižení Komise evropských společenství 41/2009 rozděluje potraviny na bezlepkové, tedy takové, které obsahují ve 100 g 1 mg gliadinu (tedy 2 mg lepku), a s velmi nízkým obsahem lepku, tedy takové, které obsahují ve 100 g méně než 5 mg gliadinu (tedy 10 mg lepku), nezávisle na tom, zda jsou vyrobeny z přirozeně bezlepkových surovin nebo z pšenice, žita, ječmene či ovsa (KOHOUT et al., 2010, s. 35).

Pro pacienty s celiakií je považováno za bezpečnou dávku lepku 20 mg. 100 mg lepku vyvolává poškození sliznice tenkého střeva. Je důležité nepřekračovat povolené denní množství lepku, které je 20–50 mg. Při konzumaci potravin s velmi nízkým obsahem lepku je nutné počítat množství snědeného lepku.

Bezlepková dieta zahrnuje brambory, rýži, kukuřici, pohanku, jáhly, sóju a další luštěniny, zeleninu a ovoce. Sortiment bezlepkových potravin je dostupný v čím dál větším množství obchodů. Bezlepkové potraviny se pomalu, ale jistě stávají běžným výrobkem v mnoha prodejnách. Potraviny zaručeně bezlepkové jsou označovány mezinárodním symbolem přeškrtnutého klasu. Dnes je celá škála bezlepkových výrobků od kukuřičných muk, přes bezlepkové těstoviny po bezlepkové pečivo. Je možné zakoupit kteroukoliv bezlepkovou mouku (amarantovou, kukuřičnou, rýžovou atd.), ze které lze cokoliv upéct. Nabízeného zboží přibývá, vznikají stále nové firmy, které dané produkty nabízejí.

Je třeba zdůraznit, že pacienti s celiakií by měli být pod lékařským dohledem. Minerály a vitamíny, které není jejich tělo schopné vstřebat z potravy, je nutno dodávat v tabletách (KOHOUT et al., 2010).

1.3.1 LEPEK

Gluten neboli lepek je bílkovina rozpustná v alkoholu, nerozpustná ve vodě. Lepek se nachází v pšenici (gliadin), v žitě (sekalin), v ječmeni (hordein) a v ovsu (avenin). Nejvíce toxický je gliadin a nejméně toxický avenin (RUJNER et al., 2010), (FUCHS, 2005), (PETRŮ, 2012).

Charakteristickými vlastnostmi lepku jsou pružnost, tažnost a schopnost bobtnání. Lepek udává sílu mouky, resp. vlastnosti těsta (PETRŮ et al., 2012).

Gluten obsahuje asi 30 % gliadinů, 30 % gluteninů a 30 % albuminů a globulinů. Gliadiny lze rozdělit do tří skupin: alfa, beta a gama-gliadin, který způsobuje změny střevní sliznice typické pro celiakii. V současnosti umíme vyšlechtit odrůdy obilovin, které neobsahují v bílkovině glutenu toxickou aminokyselinu, která vyvolává celiakii.

Bílkovinu obilnin lze enzymaticky rozštěpit pomocí peptidáz, aby v ní nebyly toxické peptidy pomocí Pediokoka, Lactobacillů či probiotik VSL-3. Dříve se tyto proteázy či probiotika používaly k odstranění zbytku lepku u bezlepkových potravin, ale později se ukázalo, že při delším působení lze odstranit lepek i z potravin vyráběných z běžných obilovin (KOHOUT, et al., 2010).

1.3.2 BEZPŠENIČNÁ DIETA

Pšenice patří mezi velice starou plodinu a první zmínky o jejím pěstování se objevily již 6000 let před našim letopočtem v Íránu. Pšenice je především zdrojem energie, obsahuje velké množství nerozpustné vlákniny, dále obsahuje minerální látky, především vápník, železo a fosfor. Nejdůležitější částí zrna pšenice je klíček, který je velice bohatý na esenciální mastné kyseliny, vitaminy A, B, C, D a E. Rod pšenice má asi 20 druhů. Patří sem především pšenice setá, špalda a pšenice tvrdá.

Mezi bezlepkovou dietou a bezpšeničnou je značný rozdíl. U bezlepkové diety je zapotřebí vyřadit ze stravy veškeré obiloviny obsahující lepek, tudíž nejen pšenici, ale i jiné odrůdy, jako je žito, ječmen a oves. Obiloviny je třeba nahradit „pseudoobilovinami“ bezlepkovými čili pohankou, amarantem, prosem, rýží či kukuřicí.

U bezpšeničné diety se ze stravy vylučují pouze produkty z pšenice. Pacienti s bezpšeničnou dietou musí ze svého jídelníčku vyloučit především semolinu, tvrdozrnou pšenici, špaldu, kamut, pšeničný škrob, pšeničný protein, pšeničný gluten, hydrolyzovaný pšeničný protein, kuskus či bulgur (LAMSCHOVÁ et al., 2015).

1.3.3 NEJVĚTŠÍ ÚSKALÍ BEZLEPKOVÉ DIETY

1.3.3.1 FINANČNÍ NÁROČNOST

Nabízený sortiment potravin je extrémně drahý, 1 kg bezlepkového chleba stojí 110 až 160 korun, 1 kg mouky 70 až 110 korun, 500 g těstovin 45 až 80 korun, 200 g sušenek 55 až 100 korun. Levnější jogurty, sýry či uzeniny jsou s obsahem mouky, a tudíž je nutné kupovat produkty dražší, které jsou bezlepkové (MOŽNÁ, 2006).

V současné době pacient s celiakií, který je pojištěný u Všeobecné zdravotní pojišťovny, dostává roční příspěvek ve výši 6 000 korun. Částka je vyplácena po půl roce v hodnotě 3000 korun. Podmínkou pro vyplacení výše uvedené částky je potvrzení

o onemocnění celiakie buď od praktického lékaře, či gastroenterologa. Dále pacient musí předložit účtenky, kterými dokáže, že požadovanou částku utratil výhradně za bezlepkové potraviny. Tento příspěvek je určen pro studenty do 26 let a dětem do 18 let. Zaměstnanecká pojišťovna Škoda v roce 2016 přispívala částkou v hodnotě 4 000 korun za jeden rok. Pacienti pojištění u této pojišťovny nejsou omezeni věkem.

Vojenská zdravotní pojišťovna poskytuje příspěvek do výše 400 korun jednou za rok pro děti i dospělé.

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra poskytuje příspěvek ve výši max. 600 korun, pro děti od 6 do 15 let.

Pacienti, kteří jsou pojištění u České průmyslové zdravotní pojišťovny či u Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, nepobírají žádné příspěvky, neboť tyto pojišťovny žádné neposkytují (<http://www.ordinace.cz/>).

Současné příspěvky na pacienty s celiakií jsou uspokojivé (MOŽNÁ, 2006).

1.3.3.2 DOSTUPNOST BEZLEPKOVÝCH POTRAVIN

Bezlepkové potraviny jsou mnohem dražší než potraviny s lepkem, a proto je jejich množství na obchodních pultech minimální. Tyto potraviny lze nalézt ve větších obchodech v oddělení zdravé výživy a dietních potravin, ale výběr je velmi omezený. Dále bezlepkové výrobky lze nakoupit ve speciálních obchodech se zdravou výživou. Dostupnost bezlepkového sortimentu je stále neuspokojivá vzhledem k nárůstu nově diagnostikovaných nemocných (MOŽNÁ, 2006).

Tabulka č. 1 Cenové rozdíly „lepkových“ a „bezlepkových“ potravin:

| sortiment | objem | cena normálních potravin | cena bezlepkových potravin |
|---------------|-------|--------------------------|----------------------------|
| mouka | 1 kg | 8,90 Kč | 72,00 Kč |
| chléb | 650 g | 14,00 Kč | 91,00 Kč |
| rohlík | 1 ks | 1,50 Kč | 8,40 Kč |
| sladký loupák | 1 ks | 3,00 Kč | 10,10 Kč |
| těstoviny | ¼ kg | 5,00 Kč | 34,80 Kč |
| piškoty | 100 g | 5,80 Kč | 30,00 Kč |
| oplatky | 100 g | 7,50 Kč | 51,00 Kč |

Zdroj: MOŽNÁ, 2006, s. 66

1.3.3.3 STRAVOVÁNÍ MIMO DOMOV

Při stravování v restauracích není možné objednat si hotová jídla či jiná levnější jídla, celiak má velmi omezený výběr, většinou si lze dát pouze grilované maso či ryby. Bohužel ani v dnešní době není všude dostupný přehled alergenů. Při položení dotazu, zda objednané jídlo obsahuje lepek, obsluha mnohdy neví. Při požádání o přípravu pokrmu bez přidané mouky celá řada restaurací nevyhoví.

Cukrárny mnohdy nenabízí ani jeden bezlepkový zákusek. Pizzerie, kde nabízí bezlepkové pizzy, jsou spíše výjimkou.

Při firemních akcích se často zapomíná na zaměstnance s dietou, výjimkou jsou menší kolektivy, kde to bývá projevem dobré vůle, ale i to velmi sporadicky. Při oslavách se do pracovního kolektivu často přináší zákusky, dorty či jiné laskominy bez ohledu na dietní omezení člověka s celiakií.

Studenti nemohou využívat možnost stravování ve školních jídelnách (MOŽNÁ, 2006).

1.3.3.4 NEVĚDOMOST VEŘEJNOSTI

Prodáváci v potravinách neznají pojem bezlepková dieta. Doporučují výrobky se špaldou, sladem apod., často si pletou bezlepkovou dietu s nesnášenlivostí pšenice.

Dietní sestry nemají dostatečné znalosti o bezlepkové dietě. Zdravotnický personál neví, co bezlepková dieta obnáší. Při hospitalizaci musí být často nápomocná rodina, donáší potraviny, což je bohužel velmi často považováno za rozmar.

V restauracích číšníci ani kuchaři nemají povědomí o bezlepkové dietě. Často je jim pojem lepek neznámý. Přípravu jídel, vydávaných jako bezlepkové, často podceňují. Nemocný se často setkává s neochotou jídlo připravit „bez mouky“.

Restaurace, které jsou zaměřené na diety, se vyskytují ve velice omezeném množství. Vyskytují se spíše ve větších městech a ceny zde jsou podstatně vyšší.

Učitelé mnohdy nemají ani základní informace o bezlepkové dietě. U malých dětí je velice důležité, aby učitel dohlídl na stravování dítěte a předcházel tak dietním či psychologickým újmám. Rodiče často musí dávat důkladný výklad o bezlepkové dietě (MOŽNÁ, 2006).

1.3.3.5 OZNAČENÍ BEZLEPKOVÝCH POTRAVIN

Obecně platí, že uvedené údaje nesmí uvést spotřebitele v omyl. Za poskytované zboží odpovídá provozovatel potravinářského podniku.

Informace o potravině by měly být uvedeny slovy, čísly, piktogramy a symboly. Alergeny musí být na etiketách zvýrazněny, aby byly dobře viditelné a spotřebitel je nemusel hledat. Vyznačení alergenu se nevyžaduje, pokud na danou látku odkazuje název potraviny (např. plnotučné mléko, lososová pomazánka).

Na obalech a etiketách musí být napsané povinné údaje včetně alergenů. Informace mohou být poskytnuty slovně, na vyžádání, či mohou být napsané v blízkosti produktu na informační tabuli či cedulce.

Označování potravin s obsahem lepku se řídí evropským nařízením (ES) č. 41/2009 o složení a označování potravin vhodných pro osoby s nesnášenlivostí lepku. Potraviny označené „bez lepku“ jsou především produkty přirozeně bezlepkové, povolená hodnota gliadinu je maximálně 2 mg/100 g sušiny či 100 ml nápoje.

Nepovinné je označení „vhodné pro celiaky“ nebo „vhodné pro bezlepkovou dietu“, povinné také není logo přeškrtnutého klasu.

Označení potravin jako „může obsahovat stopy lepku“ by mělo být označením pouze preventivním, kdy uvedená složka nebyla vědomě použita, ale potravina ji přesto obsahuje nebo může obsahovat.

Až 94 % potravin označených „může obsahovat...“ kontaminaci lepku neprokázalo (FUCHS, 2016).

Na etiketách výrobků se často nachází označení „E“ a další názvy, jako např. barviva, antioxidanty, regulátory kyselosti apod. Jedná se o aditiva neboli přídatné látky, které jsou přidávány do potravin z důvodu obarvení, konzervace, oslazení atd. Některá aditiva mohou obsahovat stopy lepku, avšak většina aditiv by měla být přirozeně bezlepkových (KOHOUT et al., 2010).

Potraviny jsou mnohdy nedostatečně označené. Celiak často nemá jistotu, zda daný výrobek je bezlepkový. Na potravinách jsou často uvedené nespecifické názvy jako: „rostlinná bílkovina“, „kořenící směs“ apod. Tudíž celiak nesmí daný výrobek koupit.

