ORIGINAL ARTICLE

MOŽNOSTI ZLEPŠENÍ KVALITY ŽIVOTA U PACIENTŮ S CROHNOVOU CHOROBOU Z POHLEDU SESTRY

Possibilities of improvement of life quality in patients with Crohn disease from nurse's view

Lukáš Rendl, Valérie Tóthová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Summary

Quality of life has recently been more and more discussed in the medical and nursing branch, particularly with regard to quality of life at a chronic disease where its impairment is certainly expected. Such case of chronic disease is Morbus Crohn, falling into the group of idiopathic intestinal inflammations. It is a disease with relatively short history, typical epidemiology, still unexplained etiology and pathogenesis, with often problematic diagnosis, modern therapy and troublesome manifestations. All the above stated attributes characterize Morbus Crohn in general, where the last attribute causes the most negative impact on life quality, regardless the above stated modern therapy that really has achieved important development, particularly recently. This incurable disease has always affected life quality and, unfortunately, it will probably keep affecting it, but the question is to which degree and in which areas. Numerous studies show that the factor most affecting life quality is the activity of the disease, psychosocial factors, socio-economic factors and quality of medical care are important as well. An interesting finding of these studies is also higher life quality in patients with long-lasting disease compared to patients with short-lasting disease which proves the influence of adaptation to life with the disease. The interest and research of life quality in patients with Morbus Crohn are important, particularly in order to reveal the places most affected by the disease and to be able to achieve, for example, corrective and preventive measures.

The aim of this survey study is to summarize the current information on Morbus Crohn to describe the role of the nurse in the care of the patient and to outline the impact of the disease on patient's life quality. This article is based on the analysis of available theoretical sources.

Key words: life quality – Morbus Crohn – non-specific intestinal inflammations – biological therapy

Souhrn

Kvalita života je v poslední době v medicínském a ošetrovatelském oboru stále více diskutovaným tématem, zvláště pokud se jedná o kvalitu života u chronického onemocnění, kde se její ovlivnění zcela jistě předpokládá. Chronickým onemocněním je i Crohnova choroba, spadající do skupiny idiopatických střevních zánětů. Jedná se o onemocnění s poměrně krátkou historií, typickou epidemiologií, dosud nevyjasněnou etiologií a patogenezí, mnohdy problematickou diagnostikou, pokrokovou léčbou a svízelnými projevy. Veškeré tyto příznaky

Submitted: 2012-10-31 • Accepted: 2013-01-28 • Published online: 2013-06-18

KONTAKT: XV/2: 128–134 • ISSN 1212-4117 (Print) • ISSN 1804-7122 (Online)

obecně charakterizují Crohnovu chorobu, přičemž poslední jmenovaný nejvíce negativně ovlivňuje kvalitu života, a to i přes zmiňovanou pokrokovou léčbu, která zejména v poslední době zaznamenala opravdu důležitý vývoj. Toto nevyléčitelné onemocnění kvalitu života vždy ovlivňovalo, ovlivňuje a asi bohužel i ovlivňovat bude, záleží však na tom, do jaké míry a ve kterých oblastech. Z četných studií dosud vyplývá, že faktorem, který nejvíce ovlivňuje kvalitu života, je aktivita nemoci, dále jsou důležité psychosociální faktory, socioekonomické faktory a kvalita lékařské péče. Zajímavým zjištěním těchto studií je také vyšší kvalita života u pacientů s dlouhotrvající chorobou než u pacientů s krátkým trváním choroby, což dokazuje vliv adaptace na život s touto nemocí. Zájem a zkoumání kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou je tak důležitý právě proto, aby se odhalovala místa, která jsou vlivem této choroby nejvíce zasažena, aby se touto cestou mohlo dojít i například k nápravným či preventivním opatřením.

Cílem této přehledové studie je shrnout aktuální informace o Crohnově chorobě, popsat úlohu sestry v péči o nemocné a nastínit dopad této nemoci na kvalitu života pacientů. Příspěvek byl vytvořen na základě analýzy dostupných teoretických zdrojů.

