

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Eliška Vaníčková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: B0915P360008

Eliška Vaníčková

Studijní obor: Fyzioterapie

**ÚLOHA FYZIOTERAPEUTA PŘI LÁZEŇSKÉ LÉČBĚ
GASTROENTEROLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: prim. MUDr. Ladislav Špišák, CSc.

PLZEŇ 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 3. 2023

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Vaničková Eliška

Katedra: Katedra rehabilitačních oborů

Název práce: Úloha fyzioterapeuta při lázeňské léčbě gastroenterologických onemocnění

Vedoucí práce: prim. MUDr. Ladislav Špišák, CSc.

Počet stran – číslované: 62

Počet stran – nečíslované: 33

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 51

Klíčová slova: komplexní lázeňská léčba, trávicí trakt, Crohnova nemoc, ulcerózní kolitida

Souhrn:

Hlavním cílem této bakalářské práce je zhodnotit účinnost komplexní lázeňské léčby gastroenterologických onemocnění a snažit se o její včasější zařazení do léčebného procesu. Práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části je popsána stručná historie, vybraná onemocnění trávicího traktu a procedury komplexní lázeňské léčby. Praktická část obsahuje kvalitativní výzkumné šetření v podobě kazuistik, kterého se zúčastnili 3 muži a 3 ženy ve věku od 27 do 70 let. U třech pacientů byla diagnostikována Crohnova nemoc a u třech ulcerózní kolitida. Délka výzkumného šetření probíhajícího v Rehab & Medical Clinic SAVOY WESTEND byla stanovena na 3 týdny. Součástí jednotlivých kazuistik byla anamnéza, fyzikální vyšetření, orientační modifikovaný svalový test břišních svalů a dotazníkové šetření. Hlavním ukazatelem účinku komplexní lázeňské léčby je snížení průměrného počtu stolic, subjektivní snížení pocitu plnosti a nadýmání a zvýšení svalové síly břišních svalů během lázeňského pobytu. Na základě dat získaných z výzkumného šetření byly částečně potvrzeny obě stanovené výzkumné otázky. Z toho vyplývá, že komplexní lázeňská léčba gastroenterologických onemocnění a její včasější zařazení do léčebného procesu mají své opodstatnění.

Abstract

Surname and name: Vaníčková Eliška

Department: Department of rehabilitation sciences

Title of thesis: The role of a physiotherapist in spa treatment of gastroenterological diseases

Consultant: prim. MUDr. Ladislav Špišák, CSc.

Number of pages – numbered: 62

Number of pages – unnumbered: 33

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 51

Keywords: complex spa treatment, digestive tract, Crohn's disease, ulcerative colitis

Summary:

The main aim of this bachelor thesis is to evaluate the effectiveness of complex spa treatment of gastroenterological diseases and to try to include it in the treatment process earlier. The thesis consists of theoretical and practical parts. In the theoretical part a brief history, selected digestive tract diseases and procedures of complex spa treatment are described. The practical part includes a qualitative research investigation in the form of case studies, in which 3 men and 3 women aged between 27 and 70 years participated. Three patients were diagnosed with Crohn's disease and three with ulcerative colitis. The length of the research investigation ongoing at the Rehab & Medical Clinic SAVOY WESTEND was set for 3 weeks. The individual case studies included a medical history, physical examination, orientation modified abdominal muscle test and a questionnaire survey. The main indicators of the effect of the complex spa treatment were a reduction in the average number of stools, a subjective reduction in the feeling of fullness and bloating, and an increase in abdominal muscle strength during the spa treatment. Based on the data gathered from the research investigation, the two research questions were partially confirmed. This implies that complex spa treatment of gastroenterological diseases and its earlier inclusion in the treatment process have their justification.

Poděkování

Děkuji prim. MUDr. Ladislavovi Špišákovi, CSc. za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a materiálních podkladů. Dále děkuji Rehab & Medical Clinic SAVOY WESTEND za poskytnutí zázemí a možnost provedení výzkumného šetření pro tuto práci.

Obsah

| | |
|--|----|
| SEZNAM GRAFŮ | 10 |
| SEZNAM TABULEK | 11 |
| SEZNAM ZKRATEK | 12 |
| ÚVOD..... | 14 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 15 |
| 1 HISTORIE ČESKÝCH LÁZNÍ | 15 |
| 1.1 Historie lázní v Karlových Varech | 15 |
| 1.2 Historie dalších Českých lázní zaměřených na léčbu GIT | 16 |
| 1.3 Historie lázeňství zaměřeného na GIT ve světě..... | 16 |
| 1.3.1 Současná léčba trávicího traktu ve světě | 17 |
| 1.4 Rozdíly mezi lázeňstvím u nás a ve světě..... | 17 |
| 2 ANATOMIE | 18 |
| 2.1 Gastrointestinální trakt..... | 18 |
| 2.2 Játra a žlučové cesty | 18 |
| 2.3 Slinivka břišní | 18 |
| 3 DYSPEPSIE | 19 |
| 3.1 Klasifikace | 19 |
| 3.2 Funkční dyspepsie horního typu | 20 |
| 3.3 Funkční dyspepsie dolního typu | 20 |
| 3.3.1 Patogeneze | 20 |
| 3.4 Diagnostika a léčba dyspepsie | 21 |
| 4 VYBRANÁ ONEMOCNĚNÍ V GASTROENTEROLOGII | 22 |
| 5 ONEMOCNĚNÍ JÍCNU | 23 |
| 5.1 Refluxní choroba jícnu..... | 23 |
| 5.1.1 Diagnostika..... | 23 |
| 5.1.2 Léčba a fyzioterapeutické postupy | 24 |
| 5.1.3 Komplikace..... | 24 |
| 6 ONEMOCNĚNÍ ŽALUDKU | 25 |
| 6.1 Gastritida..... | 25 |
| 6.1.1 Diagnostika..... | 26 |
| 6.1.2 Léčba a fyzioterapeutické postupy | 26 |
| 6.2 Peptický vřed | 26 |
| 6.2.1 Diagnostika..... | 27 |
| 6.2.2 Léčba a fyzioterapeutické postupy | 27 |
| 7 ZÁNĚTLIVÁ ONEMOCNĚNÍ STŘEV | 28 |
| 7.1 Crohnova nemoc | 28 |

| | | |
|-------|--|----|
| 7.1.1 | Diagnostika..... | 28 |
| 7.1.2 | Léčba a fyzioterapeutické postupy | 29 |
| 7.2 | Ulcerózní kolitida | 29 |
| 7.2.1 | Diagnostika..... | 30 |
| 7.2.2 | Léčba a fyzioterapeutické postupy | 30 |
| 8 | LÁZEŇSKÁ LÉČBA GASTROENTEROLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ..... | 32 |
| 8.1 | Úloha fyzioterapeuta..... | 33 |
| 8.2 | Pitná léčba..... | 33 |
| 8.3 | Léčebná výživa | 34 |
| 8.4 | Vodoléčba | 34 |
| 8.5 | Peloidní léčba..... | 35 |
| 8.6 | Pohybová léčba | 36 |
| 8.7 | Masáže | 36 |
| 8.8 | Zásady léčebného režimu..... | 37 |
| | PRAKTICKÁ ČÁST | 38 |
| 9 | CÍLE A ÚKOLY PRÁCE..... | 38 |
| 9.1 | Dílčí cíle práce | 38 |
| 9.2 | Úkoly práce..... | 38 |
| 10 | VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 39 |
| 11 | CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU | 40 |
| 12 | METODIKA PRÁCE | 42 |
| 13 | KAZUISTIKA 1 | 44 |
| 14 | KAZUISTIKA 2 | 48 |
| 15 | KAZUISTIKA 3 | 51 |
| 16 | KAZUISTIKA 4 | 55 |
| 17 | KAZUISTIKA 5 | 59 |
| 18 | KAZUISTIKA 6 | 62 |
| 19 | VÝSLEDKY PRÁCE | 65 |
| 20 | DISKUZE | 70 |
| 20.1 | Výzkumná otázka 1 | 70 |
| 20.2 | Výzkumná otázka 2 | 72 |
| | ZÁVĚR..... | 74 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ..... | 76 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 83 |
| | PŘÍLOHY | 84 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|--|----|
| Graf 1 Souhrnný přehled průměrného počtu stolic | 65 |
| Graf 2 Průměrný počet stolic denně na začátku a na konci KLL | 66 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 Průměrný počet stolic na začátku a na konci KLL..... | 46 |
| Tabulka 2 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na začátku KLL..... | 46 |
| Tabulka 3 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na konci KLL..... | 46 |
| Tabulka 4 Průměrný počet stolic na začátku a na konci KLL..... | 50 |
| Tabulka 5 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na začátku KLL..... | 50 |
| Tabulka 6 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na konci KLL..... | 50 |
| Tabulka 7 Průměrný počet stolic denně na začátku a na konci KLL..... | 53 |
| Tabulka 8 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na začátku KLL..... | 53 |
| Tabulka 9 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na konci KLL..... | 53 |
| Tabulka 10 Průměrný počet stolic denně na začátku a na konci KLL..... | 57 |
| Tabulka 11 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na začátku KLL..... | 57 |
| Tabulka 12 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na konci KLL..... | 58 |
| Tabulka 13 Průměrný počet stolic denně na začátku a na konci KLL..... | 61 |
| Tabulka 14 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na začátku KLL..... | 61 |
| Tabulka 15 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na konci KLL..... | 61 |
| Tabulka 16 Průměrný počet stolic denně na začátku a na konci KLL..... | 64 |
| Tabulka 17 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na začátku KLL..... | 64 |
| Tabulka 18 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na konci KLL..... | 64 |
| Tabulka 19 Souhrnný přehled průměrného počtu stolic..... | 65 |
| Tabulka 20 Průměrný počet stolic denně na začátku a na konci KLL rozdělený dle onemocnění..... | 66 |
| Tabulka 21 Zhodnocení subjektivních potíží pacientů na začátku KLL..... | 67 |
| Tabulka 22 Zhodnocení subjektivních potíží pacientů na konci KLL..... | 67 |
| Tabulka 23 Výsledky orientačního svalového testu břišních svalů na začátku KLL..... | 68 |
| Tabulka 24 Výsledky orientačního svalového testu břišních svalů na konci KLL..... | 69 |

SEZNAM ZKRATEK

| | | |
|-------------|-------|--|
| % | ..... | symbol procenta |
| °C | ..... | stupeň Celsia, jednotka teploty |
| ADL | ..... | activities of daily living, běžné denní činnosti |
| cca | ..... | cirka, přibližně |
| CMP | ..... | cévní mozková příhoda |
| CN | ..... | Crohnova nemoc |
| CRP | ..... | C-reaktivní protein |
| DKK | ..... | dolní končetiny |
| DM II. typu | ..... | diabetes mellitus II. typu |
| GIT | ..... | Gastrointestinální trakt |
| HCl | ..... | kyselina chlorovodíková |
| HK | ..... | horní končetina |
| HKK | ..... | horní končetiny |
| ICHS | ..... | ischemická choroba srdeční |
| IM | ..... | infarkt myokardu |
| KLL | ..... | komplexní lázeňská léčba |
| kPa | ..... | kilopascal |
| LDK | ..... | levá dolní končetina |
| LTV | ..... | léčebná tělesná výchova |
| m | ..... | musculus, sval |
| NSAID | ..... | nesteroidní antiflogistika |

OA.....osobní anamnéza
pH.....potenciál vodíku
PNC.....penicilin
RTG.....rentgenové vyšetření
Th/L.....thoracolumbální přechod
tzv.....takzvaný/takzvaně
UK.....ulcerózní kolitida
vit.....vitamin

ÚVOD

Onemocnění trávicího traktu patří mezi civilizační nemoci. Řadíme mezi ně především zhoubná onemocnění a autoimunitní záněty střev, mezi které patří Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. Tato onemocnění jsou nejčastěji diagnostikovaná mezi patnáctým a třicátým rokem věku (Lukáš a Urban, 2016). V praktické části jsme se vzhledem k rozsáhlé tématice v oblasti gastroenterologie rozhodli zaměřit právě na tato zánětlivá střevní onemocnění, která řadíme do skupiny nespecifických chronických zánětů s neznámou příčinou vzniku. Crohnova nemoc se může projevit ve kterékoliv části gastrointestinálního traktu. Ulcerózní kolitida postihuje difuzně sliznici tlustého střeva. Typickými příznaky těchto onemocnění jsou průjem a akutní či chronické exacerbace. Vzhledem k jejich neznámé příčině je léčba symptomatická se snahou nastolení a udržení remise (Špišák a kol., 2010).

Téma bakalářské práce bylo vybráno z důvodu stále se zvyšujícího počtu pacientů, u kterých je diagnostikované zánětlivé onemocnění střev. Existuje mnoho aktuálních studií, které potvrzují, že se jejich prevalence zvyšuje. Xu a kol. (2021) udává, že mezi lety 2001 – 2018 došlo k nárůstu prevalence těchto onemocnění u všech etnických skupin. Collaborators, (2020) ve své studii poukazují na to, že stoupající prevalence v nadcházejících letech může způsobit sociální a ekonomickou zátěž pro vládu a zdravotnický systém.

Pacienti s gastroenterologickým onemocněním jsou indikováni k lázeňské léčbě gastroenterology nebo lékaři rehabilitační a fyzikální medicíny. Ti vycházejí z indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé v indikační skupině III. – nemoci trávicího ústrojí (V zákonu č. 1/2015 Sb., 2020).

Léčebné lázně slouží jako forma terapie zařazená do dlouhodobého rehabilitačního plánu. Komplexní lázeňská léčba poskytuje pacientům odbornou edukaci v oblasti prevence a léčby. Napomáhá ke správné životosprávě, vhodné pohybové aktivitě a k nastolení režimu, který pacientům pomáhá se znovuzačleněním do společnosti a se zvládnutím potíží, které se pojí s jejich onemocněním. Vliv jednotlivých procedur nelze přesně určit, proto v rámci lázeňské léčby hovoříme o komplexní lázeňské léčbě a jejich účincích, které se prolínají a kumulují. Cílem práce je na základě dílčích cílů zhodnotit účinnost komplexní lázeňské léčby na zánětlivá střevní onemocnění.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE ČESKÝCH LÁZNÍ

Českomoravské lázeňství se vyvíjelo mnoho let, proto není divu, že patří k nejvyspělejším na světě. Je to dáno zejména tím, že se u nás vyskytuje mnoho minerálních pramenů. Těžba nerostných surovin a jiné zásahy do přírody jsou důvodem snižování jejich počtu. Lázně u nás patří spíše k mladším, jelikož dříve docházelo k rozvoji lázeňství například v jižní Evropě či v zemích středomořské oblasti. Velký rozkvět především západočeského lázeňství nastal v 19. století (Jakubíková a kol., 2019; Špišák a kol., 2010).

Dějiny lázeňství lze zkoumat díky archeologickým nálezům starých pramenů, pomníků či bazénů. Obrazový materiál mající vztah k lázeňství můžeme mimo jiné nalézt i v bibli krále Václava IV. Zlatým věkem českomoravského lázeňství bylo 18. a 19. století, kdy se zřizovaly lázně u každého kvalitnějšího pramene. Hlavní důvodem byla především vidina brzkého zbohatnutí. Kromě šlechty, měst a obcí se do zakládání zapojovala též katolická církev, jež zřizovala kostely a kaple u tzv. zázračných léčivých studánek. V těchto dobách se společenská a politická situace země zrcadlila právě v lázních (Jakubíková a kol., 2019; Špišák a kol., 2010).

1.1 Historie lázní v Karlových Varech

Karlovy Vary byly založeny v roce 1349 českým králem Karlem IV. Významnou osobností, která se podílela na rozvoji, a modernizaci byl Dr. David Becher. Patřil k předním lékařům ve městě a mimo jiné přišel s mnoha nápady jak rozšířit terapeutické metody související s prameny. Kolem roku 1772 přichází do Karlových Varů nová éra léčby, která je založená na chemické analýze vod. Díky tomuto pokroku se karlovarská léčba gastroenterologických a metabolických onemocnění stává vzorem pro většinu Evropy. Další významnou osobností, spojenou s lázněmi byl slavný německý básník Johann Wolfgang von Goethe, který je proslavil tím, že se zde opakovaně léčil a lázně se staly inspirací v mnoha jeho dílech (Fischer, 2008; Kolominský, 1967; Špišák a kol., 2010).

Na mimořádné architektuře se zde podíleli Ferdinand Fellner a Hermann Helmer, kteří se mimo jiné zasloužili o výstavbu Tržní a Sadové kolonády. O karlovarské léčbě byl

roku 1522 vydán první vědecký spis „Tractatus de Thermis Caroli“ lékařem Václavem Payerem. Další zmínka o Karlových Varech je v knize z roku 1580, kterou vydal v Olomouci Tomáš Jordán z Klausenburku (Fischer, 2008; Kolominský, 1967; Špišák a kol., 2010).

Prameny v Karlových Varech tvoří dešťová voda, která z okolních lesů prosakuje malými trhlinami v půdě do hloubky 2 000 – 5 000 metrů. Zde ji zahřívá magma a je obohacována o minerální látky a oxid uhličitý. Po dlouhé době dojde k jejímu vyvěrání na povrch, kde je využívána k terapeutickým účelům. Celkem zde vyvěrá 80 termálních pramenů. Uvádí se, že každou minutu se na povrch dostane 2 000 litrů minerální vody o teplotě až 73 °C. Jeden litr této vody obsahuje 5,4 g minerálních látek. Zajímavostí lázní v Karlových Varech je to, že jako jediné lázně v České republice, ale i v Evropě léčí poruchy trávicího traktu u dětí a dospívajících. Mimo léčby trávicího traktu se také zaměřují na léčbu nemocí poruch látkové výměny jako je například Diabetes mellitus, onkologických onemocnění a nemocí pohybového aparátu (Fischer, 2008; Kolominský, 1967; Špišák a kol., 2010).

1.2 Historie dalších Českých lázní zaměřených na léčbu GIT

Dle indikačního seznamu (V zákonu č. 1/2015 Sb., (2020) je lázeňská léčebně rehabilitační péče pro indikační skupinu III. – nemoci trávicího ústrojí zajišťována v Lázních Kynžvart, ve Františkových Lázních, v Karlových Varech, v Klášterci nad Ohří, v Luhačovicích a v Mariánských Lázních.

Z uvedených jsou nejstarší lázně v Karlových Varech, založeny roku 1349 Karlem IV. Druhé nejstarší lázně jsou Lázně Luhačovice, založené za pomoci dr. Františka Veselého v roce 1789. O pár let později, v roce 1793, byly založeny Františkovy Lázně, které se řadí k předním lázním novověku. Na jejich zakládání se podílel známý lékař dr. Bernhard Adler. Mezi další lázně zaměřené na léčbu gastrointestinálního traktu se řadí Mariánské Lázně, založené v roce 1818. K jejich založení významně přispěl dr. Josef Nehr. Jako poslední zde máme Lázně Kynžvart, na jejichž vzniku, roku 1822, se významně podílel Richard Metternich (Fischer, 2008; Špišák a kol., 2010).

1.3 Historie lázeňství zaměřeného na GIT ve světě

Se světovou historií lázeňství souvisí původ a význam slova spa. Existuje mnoho významů, jedním z nich je, že spa je zkratka pro latinský výraz *Sanus per aquam* neboli

„zdraví z vody“. Jiná teorie zase tvrdí, že slovo pochází z malé belgické vesnice Spa, která byla známá svými teplými minerálními prameny. Moderní historie spa, jak ji známe dnes, se začala psát už koncem 80. let 20. století v Severní Americe (Jakubíková a kol., 2019; Jandová, 2009).

1.3.1 Současná léčba trávicího traktu ve světě

Mezi světové lázně, kde se léčí onemocnění trávicího traktu patří například Lázně Vichy ve Francii. Na Slovensku to jsou Turčianské Teplice a Bardejov, kde se léčí jak dospělí tak i děti ve věku do 18 let. Lázně Brusno, Kováčová, Lúčky, Nimnica, Sklené Teplice, Trenčianské Teplice a Vyšné Ružbachy se zaměřují na léčbu dospělých. Na Slovensku se nachází Léčebné centrum Rogaška. Také ve Švýcarsku se léčí nemoci trávicího ústrojí a to především v termálních lázních. V Polsku se trávicí trakt léčí například v Iwonicz-Zdrój a Krynica-Zdrój (Jakubíková a kol., 2019).

