

# Úroveň vědomostí a úloha všeobecné sestry u onemocnění celiakální sprue

Anna Pekárková

---

Bakalářská práce  
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetřovatelství

akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Anna PEKÁRKOVÁ**

Osobní číslo: **H09250**

Studijní program: **B 5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Úroveň vědomostí a úloha všeobecné sestry  
u onemocnění celiakální sprue**

Zásady pro vypracování:

**V teoretické části zmapovat úlohu všeobecné sestry v cíleném screeningu, v diagnostice a terapii bezlepkovou dietou.**

**V praktické části zjistit úroveň vědomostí a úlohu všeobecných sester v problematice celiakální sprue. Na základě výsledků průzkumného šetření navrhnout řešení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Česká gastroenterologická společnost [online]. 2011 [cit. 2011-21-11]. Dostupné z WWW:  
<http://www.cgs-cls.cz/>

FRIČ, Přemysl, MENGEROVÁ, Olga, 2008. Celiakie: Bezlepková dieta a rady lékaře. Čestlice: Medica Publishing. 188 s. ISBN 978-80-85936-62-9.

MOŽNÁ, Lucie, 2006. Bezlepkářům od A do Z: Příručka pro celiaky. Ostrava: IČesko: s.n.l. 186 s. ISBN 40-566-9107-4.

RUJNER, Jolanta, CICHANSKA, Barbara A, 2006. Bezlepková a bezmléčná dieta. Brno: Computer Press. 108 s. ISBN 80-251-0775-2.

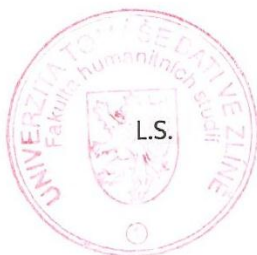
ZAVORAL, Miroslav, VENEROVÁ, Johana, 2007. Gastroenterologie a hepatologie. Praha: Triton, 212 s. ISBN 987-80-7254-902-3.

Vedoucí bakalářské práce:	<b>MUDr. Jana Pelková</b> Ústav ošetřovatelství
Konzultant:	<b>Mgr. Pavla Kudlová, PhD.</b> Ústav ošetřovatelství
Datum zadání bakalářské práce:	<b>30. listopadu 2011</b>
Termín odevzdání bakalářské práce:	<b>30. května 2012</b>

Ve Zlíně dne 14. února 2012



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 28.5.2012



*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy. 2*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce na téma „Úroveň vědomostí a úloha všeobecné sestry u onemocnění celiakální sprue“ je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na vymezení základních pojmů – screening, diagnostika a terapie celiakální sprue bezlepkovou dietou. Dále na popis úlohy a kompetencí všeobecné sestry v oblasti vyšetřovacích metod u celiakální sprue. Cílem praktické části bylo zjistit úroveň vědomostí všeobecných sester o problematice celiakální sprue prostřednictvím vědomostního testu, vyhodnocení dotazníků a následně navržení informačního zdroje - brožury pro všeobecné sestry, který obsahuje informace o screeningu, vyšetřovacích metodách, léčbě celiakie a odkazy na centra celiaků.

### **Klíčová slova:**

Celiakální sprue, screening celiakie, diagnostika celiakie, léčba celiakie, bezlepková dieta, kompetence všeobecné sestry.

## **ABSTRACT**

My bachelor thesis named “Level of Nurses' Knowledge of Celiac Disease and their Role in Its Management“, is divided into theoretical and practical part. The theoretical part is focused on defining the basic terminology connected with Celiac disease – screening, diagnostic and treatment of Celiac disease gluten free diet; further description of the roles and competencies of nurse in the area of examination methods for Celiac disease. The aim of the practical part of this bachelor is determined the level of nurses' knowledge about the Celiac disease through a knowledge test; evaluation questionnaires and then proposing an information source – brochures for nurse which contains information about screening, examination methods, the treatment of Celiac disease and references to celiac center.

### **Keywords:**

Celiac disease, screening of Celiac disease, diagnosis of Celiac disease, treatment of Celiac disease, gluten free diet, competencies of nurse.

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí práce MUDr. Janě Pelkové za odborné vedení práce, podporu a cenné připomínky, které mi poskytla při zpracování bakalářské práce.

Ráda bych také poděkovala Mgr. Bc. Pavle Kudlové, PhD., RN za pomoc a konzultace mé práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za spolupráci, bez nich by praktická část práce nemohla vzniknout. A nemalé díky patří celé naší studijní skupině, za jejich rady a pomoc, bez kterých bych nedokázala práci zpracovat.

*„Kdo léky polyká, ale správné životosprávy nedbá, toho lékař léčí marně.“*

*(autor neznámý)*

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny prameny jsem uvedla v seznamu literatury dle platné normy.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně, 28. 5. 2012

.....

Podpis



# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>12</b>
<b>1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....</b>	<b>13</b>
1.1    DEFINICE ONEMOCNĚNÍ.....	13
1.2    HISTORIE CELIAKIE.....	14
1.3    ETIOPATOGENEZE CELIAKIE.....	15
1.4    VÝSKYT CELIAKIE .....	16
1.5    KLINICKÝ OBRAZ CELIAKIE.....	17
1.5.1    Klasická forma .....	17
1.5.2    Atypická forma.....	18
1.5.3    Silentní forma.....	18
1.5.4    Latentní forma .....	18
1.5.5    Potenciální forma.....	18
1.5.6    Duhringova herpetiformní dermatitida .....	19
1.6    ALERGIE NA LEPEK.....	19
1.7    DIAGNOSTIKA CELIAKIE .....	20
1.8    TERAPIE CELIAKIE .....	21
1.8.1    Povolené potraviny pro bezlepkovou dietu.....	22
1.8.2    Zakázané potraviny pro bezlepkovou dietu .....	22
1.9    KOMPLIKACE CELIAKIE .....	22
1.9.1    Celiakální krize.....	23
1.10    PREVENCE CELIAKIE.....	24
1.11    PROGNÓZA CELIAKIE .....	25
1.12    ORGANIZACE A SDRUŽENÍ PRO CELIAKY .....	25
<b>2 CÍLENÝ SCREENING CELIAKIE.....</b>	<b>26</b>
2.1    OBSAH CÍLENÉHO SCREENINGU CELIAKIE.....	27
2.2    METODIKA PROGRAMU CÍLENÉHO SCREENINGU CELIAKIE.....	28
2.2.1    Postup vyšetření: .....	28
2.2.2    Vyšetření u dětí .....	29
2.2.3    Patologický nález.....	30
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>31</b>
<b>3 CÍLE PRÁCE .....</b>	<b>32</b>
3.1    APLIKACE VÝZKUMU DO PRAXE.....	32
<b>4 METODIKA PRÁCE.....</b>	<b>33</b>
4.1    CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU.....	33
4.2    ORGANIZACE A METODIKA PRÁCE.....	33
4.3    ANALÝZA VÝSLEDKŮ .....	34
4.4    VÝSLEDKY ŠETŘENÍ.....	35
<b>DISKUZE .....</b>	<b>60</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>64</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>65</b>

<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>72</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>73</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>74</b>

## ÚVOD

Naše téma zní „Úroveň vědomostí a úloha všeobecné sestry u onemocnění celiakální sprue“. Proč právě u celiakie? Prvním důvodem je velmi nízké procento diagnostikovaných celiaků při odhadované prevalenci 1:200 – 250, tedy 40 – 50 000 postižených tímto onemocněním. V České republice je přitom sledováno pouze 3 – 4 tisíce celiaků. Což je alarmující statistika. Druhým, neméně důležitým důvodem, je vydání „Cíleného screeningu celiakie“ Ministerstvem zdravotnictví v loňském roce. Zda o něm ví i všeobecné sestry je otázkou. Právě prostřednictvím mé bakalářské práce, jsme se rozhodly tuto problematiku prozkoumat. (Kohout, 2010)

Celiakie je autoimunitní, celoživotní onemocnění, manifestováno při konzumaci lepku, které nelze v dnešní době vyléčit. Kauzální léčbou stále zůstává přísná bezlepková dieta. Patří mezi stále opomíjené diagnózy a neprávem se mu klade malá důležitost. Důvod nízké diagnostiky může být i složitý polymorfní klinický obraz, který se v každém vývojovém stádiu člověka mění, někdy poměrně významně. Zmínky o celiakii sahají hluboko do historie (byla popsána již ve 2. století). Pro správnou a účelnou diagnostiku je potřeba dobře informovaná široká zdravotnická veřejnost, a to zejména o příznacích a existenci cíleného screeningu, k časnému odhalení onemocnění. (Frühauf, 2007)

V teoretické části práce se zabýváme etiopatogenezí, klinickým obrazem, diagnostikou a léčbou celiakální sprue. Dále popisujeme úlohu všeobecné sestry v oblasti vyšetřovacích metod celiakie a terapie bezlepkovou stravou. Věnujeme se problematice a popisu „Cíleného screeningu celiakie“. V druhé, praktické části, jsme zjišťovaly úroveň vědomostí všeobecných sester v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s. Data byla získána pomocí strukturovaného dotazníku o 25 otázkách od všeobecných sester, pracujících na různých odděleních této nemocnice. Výsledky byly zpracovány a prezentovány převážně v grafech a tabulkách. Závěrem bylo zhodnocení dosažení vytyčených cílů, zhodnocena úroveň vědomostí všeobecných sester ve zmíněné nemocnici a navržena možnost zlepšení situace.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

## 1.1 Definice onemocnění

Celiakální sprue, glutenové enteropatie, glutensenzitivní enteropatie nebo také jen celiakie je chronické hereditární onemocnění. Patří k onemocněním autoimunitním, tzn. k těm onemocněním, kterési vytvářejí protilátky proti vlastním tkáním. U celiakie se tvoří protilátky proti buňkám sliznice tenkého střeva (enterocytům), které se začnou produkovat přítomností lepku v potravě. (Kohout a Pavlíčková, 2010) Jedná se o onemocnění celoživotní, charakterizované intolerancí (nesnášenlivostí) lepku (glutenu). Lepek je bílkovinný komplex obsažený v povrchní části obilných zrn. Nesnášenlivost vzniká na jeho část, u pšenice je to gliadin, u ječmene hordein a u žita sekalin. Projevuje se zánětlivou reakcí sliznice tenkého střeva (především duodena a jejunu), oplošťováním střevních klků a malabsorpcí většiny živin. Celiakie se může objevit v jakémkoliv věku. (Rujner a Cichanska, 2006)

Projevuje se neprospíváním u dítěte, váhovým úbytkem u dospělého, průjmy s objemnými, mastnými stolicemi, nadýmáním a bolestmi břicha a následnými zdravotními komplikacemi z důvodu nevstřebávání důležitých živin a vitamínů z potravy, např. anemie, osteoporóza apod. Kromě typických příznaků se může objevit zvracení, zvýšená kazivost zubů, ale také i deprese. (Zbořil, 2005)

Výskyt je celosvětový, s výraznými regionálními rozdíly. V posledních 10 letech vzrostla prevalence celiakie až 10x. Poslední výzkumy z 10 evropských zemí, severní Afriky a USA ukázaly prevalenci mezi 1:70 – 1:550. V České republice se předpokládá prevalence asi 1:200 – 250. To by znamenalo asi 40 – 50 000 potenciálně nemocných celiakií, tedy asi každý desátý občan postižený celiakií. (Kohout a Pavlíčková, 2010)

## 1.2 Historie celiakie

Historii celiakie můžeme datovat hluboko před náš letopočet. Již ve 2. století př. n. l. starověký římský lékař Galénos popsal ve svých lékařských spisech příznaky celiakie a onemocnění jako takové u nemocného dítěte. Jeho spis přetrval staletí a v roce 1856 byl vydán pro lékařskou společnost. Galénos měl pozoruhodné vědomosti o celiakii a poprvé v lékařské literatuře popsal spolu s dalšími příznaky celiakie zvýšené vylučování tuků průjmovitou stolicí. Také dále popisuje, že není vhodné nemocným podávat chléb, jelikož to jejich problémy více prohlubuje a stav se nelepší. (Jodl, 1989)

Dnes používané slovo *celiakie* je odvozeno od řeckého slova *koiliakos* a znamená člověka postiženého střevními obtížemi. (Jodl, 1989)

Poprvé onemocnění popsal Samuel Gee až v roce 1888 u dětí a podal klasický popis této choroby. Vyvolávající příčinu viděl v potravě, ale nedokázal ji určit. Jeho názor byl, že úprava jídelníčku a dodržování diety bez mouky je hlavní součástí léčby. (CGS-CLS, © 2012)

V roce 1908 americký lékař C. A. Herter vydal publikaci o dětech a celiakii. Tento americký pediatr byl uznávaný jako autorita v oblasti dětského lékařství a celiakie byla dlouho nazývána jeho jménem. Byla označována jako Geeova - Herterova choroba. Vyzoroval, že nemocné děti lépe tolerují sacharidy než tuky. (Jodl, 1989)

Souvislost se škroby se dlouhodobě předpokládala, ale plně tuto teorii potvrdil až ve 40. letech nizozemský pediatr Willem Dicke, který objevil souvislost s pšenicí. Tomuto objevu mohl zřejmě pomoci tzv. Holandský hladomor, kdy byla mouka vzácná a stav jeho pacientů se zlepšil. Ovšem po ukončení války a zlepšení dostupnosti potravin, jakožto i mouky, se opět zdravotní stav zhoršil a vrátily se typické příznaky pro celiakii. (Kohout, 2006)

Jeho práce byla potvrzena Charlotte Andersonovou, která extrahovala škrob a ostatní složky pšenice a dokázala, že lepek vyvolává těžké změny na střevě nemocného dítěte. Od 50. let 20. století je tedy bezlepková dieta kauzální léčbou celiakální sprue. (Jodl, 1989) Bohužel však až v 80. letech 20. století epidemiologické studie upozornily na mnohem větší výskyt celiakie v populaci, než se předpokládalo. Tento předpoklad se opíral o teorii, že celiakie je onemocnění dětského věku a na dospělé celiaky se zapomínalo. (Jodl, 1989)

### 1.3 Etiopatogeneze celiakie

Podstata autoimunitních onemocnění je vznik imunitní reakce, při které buňky imunitního systému napadají vlastní tkáně a dochází k poruše jejich struktury. U těchto onemocnění je genetický podklad, který určuje vnímavost jedince vůči spouštěči této imunitní reakce. U celiakie tomu není jinak. Zde je spouštěčem gluten (lepek), obsažený v obalu obilných zrn jako jsou pšenice, žito, oves a ječmen. Může se vyskytovat v obilných výrobcích, ale také ve výrobcích, které mohou být kontaminovány lepkem při výrobě. Oves vyvolává otázku, protože je některými celiaky tolerován, jinými zase není. (Kohout, 2006) Podstatou onemocnění celiakie je abnormální odpověď organismu na lepek. Je to permanentní přecitlivělost na lepek, která je způsobena intolerancí gliadinu (součást lepku) u nemocných se specifickým genetickým založením. (Bystroň, 1997) Nejedná se však o alergii na lepek, to je reakce založená na zcela jiném podkladě a především s jinými důsledky pro nemocného. Vlastní příčina škodlivosti lepku zůstává do dneška nezjištěna. Existují však teorie, které se snaží jeho vliv objasnit. (Pozler, 1999) Nejprve byla celiakie považována za následek enzymového defektu enterocytů, později byla vyslovena teorie o lektinové povaze gliadinu. V poslední době byla celiakie na základě imunologických nálezů nahrazena představou prvotního, toxického působení gliadinu obecně přijatou představou o celiakii jako imunologicky mediovaném onemocnění. (Pozler a kol., 1999) Patologickoanatomicky je pro celiakii typická subtotální atrofie střevních klků s různým deficitem jejich enzymové výbavy. (Navrátil, 2008)

V séru nemocných se zjišťují protilátky proti gliadinu, ale i jiným potravinovým antigenům. Předpokládá se, že tyto protilátky nevznikají na podkladě primárního autoimunitního procesu, ale jako výsledek zvýšené propustnosti střevní sliznice z důvodu procesu vyvolanému gliadinem. (Ferenčík, Rovenský a Nyulassy, 1999)

Změny v tenkém střevě způsobují, že téměř všechny složky potravy nejsou dostatečně stráveny, vstřebávány a jsou nevyužity pro potřebu organismu a odcházejí do tlustého střeva a dále ven z těla stolicí (viz. Příloha P XIV). (Skála, Horáčková a Lamačová, 1984)

Unikátní charakter celiakální sprue spočívá v tom, že je na rozdíl od ostatních autoimunitních onemocnění známe jeho vyvolávající příčinu, tj. lepek (viz Příloha P II). (Pozler a kol., 1999)

## 1.4 Výskyt celiakie

Toto onemocnění bylo (a je) rozpoznáno zřídka a často pozdě. Platí to nejen pro Českou republiku, ale pro celý svět, jak u dětí, tak zejména u dospělých. Podle dotazníkové akce u dospělých nemocných v USA byla průměrná doba trvání choroby do diagnostikování celiakie 11 let. To úměrně vede k pozdní léčbě a nástupu přidružených nemocí a pozdních komplikací celiakální sprue. (Bušínová, 2005)

Celiakie je dědičné onemocnění, vyskytuje se u příbuzných prvního stupně v 10 %. Základem dědičné predispozice je asociace HLA – DQ2 nebo HLA – DQ8. (Kučela a Kmet, 1985) Objevuje se v 1. roce života (nejčastěji mezi 3. a 6. měsícem, kde jsou přidávány do výživy dítěte příkrmy, jako jsou obilné kaše, a to v době, kdy přetrvává fyziologicky zvýšená propustnost střevní stěny). Příznaky se mohou projevit mezi 1. – 13. rokem života, v pubertě většinou příznaky ustupují, a to i u pacientů, kteří se doposud léčili pro celiakii. V současné době stoupá manifestace onemocnění v produktivním věku života, u žen nejčastěji mezi 20. a 30. rokem, potom okolo 50. roku, u mužů okolo 40. roku. Častěji se nemoc projevuje po prodělaném stresu, např. operace, infekční onemocnění, porod, změna zaměstnání, tragédie v rodině apod. nebývá však výjimkou projevení se onemocnění i po 60. roce života. Počet postižení je u obou pohlaví stejný, ženy trpí více manifestní formou celiakie (až 2x častěji) a muži zase asymptomatickou formou celiakie. (Kohout a Pavlíčková, 2010)

Prevalence není přesně známa, protože nemoc nebyla u všech postižených správně diagnostikována. Je to zřejmě dané špatnou diagnostikou lékařů v různých zemích, z důvodu špatné informovanosti o klinickém projevu a diagnostice celiakie. Během poslední 10 let došlo k výraznému zlepšení v citlivosti diagnostických metod celiakie, a tedy i k lepší monitoraci nemocných. Z důvodu zlepšení diagnostiky vzrostla prevalence až 10x oproti dřívějším výsledkům. Z posledních studií ohledně prevalence celiakie může říct, že výskyt ve světě je asi 1:70 – 1: 550. Nejvyšší výskyt je v Irsku (1:70) a nízký výskyt celiakie můžeme vidět v např. v Austrálii, skandinávských zemích, asijských státech a to až 1: 10 000. V České republice je předpokládaná prevalence okolo 1: 200 – 1: 250, tedy 40 – 50 000 potenciálně nemocných celiakii. Přesto je v gastroenterologických ambulancích dispenzarizováno pouze maximálně okolo 3 – 4 000 pacientů s celiakální sprue. Tedy asi každý desátý celiak. (Kohout a Pavlíčková, 2010)



## 1.5 Klinický obraz celiakie

Klinický obraz celiakie je velmi rozmanitý, čímž se komplikuje diagnostika tohoto onemocnění. Příznaky může rozdělit do dvou skupin – abdominální a extraabdominální (celkové), které způsobuje malabsorpce živin, minerálů a vitamínů. Často je užíván model ledovce (viz Příloha P I). V ordinacích se setkáváme jen s malou částí pacientů s plně aktivní a rozvinutou formou celiakie, zatímco pacienti s malými nebo nevýraznými příznaky často unikají pozornosti. (CGS-CLS, © 2012)

### 1.5.1 Klasická forma

Klasickými příznaky popsány už Samuelem Gee nebo Herterem, jsou u malých dětí především opožděný růst a neprospívání, malnutrice, zpožděná osifikace, nadmuté břicho, průjmy, hypovitaminóza všech vitamínů, nedostatek železa a vápníku a z toho vyplývající poruchy. (Kohout a Pavlíčková, 2010)

U dospělých jsou typickými příznaky průjmy s objemnými mastnými stolicemi (s obsahem tuků - steatorhea), hubnutí, bolesti břicha, nadýmání. Celiakie však může probíhat oligosymptomatologicky, projevuje se s minimem příznaků (např. průjmy, zácpa, netypické bolesti břicha, nemožnost přibrat apod.). (Klener a kol., 2001)

Plně rozvinutá forma celiakie je charakterizována malabsorpcí tuků, vápníku, železa a vitamínů rozpustných v tucích a vitamínů B-komplexu. (Fořt, 2005) Z toho vyplývající osteoporózou, anemií, slizničními potížemi jako jsou bolestivé ústní koutky, afty, praskající kůže, případně zvýšenou krvácivostí. Choroba způsobuje poškození střevní bariéry se zvýšeným prostupem antigenů střevní sliznicí a rizikem vzniku mimostřevních příznaků, případně zvýšeným rizikem vzniku maligního onemocnění při dlouhodobě neléčené celiakii. K mimostřevním příznakům můžeme zařadit migrény, periferní neuropatie, ataxie, deprese, úzkost, neplodnost, nepravidelná menstruace, samovolné potraty, otoky a různé kožní vyrážky, myopatie, bolestivosti kloubů. (Šafránková a Nejedlá, 2006)

### 1.5.2 Atypická forma

Celiakie se může projevovat i pouze netypickými příznaky, které si lékař nebo pacient nemusí spojit s touto nemocí, případně převládnou příznaky přidružených chorob. K takovýmto příznakům patří např. metabolická osteopenie, nejasná anemie, váhový úbytek, alopecie, únavový syndrom, aftózní stomatitida, epilepsie, deprese a další. (Frič a Mengerová, 2008)

### 1.5.3 Silentní forma

Při této formě (silentní – tichá – bezpříznaková) se nevyskytují žádné příznaky, a proto často uniká pozornosti lékařů. Sliznice střeva je však charakteristicky, pro celiakii, změněna a v krvi jsou přítomny protilátky proti gliadinu, endomysiu a tkáňové transglutamináze. U této formy postupně dochází k pozdějším komplikacím celiakie, proto je zde velmi důležitá časná diagnostika a to zejména prostřednictvím cíleného screeningu celiakie u rizikových skupin jako jsou např. příbuzní diagnostikovaných celiaků. (Kohout a Pavlíčková, 2010)