Klíčová slova: kvalita života – Crohnova choroba – nespecifické střevní záněty – biologická léčba

ÚVOD

Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění, které z hlediska klasifikace řadíme mezi idiopatické střevní záněty. Z etiologického hlediska se jedná o autoimunitní onemocnění, kdy dochází k tvorbě autoprotilátek proti antigenům epitelových buněk trávicí trubice (Ferenčík et al., 2005; Hořejší, Bartůňková, 2005). Genetická vnímavost jedince k této chorobě je předmětem četných výzkumů. Zcela prokázáný je familiární výskyt, jehož riziko se zvyšuje u jednovaječných dvojčat (Špičák a kol., 2008; Karges, Al Dahouk, 2011). Dalšími faktory přispívajícími ke vzniku Crohnovy choroby jsou faktory prostředí. Hovoří se o vlivu infekcí, potravy a psychosomatiky. Dále se zdůrazňuje možná souvislost s vaskulitidami, spalničkovou infekcí a mykobakteriální infekcí (Dítě et al., 2007).

Kromě Crohnovy choroby patří do této skupiny onemocnění také ulcerózní kolitida. Tyto dvě choroby jsou si mnohdy velice podobné, přesto byly ustálené jako dvě samostatné nozologické jednotky. Mnozí odborníci však dodnes tvrdí, že u mnoha pacientů nelze v prvním roce trvání onemocnění pevně stanovit, o kterou z těchto dvou chorob se jedná; tento stav se nazývá indeterminovaná kolitida (Bureš, Horáček, 2003).

Zánětlivé diskontinuální postižení kterékoli části trávicího traktu je základní charakteristikou této nemoci, ze které plynou velmi nepříjemné zažívací projevy s nebezpečnými, až život ohrožujícími komplikacemi. Typickým rysem je dále mimostřevní postižení, které se zpravidla

projevuje na kůži, kloubech nebo očích (Češka et al., 2010; Souček et al., 2011). Diagnostika se již mnoho let především opírá o endoskopické vyšetření, které je pro pacienta velice nepříjemné. Pokrokem poslední doby je kapslová endoskopie, která je například oproti kolonoskopii zcela neinvazivní, ovšem s nevýhodou nemožnosti odebrání bioptických vzorků (Lukáš a kol., 2005; Karges, Al Dahouk, 2011).

Velmi výrazný pokrok v posledních letech zaznamenala léčba této nemoci, kdy na konec tradičního řetězce *dieta a režimová opatření – salicyláty – kortikosteroidy – imunosupresiva* se ještě přidaly léky působící na tumor nekrotizující faktor neboli tzv. biologické preparáty. Tyto léky rovněž jako imunosupresiva zasahují do imunitních reakcí, ale bývají o mnoho lépe snášeny a jejich odezva je u většiny pacientů vynikající (Marek et al., 2005; Lukáš, 2008). Tento léčebný postup se v odborné literatuře mnohdy nazývá *step-up přístup*. V některých zemích ale používají tzv. *top-down postup*, což v praxi znamená, že od počátku prvotních příznaků Crohnovy choroby je pacientovi nasazena ta „nejagresivnější“ léčba v podobě imunosupresiv a biologických preparátů. Porovnání těchto léčebných postupů uvádí ve své výzkumné práci Linová, Blonski a Lichtenstein. Z jejich výsledků jednoznačně vyplývá, že léčebný postup *top-down* je méně doprovázen komplikacemi. Zde se ale setkáváme s výrazným ekonomickým problémem, jelikož imunosupresivní a biologické preparáty jsou velice drahé (Lin et al., 2010).