1.4 Rozdíly mezi lázeňstvím u nás a ve světě

V České republice je na rozdíl od světa lázeňská medicína více jak padesát let prezentována lékařským vyšetřením, jež zahrnuje rozpis procedur, kontroly a vyšetření od lékaře. Dále je tvořena komplexní léčbou, která obsahuje metody celého spektra oborů jako je rehabilitační a fyzikální medicína, balneoterapie, farmakoterapie, dietoterapie, reflexoterapie, psychoterapie a edukace o režimových opatřeních. Dále sem řadíme diagnostickou funkci s hodnocením kvality života a v neposlední řadě úroveň medicínských a preventivních programů. Lázeňství u nás převzalo z léčebné rehabilitace nejen terapii, ale také objektivizující hodnocení pomocí standardizovaných testů, jako je svalový test dle Jandy, goniometrické vyšetření, diagnostické postupy podle Vojty a další (Jandová, 2009).

2 ANATOMIE

2.1 Gastrointestinální trakt

Gastrointestinální trakt se skládá z dutiny ústní, jejíž hlavní funkcí je mechanické zpracování potravy a artikulace. Dělí se na předsíň dutiny ústní a na vlastní dutinu ústní, do které patří také jazyk. Dále sem řadíme zuby, tvrdé a měkké patro, které hraje důležitou roli při dýchání, polykání a fonaci. Mimo jiné je mezi jeho hltanovými oblouky uložena patrová mandle a čípek. Na ústní dutinu navazuje hltan, který je v dolní polovině spojen s hrtanem, jež je kryt epiglottis. Dále zde máme svalovou trubici, která spojuje hltan a žaludek, tedy jícnem. Hlavní funkcí již zmíněného žaludku je mechanicky rozmělnit a promíchat potravu s žaludeční šťávou a následně ji v peristaltických vlnách posílat do tenkého střeva, kde probíhá hlavní část jejího trávení a vstřebávání. Konečná část tenkého střeva ústí do slepého střeva. Tlusté střevo dělí se na vzestupný, příčný a sestupný tračník zajišťuje vstřebávání vody, elektrolytů a současně zahušťuje svůj obsah. Na tlusté střevo volně navazuje konečník, kterým se natrávená a zahuštěná potrava vylučuje z těla (Fiala a kol., 2015; Lukáš a kol., 2007).

2.2 Játra a žlučové cesty

Játra, představující největší žlázu v těle, se podílejí na metabolismu cukrů, tuků, bílkovin, vitamínů a některých hormonů (Lukáš a kol., 2007).

Žlučové cesty vylučují žluč, která je produkována jaterními buňkami. Žluč obsahuje mnoho složek, mezi které mimo jiné patří voda, soli žlučových kyselin, žlučové barvivo a cholesterol. Podílejí se na trávení tuků. Žluč je shromažďována a zahušťována ve žlučníku. Dále je odváděna do dvanáctníku pouze po příjmu potravy (Fiala a kol., 2015; Lukáš a kol., 2007).

2.3 Slinivka břišní

Je rozdělena na dvě rozdílné sekreční složky. Exokrinní část produkuje enzymy vylučované do dvanáctníku sloužící ke štěpení živin v potravě. Endokrinní část ovlivňuje především hladinu cukru v krvi produkcí hormonu inzulínu a glukagonu (Fiala a kol., 2015; Lukáš a kol., 2007).

3 DYSPEPSIE

Dyspepsie patří mezi funkční poruchy trávicího traktu. Tento pojem by se dal definovat jako komplex nepříjemných a/nebo bolestivých vjemů subjektivního charakteru, které jsou většinou projevem chorob gastrointestinálního traktu, ale mohou se vyskytovat i při onemocnění jiných orgánů. Lze je rozdělit podle místa spojeného s trávením na dyspepsii horního typu (v žaludku), dyspepsii dolního typu (ve střevech) a biliární dyspepsii (ve žlučových cestách). Někteří nemocní nedokáží své obtíže přesně popsat, takže je často slovo dyspepsie zaměňováno s popisy jako je například „je mi špatně“ nebo „bolí mě břicho“. Pro dyspepsii je charakteristická její závislost na činnosti trávicích orgánů. Také můžeme sledovat její závislost na druhu požití potravy. Doprovází ji zjevné příznaky poruch trávení, které jsou dále upřesněny u horního a dolního dyspeptického syndromu, 3.2, 3.3 (Lukáš a kol., 2022; Seifert a kol., 2008).

3.1 Klasifikace

Dyspepsii lze rozdělit dle příčiny na organickou, funkční a sekundární. Dyspepsie organická je způsobena nebo provází organická onemocnění trávicího traktu (Charvátová, 2008). Seifert, (2011) uvádí, že se jedná o onemocnění, při kterých jsou prokázány organické změny na jícnu, žaludku, játrech, žlučníku a pankreatu.

Funkční dyspepsie je charakterizována symptomy z trávicího traktu, které mají nevysvětlitelné strukturální nebo biochemické abnormality. Řadíme sem funkční poruchy a funkční onemocnění. Příznaky jsou bolest či tlak v epigastriu, nauzea, zvracení, nadýmání a pálení žáhy (Špišák a kol., 2010).

Do sekundární dyspepsie řadíme onemocnění vyskytující se mimo trávicí trakt. Obtíže, které se objevují při chorobných stavech kardiovaskulárních nebo endokrinních. Rejchrt a kol., (2018) uvádí chorobné stavy jako je akutního IM, chronická renální insuficience, DM II. typu, CMP a psychiatrická onemocnění. Dále to mohou být nežádoucí účinky léků nebo příznaky intoxikace (Seifert a kol., 2007).

Dyspepsii také lze klasifikovat dle průběhu a to na akutní a chronickou. Akutní dyspepsie trvá maximálně 2-4 týdny a jedná se převážně o infekční onemocnění

či o onemocnění alimentární¹. Kdežto dyspepsie chronická bývá často vleklá a mnohdy se jedná o funkční onemocnění trávicího traktu (Lukáš a kol., 2022; Seifert a kol., 2007).

3.2 Funkční dyspepsie horního typu

Neboli horní dyspeptický syndrom zahrnuje příznaky, které souvisí s horní částí trávicího traktu. Mařatka, (2007) uvedl, že jej lze rozdělit na dráždivý žaludek, chabý tračník a atypické tvary. Syndrom lze charakterizovat chronickým průběhem nebo opakujícími se epizodami. Nejčastějšími příznaky jsou bolest nebo diskomfort v horní polovině břicha, který lze definovat jako nepříjemný pocit. Mezi hlavní příznaky horního dyspeptického syndromu dále patří pachuť v ústech, povleklý jazyk, zápach z úst, říhání, regurgitace, pálení žáhy, bolest na hrudi, bolest v nadbříšku, časná sytost, nechutenství, nauzea a zvracení. U pacientů, kteří udávají jako jeden z hlavních příznaků pálení žáhy a kyselou regurgitaci, lze předpokládat refluxní chorobu jícnu 5.1 (Hošková a kol., 2012; Seifert a kol., 2008; Seifert, 2011).

3.3 Funkční dyspepsie dolního typu

Nebo také dolní dyspeptický syndrom je porucha střevní, která se projevuje hlavně bolestmi nebo nepříjemnými pocity v břiše. Dalším projevem jsou změny v defekaci a to zejména ve frekvenci a konzistenci stolice. Rejchrt a kol., (2018) sem řadí dráždivý tračník, funkční průjem, kvasnou a hnilobnou enteropatii a prostou a spastickou zácpu. Nejčastější příznaky uváděné pacienty jsou bolesti břicha, diskomfort, průjem, zácpa, tenesmus, borborygmus², meteorismus³, zvýšený odchod plynů a inkontinence. Výše popsané potíže odpovídají popisu dráždivého tračníku (IBS – Irritable bowel syndrom), který může stejně jako jiné chronické choroby snižovat kvalitu života (Hošková a kol., 2012; Seifert a kol., 2007).

3.3.1 Patogeneze

Dolní dyspeptický syndrom je ovlivněn faktory, jako jsou abnormální pohyby střev a psychosociální vlivy, jež dráždí tenké a tlusté střevo. Dalšími faktory, které pravděpodobně ovlivňují rozvoj dráždivého tračníku, jsou nerovnováha neurotransmiterů a střevních bakterií, zánětlivé procesy ve střevní sliznici a infekční průjem (Seifert, 2007).

¹ otrava z příjmu potravin a tekutin

² kručení v břiše a přelévání střevního obsahu

³ zvýšené množství plynů ve střevech

3.4 Diagnostika a léčba dyspepsie

Diagnostická léčba má dvě strategie. První, pozitivní, která představuje charakteristické projevy onemocnění. Druhá, negativní diagnostika, při které se vylučují organická onemocnění pomocí vyšetřovacích postupů. Vyšetření se skládá z podrobné anamnézy a zobrazovacích metod. U horní dyspepsie se provádí ezofagogastroskopie⁴. U dolní dyspepsie se obvykle provádí kolonoskopie. Kvůli zjištění příčiny jsou někteří pacienti odesíláni na psychologická či psychiatrická vyšetření (Lukáš, a kol., 2022; Seifert a kol., 2007; Seifert a kol., 2008).

Léčba je dlouhodobá a ne vždy je úspěšná. Jako velice úspěšná se jeví lázeňská léčba (Špišák, 2023). Pacienta edukujeme o příčinách onemocnění a ujišťujeme ho, že se nejedná o život ohrožující stav. Ve většině případů se jedná o symptomatickou léčbu. Doporučujeme změnu životosprávy, aktivní pohyb, dietní opatření, navýšení počtu jídel za den, ale zmenšení porcí (Lukáš a kol., 2022; Seifert a kol., 2007; Seifert a kol. 2008; Třískala a kol. 2019).

⁴ endoskopické vyšetření jícnu a žaludku

4 VYBRANÁ ONEMOCNĚNÍ V GASTROENTEROLOGII

Binderová a Doskočil, (2021) rozdělují onemocnění trávicího traktu podle anatomického uspořádání na onemocnění jícnu, žaludku a střev.

U onemocnění trávicího traktu se objevují subjektivní obtíže různé intenzity, které narušují a ovlivňují běžné denní činnosti, se kterými je spojena pohybová aktivita. Je velmi důležité rozlišovat, v jaké fázi onemocnění se člověk zrovna nachází. Proto je důležitý individuální přístup. Obecně lze říci, že v akutním stádium je jakákoliv pohybová aktivita kontraindikována. Ve stádiu subakutním je vhodná léčebná tělesná výchova a ve stádiu chronickém hovoříme o zdravotní tělesné výchově a rekreačních aktivitách. Pravidelnou pohybovou aktivitou se podporuje trávení, vstřebávání látek a peristaltika (Hošková a kol., 2012; Kusyn, 2020).

5 ONEMOCNĚNÍ JÍCNU

Jícen je svalová trubice, která spojuje hltan a žaludek. Jeho délka se pohybuje kolem 25 cm a jeho průměr je zhruba 1,5 cm. V úseku krční páteře leží mezi páteří, která je za ním a mezi průdušnicí, která je před ním. Prochází bráničním otvorem a vstupuje do dutiny břišní a téměř hned ústí do žaludku. Jeho stěna je pružná a je tvořena mnohvrstevným dlaždicovým epitelem. V horní části je tvořen příčně pruhovanou svalovinou. V dolní části postupně přechází do svaloviny hladké. Má tři zúžení. První je na začátku mezi prstencovou chrupavkou a páteří, druhé v místě, kde jícen kříží levý bronchus a třetí v místě jeho průchodu bránicí (Fiala a kol., 2015; Lukáš a kol., 2005; Lukáš a kol., 2007).

5.1 Refluxní choroba jícnu

Jedná se o nejčastější onemocnění jícnu. Jde o recidivující onemocnění, které vzniká patologickým gastroezofageálním refluxem (GERD). Jsou-li přítomny makroskopické známky zánětu v distální části jícnu, jedná se o refluxní ezofagitidu. Dále odlišujeme endoskopicky negativní refluxní nemoc jícnu (NERD) a to v případě, že jsou histologicky prokázány známky zánětu v makroskopicky normální části jícnu a je přítomná typická symptomatologie. Dochází zde k opakovanému zpětnému toku žaludečního obsahu z žaludku do jícnu. Vyskytuje se zde nepoměr mezi agresivními faktory a obrannými mechanismy jícnu, který může mít mnoho příčin. Může se zde vyskytovat agresivní refluxát, anatomické faktory a poruchy motility jícnu. Mezi zevní faktory řadíme léky (například NSAID), obezitu, kouření a těhotenství (Lata a kol., 2011; Seifert a kol., 2008; Špišák a kol., 2010).

5.1.1 Diagnostika

Mezi jícnové příznaky řadíme pyrózu s frekvencí 2x týdně a častěji a regurgitace žaludečního obsahu do jícnu. Dalšími příznaky jsou dysfagie, odynofagie a bolesti v podbřišku. Mezi méně časté příznaky patří bolest na hrudi, říhání, zvracení a bolest v epigastriu. U těchto příznaků není známá jejich příčina a mohou být pouze průvodními jevy. Do druhé skupiny příznaků řadíme mimojícnové, mezi které patří chronický kašel, kazivost zubů a hlavně u dětí laryngitidy. Příčinami vzniku jsou poruchy motility GIT a poruchy tonu dolního jícnového svěrače. Ke vzniku GERD dále přispívá porucha antipylorické koordinace. Zhoršujícím faktorem může být hiátová hernie. Endoskopické

vyšetření není příliš směřodonné, neboť je normální u více než poloviny pacientů s touto chorobou (Hošková a kol., 2012; Lata a kol., 2011; Seifert a kol., 2008).

5.1.2 Léčba a fyzioterapeutické postupy

Důležitou součástí léčby je psychická motivace pacienta, změna životosprávy, jídelníčku a prevence vzniku rizikových faktorů. Důležitá je i edukace pacienta o dodržování režimových opatření. Například nejíst na noc jídla s vysokým obsahem tuku, rozvrhnout si poslední jídlo tak, aby bylo čtyři hodiny před ulehnutím, vyhýbat se kyselým potravinám, které mohou vyvolat pálení žáhy a zvyšovat hlavovou část postele. Velmi důležitá je prevence vzniku obezity. Do terapie je dále zařazena farmakoterapie, která je založena na potlačení žaludeční sekrece. Pohybové aktivity nejsou nijak omezeny, avšak pacienti si musejí dávat pozor při předklonech, kdy obvykle dochází ke zhoršení potíží (Hošková a kol., 2012; Seifert a kol., 2008; Vela a kol., 2015).

5.1.3 Komplikace

Mezi nejčastější komplikace refluxní choroby jícnu patří Barrettův jícen. Jedná se o stav, kdy je dlaždicový epitel sliznice jícnu nahrazen metaplastickým cylindrickým epitelem. Tento stav lze diagnostikovat pomocí endoskopického vyšetření a histologického nálezu metaplastického epitelu. Všichni pacienti dochází pravidelně na endoskopii, kvůli riziku vzniku adenokarcinomu jícnu. I asymptomatictí pacienti podstupují adekvátní léčbu, která se skládá z antirefluxní terapie a inhibitorů protonové pumpy. Přítomnost Barrettova jícnu není hlavním faktorem, který indikuje pacienta k operaci (Kroupa, 2012; Procházka a kol., 2019; Režnáková a kol., 2015; Špišák a kol., 2010).

6 ONEMOCNĚNÍ ŽALUDKU

Binderová a Doskočil, (2021) tvrdí, že nejčastější funkční poruchou žaludku je dyspepsie. Žaludek se rozkládá v levé brániční klenbě a anatomicky ho lze rozlišit na přední a zadní stěnu. Místo, kde do žaludku ústí jícen se nazývá kardia neboli česlo, na ni navazuje tělo žaludku, které se směrem dolů zužuje, přechází do pylorické části a končí vrátníkem. Nejkraniálněji se nachází žaludeční klenba. Ve sliznici žaludku můžeme nalézat četné žlázy, které produkují ochranný hlen, ale také látky, které se účastní trávení potravy. Z vnější strany je žaludek tvořen peritoneem (Fiala a kol., 2015; Lukáš a kol., 2007).

Žaludek slouží jako sklad pro potravu. Dále se stará o její mechanické a chemické zpracování. Žaludeční peristaltikou posouvá tráveninu z horní části až k pyloru. Produkuje žaludeční šťávy, které se podílejí na naředění jeho obsahu. Sliznice žaludku produkuje hlen (mucin), který ji chrání před poškozením. Další aktivitou žaludku je zvracení, obranný reflex, který zajišťuje antiperistaltika (Mourek, 2012).

6.1 Gastritida

Jedná se o zánětlivou odpověď žaludeční sliznice na infekci nebo jiné poškození. Zda jde o přechodný stav nebo stav související s vředovou chorobou, záleží na místě, typu a příčině zánětu. Podle Sydneyské klasifikace lze gastritidu dělit na akutní a chronickou. Dále se rozděluje na zvláštní formy, do kterých řadíme korozivní a flegmonózní gastritidu. Další dělení je podle rozsahu postižení a podle intenzity poškození sliznice na mírnou, střední a výraznou (Lata a kol., 2011; Lukáš a kol., 2007).

Akutní gastritida ve skutečnosti není zánět, ale jedná se o reflexní poruchu, která vzniká, když se podráždí nebo zatíží horní části trávicího traktu na základě nepoměru mezi agresivními a protektivními faktory žaludeční sliznice. Příkladem je nevhodná strava, koření, střídání teplých a studených pokrmů, alkohol, některé druhy léků a otrava těžkými kovy. Klinické příznaky lze souhrnně popsat jako dyspeptický syndrom horního typu. Například tlak a bolest v epigastriu, nauzea a zvracení (Lata a kol., 2011; Lukáš a kol., 2007).

Chronická gastritida je charakterizována typickým histologickým nálezem. Její prevalence odpovídá výskytu infekce *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Patogeneze u ostatních typů chronické gastritidy není známá. Toto onemocnění vede k atrofii žaludeční sliznice, což má za následek sníženou produkci HCl a pepsinu nebo úplné

zastavení jejich sekrece. Klinické příznaky chronické gastritidy jsou břišní diskomfort a epizodický průjem (Lata a kol., 2011; Lukáš a kol., 2007).

Korozivní gastritida je zvláštní forma akutní gastritidy. Vzniká po náhodném nebo úmyslném požití louhu nebo jiných dráždivých látek. První stupeň je charakterizován otokem a zarudnutím sliznice s následnou nekrózou bez striktur. Ve druhém stupni se patologické procesy dostávají hlouběji do sliznice. Při třetím stupni hrozí penetrace jícnu nebo žaludku s následným zánětem mediastina nebo pobřišnice. Klinicky se projevuje prudkou pálivou bolestí v ústech, krku, na hrudi a v břiše hned po požití látky (Lata a kol., 2011; Lukáš a kol., 2007).

Flegmonózní gastritida je často smrtelná. Klinické příznaky jsou prudká bolest břicha, nauzea, zvracení a celkový septický stav často spojen s peritonitidou. Prognóza závisí na včasné diagnóze a léčbě (Lukáš a kol., 2007).

6.1.1 Diagnostika

Gastritida se určuje na základě komplexního vyšetření skládajícího se z anamnézy, fyzikálního vyšetření a laboratorního vyšetření. Dále se provádí gastrokopie s možností odebrání bioptického vzorku nebo chromoendoskopie, při které se aplikují barviva pro zvýraznění reliéfu (Lata a kol., 2011).

6.1.2 Léčba a fyzioterapeutické postupy

Léčba je u akutní gastritidy založená na dietě a postupné obnově výživy. V případě lehčích forem příznaky mizí do 48 hodin. U těžkých forem je nutná hospitalizace a infuzní a medikamentózní léčba. Léčba chronické gastritidy je komplikovaná a léčitelná je pouze gastritida vyvolaná infekcí *H pylori*. Pacient s korozivní gastritidou je hospitalizován na JIP, je mu podávána parenterální výživa, širokospektrá antibiotika a kortikoidy. Z fyzioterapeutického hlediska se zaměřujeme na udržování celkové kondice a redukce stresu. Pohybová aktivita se odvíjí od současného stavu nemocného a od fáze onemocnění (Hošková a kol., 2012; Lata a kol., 2011; Lukáš a kol., 2007).

6.2 Peptický vřed

Jedná se o defekt sliznice pronikající nejméně pod muscularis mucosae. Vzniká výhradně v dosahu kyselého a pepticky aktivního žaludečního sekretu. Důsledkem vzniku vředu je nerovnováha mezi agresivními a protektivními faktory. Agresivním faktorem se rozumí například kyselina solná a pepsin. Hlavním protektivním faktorem je slizniční mikrocirkulace a kvalita hlenu. Na základě příčin vzniku se peptický vřed klasifikuje

na vředovou chorobu gastroduodenální, kde je hlavním etiologickým faktorem vzniku přítomnost *H pylori*. Další dělení je dle ostatních příčin, mezi které patří například nadužívání léků, stres, alkohol a vysoký věk (Lata a kol., 2011; Lukáš a kol., 2022; Seifert a kol., 2008; Špišák a kol., 2010).