Některé potraviny označované jako bezlepkové při kontrolních testech vykazují kontaminaci gliadinem nad povolenou normu. Kontroly se provádí nárazově. Potraviny, které v testu vyšly jako čistě bezlepkové, v dalších testech již nemusí uspět.

Často jsou výrobky označovány jako „přirozeně bezlepkové“. Bohužel u nás jsou takto označovány i potraviny, které nebyly testovány (MOŽNÁ, 2006).

1.3.3.6 DOPAD BEZLEPKOVÉ DIETY NA PSYCHIKU

Dodržovat nějaká dietní opatření není nic příjemného. Velice těžké je vydržet a setrvat v dietním stravování. Zhubnout na léto do sukně umíme všichni, ale jak k tomu přijde sedmileté dítě, kterému řekneme, že už nikdy nebude moci jíst čerstvě upečený dalamánek a sušenku jako ostatní děti? V nelehké situaci se nachází především matka dítěte, které má bezlepkovou dietu. Ona musí dítěti vysvětlit, proč to a ono nemůže. Musí při nakupování pečlivě číst etikety výrobků a vybírat pouze a striktně bezlepkové potraviny, které nejsou všude dostupné a už vůbec ne levné. Denně musí vymýšlet jídla, která budou chutnat jak dítěti, tak manželovi. Je důležité najít schopného lékaře, který dané problematice rozumí a věnuje se jí.

Jelikož je celiakie dědičné onemocnění, vyskytují se v rodině mnohdy dva či tři členové s bezlepkovou dietou, tudíž ekonomická situace není jistě uspokojivá, což má též dopad na psychiku (MOŽNÁ, 2006).

Výzkumy potvrzují, že stres je významný faktor, který přispívá k celiakii a může ji dokonce i zhoršit. Dle studií pacienti před počátkem nemoci prožívali vysoký emocionální stres. Je to začarovaný kruh, protože toto onemocnění způsobuje stres a stres může spustit toto onemocnění (ALI, 2015).

1.3.4 POVOLENÉ POTRAVINY

Pohanka, proso, amarant, brambory, mléko, mléčné výrobky, sýry, smetana, maso, uzené maso jako šunka, vnitřnosti, vejce, ovoce a zelenina, ořechy, rýže, kukuřice, sója, tuky, cukr, med, koření, sůl, pepř, čaj, kakao, turecká káva, kukuřičný škrob, víno (MOŽNÁ, 2006), (ČERVENKOVÁ, 2006).

1.3.5 ZAKÁZANÉ POTRAVINY

OBILOVINY – pšenice, žito, ječmen, moučná jídla, moučníky, nákypy, kaše, chléb, rohlíky, housky, preclíky, krupice, kroupy, krupky, koláče, dorty, zákusky, piškoty, perník, oplatky, sušenky, palačinky, lívance, žemlovka, knedlíky s ovocem, krupicová

kaše, vločky, ječný slad, strouhanka, těstoviny, špagety, nudle, makarony, knedlíky, bramborák (MOŽNÁ, 2006).

1.3.6 POTRAVINY SE SKRYTÝM OBSAHEM LEPKU

MASA – paštiky, játrovky, pomazánky, jelita, jitrnice, prejty, masové konzervy, sekané.

UZENINY – salámy, párky, klobásy, buřty, konzervy.

OCHUCOVADLA – majonézy, ryby v tomatě, kečupy, hořčice, dressinky, tatarské omáčky, sójové omáčky, magi, masox, slepičí a zeleninový bujón.

CUKROVINKY – plněné čokolády, nugát, plněné bonbony, karamely, musli tyčinky, cereálie, sójové suky.

NÁPOJE – sušená instantní káva, jogurtové nápoje, melta, pivo, tvrdé alkoholické nápoje.

OSTATNÍ – špenát, filé v kostkách, instantní bramborové kaše, kukuřičné lupínky, krokety, kypřící prášek do pečiva, pudinky, zmrzliny, hotové zeleninové přesnídávky, polévky a další.

Vždy je potřeba přečíst si složení potravin. Pokud je na výrobku napsáno – pšeničný škrob, modifikovaný škrob nebo pouze škrob či označení E – 1422, E – 1442, tyto potraviny jsou s obsahem lepku a celiak by je neměl konzumovat. Kukuřičný, bramborový či rýžový škrob je v pořádku (MOŽNÁ, 2006).

2 PRAKTICKÁ ČÁST

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S CELIAKIÍ

2.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

| | |
|-----------------------------------|---|
| Jméno a příjmení: X. Y. | Datum narození: 16. 11. 1993 |
| Rodné číslo: 9359XX/XXXX | Věk: 22 let |
| Pohlaví: žena | Bydliště: XXX |
| Zaměstnání: studentka | Vzdělání: Středoškolské s maturitou |
| Národnost: česká | Státní občanství: ČR |
| Stav: svobodná | Bydliště příbuzného: XXX |
| Jméno příbuzného: J. Š. | Čas příjmu: 9:15 |
| Datum příjmu: 15. 10. 2015 | Účel příjmu: diagnosticko-terapeutický |
| Typ přijetí: akutní | Přijímací lékař: MUDr. D. T. |
| Oddělení: interní oddělení | Praktický lékař: MUDr. H. Z. |
| Ošetřující lékař: P. E. | |

Důvod přijetí udávaný pacientem: „Poslední měsíc mi bylo strašně špatně, měla jsem silné nechutenství a nauzeu, trpěla jsem průjmami. Za necelé 2 měsíce jsem zhubla asi 7 kilogramů.“

Medicínská diagnóza hlavní: Celiakie

2.2 HODNOTY ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU

| | |
|-------------------------------|---|
| TK: 125/80 mmHg | Stav vědomí: při vědomí, orientována |
| P: 80‘ | místem, časem i osobou |
| D: 16/min. | Krevní skupina: 0 Rh + |
| TT: 36,8 °C | Výška: 165 cm |
| Pohyblivost: neomezena | Hmotnost: 57 kg |
| SpO₂: 98 % | BMI: 20,9 |

Informovaný souhlas: Pacientka souhlasí s realizací veškerých potřebných vyšetření a výkonů. Prohlašuje, že byla dostatečně informována a poučena o svém zdravotním stavu, navrhovaném způsobu vyšetření, o možných komplikacích a následném, léčebném režimu.

2.3 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Pacientka odeslána z ordinace praktického lékaře na doporučení MUDr. H. Z. na interní oddělení k dovyšetření pro výrazný úbytek hmotnosti spojený s nauzeou a bolestmi břicha a průjmy. Poslední měsíc pacientka udává nechutenství, bolesti břicha spojené s průjmy, za necelé dva měsíce pacientka zhubla 7 kg. Cítí se unavená a slabá. Za poslední 3 dny stav výrazně zhoršen, pacientka téměř nejí, přetrvávají silné průjmy, zhruba 3 stolice denně. Stolice je řídká s příměsí hlenu. Pacientka je afebrilní, nezvrací, dýchání bez problémů, bolesti na hrudi neudává, problémy s močením neguje, dolní končetiny jsou bez otoků.

Zdroj informací: pacientka, dokumentace, lékař, matka.

2.4 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Otec: 53 let, léčí se s hypertenzí.

Matka: 52 let, skolióza, v dětství migrény, jinak zdráva.

Bratr: 16 let, v roce 2016 operace apendicidity, jinak zdrav.

Děti: 0

Osobní anamnéza

V dětství pacientka prodělala typicky dětské nemoci – plané neštovice, zánět středního ucha, laryngitida. Transfúze 0, očkování běžná, povinná. Očkování proti tetanu naposledy v roce 2011. Očkování látkou Cervarix v roce 2010.

Sledována v neurologické poradně ve FNHK pro migrény. Skolióza od dětství, neléčí se, bez dispenzarizace, občas masáže + RHB.

Hospitalizace 7. 8. 2004 pro bolesti břicha, diagnostikován *Helicobacter pylori*, nasazena farmakologická léčba. Operace 0. Úrazy 0.

Alergologická anamnéza

V minulosti zelený pepř – alergie neprokázána.

Abúzy

Pacientka nekouří, alkohol pije pouze příležitostně, léková závislost 0, drogy neguje. Kávu nepije.

Farmakologická anamnéza – chronická medikace

| Název | Dávkování | Forma dávkování | Léková skupina |
|-------------------|-------------|-----------------|----------------|
| Magnesium B6 | 2-0-0 tbl. | Per os | Minerál |
| Ultracod | d.p. 1 tbl. | Per os | Analgetikum |
| Ibalgin | d.p. 1 tbl. | Per os | Analgetikum |
| Pirabene 1200 mg | 2-0-0 tbl. | Per os | Nootropikum |
| Cleosensa 0,03 mg | 1-0-0 tbl. | Per os | Antikoncepce |

Zdroj: dokumentace pacientky

Gynekologická anamnéza

Menarché ve 12 letech. Cyklus pravidelný. Menstruační problémy 0. UPT 0. Antikoncepce od 16 let, bez problémů. Samovyšetření prsou pacientka provádí. Na gynekologické prohlídky chodí pacientka pravidelně. Porody 0. Operace 0.

Sociální a pracovní anamnéza

Pacientka je svobodná, žije s rodiči v rodinném domě. Pacientka je v dlouhodobém vztahu, s přítelem vychází dobře, plánují společné bydlení. Vztahy v rodině má dobré bez konfliktů. Pacientčinou nejoblíbenější zálibou je cestování, turistika a plavání. Je studentkou vyšší odborné školy. Vztahy ve škole má velmi dobré, pacientka se řadí ve třídě mezi premianty, uvažuje o pokračování ve studiu na vysoké škole.

Spirituální anamnéza

Pacientka je ateistka. Nevyznává žádné náboženství.

2.5 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 15. 10. 2015

2.5.1 POPIS FYZICKÉHO STAVU

Hlava a krk

Subjektivně: „Jednou či dvakrát do roka mám migrenózní záchvaty, ale nyní mě hlava ani krk nebolí.“

Objektivně: Hlava je normocefalická, bez deformit, na poklep nebolestivá. Zornice izokorické, fotoreakce bilaterálně, bulby ve středním postavení, skléry anikterické, spojivky prokrveny, inervace nervus VII. intaktní, hrdlo klidné, jazyk plazí středem. Jazyk a dutina ústní je sušší. Oči, uši, nos bez výtoků. Polykání bez problémů, cítí na obličeji bez poruch. Sluch v pořádku. Krční páteř je pohyblivá, krk souměrný bez deformit. Štítná žláza nehmátná, uzliny nezvětšeny. Pokožka je fyziologického vzhledu, bez oděrek či jiných defektů.

Hrudník a dýchací systém

Subjektivně: „Dýchá se mi dobře, bez obtíží.“

Objektivně: Hrudník je symetrický bez deformit či jizev. Dýchání je čisté, sklípkové, bez šelestů či jiných vrzotů. Počet dechů 16/min. Saturace krve kyslíkem je 98 %.

Srdce a cévní systém

Subjektivně: „Se srdcem žádné problémy nemám.“

Objektivně: Srdeční akce je pravidelná (80'/min), puls je dobře hmatný. Tlak je 125/80 mmHg. Dolní končetiny bez patologií. Zaveden periferní žilní katétr v pravé horní končetině, ve vena mediana cubiti. Okolí PŽK je bez známek infekce.

Břicho a gastrointestinální trakt

Subjektivně: „Bolí mě břicho, nemám vůbec chuť k jídlu a mám pocit na zvracení. Každý den mám průjmy, stolice je hlenovitá, silně zapáchající. Zhubla jsem 7 kilogramů.“

Objektivně: Břicho je měkké, dobře prohmatné. Při palpaci nebolestivé. Auskultačně slyšitelné borborygmy a výrazně slyšitelná peristaltika. Pacientka trpí nauzeou a nechutenstvím, nezvrací. Stravu přijímá per os, ale ve velmi omezeném množství.

Z důvodu rizika dehydratace byla nastavena infúzní terapie. Stolice je minimálně třikrát denně, řídké konzistence, s příměsí tuku, silně zapáchající.

Vylučovací a pohlavní ústrojí

Subjektivně: „Ze začátku, kdy jsem ještě měla chuť k jídlu, jsem měla až 5 stolic za den, ale nyní při omezení stravy v důsledku nauzey a nechutenství mám průjem už jen třikrát denně. S močením žádné problémy nemám.“

Objektivně: Průjmovitá stolice několikrát za den. Obtíže se sexualitou, reprodukční schopností či urologickým systémem pacientka neguje.

Pohybový aparát

Subjektivně: „S pohyblivostí jsem nikdy problémy neměla, ale nyní se cítím velice unavená a slabá v důsledku svého onemocnění. Poslední dva týdny jsem pobývala více v posteli.“

Objektivně: Pacientka je soběstačná. Hrubá i jemná motorika je v pořádku. Pacientka má skoliózu, která ji však v pohybu neomezuje. Klouby jsou bez patologií. Kosterní aparát bez deformit. Bolesti zad neudává.