### 1.5.4 Latentní forma

U této formy spočívá problém v tom, že pacienti mají v krvi pozitivní typické protilátky, ale bioptický nález střevní sliznice je normální. Tato forma se objevuje většinou u pacientů, kteří už dříve prodělali typické příznaky celiakie a měli atrofii střevní sliznice s úpravou na bezlepkové dietě. I u těchto pacientů se doporučuje dále dodržovat bezlepkovou dietu. Latentní celiakii je třeba odlišit od dočasné intolerance lepku, na jejíž existenci není jednoznačný názor. (Pozler a kol., 1999)

### 1.5.5 Potenciální forma

Tuto formu můžeme definovat jako zvýšené riziko celiakie. U těchto pacientů jsou negativní specifické protilátky v krvi a taktéž je negativní bioptický nález na sliznici střeva, ale mají genetickou predispozici ke vzniku celiakie. U takto postižených pacientů dochází k přechodu na jakoukoliv formu celiakie častěji než u běžné populace. (Kohout a Pavlíčková, 2010)

### 1.5.6 Duhringova herpetiformní dermatitida

Dermatitis herpetiformis Duhring je kožní onemocnění charakterizováno výsevy silně svědivých papulovezikulárních kožních eflorescencí. (Lata, Bureš a Vaňásek a kol., 2010) V poslední době nejčastější forma projevu celiakie, nejde o přidruženou formu ani komplikaci celiakie, je to naprosto rovnocenná forma a postihuje více muže a ženy. Obě formy jsou na sobě zcela nezávislé, mohou se projevovat současně anebo samostatně. (Kohout a Pavlíčková, 1994) Zatím není známo, proč se nesnášenlivost lepku v tenkém střevě projevuje právě touto formou. Puchýřky se nejčastěji lokalizují na trupu, vnější straně loktů, na kolenou, okolí ramen a hýždí. Při diagnostice nemusí být přítomno typické poškození sliznice střeva pro celiakii, jsou zde však prokazatelné protilátky proti tkáňové transglutamináze v krvi. Dále se může diagnostikovat na základě biopsie kůže. Vzorek kůže je vyšetřován pomocí imunofluorescenční metody. Tato dermatitida nereaguje na klasickou kožní léčbu běžnými dermatickými externy, bezlepková dieta zabírá stejně dobře jako kortikoidní léčba, dalším účinným lékem je Dapson (DDS - sulfon). Odezva organismu na dietu však může být delší než u klasické celiakie (viz Příloha P X). (Možná, 2006)

### 1.6 Alergie na lepek

U některých pacientů dochází k reakci organismu po požití lepku, aniž by bylo přítomno typické poškození sliznice střeva jako u celiakie. Nejedná se tedy o diagnózu celiakie, ale o alergii na lepek. (Čáp a Průcha, 2006) Při celiakii dochází ke vzniku protilátek proti enterocytům, které jsou těmito protilátkami ničeny. Alergie na lepek je též podmíněna vznikem protilátek proti lepku, není však spojena s jejich vznikem a s poškozením sliznice, lepek vyvolává jiný typ biochemické reakce. (Kvasničková, 1998) Klinické příznaky se nejčastěji projevují na trávicím traktu, jsou jimi např. průjem, nadýmání, křeče v břiše, nevolnost, únava či bolest kloubů a na rozdíl od celiakie reaguje tělo na lepek prakticky okamžitě, nejdéle do několika hodin. (Davies, 2001) Alergie na lepek může být tedy nepříjemné projevem, nikoli však následnými komplikacemi nebo poškozením sliznice tenkého střeva. K odstranění potíží je nutno vyloučit lepek z potravy, případně jej tlumit určitými léky z řad antihistaminik nebo kortikoidů. (Možná, 2006)

## 1.7 Diagnostika celiakie

Mnoho pacientů s celiakií stále uniká diagnóze a jsou vystaveni riziku pozdních komplikací. Přestože diagnostika celiakie není nijak složitá, dispenzarizovaných celiaků je stále minimum. Lékaři na celiakii málo myslí, i když dobře znají klinické projevy, příčiny vzniku a léčbu. Z důvodu nestálého klinického obrazu nemoci a množství vyskytujících se forem celiakie s možnými komplikacemi a přidruženými chorobami, bylo nutné vypracování Cíleného screeningu celiakie pro rizikové skupiny obyvatel.

Jednou z možností „laické“ diagnostiky je novinka finské firmy AniBiotech. Jedná se o krevní test podobný těhotenskému testu pro ženy, kdy se na speciální proužek setře kapka krve z prstu a po 5 minutách se odečítá zbarvení papírku. Test zjišťuje přítomnost protilátek proti transglutamináze se spolehlivostí 96,3 %. Bohužel je k dispozici pouze v cizích zemích, v České republice se zatím nepoužívá. Využívat by ho mohli praktičtí nebo jiní odborní lékaři, ale i celiaci pro své nejbližší příbuzné. (Červenková, 2006)

Jako u každého onemocnění je nezbytnou součástí důkladná anamnéza a to zejména rodinná, kde zjišťujeme příbuzné s diagnostikovanou celiakií a dále fyzikální vyšetření. Zde si musíme všimnout otoků nohou, nadmutého břicha, kožních projevů (vyrážka) apod. Součástí je také zjištění projevů choroby a celkových zdravotních komplikací pacienta. (Klener a kol., 2000)

Jak už bylo jednou řečeno diagnóza je založena na anamnéze, klinickém obrazu a dále na prokázání protilátek proti tkáňové transglutamináze a na histologickém vyšetření biopsií tenkého střeva. Těmto speciálním vyšetření se budeme více věnovat v kapitole „Cílený screening celiakie“ (viz. Příloha P III a P V).

V diferenciální diagnostice musíme nejčastěji uvažovat o chronické pankreatitidě, nutné je odlišit jiné příčiny malabsorpce, intoleranci laktózy, stavu po operaci střev, potravinové alergie, polékovém postižení střev, proteinoenergetické malnutrici atd. (Kohout a Pavlíčková, 2010)

Nesmíme zapomínat, že celiakie je choroba na genetickém podkladu. Genetické testy vyšetřující vrozené predispozice k celiakii dosahují nejvyšší senzitivity. Při negativitě genetických testů na DQ2 a DQ8 haplotypy je možné celiakii vyloučit až s 99% jistotou. (Maňasková, © 2010)

## 1.8 Terapie celiakie

Jak jsme již několikrát zmiňovaly, je základním pilířem léčby celiakie dieta, a to bezlepková dieta. Nebývá to častým jevem, že se tak závažné a často po velmi dlouhé době potíží diagnostikované onemocnění léčí „pouze“ dietou. Ale je tomu tak. Všichni zjištění celiaci musí bezlepkovou dietu dodržovat a to bez výjimky. Znamená to tedy úplně vysadit lepek z přijímané potravy. (Vernerová a Kohout, 2006)

Jedná se o dietu, při které není povoleno jíst výrobky obsahující ječmen, pšenici, žito a oves. O osudu ovsu se však stále diskutuje, protože někteří celiaci jej snesou, jiní ne. Konečné rozhodnutí však vyžaduje ještě spoustu studií. Důležité je nově diagnostikovaného celiaka řádně edukovat o dietě, což je povinnost lékaře, případně gastroenterologické sestry. Neopomenutelnou roli má zde samozřejmě nutriční terapeut, se kterým by měl být celiak bezpochyby seznámen a být s ním v kontaktu. (Rujner a Cichanska, 2006)

Po nasazení bezlepkové diety klinické příznaky poměrně rychle ustupují, změny na sliznici tenkého střeva však ustupují mnohem pomaleji. Částečné změny k lepšímu lze pozorovat na sliznici do 1 roku od zahájení diety. V aktivním stádiu onemocnění se může stát, že z důvodu poškození sliznice střeva, může postižený hůře tolerovat mléčné výrobky, tedy laktózu, proto je nutné je ze začátku omezit. Po obnovení sliznice střeva dojde k opětovné toleranci mléčných výrobků – hlavního zdroje vápníku – a je možné je opět zařadit do jídelníčku. (CGS-CLS, © 2012) Dieta je plnohodnotná s obsahem veškerých potřebných látek pro organismus, jako jsou vitamíny, minerály a vláknina. Je – li dodržována poctivě, dlouhodobě snižuje riziko vzniku pozdních komplikací a malignit spojených s celiakií. (Marquard a Lanzenberger, 2010)

Medikamentózní léčba je v tomto případě pouze doplňková. Podávají se preparáty železa, vápníku a vitamínů. Potřebná je však pouze v začátcích léčby celiakie. Jediným lékem schopným omezit projevy celiakie je již zmíněný lék Dapson u Duhringovy dermatitidy. Pomáhá k vymizení kožních projevů již do týdne od začátku užívání. Bohužel však nemá žádný vliv na sliznici střeva a má mnoho vedlejších účinků, proto je nutné podávat jej v nejmenší možné dávce a co nejdříve jej vysadit, pokud to stav pacienta dovoluje. (CGS-CLS, © 2012)

### 1.8.1 Povolené potraviny pro bezlepkovou dietu

Potraviny se dělí na bezlepkové a částečně bezlepkové, které mohou obsahovat stopy lepku. Ty bezlepkové jsou označovány speciálním znakem: přeškrtnutým klasem (viz Příloha P VIII). Mezi ně se řadí:

- Brambory, rýže, kukuřice, sója, pohanka, amarant, proso, jáhly, luštěniny, ovoce, zelenina, maso, mléko a mléčné výrobky, vejce, ryby, kukuřičný a bramborový škrob, ořechy a semena (Fridrichová, 2002)

### 1.8.2 Zakázané potraviny pro bezlepkovou dietu

Z nepovolených potravin, tedy těch co obsahují lepek, můžeme vybrat např.:

- Obiloviny – oves, ječmen, žito, pšenice a výrobky z nich vyrobené – chléb, pečivo, strouhanka, těstoviny, cukrářské výrobky, vločky, kroupy, krupice, kuskus, otruby a pšeničný škrob (Možná, 2006)

## 1.9 Komplikace celiakie

Projevy malabsorpce, zlomeniny z důvodu osteomalacie nebo osteoporózy, hypovitaminózy s jejich projevy nebo hypokalcémie nepatří ke komplikacím celiakie, ale k projevům neléčené celiakie. Duhringova dermatitida také nespadá do kategorie komplikací, ale do kožních projevů celiakie. (Kohout a Pavlíčková, 2010)

K možným komplikacím patří zvýšený výskyt nádorových onemocnění, refrakterní a kolagenózní sprue, ulcerativní jejunoileitida a nebo interfilita. Tyto komplikace se projevují především u neléčených pacientů, u pacientů, kteří nedodržují bezlepkovou dietu a také u pacientů, u kterých nebyla diagnostikována celiakie vůbec, nebo vyslechli diagnózu až po několika letech klinických projevů. (Gamlin, 2003)

Z řad komplikací můžeme vyjmenovat:

- **Refrakterní sprue** – tímto názvem označujeme enteropatii, u níž byla prokázána dřívější přecitlivělost na lepek, a efekt bezlepkové diety po určité době vymizel, přetrvává zde pozitivita protilátek a klinické projevy, může

přejít v manifestní T-buněčný lymfom se špatnou prognózou (Lata, Bureš, Vaňásek a kol., 2010)

- **Nádory** – maligní lymfom (T-buněčný lymfom) je nejvýznamnější z komplikací celiakie, z epiteliálních malignit jsou nejčastější karcinom tenkého střeva, hltnu, jícnu a žaludku, nádorová onemocnění vznikají antigenními substancemi při zvýšené propustnosti sliznice střeva (Kohout a Pavlíčková, 2010)
- **Metabolická osteopenie** – jde o kombinaci malatického a porotického procesu, který je projevem výrazné remodelace kosti v důsledku poruchy vstřebávání aminokyselin, vitamínu D, vápníku a sekundární hyperparatyreózy (Zavoral, Venerová a kol., 2007)
- **Asociované autoimunitní choroby** – celiakie se často projevuje s jinými autoimunitními chorobami, zvláště časté je spojení s endokrinopatiemi - autoimunitní tyreoiditidou a diabetem 1. typu (až 10 %), výskyt celiakie je u autoimunit 10 – 30x větší než u ostatní populace (Zavoral, Venerová a kol., 2007)
- **Psychiatrické komplikace** – výskyt psychických poruch u celiaků je poměrně častý, jde zejména o depresivní stavy, včetně endogenních depresí s těžkým průběhem a suicidálními tendencemi (Zavoral, Venerová a kol., 2007)

### 1.9.1 Celiakální krize

Celiakální krize můžeme zařadit i do komplikací celiakie, ale spíše se jedná o nejtěžší formu celiakie. Projevuje se těžkými průjmy, rozvratem minerálního prostředí a acidobazické rovnováhy, těžkou dehydratací a v nejtěžších případech i hypovolemickým šokem. Vzniká nejčastěji na podkladě dlouhodobě neléčené celiakie, stresu a nasedající infekce. Vyžaduje urgentní léčbu na jednotce intenzivní péče s úpravou vnitřního prostředí, a léčbou kortikoidy. (Kohout a Pavlíčková, 2010)

Při akutní symptomatologii se zahájí u pacienta úplná parenterální výživa a postupně se převádí přes vhodnou bezglutenovou enterální výživu na perorální bezglutenovou dietu. Ke kompletní úpravě metabolismu a klinických příznaků dochází za 4 - 6 týdnů od akutního vzplanutí celiakální krize. V případě, že příznaky přetrvávají

i přes převedení na umělou bezglutenovou výživu, přistupuje se a podání léků z řad imunosupresiv a kortikoidů. V popředí klinického obrazu při delším trvání onemocnění a po akutním relapsu jsou projevy malabsorpce, hypovitaminózy a deficitu esenciálních mastných kyselin. (Zadák, 2002)

Jestliže akutní příznaky přetrvávají, je nutné pátrat, zda nejsou ukryté stopy glutenu v některých podávaných výživových vitamínových preparátech, nutričních doplňcích a farmaceutických přípravcích (pšeničný škrob, plnidla tablet). V těchto případech je důležité pravidelně a pečlivě hodnotit nutriční stav pacienta a zapisovat jej do dokumentace pacienta pro hodnocení vývoje nutričního stavu nemocného. Nutriční stav samozřejmě nekontrolujeme pouze v akutních případech, ale při jakémkoliv přijetí pacienta s celiakií do nemocnice (viz Příloha P XII, P XIII, P XV). (Zadák, 2008)

## 1.10 Prevence celiakie

Jako všude i zde můžeme prevenci rozdělit na primární a sekundární. Sekundární prevencí se zde rozumí zabránění vzniku relapsu choroby a kryje se s vlastní léčbou celiakie, tedy v přísném dodržování bezlepkové diety. (Kohout a Pavlíčková, 2010)

O možnostech primární prevence můžeme uvažovat z výsledků sledování incidence této nemoci v různých časových obdobích. Podle některých výzkumů prodloužená doba kojení dětí mateřským mlékem a oddálení období přidávání obilných kaší a kravského mléka do stravy dětí, může vést ke snížení výskytu celiakie v populaci. Dětské střevo je v tomto období života propustné pro makromolekulární látky. Důvod této skutečnosti je, že dítě získává brzy po narození touto cestou imunoglobuliny z mateřského mléka. Výsledky však nejsou prozatím jednoznačné a není známo, zda se sníží skutečná incidence, či jen symptomatologie celiakie. Přesto se doporučuje u matek s celiakií (a nejen u nich) kojit minimálně 6 měsíců a první kontakt s lepkem až po 5. měsíci života, kdy je dítě ještě kojeno. (Kohout a Pavlíčková, 2010)



## 1.11 Prognóza celiakie

Při včasné nasazení bezlepkové diety a jejím dodržování je prognóza příznivá. U dětí dochází k úpravě vývoje a růstu, u dospělých k vymizení většiny klinických projevů a zlepšení sliznice střeva. K rozvoji komplikací dochází při nedodržování dietního režimu, nebo při pozdní diagnostice celiakie, což se stává bohužel stále velmi často. Refrakterní sprue má prognózu nejistou a maligní komplikace celiakie mají prognózu velmi nepříznivou (přežití T-buněčného lymfomu do jednoho roku od stanovení diagnózy je méně než 50 %). Proto je velmi důležitá dispenzarizace nemocných jak v dětském věku, tak i v dospělém. (Lata, Bureš, Vaňásek a kol., 2010)

## 1.12 Organizace a sdružení pro celiaky

Zde je několik kontaktů, které může sestra předat nově zjištěnému celiakovi, kde získá informace o svém onemocnění a může se spojit a lidmi se stejnou diagnózou:

- *Česká gastroenterologická společnost* - dostupné z www: <http://www.cgs-cls.cz/>
- *Poradenské centrum pro celiakii a bezlepkovou dietu* - dostupné z www: <http://www.bezlepkovadieta.cz/>
- *Sdružení celiaků České republiky, o. s.* – dostupné z www: <http://www.celiac.cz/>
- *Společnost pro bezlepkovou dietu* – dostupné z www: <http://celiak.cz/>
- *Klub celiakie Brno* – dostupné z www: <http://klubceliakie.cz/>
- *Server o životě bez lepku* – dostupné z www: <http://www.bezlepku.info/>

## 2 CÍLENÝ SCREENING CELIAKIE

Po šesti letech jednání konečně schválilo Ministerstvo zdravotnictví metodický pokyn „Cílený screening celiakie“. Publikován byl ve Věstníku MZ – ČR, částka 3., z 28. 2. 2011. Tento dokument je významný v tom, že celiakie bývá všeobecně špatně a často pozdě diagnostikována. Tento metodický pokyn by měl pomoci ke zjištění skutečné prevalence a předcházení pozdních komplikací z neléčené celiakie. Vzhledem k udávané prevalenci v České republice, 1:200 – 250, a k počtu dispenzarizovaných celiaků v gastroenterologických ambulancích – asi 3 – 4 tisíce pacientů, před diagnostikou uniká přes 40 – 50 tisíc potenciálních celiaků. Proto je důležité začít provádět cílený screening u rizikových skupin co nejdříve a zamezit tak výše uvedeným komplikacím. Česká republika je první evropskou zemí, kde ministerstvo zdravotnictví vydalo takovýto pokyn. Jde tedy o velký krok ve veřejném zdravotnictví. Problému v oblasti diagnostiky a terapie celiakie se také věnuje Evropská unie, která v roce 2008 věnovala miliony eur na integrovaný multinárodní program „Celiakie – monitoring, diagnostika a léčení“. (CGS-CLS, © 2012)

Projekt spočívá v doporučení praktickým lékařům a specialistům aby sami uskutečňovali první etapu screeningu u svých pacientů s podezřením na celiakii. Jedná se o odběr krve na zjištění protilátek proti tkáňové transglutamináze v řadě IgA a stanovení celkové IgA. Pokud je výsledek pozitivní odešle praktický lékař nebo specialista pacienta do gastroenterologické ambulance, kde se provede další fáze screeningu, tedy bioptický odběr sliznice střeva. Na tomto pracovišti je také nově zjištěný celiak dispenzarizován a dále léčen. (CGS-CLS, © 2012)

Pro pacienta má screening velký význam, protože pokud se diagnóza celiakie potvrdí a pacient začne dodržovat bezlepkovou dietu, diametrálně se zlepší jeho kvalita života. Klinické příznaky ustoupí, postupně se upraví sliznice tenkého střeva, pacient může dále téměř bez problému žít a bude se více a účelněji předcházet pozdějším komplikacím. Nehledě na to, že léčba celiakie jako takové, tedy léčba bezlepkovou dietou, je mnohem levnější než následná léčba komplikací neléčené celiakie, např. maligního onemocnění. (CGS-CLS, © 2012)

## 2.1 Obsah Cíleného screeningu celiakie

Oblasti, které řeší metodický pokyn, jsou časná diagnostika, terapie a dispenzarizace, odhalení mimostřevních forem, prevenci komplikací, zjištění skutečné prevalence celiakie v ČR, omezení a lepší kontrolu přidružených autoimunitních onemocnění, zjištění kvality života celiaků a úsporu prostředků sociálního a zdravotního pojištění. (CGS-CLS, © 2012)

Záměrem screeningu je identifikace velké části populace doposud nedagnostikovaných celiaků. Příčinou je v ČR nedostatečná diagnostika, pozdní diagnostika celiakie, anebo nestandardní a chybné diagnostické postupy. (Věstník MZ – ČR, 2011)

Cílený screening se provádí u přesně definovaných cílových skupin, u kterých lze předpokládat zvýšené riziko vzniku celiakie. Ke screeningu jsou indikovány:

- **Rizikové choroby a skupiny** – příbuzní celiaků 1. stupně (rodiče, sourozenci, děti, při jejich pozitivitě také 2. stupně (prarodiče, strýcové, tety), dermatitis herpetiformis Dühring, mikrocytová anemie nereagující na léčbu, předčasná osteoporóza, terapeuticky nereagující průjmová forma syndromu dráždivého střeva, deprese a poruchy chování, infertilita a poruchy reprodukce, ataxie nejasné etiologie, amenorea, pozdní menarche, Downův a Turnerův syndrom, aj.
- **Podezřelé symptomy** – opožděný psychosomatický vývoj, nevysvětlený úbytek na hmotnosti, nízké sérové Fe, výrazné izolované zvýšení sérových aminotransferáz (AST, ALT), izolovaný deficit IgA, recidivující aftózní stomatitida, hypoplazie zubní skloviny
- **Přidružené autoimunitní choroby** – diabetes mellitus 1. typu, autoimunitní thyreoitida a jiné autoimunitní endokrinopatie, autoimunitní hepatitida, systémový lupus erythematoses, primární sklerotizující cholangitida, primární biliární cirhóza, Sjögrenův syndrom, choroby pojiva, IgA nefropatie (Věstník MZ – ČR, 2011, s. 51 – 52)

U osob indikovaných k screeningu se doporučuje dvoustupňové vyšetření. První stupeň zahrnuje stanovení sérových autoprotilátek k tkáňové transglutamináze (AtTGA) v třídě IgA a stanovení celkového IgA. Asi u 3 % celiaků je přítomen izolovaný deficit IgA

a v těchto případech je třeba vyšetřit protilátky v třídě IgG. Pozitivní výsledek v prvním kroku indikuje automaticky ke druhému stupni screeningu a to k perorální biopsii aborálního duodena. Toto vyšetření se provádí na specializovaných pracovištích gastroduodenální ambulance. U osob s podezřelými příznaky (průjmy, anemie) se doporučuje odeslat pacienta na biopsii i bez pozitivního výsledku v prvním kroku. (CGS-CLS, © 2012)