6.2.1 Diagnostika

Typickým symptomem peptického vředu je bolest v nadbřišku objevující se po jídle. U vředu duodenálního je typická bolest nalačno nebo v noci, kterou lze tlumit příjmem potravy. Mezi další příznaky patří nauzea, zvracení a ztráta chuti k jídlu, která zapříčiňuje úbytek na váze. Tzv. zlatým standardem při diferenciální diagnostice je endoskopické vyšetření horní části trávicího traktu. Při tomto vyšetření se odebírá vzorek z antrální sliznice pro zjištění přítomnosti *H pylori* (Lukáš a kol., 2022; Seifert a kol., 2008).

6.2.2 Léčba a fyzioterapeutické postupy

Léčba peptického vředu byla do objevení bakterie *H pylori* na konci minulého století pouze symptomatická, operativní a lázeňská (Špišák, 2023). Nyní již známe léčbu kauzální, která je založena na léčbě antibiotiky, inhibitory protonové pumpy a kombinována s dietními a režimovými opatřeními. V krajních případech se musí přistoupit k chirurgickému řešení. Co se týče pohybových aktivit v klidové fázi, vhodné je zařadit do cvičební jednotky vytrvalostní cvičení například turistiku a stolní tenis. Důležité je udržovat intenzitu v aerobním prahu v kombinaci s vhodnými vytrvalostními aktivitami. Měli by se vyloučit činnosti, které zvyšují intraabdominální tlak (IAT), dále nárazy, otřesy a údery. Délka léčby se liší podle faktorů, které přispěly ke vzniku choroby (Hošková a kol., 2012; Lukáš a kol., 2022; Švestka, 2011; Vojtíšková, 2005).

7 ZÁNĚTLIVÁ ONEMOCNĚNÍ STŘEV

Společným a nejdůležitějším ukazatelem této nesourodé skupiny je průjem. Dle etiologie tato onemocnění dělíme na specifické záněty (infekční a neinfekční) se známou příčinou, kam patří například ischemické kolitidy a divertikulitidy. Druhou skupinu tvoří nespecifické záněty bez známé příčiny. Do této skupiny řadíme ulcerózní kolitidu a Crohnovu nemoc (Špišák a kol., 2010).

Tenké střevo se dělí na dvanáctník (duodenum), lačník (jejunum) a kyčelník (ileum). Probíhá zde hlavní část trávení a vstřebávání potravy. Do dvanáctníku přichází žluč z jater a trávicí enzymy ze slinivky břišní. Tlusté střevo tvořeno třemi částmi tračníku přechází do esovité kličky, na kterou navazuje konečník. Velké množství hlenových žláz zde zajišťuje ochranu sliznice. Význam tlustého střeva spočívá v jeho skladovací funkci. Tlusté střevo začíná slepým střevem, které se nachází v pravé jámě kyčelní. Záněty doprovází velké množství lymfatické tkáně (Lukáš a kol., 2007; Mourek, 2012).

7.1 Crohnova nemoc

Jedná se chronický, recidivující, nespecifický zánět trávicí trubice. Zánětlivé změny jsou segmentální a mohou se vyskytovat v jakékoliv části trávicího traktu od úst až po konečník, nejčastěji však postihuje tlusté a tenké střevo. Etiologie není zcela známa, ale je dokázáno, že se jedná o interakci mezi prostředím a genetikou jedince. V nových klasifikacích Crohnovy nemoci (CN) jsou hledány vztahy mezi fenotypem, genotypem a sérologickými markery. Klinický obraz se liší v souvislosti s rozsahem postižení a lokalizací zánětu. Dělí se na postižení terminálního ilea, kde jsou nejčastějšími příznaky únava, váhový úbytek a změna stolice. Tenké střevo je postiženo difuzně, vyvolává malabsorpci a zánětlivý infiltrát v pravé jámě kyčelní. Může způsobit poruchy pasáže a vést ke vzniku vnitřních nebo vnějších píštělí. U postižení tlustého střeva se nejčastěji vyskytuje krvácení, extraintestinální příznaky (například kožní, kloubní, oční) a perianální postižení. Vývoj nemoci lze rozdělit na první ataku, remisi, relaps, recidivu, reaktivaci a rekurenci (Gabalec, 2009a; Hošková a kol., 2012; Lata a kol., 2011).

7.1.1 Diagnostika

Pro Crohnovu nemoc neexistuje zlatý diagnostický standard, proto je založena na kombinaci anamnézy, fyzikálního vyšetření a na endoskopickém, laboratorním

a histologickém obraze. Dále je sem zařazováno rentgenové vyšetření. U CN je potřeba odlišit aktivitu a tíži nemoci. Do aktivity zahrnujeme klinické projevy (průjem, horečka, tachykardie, kožní projevy), laboratorní projevy (anémie, CRP, kalprotektin) (Špišák, 2023), endoskopii a histologii. Tíže onemocnění je definována projevy choroby, kterými mohou být průjmy, bolest, inkontinence, píštěle či stenózy. Onemocnění dále omezuje člověka v pracovních činnostech, v rodinném a společenském životě. Důležitá je diferenciální diagnostika od ulcerózní kolitidy (Gabalec, 2009a; Hošková a kol., 2012; Lata a kol., 2011; Wrzesiński a kol., 2018).

7.1.2 Léčba a fyzioterapeutické postupy

Léčba se skládá z dietních opatření, farmakoterapie (nejnověji biologická léčba), psychoterapie a chirurgického řešení. Pohybová aktivita mimo jiné zlepšuje kvalitu života a fyzickou kondici. Ideální cvičení trvá 20-60 minut a provádí se 2-5 x týdně. Nejlepší terapeutické účinky přináší aerobní a vytrvalostní cvičení v kombinaci s odporovými prvky. Důležité je nepřekročit střední úroveň intenzity. Výše popsaná cvičení snižují nepohodlí onemocnění, zvyšují svalovou sílu a zabraňují vzniku osteoporózy, která je pro pacienty se zánětlivými střevními onemocněními závažnou komplikací (Hošková a kol., 2012; Lata a kol., 2011; Wrzesiński a kol., 2018).

Pacienti se zánětlivými střevními onemocněními často pociťují zvýšenou míru stresu, úzkosti a deprese, což může snižovat kvalitu života. Bylo prokázáno, že používání jógových prvků a dechové gymnastiky po dobu 10 dní snižuje zánět, zlepšuje kvalitu života a reguluje krevní tlak. Aerobní cvičení s odporovými cviky zase zlepšuje peristaltiku trávicího traktu (Gerbarg a kol., 2015; Gupta a kol., 2006; Kaur a kol., 2022; Wrzesiński a kol., 2018).

7.2 Ulcerózní kolitida

Jedná se o nekontrolovatelný, rovněž nespecifický zánět sliznice konečníku a přilehlé části nebo celého tračníku, jehož etiopatogeneze není zcela známá. Průběh onemocnění je nárazový nebo chronicky exacerbující. Pravděpodobně se jedná o kombinaci genetických a imunologických faktorů a faktorů prostředí. Vrozená imunita se střevní mikrobiální flórou zde mají významnou roli. Onemocnění se častěji vyskytuje u žen (Gabalec, 2009b; Hošková a kol., 2012; Lata a kol., 2011).

Vzhledem k tomu, že se jedná o chronické onemocnění, jehož klinický obraz kolísá, rozlišujeme zde několik ukazatelů. Průběh a vývoj choroby, tvar neboli forma

choroby, aktivita a tíže choroby a komplikace a mimostřevní příznaky choroby (kožní, kloubní, oční, jaterní a plicní). Počátek onemocnění je označován jako první ataka nemoci, klidovou fází označujeme remisí a relaps je další vzplanutí. Pokud se choroba projeví na zatím nepostižené části střeva, jedná se o recidivu, reaktivace je vzplanutí zánětu na místě již zhojeném (Gabalec, 2009b; Lata a kol., 2011).

Podle tvaru rozdělujeme ulcerózní kolitidu (UC) na postižení rekta (proktitidu) a postižení rekta a sigmatu (proktosigmoiditidu). Oba tyto typy se souhrnně označují jako distální tvar. Dále můžeme mít typ levostranného postižení (rektum, sigma, descendens). Pokud zasažená část přesahuje od lienální flexury orálně, jedná se o extenzivní tvar. Rozsah postižení není trvalý a v průběhu nemoci může nastat jeho změna (Lata a kol., 2011).

Klinický obraz bývá spojen s lokalizací nemoci. Při rektálním postižení je přítomen rektální syndrom (nutkavý pocit defekace spojený s odchodem malého množství stolice nebo jen hlenů, krve a hnisu – tenesmy). Při levostranném postižení je přítomen kolitický syndrom (nutkavá defekace kašovitě nebo vodnaté stolice spojená s krví a hleny). Jedná-li se o totální postižení, jsou přítomny celkové příznaky v podobě febrilních až subfebrilních stavů, váhového úbytku, anémie a celkového zhoršení stavu (Hošková a kol., 2012; Kobayashi a kol., 2020; Lata a kol., 2011; Lukáš a kol., 2007).

7.2.1 Diagnostika

Rozhodujícím faktorem je endoskopický obraz tlustého střeva, který lze určit pomocí rektoskopie, kolonoskopie nebo RTG irigografie. Histologické vyšetření pouze napomáhá diferenciální diagnostice Crohnovy nemoci nebo jiných kolitid, nelze na něm postavit celou diagnózu. Dnes jsou preferovány skórovací systémy, které odlišují idiopatické záněty střevní od jiných zánětlivých střevních onemocnění. Součástí diagnózy je také podrobná anamnéza (Kobayashi a kol., 2020; Lata a kol., 2011; Lukáš a kol., 2007).

7.2.2 Léčba a fyzioterapeutické postupy

Jedná se dlouhodobou a komplexní léčbu, ve které se uplatňují dietní a nutriční opatření, konzervativní farmakoterapie, psychoterapie popřípadě chirurgická léčba. Typická kolitická dieta je ve své podstatě bezsezbytkovou dietou. Studie prokázaly, že není nutné ji dodržovat v době remise onemocnění. Důležitý je individuální přístup. Léčba je spojená s režimovými opatřeními a edukací, kdy pacienta mimo jiné upozorňujeme na možný vznik laktóзовé intolerance v souvislosti se stálým poškozováním sliznice. Další

rizika jsou spojena s cestováním. Při lehké až středně těžké formě onemocnění jsou základem aminosalicyláty, které se podávají i v období remise. Při neúspěchu a v těžkých případech se přidávají kortikoidy a imunosupresiva (Lata a kol., 2011; Lukáš a kol, 2007).

Během pohybových aktivit by se měla vyloučit vysoká intenzita a eliminovat rizika přímého působení na zažívací trakt. Nejsou doporučeny vytrvalostní a silové sporty. Fyzioterapie by měla probíhat za aktivní účasti a spolupráce pacienta. Jeho stav by měl být v průběhu pohybové aktivity kontrolován. Psychoterapie a relaxační techniky pozitivně ovlivňují pacientův psychický stav (Gabalec, 2009b; Gerbarg a kol., 2015; Hošková a kol., 2012).

8 LÁZEŇSKÁ LÉČBA GASTROENTEROLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Lázeňská léčba je komplexní léčba poskytovaná v léčebných lázních, kde na pacienta působí všechna léčebná a režimová opatření. Jak uvedla Jandová, (2009), balneologie je nauka o léčení přírodními léčivými zdroji, které jsou vázané na určité místo. Mezi přírodní zdroje patří přírodní minerální vody, plyny, peloidy a klima. Balneologie se zabývá účinky na lidský organismus a lázeňskými léčebnými metodami. S její tisíciletou tradicí se řadí k historicky nejstarším klinickým oborům medicíny. Cílem je uzdravit či vrátit lidský organismus do optima. Balneologie zahrnuje léčbu, ale také všechny stupně prevence, protože kombinuje léčení s dietoterapií, pohybovou léčbou, masážemi, terénními kúrami a s farmakoterapií (Jakubíková a kol., 2019; Jandová, 2009; Třískala a kol., 2019).

Pro lázeňskou léčbu jsou vhodné stavy po komplikovaných operacích, chronická onemocnění jícnu, žaludku, střev, žlučových cest, jater a slinivky břišní. Dále jsou to onemocnění ve stádiu remise nebo odeznívající exacerbace. Významný efekt má komplexní lázeňská léčba při léčbě nespecifických střevních zánětů – Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy (Špišák, 2023). Funkční poruchy trávicího traktu, jako je dyspepsie, průjmy či obstipace rovněž velmi dobře reagují na balneoterapii (Špišák a kol., 2010; V zákonu č. 1/2015 Sb., 2020).

Balneoterapii při léčbě nemocí trávicího traktu lze rozdělit na zevní a vnitřní. Zevní zahrnuje částečné a celkové koupele, které můžeme spojit s koupelí v minerální vodě s přidáním kyslíku či oxidu uhličitého, kvůli spojení fyzikálně-chemického efektu a mechanické energie. Vnitřní balneoterapie obsahuje procedury, jako jsou pitné kúry, výplachy (ústní dutiny, nosu, žaludku), irigace dásní, laváž duodena, vysoká střevní laváž a klyzma (Jandová, 2009; Třískala a kol., 2019).

Pacienti jsou indikováni k lázeňské léčbě na základě doporučení gastroenterologa a lékaře rehabilitační a fyzikální medicíny. Indikační seznam pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky (V zákonu č. 1/2015 Sb., 2020). Nachází se zde odborná kritéria pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče. Gastroenterologická onemocnění patří do samostatné indikační skupiny III. – nemoci trávicího ústrojí. Jsou zde obecné kontraindikace léčby. Tento dokument stanovuje délku komplexní i příspěvkové lázeňské léčby na 21 dní. Pokud se

jedná o opakovaný pobyt, stanovuje dobu 14-21 dní. Pacienti mají nárok na lázeňskou léčbu 1x za kalendářní rok (Kolář a kol., 2020, V zákonu č. 1/2015 Sb., 2020).

Před odesláním pacienta do lázní je nutné znát vedlejší doprovodná onemocnění, průběh nemoci, jeho psychický stav a poměry na pracovišti a v rodině, neboť tyto parametry budou zohledňovány lázeňským lékařem při předepisování lázeňského režimu a procedur. Důležitá je edukace pacienta o nadcházející léčbě, informovanost o novém prostředí a lázeňském režimu. Pacient by měl být seznámen s místem léčení a klimatickými podmínkami. Následně je vypracován individuální léčebný plán zahrnující pitnou léčbu, léčbu minerálními koupelemi a peloidy, vodoléčbu, klasickou a reflexní masáž, pohybovou léčbu, prvky fyzikální terapie, klimatickou léčbu, farmakoterapii a dietoterapii (Kolominský a kol., 1967; Třískala a kol., 2019).

8.1 Úloha fyzioterapeuta

Součástí komplexní lázeňské léčby je, jak již bylo několikrát zmíněno, edukace pacienta. Ta je prováděna erudovaným personálem léčebných lázní, do kterého patří i fyzioterapeut. Cílem je primární a sekundární prevence onemocnění a celkové zlepšení zdravotního stavu. Pacienti jsou poučeni o správné životosprávě a rizikových faktorech a vedeni k samostatné péči o jejich onemocnění. Konkrétně u pacientů s gastroenterologickým onemocněním se fyzioterapeut zaměřuje na oslabenou břišní stěnu a edukuje pacienty k jejímu posílení. Dále řídí pohybovou léčbu v terénu, terénní chůzi po stezkách a skupinovou LTV v tělocvičně nebo v bazénu. Tyto procedury napomáhají k vyrovnaní bilance příjmu a výdeje energie a k úpravě tělesné hmotnosti. Dále může například provádět vodoléčebné procedury, reflexní terapii formou reflexní masáže, elektroterapii a léčebné masáže (Hloušková a Špišák, 2021; Špišák a kol., 2020).

8.2 Pitná léčba

Pitná léčba se řadí svým účinkem k hlavním balneoterapeutickým metodám, protože bezprostředně působí na funkce trávicího traktu a nemá významné vedlejší účinky, tím pádem nepoškozuje organismus. Jedná se o pravidelně se opakující pití přesně daného množství léčebných vod po delší časový úsek v přesně určených časových intervalech. Indikace je na lékařský předpis (Kolominský a kol., 1967).

Účinky pitné léčby lze rozdělit na specifické a nespecifické, které působí na orgánové systémy i na vnitřní prostředí (vstřebávání, transport, ukládání a vylučování

iontů). Při léčbě trávicího ústrojí mají největší účinek například vody hydrouhličitanosodné, vody síranové nebo sírano-sodné, chloridové nebo chlorido-sodné. Minerální vody lze klasifikovat podle koncentrace a obsahu rozpuštěných pevných látek na izotonické, hypotonické a hypertonické a podle obsahu volného oxidu uhličitého na vody uhličitě nebo kyselky. Platí zde přímá úměra, čím více je voda koncentrovanější, tím více je pro trávicí trubici dráždivější. Typickým příkladem hypotonických vod jsou karlovarské prameny, kde se používají k pitné léčbě hydrouhličitano-síranochlorido-sodné vody. Tyto vody odstraňují pocity plnosti, nadýmání a špatného trávení tím, že zlepšují evakuační poměry v žaludku. Velkou roli v souvislosti s fyziologickými účinky má teplota, podle které můžeme rozdělit vody na chladné (do 20 °C), teplé (20-40 °C) a horké (nad 40 °C). Horké vody mají spasmolytický a konstipační účinek, studené vody působí průjmovitě. Pitná léčba se ordinuje nalačno, obvykle se pije 3x denně 40 minut (Špišák, 2023) před hlavními jídly, kdy má být největší dávka ráno (Jandová, 2009; Kolominský a kol., 1967; Šolc, 2000; Špišák a kol., 2010).

8.3 Léčebná výživa

Neboli dietoterapie se zabývá biologickými hodnotami, které musí strava splňovat. Poměr živin je upraven tak, aby pacienti měli dostatečný příjem živin, elektrolytů, vody, vitamínů, a stopových prvků. U vředové choroby gastroduodenální se podává šetřící dieta, neobsahuje žádné smažené maso, silnější vývary nebo přepálený tuk. Jídla jsou málo kořeněná a vařená nebo dušená do změknutí. Jedná-li se o onemocnění střev projevující se zácpou, do jídelníčku jsou zařazeny potraviny s větším množstvím vlákniny, zeleniny a ovoce a dbá se na dostatečný pitný režim. Pokud má pacient alergii na lepek či na jiné potraviny, sestavuje se individuální jídelníček s dietní sestrou. Lázeňský pobyt se mimo jiné využívá k edukaci správného dietního režimu, o který se stará nutriční terapeut, který je součástí erudovaného personálu v gastroenterologických lázních (Špišák a kol., 2010; Třískala a kol., 2019).

8.4 Vodoléčba

Tvoří neoddělitelnou součást komplexní lázeňské léčby. Dochází zde k uplatnění především tepelných a mechanických podnětů a ke zvyšování odolnosti organismu. Lze ji rozdělit na procedury mírně, středně a silně dráždivé. Chladné koupele patří do dráždivých procedur, kdy se rozšiřují kapiláry, a přes krevní oběh se zvyšuje sekrece žaludeční sliznice. Předepisují se na dobu 5-6 minut, kdy má na počátku voda 30-35 °C, během

koupele se aplikují polevy chladnou vodou o teplotě 8-10 °C což zapříčiňuje pokles teploty vody na 24-20 °C. Během procedury se pacient otírá žínkou, po jejím skončení následuje vytření do sucha a klid na lůžku na 20-30 minut (Kolominský a kol., 1967; Špišák a kol., 2010).

Celková koupel termální je útlumová procedura, kdy se u pacientů s hyperaciditou snižuje celkové množství žaludečních šťáv a snižuje se motilita střev i žaludku. Koupel o teplotě 37-40 °C se indikuje na 15-25 minut. Procedura je zakončena vlažnou sprchou (Kolominský a kol., 1967; Třískala a kol., 2019).

Další tlumivou koupelí je perličková koupel, která tlumivě působí na CNS. Její teplota se pohybuje mezi 35-38 °C. Aplikuje se zejména na začátku lázeňského pohybu u chorob, které jsou provázeny neurotickými stavy. Po několika dnech už se předepisují uhlíčné koupele (Kolominský a kol., 1967; Třískala a kol., 2019).

Nejčastěji využívané koupele jsou koupele uhlíčné. Silný efekt je dán účinkem oxidu uhličitého na nervový systém a silnou kožní reakcí. Čím nižší je teplota koupele, tím vyšší je stupeň nasycení oxidem uhličitým. Doba trvání je 15-20 minut. U chorob jako jsou dráždivý tračník nebo žaludeční dyspepsie se předepisuje koupel o teplotě 33-36 °C. U chronické gastritidy a habituální obstipace je teplota 28-32 °C (Kolominský a kol., 1967; Třískala a kol., 2019).

Abychom dosáhli předpokládaného účinku koupelí, musíme dbát na soulad s ostatními procedurami. Perličkové a vířivé koupele se předepisují obden (Třískala a kol., 2019).