Nervový systém

Subjektivně: „Dnes je 15. 10. 2015. Jsem v nemocnici v Rychnově nad Kněžnou, na interním oddělení. Brýle nenosím. Občas mám migrénu, zhruba dvakrát do roka, ale silnou.“

Objektivně: Pacientka je klidná při vědomí, je orientována místem, časem, osobou a prostředím. Tremor ani tiky nejsou přítomny. Zornice jsou izokorické. Čich a sluch bez patologie. Paměť v pořádku.

Endokrinní systém

Subjektivně: „Po této stránce jsem v pořádku. Žádným endokrinologickým onemocněním jsem nikdy netrpěla a netrpím.“

Objektivně: Štítná žláza je nebolestivá, nezvětšená. Patologické projevy poruch endokrinního systému nejsou zpozorovány.

Imunitní systém

Subjektivně: „Nemám na nic alergie.“

Objektivně: Lymfatické uzliny nejsou zvětšeny, nebolí. Tělesná teplota 36,8 °C. V dětství běžná dětská onemocnění.

Kůže a její adnexa

Subjektivně: „S pletí problémy nemám, dříve jsem měla akné, ale zlepšilo se to.“

Objektivně: Kůže bez patologických defektů, růžová, bez ikteru. Kůže a vlasy jsou čisté, nehty upravené. Pokožka jeví mírné známky dehydratace.

2.5.2 AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Stravování

Doma: „Jídlo mám velice ráda, ale nyní trpím nechutenstvím a nemám na jídlo vůbec pomyšlení, ani na to, které jsem dříve měla nejraději.“

V nemocnici: „Mám zavedenou kanylu, do které mi kapou infúzní roztoky, díky kterým se cítím o něco lépe.“

Objektivně: Na začátku hospitalizace byla pacientce naordinována parenterální výživa. Zvýšený příjem tekutin. BMI v normě.

Příjem tekutin

Doma: „Málo piju, doma vypiju maximálně 1,5 litru tekutin. Mám ráda zelené čaje a minerálky, nejčastěji Magnesie. Kávu nepiju.“

V nemocnici: „Nemám chuť k jídlu, tak se snažím alespoň něco vypít, dostávám parenterální roztoky.“

Objektivně: Ordinované množství tekutin za den – minimálně 3 litry. Nasazena parenterální výživa pro doplnění ztrát vody v důsledku průjmů.

Vylučování moče

Doma: „Nemám problémy s močením.“

V nemocnici: „Nemám problém.“

Objektivně: Pacientka je soběstačná, na toaletu si dochází sama.

Vylučování stolice

Doma: „Před těmito problémy jsem měla stolicí pravidelnou, ale občas mě bolelo břicho a měla jsem průjem, zřejmě dietní chyba. Nyní trpím průjmy daleko častěji, téměř nejím, tak se intenzita průjmů snížila. Stolice jsou řídké s hlenem, silně zapáchající.“

V nemocnici: „Mám průjmovitou, mazlavou stolicí třikrát za den. Doufám, že naleznou příčinu alepší se to.“

Objektivně: Průjmovité stolice třikrát denně, s příměsí hlenu.

Spánek a bdění

Doma: „Spím dobře.“

V nemocnici: „Zatím nevím.“

Objektivně: Pacientka je hospitalizována 1. den, zatím nelze posoudit.

Aktivita a odpočinek

Doma: „Myslím si, že jsem aktivní člověk, ráda sportuji, ale poslední měsíc mě mé obtíže obtěžují natolik, že se sotva udržím na nohou, alespoň poslední dva týdny.“

V nemocnici: „Cítím se vyčerpaně, infúze mi trochu pomáhají, ale na maratón se nechystám.“

Objektivně: Pacientka je soběstačná. Pacientka má naordinovaný klidový režim na lůžku.

Hygiena

Doma: „Koupu se každý den, ale upřímně, posledních 14 dnů jsem některé dny nebyla schopná.“

V nemocnici: „Zde mají sprchu, mám napojenou infúzi a tělesný klid na lůžku, až to půjde, osprchuji se, teď mám pocit, že bych ve sprše zkolabovala.“

Objektivně: Pacientka je v oblasti hygieny zcela soběstačná.

Samostatnost

Doma: „Vše zvládám samostatně.“

V nemocnici: „Nyní jsem asi na 2 hodiny upoutána na lůžko kvůli infúzi, ale jinak si vše obsloužím sama, akorát se momentálně cítím dost vyčerpaně, takže jsem ráda, že ležím.“

Objektivně: Pacientka je soběstačná a zcela samostatná.

2.5.3 POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

Vědomí

Subjektivně: „Jsem plně při vědomí.“

Objektivně: GCS 15 bodů, pacientka je plně při vědomí.

Orientace

Subjektivně: „Jsem orientována, vím kolikátého je, kde jsem, jak se jmenuji a proč tu jsem.“

Objektivně: Pacientka je orientována místem, časem, osobou i prostředím.

Nálada

Subjektivně: „Poslední dobou jsem nervózní a mám úzkosti z toho, co se mi děje, doufám, že to nebude nic vážného. Věřím, že to nebude nic fatálního a že lékaři přijdou na to, co mi je.“

Objektivně: Pacientka je na svůj stav v dobré náladě, jsou patrné jen drobné výkyvy nálady, které jsou vzhledem k zdravotnímu stavu v normě.

Staropaměť

Subjektivně: „Pamatuji si minulost.“

Objektivně: Výbavnost vzpomínek z minulosti je dostatečná.

Novopaměť

Subjektivně: „Vše si pamatuji.“

Objektivně: Paměť je zcela v pořádku.

Myšlení

Subjektivně: „Přemýšlím, co bude dál, je toho teď hodně ve škole, měla bych se učit a místo toho ležím v nemocnici a je mi mizerně.“

Objektivně: Myšlení je logické, otázky chápe, odpovídá přiléhavě a věcně. Řeč je plynulá.

Temperament

Subjektivně: „Jsem nervózní, ale to je asi normální. Myslím si, že jsem sangvinik.“

Objektivně: Pacientka chápe své momentální výkyvy, ale dlouhodobě se hodnotí jako sangvinik.

Sebehodnocení

Subjektivně: „Myslím si, že k hodnocení jsou tu druzí.“

Objektivně: „Pacientka působí vyrovnaně.“

Vnímání zdraví

Subjektivně: „Celkově se cítím zdravě, nikdy jsem nebyla nijak zvlášť vážně nemocná, ale v poslední době je mi hodně zle.“

Objektivně: Pacientka dokáže popsat své obtíže a ví, že něco není v pořádku. Doufá, že se její zdravotní stav zlepší.

Vnímání zdravotního stavu

Subjektivně: „Vždy jsem byla vitální člověk, nechápu, co se děje, doufám, že se můj zdravotní stav co nejdříve zlepší.“

Objektivně: Pacientka si je vědoma svého zdravotního stavu.

Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění

Subjektivně: „Upřímně, vůbec nevím, co vyvolalo tyto obtíže. Dietní chyba? To by to netrvalo tak dlouho. Doufám, že už mi bude brzy lépe.“

Objektivně: Pacientka nezná příčinu svých obtíží. Doufá, že se co nejdříve vrátí do svého aktivního života bez dalších komplikací.

Reakce na hospitalizaci

Subjektivně: „Už to bylo neúnosné, doufám, že mi zde pomůžou.“

Objektivně: Pacientka je s hospitalizací smířená.

Adaptace na onemocnění

Subjektivně: „Nevím, jestli za těmito obtížemi stojí nějaká choroba. Měli prý podezření na akutní enteritidu, ale nepotvrdila se. Odebrali mi krev, jestli nemám celiakii, výsledky by měli vědět prý do 2-3 dnů, vím, o jaké onemocnění se jedná, učili jsme se to ve škole.“

Objektivně: Pacientka vůbec neví, co stojí za jejími obtížemi. Čeká na výsledky vyšetření.

Projevy jistoty a nejistoty

Subjektivně: „Zatím nevím, co mi je. Ta nejistota je hrozná.“

Objektivně: Pacientka vyjádřila obavu z prognózy.

Zkušenosti s předcházející hospitalizací

Subjektivně: „Jednou už jsem hospitalizována byla, jako dítě, nedokážu to zcela objektivně posoudit, protože tenkrát tam se mnou byla matka.“

Objektivně: Pacientka nemá negativní zkušenosti s hospitalizací.

2.5.4 POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

Komunikace – verbální

Subjektivně: „Myslím si, že mluvím srozumitelně.“

Objektivně: Pacientka je velice komunikativní. Správně artikuluje, řeč je bez patologie, slovní zásoba je velmi bohatá.

Komunikace – neverbální

Subjektivně: „Často gestikuluji.“

Objektivně: Verbální komunikace byla doprovázena nonverbálními projevy dostatečně. Oční kontakt, gesta, mimika v pořádku.

Informovanost o onemocnění

Subjektivně: „Zatím nevím, co způsobilo mé problémy, ale lékař mi řekl, že by to mohla být celiakie.“

Objektivně: Pacientka je informována dostatečně.

Informovanost o diagnostických metodách

Subjektivně: „Hlavní vyšetření mě ještě čeká a to gastrokopie. Už jednou jsem gastrokopii podstoupila, tak vím, jak to probíhá. O všech vyšetřeních, která mi byla provedena, jsem byla informována v dostatečné míře.“

Objektivně: Pacientka je informována o všech diagnostických metodách, které podstoupí.

Informovanost o léčbě a dietě

Subjektivně: „Zatím o dietě nebyla nijak zvlášť řeč, ale jestliže se jedná o celiakii, tak se nabízí dieta bezlepková, to vím ze školy.“

Objektivně: Pacientka byla dostatečně poučena a o všem informována.

Informovanost o délce hospitalizace

Subjektivně: „Nikdo mi zatím neřekl, jak dlouho zde budu. Čeká se na výsledky krve a gastrokopie.“

Objektivně: Délka hospitalizace závisí na zdravotním stavu pacientky. Nyní délku hospitalizace nelze určit.

2.5.5 SOCIÁLNÍ ROLE A JEJICH OVLIVNĚNÍ NEMOCÍ, HOSPITALIZACÍ A ZMĚNOU ŽIVOTNÍHO STYLU V PRŮBĚHU NEMOCI A HOSPITALIZACE

Primární role (role související s věkem a pohlavím)

Subjektivně: „Jsem žena a je mi 22 let.“

Objektivně: Žena, 22 let.

Sekundární role (role související s rodinou a společenskými funkcemi)

Subjektivně: „Jsem studentka, dcera, přítelkyně a sestra.“

Objektivně: Role jsou naplněny.

Terciární role (role související s volným časem a zálibami)

Subjektivně: „Jsem aktivní člověk, ráda sportuji, především plavu. Mám ráda turistiku a cestování. V poslední době jsem velice slabá a pobývám spíše na lůžku.“

Objektivně: Pacientka je aktivní člověk, vzhledem k zdravotnímu stavu jsou tyto role nenaplněny.

2.6 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

ORDINOVANÁ VYŠETŘENÍ ZE DNE 15. 10. 2015:

- Odběry krve (hematologie, biochemie, sérologie).
- Gastroskopické vyšetření.
- UZ břicha.
- RTG břicha.
- Výtěr z rekta.

VÝSLEDKY VYŠETŘENÍ

UZ BŘICHA

Játra nejsou zvětšena. Echogenita jaterního parenchymu je správná, homogenní. Intrahepatální žlučovody nejsou dilatovány. Ductus hepatocholedochus je jemný. Žlučník má normální tvar, je bez konkrementů. Stěna žlučníku nerozšířena, jemná. Slezina je homogenní, nezvětšena. Pankreas má normální tvar i velikost. Echogenita je věku přiměřená. Obě ledviny mají normální tvar, velikost i lokalizaci. Dutý systém není dilatován. Konkrementy nenalezeny. Močový měchýř je ostře ohraničen. Obsah je čirý, anechogenní. Volná tekutina v CD nenalezena.

Závěr: Normální nález při UZ vyšetření jater, žlučníku, pankreatu, sleziny, ledvin a močového měchýře.

NATIVNÍ RTG BŘICHA

Bez nálezu.

VÝTĚR Z REKTA

Běžná střevní flóra.

BIOPSIE TENKÉHO STŘEVA

Fragment sliznice tenkého střeva s mírně narušenou architektonikou. Slizniční klky jsou mírně zkrácené a rozšířené. Slizniční stroma je edematózní, mírně zvýšeně zánětlivě infiltrované. Množství intraepiteliálních lymfocytů (62 IEL/100 enterocytů), mírně zvýšeno. *Helicobacter pylori* ani *lamblie* neprokázány.