## 2.2 Metodika programu cíleného screeningu celiakie

Cílený screening celiakie se provádí u osob uvedených v předchozích třech rizikových skupinách, které konzumují stravu s obsahem lepku. Provádí se v následujícím postupu:

1. **Vytipování možného nositele onemocnění a odeslání pacienta k sérovému vyšetření autoprotilátek k tkáňové transglutamináze a celkovému IgA**, toto provádějí – praktičtí lékaři, ambulantní specialisté oborů: dermatovenerologie, diabetologie a endokrinologie, gynekologie a porodnictví, neurologie, psychiatrie, hematologie aj. (viz příloha P IV)
2. **Při selektivním deficitu IgA se žádá laboratoř o automatické doplnění vyšetření stanovením autoprotilátek k tkáňové transglutamináze ve třídě IgG** – vyšetření provádí oddělení klinické biochemie a laboratorní diagnostiky, alergologická a imunologická laboratoř (viz příloha P VII)
3. **Perorální biopsie aborálního duodena (pod Vaterovou papilou)** – provádí se při zjištění positivity z kroku č. 1, popř. č. 2 a při vysoce rizikových symptomech (anemie, průjmy, úbytek tělesné hmotnosti apod.), vyšetření provádějí gastroenterologické oddělení (Věstník MZ – ČR, 2011)

### 2.2.1 Postup vyšetření:

Vyšetření se provádí při na endoskopickém pracovišti při gastroskopii. Při vyšetření se odebírá 4 – 5 vzorků, které je třeba orientovat před vložením do fixačního roztoku klky nahoru, což je předpokladem správného histologického vyšetření. Výkon se provádí v místním znecitlivění hltanu (viz příloha P IX). (Věstník MZ – ČR, 2011, s. 53)

Příprava pacienta na vyšetření - všeobecná sestra zajistí, aby byl pacienty lačný, nepije, nekouří, neužil léky, má vyjmutou zubní protézu, provedenu základní hygienu dutiny ústní, vyprázdněný močový měchýř i střevo a je podaná premedikace (např. Diazepam). (Víšek, 2005) Každý pacient musí mít před bioptickým vyšetřením vyšetřeny koagulační parametry (APTT, Quick), trombocyty a krevní skupinu. (Klener a kol., 1998) Sestra poučí pacienta o průběhu vyšetření a zaujetí polohy během (vleže na levém boku) a po vyšetření (vpolosedě). (Krišková a kol., 2001)

Péče o pacienta po výkonu – pacient je uložený do Fowlerovy polohy, nesmí dvě hodiny po výkonu přijímat žádné jídlo ani tekutiny, hrozí zde riziko aspirace z důvodu místního znecitlivění hltanu, sestra sleduje puls, krevní tlak a vykašlávání (včetně příměsí, např. krve), je nutné mít na paměti i riziko krvácení do trávicího traktu (příměsí krve ve stolici). (Víšek, 2005; Krišková a kol., 2001)

Úloha sester při bioptických výkonech je důležitá v přípravě sterilního stolku a nástrojů (endoskopu) a v asistenci lékaři při odběru vzorků. Dále pak ve sledování zdravotního stavu pacienta, jeho fyziologických funkcí a podávání ordinací od lékaře. (NCO NZO, © 2012)

### 2.2.2 Vyšetření u dětí

U malých dětí je preferován odběr enterobioptickou kapslí z důvodu možných komplikací a technických limitací. U starších dětí (obvykle nad 12 let) se provádí vyšetření biopsie s použitím vhodných endoskopů pro dětský věk. Příprava je téměř stejná jako u gastrokopického vyšetření, dítě je lačné, bezprostředně před vyšetřením se podá simethicon, po 2 hodinách po spolknutí kapsle může dítě lehce popíjet a po 4 hodinách lehce pojist. Kapslová endoskopie je u dětí bezpečná, dobře tolerovaná a minimálně invazivní metoda vyšetření tenkého střeva. (Tachecí, 2008)

Dále je vyšetření kapslovou endoskopií indikováno u nemocných s přetrvávajícími nebo varovnými příznaky při striktním dodržování bezlepkové diety (bolesti břicha, průjem, malabsorpce, apod.) s cílem včasné diagnostiky komplikací. První vyšetření se provádí po 1 roce dodržování bezlepkové diety. Po dosažení remise je vhodné zopakovat vyšetření kapslovou endoskopií po 5 letech. (Tachecí, 2008)

4. **Histopatologické vyšetření vzorku sliznice tenkého střeva** – je vyšetřovací metoda, při které se pomocí světelného mikroskopu hodnotí tkáňové řezy získané z formolem fixované tkáňových vzorků do parafínu, vyšetření provádějí oddělení oboru patologické anatomie a je vždy prováděno patologem se specializovanou způsobilostí (Věstník MZ – ČR, 2011, s. 53)

### 2.2.3 Patologický nález

Histologické vyšetření prokáže ztrátu normální struktury klků, střevní krypty jsou prodloužené a klky oploštělé. Dochází k narušení junkce enterocytů a tím ke zvýšení propustnosti sliznice střeva. Snížená je tvorba některých enzymů a počet zralých enterocytů. Buněčný infiltrát sliznice je tvořen zejména plazmatickými buňkami a lymfocyty. Počet těchto buněk produkujících imunoglobuliny ve střevní sliznici stoupá na dvoj – až šestinásobek. Imunitní odpověď makroorganismu na působení prolaminů hraje důležitou roli v rozvoji onemocnění. U těžkého postižení dochází ke ztenčení střevní stěny (viz příloha P VI). (Lata, Bureš, Vaňásek a kol., 2010)

5. **Zdravotní péče o nově diagnostikované celiaky v rámci screeningu** – tito nemocní se odesílají podle věku k zahájení léčby a dlouhodobé dispenzarizaci na gastroenterologické pracoviště pro děti a dorost nebo na gastroenterologické pracoviště pro dospělé (Věstník MZ – ČR, 2011, s. 54)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 CÍLE PRÁCE

**Cíl 1:** Zmapovat úlohu všeobecné sestry v cíleném screeningu, diagnostice a terapii bezlepkovou dietou.

**Cíl 2:** Zjistit úroveň vědomostí všeobecných sester o celiakální spruce.

**Cíl 3:** Zjistit úroveň vědomostí všeobecných sester v oblasti Cíleného screeningu celiakie.

**Cíl 4:** Navrhnout efektivní řešení zjištěné situace.

#### 3.1 Aplikace výzkumu do praxe

Návrh efektivního řešení zjištěné situace (vytvořit informační zdroj pro všeobecné sestry, který bude obsahovat základní údaje o screeningu, popis vyšetřovacích a diagnostických metod, odkazy na patientská sdružení, atd.).



## 4 METODIKA PRÁCE

### 4.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Všeobecné sestry byly vybrány záměrně v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s. Dotazníky byly rozdány na interních, chirurgických a gerontologických odděleních, dále pak na dětském, kožním a hematologickém oddělení. Skupina sester, která byla vybrána k výzkumnému šetření, měla jasná kritéria: registrace v ČAS, dosažené vzdělání oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole a výše, tedy všeobecné sestry pracující bez odborného dohledu, zaměstnané v KNTB a.s. na vybraných pracovištích, za svou praxi se nemusely setkat s celiakem na oddělení, věk neomezen, osloveno bylo 70 respondentů.

### 4.2 Organizace a metodika práce

Pro získání dat k vypracování praktické části bakalářské práce jsme použily standardizovaný dotazník s uzavřenými, polootevřenými a otevřenými otázkami. Způsob sběru dat pomocí dotazníku jsme si vybrali, protože patří k základním sociologickým výzkumným technikám, z důvodu rychlého a časově úsporného shromáždění potřebných dat. Informace jsme získaly z písemného vyjádření respondentů v dotazníku, který byl sestaven pod odborným vedením vedoucí práce a s použitím cenných rad a komentářů od konzultantky práce. Otázky na sebe vzájemně navazují a jsou sestavené s cílem splnit vytyčené cíle práce. Rozdáno bylo celkem 70 dotazníků, navraceno bylo 64. Návratnost činila 91 %.

Dotazník je rozdělen na dvě části. První část oslovuje respondenta s žádostí o vyplnění dotazníku, zdůrazňuje anonymitu a obsahuje instrukce k jeho vyplnění. Druhou část dotazníku tvoří konkrétní otázky zaměřené na zjištění vědomostí o celiakální spruce a Cíleném screeningu celiakie.

Vlastní dotazník obsahuje 25 otázek. Z toho jsou 2 otázky otevřené (otázka č. 5 a 6), 3 otázky polootevřené (otázka č. 2, 3 a 24) a 20 otázek uzavřených (otázka č. 1, 4, 7, 8, 9,

10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 a 25). Úvodní část dotazníku je zaměřena na základní údaje – délka praxe ve zdravotnictví, nejvyšší dosažené vzdělání, případná specializace v oboru a pracoviště (otázka č. 1 – 4). Otázka č. 5 – 17 má za úkol zmapovat vědomosti sester o celiakální spruce a její léčbě. Dalšími šesti otázkami jsme chtěli zjistit vědomosti sester o Cíleném screeningu celiakie (otázka č. 18 – 23). Otázkou č. 24 jsme zjišťovaly, jakou cestou čerpají sestry informace o celiakii a v poslední otázce č. 25 měli respondenti subjektivně zhodnotit své znalosti o celiakii na stupnici 1 – 5 (jako ve škole).

Výzkumu předcházela pilotní studie, kde jsem oslovila 5 zdravotních sester z mého okolí. Těm jsem dala vyplnit dotazník a nejasnosti měly vést k případné opravě otázek v dotazníku. Problémy s vyplňováním dotazníků je neobjevily, všechny otázky byly srozumitelné. Další úpravy nebyly nutné a mohly jsme pokročit k plošnému roznesení dotazníku v KNTB a.s.

Sběr dat probíhal postupně během 14 dní od respondentů z výše oslovených oddělení. Ne všechny sestry měly k vyplňování kladný přístup, ale i přes veškeré potíže se mi vrátil velký počet dotazníků, za což jim ještě jednou velmi děkujeme.

### 4.3 Analýza výsledků

Celkově bylo rozdáno 70 dotazníků na 12 oddělení KNTB a.s. Vráceno bylo 64 dotazníků, návratnost 91 %. Dle zjištěných dat z otázky č. 1 jsem vyřadila 3 dotazníky, protože délka praxe do 1 roku neodpovídala kritériím pro soubor respondentů a nezaručovaly, že má respondent vystudovaný obor všeobecná sestra, ale pouze obor zdravotnický asistent a nemůže být tedy registrovaný v ČAS a pracovat bez odborného dohledu. Z tohoto důvodu pracujeme s celkovým číslem 64 dotazníků pouze u otázky č. 1 a v dalším hodnocení otázek č. 2 – 25 pracujeme s počtem 61 dotazníků, tj. 87 % z celkového množství rozdaných dotazníků.

Závěrečné zpracování dat proběhlo s využitím počítačového programu Microsoft Excel. Data byla vložena do tabulek a grafů v podobě absolutních četností (N) relativních četností (%). Pod tabulkami a grafy je pro lepší přehlednost slovní komentář zjištěných výsledků.

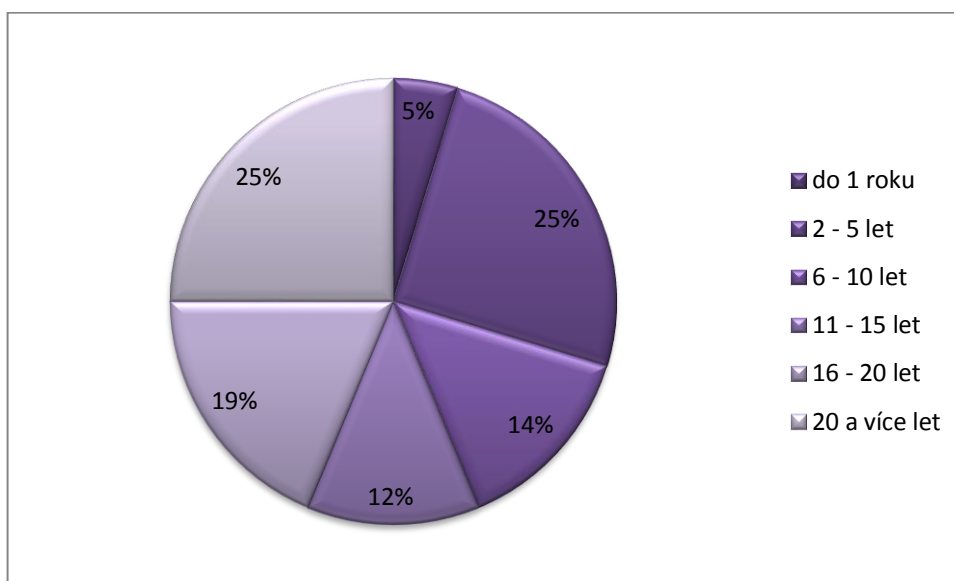
#### 4.4 Výsledky šetření

Otázka č. 1: **Délka Vaší praxe:**

Tabulka 1. Délka praxe

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
do 1 roku	3	4,7 %
2 – 5 let	16	25,0 %
6 – 10 let	9	14,1 %
11 – 15 let	8	12,5 %
16 – 20 let	12	18,8 %
20 a více let	16	25,0 %
<b>Celkem</b>	<b>64</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 1. Délka praxe



#### Komentář:

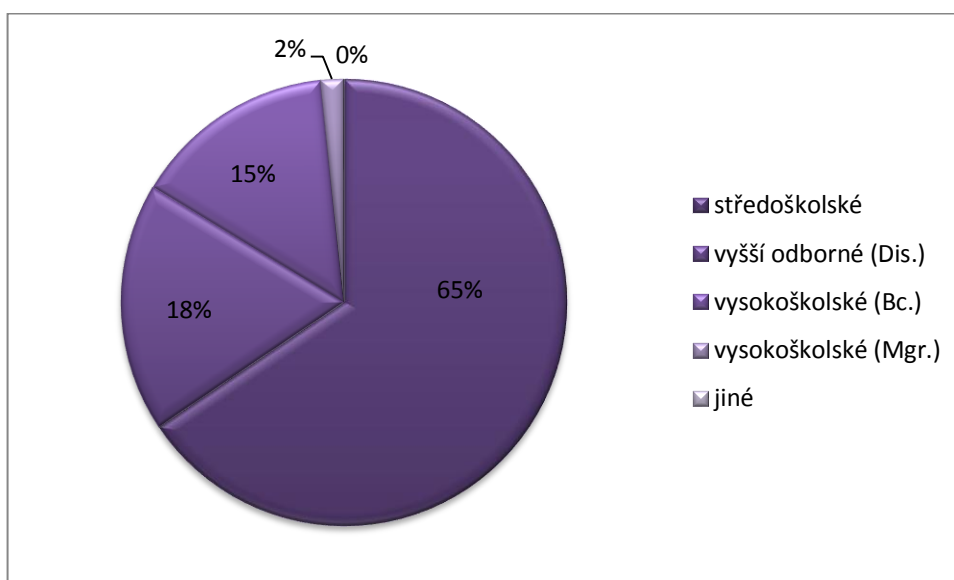
Největší procento respondentů tvořily všeobecné sestry s praxí z déle 2 – 5 let a 20 a více let (25,0 %), za nimi následuje skupina s praxí 16 – 20 let (18,8 %). Téměř stejně jsou na tom v zastoupení skupiny 6 – 10 let (14,1 %) a 11 – 15 let (12,5 %). Nejmenší procento tvořily sestry s praxí do 1 roku (4,7 %), které byly z dalšího zpracování dotazníků vyřazeny pro nesplnění kritérií pro soubor respondentů.

## Otázka č. 2: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

Tabulka 2. Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
středoškolské	40	65,6 %
vyšší odborné (Dis.)	11	18,0 %
vysokoškolské (Bc.)	9	14,8 %
vysokoškolské (Mgr.)	1	1,6 %
jiné	0	0,0 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 2. Nejvyšší dosažené vzdělání

**Komentář:**

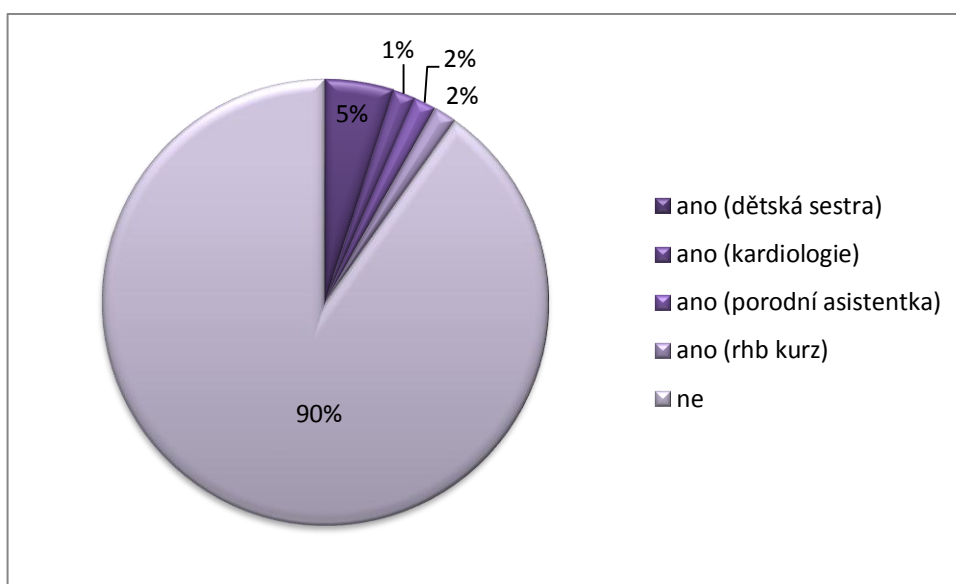
Vzdělání respondentek bylo nejčastěji středoškolské (40 respondentů - 65,6 %), druhé nejčastější je vzdělání vyšší odborné (Dis.), tj. 11 respondentů (18,0 %). Vysokoškolské vzdělání (Bc.) udalo 9 respondentů (14,8 %) a magisterské vzdělání udal jeden respondent (1,6 %). V kategorii jiné se žádná odpověď neobjevila.

## Otázka č. 3: Máte specializaci v oboru?

Tabulka 3. Specializace v oboru

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
ano (dětská sestra)	3	4,9 %
ano (kardiologie)	1	1,6 %
ano (porodní asistentka)	1	1,6 %
ano (rhb kurz)	1	1,6 %
ne	55	90,2 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 3. Specializace v oboru

**Komentář:**

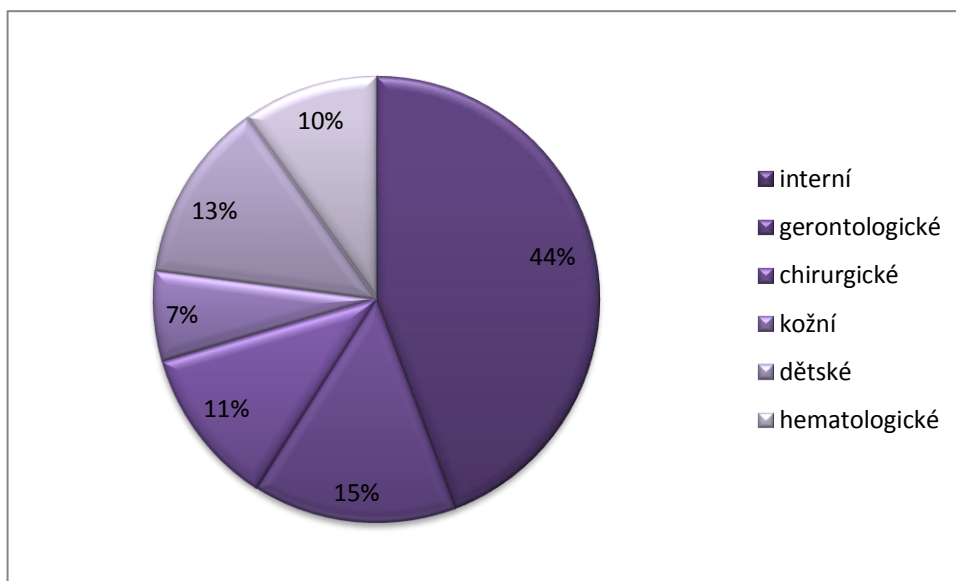
Z tabulky i grafu nám vyplývá, že 55 respondentů odpovědělo, že specializaci v oboru nemá (90,2 %), 3 respondenti odpověděli, že mají specializaci v oboru dětská sestra (4,9 %) a poslední tři respondenti vypsali praxi v oboru kardiologie, porodní asistentka a rehabilitační kurz (vždy 1,6 %).

## Otázka č. 4: Oddělení, na kterém pracujete:

Tabulka 4. Oddělení respondentů

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
interní	27	44,3 %
gerontologické	9	14,8 %
chirurgické	7	11,5 %
kožní	4	6,6 %
dětské	8	13,1 %
hematologické	6	9,8 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 4. Oddělení respondentů

**Komentář:**

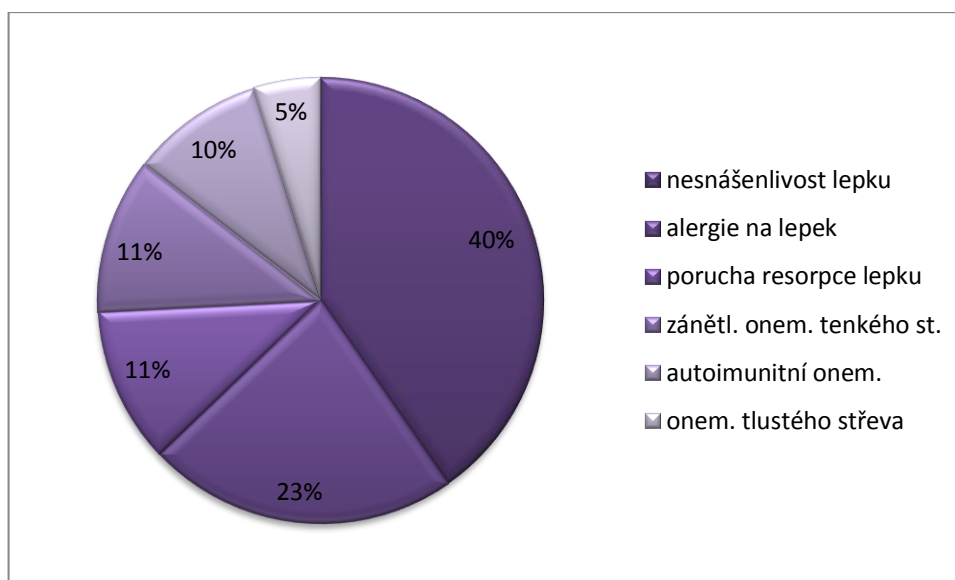
V otázce č. 4 „Oddělení, na kterém pracujete:“ označilo 27 respondentů interní oddělení (44,3 %), 9 respondentů gerontologické oddělení (14,8 %), 8 respondentů dětské oddělení (13,1 %), 7 respondentů chirurgické oddělení (11,5 %), 6 respondentů hematologické oddělení (9,8%) a kožní oddělení označili 4 respondenti (6,6 %).