8.5 Peloidní léčba

Neboli peloidoterapie se u chorob trávicího traktu používá jako termoterapie pomocí zábalů a obkladů ze slatiny, rašeliny nebo říčního či mořského bahna. Tvoří se z nich hustá kaše o teplotě 45-47 °C. Mluvíme-li o peloidním zábalu, přikládáme zábal nebo obklad přímo na oblast břicha nebo beder ve vrstvě 3-5 cm. Pokud přikládáme slatinu v plátěném vaku, který byl prohřátý parou na 50 °C, mluvíme o termoterapii s obkladem slatiny. V obou případech je pacient zabalen do prostěradla a vlněné přikrývky. Jako lokální účinek tepla je považováno působení na kožní receptory, cévy, svalstvo a kožní a viscerální žlázoové orgány. Výsledkem je účinek analgetický, spasmolytický a dochází k odplavování produktů zánětu. Celkový účinek tepla je ve formě reflexního přenášení po

nervových dráhách z receptorů v kůži do CNS. Procedury jsou předepsané 2-3x týdně po dobu 45 minut. Následuje po nich „dopocení“ v suchém ovínu po dobu 20-30 minut (Kolominský a kol., 1967; Třískala a kol., 2019).

8.6 Pohybová léčba

Pohybová aktivita působí léčebně i preventivně, zvyšuje obranyschopnost organismu, zlepšuje činnost srdečně-cévního a respiračního aparátu. Také upravuje motorické funkce trávicího systému, posiluje svaly břišního lisu, zlepšuje brániční dýchání a usnadňuje pohyb lymfy v abdominální krajině. Pohybová aktivita je buď individuální, nebo skupinová ve formě skupinového cvičení. Dalšími formami jsou ranní rozcvičky nebo pohybové hry (odbíjená, plavání). Velkým přínosem je terénní léčba, ve které regulujeme fyzické zatížení délkou procházky, zmenšováním počtu zastávek na odpočinek a zkracováním doby nutné pro uražení vzdálenosti. Při veškerých aktivitách je nutné dbát na to, aby se pacient neunavil a neměl bolesti v oblasti trávicího traktu. Obecně se nedoporučují cviky s otřesy a výskoky. Cvičební jednotku lze rozdělit na fázi zahřívací, fázi hlavní a fázi relaxační. Cvičení musí být zařazeno do individuálního léčebného plánu tak, aby nenarušovala účinky jiných procedur a podávání stravy. Pokud má pacient žaludeční dyspepsie nebo hypermotilitu, místo ranního kondičního cvičení jsou mu doporučovány procházky. Například při vředové chorobě je velice důležité, aby se pacient nepřetížil. V odpoledních hodinách se nechává pohybová aktivita na pacientech (Kolominský a kol., 1967; Špišák a kol., 2010).

Aby mohla být léčebná tělesná výchova součástí komplexní lázeňské léčby, musí být splněna kritéria, jako je vhodná tělocvična s plným vybavením, náčiním a náradím. Musí být čistá, prostorná, větraná a dobře osvětlená. Pokud chceme provádět pohybovou aktivitu za současného účinku klimatoterapie, je u lázeňských zařízení potřeba venkovního hřiště (Kolominský a kol., 1967).

8.7 Masáže

Lze je rozdělit na klasické a reflexní. Klasická masáž břicha se využívá u pacientů s prostou obstipací. U ostatních onemocnění trávicího traktu je kontraindikována. Masáž břicha se provádí ve směru trávení tedy ve směru průběhu tlustého střeva. Je nutná indikace od lékaře a vyprázdnění střeva před začátkem. Je kontraindikována u žen v době menstruace a 2-3 hodiny po jídle (Třískala a kol., 2019).

Reflexní masáž má u onemocnění GIT daleko větší využití. Její účinky vychází ze znalostí propojení mezi viscerálními orgány a Headovými zónami. V praxi využíváme kutaneo-viscerálního reflexu, kdy z povrchu těla ovlivňujeme funkční orgánové onemocnění. U chorob trávicího traktu se využívají zádové a pánevní sestavy. Pokud je masáž provedena správně, pozitivně se ovlivňují spastické funkční onemocnění střev i vředové choroby. Masáž se předepisuje denně nebo obden a trvá přibližně 20 minut. Největší uplatnění má ve spojení s léčebnou tělesnou výchovou (Kolominský a kol., 1967; Třískala a kol., 2019).

Další masáží je masáž pod vodou, která je prováděna pomocí stříků do vody pod vodu. Předepisuje se obézním pacientům s GIT onemocněními zejména kvůli místnímu účinku v podobě cirkulace a celkové výměny látek. Účinek masáže závisí na tlaku a síle proudu, průsvitu trubice a její vzdálenosti od kůže. Používá se voda o teplotě 35-37 °C a tlak proudu 101 kPa. Teplotní rozdíl koupele a vodního paprsku by měl být kolem 5 °C. Na začátku necháme pacienta navyknout teplotě vody v koupeli a na konci vodu ochlazujeme o 5-10 °C. Procedura se provádí v určitých sestavách, ve kterých se vždy vynechává oblast břicha (Kolominský a kol., 1967; Špišák a kol., 2010; Třískala a kol., 2019).

8.8 Zásady léčebného režimu

Každé lázně mají nastolený vlastní lázeňský režim. Asi nejdůležitějším úkolem léčebného režimu je alespoň dočasně zbavit pacienty stresu a monotónnosti života. Proto je důležité, aby se procedury nesly v atmosféře duševního klidu a pohody. Při příjezdu pacient zjišťuje, že má na všechno čas a tím se dostává do „časové relaxace“. Postupnou adaptací se stanou složky lázeňského režimu hygienickým návykem, který má dobrý vliv na léčebný proces. Dobrým příkladem je pravidelná pitná kúra, kterou absolvují všichni pacienti. Tím pádem se mohou scházet u pramenů a poslouchat kolonádní hudbu. Tato kombinace má následně vliv na účinky ostatních procedur (Kolominský a kol., 1967).

PRAKTICKÁ ČÁST

9 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE

Hlavním cílem této bakalářské práce je zhodnocení účinnosti komplexní lázeňské léčby gastroenterologických onemocnění a snaha o její včasější zařazení do léčebného procesu.

9.1 Dílčí cíle práce

Dílčím cílem je zhodnocení průměrného počtu stolic denně a s tím související subjektivní snížení pocitu plnosti a nadýmání. Data potřebná k vyhodnocení tohoto cíle byla zjišťována na začátku a na konci komplexní lázeňské léčby.

Druhým dílčím cílem je zhodnocení síly břišních svalů na začátku a na konci komplexní lázeňské léčby pomocí orientačního modifikovaného svalového testu.

9.2 Úkoly práce

1. Získat teoretické znalosti o nemocech trávicího traktu a o jejich lázeňské léčbě.
2. Stanovit cíle a následně zvolit vhodné metody pro jejich potvrzení či vyvrácení.
3. Oslovit ke spolupráci šest pacientů, kteří se účastní lázeňské léčby. Odebrat podrobnou anamnézu, vypracovat kazuistiky.
4. V rámci doplňujícího dotazníkového šetření zjistit plán procedur, průměrný počet stolic a potíže na začátku a na konci komplexní lázeňské léčby.
5. Vyhodnotit získaná data a následně je ucelit a diskutovat v diskuzi a závěru práce.

10 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Předpokládám, že:

1. Na konci lázeňského pobytu budou pacienti denně chodit méně často na stolicí a subjektivně se sníží pocit plnosti a nadýmání?
2. Dojde ke zvýšení svalové síly břišních svalů dle orientačního modifikovaného svalového testu, který je zařazen do anamnézy?

11 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro zhodnocení účinků komplexní lázeňské léčby bylo vybráno šest pacientů s onemocněním trávicího traktu. Tři pacienti měli diagnostikovanou Crohnovu nemoc a tři ulcerózní kolitidu. V případě Crohnovy nemoci se jednalo o pacienty 1, 2 a 3. Jejich věková hranice byla od 27 do 50 let. V případě ulcerózní kolitidy šlo o pacienty 4, 5 a 6. Jejich věková hranice byla od 40 do 70 let. Při výběru sledovaného souboru pohlaví ani věk nehrály roli. Podmínkou výběru pacientů bylo zánětlivé střevní onemocnění.

Výzkumné šetření a sledování pacientů probíhalo v Rehab & Medical Clinic SAVOY WESTEND, kde byli pacienti ubytováni v období od 5. 12. 2022 – 23. 12. 2022. Denní režim byl stanoven na základě rozepsaných procedur, které se nedaly autorkou práce nijak ovlivnit. Základ procedur byl pro všechny pacienty stejný, jednalo se o reflexní masáž, uhličitou koupel/perličkovou koupel, skupinové cvičení v bazénu nebo v tělocvičně, pitnou kúru a léčebnou výživu. Pacient 1 kromě základních procedur absolvoval také parafín/parafango a oxygenoterapii. Pacient 2 podstupoval pneumoakupunkturu a stejně jako pacient 4 elektroléčebné procedury. Pacient 4 měl navíc ještě procedury parafín/parafango, které měl i pacient 5. Z hlediska pohybové léčby absolvoval pacient 3 Nordic Walking. Kromě 4. a 6. pacienta měli všichni výše zmínění navíc individuální cvičení s fyzioterapeutem. Pacient 3 uvedl, že má osteoporózu. Pacient 4 uvedl, že má osteoporózu, hypertenzi a refluxní chorobu jícnu. Pacient 6 uvedl, že má hypertenzi a obstrukční spánkovou apnoe. Bližší informace o jejich procedurách a zdravotním stavu jsou uvedeny dále ve vypracovaných kazuistikách.

Všichni pacienti podpisem informovaného souhlasu souhlasili, že se výzkumného šetření zúčastní. Při prvním setkání na začátku jejich lázeňského pobytu jim byla odebrána anamnéza a ve spolupráci s lázeňským lékařem provedeno aspekční a palpační vyšetření zaměřené na oblast břicha. Pro zhodnocení síly břišního lisu byl proveden orientační modifikovaný svalový test na břišní svaly. Dále byli pacienti požádáni, aby odpověděli na otázky z doplňujícího dotazníkového šetření, které se týkalo jejich onemocnění, potíží před zahájením lázeňské léčby, počtu stolic denně a jejich očekávání. V souvislosti s uvedenými potížemi byla pacientům položena otázka, kdy se potíže nejvíce objevují a kdy dochází k jejich zlepšení. Délka tohoto sezení byla kolem 60 minut a probíhala v odpoledních hodinách v den jejich nástupu v oddělené diskrétní místnosti. Stejně sezení proběhlo i na

konci lázeňské léčby, kdy pacienti vyplňovali výstupní dotazník pro porovnání subjektivních potíží, počtu stolic a hodnocení procedur.

12 METODIKA PRÁCE

Praktická část této bakalářské práce je hodnocena pomocí kvalitativního výzkumu, který je založen na kazuistikách a na doplňujícím dotazníkovém šetření. Výzkumu se zúčastnilo celkem 6 pacientů se zánětlivým střevním onemocněním. Tři pacienti s Crohnovou nemocí a tři pacienti s ulcerózní kolitidou. V případě Crohnovy nemoci se jednalo o 1 ženu a 2 muže ve věkovém rozmezí od 27 do 50 let. V případě ulcerózní kolitidy se jednalo o 2 ženy a 1 muže ve věkovém rozmezí od 40 do 70 let. Součástí jednotlivých kazuistik byla podrobná anamnéza, fyzikální vyšetření v podobě aspekce a palpce a orientační modifikovaný svalový test na zhodnocení síly břišních svalů před a po ukončení komplexní lázeňské léčby. Dále byl s pacienty vyplněn dotazník na začátku a na konci komplexní lázeňské léčby.

Odebíraná anamnéza se skládala z rodinné, osobní, alergologické, (gynekologické), farmakologické, pracovní a sociální, sportovní, z nynějšího onemocnění a z deskriptorů bolesti v podobě lokalizace, frekvence, délky trvání a časové osy bolesti. Pacienti byli dotazováni na vztah k ADL v době ataky.

Součástí anamnézy byl orientační modifikovaný svalový test na vyšetření břišních svalů m. rectus abdominis, m. obliquus externus abdominis, m. obliquus internus abdominis a m. transversus abdominis. Pacient ležící na lehátku s DKK na šíři boků, byl vyzván k plynulému odvíjení páteře obratel po obratli s:

- a) Prsty HKK propletenými na týlu hlavy.
- b) S pažemi volně překříženými na hrudníku.
- c) S pažemi volně podél těla.

Hodnocení spočívalo v zaškrtnutí ZVLÁDNE/NEZVLÁDNE a v případě nezvládnutí testu byla vypsána chyba/y při provedení. Mezi chyby v provedení bylo vnímáno zvedání pat od podložky, předsun hlavy, vyklenutí břišní stěny, švihový pohyb a protrakce ramen.

Po odebrání anamnézy následovalo fyzikální vyšetření aspektí a palpací, které bylo zaměřeno na oblast břicha. Při aspekci byla sledována insuficience břišní stěny, barva kůže

a přítomnost diastázy. Při palpaci se sledovala klidnost žizev, jejich zacelení a sekrece. Dále se zjišťovala přítomnost patologických rezistencí.

V dotazníku před zahájením léčby, který obsahoval 16 otázek, byly otázky vztahující se k identifikačním údajům, pracovní anamnéze a k trávení volného času (aktivně/pasivně). Některé otázky se shodovaly s otázkami z anamnézy, vzhledem k tomu, že pacienti mohli na některé důležité údaje zapomenout. Dále byli pacienti dotazováni na potíže, které souvisejí s onemocněním, kdy se tyto potíže objevují a kdy dochází k jejich zlepšení. Poté byli dotázáni na počet stolic denně a na očekávání od léčby.

Po ukončení léčby byl pacientům předán další dotazník s 18 otázkami a seznamem procedur, kterých se daný pacient zúčastnil. Tyto procedury měl dle subjektivního uvážení zhodnotit na škále 1 – 5. Stupeň 1 – nejprospěšnější, stupeň 5 – zcela bez účinku. Pacienti byli dotazováni na počet stolic za den pro porovnání s počtem stolic na začátku léčby. Stejně jako na začátku léčby jim byly i zde pokládány otázky týkající se jejich potíží. Pacienti byli dotazováni, jestli došlo ke změně v projevu potíží a jestli došlo k jejich zlepšení. Mimo jiné obsahoval dotazník záznam o subjektivní spokojenosti a splnění jejich očekávání. Účelem dotazníku bylo zjistit také efekt léčby, kdy měl pacient na výběr z následujících možností: stav se zlepšil/ zlepšil se částečně/ stav je stejný/ stav se zhoršil.

Vzor anamnézy, informovaného souhlasu, dotazníku před a po ukončení lázeňské léčby a souhlas s výzkumným šetřením jsou k dispozici v přílohách této bakalářské práce.

13 KAZUISTIKA 1

Délka pobytu: 3 týdny

Anamnéza:

Muž, 27 let

Osobní anamnéza:

- úrazy – 0
- operace abscesu 2015
- kouření – 0, alkohol – příležitostně, káva – 0
- alergie: roztoči
- dieta: bezezbytková od začátku potíží

Pracovní anamnéza:

- skladník, fyzicky náročná práce

Rodinná anamnéza:

- otec, dědeček – onemocnění srdce (IM)
- jinak bezvýznamná
- bezdětný

Sociální anamnéza:

- bydlí sám v bytě ve 4. patře
- vztahy v rodině dobré

Sportovní anamnéza:

- florbal – 2x týdně
- šachy – jednou týdně
- rybolov – v sezóně

Farmakologická anamnéza:

- Imasup 50 mg 2,5 – 0 – 0
- Biologická léčba Entyvio 300 mg – 1x denně infuze
- Remsima 400 mg

Nynější onemocnění:

- První příznaky se objevily v roce 2015, kdy byla diagnostikována Crohnova nemoc – operace abscesu – bez komplikací
- Příznaky průjmy, teploty, nevolnost, následně 5 let klid
- Dlouhodobě trvá ostrá bolest, vystřeluje do levého podbřišku, frekvence bolesti 1-2x za měsíc, délka trvání 3-4 dny, celodenně
- V době ataky je schopný samostatné sebeobsluhy
- Vypovídající faktor - dlouhodobý stres

Pacient byl odeslán do lázní na základě doporučení od gastroenterologa. Při vstupním vyšetření lékařem bez známek akutní infekce. Uvedl, že denně chodí 10-12x na stolicí. Dietu dodržuje bezesbytkovou od 20 let věku. Jako současné potíže uvedl trvalé nechutenství, pocity plnosti po jídle, pocit netrávení jídla, v noci nauzea a zvracení, po jídle jej trápí průjem, zácpa, krev ve stolici, hlen ve stolici a neforemná stolice. Ke zlepšení potíží dochází ve spánku a po léčích.

Pacient uvedl, že od lázeňské léčby očekává změnu režimu a možnost dostat se z každodenního shonu.

Fyzikální vyšetření:

Na břicho viditelná diastáza přímých břišních svalů. Jizva klidná, bez sekrece a bez hmatné rezistence. Kůže bez ikteru, bez krvácivých stavů.

Seznam předepsaných procedur:

Subjektivní účinek hodnocen na škále od 1 – 5. Stupeň 1 – nejprospěšnější, stupeň 5 – zcela bez účinku.

- Reflexní masáž – subjektivní účinek – 2
- Individuální cvičení s fyzioterapeutem – subjektivní účinek – 3
- Uhličitá/perličková koupel ve vřidelní vodě – subjektivní účinek – 3
- Skupinová cvičení v bazénu nebo v tělocvičně – subjektivní účinek – 4
- Pitná kúra – subjektivní účinek – 1
- Léčebná výživa – subjektivní účinek – 1
- Parafín/Parafango – subjektivní účinek – 1
- Oxygenoterapie – subjektivní účinek – 4

Tabulka 1 Průměrný počet stolic na začátku a na konci KLL

| | |
|----------------|----|
| Na začátku KLL | 11 |
| Na konci KLL | 9 |

Zdroj: vlastní

V průběhu lázeňské léčby došlo u pacienta 1 ke snížení počtu stolic v průměru o 2 stolice.

Orientační vyšetření břišních svalů

Orientační vyšetření břišních svalů m. rectus abdominis, m. obliquus internus abdominis, m. obliquus externus abdominis, m. transversus abdominis.

Pacient leží na lehátku, DKK na šíři boku, cílem je plynulé odvíjení páteře obratel po obratli.

Chyby: zvedání pat od podložky, předsun hlavy, vyklenutí břišní stěny, švihový pohyb, protrakce ramen.

Tabulka 2 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na začátku KLL

| | | |
|---------------------------------------|-----------|-------------------------|
| a) prsty HKK propletené na týlu hlavy | NEZVLÁDNE | vyklenutí břišní stěny |
| b) paže překřížené na hrudníku | NEZVLÁDNE | zvedání pat od podložky |
| c) paže volně podél těla | ZVLÁDNE | |

Zdroj: vlastní

Tabulka 3 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na konci KLL

| | | |
|---------------------------------------|-----------|-------------------------|
| a) prsty HKK propletené na týlu hlavy | NEZVLÁDNE | zvedání pat od podložky |
| b) paže překřížené na hrudníku | ZVLÁDNE | |
| c) paže volně podél těla | ZVLÁDNE | |

Zdroj: vlastní

V tabulkách vidíme, že se svaly břišního lisu posílily. Jejich svalová síla je větší.

Shrnutí:

Na konci KLL pacient uvedl pouze přetrvávající nechutenství a pocit netrávení po jídle. Nauzea a zvracení v noci přetrvávají. Krev ve stolici pozoroval za pobyt pouze jednou. Hlen ve stolici celkem třikrát. Ke zlepšení potíží dochází po léčích, po vyprázdnění

a ráno. Pacient udává zlepšení zdravotního stavu zejména díky vodoléčebným procedurám. Pobyť splnil jeho očekávání, plánuje návrat.

Po ukončení KLL bylo pacientovi doporučeno psychologické vyšetření.