Závěr: Mírná atrofie sliznice duodena a lymfocytární enteritis. Nález je kompatibilní s diagnózou celiakální sprue typ Marsh 3a (Marsh-Oberhuber).

ODBĚRY KRVE

Biochemie:

| Parametr | Naměřená hodnota | Referenční rozmezí |
|------------------|------------------|--------------------|
| Urea | 2,8 mmol/l | 2,8 – 7,5 mmol/l |
| kreatinin | 94 µmol/l | 35 – 110 µmol/l |
| Na | 136 mmol/l | 135 – 145 mmol/l |
| K | 3,5 mmol/l | 3,8 – 5,5 mmol/l |
| Cl | 102 mmol/l | 97 – 108 mmol/l |
| Bilirubin | 8 µmol/l | 0 – 25 µmol/l |
| ALT | 0,59 µkat/l | 0,0 – 0,55 µkat/l |
| AST | 0,6 µkat/l | 0,0 – 0,52 µkat/l |
| GMT | 0,81 | 0,0 – 1,1 |
| ALP | 1,1 µkat/l | 0,5 – 2,0 µkat/l |
| AMS pankreatická | 0,4 µkat/l | 0,13 – 0,80 µkat/l |
| CRP | 13,0 mg/l | 0 – 12,0 mg/l |
| Glukóza | 5,4 mmol/l | 3,3 – 5,6 mmol/l |
| IgA | 1,6 g/l | 1,1 – 3,5 g/l |
| IgG | 12,3 g/l | 8,3 – 15,3 g/l |
| IgM | 1,5 g/l | 0,6 – 1,8 g/l |
| Fe | 6,0 µmol/l | 6,6 – 26 µmol/l |
| Ca | 2,3 mmol/l | 2,1 – 2,55 mmol/l |
| Feritin | 17 µg/l | 13 – 150 µg/l |
| Mg | 0,82 mmol/l | 0,7 – 1 mmol/l |

Hematologie:

| Parametr | Naměřená hodnota | Referenční rozmezí |
|-----------------|-------------------------|------------------------------|
| Hemoglobin | 120 g/l | 120 – 160 g/l |
| Hematokrit | 0,38 | 0,36 – 0,46 |
| Erytrocyty | $4,7 \times 10^{12}/l$ | $3,8 – 5,2 \times 10^{12}/l$ |
| Trombocyty | $239 \times 10^9/l$ | $150 – 400 \times 10^9/l$ |
| Leukocyty | $6,5 \times 10^9/l$ | $4 – 9 \times 10^9/l$ |
| MCV | 81 fl | 87 – 97 fl |
| MCH | 25 pg | 28 – 34 pg |
| FW | 12/24 | 15/20 |

Sérologie (stanovení protilátek):

| Parametr | Naměřená hodnota | Referenční rozmezí |
|-----------------|-------------------------|---------------------------|
| AtTG | 13,8 | 0 – 8 U/ml |
| AEA | ++ | |
| AGG | 1,9 | 0 – 25 U/ml |
| AGA | 1,9 | 0 – 25 U/ml |

VYŠETŘENÍ MOČE

Moč chemicky + sediment

| Parametr | Naměřená hodnota |
|-----------------------|-------------------------|
| Bilirubin | Negativní |
| Ketony | 0 mmol/l |
| Epitelie dlaždicovité | 1 |
| Nitrity | Negativní |
| Erytrocyty | 0 μ l |
| Bílkovina | 0 g/l |
| pH | 5,5 |
| Leukocyty | 0 μ l |
| Bakterie | Negativní |
| Specifická hustota | 1018 kg/m ³ |
| Glukóza | 0 mmol/l |

| | |
|--------------|-----------------------|
| Urobilinogen | 3,7 $\mu\text{mol/l}$ |
| Ketony | 0 mmol/l |

Zdroj: dokumentace pacientky

SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ

Diagnóza celiakie byla u pacientky stanovena na základě krevních odběrů a z nich stanovených protilátek proti celiakii. Výsledky z gastrokopie byly známy až za 10 dní, biopsie tuto diagnózu potvrdila.

Pacientka má normální nález při UZ vyšetření, nativní RTG břicha též nic neprokázal.

Výtěr z rekta ukazuje na normální střevní flóru.

Výsledky z hematologie: ↓ střední objem erytrocytů, ↓ množství hemoglobinu v erytrocytech. Mírně zvýšená sedimentace erytrocytů. Ostatní parametry krevního obraz jsou v normě.

Výsledky z biochemie: ↓ kálium, ↑ ALT, AST, ↓ AMS, ↑ CRP, ↓ železo.

Výsledky ze sérologie: ↑ AtTG, ↑ AEA.

Vyšetření moče: bez nálezu.

KONZERVATIVNÍ LÉČBA

Dieta:

1. den hospitalizace – NPO
2. den hospitalizace – dieta č. 2
3. den hospitalizace – bezlepková dieta

Pohybový režim:

1. den hospitalizace – klid na lůžku.
2. – 3. den hospitalizace – volný pohybový režim.

RHB: 0

Výživa: Ze začátku parenterální výživa, po upřesnění diagnózy byla nasazena bezlepková dieta.

1. – 2. den hospitalizace – parenterální výživa + postupně strava per os.
3. den hospitalizace – stravování per os.

MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA DNE 15. 10. 2015:

INTRAMUSKULÁRNĚ

| Název léku/síla/množství | Dávkování | Indikační skupina |
|--------------------------|-----------|-------------------|
| Novalgin 1 amp. 2 ml | Při B | Analgetikum |

INTRAVENÓZNĚ

| Název léku/síla/množství | Dávkování | Indikační skupina |
|------------------------------|-------------|-------------------|
| F1/1 500 ml + KCl 7,5% 10 ml | 9:00, 14:00 | Infundabilia |
| Torecan 1 amp. | á 8 hodin | Antiemetikum |

PER OS

| Název léku | Forma | Dávkování | Indikační skupina |
|---------------|-------|-----------|-------------------|
| Smecta | Susp. | á 6 hodin | Digestivum |
| Kalnormin 1 g | Tbl. | 1-0-0-0 | Minerál |

Zdroj: dokumentace pacientky

CHIRURGICKÁ TERAPIE

Neindikována.

2.7 SITUAČNÍ ANALÝZA

Situační analýza ze dne 15. 10. 2015

Pacientka, 22 let, odeslána z ordinace PL na doporučení MUDr. H. Z. na interní oddělení k dovyšetření pro výrazný **úbytek hmotnosti** spojený s **nauzeou** a **bolestmi břicha** a **průjmy**. Pacientka udává silné nechutenství, bolesti břicha spojené s průjmy, za necelé dva měsíce pacientka zhubla 7 kg. Cítí se **unavená a slabá**. Za poslední 3 dny stav výrazně zhoršen, pacientka téměř **nejí**, přetrvávají silné průjmy, zhruba **3 stolice denně**. Stolice je řídká s příměsí hlenu.

Pacientce se dýchá dobře, bolesti na hrudi neudává, břicho je měkké, prohmatné, palpačně bez bolesti, je velice slyšitelná peristaltika a borborygmy, dysurii pacientka neudává, pacientka je afebrilní, dolní končetiny jsou bez otoků. Pacientka je při vědomí, spolupracuje, je orientována místem, časem, osobou i prostorem. Pacientce byly při příjmu naměřeny tyto fyziologické funkce – **TK: 125/80 mmHg, P: 80/min, D: 16/min, saturace krve kyslíkem** bez dechové podpory je 98 %. **BMI** je v normě.

Pacientka se cítí vyčerpaně, je unavená. Pacientka je soběstačná, má volný pohybový režim, ale z důvodu **infúzní terapie** a celkové vyčerpanosti je upoutána na lůžko. Pacientka udává intenzitu bolesti dle **VAS 7. Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové** je 33 bodů – žádné riziko. **Barthel test** – 100 bodů – nezávislý. **Riziko pádu dle Conleyové** – 2 body – žádné riziko. Při příjmu byl pacientce zaveden **periferní žilní katétr**. Pacientce byla naordinována **parenterální výživa** a zvýšený příjem tekutin, minimálně 3 litry za den. U pacientky bylo naplánované první den hospitalizace **gastroskopické vyšetření z důvodu podezření na celiakii**, toto vyšetření by mělo potvrdit či vyloučit konečnou diagnózu. Dále byly provedeny **odběry krve a moče**. Pacientka je na svůj stav optimistická, ale značná nervozita je patrná. Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle priorit pacientky 1. den hospitalizace na standardním interním oddělení.

2.8 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I Taxonomie II dle NANDA INTERNATIONAL, 2016. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

Jsou stanoveny všechny ošetrovatelské diagnózy, které byly nalezeny 1. den hospitalizace pacientky, dne 15. 10. 2015. Rozpracovaných je prvních pět prioritních ošetrovatelských diagnóz. Diagnózy jsou seřazeny dle priorit pacientky. Realizaci prováděly všeobecné sestry po dobu 3 dnů. Zhodnocení ošetrovatelské péče je provedeno po 3 dnech hospitalizace. Je dále přiřazeno i hodnocení pacientky po 2 měsících, kdy je efekt bezlepkové diety patrný.

Ošetrovatelské diagnózy zaměřené na problém:

- 1) Nauzea – 0134
- 2) Akutní bolest – 00132
- 3) Průjem – 00013
- 4) Únava – 00093
- 5) Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu – 00002
- 6) Intolerance aktivity – 00092
- 7) Zhoršený komfort – 00214
- 8) Narušená integrita kůže – 00046
- 9) Strach – 00148
- 10) Úzkost – 00146
- 11) Nedostatečné znalosti – 00126

Rizikové diagnózy:

- 1) Riziko nevyváženého objemu tekutin – 00025
- 2) Riziko nerovnováhy elektrolytů – 00195
- 3) Riziko infekce – 00004
- 4) Riziko dysfunkční gastrointestinální motility – 00197

Diagnózy podpory zdraví:

- 1) Snaha zlepšit výživu – 00163
- 2) Snaha zlepšit znalosti – 00161

NAUZEJA – 00134

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Definice: Subjektivní nepříjemný a vlnovitý pocit v zadní části hrdla a žaludku, který může nebo nemusí mít za následek zvracení.

Určující znaky:

- Odpor k jídlu
- Zvýšená salivace
- Zvýšené polykání
- Kyselá chuť v ústech

Související faktory:

- Situační – bolest
- Dietní chyba – intolerance lepku

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá pocit na zvracení – do 1 týdne od hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka je plně informována o příčinách vzniku nauzey a nutných intervencí – do 24 hodin.

Očekávané výsledky:

- Pacientka dodržuje farmakologický režim dle ordinace lékaře – denně.
- Pacientka je schopná o projevech nauzey hovořit – do 2 hodin.
- Pacientka zná a dokáže popsat související faktory podmiňující nauzeu – do 6 hodin.
- Pacientka je dostatečně hydratována – do 2 hodin.
- Pacientka nepocituje nucení na zvracení – do 6 hodin.
- Pacientka přijímá potravu bez vedlejších projevů a komplikací – do 24 hodin.

Ošetrovatelské intervence:

- Sleduj a zaznamenávej účinky a případné vedlejší účinky terapie – všeobecná sestra, denně.
- Edukuj pacientku o projevech nauzey – všeobecná sestra, do 2 hodin.
- Pacientku edukuj o zvýšené poloze na lůžku – všeobecná sestra, do 2 hodin.
- Podávej léky zamezující nevolnosti a sleduj účinky – všeobecná sestra, denně.
- Kontroluj u pacientky pravidelný příjem tekutin – všeobecná sestra, denně.
- Zaznamenávej častost, charakter a obsah zvratků – všeobecná sestra, denně.

Realizace (1. den hospitalizace):

Pacientka byla přijata na interní oddělení z ordinace PL. Pacientka byla uložena na nadstandardní pokoj. Všeobecná sestra pacientku poučila o režimu oddělení. Pacientka byla uložena na lůžko, k lůžku jí byla podána emitní miska s buničinou. Byly podány antiemetika dle ordinace lékaře. Pacientce byla napojena infúze, 500 ml fyziologického roztoku s kaliem, dále byl pacientce podán Torecan intravenózně. Pacientce byla zdůrazněna důležitost zvýšeného pitného režimu. U pacientky byla pravidelně zaznamenávána frekvence zvracení a charakter zvratků. U pacientky byl sledován efekt infúzní léčby. Pacientka lačnila z důvodu provedení gastroscopického vyšetření.

Realizace (2. den hospitalizace):

Pacientka nevyžadovala antiemetika. Pocit na zvracení ustoupil. Parenterální výživa pokračovala. Pacientka měla naordinovanou dietu č. 2 – šetřící. Pacientka měla i nadále naordinovaný zvýšený přísun tekutin. Pohybový režim byl volný a pacientka se mohla pohybovat bez omezení.