Definice a historie Crohnovy choroby

Ač je tato nemoc řazena mezi střevní záněty, její pole působnosti je po celé délce trávicí trubice neomezené, i když některé její části postihuje vzácně. Další, více vypovídající název této nemoci zní enteritis regionalis, ze kterého vyplývá, že postihuje ohraničeně určité úseky trávicí trubice, což je pro tuto chorobu typické. Svůj prvotní název nese po jednom ze svých objevitelů, Burillu Bernardu Crohnovi, který tuto chorobu popsal spolu se svými kolegy L. Ginzbergem a G. Oppenheimerem roku 1932. Nejednalo se ale o historicky první popis této choroby, ten nastal pravděpodobně již v roce 1769 zásluhou G. G. Morgana. Nejjasnější klinický a patologický obraz nemoci však pochází od T. K. Dalziele z roku 1913. Kromě již zmíněné manifestace chybí do kompletní definice choroby její poslední charakteristická vlastnost, kterou je postižení trávicí trubice ve všech vrstvách, tedy transmuralně. V mezinárodní terminologii najdeme tuto chorobu pod názvem Crohn's Disease (CD) (Klener et al., 2011; Souček et al., 2011).

Epidemiologie Crohnovy choroby

Idiopatické střevní záněty zaznamenávají v posledních letech značný nárůst především v průmyslově vyspělých zemích. Situace v České republice je toho jasným příkladem, avšak vzestup Crohnovy choroby není tak markantní jako u ulcerózní kolitidy, kde se dá označit přímo za téměř raketový, jelikož za posledních 20 let se na našem území incidence této choroby více než zdvojnásobila. Incidence Crohnovy choroby se dnes udává v rozmezí 1,7–2 nové případy na 100 000 obyvatel za rok, přičemž nárůst incidence mezi léty 1975–87 činil pouze 0,42 nových vzniklých případů na 100 000 obyvatel za rok. Z hlediska regionálního rozložení vzniku této choroby v České republice je zajímavé, že nejvíce nových případů zaznamenávají v Jihomoravském kraji. Prevalence této choroby čítá 18–22 případů na 100 000 obyvatel za rok. Nejnižší prevalence byla zjištěna v Jihočeském kraji a nejvyšší v Severočeském kraji. Ze studií týkajících se idiopatických střevních zánětů jasně vyplývá, že tato onemocnění mají různé geografické rozložení. Výrazně vyšší výskyt se objevuje v severně položených státech, například ve Skandinávii, Severní Americe a v zemích severozápadní Evropy (Krechler, 2000; Souček et al., 2011).

Dalšími epidemiologickými ukazateli ovlivňujícími četnost vzniku této choroby jsou věk, pohlaví a rasa. Nejčastější výskyt je zaznamenán u osob mezi 15. až 30. rokem věku. Velkou zvláštností jsou rasové rozdíly u idiopatických střevních zánětů, zvláště u Crohnovy choroby. Obecně lze říci, že idiopatické střevní záněty se více vyskytují u bělošského obyvatelstva. Crohnova choroba je dále v této problematice specifická svým vyšším výskytem u židovské populace, kde se tato nemoc objevuje 3–8× častěji. Jedná se výhradně o židovské emigranty narozené mimo Izrael (Aškenázové). U Židů narozených přímo v Izraeli je incidence a prevalence podobná jako v Evropě (Krechler, 2000; Česka et al., 2010).