14 KAZUISTIKA 2

Délka pohybu: 3 týdny

Anamnéza:

Žena, 50 let

Osobní anamnéza:

- úrazy – fraktura klavikuly 1998
- operace – ileocekální resekce 2007, resekce ileoascendente anastomóza pro recidivu 2012, 2013, plastika tříselné kýly vlevo 2016
- kouření, alkohol, káva – neguje
- alergie: neguje
- dieta: bezsezbytková, převážně tekutá od roku 2009
- **Gynekologická anamnéza:** porod – 2, potrat – 0, hormonální léčba – 0

Pracovní anamnéza:

- inside manažer – sedavé zaměstnání, převážně z domova

Rodinná anamnéza:

- matka, sestra - diabetes mellitus II.
- matka - ICHS
- otec - hypertenze

Sociální anamnéza:

- žije s manželem a mladším synem (9) v rodinném domě
- vztahy v rodině dobré

Sportovní anamnéza:

- Rotoped – každý den
- Cvičení – 3-4 x týdně
- Chůze denně 10 000 kroků

Farmakologická anamnéza:

- Imuran 25 mg 1-0-0
- Pregabalin 1-0-1
- Brintelix 25 mg 0-0-1
- Mirtazapin 30 mg 0-0-0,5

Nynější onemocnění:

- První obtíže se objevily v roce 2007
- Vše začalo neúplnou střevní obstrukcí terminálního ilea s nutností resekce v roce 2007, kdy byla diagnostikována Crohnova nemoc
- Pro časté recidivy provedené opakované resekce částí střev 2012, 2013
- Při atace Crohnovi nemoci trvající obvykle 1-2 týdny je přítomna difuzní křečovitá bolest celého břicha po dobu celého dne
- Úleva je možná pouze po léčích
- V době ataky není schopná sebeobsluhy
- Vyvolávající faktor: stres z předchozí práce

Pacientka byla do lázní odeslána na základě doporučení od gastroenterologa. Při vstupním vyšetření lékařem bez známek akutního infekce. Uvedla, že denně chodí 3-4 x na stolicí. Dietu dodržuje bezsezbytkovou od roku 2007. Jako současné potíže byly uvedeny pálení žáhy večer po jídle a bolesti v nadbříšku po jídle. Ráno má pocity plnosti, večer pocit tlaku v žaludku. Trvale nauzea. Po jídle průjem, krev ve stolici a nepravidelná a neformální stolice. Ke zlepšení potíží dochází po léčích a vyprázdnění.

Pacienta od lázeňské léčby očekává relaxaci a odpočinek.

Fyzikální vyšetření:

Kůže břišní stěny bez ikteru, bez krvácivých projevů. Patrná mírná diastáza. Břicho je měkké, prohmatné, nebolestivé. Jizva po ileocekální resekci keloidní, ale pevná.

Seznam předepsaných procedur:

Subjektivní účinek hodnocen na škále od 1 – 5. Stupeň 1 – nejprospěšnější, stupeň 5 – zcela bez účinku.

- Reflexní masáž – subjektivní účinek – 2
- Individuální cvičení s fyzioterapeutem – subjektivní účinek – 2
- Uhlíčitá/perličková koupel ve vřidelní vodě – subjektivní účinek – 1
- Skupinová cvičení v bazénu nebo v tělocvičně – subjektivní účinek – 2
- Pitná kúra – subjektivní účinek – 1
- Léčebná výživa – subjektivní účinek – 1
- Elektroléčebné procedury – subjektivní účinek – 3
- Pneumoakupunktura – subjektivní účinek – 3

Tabulka 4 Průměrný počet stolic na začátku a na konci KLL

| | |
|----------------|---|
| Na začátku KLL | 4 |
| Na konci KLL | 2 |

Zdroj: vlastní

U pacienta 2 došlo v průběhu lázeňského pobytu ke snížení průměrného počtu stolic o polovinu.

Orientační vyšetření břišních svalů

Orientační vyšetření břišních svalů m. rectus abdominis, m. obliquus internus abdominis, m. obliquus externus abdominis, m. transversus abdominis.

Pacient leží na lehátku, DKK na šíři boku, cílem je plynulé odvíjení páteře obratel po obratli.

Chyby: zvedání pat od podložky, předsun hlavy, vyklenutí břišní stěny, švihový pohyb, protrakce ramen.

Tabulka 5 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na začátku KLL

| | | |
|---------------------------------------|-----------|--------------------------------|
| a) prsty HKK propletené na týlu hlavy | NEZVLÁDNE | předsun hlavy, protrakce ramen |
| b) paže překřížené na hrudníku | ZVLÁDNE | |
| c) paže volně podél těla | ZVLÁDNE | |

Zdroj: vlastní

Tabulka 6 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na konci KLL

| | | |
|---------------------------------------|-----------|-------------------------|
| a) prsty HKK propletené na týlu hlavy | NEZVLÁDNE | zvedání pat od podložky |
| b) paže překřížené na hrudníku | ZVLÁDNE | |
| c) paže volně podél těla | ZVLÁDNE | |

Zdroj: vlastní

Svalová síla břišních svalů u pacienta 2 zůstává nezměněna.

Shrnutí:

Na konci KLL pacientka uvádí, že pocity plnosti přetrvávají jen večer. Mírné pálení žáhy přetrvává po objemnějších jídlech. Ostatní potíže vymizely. Podle pacientky dochází ke zlepšení potíží po vyprázdnění. Dále udává výrazné zlepšení zdravotního stavu.

15 KAZUISTIKA 3

Délka pohybu: 3 týdny

Anamnéza:

Muž, 38 let

Osobní anamnéza:

- úrazy – fraktura PHK 2014, úraz motorovou pilou L ruky 2016
- operace – apendektomie 2013
- kouření – neguje, alkohol – příležitostně, káva – příležitostně
- alergie – neguje
- dieta: bezsezbytková, bezlepková od začátku potíží
- další onemocnění – osteoporóza

Pracovní anamnéza:

- trafikář, práce vsedě na zkrácený úvazek
- přiznán invalidní důchod 3. stupně

Rodinná anamnéza:

- babička – Diabetes mellitus II. typu, hypertenze
- otec – meningeom
- bezdětný

Sociální anamnéza:

- bydlí sám v bytě ve 3. patře, rodinné vztahy nezmiňuje

Sportovní anamnéza:

- chůze – snaží se denně ujít 7 000 kroků

Farmakologická anamnéza:

- Prednison 5 mg – 1-0-0
- Vigantol kapky – s tučným jídlem
- Biologická léčba – 1x denně infuze

Nynější onemocnění:

- První příznaky se objevily v roce 1991, kdy mu byla diagnostikována Crohnova nemoc
- Projevovala se horečkami, zvracením, ostrou bolestí difuzně se šířící od středu břicha, trvajícím 1-2 dny, hlavně večer, cca 1-2x měsíčně
- V době ataky je schopný sebeobsluhy
- Vyvolávající faktor – stresová situace v předchozí práci (manažer)

Pacient byl odeslán do lázní na základě doporučení od gastroenterologa. Při vstupním vyšetření lékařem bez známek akutní infekce. Uvedl, že denně chodí 6-7 x na toaletu. Dietu dodržuje bezobzýtkovou a bezlepkovou od začátku potíží. Jako současné potíže uvádí trvalý pocit nechutenství, v noci trpí na tlak v žaludku a pocit netrávení. Před jídlem povleklý jazyk a po jídle nauzea, zvracení a průjem. Po tučném jídle udává krev ve stolici a před spaním udává neformnou stolici. Ke zlepšení potíží dochází pouze ve spánku a po léčbě.

Fyzikální vyšetření:

Břicho klidné, bez ikteru a bez krvácivých stavů. Jizva klidná, bez sekrece. Palpačně břišní svaly oslabené s insuficiencí břišní stěny. Jinak břicho měkké nad nivo, prohmatné, palpačně nebolestivé, bez hmatné rezistence.

Pacient od lázeňské léčby očekává odpočinek a relaxaci.

Seznam předepsaných procedur:

Subjektivní účinek hodnocen na škále od 1 – 5. Stupeň 1 – nejprospěšnější, stupeň 5 – zcela bez účinku.

- Reflexní masáž – subjektivní účinek – 1
- Individuální cvičení s fyzioterapeutem – subjektivní účinek – 2
- Uhličitá/perličková koupel ve vřidelní vodě – subjektivní účinek – 2
- Skupinová cvičení v bazénu nebo v tělocvičně – subjektivní účinek – 3
- Pitná kúra – subjektivní účinek – 2
- Léčebná výživa – subjektivní účinek – 4
- Nordic Walking – subjektivní účinek – 1

Tabulka 7 Průměrný počet stolic denně na začátku a na konci KLL

| | |
|----------------|---|
| Na začátku KLL | 7 |
| Na konci KLL | 3 |

Zdroj: vlastní

V průběhu KLL došlo u pacienta 3 ke snížení počtu stolic o více než polovinu.

Orientační vyšetření břišních svalů

Orientační vyšetření břišních svalů m. rectus abdominis, m. obliquus internus abdominis, m. obliquus externus abdominis, m. transversus abdominis.

Pacient leží na lehátku, DKK na šíři boku, cílem je plynulé odvíjení páteře obratel po obratli.

Chyby: zvedání pat od podložky, předsun hlavy, vyklenutí břišní stěny, švihový pohyb, protrakce ramen.

Tabulka 8 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na začátku KLL

| | | |
|---------------------------------------|-----------|---------------------------------|
| a) prsty HKK propletené na týlu hlavy | NEZVLÁDNE | předsun, vyklenutí břišní stěny |
| b) paže překřížené na hrudníku | NEZVLÁDNE | zvedání pat od podložky |
| c) paže volně podél těla | ZVLÁDNE | |

Zdroj: vlastní

Tabulka 9 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na konci KLL

| | | |
|---------------------------------------|-----------|---------------|
| a) prsty HKK propletené na týlu hlavy | NEZVLÁDNE | předsun hlavy |
| b) paže překřížené na hrudníku | ZVLÁDNE | |
| c) paže volně podél těla | ZVLÁDNE | |

Zdroj: vlastní

V tabulkách vidíme, že se svaly břišního lisu u pacienta 3 posílily. Jejich svalová síla je větší.

Shrnutí:

Na konci KLL se pacient cítí lépe, odpočínutě, pobyt mu velice prospěl. Stav se zlepšil. Na konci lázeňské léčby přetrvává průjem po jídle, neforemná stolice před spaním a pocit netrávení v noci. Ostatní symptomy vymizely. Nyní dochází ke zlepšení

potíží, když pacient nejí nebo když si vezme léky. Pacient udává zlepšení zdravotního stavu, podotýká, že mu lázeňský pobyt prospěl, cítí se odpočínutý a plánuje návrat.

16 KAZUISTIKA 4

Délka pobytu: 3 týdny

Anamnéza:

Žena, 68 let

Osobní anamnéza:

- úrazy – fraktura LDK 1975
- operace - nejuje
- kouření – 0, alkohol – příležitostně, káva – 0
- alergie – nejuje
- dieta: 2 – omezení tuků a ostrých jídel od začátku potíží
- hypertenze 1999, ulcerózní kolitida 2003, osteoporóza, refluxní choroba jícnu
- **Gynekologická anamnéza:** porody – 2, potraty – 2, hormonální léčba – 0, menopauza v 51 letech

Pracovní anamnéza:

- starobní důchodce, dříve prodavačka, pozice sed a chůze

Rodinná anamnéza:

- otec – ICHS
- bratr – leukémie
- matka – depresivní syndrom
- 2 děti – zdravé

Sociální anamnéza:

- žije s manželem v bytě v 1. patře, vztahy v rodině dobré

Sportovní anamnéza:

- nesportuje

Farmakologická anamnéza:

- Imuran 25 mg 1-0-1
- Helicid 20 mg 1- 0-0
- Biopron 1-0-0
- Tritace 5 mg 1-0-0
- Asacol 400 mg 2-2-2

Nynější onemocnění:

- První příznaky se projevily v roce 2003, 2004 těžkou atakou kolitidy s následným vznikem mnohočetných polypů po celém střevě s výjimkou céka ascendentu
- Příznaky bolesti v levém hypochondriu, 1-2x týdně během defekace
- V době ataky je schopná samostatné sebeobsluhy
- Vyvolávající faktor: smrt otce na IM, dlouhodobý stres

Pacientka přijíždí do lázní na základě doporučení od gastroenterologa. Při vstupním vyšetření lékaře bez známek akutní infekce. Uvedla, že denně chodí 5-8x na stolicí. Drží dietu 2 šetřící, omezení tuků a ostrých jídel od začátku potíží. Jako současné potíže uvádí před jídlem zápach z úst, nechutenství. Po jídle říhání, pálení žáhy, pocit netrávení, neforemnou a nepravidelnou stolicí. Po tučném jídle průjem a nadýmání. Trvale přetrvávají pocity plnosti. Jedenkrát měsíčně udává krev ve stolici, dvakrát měsíčně přítomen ve stolici i hlen. Ke zlepšení potíží dochází ráno a po lécích.

Pacientka od lázeňské léčby očekává pravidelnost stolice, zmírnění bolesti a celkový odpočinek.

Fyzikální vyšetření:

Břišní stěna nad niveau, bez ikteru, bez krvácivých stavů s počínající diastázou a ochablými břišními svaly. Palpačně břicho měkké, prohmatné, nebolestivé, bez hmatné rezistence.

Seznam předepsaných procedur:

Subjektivní účinek hodnocen na škále od 1 – 5. Stupeň 1 – nejprospěšnější, stupeň 5 – zcela bez účinku.

- Reflexní masáž – subjektivní účinek – 3
- Individuální cvičení s fyzioterapeutem – subjektivní účinek – 2
- Uhličitá/perličková koupel ve vřidelní vodě – subjektivní účinek – 1
- Skupinová cvičení v bazénu nebo v tělocvičně – subjektivní účinek – 3
- Pitná kúra – subjektivní účinek – 1
- Léčebná výživa – subjektivní účinek – 1
- Elektroléčebné procedury – subjektivní účinek – 3
- Parafín/Parafango – subjektivní účinek – 2

Tabulka 10 Průměrný počet stolic denně na začátku a na konci KLL

| | |
|----------------|---|
| Na začátku KLL | 7 |
| Na konci KLL | 3 |

Zdroj: vlastní

U pacienta 4 došlo během KLL ke snížení počtu stolic o více než polovinu.

Orientační vyšetření břišních svalů

Orientační vyšetření břišních svalů m. rectus abdominis, m. obliquus internus abdominis, m. obliquus externus abdominis, m. transversus abdominis.

Pacient leží na lehátku, DKK na šíři boku, cílem je plynulé odvíjení páteře obratel po obratli.

Chyby: zvedání pat od podložky, předsun hlavy, vyklenutí břišní stěny, švihový pohyb, protrakce ramen.

Tabulka 11 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na začátku KLL

| | | |
|---------------------------------------|-----------|---------------------------------------|
| a) prsty HKK propletené na týlu hlavy | NEZVLÁDNE | švihový pohyb, vyklenutí břišní stěny |
| b) paže překřížené na hrudníku | ZVLÁDNE | |
| c) paže volně podél těla | ZVLÁDNE | |

Zdroj: vlastní

Tabulka 12 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na konci KLL

| | | |
|---------------------------------------|-----------|--|
| a) prsty HKK propletené na týlu hlavy | NEZVLÁDNE | zvedání pat od podložky, protrakce ramen |
| b) paže překřížené na hrudníku | ZVLÁDNE | |
| c) paže volně podél těla | ZVLÁDNE | |

Zdroj: vlastní

V tabulkách vidíme, že se svalová síla břišního lisu u pacienta 4 nezměnila.

Shrnutí:

Na konci KLL pacientka uvádí říhání, pálení žáhy, pocity plnosti a neforemnou stolici po jídle. Nadýmání a průjem se objevují po tučném jídle. Ostatní příznaky vymizely. Pacientka udává zlepšení zdravotního stavu. Subjektivně pozitivně vnímaný ústup potíží. Lázeňská léčba měla jednoznačně pozitivní vliv na psychiku pacientky.

17 KAZUISTIKA 5

Délka pohybu: 3 týdny

Anamnéza:

Žena, 70 let

Osobní anamnéza:

- úrazy, operace – neguje
- kouření – 0, alkohol – 0, káva – 0
- alergie – PNC
- dieta: bezlaktózová, bezezbytková od roku 1984
- 1984 diagnostikovaná ulcerózní kolitida
- **Gynekologická anamnéza:** porody – 3, potraty – 0, hormonální léčba – 0, menopauza v roce 1999

Pracovní anamnéza:

- starobní důchodce, brigáda jako prodavačka – fyzicky náročné

Rodinná anamnéza:

- otec – hypertenze
- syn – asthma

Sociální anamnéza:

- žije s manželem v bytovém domě v 1. patře, rodinné vztahy dobré

Sportovní anamnéza:

- nesportuje

Farmakologická anamnéza:

- Algifen Neo kapky – při bolesti

Nynější onemocnění:

- První příznaky se projevily v roce 1984 – řídká stolice s hlenem
- Po týdnu trvání potíží provedena kolonoskopie, která prokázala ulcerózní kolitidu
- Poslední ataka proběhla v 6/2022
- Bolest tupá, nevystřeluje, v epigastriu, trvající 4-5 dní, zejména v noci, cca 1x za 3 měsíce
- V době ataky je schopná samostatné sebeobsluhy
- Vyvolávající faktor: dietní chyba, dlouhodobý stres

Pacientka byla odeslána do lázní na základě doporučení od gastroenterologa. Při vstupním vyšetření lékaře bez známek akutní infekce. Pacientka uvedla, že denně chodí 4-6x na stolici. Dietu bezlepkovou a bezsezbytkovou drží od roku 1984. Jako současné potíže uvádí pálení žáhy, průjem a hlen ve stolici večer. Bolesti v nadbříšku a nechutenství ráno. Nadýmání se vyskytuje ráno i večer. Celodenně v době ataky neforemná a nepravidelná stolice. Ke zlepšení potíží dochází po vyprázdnění a po lécích.

Pacientka od lázeňské léčby očekává pravidelnost stolice, zmírnění bolestí a celkový odpočinek.

Fyzikální vyšetření:

Břišní stěna nad niveau, bez ikteru, bez krvácivých stavů. Počínající diastáza a ochablé břišní svaly. Palpačně břicho měkké, prohmatné, nebolestivé, bez známek patologie.

Seznam předepsaných procedur:

Subjektivní účinek hodnocen na škále od 1 – 5. Stupeň 1 – nejprospěšnější, stupeň 5 – zcela bez účinku.

- Reflexní masáž – subjektivní účinek – 2
- Individuální cvičení s fyzioterapeutem – subjektivní účinek – 3
- Uhličitá/perličková koupel ve vřidelní vodě – subjektivní účinek – 2
- Skupinová cvičení v bazénu nebo v tělocvičně – subjektivní účinek – 3
- Pitná kúra – subjektivní účinek – 1
- Léčebná výživa – subjektivní účinek – 1
- Parafin/Parafango – subjektivní účinek – 2

Tabulka 13 Průměrný počet stolic denně na začátku a na konci KLL

| | |
|----------------|---|
| Na začátku KLL | 5 |
| Na konci KLL | 4 |

Zdroj: vlastní

V průběhu léčby došlo u pacienta 5 ke snížení průměrného počtu stolic o 1 stolicí.

Orientační vyšetření břišních svalů

Orientační vyšetření břišních svalů m. rectus abdominis, m. obliquus internus abdominis, m. obliquus externus abdominis, m. transversus abdominis.

Pacient leží na lehátku, DKK na šíři boku, cílem je plynulé odvíjení páteře obratel po obratli.

Chyby: zvedání pat od podložky, předsun hlavy, vyklenutí břišní stěny, švihový pohyb, protrakce ramen.

Tabulka 14 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na začátku KLL

| | | |
|---------------------------------------|-----------|---|
| a) prsty HKK propletené na týlu hlavy | NEZVLÁDNE | vyklenutí břišní stěny |
| b) paže překřížené na hrudníku | NEZVLÁDNE | vyklenutí břišní stěny, protrakce ramen |
| c) paže volně podél těla | NEZVLÁDNE | protrakce ramen, předsun hlavy |

Zdroj: vlastní

Tabulka 15 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na konci KLL

| | | |
|---------------------------------------|-----------|------------------------|
| a) prsty HKK propletené na týlu hlavy | NEZVLÁDNE | vyklenutí břišní stěny |
| b) paže překřížené na hrudníku | NEZVLÁDNE | protrakce ramen |
| c) paže volně podél těla | NEZVLÁDNE | protrakce ramen |

Zdroj: vlastní

V tabulkách vidíme, že se svalová síla břišního lisu u pacienta 5 nezměnila.

Shrnutí:

Na konci KLL pacientka uvádí nadýmání večer. Večer po tučném jídle neforemnou stolicí a občas večer po jídle pálení žáhy. Ostatní příznaky vymizely. Pacientka udává zlepšení zdravotního stavu. Subjektivně pozitivně vnímaný ústup potíží. Ke zlepšení potíží dochází při správné dietě a po vyprázdnění.