Otázka č. 5: Co si myslíte, že je celiakie? Stručně popište:

Tabulka 5. Popis celiakie

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
nesnášenlivost lepku	25	40,3 %
alergie na lepek	14	22,6 %
porucha resorpce lepku	7	11,3 %
zánětlivé onem. tenkého střeva	7	11,3 %
autoimunitní onemocnění	6	9,7 %
onemocnění tlustého střeva	3	4,8 %
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 5. Popis celiakie



### Komentář:

Na otázku byla použita forma otevřené otázky. Ze všech odpovědí jsme vybraly 6 nejčastěji se opakujících a ostatní podobné k nim přiřadily. Většinou respondenti uváděli pouze jednu odpověď. Nejvíce respondentů (25) vepsalo, že celiakie je nesnášenlivost lepku (40,3 %), další nejčastější odpověď byla alergie na lepek (14 respondentů – 22,6 %), 7 respondentů by označilo celiakii jako poruchu resorpce lepku a zánětlivé onemocnění tenkého střeva (vždy 11,3 %), 6 respondentů jako autoimunitní onemocnění (9,7 %) a 3 respondenti si myslí, že celiakie je onemocnění tlustého střeva (4,8 %).

Otázka č. 6: Napište alespoň dva příznaky celiakie, které znáte:

Tabulka 6. Příznaky celiakie

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
průjem	43	30,7 %
hubnutí	16	11,4 %
bolesti břicha	16	11,4 %
únav	11	7,9 %
plynatost	10	7,1 %
anemie	8	5,7 %
neprospívání	8	5,7 %
zvracení	8	5,7 %
nechutenství	7	5,0 %
zažívací potíže	5	3,6 %
osteoporóza	3	2,1 %
vyrážka	2	1,4 %
nevím	2	1,4 %
deprese	1	0,7 %
<b>Celkem</b>	<b>140</b>	<b>100,0 %</b>

#### Komentář:

V případě této otevřené otázky jsme neshledaly důležité užití názorného grafu. Celkový počet odpovědí byl 140. Odpovědi se poměrně lišily, zejména dle pracovního působení na konkrétním oddělení. Z tabulky můžeme vidět, že nejčastější odpověď zněla průjem (43 respondentů – 30,7 %). 16 respondentů odpovědělo shodně hubnutí a bolesti břicha (vždy 11,4 %) a 11 respondentů popsalo únavu (7,9 %). V 10 případech se objevila odpověď plynatost (7,1 %) a anemii, neprospívání a zvracení vypsalo jako příznak celiakie 8 respondentů (5,7 %). Dále si 7 respondentů myslím, že příznakem celiakie je nechutenství (5,0 %), zažívací potíže (5 respondentů – 3,6 %), osteoporóza (3 respondenti – 2,1 %) a vyrážka (2 respondenti – 1,4 %). 2 respondenti neznaly odpověď (1,4 %) a pouze jeden respondent uvedl depresi jako příznak celiakie (0,7 %).

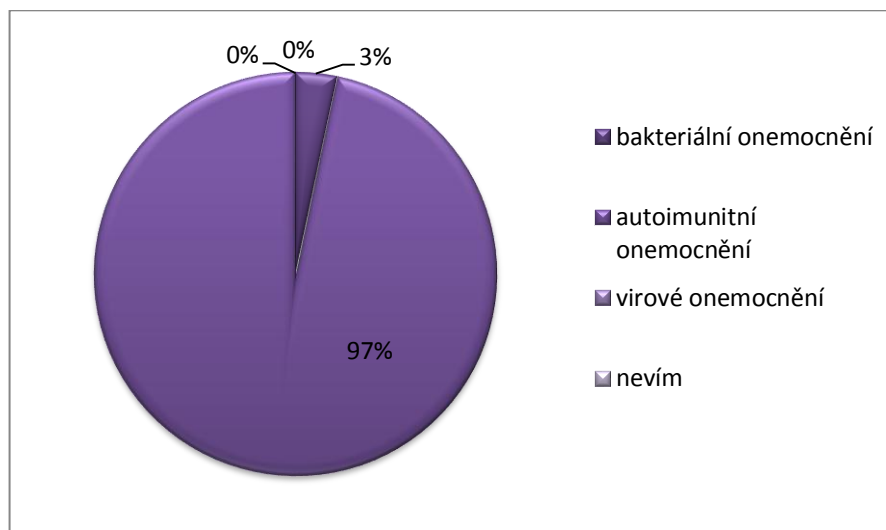


## Otázka č. 7: Jaká je etiopatogeneze onemocnění celiakie?

Tabulka 7. Etiopatogeneze celiakie

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
bakteriální onemocnění	2	3,3 %
autoimunitní onemocnění	59	96,7 %
virové onemocnění	0	0,0 %
nevím	0	0,0 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 6. Etiopatogeneze celiakie

**Komentář:**

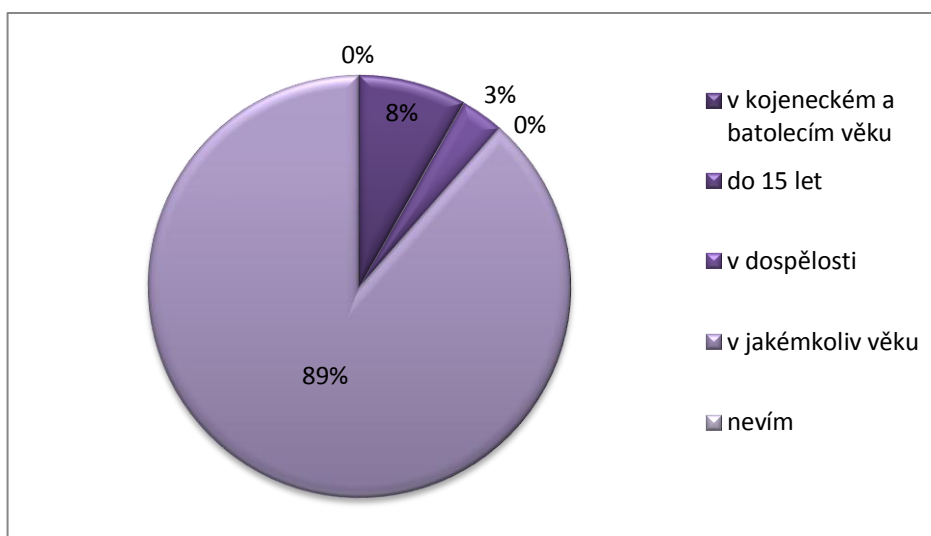
Jako etiopatogenezi onemocnění celiakie označilo 59 respondentů autoimunitní onemocnění (96,7 %). 2 respondenti označili bakteriální onemocnění (3,3 %). Virové onemocnění a kolonku nevím neoznačil žádný respondent.

## Otázka č. 8: Ve kterém věku se může celiakie projevit?

Tabulka 8. Věkový projev celiakie

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
v kojeneckém a batolecím věku	5	8,2 %
do 15 let	2	3,3 %
v dospělosti	0	0,0 %
v jakémkoliv věku	54	88,5 %
nevím	0	0,0 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 7. Věkový projev celiakie

**Komentář:**

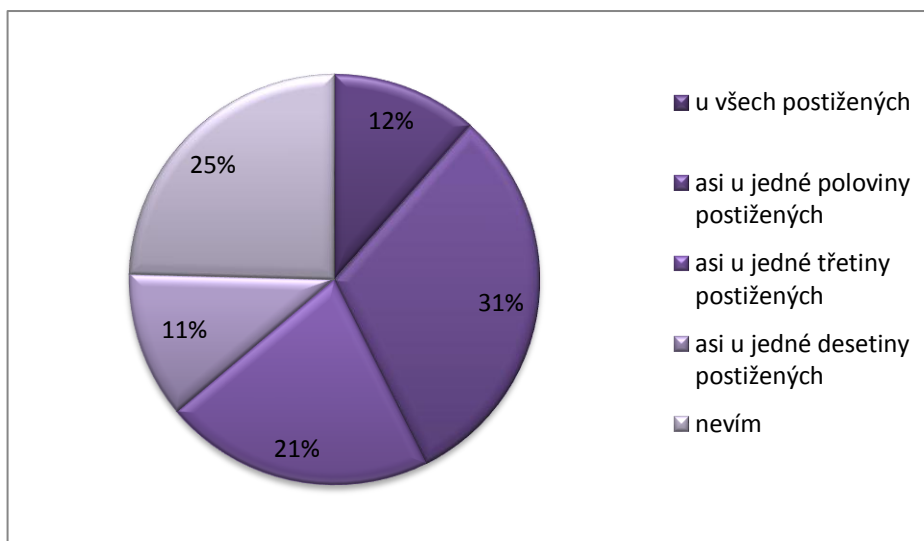
Výše uvedená tabulka s grafem nám ukazují, jaké odpovědi označili respondenti v případě otázky č. 8. 54 respondentů označilo projev celiakie v jakémkoliv věku (88,5 %), 5 respondentů (8,2 %) v kojeneckém a batolecím věku. Odpověď do 15 let označili dva respondenti (3,3 %). Možnost v dospělosti a nevím si nevybral žádný respondent.

Otázka č. 9: Celiakie je diagnostikována:

Tabulka 9. Diagnostika celiakie

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
u všech postižených	7	11,5 %
asi u jedné poloviny postižených	19	31,1 %
asi u jedné třetiny postižených	13	21,3 %
asi u jedné desetiny postižených	7	11,5 %
nevím	15	24,6 %
Celkem	61	100,0 %

Graf 8. Diagnostika celiakie



### Komentář:

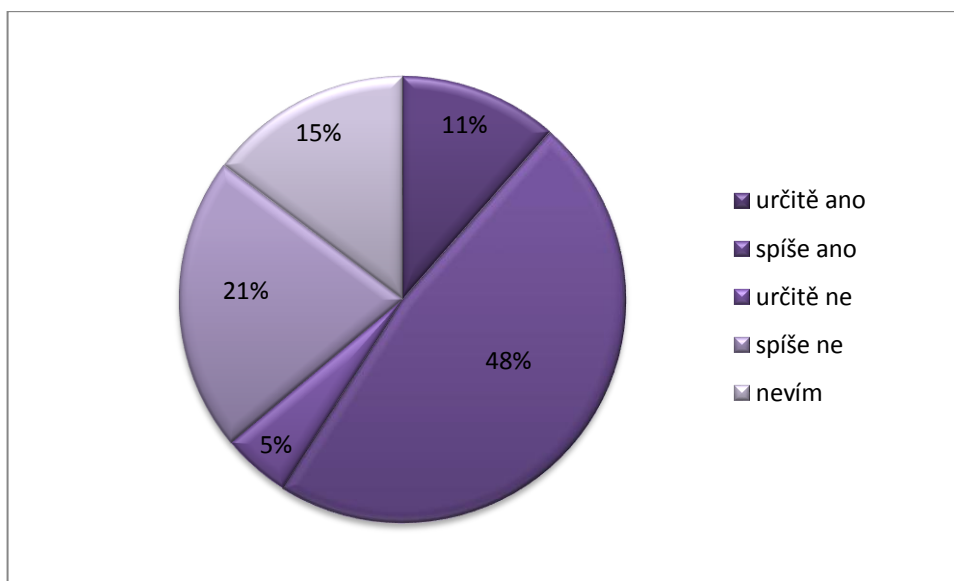
19 respondentů odpovědělo, že celiakie je diagnostikována asi u jedné poloviny postižených (31,1 %), 13 respondentů asi u jedné třetiny (21,3 %), 7 respondentů odpovědělo u všech postižených a asi u jedné desetiny respondentů (vždy 11,5 %). 15 respondentů neznalo na tuto otázku odpověď (24,6 %).

Otázka č. 10: Jsou v ČR pacienti s celiakií diagnostikováni včas?

Tabulka 10. Včasnost diagnostiky

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
určitě ano	7	11,5 %
spíše ano	29	47,5 %
určitě ne	3	4,9 %
spíše ne	13	21,3 %
nevím	9	14,8 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 9. Včasnost diagnostiky



#### Komentář:

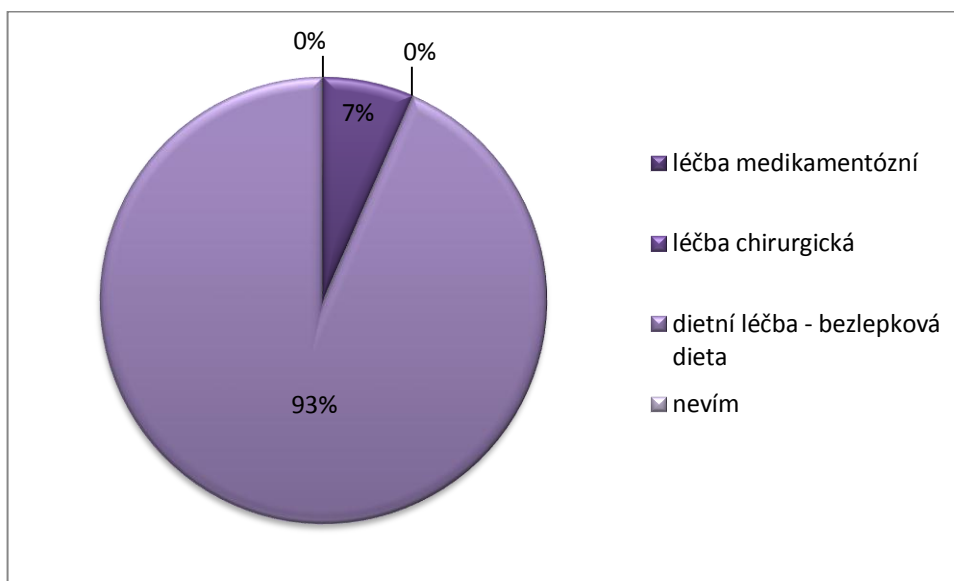
29 respondentů odpovědělo na otázku „Jsou v ČR pacienti s celiakií diagnostikováni včas?“ spíše ano (47,5 %), 13 respondentů spíše ne (21,3 %), 7 respondentů určitě ano (11,5 %) a určitě ne odpověděli 3 respondenti (4,9 %). Na tuto otázku neznalo odpověď 9 respondentů (14,8 %).

## Otázka č 11: Co je základní léčba celiakie?

Tabulka 11. Léčba celiakie

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
léčba medikamentózní	4	6,6 %
léčba chirurgická	0	0,0 %
dietní léčba - bezlepková dieta	57	93,4 %
nevím	0	0,0 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 10. Léčba celiakie

**Komentář:**

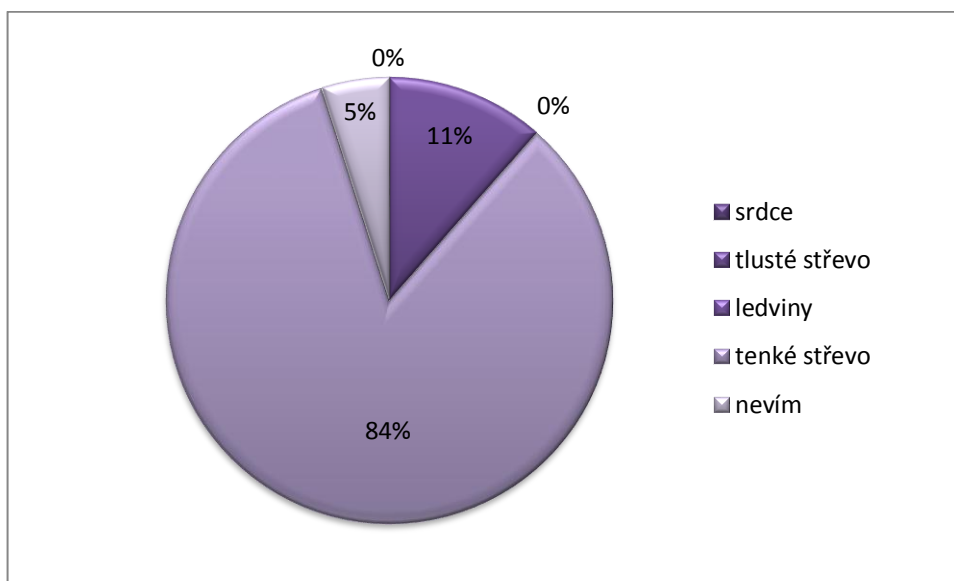
Na otázku č. 11 odpovědělo 57 respondentů, že základní léčbou celiakie je dietní léčba – bezlepková dieta (93,4 %) a 4 respondenti odpověděli léčba medikamentózní (6,6 %). Odpověď léčba chirurgická a nevím si nevybral žádný respondent.

## Otázka č. 12: Který orgán postihuje celiakie primárně?

Tabulka 12. Primárně postižený orgán celiakií

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
srdce	0	0,0 %
tlusté střevo	7	11,5 %
ledviny	0	0,0 %
tenké střevo	51	83,6 %
nevím	3	4,9 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 11. Primárně postižený orgán celiakií

**Komentář:**

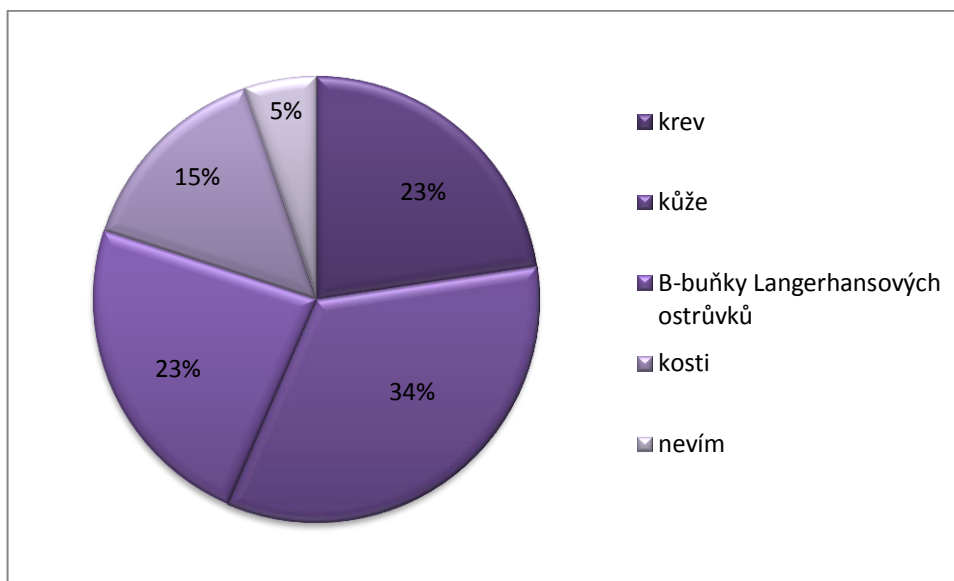
Jak tabulka s grafem ukazuje, nejčastější odpověď 51 respondentů je tenké střevo (83,6 %) a druhá uvedená odpověď je tlusté střevo (7 respondentů – (11,5 %)). Možnost srdce a ledviny si nevybral žádný respondent. Odpověď nevím si vybrali 3 respondenti (4,9 %).

Otázka č. 13: **Které orgány mohou být přidruženě postiženy se střevem?** (možno označit více odpovědí)

Tabulka 13. Přidruženě postižené orgány

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
krev	26	22,6 %
kůže	39	33,9 %
B-buňky Langerhansových ostrůvků	27	23,5 %
kosti	17	14,8 %
nevím	6	5,2 %
<b>Celkem</b>	<b>115</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 12. Přidruženě postižené orgány



#### Komentář:

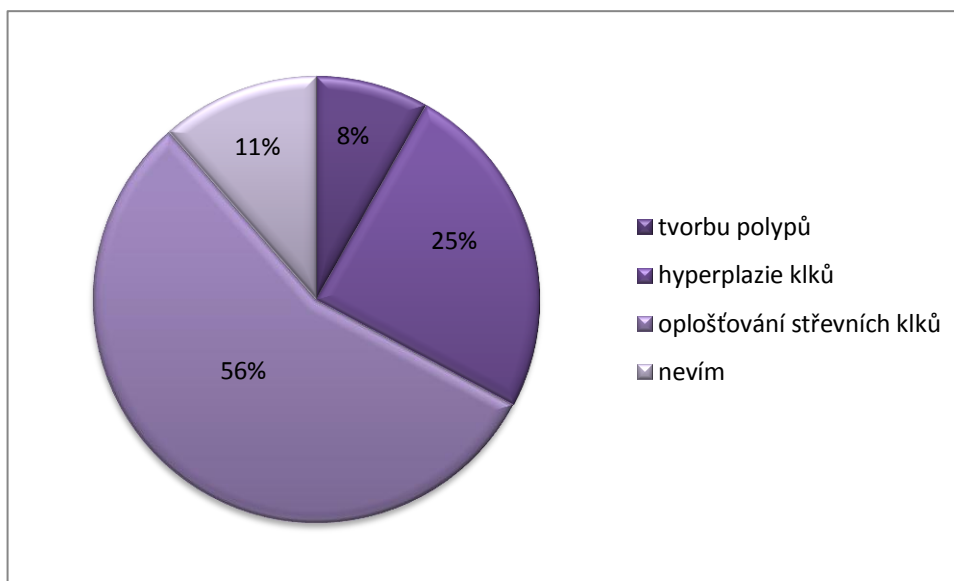
Na tuto otázku uvedlo 61 respondentů celkem 115 odpovědí. Nejvíce respondentů zahrlo odpověď kůže (39 respondentů – 33,9 %) jako možný přidružený postižený orgán u celiakie. Dále uvedlo 27 respondentů B – buňky Langerhansových ostrůvků (23,5 %) a 26 respondentů uvedlo krev (22,6 %). 17 respondentů označilo kosti (14,8 %). Odpověď nevím si vybralo 6 respondentů (5,2 %).

Otázka č. 14: Jaké anatomické změny v tenkém střevě způsobuje celiakie?