Realizace (3. den hospitalizace):

Ráno byly pacientce provedeny kontrolní odběry krve. Pacientčin stav vykazoval výrazné známky zlepšení. Pacientce byl odstraněn PŽK, jelikož infúzní terapie nebyla dále již indikována. Pacientce byl doporučen denní přísun tekutin alespoň 2 litry za den. U pacientky byla nasazena bezlepková dieta v důsledku získaných výsledků krevních odběrů. Pacientka byla propuštěna do domácího ošetřování, bylo jí nařízeno přísné

a celoživotní dodržování bezlepkové diety. Vzhledem ke své diagnóze bude pacientka pravidelně dispenzarizována v gastroenterologické poradně.

Hodnocení (3. den hospitalizace):

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka během prvního dne hospitalizace byla informována o příčinách svých obtíží a pochopila je. Pacientka byla dostatečně informována.

Dlouhodobý cíl byl splněn. Pacientka během druhého dne hospitalizace udávala pocit vymizení nauzey.

Pacientka nezvracela. Stravu přijímala per os. Pacientka má i nadále slabé nechutenství, avšak bez váhového úbytku. BT byla pozitivní, pacientka nevykazovala známky dehydratace. Kožní turgor byl normální, hodnoty krevního obrazu a biochemie se normalizovaly. Pacientka byla poučena o nutnosti dodržování bezlepkové diety a byla propuštěna do domácího ošetřování. Efekt bezlepkové diety není okamžitý, o tomto faktu byla pacientka poučena. Byla poučena o nutnosti kontroly v gastroenterologické poradně za 4 týdny, kdy efekt bezlepkové diety i tak nebude značný.

Hodnocení (2 měsíce od hospitalizace):

Pacientka nezvrací, má normální chuť k jídlu. Přibrala na váze 5 kilogramů. Přísně dodržuje bezlepkovou dietu.

AKUTNÍ BOLEST – 00132

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsaný pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

Určující znaky:

- Změny v chuti k jídlu
- Vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (numerická škála bolesti)
- Vyhledávání antalgické polohy

Související faktory:

- Základní onemocnění – celiakie

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá bolest – do 5 dnů.

Cíl krátkodobý: Pacientka pociťuje snížení bolesti – do 24 hodin.

Očekávané výsledky:

- Pacientka chápe příčinu bolesti – do 1 dne.
- Pacientka je schopna o bolesti a jejích projevech hovořit – do 1 dne.
- Pacientka používá numerickou škálu bolesti k hodnocení intenzity bolesti – do 1 dne.
- Pacientka dodržuje farmakologický režim dle ordinace lékaře – denně.
- Pacientka zná metody snižující bolest – do 1 dne.
- Pacientka udává zmírnění bolesti při zavedené léčbě bolesti – do 2 dnů.
- Pacientka nemá bolestí narušený spánek – do 2 dnů.
- Pacientka dosahuje co nejlepší kvality života – do 3 dnů.

Ošetrovatelské intervence:

- Posuď bolest (lokalizace, charakter, nástup, trvání, častost, intenzita), zhoršující faktory, změny bolesti během dne – všeobecná sestra, denně.
- Pravidelně prováděj hodnocení intenzity bolesti a výsledky zapisuj do dokumentace – všeobecná sestra, denně.
- Vysvětli a doporuč úlevovou polohu a doporuč pacientce aktivity k odvrácení pozornosti od bolesti – všeobecná sestra, do 1 dne a pak průběžně dle stavu.
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, denně.
- Sleduj a zaznamenávej účinky a případné vedlejší účinky analgetik – všeobecná sestra, denně.
- Pátrej po vyvolávajících faktorech – všeobecná sestra, vždy.
- Zjišťuj, zda má pacientka také bolest v noci – všeobecná sestra, denně.
- Prováděj zápis do dokumentace – všeobecná sestra, denně.

Realizace (1. den hospitalizace):

Při příjmu byla pacientka uložena na lůžko, zaujíkala úlevovou polohu, která jí vyhovovala. U pacientky byla bolest zhodnocena dle škály VAS 7. Pacientce byly podány analgetika dle ordinace lékaře. Za 2 hodiny pacientka udávala zmírnění bolesti dle VAS 3. Pacientka byla poučena o souvisejících faktorech a příčinách bolesti. Večer pacientka udávala slabší bolesti dle VAS 5. Podána analgetika dle ordinace lékaře. Pacientce byla naordinována analgetika á 12 hodin, při bolesti. Veškeré intervence byly zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace.

Realizace (2. den hospitalizace):

Pacientčin stav nevyžaduje klidový režim na lůžku, pacientka nezaujíká úlevovou polohu. Pacientka udává bolesti dle škály VAS 2 a nevyžaduje analgetika. U pacientky byl změněn zápis analgetik místo á 12 hodin na „d. p.“. Pacientka měla bolesti nenarušený spánek. Veškeré záznamy byly zapsány do ošetrovatelské dokumentace.

Realizace (3. den hospitalizace):

Pacientka udávala úplné vymizení bolestí, dle škály VAS hodnotila pacientka bolest číslem 0. Pacientka byla propuštěna do domácího ošetřování. V případě bolestí jí bylo doporučeno použít běžně dostupná analgetika. V případě silnějších, neustupujících bolestí kontrola na interním oddělení.

Hodnocení (3. den hospitalizace):

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka za 2 hodiny udávala zmírnění bolesti dle škály VAS 3.

Dlouhodobý cíl byl splněn. Pacientka třetí den udávala úplné vymizení bolesti.

Třetí den hospitalizace byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování. Pacientka na začátku hospitalizace udávala bolest na škále VAS 7. Za 2 hodiny bolest ustoupila vlivem analgetik. Druhý den hospitalizace pacientka neudávala téměř žádnou bolest. Třetí den hospitalizace pacientka byla zcela bez bolesti. Pacientka pochopila příčiny svých bolestí a ví, že zlepšení dosáhne pouze dodržováním bezpečkové diety.

Hodnocení (2 měsíce od hospitalizace):

Pacientka dodržuje bezpečkovou dietu přísně, bolesti břicha ani jiných částí těla neudává. Nejsou patrné borborygmy ani zvýšená střevní peristaltika.

PRŮJEM – 00013

Doména 3. *Vylučování a výměna*

Třída 2. *Funkce gastrointestinálního systému*

Definice: Průchod volné, neformované stolice.

Určující znaky:

- Bolest břicha
- Naléhavá potřeba
- Křeče
- Hyperaktivní střevní zvuky
- Tekutá stolice více jak 3/24 hodin

Související faktory:

- Gastrointestinální zánět
- Malabsorpce
- Intolerance lepku

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka má formovanou stolicí maximálně 2× denně, bez příměsí hlenu a tuku – do 3 týdnů.

Cíl krátkodobý: Pacientka udává úbytek čtených průjmovitých stolic – do 24 hodin.

Očekávané výsledky:

- Pacientka je informována o příčině průjmu – do 24 hodin.
- Pacientka má formovanou stolicí – do 3 týdnů.
- Pacientka je hydratována – denně.
- Pacientka nemá bolesti břicha, nutkání na stolicí, podrážděnou perianální kůži a jiné nepříjemné pocity – do 3 dnů.

Ošetrovatelské intervence:

- Všímej si doprovodných příznaků (horečka, bolesti) a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra, denně.

- Podávej medikaci dle ordinace lékaře, sleduj případné nežádoucí účinky a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra, denně.
- Vysvětli pacientce příčinu vzniku průjmu – všeobecná sestra, do 24 hodin.
- Zajisti pacientce dostatečný příjem tekutin – všeobecná sestra, denně.
- Dbej, aby pacientka dodržovala léčebný režim a osvojila si správné stravovací a hygienické návyky – všeobecná sestra, denně.
- Zaznamenávej frekvenci, charakter a množství stolice do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra, denně.

Realizace (1. den hospitalizace):

Pacientka byla uložena na nadstandardní pokoj s vlastním sociálním zařízením. Pacientce bylo vysvětleno zaznamenávání frekvence, charakteru a množství stolice po každé vykonané potřebě. Pacientce byla zdůrazněna důležitost pitného režimu a dodržování dietních opatření. Pacientka udávala nutkání na stolicí spojené s bolestmi břicha a zvýšenou peristaltikou. Pacientka byla třikrát za den na stolicí, pokaždé se jednalo o řidší konzistenci. Objem stolic je menší v důsledku nechutenství. Pacientce byla naordinována parenterální výživa. Pacientce byly podány léky dle ordinace lékaře. Pacientka byla poučena o péči o konečník. Veškeré intervence byly zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace.

Realizace (2. den hospitalizace):

Pacientka udává zmírnění bolestí, ale trvání průjmů pokračuje. U pacientky byla naordinována šetřící dieta a zvýšený přísun tekutin. Pacientka málo pije, v důsledku toho má naordinovanou parenterální výživu. Byly podávány medikace dle ordinace lékaře. Vše bylo zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace.

Realizace (3. den hospitalizace):

Pacientce byl zrušen PŽK, parenterální výživa nebyla již dále indikována. Pacientka přijímá stravu per os a tekutiny v dostatečné míře. Na základě získaných výsledků vyšetření byla pacientce naordinována bezlepková dieta. Pacientka udává 1 stolicí denně. Stolice je řidší, avšak ne úplně řídká. Pacientka udává výrazné zlepšení svého stavu.

Hodnocení (3. den hospitalizace):

Krátkodobý cíl nebyl splněn, intenzita průjmů se zmírnila až během třetího dne hospitalizace.

Splnění dlouhodobého cíle nelze zatím zhodnotit. Pacientka je poučena o nutnosti dodržování bezlepkové diety.

Třetí den byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování. Pacientka pochopila příčiny podmiňující vznik průjmů. Pacientka v den propuštění nejevila známky dehydratace či podvýživy. Pacientka měla řidší stolici, mazlavou, nejednalo se o průjem. Pacientka si nestěžovala na bolest v perianálních partiích. Pacientka je zcela bez bolestí břicha a pocitu zvýšeného přelévání střevního obsahu.

Hodnocení (2 měsíce od hospitalizace):

Pacientka je zcela bez obtíží. Cítí se dobře. Počet stolic za den 0. Pacientka chodí pravidelně na stolicí a má kompaktní formovanou stolici bez příměsí.

ÚNAVA – 00093

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 3. Rovnováha energie

Definice: Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost fyzické a duševní práce na obvyklé úrovni.

Určující znaky:

- Ospalost
- Zhoršená schopnost zachovat běžnou úroveň fyzické činnosti
- Nedostatek energie
- Zvýšení požadavků na odpočinek
- Zhoršená schopnost zachovat běžný denní režim

Související faktory:

- Základní onemocnění

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka je schopna zvládat běžné denní aktivity – do 3 týdnů.

Cíl krátkodobý: Pacientka se necítí unavená – do 24 hodin.

Očekávané výsledky:

- Pacientka zná příčiny, které jí způsobují únavu – do 24 hodin.
- Pacientka je poučena o účinných opatřeních proti únavě – do 24 hodin.
- Pacientka nemá narušený spánek – denně.
- Pacientka střídá dostatečný odpočinek s aktivitami během dne – denně.
- Pacientka se cítí odpočatá, má více energie – do 3 dnů.
- Pacientka dokáže s příčinami únavy bojovat, provádí účinná opatření – denně.
- Pacientka vykonává běžné činnosti a účastní se žádoucích aktivit v požadované míře – do 3 dnů.

Ošetrovatelské intervence:

- Pozoruj fyzické známky únavy pacientky – všeobecná sestra, denně.
- Informuj pacientku o důvodu únavy v souvislosti s jejím onemocněním – všeobecná sestra, denně.
- Zaznamenávej projevy únavy do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra, denně.
- Zajímej se o celkový stav pacientky (stav výživy, hydratace...) – všeobecná sestra, denně.
- Akceptuj opravdovost pacientčích stížností na únavu, nepodceňuj situaci – všeobecná sestra, denně.
- Vytvářej prostředí zmírňující únavu (teplota, vlhkost vzduchu) – všeobecná sestra, denně.

Realizace (1. den hospitalizace):

Pacientka byla uložena na nadstandardní pokoj, kde měla klid. Pacientce byl doporučen tělesný klid na lůžku. Pacientka udávala pocit únavy a vyčerpanosti z důvodu nedostatečného příjmu stravy. Pacientce byla vysvětlena hlavní podstata podmiňující pocit únavy, pacientka pochopila souvislosti mezi jejími problémy a pocitem únavy. Pacientce byl doporučen zvýšený příjem tekutin, per os i parenterální cestou. Veškeré projevy únavy byly zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace. V noci pacientka spala klidně a nerušeně, celou noc.

Realizace (2. den hospitalizace):

U pacientky byly pozorovány známky únavy. Pacientka udávala zmírnění pocitu únavy v důsledku zvýšeného přísunu tekutin. Pacientka měla volný pohybový režim, ale pobývala na lůžku. Veškeré projevy únavy byly zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace. Pacientka spala celou noc, bez problémů.