18 KAZUISTIKA 6

Délka pohybu: 3 týdny

Anamnéza:

Muž, 40 let

Osobní anamnéza:

- úrazy, operace – neguje
- kouření – 0, alkohol – 0, káva – 0
- alergie – PNC
- dieta: bezlepková, bezlaktózová od roku 2019
- hypertenze 2015, ulcerózní kolitida v ohraničeném tvaru od 10 cm od anu 2017, obstrukční spánková apnoe

Pracovní anamnéza:

- manažer výroby, sedavé zaměstnání

Rodinná anamnéza:

- babička – hypertenze
- otec – rakovina plic
- 2 děti – zdravé

Sociální anamnéza:

- žije s rodinou v bytovém domě v 8. patře, rodinné vztahy dobré

Sportovní anamnéza:

- turistika – celoročně
- lyže – sezóně
- plavání – sezóně

Farmakologická anamnéza:

- Prednison 5 mg 1-0-0
- Mesalazin 1-0-1

- Telmisartan 40 1-0-0
- Imasup 250 mg 1-0-0
- Salofalc 1500/3000 mg 1-0-0

Nynější onemocnění:

- První příznaky se projevily v roce 2017 těžkou atakou kolitidy kdy při kolonoskopii zjištěno aktivní levostranné postižení až do lineálního ohbí
- Poslední ataka 5/2022, čtrnáct dní průjmy s příměsí hlenu
- Příznaky bolesti v epigastriu, tupé, vystřelující do levého podžebří
- Bolest během celého dne trvající 5-7 dní, cca 1-2x do měsíce
- V době ataky je schopný samostatné sebeobsluhy
- Vyvolávající faktor: stres z práce

Pacient byl odeslán do lázní na základě doporučení od gastroenterologa. Při vstupním vyšetření lékaře bez známek akutní infekce. Uvedl, že denně chodí 2-3x na stolicí s příměsí hlenu. Dietu drží bezlepkovou a bezlaktózovou od roku 2019. Jako současné potíže uvádí pachut' v ústech před i po jídle a ranní nechutenství. Po jídle udává pocity tlaku v žaludku, pálení žáhy, krev ve stolici a 1 x za měsíc i hlen. Současně po jídle trpí nepravidelnou a neforemnou stolicí. Průjem má večer.

Pacient od lázeňské léčby očekává především odpočinek od práce a každodenního shonu.

Fyzikální vyšetření:

Břišní stěna v niveau, bez ikteru, bez krvácivých stavů. Palpačně břicho měkké, prohmatné, nebolestivé, bez patologické rezistence.

Seznam předepsaných procedur:

Subjektivní účinek hodnocen na škále od 1 – 5. Stupeň 1 – nejprospěšnější, stupeň 5 – zcela bez účinku.

- Reflexní masáž – subjektivní účinek – 3
- Uhličitá/perličková koupel ve vřidelní vodě – subjektivní účinek – 1
- Skupinová cvičení v bazénu nebo v tělocvičně – subjektivní účinek – 1
- Pitná kúra – subjektivní účinek – 1
- Léčebná výživa – subjektivní účinek – 1

Tabulka 16 Průměrný počet stolic denně na začátku a na konci KLL

| | |
|----------------|---|
| Na začátku KLL | 3 |
| Na konci KLL | 2 |

Zdroj: vlastní

U Pacienta 6 došlo k mírnému poklesu stolic denně. Uvedl, že před lázeňskou léčbou byl ve stolicích přítomen hlen. Po ukončení KLL již stolice bez hlenu.

Orientační vyšetření břišních svalů

Orientační vyšetření břišních svalů m. rectus abdominis, m. obliquus internus abdominis, m. obliquus externus abdominis, m. transversus abdominis.

Pacient leží na lehátku, DKK na šíři boku, cílem je plynulé odvíjení páteře obratel po obratli.

Chyby: zvedání pat od podložky, předsun hlavy, vyklenutí břišní stěny, švihový pohyb, protrakce ramen.

Tabulka 17 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na začátku KLL

| | | |
|---------------------------------------|-----------|-------------------------|
| a) prsty HKK propletené na týlu hlavy | NEZVLÁDNE | vyklenutí břišní stěny |
| b) paže překřížené na hrudníku | NEZVLÁDNE | zvedání pat od podložky |
| c) paže volně podél těla | ZVLÁDNE | |

Zdroj: vlastní

Tabulka 18 Orientační modifikovaný svalový test břišních svalů na konci KLL

| | | |
|---------------------------------------|-----------|------------------------|
| a) prsty HKK propletené na týlu hlavy | NEZVLÁDNE | vyklenutí břišní stěny |
| b) paže překřížené na hrudníku | NEZVLÁDNE | protrakce ramen |
| c) paže volně podél těla | ZVLÁDNE | |

Zdroj: vlastní

V tabulkách vidíme, že se svalová síla břišního lisu nezměnila. Možnou příčinou může být absence individuálního cvičení s fyzioterapeutem.

Shrnutí:

Na konci KLL pacient uvádí pálení žáhy po jídle, průjem již není tak často. Krev ve stolici se vyskytuje jen po tučném jídle. Ostatní příznaky vymizely. Pacient udává zlepšení celkového stavu, pozitivně hodnotí především hydroterapeutické procedury.

19 VÝSLEDKY PRÁCE

Výsledky k výzkumné otázce 1:

Vzhledem k širokému rozptylu dat týkajících se počtu stolic, se autorka práce rozhodla pro lepší přehlednost data analyzující počet stolic zprůměrovat.

- Z tabulky 19 a grafu 1 vyplývá, že u všech pacientů došlo ke snížení průměrného počtu stolic během lázeňské léčby. K největšímu snížení o 4 stolice došlo u pacientů 3 a 4. U pacientů 1 a 2 došlo ke snížení počtu stolic o 2. U pacientů 5 a 6 došlo ke snížení pouze o 1. Dále z grafu vyplývá, že k většímu snížení došlo u pacientů s Crohnovou nemocí.

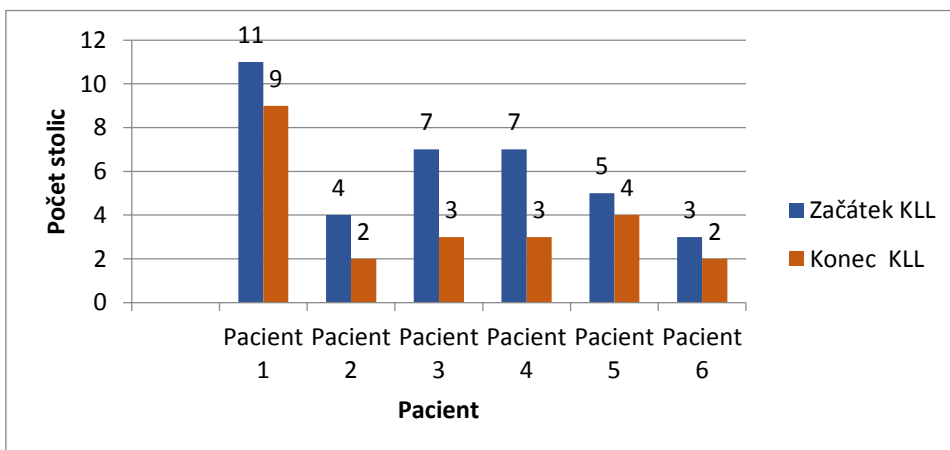
Tabulka 19 Souhrnný přehled průměrného počtu stolic

| Průměrný počet stolic | Začátek KLL | Konec KLL |
|-----------------------|-------------|-----------|
| Pacient 1 CN | 11 | 9 |
| Pacient 2 CN | 4 | 2 |
| Pacient 3 CN | 7 | 3 |
| Pacient 4 UK | 7 | 3 |
| Pacient 5 UK | 5 | 4 |
| Pacient 6 UK | 3 | 2 |

Legenda: CN – Crohnova nemoc, KLL – komplexní lázeňská léčba, UK – ulcerózní kolitida

Zdroj: vlastní

Graf 1 Souhrnný přehled průměrného počtu stolic



Legenda: KLL – komplexní lázeňská léčba

Zdroj: vlastní

- V grafu 2, který vychází z tabulky 20, můžeme pozorovat, že se průměrný počet stolic pacientů s Crohnovou nemocí a s ulcerózní kolitidou snížil v průměru o 2 stolice za den. U pacientů s Crohnovou nemocí byla stolice na začátku lázeňské léčby častější, než na začátku léčby u pacientů s ulcerózní kolitidou. Hodnoty u pacientů s Crohnovou nemocí byly na konci KLL stejné, jako hodnoty na začátku léčby u pacientů s ulcerózní kolitidou.

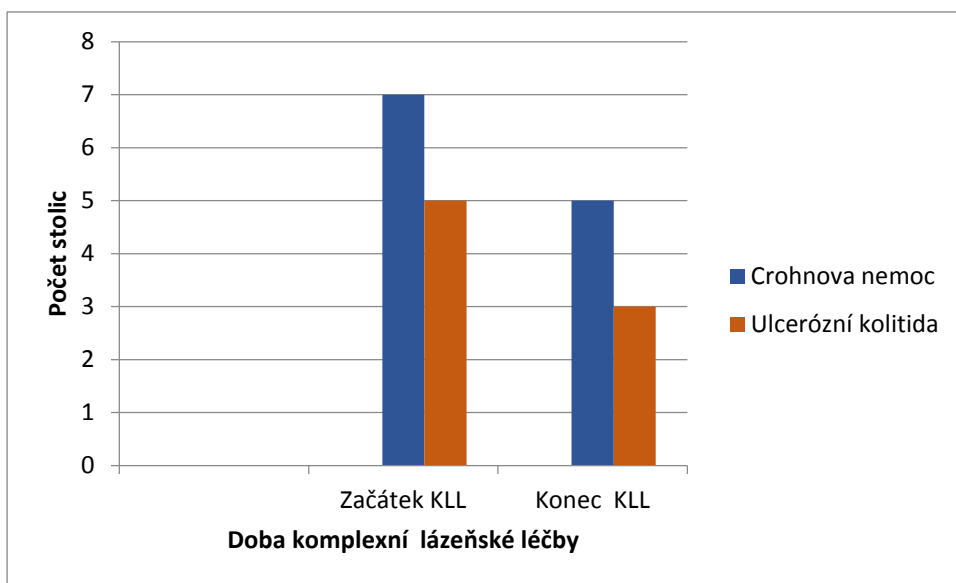
Tabulka 20 Průměrný počet stolic denně na začátku a na konci KLL rozdělený dle onemocnění

| Zánětlivá střevní onemocnění | Začátek KLL | Konec KLL |
|------------------------------|-------------|-----------|
| Crohnova nemoc | 7 | 5 |
| Ulcerózní kolitida | 5 | 3 |

Legenda: KLL – komplexní lázeňská léčba

Zdroj: vlastní

Graf 2 Průměrný počet stolic denně na začátku a na konci KLL



Legenda: KLL – komplexní lázeňská léčba

Zdroj: vlastní

- V tabulkách 21 a 22 můžeme vidět porovnání subjektivních příznaků před a po komplexní lázeňské léčbě. Po absolvování KLL pocity plnosti u pacienta 1 úplně vymizely, u pacienta 2 změnila denní dobu a u pacienta 4 se objevovaly jen v souvislosti s naplněním žaludku. Z tabulek lze vypožorovat, že nadýmání se objevovalo pouze u pacientů s ulcerózní kolitidou. U pacienta 4 se potíže s nadýmáním nijak nezměnily, u pacienta 5 došlo ke zlepšení, potíže se objevovaly pouze večer, a pacient 6 uvedl, že došlo k jejich vymizení.

Tabulka 21 Zhodnocení subjektivních potíží pacientů na začátku KLL

| Pacient | Pocity plnosti | Nadýmání |
|--------------|-------------------|-----------------|
| Pacient 1 CN | po jídle | neměl |
| Pacient 2 CN | ráno | neměl |
| Pacient 3 CN | neměl | neměl |
| Pacient 4 UK | přetrvávají pořád | po tučném jídle |
| Pacient 5 UK | neměl | ráno i večer |
| Pacient 6 UK | neměl | přes den |

Legenda: CN – Crohnova nemoc, UK – ulcerózní kolitida

Zdroj: vlastní

Tabulka 22 Zhodnocení subjektivních potíží pacientů na konci KLL

| Pacient | Pocity plnosti | Nadýmání |
|--------------|----------------|-----------------|
| Pacient 1 CN | neměl | neměl |
| Pacient 2 CN | večer | neměl |
| Pacient 3 CN | neměl | neměl |
| Pacient 4 UK | po jídle | po tučném jídle |
| Pacient 5 UK | neměl | večer |
| Pacient 6 UK | neměl | neměl |

Legenda: CN – Crohnova nemoc, UK – ulcerózní kolitida

Zdroj: vlastní

Výsledky k výzkumné otázce 2:

- Orientační modifikovaný svalový test by prováděn na začátku a na konci lázeňské léčby. Na základě jeho výsledků byla vyhodnocována výzkumná otázka 2 a bylo hodnoceno.
- Pacient ležící na lehátku s DKK na šíři boků, byl vyzván k plynulému odvíjení páteře obratel po obratli s: a) prsty HKK propletenými na týlu hlavy, b) s pažemi volně překříženými na hrudníku, c) s pažemi volně podél těla. Hodnocení spočívalo v zaškrtnutí ZVLÁDNE/NEZVLÁDNE a v případě nezvládnutí testu byla vypsána chyba/y při provedení. Mezi chyby v provedení bylo vnímáno zvedání pat od podložky, předsun hlavy, vyklenutí břišní stěny, švihový pohyb a protrakce ramen.
- V tabulkách 23 a 24 můžeme vidět, že v průběhu komplexní lázeňské léčby došlo u některých pacientů ke zlepšení svalové síly břišního lisu. Varianta a) a c) zůstávají u všech pacientů nezměněny. Ve variantě b) se zlepšil pacient 1 a 3, oba s diagnostikovanou Crohnovou nemocí. Tito pacienti pravidelně docházeli na individuální cvičení s fyzioterapeutem a pacient 3 měl v rámci pohybové léčby Nordic Walking.

Tabulka 23 Výsledky orientačního svalového testu břišních svalů na začátku KLL

| Pacient | Varianta a) | Varianta b) | Varianta c) |
|--------------|-------------|-------------|-------------|
| Pacient 1 CN | NEZVLÁDNE | NEZVLÁDNE | ZVLÁDNE |
| Pacient 2 CN | NEZVLÁDNE | ZVLÁDNE | ZVLÁDNE |
| Pacient 3 CN | NEZVLÁDNE | NEZVLÁDNE | ZVLÁDNE |
| Pacient 4 UK | NEZVLÁDNE | ZVLÁDNE | ZVLÁDNE |
| Pacient 5 UK | NEZVLÁDNE | NEZVLÁDNE | NEZVLÁDNE |
| Pacient 6 UK | NEZVLÁDNE | NEZVLÁDNE | ZVLÁDNE |

Legenda: CN – Crohnova nemoc, UK – ulcerózní kolitida

Zdroj: vlastní

Tabulka 24 Výsledky orientačního svalového testu břišních svalů na konci KLL

| Pacient | Varianta a) | Varianta b) | Varianta c) |
|-----------|-------------|-------------|-------------|
| Pacient 1 | NEZVLÁDNE | ZVLÁDNE | ZVLÁDNE |
| Pacient 2 | NEZVLÁDNE | ZVLÁDNE | ZVLÁDNE |
| Pacient 3 | NEZVLÁDNE | ZVLÁDNE | ZVLÁDNE |
| Pacient 4 | NEZVLÁDNE | ZVLÁDNE | ZVLÁDNE |
| Pacient 5 | NEZVLÁDNE | NEZVLÁDNE | NEZVLÁDNE |
| Pacient 6 | NEZVLÁDNE | NEZVLÁDNE | ZVLÁDNE |

Legenda: CN – Crohnova nemoc, UK – ulcerózní kolitida

Zdroj: vlastní

20 DISKUZE

Hlavním cílem této práce bylo zhodnotit účinnost komplexní lázeňské léčby vybraných gastroenterologických onemocnění. Pro potvrzení a zhodnocení tohoto cíle byly zvoleny dva dílčí cíle. Prvním dílčím cílem bylo zhodnocení průměrného počtu stolic denně a subjektivní snížení pocitu plnosti a nadýmání. Druhý dílčí výzkumný cíl se zabýval zhodnocením svalové síly břišních svalů na začátku a na konci komplexní lázeňské léčby pomocí orientačního modifikovaného svalového testu. Otázky byly stanoveny na základě předpokladu, že během lázeňské léčby dojde ke zmírnění potíží, ke snížení počtu stolic a ke zvýšení svalové síly na základě komplexu léčebných procedur.

20.1 Výzkumná otázka 1

Znění: Předpokládám že, na konci lázeňského pobytu budou pacienti denně chodit méně často na stolic a subjektivně se sníží pocit plnosti a nadýmání?

Výsledky získané během komplexní lázeňské léčby svědčí o potvrzení této výzkumné otázky. Dle získaných dat od pacientů na začátku a na konci lázeňské léčby došlo ke snížení počtu stolic Tabulka 19. Největší úlevu udávali pacienti 3 a 4. Počet stolic se snížil o dvě u pacienta 1 a 2. U pacientů 5 a 6 došlo k průměrnému snížení o jednu stolic. Z výsledků této práce vyplývá, že u pacientů s Crohnovou nemocí došlo k většímu snížení počtu stolic.

Počet stolic úzce souvisí s léčebnou výživou, která byla předepsána všem pacientům. Pacienti 1, 2, 3 a 5 drželi bezezbytkovou dietu, pacient 3 držel navíc bezlepkovou a pacient 5 bezlaktózovou, kterou držel také pacient 6 společně s bezlepkovou. Nejčastěji se objevovala dieta bezezbytková, konkrétně u tří pacientů s Crohnovou nemocí a jednoho pacienta s ulcerózní kolitidou. Pacienti 1, 3 a 4 uvedli, že s dietou začali hned od začátku potíží. Pacienti 2 a 6 uvedli, že jim trvalo 2 roky, než našli správnou dietu, pacientovi 5 jeden rok. Studie potvrzují, že pacienti se zánětlivými střevními onemocněními provádějí různé strategie a musejí často experimentovat v souvislosti s jídlem, aby předcházeli projevům symptomů a exacerbaci. Jedná se například o identifikaci spouštěcí potraviny a o příjem potravy v malých porcích v častějších intervalech (Brotherton a Taylor, 2013; Czuber-Dochan a kol., 2020). Jak uvádí (Hošková a kol., 2012), cílená pohybová aktivita vede k posílení břišních svalů a stimulaci střevní peristaltiky čímž ovlivňuje vyprazdňování. Autorka práce s tímto

tvrzením souhlasí, výsledky její práce tato tvrzení potvrzují. Všichni pacienti kromě pacienta 4 a 6 docházeli na procedury zaměřené na pohybovou terapii a u všech došlo k většímu či menšímu snížení průměrného počtu stolic.

Dotazníkové šetření prokázalo, že se u některých pacientů subjektivně snížily pocity plnosti a nadýmání.

Největší úlevu od pocitů plnosti uvedl pacient 1, u kterého se objevovaly pouze na začátku léčby po jídle. Rozdíl nastal u pacienta 2, kdy se pocity plnosti na konci léčby objevovaly především ve večerních hodinách namísto uvedených ranních. Pacient 4 na začátku léčby uvedl, že měl pocity plnosti pořád, na konci je měl pouze po jídle. Ostatní pacienti pocity plnosti neměli.

Mooventhan a Nivethitha, (2014) tvrdí, že při aplikaci horkého obkladu na bederní páteř zdravé ženy, po dobu 10 minut, dochází ke zvýšení průtoku krve ze zad a do oblastí horní části paže. Bezprostředně po aplikaci se střevní pohyby zvýší 1,7x ve srovnání s obdobím před aplikací. Aplikace horného obkladu může být užitečná pro podporu plynatosti a defekace. Výsledky této studie se příliš neshodují s výsledky práce. Pacienti 1, 4 a 5 docházeli pravidelně na procedury parafín/parafango. Pacient 1 uvedl, že na začátku ani na konci nadýmání neměl, procedury parafín/parafango měl předepsané z jiného důvodu. Pacient 4 uvedl, že na začátku i na konci lázeňské léčby se u něj nadýmání objevovalo po tučném jídle. U pacienta 5 došlo ke zlepšení nadýmání, které se na začátku léčby objevovalo ráno i večer a na konci léčby pouze večer. Pacient 6 měl nadýmání na začátku léčby celý den, na konci léčby uvedl, že ho neměl vůbec. Tento pacient neměl procedury parafín/parafango, tudíž musely ke snížení nadýmání přispět jiné procedury.

Všichni pacienti absolvovali procedury pitné kúry, kdy v pravidelných intervalech cca 40 minut před hlavními jídly, chodili k vyvěrajícím pramenům a dle lékařského předpisu pili léčivé minerální vody v indikovaném množství (Špišák, 2023). Nejčastěji se jednalo o hydrouhličitano-sodné vody, které napomáhají k odstranění pocitů plnosti, nadýmání a špatného trávení. Důvodem je mimo jiné jejich působení na evakuační poměry v žaludku (Špišák a kol., 2010). Tyto poznatky jsou srovnatelné s výsledky této práce, ze kterých je zřejmé, že u některých pacientů došlo ke snížení subjektivních pocitů plnosti a nadýmání.