Úloha sestry v péči o nemocné

Sestra v rámci poskytování ošetrovatelské péče pacientům s Crohnovou chorobou hledá v prvé řadě problémy, ze kterých následně sestavuje ošetrovatelské diagnózy. Nejčastějšími problémy u těchto pacientů jsou: bolest břicha, poruchy vyprazdňování, snížení objemu tělesných tekutin, poruchy výživy, změny na kůži a sliznici v okolí análního otvoru, poruchy v sociální oblasti, bezmocnost a nejistota a v některých případech také nedostatek informací o nemoci. K těmto problémům se vztahují cíle, kterých se pomocí kvalitní ošetrovatelské péče snažíme dosáhnout. Snažíme se navodit normální vyprazdňování, odstranit bolesti, upravit stravování, abychom dostali příjem a výdej do rovnováhy, obnovit navyklý životní styl, navodit spolupráci s rodinou, navodit psychickou rovnováhu a u pacientů s deficitními informacemi také předat dostatečné informace (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Pacienti s Crohnovou chorobou jsou dispenzarizováni a do nemocniční péče se dostávají pouze na začátku svého onemocnění, při stanovení diagnózy a dále při výrazné dekompenzaci. Tito pacienti mají většinou volný pohybový režim s dostatkem klidu na lůžku. Sestra na začátku hospitalizace vyhodnotí stupeň soběstačnosti a dle něj plánuje dopomoc při konání základních potřeb. Při bolestech zaujímá pacient úlevovou polohu, v čemž mu sestra pomáhá vhodnou úpravou lůžka. Sestra se dále zaměřuje na sledování vyprazdňování stolice, kdy sleduje nejen četnost, ale také vzhled a zápach stolice a vše zaznamenává do dekurzu, dále si všímá výsky-

tu bolesti s veškerými jejími charakteristikami, vzhledu kůže, především v okolí konečníku, psychického stavu, výživy a hydratace a také hmotnosti pacienta, přičemž je nutné tyto pacienty pravidelně dvakrát týdně vážit, a to vždy za stejných podmínek. Dalšími ošetrovatelskými intervencemi je podávání léků. Tito pacienti obvykle užívají mnoho léků v různých léčebných formách včetně klyzmat a čípků, proto i při tomto úkonu dbáme na intimitu pacienta. Pokud je pacient soběstačný a bude předem dobře instruován sestrou, může si tyto léky aplikovat sám. Některé léky bývají v těchto případech podávány také v infuzích. Po zavedení funkční intravenózní kanyly sestra každý den hodnotí její stav a včasným přepíchnutím předchází vzniku flebitidy. Sestra dále dbá na zajištění vhodné stravy. Zvláště u těchto pacientů je ale vhodné, aby se poradila s nutričním terapeutem. Co se týká hygieny, zvláštní péči by měla věnovat okolí genitálu, které je většinou drážděno četnými průjmovitými stolicemi. Sestra samozřejmě po celou dobu hospitalizace jedná vstřícně a je pacientovi oporou, čímž pečuje o jeho psychický stav. Podání dostatečného množství informací je samozřejmostí. Sestra si vždy musí uvědomovat, komu dané informace říká, jestli jsou dostatečné a hlavně jestli je jim pacient schopen porozumět (Richards, Edwards, 2004; Šafránková, Nejedlá, 2006).

Dopad onemocnění na kvalitu života

Kvalita života je velmi těžko definovatelný pojem. Jedná se totiž o fenomén multidimenzionální, multifaktoriální, multiúrovňový, multidisciplinární atd. Tyto přívlastky mají společnou předponu multi-, která stojí za problémem definovatelnosti kvality života. A uvažíme-li navíc, že mimo běžné individuality existují mezi jedinci také výrazné změny ve vnímání kvality života, problém se o to dále zvyrazňuje. Chceme-li tedy veškeré tyto aspekty zahrnout do jediné definice kvality života, je to zcela nemožné. Existuje však několik autorů, kteří se pokusili definovat kvalitu života přímo pro obor ošetrovatelství. Velmi zdařilá je například definice Calmana, který o kvalitě života hovoří jako o rozdílu mezi nadějami a očekáváními člověka a současným stavem jeho života v daném časovém období (Gurková, 2011).

Rozdílnost nastává také ve vymezení domén kvality života, přičemž na čtyřech doménách se shoduje většina autorů konceptuálních modelů. Jsou jimi: tělesná pohoda, sociální pohoda, psychická pohoda a spirituální pohoda. Některí autoři modelů a teorií kvality života uvádějí dále i doménu rodina, obraz těla či reakce na diagnózu nebo léčbu. Nejuznávanějším autorem v tomto směru je však Světová zdravotnická organizace (WHO), která vymezuje 6 domén kvality života: tělesná oblast, prostředí, psychická oblast, nezávislost, sociální vztahy a spiritualita (Gurková, 2011).