Tabulka 14. Anatomické změny tenkého střeva

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
tvorbu polypů	5	8,2 %
hyperplazie klků	15	24,6 %
oplošťování střevních klků	34	55,7 %
nevím	7	11,5 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 13. Anatomické změny tenkého střeva



**Komentář:**

Graf a tabulka výše uvedené nám ukazují, že 34 respondentů uvedlo odpověď oplošťování střevních klků (55,7 %). 15 respondentů zahrlo odpověď hyperplazie klků (24,6 %) a 5 respondentů tvorbu polypů (8,2 %). Zbytek respondentů, tedy 7, neznalo odpověď na tuto otázku (11,5 %).

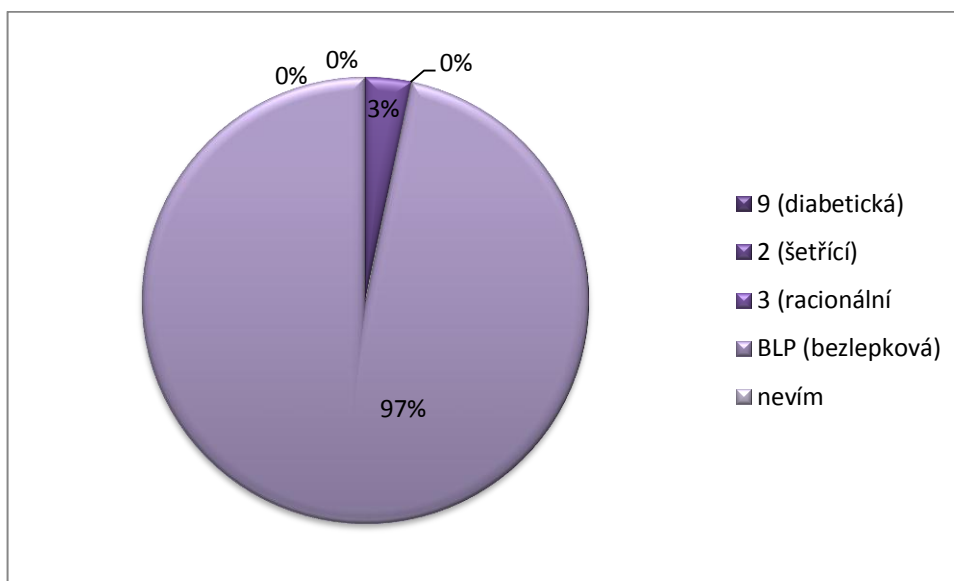


Otázka č 15: **Jaká je vhodná dieta pro pacienty s celiakií v dietním systému KNTB a.s.?**

Tabulka 15. Vhodná dieta pro celiaky

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
9 (diabetická)	0	0,0 %
2 (šetřící)	2	3,3 %
3 (racionální)	0	0,0 %
BLP (bezlepková)	59	96,7 %
nevím	0	0,0 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 14. Vhodná dieta pro celiaky



#### Komentář:

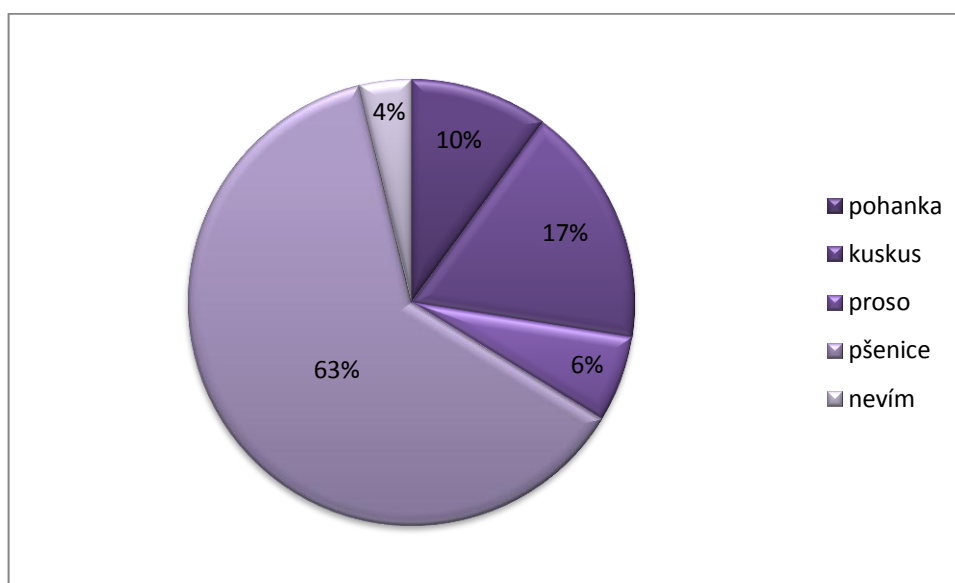
V případě této otázky odpovědělo 59 respondentů (96,7 %) BLP (bezlepková) dieta. 2 (šetřící) dietu vybrali 2 respondenti (3,3 %). Žádný respondent si nevybral odpověď 9 (diabetická), 3 (racionální) a nevím.

Otázka č. 16: Vyberte potravinu, která není bezlepková: (možno označit více odpovědí)

Tabulka 16. Bezlepková potravina

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
pohanka	8	10,0 %
kuskus	14	17,5 %
proso	5	6,3 %
pšenice	50	62,5 %
nevím	3	3,8 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 15. Bezlepková potravina



### Komentář:

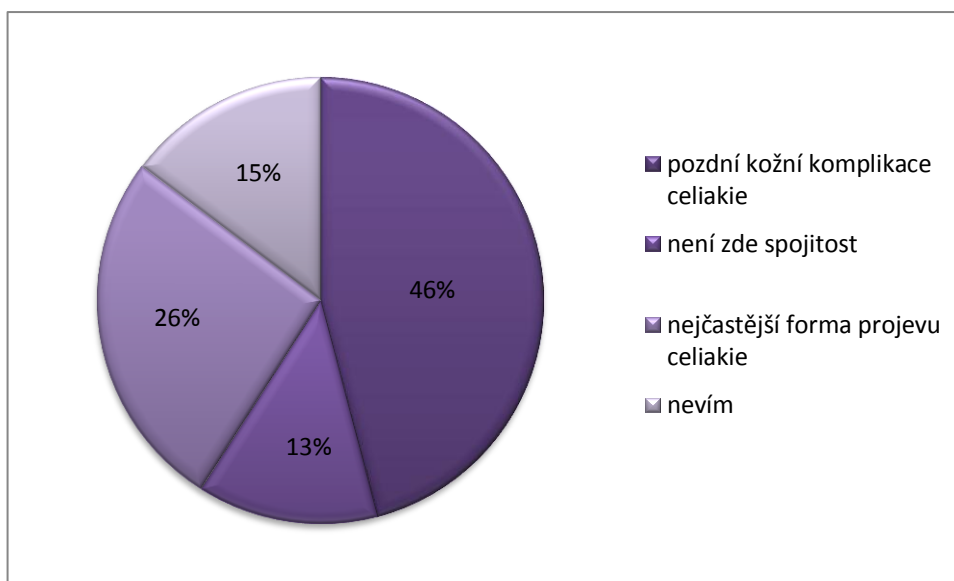
U této otázky označilo 61 respondentů celkově 80 odpovědí. Většina respondentů (50 – 62,5 %) si myslí, že pšenice není bezlepková. Další častá odpověď byla kuskus (14 respondentů – 17,5 %) a proso (8 respondentů – 10,0 %). 5 respondentů označilo proso (6,3 %). 3 respondenti neznali odpověď na tuto otázku (3,8 %).

Otázka č. 17: Co má společného Dermatitis herpetiformis Duhring (Duhringova dermatitida) s celiakií?

Tabulka 17. Duhringova dermatitida

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
pozdní kožní komplikace celiakie	28	45,9 %
není zde spojitost	8	13,1 %
nejčastější forma projevu celiakie	16	26,2 %
nevím	9	14,8 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 16. Duhringova dermatitida



#### Komentář:

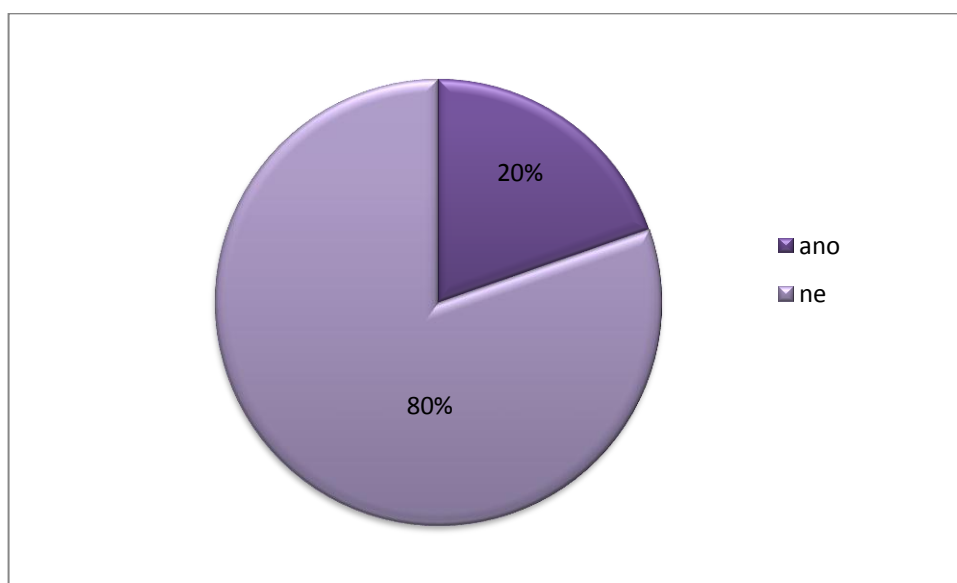
V otázce č. 17 označilo odpověď 'pozdní kožní komplikace celiakie' 28 respondentů (45,9 %). 16 respondentů si myslí, že Duhringova dermatitida je nejčastější forma projevu celiakie (26,2 %) a 8 respondentů (13,1 %) si myslí, že zde není spojitost. 9 respondentů neznalo odpověď na tuto otázku (14,8 %).

Otázka č. 18: Víte o tom, že v roce 2011 schválilo Ministerstvo zdravotnický metodický pokyn „Cílený screening celiakie“?

Tabulka 18. Vydání Cíleného screeningu celiakie

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
ano	12	19,7 %
ne	49	80,3 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 17. Vydání Cíleného screeningu celiakie



**Komentář:**

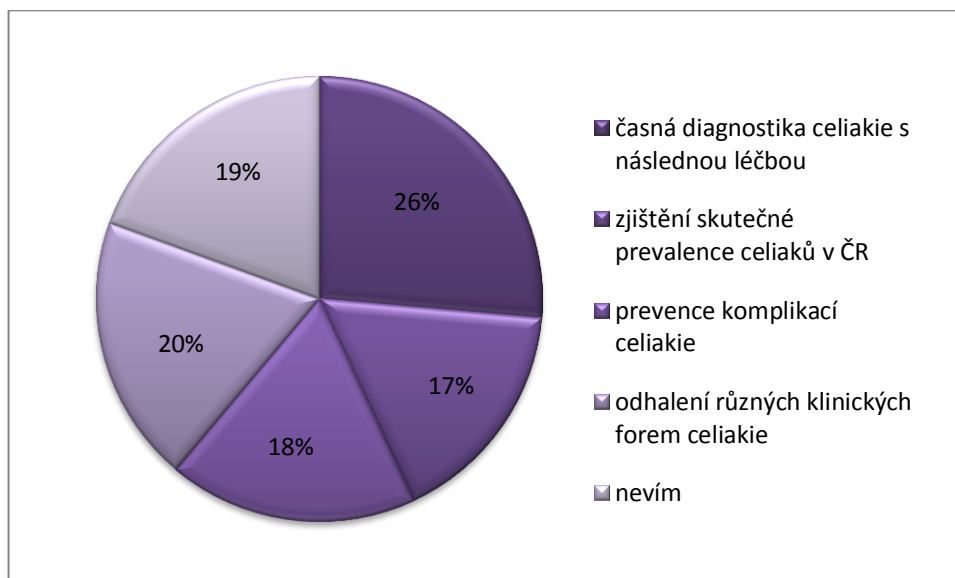
49 respondentů (80,3 %) nevědělo, že Ministerstvo zdravotnictví vydalo metodický pokyn „Cílený screening celiakie“. 12 respondentů odpovědělo kladně (19,7 %).

Otázka č. 19: Co patří do cíleného screeningu celiakie? (možno označit více odpovědí)

Tabulka 19. Obsah Cíleného screeningu celiakie

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
časná diagnostika celiakie s následnou léčbou	19	26,4 %
zjištění skutečné prevalence celiaků v ČR	12	16,7 %
prevence komplikací celiakie	13	18,1 %
odhalení různých klinických forem celiakie	14	19,4 %
nevím	14	19,4 %
<b>Celkem</b>	<b>72</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 18. Obsah Cíleného screeningu celiakie



#### Komentář:

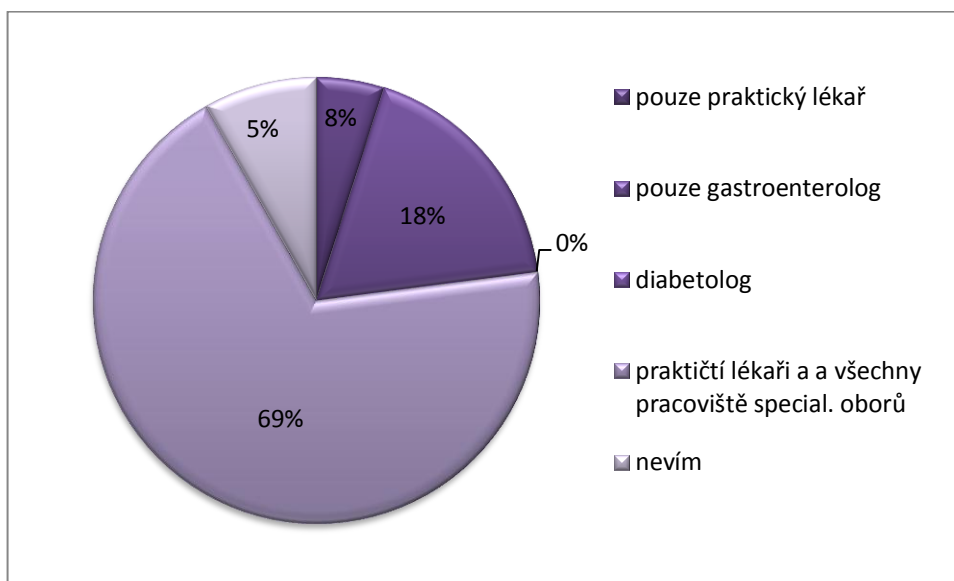
V případě této otázky uvedlo 61 respondentů celkem 72 odpovědí. 19 respondentů si myslí, že součástí Cíleného screeningu celiakie je časná diagnostika celiakie s následnou léčbou (26,4 %). Dále 14 respondentů uvedlo odpověď odhalení různých forem celiakie (19,4 %), 13 respondentů prevence komplikací celiakie (18,1 %) a zjištění skutečné prevalence celiaků v ČR si vybralo 12 respondentů (16,7 %). Na otázku neznalo odpověď 14 respondentů (19,4 %).

## Otázka č. 20: Kdo (které pracoviště) by měl provádět cílený screening celiakie?

Tabulka 20. Pracoviště, provádějící cílený screening celiakie

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
pouze praktický lékař	3	4,9 %
pouze gastroenterolog	11	18,0 %
diabetolog	0	0,0 %
praktičtí lékaři a všechny pracoviště specializovaných oborů	42	68,9 %
nevím	5	8,2 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 19. Pracoviště, provádějící cílený screening celiakie

**Komentář:**

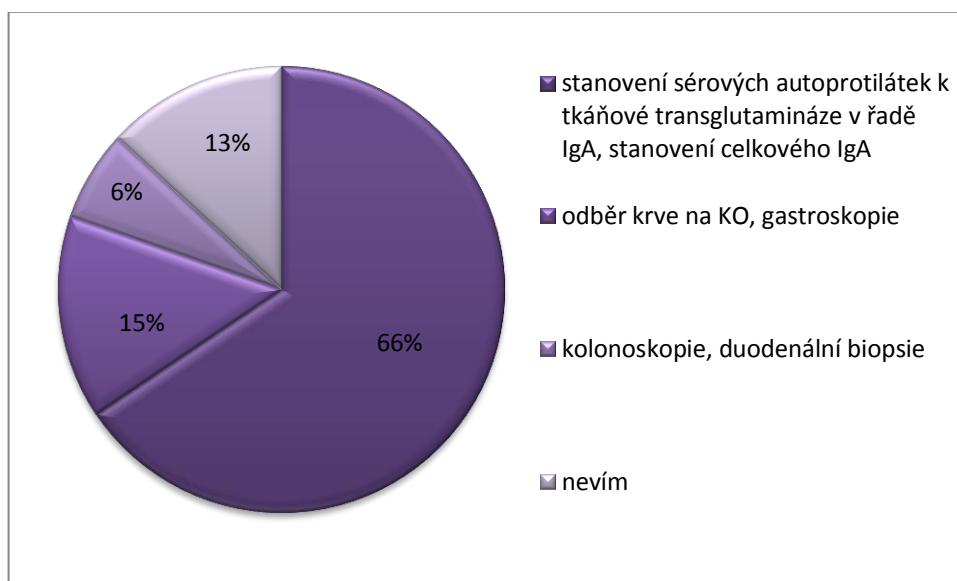
Z tabulky i grafu vyplývá, že většina respondentů (42 respondentů – 68,9 %) si vybrala odpověď praktičtí lékaři a všechny obory specializovaných oborů. 11 respondentů si myslí, že cílený screening může provádět pouze gastroenterolog (18,0 %) a 3 respondent si myslí, že pouze praktický lékař (4,9 %). 5 respondentů (8,2 %) neznalo odpověď na otázku č. 20.

## Otázka č. 21: Co je součástí prvního stupně cíleného screeningu celiakie?

Tabulka 21. Součást prvního stupně cíleného screeningu celiakie

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
stanovení sérových autoprotilátek k tkáňové transglutamináze v řadě IgA, stanovení celkového IgA	40	65,6 %
odběr krve na KO, gastroscopie	9	14,8 %
kolonoskopie, duodenální biopsie	4	6,6 %
nevím	8	13,1 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 20. Součást prvního stupně cíleného screeningu celiakie

**Komentář:**

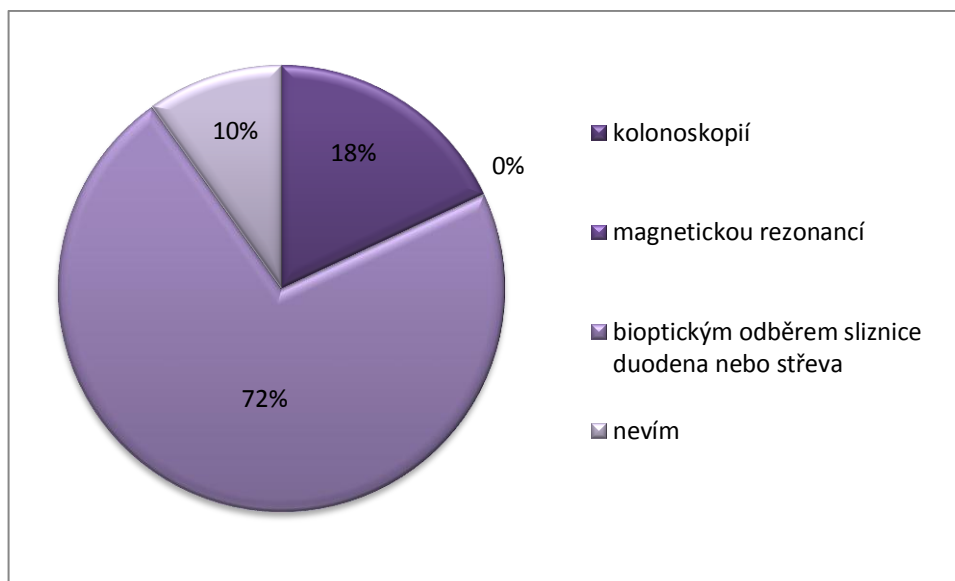
Jak tabulka i graf ukazuje 40 respondentů (65,6 %) označilo odpověď stanovení sérových autoprotilátek k tkáňové transglutamináze v řadě IgA, stanovení celkového IgA. 9 respondentů si myslí, že první stupeň cíleného screeningu celiakie je odběr krve na KO a gastroscopie (14,8 %), kolonoskopii a duodenální biopsii si vybrali 4 respondenti (6,6 %). Odpověď nevím si vybralo 8 respondentů (13,1 %).

Otázka č. 22: Jak se potvrdí diagnóza, při pozitivním výsledku v prvním kroku screeningu?

Tabulka 22. Potvrzení diagnózy

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
kolonoskopií	11	18,0 %
magnetickou rezonancí	0	0,0 %
bioptickým odběrem sliznice duodena nebo střeva	44	72,1 %
nevím	6	9,8 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 21. Potvrzení diagnózy



#### Komentář:

Jak můžeme výše v tabulce a grafu vidět, 44 respondentů (72,1 %) odpovědělo na otázku č. 22 bioptickým odběrem sliznice duodena nebo střeva. 11 respondentů si myslí, že pozitivní výsledek v prvním kroku screeningu se potvrdí kolonoskopií (18,0 %) a magnetickou rezonancí si nevybral žádný respondent. 6 respondentů (9,8 %) neznalo odpověď.

