

IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY Z POHLEDU PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

MUDr. Petr Huvar

Gastroenterologická ambulance Nemocnice v Bílovci

Idiopatické střevní záněty (ISZ) patří mezi onemocnění s poměrně nízkou incidencí i prevalencí a v ordinacích praktických lékařů představují spíše marginální skupinu. Přesto znalost jejich klinických příznaků a projevů může přispět k časné diagnóze a zabránit vzniku závažných komplikací. Podstatným společným znakem je chronicita, ekonomická náročnost léčby, trvalá potřeba dietních a režimových úprav, které mohou mít vliv na průběh choroby či invaliditu. Obecná znalost uvedených skutečností a dobrá spolupráce s gastroenterologem významně ovlivňuje kvalitu života pacientů.

Klíčová slova: idiopatické střevní záněty, Crohnova nemoc, idiopatická proktokolitida, gastrointestinální trakt, nesteroidní antiflogistika.

Med. Pro Praxi 2007; 4(12): 506–510

Obecná charakteristika ISZ

Pojem „nespecifické chronické záněty střeva“ zahrnuje různá zánětlivá onemocnění s překrývajícími se klinickými, patofyziologickými a epidemiologickými nálezy, ale bez definitivně vyřešené etiologie. V anglické literatuře je často používán termín „inflammatory bowel disease“ IBD. Nejdůležitějšími nozologickými jednotkami je Crohnova nemoc (CD) a idiopatická proktokolitida (UC).

CD se obvykle manifestuje chronickými bolestmi břicha, febriliemi, malnutricí a průjemem. Endoskopicky nalézáme zánětlivé změny v tlustém střevě (obrázek 4). V tenkém střevě nejčastěji v oblasti terminálního ilea. Postižení horní části trávicí trubice je vzácné (2%). Postižené úseky bývají střídány úseky bez patologických změn. Typické jsou stenózy. Mezi vážné komplikace patří píštěle zevní (enterokutánní) a vnitřní (enteroenterální).

Pro UC je typická symptomatologie z postižení rekta a levé poloviny tračnicku, jako jsou tenesmy, nutkavé defekace vodnaté stolice s patologickými příměsmi.

Základním histopatologickým rozdílem obou nemocí je hloubka postižení stěny střevní. Při CD je typicky postižena stěna v celé šíři. UC pak, s výjimkou toxického megakolonu, postihuje sliznici. Postižení hlubších podslizničních vrstev často komplikuje diagnostiku, protože při klasické biopsii nebývají typické struktury mnohdy zastiženy.

Epidemiologie ISZ

U Crohnovy nemoci je patrný podstatný vzestup v posledních 60 letech zvláště ve vyspělých industriálních zemích. Sporadický výskyt v rozvojových zemích ukazuje na vliv civilizačních faktorů. Obecně je incidence asi 1,7–2 a prevalence 18–22. Postihuje rovnoměrně obě pohlaví, má dvouvrcholový výskyt s maximem mezi 15.–22. a 50.–80. rokem života. V ČR je incidence 3–5 a prevalence 10,4–42 s maximem v průmyslových oblastech 47.

Idiopatická proktokolitida je onemocněním s incidencí v ČR asi 3–5 a prevalencí 10,4–42. V průmyslových oblastech je prevalence 47 (2).

Etiopatogeneze ISZ

Obecně je zánět střevní sliznice výsledkem kaskády dějů, které vznikly jako reakce na antigen. Pravděpodobné je, že základní chyba vzniká při předkládání antigenu T lymfocytům abnormálně se chovajícími enterocyty. Zatímco za normálních podmínek by byla navozena tolerance, antigen předkládaný enterocyty vyvolává zánětlivou odpověď (2). Zvýšeně se též aktivují T „helper“ CD+ lymfocyty (5).

Na rozvoj a udržování patologických změn má vliv celá řada cytokinů, mezi nimi i nádory nekrotizující faktor, TNF α . V posledních letech je diskutován vliv střevní bakteriální flory, jako možného spouštěcího mechanismu. Nepochybně jsou přítomny i psychogenní vlivy, které nejspíše působí jako akcelerátory.