Z dosud poznaných projevů Crohnovy choroby můžeme zcela jistě předpokládat negativní dopad na doménu tělesné pohody, tak jak tomu bývá u většiny ostatních chorob. Tato oblast kvality života však často není jedinou, která je zasažena. Přítomnost strachu, depresí či narušení prožívání štěstí a radosti jsou psychické projevy, které se v souvislosti s vážností této diagnózy často přidávají do kombinace s tělesnými projevy a způsobují negativní ovlivnění domény psychické pohody. Při negativním dopadu na doménu sociální pohody dochází u těchto osob k narušení partnerských a přátelských vztahů a sociokulturního života vůbec. Nejčastěji pacienti s Crohnovou chorobou uvádějí, že mají strach zúčastňovat se společenských akcí z důvodu poruchy vyprazdňování. Dopad na poslední ze základních domén kvality života, doménu spirituální pohody, která v sobě zahrnuje například smysl utrpení a bolesti, je ovlivněn duchovní vírou daného jedince (Lukáš a kol., 2005; Navrátil et al., 2008; Češka et al., 2010; Gurková, 2011).

Hodnocení kvality života – nástroje pro hodnocení

Výše jmenované domény kvality života byly mimo jiné vytvořeny proto, aby sloužily jako měřicí nástroj. Nazývají se proto i indikátory a jsou tudíž například součástí dotazníků WHOQOL-100 a zkrácené verze WHOQOL-BREF, pomocí kterých jsme schopni měřit a srovnávat kvalitu života. Tyto dotazníky jsou aplikovatelné na všechny osoby v populaci bez ohledu na jejich zdravotní stav, avšak pro různá onemocnění (zejména pro chronická onemocnění) existují ještě dotazníky specifické. Při měření kvality života chronicky nemocných se užívá

specifický dotazník spolu s generickým a u kontrolního vzorku zdravé populace pouze generický (Gurková, 2011).

Také Crohnova choroba má svůj specifický dotazník týkající se kvality života. Tento dotazník nese název Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) a byl vytvořen v roce 1988 na kanadské McMaster univerzitě. Obsahuje 32 otázek rozdělených do čtyř domén: střevní, systémová, emocionální a sociální. Každá otázka je hodnocena 7stupňovou Likertovou škálou a celkový počet bodů kolísá od 32 do 224, přičemž platí, že čím více bodů, tím vyšší kvalita života. V dnešní době existuje i jeho modifikovaná verze s 36 otázkami (IBDQ-36). V této modifikaci jsou otázky rozděleny do pěti domén, které jsou odlišné od předchozího dotazníku: celkové příznaky, střevní příznaky, funkční zhoršení, sociální zhoršení, zhoršení emočních funkcí (Gabalect, 2009; Gurková, 2011).

Zajímavou studii kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou provedli Gabalec et al. (2009). V této studii bylo zahrnuto 103 osob, z nichž 45 pacientů mělo zvýšenou aktivitu choroby a 58 pacientů bylo v remisi. Autoři použili dotazník IBDQ a WHOQOL-BREF a výsledky porovnávali s českými standardy. V této studii bylo prokázáno, že nejvýznamnější vliv na kvalitu života má aktivita nemoci. Jako velmi zásadní se ale také ukázala léčba, a to konzervativní i chirurgická. Autoři dále uvádějí, že při hodnocení kvality života jsou významnými faktory i psychosociální, socioekonomické a kvalita lékařské péče.

Kvalitou péče o pacienty s idiopatickými střevními záněty se zabývala zajímavá srovnávací studie z Milána a Oxfordu, kterou provedli Cassinotti et al. (2009). Tato studie odhalila mnohé rozdíly v péči o tyto pacienty dvou evropských států. Bylo například zjištěno, že v Miláně využívají více k diagnostice sonografii, kdežto v Oxfordu je to spíše počítačová tomografie. Co se týká léčby, v Oxfordu tyto pacienti více užívají azathioprin, ostatní léčba byla v obou městech srovnatelná. Z endoskopických vyšetření tlustého střeva v Miláně radikálně převládá kolonoskopie, kdežto v Oxfordu je to spíše sigmoideoskopie. Poslední zásadní zjištění z této studie se týká organizace práce s těmito pacienty, kdy velkou výhodou v Oxfordu znamená přítomnost specializované IBD sestry, která v Miláně chybí.