Realizace (3. den hospitalizace):

Pacientka neudává pocit únavy. Cítí se dobře, bez pocitu slabosti či vyčerpanosti. Pacientka se volně pohybovala po zdravotnickém zařízení, ráno psala seminární práci do školy. Těšila se domů. Pacientka byla propuštěna do domácího ošetřování.

Hodnocení (3. den hospitalizace):

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacientka druhý den udávala pocity zlepšení, vymizení pocitu únavy.

Cíl dlouhodobý byl splněn. Pacientka třetí den hospitalizace zvládala běžné denní činnosti bez problémů.

Všechny očekávané výsledky byly splněny. Pacientka byla do domácího ošetřování propuštěna bez pocitu únavy.

Hodnocení (2 měsíce od hospitalizace):

Pacientka udává výrazný pocit zlepšení. Cítí se lépe než dříve. Je ráda, že znovu může sportovat a být aktivní a naplno se věnovat studiu.

NEVYVÁŽENÁ VÝŽIVA: MÉNĚ NEŽ JE POTŘEBA ORGANISMU – 00002

Doména 2. Výživa

Třída 1. Příjem potravy

Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojování potřeb metabolismu.

Určující znaky:

- Křeče v břiše
- Bolest břicha
- Průjem nebo steatorea
- Tělesná hmotnost je snížena o 20 % a více, než je ideální stav
- Nezájem o jídlo
- Příjem potravin je menší, než je doporučená denní dávka

Související faktory:

- Neschopnost vstřebat živiny
- Nedostatečný přísun potravy

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka má stabilizovanou tělesnou hmotnost při dostatečném příjmu potravy – do 3 týdnů.

Cíl krátkodobý: Pacientka dodržuje všechna dietní opatření a udává vymizení či zlepšení pocitu nechutenství – do 24 hodin.

Očekávané výsledky:

- Pacientka zná všechny potřebné informace ke své naordinované dietě – do 2 dnů.
- Pacientka dodržuje dietní režim – denně.
- Pacientka nemá úbytek na hmotnosti – do 4 dnů.
- Pacientka pochopí příčiny vedoucí k jejím obtížím – do 24 hodin.
- Pacientka má zajištěný dostatečný přísun živin – denně.

Ošetrovatelské intervence:

- Sleduj pravidelně tělesnou hmotnost a hydrataci pacientky – všeobecná sestra, denně.
- Hodnoť příjem stravy a tekutin – všeobecná sestra, denně.
- Zjistí a následně zhodnoť pacientčiny znalosti o naordinované výživě – všeobecná sestra, do 2 dnů.
- Pobízej pacientku k dostatečnému příjmu tekutin – zdravotnický personál, denně.
- Informuj pacientku o důležitosti naordinované diety – všeobecná sestra, do 24 hodin.
- Vysvětli pacientce příčinu naordinované diety – všeobecná sestra, do 24 hodin.
- Zaznamenávej příjem přijaté stravy, celkovou hmotnost a pitný režim do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra, denně.

Realizace (1. den hospitalizace):

Pacientce byla při příjmu naordinována parenterální výživa. Pacientka měla naplánované gastrokopické vyšetření, z tohoto důvodu měla naordinované lačnění. Pacientka byla upozorněna na důležitost pitného režimu. U pacientky byla sledována tělesná hmotnost a hydratace dle stavu sliznic a kůže. Pacientka měla naordinováno NPO, tudíž tento den pacientka nepřijala žádnou stravu z důvodu nechutenství a ordinace lékaře. Do ošetrovatelské dokumentace byl zaznamenán pitný režim, pacientova hmotnost a příjem přijaté stravy.

Realizace (2. den hospitalizace):

Od druhého dne hospitalizace měla pacientka naordinovanou dietu č. 2. Přetrvávala parenterální výživa. Pacientka měla i nadále naordinovaný zvýšený přísun tekutin. U pacientky byla sledována hydratace dle stavu pokožky a sliznic. Dále bylo sledováno množství přijatých tekutin a přijaté stravy a tělesná hmotnost. Pacientka byla poučena o zdravotním stavu, o výsledcích vyšetření a následné léčbě. Veškeré výše uvedené informace byly zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace.

Realizace (3. den hospitalizace):

Po zjištění diagnózy byla pacientce naordinována bezlepková dieta. Pacientka měla povědomí o této dietě ze školy. Pacientce byla vysvětlena příčina naordinované diety, její podstata a důležitost. U pacientky byly provedeny kontrolní odběry. Pacientka byla propuštěna do domácího ošetřování. Byla poučena o nutnosti dodržování bezlepkové diety a pravidelných kontrolách v gastroenterologické poradně. Byl jí doporučen zvýšený přísun tekutin a dodávání vitaminů ve formě tablet. Pacientce bylo doporučeno zakoupit přípravek obsahující vitamin B. Vzhledem k poklesu hemoglobinu v krevním obraze jí byl naordinován Tardyferon fol 1× denně ráno na lačno. Pro doplnění minerálů byl nasazen Kalnormin 1 tableta ráno.

Hodnocení (3. den hospitalizace):

Cíl krátkodobý byl splněn částečně. Pacientka dodržovala naordinovaná dietní opatření hned od příjmu. U pacientky trvalo nechutenství déle než 24 hodin, avšak v slabší intenzitě.

Cíl dlouhodobý byl splněn. Pacientka během hospitalizace nebyla na váze. Od třetího dne hospitalizace přijímala pacientka stravu per os v dostatečném množství.

Pacientka byla třetí den propuštěna do domácího ošetřování. Na váze nepřibrala, ale ani neubrala, váha zůstala konstantní. Nechutenství odeznělo a pacientka přijímala stravu per os v požadovaném množství. Pacientka chápe nutnost dodržovat bezlepkovou dietu. Je plně odhodlaná dietu svědomitě dodržovat. Pacientčin denní příjem tekutin splňuje požadované množství přijímaných tekutin. Pacientka v den propuštění nejevila známky dehydratace či podvýživy. BMI v normě.

Hodnocení (2 měsíce od hospitalizace):

Pacientka má chuť k jídlu, jí alespoň 5× denně. Přibrala na váze 5 kilogramů. Bezlepkovou dietu dodržuje striktně, bez problémů.

2.9 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

Pacientka byla přijata na interní oddělení na doporučení PL, k dovyšetření, pro podezření na akutní enteritidu.

Při příjmu byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, cíle, očekávané výsledky a intervence. Realizace ošetrovatelské péče proběhla u pacientky dle stanoveného plánu ošetrovatelské péče. Všechny naplánované intervence byly provedeny. Pacientka byla průběžně a dostatečně informována o svém zdravotním stavu, plánovaných výkonech a následné léčbě a tím bylo předcházeno případné úzkosti či strachu.

V průběhu hospitalizace se pacientčin stav výrazně zlepšil. Před propuštěním do domácího ošetřování byly splněny všechny stanovené cíle. Od 1. dne hospitalizace byla pacientce naordinována parenterální výživa, byly doplněny tekutiny a minerály ztracené v důsledku průjmu. Od 3. dne hospitalizace, po stanovení diagnózy celiakie, byla pacientce nasazena bezlepková dieta. U pacientky došlo ke zlepšení pocitu nauzey a nechutenství. Tělesná hmotnost byla po dobu hospitalizace konstantní, neklesla. Během prvního dne hospitalizace ustoupily bolesti břicha spojené s průjmy, které se též zmírnily. Od 2. dne hospitalizace pacientka udávala vymizení pocitu únavy. Pacientka se snažila dodržovat ochranně léčebný režim a tím předešla případným komplikacím.

Pacientka byla 3. den hospitalizace propuštěna do domácího ošetřování, byla poučena o nutnosti kontroly v gastroenterologické poradně za 4 týdny od propuštění. Pacientce byla vysvětlena důležitost dodržování bezlepkové diety. Byl jí doporučen pravidelný denní příjem tekutin minimálně 2 litry za den, byla poučena o nutnosti dispenzarizace v gastroenterologické poradně.

Pacientka aktivně spolupracuje a dodržuje léčebný režim. Pacientčíným cílem je zcela striktně a svědomitě dodržovat bezlepkovou dietu, pravidelně docházet na kontroly a tím zlepšit svůj zdravotní stav a předejít komplikacím. Poskytovanou péčí je možno zhodnotit za efektivní.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Tato kapitola zahrnuje následující doporučení pro praxi, které bylo utvořeno na základě získané praxe, studia literatury, ale především vlastní zkušenosti s onemocněním celiakie.

Byl vytvořen informační leták, který poskytne pacientům základní představu o celiakii a s ní spojené bezlepkové dietě. Informační leták bude především využit v gastroenterologické poradně v Rychnově nad Kněžnou pro nově diagnostikované pacienty s celiakií.

Následně předkládáme nejdůležitější doporučení, jak pro pacienty s celiakií, tak pro ošetřující personál pečující o celiaka, je zde doporučení i pro jeho rodinu.

OBECNÁ DOPORUČENÍ PRO OŠETŘUJÍCÍ PERSONÁL:

- Poskytovat dostatečné množství informací pacientovi o zdravotním stavu.
- Dostatečná edukace pacienta v oblasti bezlepkové diety.
- Poskytnout pacientovi konzultaci z řad odborníků, jako je nutriční specialista, je-li k dispozici.
- Osvojit si alespoň základní aspekty onemocnění celiakie a bezlepkové diety, toto doporučení se týká především všeobecných sester a sanitárních pracovníků.
- Citlivý a empatický přístup nejen ze stran všeobecných sester a lékařů, ale i především pomocného personálu.

OBECNÁ DOPORUČENÍ PRO RODINU CELIAKA:

- Screeningové vyšetření přímých příbuzných.
- Motivace pacienta s celiakií k dodržování bezlepkové diety.
- Trpělivost a pochopení ze strany rodiny.
- Spoluúčast rodiny na bezlepkové dietě – neznamená, že když rodinný příslušník nemá celiakii, že nemůže jíst bezlepkové potraviny. Celiak pak nemusí vařit dvakrát a sníží se tak pacientův stres, který hlavně z počátku bezlepkové diety není žádoucí, ale i přesto je mnohdy nevyhnutelný.

OBEČNÁ DOPORUČENÍ PRO PACIENTY:

- Dodržovat bezlepkovou dietu.
- Pravidelně navštěvovat gastroenterologickou poradnu.
- Pravidelná životospráva.
- Konzumovat více zeleniny a ovoce.
- Doplnovat vitaminy v podobě tablet, především vitaminy A a B.
- Náhrada minerálů, hlavně vápníku a železa či kyseliny listové.

ZÁVĚR

Tématem pro vypracování této bakalářské práce byl ošetrovatelský proces u pacientky s celiakií.

Celiakie bývá velice často zlehčována a podceňována, a to jak ze stran ošetřujícího personálu, tak především ze stran laické veřejnosti. Lidé si často myslí, že celiakie není „nemoc“, že se jedná o pacientovu svobodnou volbu udělat něco pro své zdraví „lepším stravováním“ v podobě bezlepkové diety. Proto je celiak mnohdy vystavován riziku poškození v důsledku nevědomosti veřejnosti.

Celiakie plní osnovy vyučované na středních zdravotnických školách a na vysokých školách zdravotnických. Všeobecné sestry by měly mít alespoň základní povědomí o celiakii a s ní spjaté bezlepkové dietě.

Ošetrovatelská péče o pacienty s celiakií je velice náročná jak pro všeobecné sestry, lékaře, ale především pro samotného pacienta.

Celiakie a s ní spjatá bezlepková dieta patří mezi nejméně pohodlné diety. Jedná se o dietu velice drahou, celoživotní a především musí být striktně dodržována, má-li být efektivní. Dodržování bezlepkové diety není lehká věc. Pacient, který má bolesti hlavy, si vezme tabletu a je po bolesti, ale pacient, který má celiakii, má jedinou možnost, a to bezlepkovou dietu, jejíž efekt není však okamžitý.

Léčba celiakie, a to dodržování bezlepkové diety, vyžaduje určitý stupeň zodpovědnosti a spolehlivosti. Léčba celiakie závisí především na přístupu pacienta.

V současnosti se podmínky pro celiaky zlepšily. O bezlepkové dietě se mluví čím dál více. Potraviny se staly běžně dostupným sortimentem v různých prodejnách. V sítích obchodů je velké zastoupení „obchodů se zdravou výživou“, kde je nabízený sortiment bezlepkových potravin ve větším množství a prodávající mají více informací o daných produktech. S celiakií se začíná počítat i ve školních jídelnách či jiných stravovacích zařízeních.

I přes veškerý pokrok v oblasti bezlepkové diety zůstává tato dieta málo známá, diabetickou či vegetariánskou stravu zná každý, ale bezlepková dieta zůstává mnohdy pojmem neznámým.