V případě Crohnovy nemoci je možno předpokládat významnější genetický podklad, jak plyne i z výzkumu jednovaječných dvojčat, které žijí v rozdílném prostředí (2). Identifikace IBD genů, které zvyšují dispoziční k manifestaci ISZ, v posledních letech pomáhá vysvětlit občas sklon k familiárnímu výskytu ISZ.

Patogenezi UC nejlépe charakterizuje dvousložková teorie, která jako primární faktor uvádí prvotní

lézi způsobenou vlastním etiologickým mechanismem, na kterou navazují druhotné změny jako je infekce a imunologické abnormality. A právě prolínání těchto složek vysvětluje periodický průběh.

Diagnostika

a diferenciální diagnostika ISZ

Pokud přistupujeme k ISZ z pohledu praktického lékaře, pak základem diagnostiky je jednoznačně klinika a anamnéza. Lékař první linie je ten, který diferencuje mezi banálním průjemovým onemocněním a chronickým střevním zánětem. Praktik je ten, který nejčastěji odesílá pacienta k vyšetření do gastroenterologické poradny. Precizní diagnostickou metodou pro obě nemoci je kolonoskopie, v případě možnosti i intubace terminálního ilea, s odběrem biptických vzorků. Standardně doplňujeme laboratorní vyšetření a ultrasonografií. Pro diagnostiku UC obvykle dostačuje endoskopické vyšetření dolní části trávicí trubice. Pokud nás diagnostické úvahy vedou k diagnóze CD, pak je nutné vyšetření gastroduodenoskopické a obvykle také enteroklýza. Pokud se onemocnění CD komplikuje tvorbou píštělí, přistupujeme k fistulografii a magnetické rezonanci zvl. u píštělí vnitřních, entero-enterálních.

Hodnocení biptických vzorků patologem nemá pro stanovení diagnózy obvykle význam zásadní, ale spíše podpůrný. Při UC bývá pro diagnostiku přínosem nález kryptových abscesů, které vzniká-

Tabulka 1. Endoskopické a zobrazovací vyšetřovací metody

Endoskopické metody	Rektoskopie	Distální tvary UC a CD	
	Kolonoskopie		
	Gastroskopie	Projevy CD v horní části GIT	
	Endosonografie	Projevy CD zvláště v anorektální oblasti	
Radiodiagnostika	Ultrasonografie	Jaterní léze u sklerozující cholangitidy	Nutno i ERCP
	Sonoenteroklýza	CD stenózy tenkého střeva	
	CT enteroklýza	Fistuly zvl. enteroenterální u CD	
	Irrigografie		
	Fistulografie		
	Magnetická rezonance	Fistuly zvl. enteroenterální u CD	

jí nahromadění polymorfonukleárních leukocytů ve žlázkách. Pro CN bývají typické nekaseifikující granulomy s epitelioidními buňkami, nebo častěji kombinace lymfoidní hyperplazie a fibrózy. Při standardních odběrech biopsie při endoskopii je nález typických změn spíše výjimečný, naopak v resekátech střeva je to nález obvyklý.

Diferenciální diagnostika v první linii spočívá v maximálně efektivním zhodnocení a interpretaci anamnestických údajů a fyzikálního vyšetření při minimální možnosti využití laboratorních a zobrazovacích metod. Smyslem je zhodnocení závažnosti stavu, stanovení algoritmu následných vyšetření, případně nastavení léčby.

Diferenciální diagnostika jednotlivých typů střevních zánětů bývá již záležitostí gastroenterologa. Z velkého množství nozologických jednotek jsou uvedeny jen klinicky významnější. Společným znakem všech je průjem obvykle s přítomností patologických příměsí.

Na významu nabývá zejména pseudomembranózní kolitida v souvislosti s protrahovanou léčbou antibiotiky.

Vyšší výskyt parazitárních kolitid je dán zřejmě stoupající migrací. Mykotické a kryptosporidiózní záněty pak souvisí s imunodeficitními stavy navozenými farmaky a také s výskytem AIDS.