Další studie proběhla ve Stockholmu, ale netýkala se pouze Crohnovy choroby, nýbrž kvality života u idiopatických střevních zánětů jako celku. Tato studie se zúčastnilo 197 pacientů a i zde byli pacienti rozděleni do skupin dle aktivity nemoci a dle trvání nemoci. Zajímavým výsledkem bylo, že pacienti s krátkým trváním nemoci mají nižší kvalitu života než pacienti s dlouhodobým trváním nemoci. Zde bezpochyby hraje roli proces adaptace na život s touto chorobou, kdy to, co přišlo pacientovi na začátku jeho choroby jako značně omezující, může vnímat s odstupem času méně intenzivně či ho to vůbec nemusí omezovat v jeho kvalitě života (Jäghult et al., 2011). Americká studie Lichtensteina et al. (2004) zkoumala vliv remise Crohnovy choroby na kvalitu života a přinesla zcela očekávané výsledky. Bylo zjištěno, že remise zvyšuje zaměstnanost těchto pacientů, snižuje hospitalizace a operace a tím zvyšuje kvalitu života.

Velmi zajímavou studii dále provedli američtí lékaři v čele s Edwardem V. Loftem, kteří se zaměřili na účinek udržovací terapie léku adalimumabu na kvalitu života. Tato studie se zúčastnilo 499 respondentů se středně závažnou a závažnou aktivitou Crohnovy choroby. Studie probíhala tak, že po indukční léčbě adalimumabem část pacientů dostávala pravidelnou udržovací dávku adalimumabu a část pacientů placebo. Na počátku sice bylo zjištěno značné snížení kvality života, která se výrazně zvýšila po 4týdenní indukční léčbě adalimumabem, nicméně u pacientů, kteří po těchto 4 týdnech dostávali udržovací 40mg dávku adalimumabu, bylo zaznamenáno méně depresí, méně únavy, méně bolestí břicha a lepší skóre v dotazníku IBDQ oproti pacientům, kteří v té době dostávali placebo, což svědčí o výrazném zvýšení kvality života (Loftus et al., 2008).

ZÁVĚR

Crohnova choroba je závažné celoživotní onemocnění, které negativně ovlivňuje kvalitu života, a to mnohdy velmi radikálně. Hodnocení kvality života u těchto pacientů je velice důležité, protože přináší mnoho cenných informací, které lze využít při práci s těmito nemocnými. V dnešní době, kdy existuje specifický dotazník pro pacienty s idiopatickými střevními záněty a mnoho dalších obecných dotazníků, je toto hodnocení o to jednodušší. Na toto téma vznik-

lo v zahraničí mnoho studií, nicméně Crohnova choroba má kromě jiných abnormalit také specifickou epidemiologii, tudíž ne všechny výsledky těchto studií mohou být vztahovány i na Českou republiku, proto by měl být vznik dalších podobných šetření vítán.

Příspěvek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu číslo 120/2012/S, který je realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