Průměrný počet stolic denně se u všech pacientů snížil, k subjektivnímu poklesu pocitu plnosti a nadýmání došlo jen u některých pacientů. Výzkumná otázka 1 byla částečně potvrzena.

20.2 Výzkumná otázka 2

Znění: Předpokládám, že dojde ke zvýšení svalové síly břišních svalů dle orientačního modifikovaného svalového testu, který je zařazen do anamnézy?

Výsledky získané v průběhu komplexní lázeňské léčby ukazují, že došlo k částečnému zlepšení svalové síly břišního lisu. Tyto výsledky byly potvrzené pouze u dvou pacientů s diagnostikovanou Crohnovou nemocí Tabulka 23, Tabulka 24. Jeden z důvodů tohoto zjištění může být průměrný věk pacientů. Na základě anamnestických dat byl stanoven průměrný věk pacientů s Crohnovou nemocí na 38 let a pacientů s ulcerózní kolitidou na 59 let. Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že se pacienti 1 a 3 pravidelně účastnili individuálního cvičení s fyzioterapeutem. Pacient 3 měl navíc v rámci pohybové aktivity proceduru Nordic Walking. Lze tedy předpokládat, že obě tyto procedury společně s účinky ostatních vedly ke zvýšení svalové síly břišní stěny.

Oliveira a Burini, (2009); Simrén, (2002) uvádí, že pohybová aktivita je pro trávicí trakt prospěšná, ale částečně i škodlivá. Vše závisí na intenzitě. Při těžké zátěži často dochází k pálení žáhy, nevolnostem, zvracení, bolestem břicha, průjmu nebo dokonce gastrointestinálnímu krvácení. Na druhou stranu při mírné až střední intenzitě hraje cvičení ochrannou roli proti rakovině tlustého střeva, divertikulární chorobě a zácpě.

Bi a Triadafilopoulos, (2003) v jedné studii zmiňují přínosy středně dlouhého cvičení s nízkou intenzitou u pacientů s diagnostikovanou Crohnovou nemocí a sedavým zaměstnáním. Cvičební program sestával z lehké chůze ve skupinkách, která probíhala 3x týdně po dobu 12 týdnů. Výsledky studie prokázaly výrazné zlepšení fyzického zdraví, celkové pohody, kvality života a vnímání stresu. Výsledky mohly být omezeny absencí kontrolní skupiny, která by zkreslila přínosy samotného cvičení. Například v podobě skupiny pacientů, kteří by se pravidelně scházeli, ale necvičili. Výsledky této studie lze aplikovat na data získaná od pacienta 3, který pravidelně docházel na proceduru Nordic Walking. Subjektivně ji ohodnotil jako nejprospěšnější. Délka aktivity nebyla tak dlouhá jako v případě studie, ale již po 3 týdnech pacient pociťoval pokles míry stresu. Pacient 1 se domnívá, že se jeho zdravotní stav zlepšil především díky vodním procedurám, které se nepřímo podílely na posilování břišních svalů. Jak uvádí Mooventhan a Nivethitha,

(2014), chůze ve vodě, která je na úrovni pupku zvyšuje aktivitu vzpřimovačů trupu (mm. erectores spinae) a aktivuje m. rectus femoris na podobné nebo vyšší úrovni jako tomu je během chůze na suchu.

Pacienti, s Crohnovou nemocí, u kterých došlo k posílení břišního lisu, byli oba muži ve středním věku. Oba v dotazníku uvedli, že volný čas tráví aktivně, například sportem, procházkami a výlety. Pacient 1 uvedl, že hraje florbal, šachy a je rybář. Pacient 3 požádal o proceduru Nordic Walking, neboť chtěl zvýšit každodenní počet kroků. Životní styl se tedy významně podílel na dosažení předpokládaného výsledku. Autorka se v tomto shoduje se závěry, které uvádí (Simrén, 2002).

Pohybová aktivita napomáhá k prevenci vzniku komplikací zánětlivých střevních onemocnění, mezi které patří ankylozující spondylitida, osteopenie a osteoporóza. Tato onemocnění mohou vést ke zlomeninám a jiným komplikacím skeletu. Prevencí je včasná suplementace vit. D a vápníku (Narula a Fedorak, 2008). Na otázku jestli se u pacienta vyskytují nějaká další onemocnění, pacient 3 odpověděl, že má osteoporózu. V OA uvedl, že si v roce 2014, tedy 23 let po diagnostikování Crohnovy nemoci, komplikovaně zlomil pravou HK. Okolnosti vzniku nejsou známy, ale autorka předpokládá, že osteoporóza související s Crohnovou nemocí mohla být jedním z faktorů vzniku zlomeniny.

U ostatních pacientů nedošlo ke zvýšení svalové síly, ale nedošlo ani k jejímu poklesu. Jak bylo zmíněno výše, průměrný věk pacientů s Crohnovou nemocí a ulcerózní kolitidou zde sehrál významnější roli. Obecně lze říct, že pacienti s Crohnovou nemocí reagovali na pohybovou léčbu lépe než pacienti s ulcerózní kolitidou.

Výzkumná otázka 2 byla částečně potvrzena, z důvodu zvýšení svalové síly břišních svalů pouze u dvou pacientů.

Na základě potvrzení obou výzkumných otázek byl potvrzen hlavní cíl práce. Nutno vzít v úvahu limity práce, které se týkají především nízkého počtu pacientů účastnících se výzkumu. Vzhledem k tomu, že se jedná o kvalitativní výzkum nelze získané poznatky aplikovat na všechny pacienty se zánětlivým střevním onemocněním. Dalším limitem je doba výzkumu a doba komplexní lázeňské léčby, která byla stanovena na 3 týdny. Domnívám se, že pokud by léčba a výzkum probíhaly déle, výsledky analýzy by byly jiné.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce hodnotila účinky komplexní lázeňské léčby na gastroenterologická onemocnění. Vzhledem ke zvyšující se prevalenci výskytu zánětlivých střevních onemocnění je téma práce aktuální. Díky včasnějšímu zařazení lázeňské léčby do léčebného procesu lze předejít přeplněným ambulancím a čekárnám u lékařů.

Hlavním cílem práce bylo zhodnocení účinnosti komplexní lázeňské léčby na gastroenterologická onemocnění a snaha o její časnější zapojení do léčebného procesu.

Obor gastroenterologie lze rozdělit na onemocnění jícnu, žaludku, tenkého střeva, tlustého střeva, slinivky břišní, jater, žlučníku a žlučových cest. Vzhledem k rozsáhlému tématu, se autorka práce rozhodla teoretickou část zaměřit na vybraná onemocnění jícnu, žaludku a zánětlivá onemocnění střev, ke kterým jsou přiřazeny informace o jejich diagnostice, léčbě a fyzioterapeutických postupech. V této části je dále popsána historie lázeňství v České republice a ve světě, anatomie a funkční onemocnění trávicího traktu. Další kapitolou je lázeňská léčba gastroenterologických onemocnění, která obsahuje popis procedur komplexní lázeňské léčby.

Praktická část byla zaměřena na pacienty se zánětlivým střevním onemocněním. Probíhala ve spolupráci se třemi pacienty s Crohnovou nemocí a třemi pacienty s ulcerózní kolitidou. Účelem bylo zaměřit se na sledování počtu stolic na začátku a na konci komplexní lázeňské léčby, na subjektivní pocity plnosti a nadýmání a na zvýšení svalové síly břišních svalů na základě orientačního modifikovaného svalového testu. Na konci lázeňské léčby došlo u všech zúčastněných pacientů ke snížení průměrného počtu stolic. U některých pacientů se subjektivně snížily pocity plnosti a nadýmání a došlo ke zvýšení svalové síly břišního lisu. Výsledky této práce dále poukazují na pozitivní účinky lázeňské léčby u gastroenterologických onemocnění.

Vzhledem k četnosti procedur a délce pobytu nelze říct, která procedura nejvíce přispěla ke zlepšení potíží. Ale lze s jistotou říct, že komplexní lázeňská léčba úspěšně zlepšila zdravotní stav 6 pacientů účastnících se výzkumu v praktické části této práce. Na základě výsledků praktické části považují komplexní lázeňskou léčbu za velmi účinnou metodu léčby onemocnění trávicího traktu. Pacienti během pobytu prošli změnou denního režimu, edukací a současnou prevencí týkající se gastrointestinálního traktu. Největším benefitem lázeňské léčby jsou dle mého názoru minerální léčivé prameny a procedury,

které využívají jejich účinků. Zřejmě díky nim došlo u všech pacientů k průměrnému snížení denního počtu stolic. Jako pozitivum a další potvrzení účinnosti KLL vnímám fakt, že všichni zúčastnění pacienti na konci lázeňského pobytu uvedli, že se chtějí za rok do lázní vrátit.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BI, Luke a George, TRIADAFILOPOULOS, 2003. Exercise and gastrointestinal function and disease: an evidence-based review of risks and benefits. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* [online]. 1(5), 345-355 [cit. 2023-02-23]. Dostupné z: [https://doi.org/10.1053/S1542-3565\(03\)00178-2](https://doi.org/10.1053/S1542-3565(03)00178-2)

BINDEROVÁ, Denisa a Ivo, DOSKOČIL, 2021. Výživa při onemocnění trávicího traktu. *Bezpečnost potravin* [online]. [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://bezpecnostpotravin.cz/vyziva-pri-onemocneni-traviciho-traktu/>

BROTHERTON, Carlos S. a Ann Gill, TAYLOR, 2013. Dietary Fiber Information for Individuals with Crohn Disease: Reports of Gastrointestinal Effects. *Gastroenterology Nursing* [online]. 36(5), 320-327 [cit. 2023-03-23]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3880223/>

BURACHOVIČ, Stanislav a Stanislav, WIESER, 2001. *Encyklopedie lázní a léčivých pramenů v Čechách, na Moravě a ve Slezsku*. Praha: Libri. ISBN 80-7277-048-9

GBD 2017 Inflammatory Bowel Disease Collaborators, 2020. The global, regional, and national burden of inflammatory bowel disease in 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *THE LANCET Gastroenterology & Hepatology* [online]. (5), 17-30 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30333-4](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30333-4)

CZUBER-DOCHAN, W., M., MORGAN, L. D., HUGHES, M. C. E., LOMER, J. O., LINDSAY a K., WHELAN, 2020. Perceptions and psychosocial impact of food, nutrition, eating and drinking in people with inflammatory bowel disease: a qualitative investigation of food-related quality of life. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* [online]. 33(1), 115-127 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31131484/>

FIALA, Pavel, Jiří, VALENTA a Lada, EBERLOVÁ, 2015. *Stručná anatomie člověka*. Praha : Karolinum. ISBN 978-80-246-2693-2

FISCHER, Bruno, [2008?]. *Spa treatment in the Karlovy Vary Region*. Karlovy Vary: Karlovarský kraj. ISBN 978-80-254-2460-5

GABALEC, Libor, 2009a. Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. *Interní medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 11(1), 16-20 [cit. 2023-03-02]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/01/03.pdf>

GABALEC, Libor, 2009b. Ulcerózní kolitida - klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. *Interní medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 11(6), 276-281 [cit. 2023-03-04]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/06/06.pdf>

GERBARG, Patricia L., VINITA E., JACOB, Laurie, STEVENS, Brian P., BOSWORTH, Fatima, CHABOUNI, Ersilia M., DEFILIPPIS, Ryan, WARREN, Myra, TRIVELLAS, Priyanka V., PATEL, Colleen D., WEBB, Michael D., HARBUS, Paul J., CHRISTOS, Richard P., BROWN a Ellen J. SCHERL, 2015. The Effect of Breathing, Movement, and Meditation on Psychological and Physical Symptoms and Inflammatory Biomarkers in Inflammatory Bowel Disease: A Randomized Controlled Trial. *Inflammatory Bowel Diseases* [online]. 21(12), 2886–2896 [cit. 2023-03-03]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000568>

GUPTA, Nidhi, Shveta KHERA, R. P. VEMPATI, Ratna SHARMA a R. L. BIJLANI, 2006. Effect of yoga based lifestyle intervention on state and trait anxiety. *Indian J Physiol Pharmacol* [online]. 50(1), 41-47 [cit. 2023-03-03]. PMID: 16850902. Dostupné z: https://ijpp.com/IJPP%20archives/2006_50_1/41-47.pdf

HLOUŠKOVÁ, Patricie a Ladislav, ŠPIŠÁK, 2021. Manuál lázeňské léčebně-rehabilitační péče - Metodika podávání balneoprocudur II. *SPADATA informační server lázeňství a balneologie*. [Online]. [Cit. 2023-03-11]. Dostupné z: https://spadata.cz/wp-content/uploads/2021/06/lazenska-pece_balneoprocudury_II_dvojstrana_fin.pdf

HOŠKOVÁ, Blanka, Andrea, LEVITOVÁ, Simona, MAJEROVÁ, Michaela, MALÁ, Pavlína, NOVÁKOVÁ, Květa, PRAJEROVÁ, Eva, PROKEŠOVÁ, Pavel, STRNAD a Jitka, VAŘEKOVÁ, 2012. *VADEMECUM - zdravotní tělesná výchova (druhy oslabení)*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2137-1

CHARVÁTOVÁ, Eva, 2008. HORNÍ DYSPEPTICKÝ SYNDROM – JE VŠE JASNÉ A JEDNODUCHÉ?. *Medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen 5(4), 155-156 [cit. 2023-02-24]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/04/04.pdf>

JAKUBÍKOVÁ, Dagmar, Eliška, VILDOVÁ, Petr, JANEČEK a Jan, TLUČHOŘ, 2019. *Lázeňství management a marketing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2461-9

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

KAUR, Sandeep, Adrijana, D'SILVA, Abdel-Aziz, SHAHEEN a Maitreyi, RAMAN, 2022. Yoga in Patients With Inflammatory Bowel Disease: A Narrative Review. *OXFORD ACADEMIC: Crohn's & Colitis 360* [online]. (4(2), 1-8 [cit. 2023-03-03]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/crocol/otac014>

KOBAYASHI, Taku, Britta, SIEGMUND, Catherine, LE BERRE, Shu Chen, WEI, Marc, FERRANTE, Bo, SHEN, Charles N., BERNSTEIN, Silvio, DANESE, Laurent, PEYRIN-BIROULET a Toshifumi, HIBI, 2020. Ulcerative colitis. *Nature Reviews Disease Primers* [online]. 6, 74, 1-18 [cit. 2023-03-04]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0205-x>

KOLÁŘ, Pavel, Petr, BITNAR, Ondřej, HORÁČEK, Olga, DYRHONOVÁ, Jiří, KŘÍŽ, Milena, ADÁMKOVÁ, Rudolf, ČERNÝ, Lenka, BABKOVÁ, Jiří, ČUMPELÍK, Jan, CALTA, Barbora, DANIELOVÁ, Věra, CIKÁNKOVÁ, Miroslav, DOBEŠ, Ondřej, ČAKRT, Rastislav, DRUGA, Zdeněk, ČECH, Běla, HÁTLOVÁ, Martina, HOSKOVCOVÁ, Vladimír, KOMÁREK a kol., 2020. *Rehabilitace v klinické praxi*. Druhé vydání. Praha : Galén. ISBN 978-80-7492-500-9

KOLOMINSKÝ, Jiří, Jaroslav, BENDA, Jan, HANYCZ, Přemysl, DOBERSKÝ, Zbyněk, KOZEL, 1967. *Léčebné postupy v lázeňské gastroenterologii*. Praha : Balnea

KROUPA, Radek, 2012. Barrettův jícn, rizikové faktory, léčba. *Interní medicína pro praxi*. [Online] Olomouc: Solen. 14(3), 104-106 [Cit. 2023-03-04]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/03/04.pdf>

KUSYN, Michal, 2020. Vliv pohybové aktivity na lidský organismus V – Dýchací a trávicí systém. *Pohybazdravi.cz* [online]. Moravská Ostrava [cit. 2023-03-04]. Dostupné z: <https://pohybazdravi.cz/vliv-pohybove-aktivity-na-lidsky-organismus-v-dychaci-a-travici-system/>

LATA, Jan, Jan BUREŠ, Tomáš, VAŇÁSEK, Milan, DASTYCH, Petr, DÍTĚ, Jiří, DOLINA, Marcela, KOPÁČOVÁ, Radek, KROUPA, Ivo, NOVOTNÝ, Jitka, PROKEŠOVÁ, Lucie, PROKOPOVÁ, Stanislav, REJCHRT, Karel, STARÝ, Jan, TRNA,

Vladimír, ZBOŘIL a Anna, ŽÁKOVÁ, 2011. *Gastroenterologie*. Praha : Galén. ISBN 978-80-7262-746-2

LUKÁŠ, Karel, Martin, BORTLÍK, Radan, BRŮHA, Miloš, DVOŘÁK, Eva, DRAŽNÁ, Václav, JIRÁSEK, Milan, KALÁB, Tomáš, KRECHLER, Zdeněk, MAREČEK, Zdena, NOVÁKOVÁ, Irena, PĚCHOUČKOVÁ, Jaromír, PETRTÝL, Jaroslav, POKORNÝ, Petra, SOUKUPOVÁ, Jiřina, ŠATROVÁ, Tomislav, ŠVESTKA, Petr, URBÁNEK a Aleš, ŽÁK, 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha : Grada,. ISBN 80-247-1283-0

LUKÁŠ, Karel, Aleš, ŽÁK, Martin, BORTLÍK, Radan, BRŮHA, Eva, DRAŽNÁ, Miloš, DVOŘÁK, Václav, JIRÁSEK, Milan, KALÁB, Tomáš, KRECHLER, Zdeněk, MAREČEK, Zdena, NOVÁKOVÁ, Jaromír, PETRTÝL, Jaroslav, POKORNÝ, Jiřina, ŠATROVÁ, Jan, ŠKRHA, Tomislav, ŠVESTKA, Petr, URBÁNEK a Libor, VÍTEK, 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha : Grada. ISBN 978-80-247-1787-6

LUKÁŠ, Karel, Jiří, HOCH, Petr, URBÁNEK, Jiří, NEVORAL, Helena, AMBROŽOVÁ, Karel, BALIHAR, Tomáš, FEJFAR, Iva, HOFFMANOVÁ, Petr, HRABÁK, Petr, HŘÍBEK, Petr, HŮLEK, Klára, CHMELOVÁ, Michal, KOULA, Jana, KOŽELUHOVÁ, Alena, MACHOVCOVÁ, Jiří, NEVORAL, Barbora, NOVÁKOVÁ, Július, ÖRHALMI, Pavel, RYŠÁNEK, Marie, RYŠÁNKOVÁ a kol., 2022. *Obyčejné nemoci trávicího traktu*. Praha : Grada. ISBN 978-80-271-3405-2

LUKÁŠ, Milan, Ondřej, URBAN, 2016. Civilizační nemoci v gastroenterologii. *Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP*. [Online]. [Cit. 2023-03-20]. ISSN 1210-7824. Dostupné z: https://www.cgs-cls.cz/wp-content/uploads/2015/04/Civiliza%C4%8Dn%C3%AD-nemoci-v-gastroenterologii_Luk%C3%A1%C5%A1-Urban.pdf

MAŘATKA, Zdeněk, 2007. *Trávicí obtíže v lékařské praxi*. Praha : Galén. ISBN 978-80-7262-472-0

MOOVENTHAN, A. a L., NIVETHITHA, 2014. Scientific evidence-based effects of hydrotherapy on various systems of the body. *North American Journal of Medical Sciences* [online]. 6(5), 199-209 [cit. 2023-03-23]. PMID: 24926444. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4049052/>

MOUREK, Jindřich, 2012. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., doplněné vydání. Praha : Grada. ISBN 978-80- 247-3918-2

NARULA, Neeraj a Richard N., FEDORAK, 2008. Exercise and Inflammatory Bowel Disease. *ResearchGate: Canadian journal of gastroenterology* [online]. 22(5), 497-504 [cit. 2023-03-23]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2660805/>

OLIVEIRA, Erick P. de a Roberto, BURINI, 2009. The impact of physical exercise on the gastrointestinal tract. *ResearchGate: Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care* [online]. 12(5), 533-538 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19535976/>

PROCHÁZKA, Vladimír, Roman, SVATONĚ, Filip, MAREK, Vladimír, ČAN, Lumír, KUNOVSKÝ, Daniel, BARTUŠEK, Jaroslav, IVIČIČ a Zdeněk, KALA, 2019. Akutní hiátové hernie. *ResearchGate: Rozhledy v chirurgii: měsíčník Československé chirurgické společnosti* [online]. 98(5), 207-213 [cit. 2023-03-04]. ISSN 1805-4579. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/333632805_Acute_hiatal_hernias

REJCHRT, Stanislav, Ilona, KOUPIL, Marcela, KOPÁČOVÁ, Miluška, ŠKODOVÁ FENDRICOVÁ, Bohumil, SEIFERT, Viktor, VOŘÍŠEK, Jana, ŠPIRKOVÁ, Tomáš, DOUDA, Ilja, TACHECÍ a Jan, BUREŠ, 2014. Epidemiologie dyspepsie. *Časopis vnitřní lékařství* [online]. 60(7-8), 649-656 [cit. 2023-02-23]. ISSN 1801-7592. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2014/07/21.pdf>

V zákonu č. 1/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen Zákon) jsou obsažena základní pravidla poskytování lázeňské péče (§ 33), v příloze č. 5 zákona je pak uvedeno: seznam indikačních skupin pro dospělé, děti a dorost, 2020. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/platny-indikacni-seznam-pro-lazenskou-peci/>

REŽNÁKOVÁ, Soňa, Emilie, NIEDOBOVÁ, Helena, GBELCOVÁ a Vanda, REPISKÁ, 2015. Barrettův jícn. *Interní medicína pro praxi* [online]. 17(4), 196-198 [cit. 2023-03-04]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedcina.cz/pdfs/int/2015/04/08.pdf>

SEIFERT, Bohumil, 2011. Horní dyspeptický syndrom – náměty k aktualizaci doporučeného postupu. *Interní medicína pro praxi* [online]. 13(10), 406-408 [cit. 2023-02-23]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/10/11.pdf>

SEIFERT, Bohumil, Petr, DÍTĚ, Jan, BUREŠ, Aleš, HEP, Eva, CHARVÁTOVÁ, Václav, JIRÁSEK, Tomáš, KOUDELKA, Karel, LUKÁŠ a Jana, VOJTÍŠKOVÁ, 2008. Dyspepsie horního typu. *Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP*. [Online]. 1-20 [Cit. 2023-02-23]. ISSN 1801-6383. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2008-2012/dyspepsie-horniho-typu.pdf>

SEIFERT, Bohumil, Karel, LUKÁŠ, Eva, CHARVÁTOVÁ, Tomáš, KOUDELKA, Jana, VOJTÍŠKOVÁ, Jan, BUREŠ, Aleš, HEP, Václav, JIRÁSEK a Petr, DÍTĚ, 2007. Dolní dyspeptický syndrom. *Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP*. [Online]. 1-10 [Cit. 2023-02-22]. ISSN 1801-6383. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2003-2007/Dyspepsie.pdf>

SIMRÉN, Magnus, 2002. Physical activity and the gastrointestinal tract. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. [Online]. 14(10), 1053-1056 [Cit. 2023-03-18]. ISSN 473-5687. Dostupné z: https://journals.lww.com/eurojgh/Fulltext/2002/10000/Physical_activity_and_the_gastrointestinal_tract.3.aspx.