Poznámky k endoskopickému vyšetření u ISZ

Indikace k endoskopickému vyšetření je nejčastěji v rukou lékaře první linie a ambulantních specialistů jiné odbornosti. Na jejich komunikačních schopnostech mnohdy záleží, zda je pacient vyšetření ochoten podstoupit, či zda se mu raději vyhne. Správná edukace předpokládá znalost metody, obvyklých indikací a kontraindikací. Pro odpovídající výtěžnost je potřebná dobrá příprava a spolupráce pacienta.

Gastroskopické vyšetření bývá pacienty obvykle lépe snášeno, obvyklá délka činí 3–5 minut. Není potřebná zvláštní příprava s výjimkou lačnění (doporučuje se od půlnoci nejíst, nepít a nekouřit). Endoskopující by měl být upozorněn na medikaci antikoagulancií, záchvatovité neurologické onemocnění a také duševní poruchy u vyšetřovaného.

Kolonoskopické vyšetření je pro pacienta poněkud náročnější a jeho úspěšnému provedení je nutná příprava, která spočívá v dokonalém vyprázdnění tračníku, nebo alespoň jeho levé poloviny – pokud je indikována sigmoideoskopie. Výkon trvá nejčastěji od 10 do 40 minut a pacienti nejhůře snášejí insuflaci vzduchu, která je však nezbytná. Příprava se nejlépe provádí v domácím prostředí vyšetřovaného nejčastěji fosfátovými roztoky nebo Fortransem. Pro vy-

Tabulka 2. Vybrané klinické symptomy a diagnózy

Příznak	Diagnóza ISZ	Diagnóza GIT mimo ISZ	Diagnóza mimo GIT, farmakoterapie
Průjem	UC i CD	Akutní infekční gastroenteritida a kolitida, defekt laktázy, divertikulóza, dráždivý tračník, poradiační kolitida	Diabetes mellitus, tyreotoxikóza, antisekretorika, perorální antidiabetika
Zácpa	Někdy předávkování mesalazinu, stenóza u CD	Tumory levého tračníku, divertikulóza, funkční obstrukce	Diabetes mellitus, hypotyreóza, ileus mechanický i paralytický, antiepileptika, antiparkinsonika, diuretika, vápník
Enterorhagie	UC i CD	Hemeroidy, tumory, anální fisury, divertikulitida, ischemická kolitida, poradiační kolitida	Urémie, hemobilie, NSAID, warfarin
Bolesti v epigastriu a hypochondriích	UC i CD (častěji CD)	Peptický vřed, gastroduodenitida, cholelitiáza, tumory jater a žlučových cest, ischemická kolitida	Vertebrogenní syndromy, brániční kýly, perisplenitida, spodní infarkt myokardu
Bolesti v mesogastriu	UC i CD	Pankreatitida, tumory pankreatu	Vertebrogenní syndromy, adnexitida, gynekologické a urologické tumory
Bolesti v P hypogastriu	UC i CD (častěji CD)	Appendicitida, tumor ceka	Vertebrogenní syndromy
Bolesti ve středním a L hypogastriu	UC i CD (častěji UC)	Divertikulitida, divertikulóza, poradiační kolitida, tumory rektosigmatu	Cystitida, vertebrogenní syndromy