LITERATURA

1. Bureš J, Horáček J (2003). Základy vnitřního lékařství. Praha: Galén, 870 s. ISBN 8072622080.
2. Cassinotti A, Keshav S, Ardizzone S, Mortensen N, Sampietro G, Fociani P, Duca P, George B, Lazzaroni M, Manes G, Warren B, Foschi D et al. (2009). IBD care in Europe: A comparative audit of the inpatient management of Crohn's disease and ulcerative colitis using the national UK IBD audit tool. *Journal of Crohn's and Colitis*. 3: 291–301. ISSN 1873- 9946.
3. Česka R et al. (2010). Interna. Praha: Triton, 855 s. ISBN 978-80-387-423-0.
4. Dítě P et al. (2007). Vnitřní lékařství. Praha: Galén, 586 s. ISBN 9788072624966.
5. Ferenčík M, Rovenský J, Shoenfeld Y, Mařha V (2005). Imunitní systém: informace pro každého. Praha: Grada, 236 s. ISBN 80-247-1196-6.
6. Gabalec L (2009). Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. *Interní medicína pro praxi*. 11/1: 16–20. ISSN 1803-5256.
7. Gabalec L et al. (2009). Kvalita života u Crohnovy nemoci. *Časopis lékařů českých*. 148/5: 201–205. ISSN 0008-7335.
8. Gurková E (2011). Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
9. Hořejší V, Bartůňková J (2005). Základy imunologie. Praha: Triton, 279 s. ISBN 10: 80-7254-686-4.
10. Jäghult S, Saboonchi F, Johansson UB, Wredling R, Kapraali M (2011). Identifying predictors of low health-related quality of life among patients with inflammatory bowel disease: comparison between Crohn's disease and ulcerative colitis with disease duration. *J Clin Nurs*. 20: 1578–1587. ISSN 1365-2702.
11. Karges W, Al Dahouk S (2011). Vnitřní lékařství: stručné repetitorium. Praha: Grada, 432 s. ISBN 9788024731087.
12. Klener P et al. (2011). Vnitřní lékařství. Praha: Galén, 1174 s. ISBN 9788072627059.
13. Krechler T (2000). Epidemiologické ukazatele nespecifických střevních zánětů. Občanské sdružení pacientů s IBD. [online]. [cit. 2012-07-24]. Dostupné z: <http://www.crohn.cz/colitisCrohn/product.asp?detailSubCatCode=126&productID=301>
14. Lichtenstein GR, Yan S, Bala M, Hanauer S (2004). Remission in Patients with Crohn's Disease is Associated with improvement in Employment and Quality of Life and a Decrease in Hospitalizations and Surgeries. *Am J Gastroenterol*. 99/1: 561–568. ISSN 1572-0241.
15. Lin MV, Blonski W, Lichtenstein GR (2010). What is the Optimal Therapy for Crohn's Disease: Step-up or Top-down? *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 4/2: 167–180. ISSN 1747-4124.
16. Loftus EV, Feagan BG, Colombel JF, Rubin DT, Wu EQ, Yu AP, Pollack PF, Chao J, Mulani P (2008). Effects of Adalimumab Maintenance Therapy on Health-Related Quality of Life of Patients with Crohn's Disease: Patient-Reported Outcomes of the CHARM Trial. *Am J Gastroenterol*. 103/12: 3132–3141. ISSN 1572-0241.
17. Lukáš M (2008). Perspektivy biologické léčby u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy. *Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin*. 57/2: 3–5. ISSN 0044-1996.
18. Lukáš K a kol. (2005). Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 287 s. ISBN 80-247-1283-0.
19. Marek J et al. (2005). Farmakoterapie vnitřních nemocí. Praha: Grada, 776 s. ISBN 80-247-0839-6.
20. Navrátil L et al. (2008). Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada, 424 s. ISBN 9788024723198.

21. Richards A, Edwards S (2004). Repetitorium pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 376 s. ISBN 8024709325.
22. Souček M et al. (2011). Vnitřní lékařství 1. díl. Praha: Grada, 1788 s. ISBN 80-247-2110-1.
23. Šafránková A, Nejedlá M (2006). Interní ošetřovatelství I. Praha: Grada, 280 s. ISBN 978-80-247-1148-5.
24. Špičák J a kol. (2008). Novinky v gastroenterologii a hepatologii. Praha: Grada, 424 s. ISBN 978-80-247-1783-8.

✉ **Kontakt:**

Bc. Lukáš Rendl, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetřovatelství a porodní asistence, U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice
E-mail: Lukas.Rendl@seznam.cz