ŠOLC, Pavel, c2000. *Karlovarská lázeňská léčba a medicína na přelomu 20. a 21. století*. Praha : Galén. ISBN 8072620460

ŠPIŠÁK, Ladislav, vedoucí bakalářské práce [ústní sdělení]. Karlovy Vary, 8. 3. 2023, 25. 3. 2023.

ŠPIŠÁK, Ladislav, Oldřiška, BÓNOVÁ, Patricie, HLOUŠKOVÁ, Darina, KOSORINOVÁ, Helena, SAFARIKOVÁ a Dana, ŠAŠKOVÁ, 2020. Manuál lázeňské léčebně-rehabilitační péče: Obecné principy a speciální přístupy dle indikací. *SPADATA informační server lázeňství a balneologie*. [Online]. [Cit. 2023-03-11]. Dostupné z: https://spadata.cz/wp-content/uploads/2022/11/manual_lazenske-lecebne-rehabilitacni-pece_final_dvojlist.pdf

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

ŠVESTKA, Tomislav, 2011. Infekce *Helicobacter pylori*. *Medicína pro praxi*. [Online]. 8(3), 123-126 [Cit. 2023-03-15]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/03/06.pdf>

TŘÍSKALA, Zdeněk, Dobroslava, JANDOVÁ, Jarmila, KOLÁŘOVÁ, Drahomíra, NEČASOVÁ, Dana, ŠAŠKOVÁ, Pavel, KNÁRA, Jiří, HNÁTEK a Jakub, MAREŠ, 2019. *Medicína přírodních léčivých zdrojů - minerální vody*. Praha : Grada. ISBN 978-80-271-2297-4

VELA, Marcelo F., Joel E., RICHTER, John E., PANDOLFINO, Sami R., ACHEM, Albert J., BREDENOORD, Cristina, ALMANSA, Stanislas Bruley des, VARANNES, Donald O., CASTELL, Ikuo, HIRANO, Gary W., FALK, David A., JOHNSON, Ronnie, FASS, Peter J., KAHRILAS, Jean-Paul, GALMICHE, Robert, T. KAVITT, David Y., GRAHAM, Boudewijn, F. KESSING, Tiberiu, HERSHCOVICI, Kumar, KRISHNAN, Maria Pina, DORE a kol., 2015. *Refluxní choroba jícnu - GERD*. Praha : Grada. ISBN 978-80-247-4063-8

VOJTÍŠKOVÁ, Jana, 2005. *Helicobacter pylori* - stále aktuální v podmínkách všeobecné praxe. *Medicína pro praxi*. [Online]. Olomouc: Solen, 4, 169-171 [Cit. 2023-03-15]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2005/04/08.pdf>

WRZESIŃSKI, Bartłomiej, Edyta, PIECHOCKA, Paweł, WOJTCZAK, Anna, ZIÓŁKOWSKA, Angelika, SZUSTKA, Kamila, BALCERSKA, Marta, BIELEJEWSKA a Patrycja, ŁOPATKA, 2018. The influence of physiotherapy on the treatment of inflammatory bowel diseases – a short overview. *Journal of Education, Health and Sport*. [Online]. 8(7), 436-444 [Cit. 2023-03-02] Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1325466>

XU, Fang, Susan A., CARLSON, Yong, LIU a Kurt J. GREENLUND, 2021. Prevalence of Inflammatory Bowel Disease Among Medicare Fee-For-Service Beneficiaries — United States, 2001–2018. *Centers for Disease Control and Prevention: Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. [Online]. 70(19), 698-701 [Cit. 2023-03-20] Dostupné z: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7019a2.htm?s_cid=mm7019a2_w

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|--|----|
| Příloha A Anamnéza..... | 84 |
| Příloha B Informovaný souhlas | 88 |
| Příloha C Dotazník na začátku komplexní lázeňské léčby | 89 |
| Příloha D Dotazník na konci komplexní lázeňské léčby | 91 |
| Příloha E Souhlas s výzkumným šetřením | 94 |

PŘÍLOHY

Příloha A Anamnéza

IDENTIFIKAČNÍ A KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Jméno: _____ Příjmení: _____

Datum narození: _____

Telefonní číslo: _____ e-mail: _____

RODINNÁ ANAMNÉZA:

Léčil se někdo na cukrovku? NE ANO Kolik členů: _____

Měl někdo onemocnění srdce (ICHS, IM, Angina pectoris): NE ANO Kolik členů: _____

Léčí se někdo na vysoký krevní tlak? NE ANO Kolik členů: _____

Vyskytlo se u nějakého člena rodiny rakovinné onemocnění? NE ANO Jaké? _____

Máte děti? NE ANO Kolik? _____

OSOBNÍ ANAMNÉZA: Léčíte se s některým z uvedených onemocnění?

Diabetes mellitus (cukrovka) NE ANO Od jakého roku: _____

Vysoký krevní tlak NE ANO Od jakého roku: _____

Onemocnění srdce NE ANO Od jakého roku: _____

Jaký druh onemocnění srdce? (IM, angina pectoris, poruchy srdečního rytmu)

Vysoký cholesterol: NE ANO Od jakého roku: _____

Onemocnění štítné žlázy: NE ANO Od jakého roku: _____

Onemocnění trávicího traktu: NE ANO Od jakého roku: _____

ALERGIE: _____

ABUSUS:

Pijete alkohol? NE ANO Jak často? _____

Pijete kávu? NE ANO Jak často? _____

Kouříte? NE ANO Kolik cigaret denně? _____

Dodržívete nějakou dietu? NE ANO Jakou? _____

Jak dlouho?

Potýkáte se s jinými onemocněními?

Prodělané operace:

Operace: _____ Rok: _____

Operace: _____ Rok: _____

Operace: _____ Rok: _____

Úrazy:

Úraz: _____ Rok: _____

Úraz: _____ Rok: _____

Úraz: _____ Rok: _____

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA (ŽENY): Menstruace: od kolika let? _____

Přechod: NE ANO Od kterého roku: _____

Těhotenství: NE ANO Kolik porodů: _____

Potraty: NE ANO Kolik: _____

Hormonální léčba: NE ANO Antikoncepce – jaká? _____

ANO Po přechodu – jaká? _____

Léky, které pravidelně užíváte: (název, síla)

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

PRACOVNÍ A SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA:

Jaké máte zaměstnání? _____

Typ zaměstnání: sedavé (kancelář,..) fyzicky náročné

Jste v důchodu? NE ANO Starobní/invalidní? _____

Žijete s rodinou? ANO Žijete sám? ANO _____

SPORTOVNÍ ANAMNÉZA:

Věnujete se nějakému sportu? NE ANO Jakému: _____

Jak často:

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:

Vaše diagnóza/y:

Vyvolávající faktory:

Úlevové faktory/ poloha:

Léčba:

BOLEST:

Lokalizace:

Frekvence bolesti: _____ Délka trvání: _____ Časová osa: _____

Současný vztah k ADL:

VYŠETŘENÍ NA ZAČÁTKU LÉČBY:

Aspekce:

Palpace:

Orientační vyšetření břišních svalů m. rectus abdominis, m. obliquus abdominis externus et internus, m. transversus abdominis

Pacient leží na lehátku, DKK na šíři boků

= cílem je plynulé odvíjení páteře obratel po obratli

Chyby: zvedání pat od podložky, předsun hlavy, vyklenutí břišní stěny, švihový pohyb, protrakce ramen

a) prsty HKK propletené na týlu hlavy ZVLÁDNE NEZVLÁDNE _____

b) paže překřížené na hrudníku ZVLÁDNE NEZVLÁDNE _____

c) paže volně podél těla ZVLÁDNE NEZVLÁDNE _____

VYŠETŘENÍ NA KONCI LÉČBY:

Aspekce:

Palpace:

Orientační vyšetření břišních svalů m. rectus abdominis, m. obliquus abdominis externus et internus, m. transversus abdominis

Pacient leží na lehátku, DKK na šíři boků

= cílem je plynulé odvíjení páteře obratel po obratli

Chyby: zvedání pat od podložky, předsun hlavy, vyklenutí břišní stěny, švihový pohyb, protrakce ramen

a) prsty HKK propletené na týlu hlavy ZVLÁDNE NEZVLÁDNE _____

b) paže překřížené na hrudníku ZVLÁDNE NEZVLÁDNE _____

c) paže volně podél těla ZVLÁDNE NEZVLÁDNE _____

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

Já, níže podepsaný/á:

- souhlasím s účastí v této studii v rámci bakalářské práce, kde budou veškeré mé osobní údaje anonymizovány
- jsem byl/a seznámen/a s průběhem terapie, vše mi bylo jasně vysvětleno a všemu rozumím
- souhlasím se sledováním mého zdravotního stavu po dobu pobytu v lázeňském zařízení a prohlašuji, že budu po celou dobu terapie sdělovat pravdivé informace týkající se mého zdravotního stavu
- souhlasím s případným pořízením fotodokumentace při procedurách či při odebírání anamnézy

V

Dne

Podpis:

Příloha C Dotazník na začátku komplexní lázeňské léčby

1. Vaše jméno, příjmení:

17. Jak dlouhý je Váš lázeňský pobyt?

2. Pohlaví:

- Muž
- Žena

3. Jaký je Váš věk:

4. Adresa trvalého bydliště:

5. Pracujete nebo jste v důchodu?

- Pracuji
- Jsem v důchodu

Pokud jste zaškrtl/a „pracuji“, vyplňte prosím následující otázku, pokud jste zaškrtl/a důchod, napište „nepracuji/důchod“.

6. Jakou práci vykonáváte?

7. Jakou polohu převážně zaujímáte ve Vašem zaměstnání? (stoj, sed, chůze, jiné)

8. Jak trávíte svůj volný čas?

- aktivně – sport, procházky, výlety
- pasivně – sledování TV, internet, spánek, čtení knih, křížovky

9. S čím se přicházíte léčit do lázní?

10. Kdy začaly potíže, kvůli kterým jste v současnosti v lázeňské péči? (měsíce, roky)

11. Jaké potíže se u Vás objevují v souvislosti s onemocněním trávicího traktu? Prosím, zakroužkujte je a na řádek vedle napište, kdy k těmto potížím dochází (před jídlem, po jídle, ráno, v noci, při zaujetí polohy vleže, při rychlém zvednutí ze sedu).

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| • říhání | • nadýmání |
| _____ | _____ |
| • povleklý jazyk | • nauzea |
| _____ | _____ |
| • zápach z úst | • zvracení |
| _____ | _____ |
| • pachuč v ústech | • průjem |
| _____ | _____ |
| • pálení žáhy | • zácpa |
| _____ | _____ |
| • bolesti v nadbřišku | • krev ve stolici |
| _____ | _____ |
| • nechutenství | • hlen ve stolici |
| _____ | _____ |
| • pocity plnosti | • neforemná stolice |
| _____ | _____ |
| • pocit tlaku v žaludku | • nepravidelná stolice |
| _____ | _____ |
| • pocit netrávení | _____ |
| _____ | |

12. Kdy dochází ke zlepšení těchto potíží? (po vyprázdnění, ráno, večer, po té, co si vezmete léky)

13. Kolikrát denně jdete na stolicí?

14. Co berete za léky na Vaše současné potíže?

15. Podstoupil/a jste kvůli Vašemu onemocnění operaci/zárok/jinou léčbu/ambulantní rehabilitaci?

16. Co očekáváte od lázeňské léčby?

Příloha D Dotazník na konci komplexní lázeňské léčby

1. Vaše jméno, příjmení:

2. Pohlaví:

- Muž
- Žena

3. Jaký je Váš věk:

4. Adresa trvalého bydliště:

5. Pracujete nebo jste v důchodu?

- Pracuji
- Jsem v důchodu

Pokud jste zaškrtnl/a „pracuji“, vyplňte prosím následující otázky, pokud jste zaškrtnl/a „důchod“, napište „nepracuji/důchod“.

6. Jakou práci vykonáváte?

7. Jakou polohu převážně zaujímáte ve Vašem zaměstnání? (stoj, sed, chůze, jiné)

8. Jak trávíte svůj volný čas?

- aktivně – sport, procházky, výlety
- pasivně – sledování TV, internet, spánek, čtení knih, křížovky

9. S čím se přicházíte léčit do lázní?

10. Kdy začaly potíže, kvůli kterým jste v současnosti v lázeňské péči? (měsíce, roky)

11. Podstoupil/a jste kvůli Vašemu onemocnění operaci/zárok/jinou léčbu/ambulantní rehabilitaci?

12. Jaké potíže se u Vás nyní objevují v souvislosti s onemocněním trávicího traktu?
Prosím, zakroužkujte je a na řádek vedle napište, kdy k těmto potížím dochází (před jídlem, po jídle, ráno, v noci, při zaujetí polohy vleže, při rychlém zvednutí ze sedu).

- | | | | |
|-------------------------|-------|------------------------|-------|
| • říhání | _____ | • nadýmání | _____ |
| • povleklý jazyk | _____ | • nauzea | _____ |
| • zápach z úst | _____ | • zvracení | _____ |
| • pachut' v ústech | _____ | • průjem | _____ |
| • pálení žáhy | _____ | • zácpa | _____ |
| • bolesti v nadbříšku | _____ | • krev ve stolici | _____ |
| • nechutenství | _____ | • hlen ve stolici | _____ |
| • pocity plnosti | _____ | • neforemná stolice | _____ |
| • pocit tlaku v žaludku | _____ | • nepravidelná stolice | _____ |
| • pocit netrávení | _____ | | |

13. Kdy dochází ke zlepšení těchto potíží? (po vyprázdnění, ráno, večer, po tom, co si vezmete léky)

14. Kolikrát denně jdete na stolici? _____

15. Na jaké procedury jste během lázeňské péče docházel/a?

- Reflexní masáž
- Individuální cvičení s fyzioterapeutem
- Uhličitá koupel /perličková koupel ve vřídelní vodě
- Skupinové cvičení v bazénu nebo v tělocvičně
- Pitná kúra (pravidelný příjem léčivých lázeňských pramenů)
- Léčebná výživa – úprava jídelníčku, dieta
- Elektroléčebné procedury
- Jiné...

16. V případě, že jste zaškrtl/a „jiné“ uveďte prosím o jaké procedury se jednalo?
(parafin, parafango, oxygenoterapie, pneumoakupunktura,..)

17. Které z výše uvedených procedur, kterých jste se zúčastnili, hodnotíte jako nejprospěšnější (zlepšil se díky nim Váš zdravotní stav). Ohodnoťte jako ve škole 1 nejprospěšnější, 5 zcela bez účinku.

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| • Reflexní masáž | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Individuální cvičení s fyzioterapeutem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Uhličitá koupel/perličková koupel ve vřídelní vodě | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Skupinové cvičení v bazénu nebo v tělocvičně | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Pitná kúra (pravidelný příjem léčivých pramenů) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Léčebná výživa – úprava jídelníčku, dieta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Elektroléčebné procedury | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Jiné.. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

18. Jak zpětně hodnotíte efekt (účinnost) Vašeho pobytu v lázních:
(stav se zlepšil/zlepšil se částečně/stav je stejný/stav se zhoršil) – prosím vyplňte co nejpodrobněji). Splnil pobyt v lázních Vaše očekávání?

Příloha E Souhlas s výzkumným šetřením



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI

Jméno a příjmení studenta: Eliška Vaníčková
Studijní program/ročník: Fyzioterapie/ 3. ročník
Akademický rok: 2022/2023

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Rehab & Medical Clinic SAVOY WESTEND

Odůvodnění žádosti:

Souhlas s výzkumným šetřením je požadován aktuálně platnou Metodikou zpracování kvalifikačních prací 1 Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Metodika ukládá studentům povinnost přiložit do své kvalifikační práce souhlas s výzkumným šetřením, realizovaným v rámci instituce.

¹BERÁNEK, V., MARTINEK, L., PFEFFEROVÁ, E., KROCOVÁ, J., FIRÝTOVÁ, R. Metodika zpracování kvalifikačních prací. 2. vyd. Plzeň : Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, 2019, 113 s. ISBN: 978-80-261-0760-6

Vyjádření vedoucího práce k žádosti pro oslovenou instituci:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 1/12/2022

Podpis: 

MUDr. Ladislav Špišák, CSc
Medical Director
Rehab & Medical Clinic
SAVOY WESTEND
Petra Velikého 16, 360 01 Karlovy Vary



Žádost pro oslovenou instituci

Vážený pane primáři Špišáku,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Rehab & Medical Clinic SAVOY WESTEND, jež je součástí závěrečné bakalářské práce studentky Elišky Vaníčkové, posluchačky bakalářského studijního programu fyzioterapie, Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce je zhodnocení účinnosti komplexní lázeňské léčby vybraných gastroenterologických onemocnění a snaha o její včasnější zařazení do léčebného procesu.

Vedlejším cílem práce je zhodnotit na začátku a na konci komplexní lázeňské léčby průměrný počet stolic denně a s tím související subjektivní snížení pocitu plnosti a nadýmání. Druhým vedlejším cílem je zhodnotit sílu břišních svalů na začátku a na konci komplexní lázeňské léčby pomocí modifikovaného svalového testu. Data získaná z vedlejších cílů podmiňují zhodnocení hlavního cíle.

Sledovaný soubor tvoří pacienti se zánětlivým střevním onemocněním, kteří se zúčastnili lázeňského pobytu v Rehab & Medical Clinic SAVOY WESTEND a byli ochotni zapojit se do výzkumného šetření.

Sběr dat bude proveden formou kazuistik a doplňujícího dotazníkového šetření. Tyto dokumenty bude Eliška Vaníčková s pacienty vyplňovat před začátkem pobytu v lázeňském zařízení a po ukončení jejich lázeňské léčby.

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením prim. MUDr. Ladislava Špišáka, CSc.

Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

Souhlasím

Nesouhlasím

V dne 7/12/2022

.....
Razítko a podpis zástupce instituce

MUDr. Ladislav Špišák, CSc
Medical Director
Rehab & Medical Clinic
SAVOY WESTEND
Petra Velikého 16. 360 01 Karlovy Vary