Tabulka 3. Vybrané druhy klinicky významnějších kolitid

Skupina	Klinická jednotka	Etiologie	Poznámka
ISZ	Crohnova nemoc	Plně nevysvětlená, autoimunní	
	Idiopatická proktokolitida	Plně nevysvětlená, autoimunní	
	Kolagenní kolitida	Plně nevysvětlená, porucha migrace fibroblastů	
	Eozinofilní kolitida		
Ostatní kolitidy nejasného původu - mikroskopické	Lymfocytární kolitida	Plně nevysvětlená, infiltrace stěny střeva lymfocyty	
	Přechodná kolitida	Plně nevysvětlená, vs. infekční	<i>Campylobacter jejuni</i> vs.
	Multifokální kolitida	Plně nevysvětlená, vs. infekční	
	Ischemická kolitida		
Kolitidy z endogenních příčin	Linitis plastica	Abnormální reakce fibroblastů na karcinom	Minimální nádor, nepoměrná produkce vaziva
	Kolitida při seronegativní revmatoidní artritidě		Imituje Crohnovu nemoc
	Bechetův syndrom	Plně nevysvětlená, autoimunní	Penetrující vředy ileoceka
	Poléková kolitida		NSAID, H2 blokátory, amitriptilin, antibiotika...
Kolitidy z exogenních příčin		ATB, plně nevysvětlená	Pseudomembranózní kolitida, <i>Clostridium difficile</i> nemusí být přítomno
	Poradiační kolitida		Odstup i léta od ozáření
	Obstrukční kolitida	Dekubitální mechanismus tlakem nádoru	Postižení orální od překážky, imituje UC
	Diverzní kolitida	Porucha výživy střeva	V úsecích vyřazených z činnosti po operaci
Bakteriální kolitidy (velmi frekventní, zde uvedeny jako doplněk pro diferenciální diagnostiku)	Salmonelové a další kolitidy		Vzhledem k typickému akutnímu průběhu nebývá problém v diferenciální dg ISZ
	Clostridiové kolitidy		Často <i>Clostridium difficile</i> , po léčbě antibiotiky

NSAID – nesteroidní antiflogistika

Tabulka 4. Extraintestinální manifestace IBD závislé na aktivitě IBD (2)

Orgán	Symptom	Výskyt
Kůže	Erythema nodosum, pyoderma gangrenosum	UC 2–35 %, CD 9–23 %
Sliznice	Pyostomatitis vegetans	ISZ 19 %
Pohybový aparát	migrující artritidy, vzácně spodylitydy	UC 0–45 %, CD 3–42 %
Oči	Iritis, konjunktivitis, episcleritis	ISZ 10 %
Cévy	Flebotrombóza, trombembolická nemoc, vzácně arteriální okluze	

Tabulka 5. Extraintestinální manifestace IBD nezávislé na aktivitě IBD (2)

Orgán	Symptom	Výskyt
Játra a žlučový systém	Sklerozující cholangitida	UC 1–4 %
Pohybový aparát	Ankylozující spondylitida, sakroileitida	
Ledviny	Hydronefróza (kalkulo i akalkulózní), nefrolitiáza	
Plíce	Alveolitydy, recidivující výpotky a infiltráty	
Srdce	Perikarditida, myokarditida	
Nezařazené	Amyloidóza, myopatie, tyreopatie, extrapyramidový syndrom, osteopenie, osteoporóza	

prázdnění levé poloviny tračníku používáme obvykle Yal. Přípravu k totální koloskopii indikujeme 1 den před vlastním vyšetřením. Při vyšetření levé části tračníku pak provádíme vyprázdnění těsně před výkonem. Běžnou součástí endoskopických vyšetření jsou dnes terapeutické výkony, jako polypektomie, biopsie, stavění krvácení apod., a to většinou neplánovaně jako součást původně diagnostického výkonu, méně často plánovaně. Pacienty není nutno nijak zvlášť připravovat, jen v anamnéze pátráme po krvácivých stavech a antikoagulační terapii. Pokud je výkon plánován, pak vyšetřujeme Quickův čas a krevní obraz.

Typické laboratorní nálezy a abnormity u ISZ

Úvodem je třeba říci, že zatím neexistuje spolehlivý marker, který by měl dostatečnou specifitu a sensitivitu ke stanovení diagnózy ISZ. Většina rutinně prováděných vyšetření nás informuje o aktivitě nemoci, případně o stavu nutrice a karenci jednotlivých elementů.