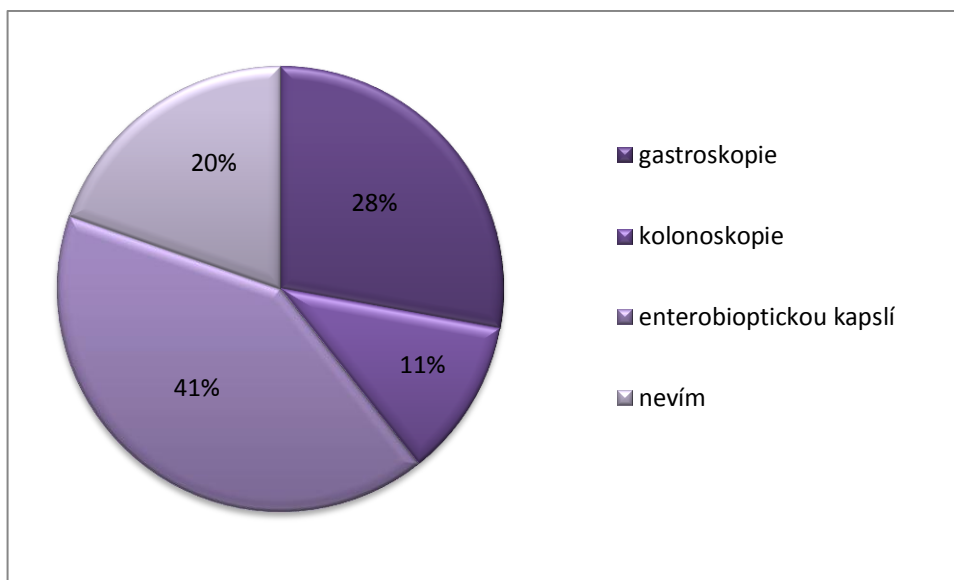


## Otázka č. 23: Jak se provádí vyšetření a odběr sliznice střeva u dětí?

Tabulka 23. Vyšetření a odběr sliznice střeva u dětí

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
gastroskopie	17	27,9 %
kolonoskopie	7	11,5 %
enterobioptickou kapslí	25	41,0 %
nevím	12	19,7 %
Celkem	61	100,0 %

Graf 22. Vyšetření a odběr sliznice střeva u dětí

**Komentář:**

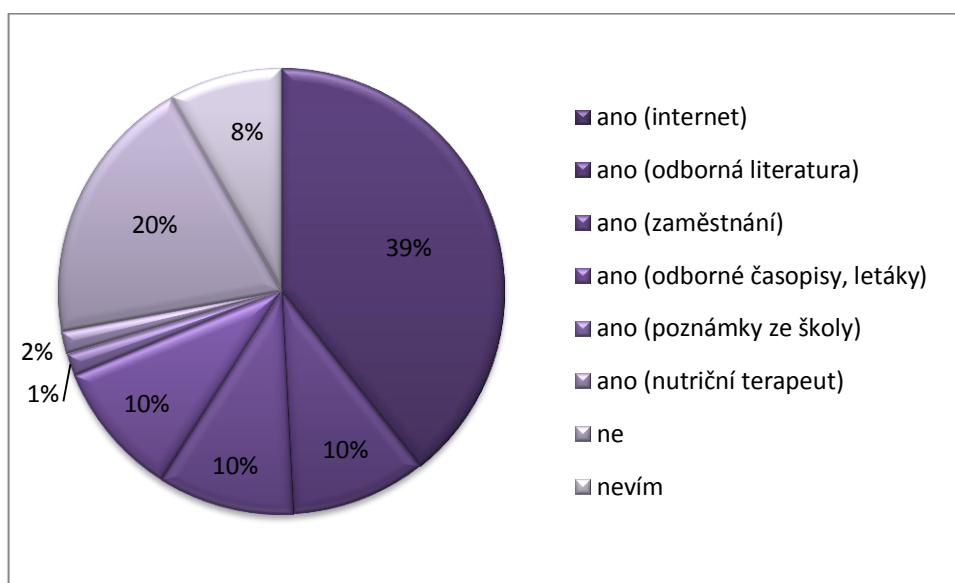
Podle 25 respondentů se vyšetření a odběr střeva u dětí provádí enterobioptickou kapslí (40,0 %). Dle 17 respondentů pomocí gastroskopie (27,9 %) a podle 7 respondentů (11,5 %) kolonoskopií. 12 respondentů (19,7 %) neznalo odpověď.

## Otázka č. 24: Máte přístup k informacím o celiakii?

Tabulka 24. Přístup k informacím

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
ano (internet)	24	39,3 %
ano (odborná literatura)	6	9,8 %
ano (zaměstnání)	6	9,8 %
ano (odborné časopisy, letáky)	6	9,8 %
ano (poznámky ze školy)	1	1,6 %
ano (nutriční terapeut)	1	1,6 %
ne	12	19,7 %
nevím	5	8,2 %
Celkem	61	100,0 %

Graf 23. Přístup k informacím

**Komentář:**

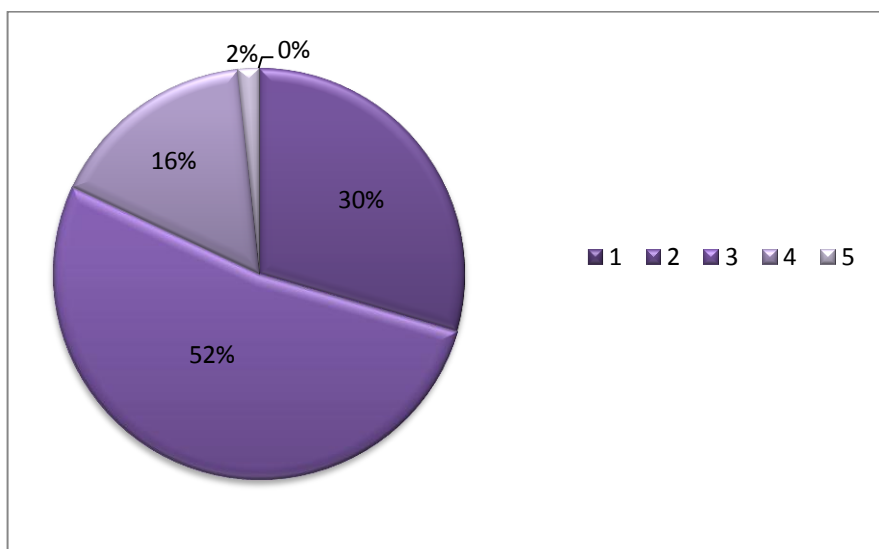
Z tabulky i grafu vyplývá, že 24 respondentů získává informace o celiakii z internetu (39,3 %) a 6 respondentů (vždy 9,8 %) získává informace ze zaměstnání, odborné literatury a odborných časopisů a letáků. Jeden respondent získává informace a další od nutričního terapeuta (vždy 1,6 %). 12 respondentů nemá přístup k informacím o celiakii (19,7 %). Na tuto otázku neznalo odpověď 5 respondentů (8,2 %).

Otázka č. 25: **Vaše znalosti o celiakii hodnotíte jako** (zhodnoťte jako ve škole na stupnici 1 – 5 jako ve škole):

Tabulka 25. Hodnocení znalostí respondentů

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
1	0	0,0 %
2	18	29,5 %
3	32	52,5 %
4	10	16,4 %
5	1	1,6 %
Celkem	61	100,0 %

Graf 24. Hodnocení znalostí respondentů



### Komentář:

Na 1 své znalosti o celiakii nezhodnotil žádný respondent. Na 2 se zhodnotilo 18 respondentů (29,5 %), na 3 se zhodnotilo 32 respondentů (52,5 %) a na 4 zhodnotilo své znalosti 10 respondentů (16,4 %). Jediný respondent (1,6 %) zhodnotil své znalosti o celiakii na 5.

## DISKUZE

Hlavním cílem bakalářské práce je zjištění úrovně vědomostí všeobecných sester o onemocnění celiakální sprue. Stanovily jsme si 4 dílčí cíle, které nyní okomentujeme a zhodnotíme jejich dosažení, některé na podkladě výzkumného šetření.

Pro vlastní výzkum byla vybrána skupina respondentů (všeobecných sester) z Krajské nemocnice Tomáše Bati a.s. ve Zlíně. Průzkum probíhal na interních, gerontologických a chirurgických odděleních, kožním, dětském a hematologickém oddělení. Celkem se výzkumu zúčastnilo 64 respondentů, kde 3 respondenti byli vyřazeni z šetření z důvodu nesplnění požadavků na respondenty. Šetření proběhlo pomocí standardizovaných dotazníků a přes všechny provozní potíže na odděleních se nám vrátila drtivá většina dotazníků (91 %).

**Cíl 1:** Zmapovat úlohu všeobecné sestry v cíleném screeningu, diagnostice a terapii bezlepkovou dietou.

Tento cíl obsahuje celou teoretickou část práce. Použily jsme zde odbornou literaturu, odborné časopisy, články a webové sídla specializovaných společností z oboru. V oblasti diagnostiky a terapie celiakie jsme využily zejména odbornou literaturu a články od předních odborníků na celiakii. Cílený screening jsme načerpaly z materiálů České gastroenterologické společnosti a Ministerstva zdravotnictví ČR. Základní práva a povinnosti všeobecných sester jsme čerpaly z webového sídla NCO NZO. Vše je zde citováno dle normy ISO 690.

### *Cíl 1 splněn.*

**Cíl 2:** Zjistit úroveň vědomostí všeobecných sester o celiakální sprue.

Pro splnění tohoto cíle nám posloužila první část dotazníku pro všeobecné sestry. Vztahovaly se k tomu otázky z dotazníku č. 1 – 17 (viz Příloha P XVI).

U zkoumaného souboru respondentů byly v rámci délky praxe velmi vyrovnané výsledky. Nejvíce převažovala skupina 2 – 5 let praxe a početně hned za nimi skupina s délkou praxe nad 20 let. Můžeme tedy soudit, že odpovídaly nejčastěji všeobecné sestry

několik málo let po dokončení školy anebo na druhou stranu sestry s dvaceti a více letou praxí. Nejvyšší dosažené vzdělání bylo z velké většiny (65,6 %) pouze střední zdravotnická škola, zbytek respondentů byly absolventky vyšší odborné nebo vysoké školy. Pouze 6 respondentů z celkového počtu 61 měl specializaci v oboru. V rámci oddělení, kde respondenti pracují, převažuje interní oddělení (44,3 %). Všechny ostatní oddělení (gerontologické, hematologické, kožní i dětské) můžeme svým charakterem taky zařadit mezi oddělení interního typu, tedy oddělení, kde mohou být celiaci léčení nejčastěji. Z těchto úvodních otázek a výsledků můžeme vyčíst, že by sestry měly mít alespoň základní informace o celiakii, protože se kdykoliv mohou s celiakem na oddělení setkat, odpovídat na jeho dotazy a pomáhat při potvrzení diagnózy.

Další otázka č. 5 byla otázka otevřená a respondenti zde měli vyjádřit svůj názor na to, co je celiakie. Nejčastější odpověď byla nesnášenlivost lepku (40,3 %), což je správná definice podstaty celiakie. Druhá nejčastější odpověď byla alergie na lepek (22,6 %), což však není správná odpověď. Je to všeobecně rozšířený laický výraz pro celiakii a evidentně je rozšířený i mezi zdravotníky. Dle našeho názoru by měla všeobecná sestra, která pečuje o celiaka vědět, co je podstatou onemocnění pacienta. V případě vypsání příznaků celiakie na tom byly respondenti s vědomostmi poměrně dobře. Kromě dvou odpovědí (zvracení a nechutenství) se mohou objevit všechny odpovědi zmíněné v tabulce 6. Dva respondenti neuměli odpovědět na tuto otázku, což se v množství respondentů ztrácí, ale u zdravotnického pracovníka by se to stát nemělo. 96,7 % respondentů vědělo, že celiakie je autoimunitní onemocnění a 88,5 % respondentů správně odpovědělo, že celiakie může vzniknout v jakémkoliv věku. V oblasti diagnostiky byly opět velmi vyrovnané odpovědi, ale také poměrně velká část respondentů (24,6 %) označila možnost nevím. Nejvíce respondentů (31,1 %) si myslí, že je celiakie diagnostikována asi u jedné poloviny postižených, bohužel tomu tak ve skutečnosti není. Správnou odpověď, tedy, že je diagnostikována pouze jedna desetina postižených, označilo pouze 7 respondentů (11,5 %). Tomu také odpovídají výsledky z otázky č. 10 (viz tabulka 10.). Zde uvedlo 47,5 % respondentů na včasnost diagnostiky celiaků v ČR odpověď spíše ano. Pouze 3 respondenti (4,9 %) odpověděli správně, a to, že určitě nejsou diagnostikováni včas. Jako základní léčbu označilo 93,4 % respondentů bezlepkovou dietu, což je správně, ale pořád to není 100%. Vzhledem k tomu, že bezlepková dieta je kauzální léčbou celiakie, měli by všichni zdravotničtí pracovníci znát správnou odpověď. Správně také označili v otázce č. 15 vhodnou dietu pro celiaky v KNTB a.s. BLP (bezlepkovou). Tenké střevo

označilo dobře 83,6 % respondentů. Tato informace vzhledem k onemocnění je poměrně důležitá, ale myslíme si, že není potřeba, aby to věděli úplně všichni respondenti. Co se týká přidruženě postižených orgánů se střevem u celiakie, odpovědi byly opět velmi vyrovnané. Nejčastější odpověď byla kůže (33,9 %), ale správnou odpovědí byla i krev, kosti a B – buňky Langerhansových ostrůvků, čímž myslíme pozdější komplikace ve formě anemie, osteoporózy, Duhringovy dermatitidy nebo onemocnění diabetes mellitus. 24,6 % respondentů špatně odpovědělo, že celiakie způsobuje hyperplazii střevních klků a pouze 34 respondentů (55,7 %) uvedlo správnou odpověď oplošťování střevních klků. Duhringovu dermatitidu považuje 45,9 % respondentů za pozdní komplikací celiakie, i když se del nejnovější zjištění jedná o nejčastější formu projevu celiakie, jak správně odpovědělo pouze 26,2 % respondentů. Spíše pro zajímavost jsme zařadily do dotazníku výběr bezpečných potravin. Správně vybralo kuskus a pšenici celkem 80 % respondentů, což jsme ani nečekaly.

Po shrnutí všech získaných odpovědí můžeme soudit, že informovanost všeobecných sester o celiakii je na poměrně dobré úrovni. Samozřejmě nikdo není dokonalý, tedy ani sestry nemohou vědět úplně všechno. Vyskytovaly se občas i nesmyslné odpovědi a šlo vidět, jak jsou zdravotníci ovlivněni zažitými názory (viz alergie na lepek). Proto je důležité podat všeobecným sestrám alespoň základní informaci o tomto onemocnění.

### ***Cíl 2 splněn.***

**Cíl 3:** Zjistit úroveň vědomostí všeobecných sester v oblasti Cíleného screeningu celiakie.

K cíli 3 se vztahuje druhá část dotazníku, a to otázky č. 18 – 23 (viz Příloha P XVI).

Hned u otázky č. 18 můžeme vidět, že většina respondentů vůbec netuší, že vyšel nějaký Cílený screening celiakie. Tomu také odpovídají i následující výsledky u otázek vztahujících se ke screeningu celiakie. V případě obsahu cíleného screeningu celiakie převládaly vyrovnané názory, žádný respondent však neoznačil všechny možnosti, které jsou správné (viz tabulka 19). 68,9 % respondentů si správně myslí, že cílený screening celiakie mají provádět praktičtí lékaři a všechna pracoviště specializovaných oborů. Ovšem 18,0 % respondentů označila pouze gastroenterology, kteří jsou jistě ve screeningu celiakie důležití, ale zejména ostatní lékaři, ať už praktičtí, tak specialisté, hrají důležitou roli v té prvotní myšlence na tuto diagnózu a zahájení alespoň prvního kroku screeningu.

Otázky týkající se postupných kroků screeningu byly vždy ve vyrovnaných číslech. Jako první krok screeningu správně označilo 65,6 % respondentů a to stanovení sérových autoprotilátek k tkáňové transglutamináze v řadě IgA a stanovení celkového IgA, tak i druhý krok screeningu bioptický odběr sliznice duodena nebo střeva (72,1 %). Pouze vyšetření enterobioptickou kapslí u dětí znalo jen 41 % respondentů.

Další shrnutí otázek a odpovědí z druhé části dotazníku nám napovídá o informovanosti všeobecných sester o celiakii. Projekt Cílený screening celiakie je sice pouze rok stará záležitost, ale zdravotnický personál by měl být o něm seznámen alespoň do takové míry, aby věděl, že existuje, jaké jsou hlavní kroky a kdo jej provádí. Jak jsme si mohli povšimnout, velká část respondentů nevěděla, že ministerstvo zdravotnictví takovýto pokyn vydala a pak spíše hádala co je jeho součástí a proč existuje. Opět připomínáme důležitost informovat zdravotníky o těchto pokynech a nejnovějších metod a postupů, nejen u celiakie.

Poslední 25. otázka zjišťuje osobní zhodnocení znalostí respondentů o celiakii. 52,5 % tázaných se ohodnotilo trojkou a 29,5 % dvojkou. Objevila se i jedna pětka.

Tuto otázku jsme zařadily jako možnou sebereflexi a zamyšlení se nad vlastními vědomostmi po vyplnění dotazníku. Jak je vidět většina sester se hodnotila dobře, tedy 3. Ale i docela velká skupina si dala 2 za své vědomosti. Ta 5 se nám zdá opravdu přemrštěná, ale dvojkou možná trochu taky. Za nás dáváme všeobecným sestřám z KNTB a.s. trojku, jako většina z nich a třeba nás to taky donutí se zamyslet nad možným dalším vzděláváním u nepříliš známých onemocnění.

### ***Cíl 3 splněn.***

#### **Cíl 4:** Navrhnout efektivní řešení zjištěné situace.

Předposlední otázka dotazníku se ptá na možnosti dostupnosti informovanosti zdravotníků o celiakii. 72,1% uvedlo, že informace získává, buď z internetu, odborné literatury nebo jiných zdrojů. Ale co těch zbylých 30 % dotazovaných? Těm (a všem ostatním) je potřeba nabídnout základní informace o celiakii. My jsme navrhly a vytvořily brožuru na téma celiakie, kde jsou základní informace o celiakii, diagnostice, léčbě a zejména nově vydaném metodickém pokynu pro screening celiakie.

### ***Cíl 4 splněn.***

## ZÁVĚR

Má bakalářské práce je na téma „Úroveň vědomostí a úloha všeobecných sester u onemocnění celiakální sprue“. V teoretické části je popsána historie, definice, diagnostika, prevalence a léčba celiakie. Jsou zde také uvedené klientské centra pro celiakii a prevence onemocnění. Jedna kapitola je věnována popisu metodickému pokynu Ministerstva zdravotnictví z loňského roku „Cílený screening celiakie“.

V části praktické jsme prováděly výzkum pomocí standardizovaného dotazníku, který byl rozdělán v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s. ve Zlíně. Zúčastnily se ho celkem 70 všeobecných sester z 12 různých oddělení krajské nemocnice. Mezi hlavní cíle patří zmapování problematiky onemocnění celiakie a rozebrání screeningu celiakie a dále zjištění úrovně vědomostí všeobecných sester na téma celiakie. Všechny vytyčené cíle byly splněny.

Z výzkumného šetření vyplývá, že všeobecné sestry mají vědomosti o celiakii na poměrně vysoké úrovni, ale o cíleném screeningu téměř nevěděly, až na pár výjimek. Proto navrhujeme informační brožuru pro zlepšení informovanosti zdravotníků. V diskuzi jsou veškeré výsledky a návrhy zpracovány a okomentovány.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Bibliografické citace a bibliografické odkazy monografických publikací:

- [1] BUŠINOVÁ, Iva, 2005. *Bezlepková kuchařka*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0867-1.
- [2] BYSTRONĚ, Jaromír, 1997. *Alergie: průvodce alergickými nemocemi pro lékaře i pacienty*. Ostrava: Mirago. ISBN 80-85922-46-0.
- [3] ČÁP, Petr a Miroslav PRŮCHA, 2006. *Alergologie v kostce*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-779-8.
- [4] ČERVENKOVÁ, Renata, 2006. *Celiakie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-425-3.
- [5] DAVIES, Robert, 2001. *Alergie a senná rýma*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0088-3.
- [6] FERENČÍK, Miroslav, Jozef ROVENSKÝ a Štefan NYULASSY, 1999. *Imunológia: základné termíny a definície*. Bratislava: Slovak academic press. ISBN 80-88908-38-8.
- [7] FOŘT, Petr, 2005. *Zdraví a potravní doplňky*. Praha: Ikar. ISBN 80-249-0612-0.
- [8] FRIČ, Přemysl a Olga MENGEROVÁ, 2008. *Celiakie: Bezlepková dieta a rady lékaře*. Čestlice: Medica Publishing. ISBN 978-80-85936-62-9.
- [9] FRIDRICHOVÁ, Lenka, 2002. *Bezlepková kuchařka*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0305-X.
- [10] GAMLIN, Linda, 2003. *Alergie od A do Z*. Praha: Výběr. ISBN 80-86196-44-5.
- [11] MARQUARDT, Trudel a Britta-Marej LANZENBERGER, 2010. *Vaříme zdravě bez lepku*. Praha: Jan Vašut. ISBN 978-80-7236-696-5.
- [12] MOŽNÁ, Lucie, 2006. *Bezlepkářům od A do Z: Příručka pro celiaky*. Ostrava: [Česko: s. n.]. ISBN 40-566-9107-4.

- [13] NAVRÁTIL, Leoš a kol., 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.
- [14] JODL, Jiří, 1989. *Dieta bezlepková při celiakii u dětí*. Praha: Avicenum.
- [15] KLENER, Pavel a kol., 1998. *Základy vnitřního lékařství pro bakalářské studium*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-571-X.
- [16] KLENER, Pavel a kol., 2000. *Vnitřní lékařství I*. Praha: Informatotium. ISBN 80-86073-53-X.
- [17] KLENER, Pavel a kol., 2001 *Vnitřní lékařství II*. Praha: Informatotium. ISBN 80-86073-76-9.
- [18] KOHOUT, Pavel a Eva KOTRLÍKOVÁ, 2005. *Základy klinické výživy*. Praha: Krigl. ISBN 80-86912-08-6.
- [19] KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ, 1994. *Celiakie: Dieta bezlepková*. Čestlice: Pavla Momčilová. ISBN 80-901137-6-1.
- [20] KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ, 2010. *Otázky kolem celiakie: Víte si rady s bezlepkovou dietou?*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-87250-09-9.
- [21] KRIŠKOVÁ, Anna a kol., 2001. *Ošetrovatel'ské techniky*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-087-9.
- [22] KUŽELA, Lubomír a Milan KMENT, 1985. *Gastroenterologie*. Praha: Avicenum. ISBN 08-082-85.
- [23] KVASNIČKOVÁ, Alexandra, 1998. *Alergie z potravin*. Praha: Ústav zemědělských a potravinářských informací. ISBN 80-85120-93-3.

- [24] LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK a kol., 2010. *Gastroenterologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.
- [25] POZLER, Oldřich a kol., 1999. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, Trendy soudobé pediatrie, sv. 1. ISBN 80-7262-016-9.
- [26] POZLER, Oldřich, 1999. *Recepty, rady lékaře: Diety při onemocnění celiakií (nesnášenlivost lepku)*. Praha: Sdružení MAC. Diety pro nejčastější choroby, sv. 23. ISBN 80-86015-44-0.
- [27] RUJNER, Jolanta a Barbara A CICHANSKA, 2006. *Bezlepková a bezmléčná dieta*. Brno: Computer Press. ISBN 80-251-0775-2.
- [28] SEDLÁČEK, Petr, 2006. *Jak se vyznat v laboratorních hodnotách*. Praha: Eminent. ISBN 80-7281-256-4.
- [29] SKÁLA, Ivo, Jitka HORÁČKOVÁ a Věra LAMAČOVÁ, 1984. *Dieta při chorobách střevních*. Praha: Avicenum. ISBN 08-072-84.
- [30] SYROVÝ, Vít, 2007. *Tajemství výrobců potravin*. 4. Praha: Ing. Vít Syrový. ISBN 80-903137-9-5.
- [31] ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1148-6.
- [32] ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2006. *Základy ošetřovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.
- [33] TACHECÍ, Ilja a kol., 2008. *Kapslová endoskopie*. Hradec Králové: Nucleus HK. ISBN 978-80-87009-45-1.
- [34] URBÁNEK, Libor a Pavla URBÁNKOVÁ, 2008. *Klinická výživa v současné praxi*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-473-3.