Věda a výzkum jdou stále dopředu, třeba vědci naleznou lék, který by celiakům umožnil zařadit do své stravy produkty obsahující lepek.

Bakalářská práce byla rozdělena do dvou částí – teoretické a praktické.

Teoretická část se zabývá samotným onemocněním celiakie. Je zde popsána historie, klinický obraz, etiopatogeneze, dále je zde popsána diagnostika a léčba.

Praktická část představuje ošetrovatelský proces u konkrétní pacientky s celiakií. Ošetrovatelský proces byl vypracován dle modelu Marjory Gordonové. Byly zde stanoveny ošetrovatelské diagnózy, na základě kterých byl vypracován individuální ošetrovatelský plán, který byl následně realizován, veškerá poskytovaná péče je zde vyhodnocena. Všechny stanovené cíle této práce byly splněny.

Výstupem této práce je informační leták, který pacientovi poskytne základní informace o celiakii a pomůže mu lépe se zorientovat v bezlepkové dietě.

Věříme, že tato bakalářská práce bude přínosem nejen ošetrovatelskému personálu, studentům zdravotnických škol, ale především pacientům, kteří se s tímto onemocněním potýkají.

SEZNAM LITERATURY

ALI, Naheed. *Knih pro celiaky: nové poznatky pro nemocné, lékaře a pacienty.* Hodkovičky [Praha]: Pragma, c2015. ISBN 9788073494346.

BASS, Stephanie. *Celiakie: úspěšná léčba nesnášenlivosti lepku.* Praha: Jan Vašut, 2013. ISBN 9788072368396.

BIDAT, Étienne a Christelle LOIGEROT. *Alergie u dětí.* Praha: Portál, 2005. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 8071789364.

BUŠINOVÁ, Iva. *Bezlepková kuchařka.* Praha: Grada, 2005. Zdraví & životní styl. ISBN 8024708671.

ČERVENKOVÁ, Renata. *Celiakie.* Praha: Galén, c2006. ISBN 8072624253.

FASANO, Alessio a Susie FLAHERTY. *Jak žít bez lepku: přední odborník nabízí praktický návod, jak se zbavit nemoci.* Přeložil Zdeněk HAJNÍK. Hodkovičky: [Praha]: Pragma, 2015. ISBN 9788073494339.

FRANCÍREK, František. *Bakalářská práce: co, jak a proč připravit, zpracovat, napsat a zhodnotit (obhájit).* Vyd. 2. Praha: Ingenio et Arti, 2013. ISBN 9788090528727.

FRIČ, Přemysl a Olga MENGEROVÁ. *Celiakie: bezlepková dieta a rady lékaře.* Čestlice: Medica Publishing, c2008. Dieta (Medica Publishing). ISBN 9788085936629.

FRÜHAUF, Pavel. Celiakální sprue. *Pediatric pro praxi.* 2007, 8(6). ISSN 1213-0494.

FUCHS, Martin. *Alergie číhá v jídle a pití--: kuchařka pro alergiky.* Plzeň: Adéla, 2005. ISBN 8090253253.

FUCHS, Martin. *Potravinová alergie a intolerance.* Praha: Mladá fronta, 2016. Edice postgraduální medicíny. ISBN 9788020437570.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU (eds.). *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání, 1. české vydání. Přeložila Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2016. ISBN 9788024754123.

KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. *Celiakie: víte si rady s bezlepkovou dietou?*. Praha: Forsapi, 2010. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 9788087250099.

LAMSCHOVÁ, Petra a Petr HAVLÍČEK. *Jde to i bez pšenice*. Praha: Mladá fronta, 2015. Dieta (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3853-9.

LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, c2010. ISBN 978-80-7262-692-2.

LATTA, Jiří, 2012. Celiakie – od screeningu k diagnóze. *Interní medicína pro praxi*. 14(5), 221 - 223. ISSN 1212-7299.

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. Praha: Grada, 2007. ISBN 9788024717876.

MARQUARDT, Trudel a Britta-Marei LANZENBERGER. *Vaříme zdravě bez lepku: jíme zdravě s celiakií*. České vyd. 2. Přeložila Zuzana SCHÖNOVÁ. Praha: Jan Vašut, 2010. ISBN 9788072366965.

MĚCHURA, O. Prezentace závěrečné práce. In: NĚMCOVÁ, J. a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Maurea, 2013. S. 97-103. ISBN 978-80-902876-9-3.

MOŽNÁ, Lucie. *Bezlepkářům od A do Z: příručka pro celiaky*. Česko: [nakladatel není známý], 2006. ISBN 8026078101.

PETRŮ, Vít. *Dětská alergologie*. Praha: Mladá fronta, 2012. Aeskulap. ISBN 9788020425843.

Příspěvky zdravotních pojišťoven na bezlepkovou dietu 2016. *Ordinace.cz* [online]. 2016 [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/prispevky-zdravotnich-pojistoven-na-bezlepkovou-dietu/>

RUJNER, Jolanta a Barbara A. CICHÁŇSKA. *Bezlepková a bezmléčná dieta*. Vyd. 1. [české]. Brno: Computer Press, 2010. ISBN 9788025132555.

Rukověť celiaka. 2., přeprac. vyd. Rožtoky: Sdružení celiaků České republiky, 2005. ISBN 8090280315.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2009. Jessenius. ISBN 9788073452025.

PŘÍLOHY

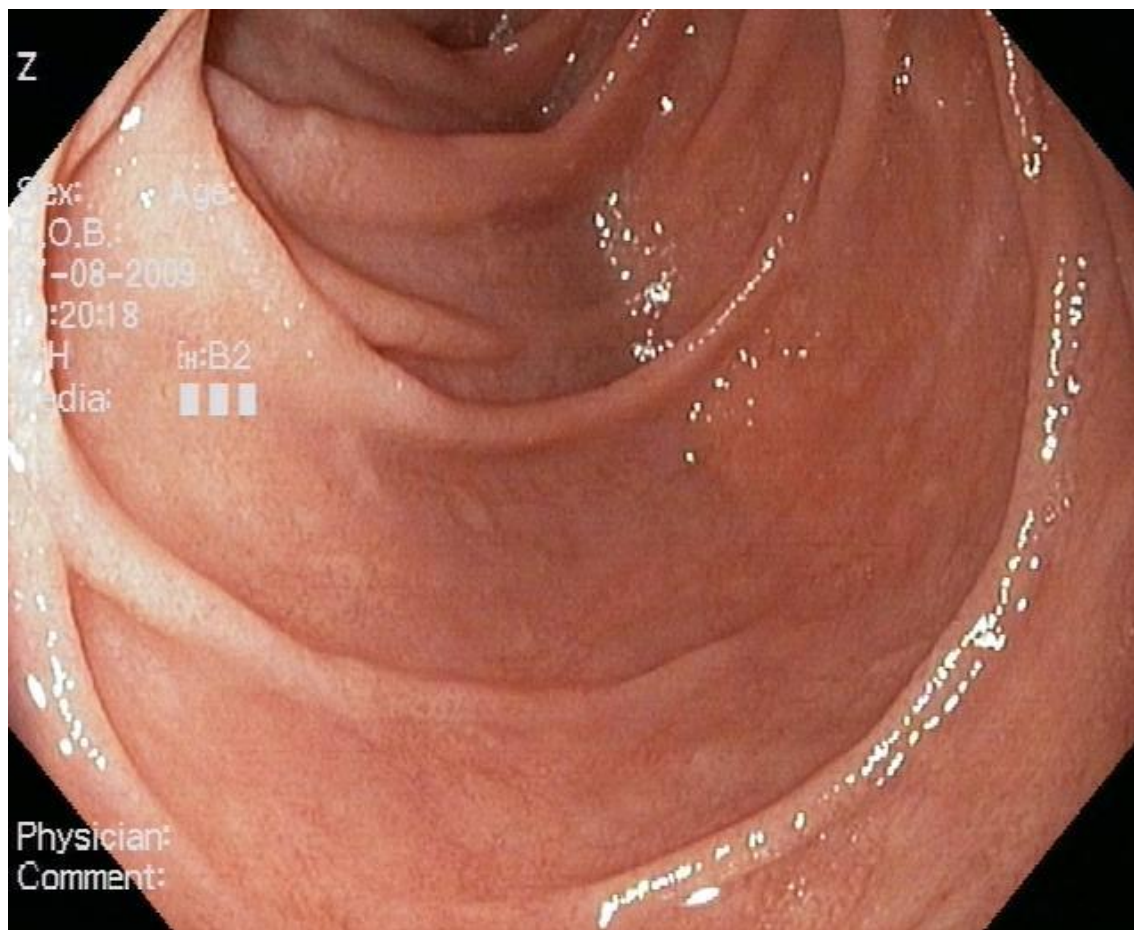
| | |
|---|------|
| Příloha A – Obrázek mezinárodního znaku pro bezlepkové potraviny | I |
| Příloha B – Obrázek sliznice tenkého střeva u pacienta s celiakií | II |
| Příloha C – Obrázek sliznice tenkého střeva u zdravého jedince | III |
| Příloha D – Informovaný souhlas s gastroскопí | IV |
| Příloha E – Obrázek gastroscopie | V |
| Příloha F – Obrázek gastroscopu | VI |
| Příloha G – Bioptické kleště | VIII |
| Příloha H – Obrázek žádosti o příspěvek na bezlepkovou stravu | IX |
| Příloha I – Informační leták pro celiaky | X |
| Příloha J – Doklad o odborném překladu | XII |
| Příloha K – Souhlas s pořízením fotografií | XIII |

Příloha A – Obrázek mezinárodního znaku pro bezpečkové potraviny



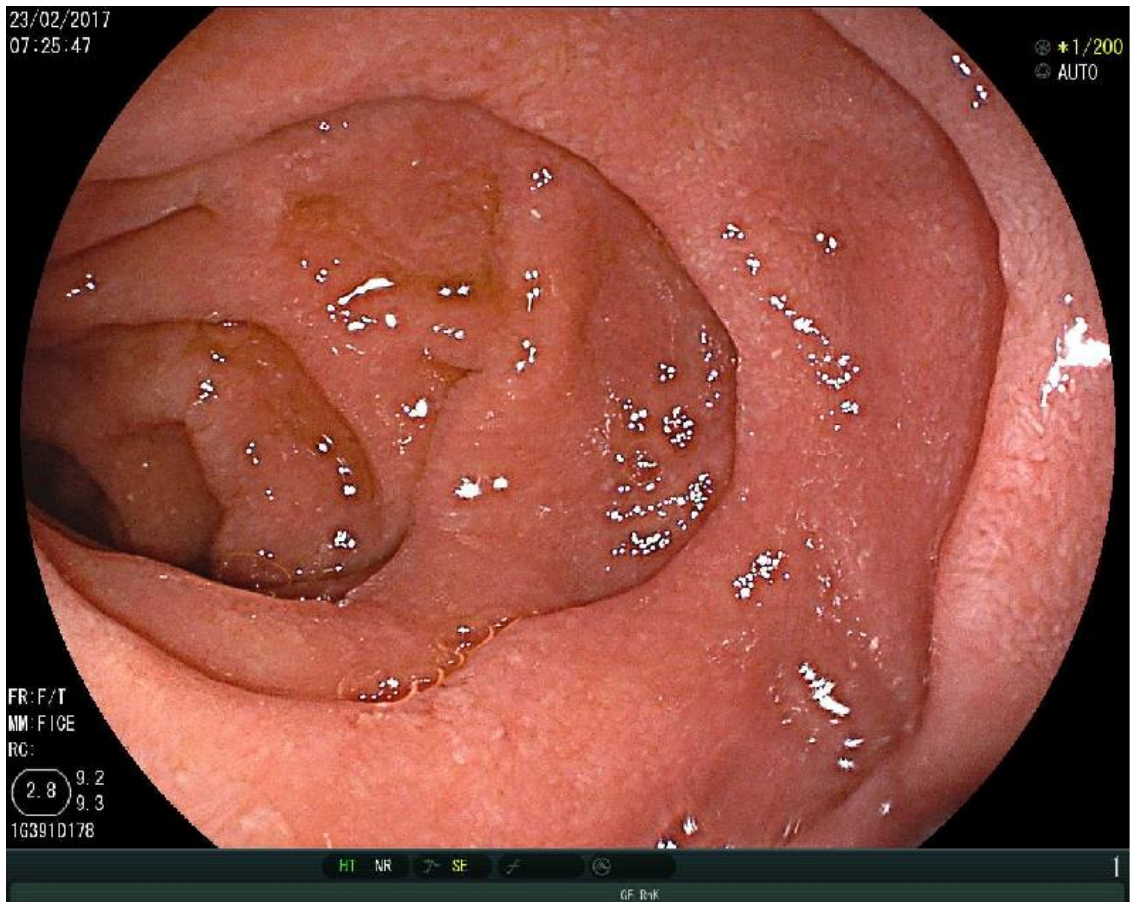
Zdroj: autor

Příloha B – Obrázek sliznice tenkého střeva u pacienta s celiakií



Zdroj: autor

Příloha C – Obrázek sliznice tenkého střeva u zdravého jedince



Zdroj: autor

Příloha D – Informovaný souhlas s gastroskopíí

Gastroenterologická ambul., MUDr.H.Junková,Jiráskova 1389, Rychnov nad Kněžnou

Souhlas pacienta/pacientky **GASTROSKOPIE**

Pacient/pacientka Rodné číslo:

Důvod výkonu

Důvodem vyšetření je podezření na onemocnění jícnu, žaludku, dvanáctníku nebo v případě známé choroby posouzení aktivity či rozsahu onemocnění anebo léčebný zákrok.