Obecně platí, že případně CD bývají laboratorní odchylky přítomny vždy (zvláště zvýšená sedimentace) a není lineární korelace se stupněm postižení. U UC je tato závislost vyjádřena více. K základním

vyšetření posuzujícím aktivitu onemocnění řadíme vyšetření sedimentace, stanovení C reaktivního proteinu, vyšetření krevního obrazu s diferenciálním rozpočtem leukocytů. Stanovení spektra bílkovin a hladin liposolubilních vitaminů užíváme k diagnostice malnutrice. Vyšetření moči a sedimentu, kultivace moči a stolice pak k diagnostice infekčních komplikací. Mnohé dnes doporučované vyšetřovací metody, jako nejúčinnější autoprotilátky (s výjimkou ANCA, která umožní často odlišit UC, kdy je pozitivní až 80 % případů, od CD, kdy je negativní), průkazy bakteriálních antigenů, náročná imunologická vyšetření atp. nemají v diagnostice ISZ pro praktické lékaře větší význam, prodražují diagnostiku, zvláště pokud jsou součástí tzv. „laboratorních vyšetřovacích panelů“.

Endoskopické nálezy u ISZ

Pro CD je charakteristické segmentální, regionální, postižení střeva, kdy se střídají postižené a nepostižené úseky.

UC charakterizuje postižení rekta a aborálního tračníku v různém rozsahu, od několika centimetrů nad rektum až po vyústění tenkého střeva při pankolitidě. I z praktického hlediska je výhodné vymezit tvar distální (rektum event. rektum a colon sigmoide-

Tabulka 6. Znamé rizikové faktory zhoršující průběh ISZ

Zhoršující faktó	Klinická jednotka	Poznámka
Kouření	Crohnova nemoc	Nezhoršuje průběh u UC
Hormonální kontracepce	ISZ	Mohou navodit relaps a zhoršit průběh
ATB	ISZ	Mohou navodit relaps např. aminoglykosidy
NSAID	ISZ	Mohou navodit relaps a zhoršit průběh
Interkurentní infekce	ISZ	Mohou navodit relaps a zhoršit průběh
Psychická zátěž	ISZ	Mohou navodit relaps a zhoršit průběh

um), levostranný a extenzivní (tedy orálně od lienálního flexury až do totálního postižení tračníku).

U obou onemocnění nacházíme vředy, vysokou fragilitu sliznice, která někdy spontánně krvácí, vymizení cévní kresby, hlenohnisavé povlaky. Častěji u UC bývají přítomny zánětlivé polypy. Nález ústí pístěle u CD je spíše výjimečný.

Klinické projevy ISZ

K základním projevům Crohnovy nemoci patří triáda tvořená průjmem, bolestmi břicha a váhovým úbytkem, přičemž každý z těchto příznaků může dominovat (2). Výskyt uvedených symptomů bývá závislý na lokalizaci onemocnění a jeho aktivitě. CD může postihovat kteroukoli část trávicí trubice s predilekčním výskytem v oblasti ileocekální. Tenké střevo bývá obvykle postiženo častěji než tračník mimo céka, jak ukazuje obrázek 4.

Idiopatickou proktokolitidu charakterizují 2 příznakové soubory – rektální a kolitický syndrom, kdy první uvedený je charakterizován tenesmy s odchodem malého množství stolice či krvavého hlenu. Je známkou distálního postižení. Druhý, kolitický, syndrom charakterizují četné vodnaté stolice opět s patologickou příměsí v počtu 20 i více za den.

Průběh může být intermitující (s úpravou klinikou i endoskopickou v klidovém období a relapsy méně než 1x za rok), remitující (s nekompletní kli-

Obrázek 1. Postižení trávicí trubice u CN, aftoidní vřidek rekta



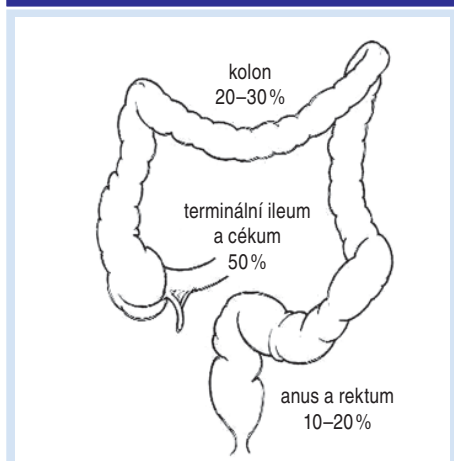
Obrázek 2. Postižení trávicí trubice u UC – tubulizovaný úsek sigmoidu