- [35] VERNEROVÁ, Monika a Pavel KOHOUT, 2006. *Bezlepková dieta: 148 receptů*. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-7021-802-9.
- [36] VÍŠEK, Vlastimil, 2005. *Vnitřní lékařství: obecná část*. Praha: Eurolex Bohemia. ISBN 80-86861-50-3.
- [37] VYTEJČKOVÁ, Renata s kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.
- [38] ZADÁK, Zdeněk, 2002. *Výživa v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0320-3.
- [39] ZADÁK, Zdeněk, 2008. *Výživa v intenzivní péči. 2*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2844-5.
- [40] ZAVORAL, Miroslav a Johana VENEROVÁ a kol., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-902-3.
- [41] ZBOŘIL, Vladimír a kol., 2005. *Mikroflóra trávicího traktu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0584-2.

**Bibliografické citace a bibliografické odkazy na elektronické prameny:**

- [1] *Association of European Coeliac Societies* [online]. 2011 [cit. 2012-05-08]. Dostupné z: <http://www.aoecs.org/>
- [2] *Česká gastroenterologická společnost* [online]. 2012 [cit. 2012-21-04]. Dostupné z WWW: <http://www.cgs-cls.cz/>
- [3] FRIČ, Přemysl a Iva BUŠINOVÁ, 2008. Celiakie - pohledy z druhé strany. *Interní medicína pro praxi* [online]. 10, [cit. 2012-10-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.internimedicina.cz>>. ISSN 1803-5256
- [4] FRÜHAUF, Pavel, 2007. Celiakální sprue. *Pediatric pro praxi* [online]. 6, [cit. 2012-10-04]. Dostupný z WWW: <[www.pediatricpropraxi.cz](http://www.pediatricpropraxi.cz)>. ISSN 1803-5264.
- [5] *Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů* [online]. Brno, 2012 [cit. 2012-03-23]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/168>
- [6] NOVOTNÁ, Bronislava, 2005. Alergie zažívacího traktu. *Interní medicína pro praxi* [online]. 11, [cit. 2012-10-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.internimedicina.cz>>. ISSN 1803-5256.
- [7] KOHOUT, Pavel, 2006. Diagnostika a léčba celiakie. *Interní medicína pro praxi* [online]. 7, [cit. 2012-10-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.internimedicina.cz>>. ISSN 1803-5256
- [8] KOHOUT, Pavel, 2008. Novinky v bezlepkové dietě. *Interní medicína pro praxi* [online]. 3, [cit. 2012-10-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.internimedicina.cz>>. ISSN 1803-5256.
- [9] MAŇASKOVÁ, Dana, 2010. *Medicinman.cz* [online]. [cit. 2012-05-02]. Dostupné z: <http://medicinman.cz/?p=cinnost/celiakie>

[10] *Poradenské centrum pro celiakii a bezlepkovou dietu* [online]. 2009 [cit. 2012-10-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.bezlepkovadieta.cz>>.

[11] *Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky*. Praha: MZ - ČR, 2011, roč. 3., [cit. 2012-18-04] Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c\\_4741\\_2162\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_4741_2162_11.html)

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

apod.	a podobně
a kol.	a kolektiv
Bc.	bakalář
CS	celiakální sprue
ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
IgA	třída imunoglobulinů
IgG	nejrozšířenější forma imunoglobulinů
KNTB a.s.	Krajská nemocnice Tomáše Bati a.s.
Mgr.	magistr
MUDr.	doktor medicíny
např.	například
onem.	onemocnění
P	příloha
Ph. D.	doktor, kandidát věd
př. n. l.	před naším letopočtem
rhb kurz	rehabilitační kurz
tj.	to je
tzn.	to znamená

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1. Délka praxe.....	35
Tabulka 2. Nejvyšší dosažené vzdělání.....	36
Tabulka 3. Specializace v oboru .....	37
Tabulka 4. Oddělení respondentů .....	38
Tabulka 5. Popis celiakie.....	39
Tabulka 6. Příznaky celiakie.....	40
Tabulka 7. Etiopatogeneze celiakie.....	41
Tabulka 8. Věkový projev celiakie .....	42
Tabulka 9. Diagnostika celiakie.....	43
Tabulka 10. Včasnost diagnostiky .....	44
Tabulka 11. Léčba celiakie .....	45
Tabulka 12. Primárně postižený orgán celiakií.....	46
Tabulka 13. Přidruženě postižené orgány.....	47
Tabulka 14. Anatomické změny tenkého střeva .....	48
Tabulka 15. Vhodná dieta pro celiaky.....	49
Tabulka 16. Bezlepková potravina.....	50
Tabulka 17. Duhringova dermatitida.....	51
Tabulka 18. Vydání Cíleného screeningu celiakie.....	52
Tabulka 19. Obsah Cíleného screeningu celiakie .....	53
Tabulka 20. Pracoviště, provádějící cílený screening celiakie .....	54
Tabulka 21. Součást prvního stupně cíleného screeningu celiakie .....	55
Tabulka 22. Potvrzení diagnózy.....	56
Tabulka 23. Vyšetření a odběr sliznice střeva u dětí.....	57
Tabulka 24. Přístup k informacím.....	58
Tabulka 25. Hodnocení znalostí respondentů.....	59



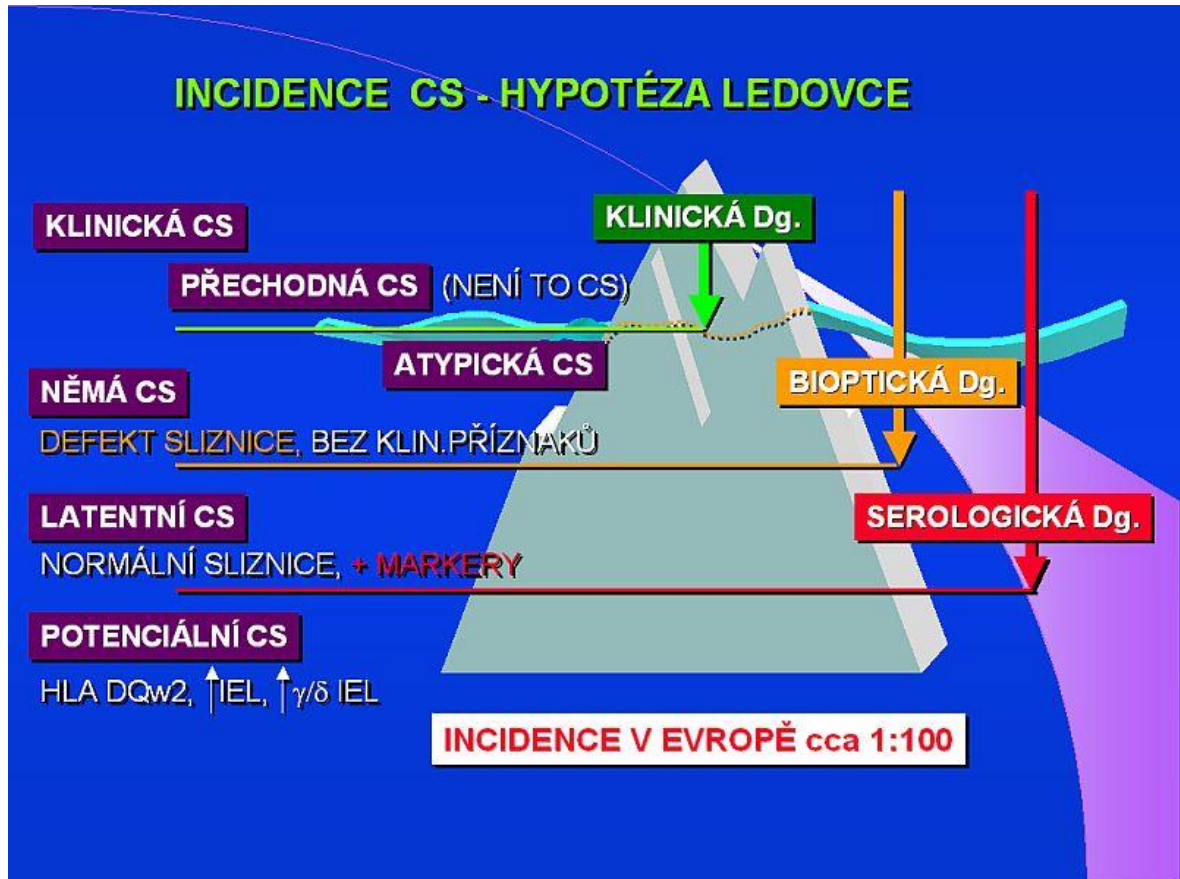
**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1. Délka praxe .....	35
Graf 2. Nejvyšší dosažené vzdělání .....	36
Graf 3. Specializace v oboru .....	37
Graf 4. Oddělení respondentů .....	38
Graf 5. Popis celiakie .....	39
Graf 6. Etiopatogeneze celiakie .....	41
Graf 7. Věkový projev celiakie .....	42
Graf 8. Diagnostika celiakie .....	43
Graf 9. Včasnost diagnostiky .....	44
Graf 10. Léčba celiakie .....	45
Graf 11. Primárně postižený orgán celiakií .....	46
Graf 12. Přidruženě postižené orgány .....	47
Graf 13. Anatomické změny tenkého střeva .....	48
Graf 14. Vhodná dieta pro celiaky .....	49
Graf 15. Bezlepková potravina .....	50
Graf 16. Duhringova dermatitida .....	51
Graf 17. Vydání Cíleného screeningu celiakie .....	52
Graf 18. Obsah Cíleného screeningu celiakie .....	53
Graf 19. Pracoviště, provádějící cílený screening celiakie .....	54
Graf 20. Součást prvního stupně cíleného screeningu celiakie .....	55
Graf 21. Potvrzení diagnózy .....	56
Graf 22. Vyšetření a odběr sliznice střeva u dětí .....	57
Graf 23. Přístup k informacím .....	58
Graf 24. Hodnocení znalostí respondentů .....	59

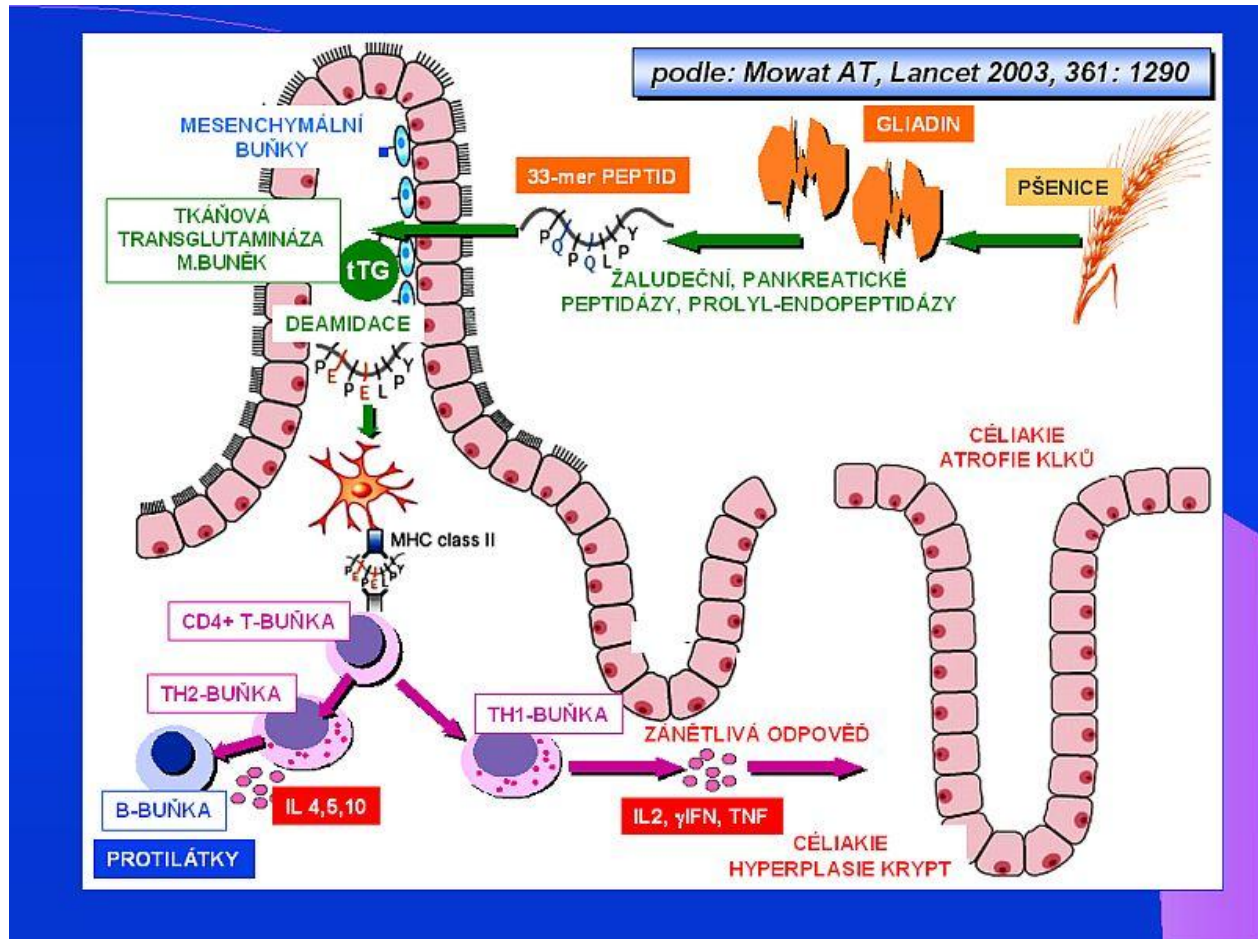
**SEZNAM PŘÍLOH**

- P I – Model ledovce - incidence celiakie
- P II – Etiopatogeneze celiakie
- P III – Diagnostika celiakie
- P IV – Cílený screening celiakie
- P V – Diagnostický algoritmus celiakie
- P VI – Klasifikace celiakie dle histologie
- P VII – Sérologické markery celiakie
- P VIII – Znak bezpečných potravin
- P IX – Charakteristický endoskopický obraz sliznice tenkého střeva u celiakie
- P X – Dermatitis herpetiformis
- P XI – Věkové spektrum diagnostikovaných celiakií
- P XII – Primární nutriční screening
- P XIII – Rozšířený nutriční screening
- P XIV – Schéma změn ve střevě u celiakie
- P XV – Indexy k měření hmotnosti
- P XVI – Dotazník
- P XVII – Brožura o celiakii

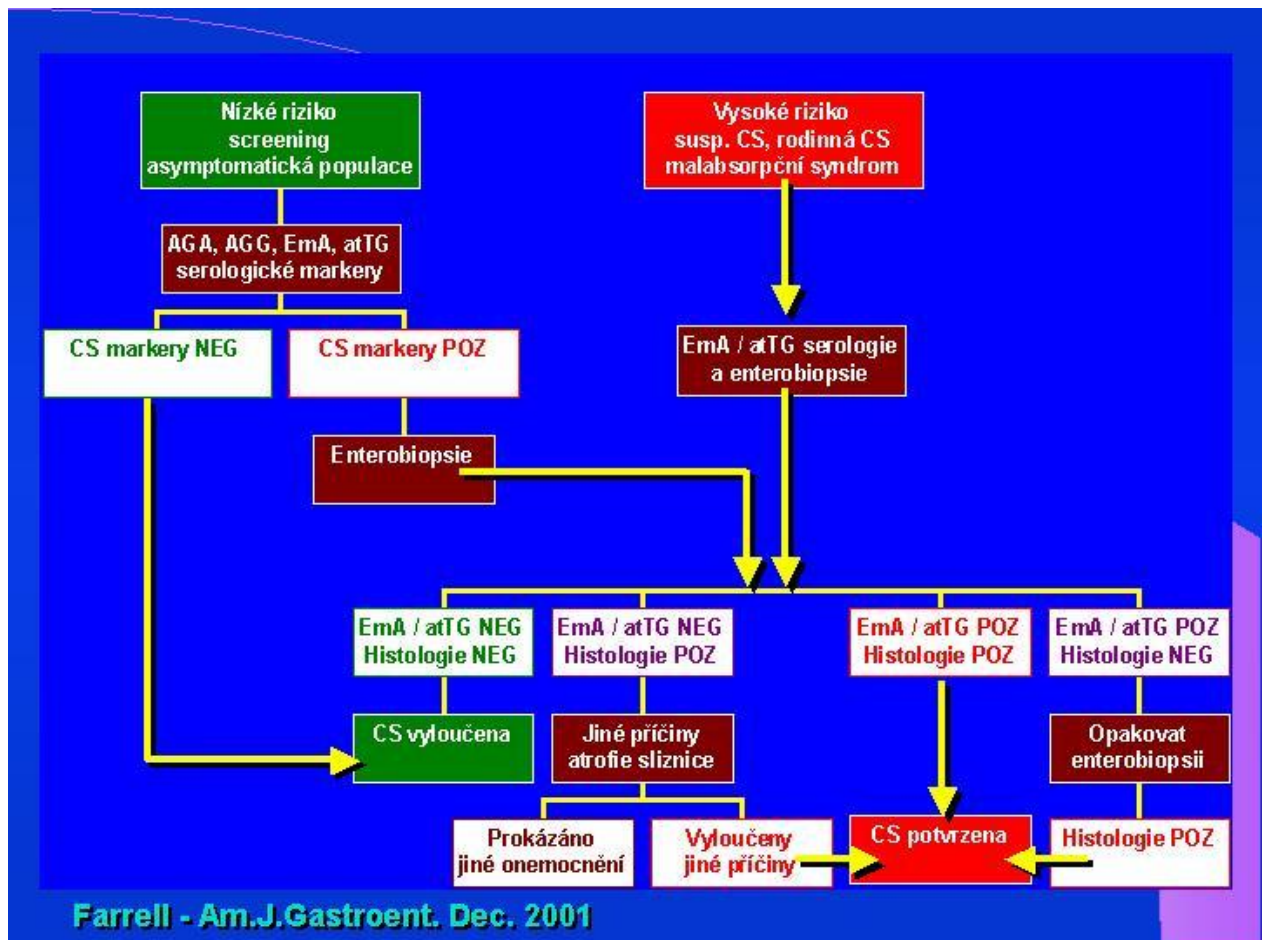
## PŘÍLOHA P I: MODEL LEDOVCE - INCIDENCE CELIAKIE



## PŘÍLOHA P II: ETIOPATOGENEZE CELIAKIE



## PŘÍLOHA P III: DIAGNOSTIKA CELIAKIE

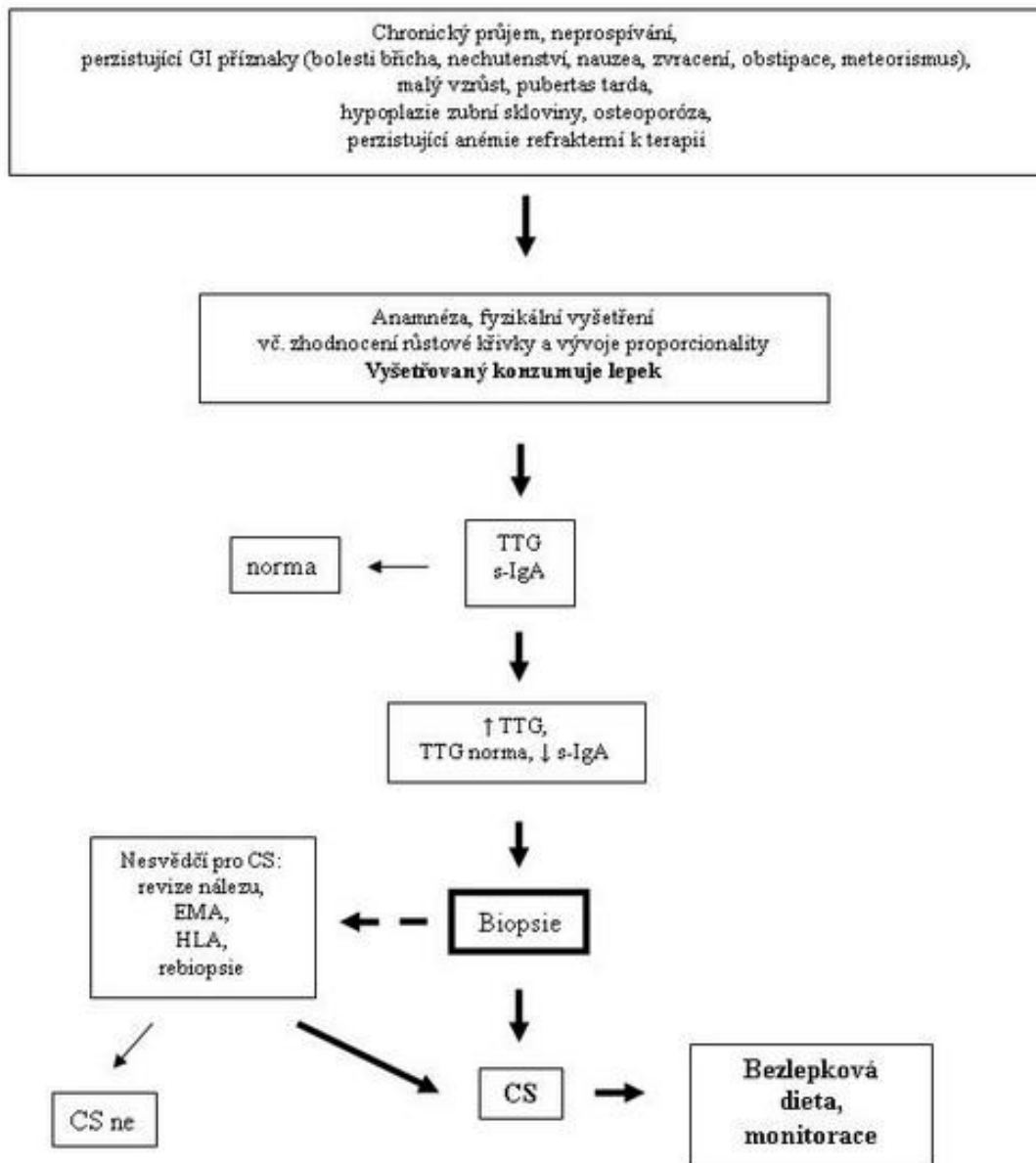


## PŘÍLOHA P IV: CÍLENÝ SCREENING CELIAKIE

**Tabulka 5: Cílený screening celiakie**

Příznaky a choroby související s malabsorpcí	Ostatní
Chronické průjmy s nebo bez malabsorpce	příbuzní 1. stupně celiaků
Poruchy růstu, opožděný psychomotorický vývoj	jinak nevysvětlitelné zvýšení aminotransferáz
Extrémní dlouhodobá únava	infertilita
Nevysvětlitelný váhový úbytek	asociované autoimunity: thyreoiditida, IDDM, AIH, PBC, Sjögrenův syndrom
Mikrocytární anemie	periferní neuropatie, epilepsie, ataxie nejasné etiologie
Syndrom dráždivého tračníku	depresivní syndrom (zvláště primární)
Vitaminové a minerálové deficiencie (Ca, vit. D)	Downův a Turnerův syndrom
Osteoporóza (zvláště do 55 let)	–