Podstata, účel a povaha zdravotního výkonu

Gastroskopie je endoskopické vyšetření horní části trávicího ústrojí, tj. jícnu, žaludku a dvanáctníku. Slouží k diagnostice nebo léčbě. Ohebný tenký přístroj (endoskop) je zaveden ústy do jícnu a pod zrakovou kontrolou lékaře do dalších úseků horní části trávicího ústrojí. Vyšetření umožňuje přímé vizuální zobrazení sliznice, odběr vzorků k dalším vyšetřením, popřípadě léčebný zákrok (např. ošetření krvácení, odstranění abnormální tkáně, zmenšení nádoru, zprůchodnění anebo rozšíření zúženého úseku trávicího ústrojí, odstranění cizího tělesa apod.).

Typ navrhovaného vyšetření / léčby

Gastroskopie je metoda vyšetřovací (diagnostická). Podle povahy onemocnění může navazovat bezprostřední nebo odložený plánovaný zákrok léčebný.

Výhody a rizika pro pacienta

Výhodou je přímé zobrazení horní části trávicího ústrojí, v případě potřeby odebrání vzorků sliznice k dalším vyšetřením a možnost event. léčebného zákroku. Gastroskopie je vzácně spojena s rizikem komplikací (časné nebo pozdní krvácení, porušení stěny trávicího ústrojí). Riziko krvácivé komplikace zvyšují některé léky (warfarin, heparin, anopyrin, aspirin a některé další). Proto prosím proberte s odesílajícím vyšetřujícím lékařem všechny léky, které aktuálně užíváte. Některé léky zvyšující riziko krvácení je třeba před vyšetřením přechodně vysadit.

Pravděpodobnost úspěchu navrhovaného postupu (prognóza)

Pravděpodobnost úspěchu gastroskopie (tj. diagnostický přínos a / nebo léčebný zákrok) je vysoká (více než 95%), prognóza je velmi dobrá (výskyt závažných komplikací je vzácný). Ve zvláštních případech (např. u pacientů s umělou srdeční chlopní) je třeba z bezpečnostních důvodů podat před vyšetřením preventivně antibiotika.

Alternativy zdravotního výkonu

Gastroskopie nemá žádnou relevantní (srovnatelnou) alternativu. Rentgen jícnu, žaludku a dvanáctníku je méně přesná zobrazovací metoda.

Možná omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti nebo zdravotní způsobilosti

Pokud jsou nitrožilně podány před nebo v průběhu vyšetření léky (analgesedace), měl by pacient v následujících 24 hodinách dodržovat relativní fyzický klid, dále nesmí 12 hodin po podání analgesedace řídit motorová vozidla, vykonávat činnost vyžadující zvýšenou pozornost a nesmí pít alkoholické nápoje.

Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních

Ve vybraných případech si může gastroskopie vyžádat změnu režimu a preventivních opatření (hospitalizace, opakované endoskopické vyšetření a další).

Máte-li jakékoliv doplňující otázky, neostýchejte se zeptat.

Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik a komplikací.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamířel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu, mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu.

Souhlasím s navrhovaným postupem vyšetření event. s rozšířením na některý z léčebných zákroků uvedených výše.

podpis pacienta/pacientky

jmenovka a podpis lékaře

~~MUDr. Junková, Jiráskova~~

Zdroj: autor

Příloha E – Obrázek gastroscopie



Zdroj: autor

Příloha F – Obrázek gastrokopu





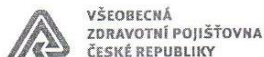
Zdroj: autor

Příloha G – Bioptické kleště



Zdroj: autor

Příloha H – Obrázek žádosti o příspěvek na bezlepkovou stravu



Potvrzení ošetřujícího lékaře (dg. celiakie) pro poskytnutí příspěvku na bezlepkovou dietu

VYPLNÍ ŽADATEL O PŘÍSPĚVEK
(V případě dítěte vyplní zákonný zástupce)

ČITELNĚ HŮLKOVÝM PÍSMEM NEBO NA STROJI

OSOBNÍ ÚDAJE:

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo (číslo pojištěnce):

Bydliště - ulice, město:

.....

PSC:

VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ
Potvrzení dg. celiakie, K90*

*(*pro přiznání příspěvku musí platit aspoň jedno potvrzení)*

- Potvrzena biopsicky dne** (poslední provedené vyšetření):
- Potvrzena vyšetřením IgA dne** (poslední provedené vyšetření):

V.....Dne:.....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

Zdroj: autor

CELIAKIE?



Celiakie, někdy nazývaná celiakální sprue, je autoimunitní onemocnění, které je geneticky podmíněné. Základem je nesnášenlivost lepku. U celiakie dochází při požití lepku ke spuštění imunitního procesu, který vede k poruše tenkého střeva, ztenčuje se povrch střeva a zanikají klky, což má za následek poruchu vstřebávání základních živin.

Jaké má celiakie projevy?

Celiakie má různé projevy. Mezi klasické příznaky celiakie patří bolesti břicha, nadýmání, kručení v břiše a přelévání střevního obsahu, mastná, tuková stolice, dále se můžou vyskytovat průjmy, zvracení a nauzea, váhový úbytek a celkové neprospívání, anémie, nedostatek vitamínu A a B, zástava menstruačního cyklu či neplodnost, zvýšená náchylnost k infekcím. Celiakie má několik průběhů, u někoho může probíhat zcela bezpříznakově, u někoho zcela atypicky, kdy jsou patrné příznaky, ne zcela identifikovatelné pro celiakii, jako je únavový syndrom, plešatost či deprese.

Jaký je výskyt v populaci?

Celiakie se vyskytuje u dětí tak u dospělých. Častěji se vyskytuje u dětí. Mohou být postiženy, jak ženy, tak muži. Celiakii je postiženo zhruba 1 % obyvatelstva. V České republice je zhruba 40–50 tisíc potenciálních pacientů s onemocněním celiakie, v gastroenterologických poradnách se léčí maximálně každý desátý.

Jak lze celiakii diagnostikovat?

Nosnou částí diagnostiky je stanovení protilátek z krevního odběru. K potvrzení diagnózy je potřeba udělat střevní biopsii pomocí gastroskopického vyšetření, dnes již není nutné opakovat biopsii po zlepšení příznaků, stačí kontrolní odběr krve k průkazu protilátek.

Má celiakie nějaké komplikace?

Tak jako každé onemocnění i celiakie má své komplikace. Komplikace nejčastěji ústí z nedodržování bezlepkové diety. Mezi nejvýznamnější, ale také velmi vzácnou komplikací patří refrakterní celiakie. U tohoto typu celiakie se snižuje efekt bezlepkové diety, jsou pozitivní protilátky a trvale přetrvávají klinické příznaky. K možným komplikacím se dále řadí zvýšený výskyt nádorových onemocnění, neplodnost, vyšší psychiatrická morbidita či rozvoj osteopatie.

Jak se celiakie léčí?

I přestože moderní medicína umí léčit nejrůznější nemoci, lék pro celiaky, který by jim dovoloval snášet potraviny s lepkem, nebyl ještě nalezen, a proto jedinou možnou léčbou celiakie v současné době je bezlepková dieta. Jedná se o úplné, celoživotní vyloučení lepku ze stravy.



BEZLEPKOVÁ DIETA!

Bezlepková dieta spočívá v celoživotním vyloučení lepku ze stravy. Bezpečné množství lepku pro celiaky je 20–50 mg denně. Po zařazení bezlepkové diety do života celiaka dojde k vymizení příznaků a ke zlepšení funkce střeva. Bezlepkové potraviny se pomalu, ale jistě stávají běžně dostupným produktem ve většině obchodů.

Bezlepkovou dietu dnes dodržují nejen celiaci, ale také osoby, které si zakládají na správném stravování a chtějí pro své tělo udělat něco navíc. Bezlepková dieta je jednou z méně pohodlných diet, je finančně náročná, celiak ji musí dodržovat striktně a hlavně celoživotně.

Co je to lepek?

Gluten neboli lepek, je bílkovina rozpustná v alkoholu, nerozpustná ve vodě. Lepek se nachází v pšenici, žitě, ječmeni a v ovsu. V pšenici je až osmdesát procent bílkovin obsahujících lepek. Pro člověka s celiakií je lepek toxický. Charakteristickými vlastnostmi lepku jsou pružnost, tažnost a schopnost bobtnání. Čím více lepku, tím lepší těsto a následně i výsledný produkt.

Jak poznám, že je potravina bezlepková?

Potraviny zaručeně bezlepkové jsou označovány mezinárodním symbolem přeškrtnutého klasu. Alergeny by měly být na etiketách zvýrazněny, aby byly dobře viditelné. Označení potravin jako „může obsahovat stopy lepku“, by mělo být označením pouze preventivním, kdy uvedená složka nebyla vědomě použita, ale potravina ji přesto obsahuje nebo může obsahovat, tudíž celiak by takový produkt neměl zakoupit ani konzumovat.

Co můžu a nemůžu jíst?

| | |
|---|--|
| POTRAVINY BEZ OBSAHU LEPKU | Pohanka, proso, amarant, brambory, mléko, mléčné výrobky, sýry, smetana, maso, uzené maso jako šunka, vnitřnosti, vejce, ovoce a zelenina, ořechy, rýže, kukuřice, sója, pohanka, tuky, cukr, med, koření, sůl, pepř, čaj, kakao, turecká káva, kukuřičný škrob, víno. |
| POTRAVINY S OBSAHEM LEPKU | Pšenice, žito, ječmen, moučná jídla, moučníky, nákypy, kaše, chléb, rohlíky, housky, preclíky, krupice, kroupy, krupky, koláče, dorty, zákusky, piškoty, perník, oplatky, sušenky, palačinky, lívance, žemlovka, knedlíky s ovocem, krupicová kaše, vločky, ječný slad, strouhanka, těstoviny, špagety, nudle, makarony, knedlíky, bramborák, oves. |
| POTRAVINY SE SKRYTÝM OBSAHEM LEPKU | Paštiky, jádrovky, pomazánky, jelita, jitrnice, prejty, masové konzervy, sekané, salámy, párky, klobásy, buřty, konzervy, majonézy, ryby v tomatě, kečupy, hořčice, dressingy, tatarské omáčky, sójové omáčky, magi, masox, slepičí a zeleninový bujón, plněné čokolády, nugát, plněné bonbony, karamely, musli tyčinky, cereálie, sójové suky, sušená instantní káva, jogurtové nápoje, melta, pivo, tvrdé alkoholické nápoje, špenát, filé v kostkách, instantní bramborové kaše, kukuřičné lupínky, krokety, kypřicí prášek do pečiva, pudinky, zmrzliny, hotové zeleninové přesnídávky, polévky. |

Autor: Petra Petrláková, DiS.
Kontakt: Petra.petrlakova@email.cz
2017 Copyright ©

Zdroj: autor

Příloha J – doklad o odborném překladu



Agentura EUROPE

Bří. Štefanů 227
500 03 Hradec Králové 3

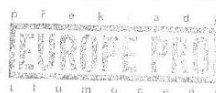
POTVRZENÍ O ZPRACOVÁNÍ ODBORNÉHO PŘEKLADU

Potvrzujeme, že překlad přiloženého dokumentu byl vyhotoven v naší překladatelské agentuře. Překlady zpracovávají zkušení překladatelé s odpovídajícím vzděláním a zkušenostmi.

V Hradci Králové dne 2. 3. 2017

Zpracovala: Monika Beková

Překlady a tlumočení s.r.l.s. jazyků
Monika Beková, IČO: 70578371



Bří Štefanů 227/5, Hradec Králové 500 03
tel.: 495 532 519, 735 600 044
fax: 495 532 935

Zdroj: autor

Příloha K – Souhlas s pořízením fotografií

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

SOUHLAS S POŘÍZENÍM FOTOGRAFIÍ

Já MUDr. Hana Junková dávám souhlas *PETŘE PETRLÁKOVĚ* k pořízení fotografií zařízení gastroenterologické ambulance v Rychnově nad Kněžnou. Dále souhlasím s použitím fotografií do bakalářské práce.

Dne: 16. 1. 2017

.....
podpis

Zdroj: autor