Obrázek 3. Postižení trávicí trubice u UC – zánětlivý polyp



Obrázek 4. Postižení trávicí trubice u CD



nickou i endoskopickou remisí a relapsy více než 1x za rok), chronický a perakutní. K nejzávažnějším komplikacím patří rozvoj toxického megakolon s nezhlednou letálními zakončením. Malignizace nejspíše připadá v úvahu při dlouhé době trvání (15–20 let) a při přítomnosti sklerozující cholangitidy.

Společným znakem obou nemocí jsou také extraintestinální manifestace. Jedná se o různé mimostřevní symptomy, které se vyskytují u pacientů s ISZ až ve 46 %, dříve uváděný údaj asi 21 % mi připadá bližší realitě (2). Mohou být závislé na aktivitě onemocnění (tabulka 4), nebo perzistující, na aktivitě ISZ nezávislé (tabulka 5)

Terapie ISZ

Léčebné schéma se liší podle závažnosti, lokalizace a přítomnosti extraintestinální manifestace. Základem je vždy farmakoterapie, na kterou může, v indikovaných případech, navázat léčba chirurgická.

Základním lékem, zastoupeným prakticky ve všech schématech je nyní mesalazin, který je možno použít v monoterapii lehkých a mírně závažných forem.

Komplexní protizánětlivý účinek mesalazinu bývá u rezistentnějších a aktivních forem vhodně doplněn imunosupresivně působícími steroidními hormony, které jsou nyní i ve formách místně působících, jako například budesonid. Zvláště u Crohnovy nemoci je však nutno pamatovat na její systémovou povahu. Mezi imunosupresivní léčiva řadíme dále azathioprin, metotrexat a atypické antibiotikum cyklosporin A.

Již několik let je u nás používána i biologická léčba imunomodulačními protilátkami proti TNF.

Velký boom nyní zažívají probiotika, která mají bránit kolonizaci zánětem postiženého střeva patogenní mikroflórou – clostridia, mycobakteria, kvasinky atd.

Antibiotika, obvykle chinolony a metronidazol, mají významnou úlohu zvláště v obdobích relapsů.

Tabulka 7. Orientační nákladnost léčby u vybraných preparátů (2)

Název látky	Obvyklé denní dávky	Dávka	Přibližné náklady na 1 měsíc v Kč	Cena léčby Kč
Sulfasalazin	3 g	3 g	730	
Mesalazin	1–3 g	1,5 g	650	
	1–3 g	2 g	850	
	1–3 g	3 g	1 300	
Mesalazin mikrogranule	1–3 g	1,5 g	1 150	
	1–3 g	3 g	2 100	
Prednison	5–60 mg	7,5 mg	65	
Azathioprim	100–200 mg	50 mg	500	
		100 mg	300	
Infliximab	3 infuze	5 mg/kg		185 000
	Kontinuální léčba co 8 týdnů	5 mg/kg	26 500	

Radikální chirurgická léčba přichází v úvahu u UC, kde spočívá v totální kolektomii a vytvoření neorekta. Lze ji považovat za kurativní a zvláště u mladších pacientů může zásadním způsobem pozitivně ovlivnit kvalitu života.

Léčbu ISZ by měl indikovat a moderovat gastroenterolog.

Terapie ISZ

z pohledu lékaře první linie

Praktický lékař by měl respektovat specialistou nastavenou terapii a bedlivě sledovat klinický stav pacienta v době mezi dispenzárními kontrolami a při projevech zvýšené aktivity onemocnění pak neprodleně odeslat k odbornému vyšetření. Mezi obvyklé známky aktivity u CD patří febrilie spojené s bolestmi břicha, plynatost, enterorhagie. Zvýšená aktivita UC se projevuje často dyschezíí, tenesmy, enterorhagií.

Úloha praktického lékaře

v dispenzární péči u ISZ

Tkví ve spolupráci s gastroenterologem. Základem je pochopení závažnosti a chronicity onemocnění pacientem. Delší remise nezřídka vyvolává i u poučeného pacienta pocit nepotřebnosti další léčby a vede obvykle k bouřlivým relapsům. O „non-complianci“ se hovoří až u 47 % pacientů s diagnózou ISZ. I zde se uplatní role praktického lékaře jako koordinátora a edukátora.

Režimová a dietní opatření u nemocných s ISZ

Spočívají zvláště v pravidelném denním režimu, pravidelném cyklu bdění a spánku, dobré hydrataci a v optimalizovaném režimu příjmu vhodné stravy. V dietě se u ISZ obecně, zvláště pak v období aktivity, snažíme omezit množství rostlinných zbytků v potravě, a to i jinak obecně doporučované vlákniny. V obdobích zvýšené aktivity je často nutné použití bezsezbytkové enterální diety, v dnešní době nejčastěji formou sippingu (mnohé lze zakou-

pit i bez receptu). Pacientům doporučujeme multivitaminové preparáty obsahující i liposolubilní vitaminy komplexu ADEK. Effervescentním lékovým formám se spíše vyhýbáme (zde ADEK komplex málo zastoupen).

Některé ekonomické aspekty léčby ISZ

ISZ patří mezi nemoci s protražovaným průběhem. Léčba trvá obvykle od stanovení diagnózy po zbytek života. Léčebná schémata se liší podle aktuálního stavu – relaps, remise, komplikace.

Průměrné léčebné náklady jsou uvedeny v tabulce 7.

Jak plyne z výše uvedené tabulky 7, je léčba ISZ značně náročná, zvláště pokud si uvědomíme prodloužený průběh a prvozáchyt často u starších dětí.

Náklady na komplikované formy onemocnění mohou být řádově vyšší než léčba stabilních forem.

Samostatnou kapitolu léčebných nákladů tvoří hospitalizace a chirurgické výkony, kdy měsíční léčba na standardním interním lůžku převyší roční náklady na ambulantní léčbu a operace pak již tak vysoké částky násobí.

Strmý nárůst léčebných výloh představuje i lázeňská léčba mnohdy se sporným výsledkem.

Posuzování průběhu ISZ

Zde je obvykle hodnocena tíže onemocnění a jeho vliv na omezení pracovní schopnosti, společenského uplatnění. Při posuzování průběhu ISZ popisujeme následující stupně: 1. stav dobrý, bez omezení pracovní schopnosti, 2. stav snesitelný, jako lehké omezení určitých pracovních úkonů, 3. stav špatný, kdy není předpoklad soustavné práce (2). Je nutno přihlídnout vždy ke konkrétní, pacientem vykonávané, pracovní činnosti, kdy mnohdy fyzicky náročné zaměstnání s dostupností WC a hygienickým zázemím je tolerováno lépe, než lehká administrativní práce, kde WC není dostupné např. pro souvislou dlouhý jednání.

Závěr

Diagnostika, léčba ani dispenzarizace se neobejde bez úzké spolupráce praktika s gastroenterologem. Jedině koordinovaný postup s důrazem na

dodržování farmakoterapie, režimových a dietních opatření je pro pacienty nadějí na dlouhodobě přijatelnou kvalitu života navzdory chronickému onemocnění.

MUDr. Petr Huvar

Gastroenterologická ambulance
17. listopadu 538, 743 01 Bílovec
e-mail: p.huvar@seznam.cz

Literatura

1. Klener P. et al. Vnitřní lékařství. Praha: Galén 2001: 481–487.
2. Kohout P. Možnosti neinvazivního vyšetřování tenkého střeva. Praha: Galén 2002.
3. Lukáš K. Idiopathické střevní záněty. Praha: Triton 1999.
4. Lukáš M. Idiopathické střevní záněty: nejistoty, současné znalosti a klinický přístup. Praha: Galén, 1998.
5. Mařatka Z. Gastroenterologie. Praha: Nakladatelství Karolinum 1999: 247–276.