## PŘÍLOHA P V: DIAGNOSTICKÝ ALGORITMUS CELIAKIE



## PŘÍLOHA P VI: KLASIFIKACE CELIAKIE DLE HISTOLOGIE

**Tab. 3** Klasifikace celiakie podle histologie

Typ klasifikace	Morfologie	IEL/100
<b>Marsh</b>		
0 (preinfiltrativní)	nejsou změny na sliznici, beze změny poměru klků a krypt	< 40
1 (infiltrativní)	zvýšený počet IEL	> 40
2 (hyperplastický)	zánět, rozšíření klků a hlubší krypty	> 40
3 (destruktivní)	těžký zánět, atrofické klky, hyperplastické krypty	> 40
<b>Oberhuber</b>		
0	normální sliznice	< 40
1	zvýšený počet IEL, normální nález na sliznici	> 40
2	normální klky, prohloubené krypty, zvýšení IEL	> 40
3	destruktivní typ s různým stupněm atrofie klků, vždy jsou prohloubené krypty a známky zánětu	
3a	parciální atrofie klků (klky zkrácené, rozšířené, klk/krypta 1 : 1)	> 40
3b	subtotální atrofie klků (atrofické, ale rozpoznatelné klky)	> 40
3c	totální atrofie klků, sliznice vypadá jako tlusté střevo	> 40
4	atroficko-hyoplastické, plochá sliznice s normální hloubkou krypt, nízký počet IELs	< 40
<b>Corazza</b>		
A (non-atrofický)	normální architektura typ 0, 1 a 2	> 25
B1 (atrofický)	poměr klky/krypty < 3 : 1 typ 3a, 3b	> 25
B2 (atrofický)	klky nejsou detekovatelné typ 3c, 4	> 25

**IEL** - Intraepiteliální lymfocyty



## PŘÍLOHA P VII: SÉROLOGICKÉ MARKERY CELIAKIE

**Tab. 2** Sérologické markery celiakie – senzitivita a specificita

Test	Senzit	Specif	PPH	NPH
AGA IgG	57-100	42-98	20-95	41-88
AGA IgA	53-100	65-100	28-100	65-100
AEA IgA	75-98	96-100	98-100	80-95
AtTGA IgA	98	98	60-75	95-100

**Vysvětlivky:**

**AGA** - antigliadinové protilátky, **AEA** - protilátky proti endomyzlu,

**AtTGA** - protilátky ke tkáňové transglutamináze, **PPH** - pozitivní prediktivní hodnota,

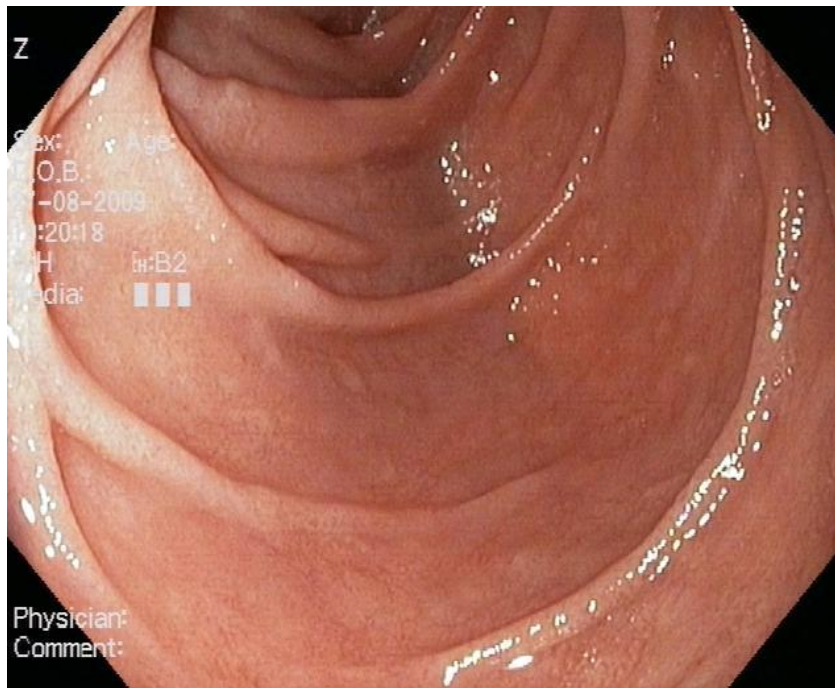
**NPH** - negativní prediktivní hodnota

**PŘÍLOHA P VIII: ZNAK BEZLEPKOVÝCH POTRAVIN**



## PŘÍLOHA P IX: CHARAKTERISTICKÝ ENDOSKOPICKÝ OBRAZ SLIZNICE TENKÉHO STŘEVA U CELIAKIE

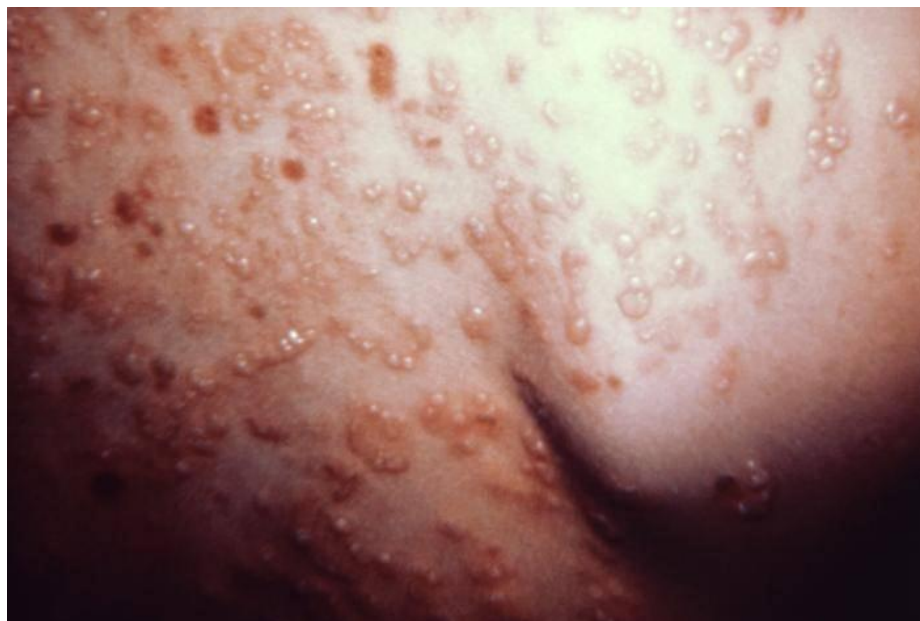
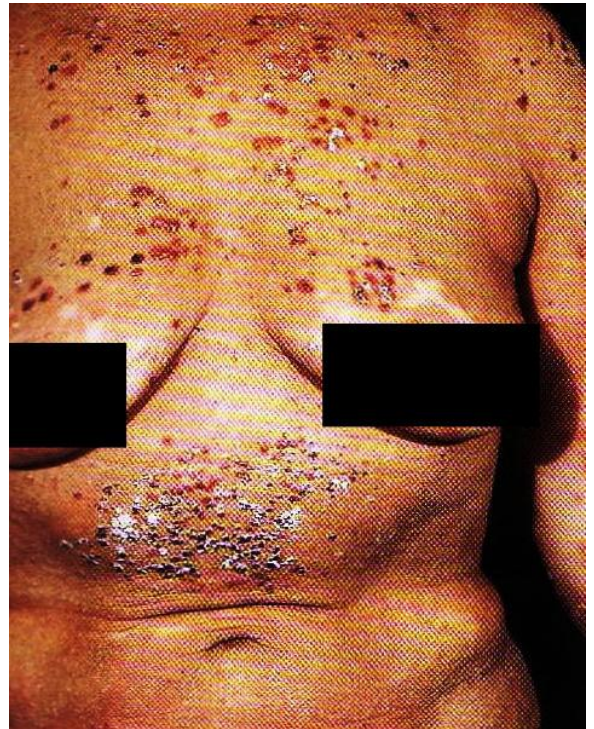
Komentář: *Endoskopický obraz vyhlazeného povrchu (oploštění klků) sliznice tenkého střeva u celiakie*



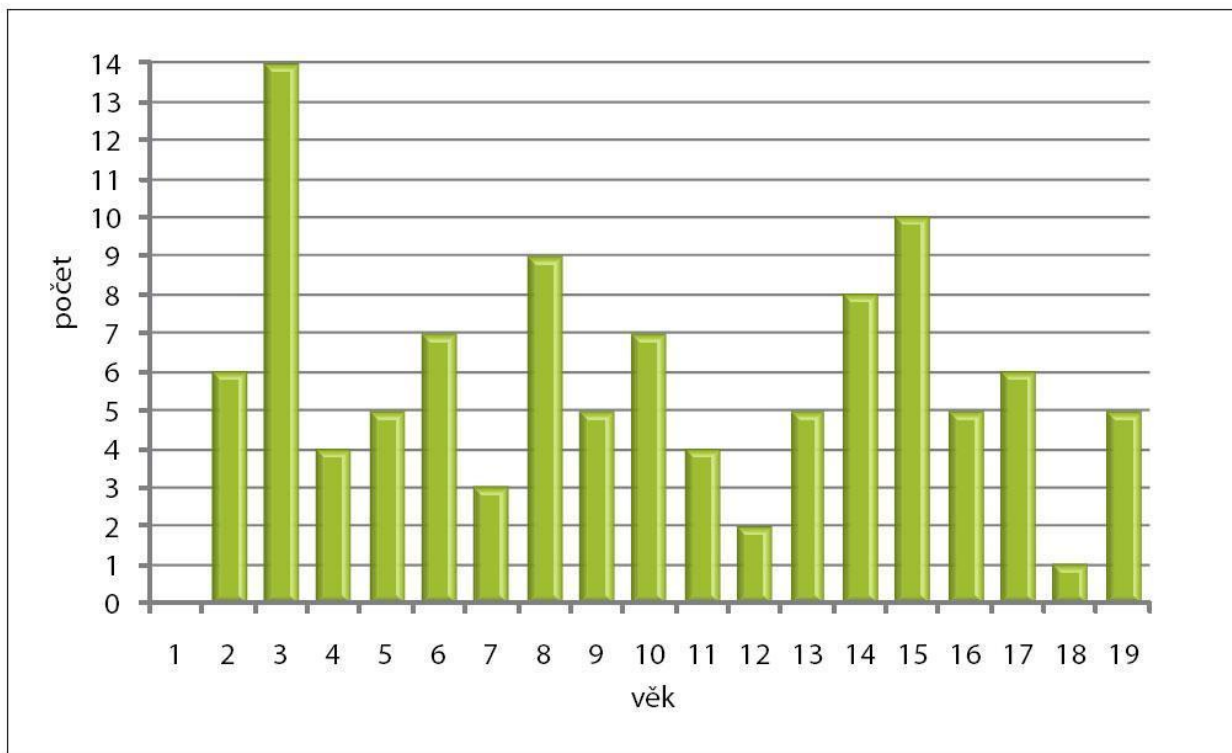
Komentář: *Fyziologický endoskopický nález klků sliznice tenkého střeva u zdravého jedince*



**PŘÍLOHA P X: DERMATITIS HERPETIFORMIS**



## PŘÍLOHA P XI: VĚKOVÉ SPEKTRUM DIAGNOSTIKOVANÝCH CELIAKIÍ



■ Graf 2a – Věkové spektrum diagnostikovaných

## PŘÍLOHA P XII: PRIMÁRNÍ NUTRIČNÍ SCREENING

Primární nutriční screening		ANO	NE
1.	Je BMI pacienta menší než 20?		
2.	Došlo u pacienta k nechtěné ztrátě hmotnosti během posledních 3 měsíců?		
3.	Došlo u pacienta k omezení množství přijímané stravy za poslední týden?		
4.	Je pacient vážně nemocen? (příjem na JIP)		

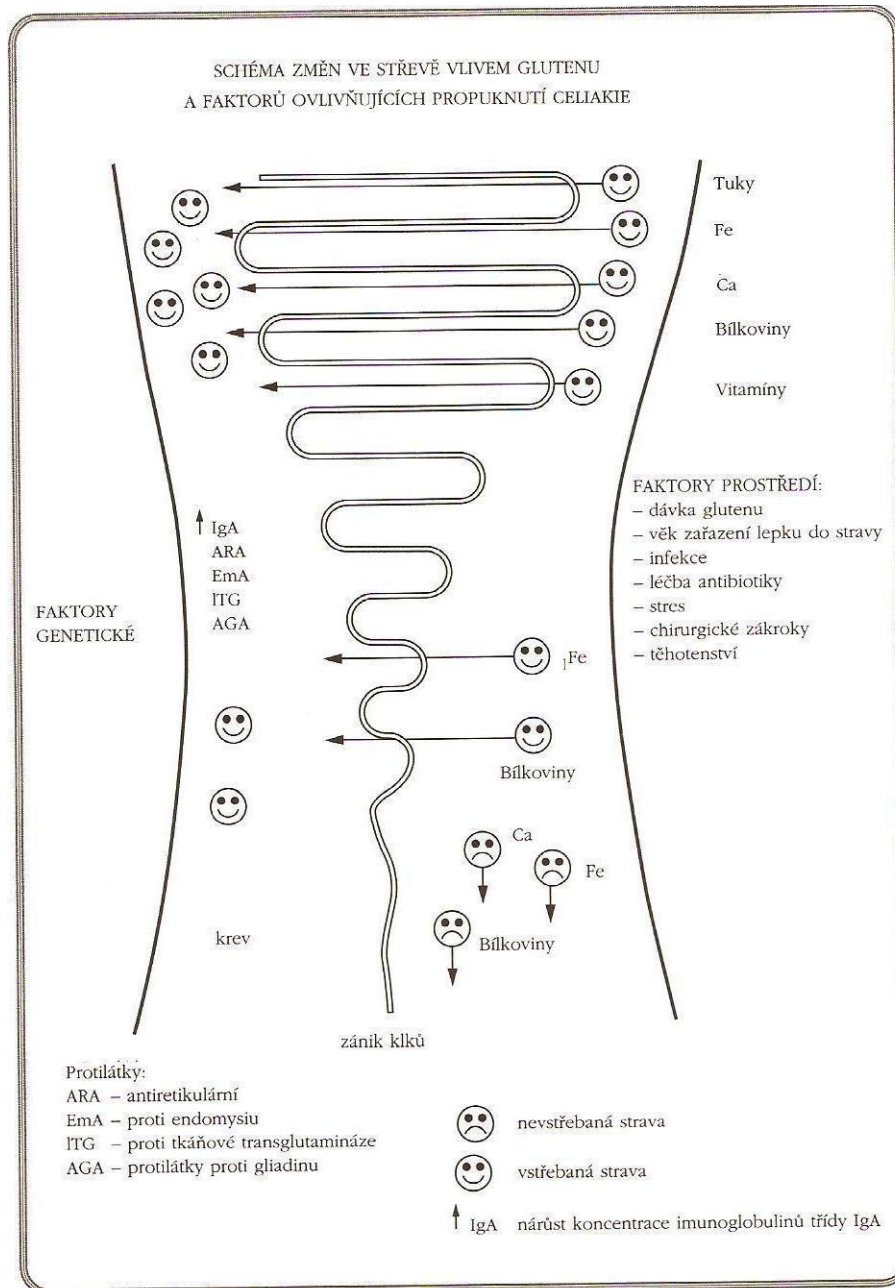
Jestliže je alespoň na jednu otázku odpovězeno ANO, vyplňte s pacientem dotazník „Rozšířený nutriční screening“.

Jestliže je odpověď na všechny otázky NE, „Primární screening“ se provádí v týdenních intervalech. Pokud je u tohoto pacienta plánována závažnější operace, volejte nutričního terapeuta pro návrh preventivní nutriční péče.

## PŘÍLOHA P XIII: ROZŠÍŘENÝ NUTRIČNÍ SCREENING

Zhoršený nutriční stav		Závažnost choroby (zvýšené požadavky)	
<b>Nepřítomnost</b>	Normální nutriční stav	<b>Nepřítomna</b>	Normální nutriční požadavky
<b>Skóre 1</b>	Hm úbytek > 5% za poslední 3 měsíce nebo příjem stravy nad 75% normálního příjmu v posledním týdnu	<b>Skóre 1</b>	Fraktura krčku femuru, chronická nemoc s akutní komplikací, cirhóza, onemocnění GIT, menší op. výkon, maligní nádor, chronická obstrukční plicní nemoc, chronická hemodialýza
<b>Skóre 2</b>	Hm úbytek > 5% za poslední 2 měsíce nebo BMI 18,5 – 20,0 nebo příjem stravy 25 – 60% normálního příjmu v posledním týdnu	<b>Skóre 2</b>	Rozsáhlý op. výkon, pneumonie, těžké infekce, endokarditida, malignita s kom. terapií
<b>Skóre 3</b>	Hm úbytek > 5% za poslední měsíc (>15% za 3 měsíce) nebo BMI < 18,5 nebo příjem stravy < 25% normálního příjmu z poslední měsíc	<b>Skóre 3</b>	Poranění hlavy, akutní CMP, dekompenzovaná ICHS, polytrauma, rozsáhlá popálenina, transplantace kostní dřeně, pacient v intenzivní péči
<b>Skóre:</b>	+	<b>Skóre:</b>	= <b>Celkové skóre</b>
<b>Věk:</b>	pokud je pacientovi více než 70 let, přičtete 1 bod k celkovému skóre		
<b>Skóre ≥3:</b> pacient je v riziku malnutrice a je nutné zavolat nutričního terapeuta pro tvorbu nutričního plánu.			
<b>Skóre &lt;3:</b> u pacienta se provádí rescreening každých 7 dní			

## PŘÍLOHA P XIV: SCHÉMA ZMĚN VE STŘEVĚ U CELIAKIE





## PŘÍLOHA P XV: INDEXY K MĚŘENÍ HMOTNOSTI

Tabulka 2.3. **Indexy k měření hmotnosti**

<b>Body mass index</b> (Quetelet) BMI = hm (kg) / vý <sup>2</sup> (m <sup>2</sup> )
pod 18,5 kachexie 20 – 25 normální hodnota 25 – 30 nadváha nad 30 obezita, nad 40 morbidní obezita
<b>Ideální hmotnost</b>
Muži: Id.hm. (kg) = (0,655* výška) – 44,1 Ženy: Id.hm. (kg) = (0,593* výška) – 38,6
<b>Váhový index</b> (Rohrer)
RI = hm (g) * 100 / vý <sup>3</sup> (cm <sup>3</sup> ) Norma – muži 1,2 – 1,4, ženy 1,25 – 1,5
<b>Váhový index</b> (Broca)
hm (kg) = vý (cm) – 100

## PŘÍLOHA P XVI: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Anna Pekárková a jsem studentka třetího ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií. V rámci své bakalářské práce na téma Úroveň vědomostí a úloha všeobecné sestry u onemocnění celiakální sprue bych chtěla zjistit úroveň vědomostí všeobecných sester na téma celiakie v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s.

Tímto si Vás dovoluji požádat o vyplnění dotazníku, který je nedílnou součástí praktické části mé bakalářské práce. Dotazník je zcela **anonymní**.

Při vyplňování dotazníku zatrhněte, prosím, vždy jen jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji Vám za Váš čas a pravdivé vyplnění dotazníku.

Anna Pekárková

(anna.pekarkova@gmail.com)

### 1. Délka Vaší praxe:

- a) do 1 roku
- b) 2 - 5 let
- c) 6 – 10 let
- d) 11 - 15 let
- e) 16 - 20 let
- f) 20 a více let

### 2. Vaše nejvyšší dosažení vzdělání:

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné (Dis.)
- c) vysokoškolské (Bc.)
- d) vysokoškolské (Mgr.)
- e) jiné:.....

### 3. Máte specializaci v oboru?

- a) ano, uveďte prosím jakou:.....
- b) ne

**4. Oddělení, na kterém pracujete:**

- a) interní
- b) gerontologické
- c) chirurgické
- d) kožní
- e) dětské
- f) hematologické

**5. Co si myslíte, že je celiakie? Stručně popište:**

.....

.....

.....

**6. Napište alespoň dva příznaky celiakie, které znáte:**

.....

.....

**7. Jaká je etiopatogeneze onemocnění celiakie?**

- a) bakteriální onemocnění
- b) autoimunitní onemocnění
- c) virové onemocnění
- d) nevím

**8. Ve kterém věku se může celiakie projevit?**

- a) v kojeneckém a batolecím věku
- b) do 15 let
- c) v dospělosti
- d) v jakémkoliv věku
- e) nevím

**9. Celiakie je diagnostikována:**

- a) u všech postižených
- b) asi u jedné poloviny postižených
- c) asi u jedné třetiny postižených
- d) asi u jedné desetiny postižených
- e) nevím

**10. Jsou v České republice pacienti s celiakií diagnostikováni včas?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) určitě ne
- d) spíše ne
- e) nevím

**11. Co je základní léčba celiakie?**

- a) léčba medikamentózní
- b) léčba chirurgická
- c) dietní léčba - bezlepková dieta
- d) nevím

**12. Který orgán postihuje celiakie primárně?**

- a) srdce
- b) tlusté střevo
- c) ledviny
- d) tenké střevo
- e) nevím

**13. Které orgány mohou být přidruženě postiženy se střevem? (možno označit více odpovědí)**

- a) krev
- b) kůže
- c) B – buňky Langerhansových ostrůvků slinivky břišní
- d) kosti
- e) nevím

**14. Jaké anatomické změny v tenkém střevě způsobuje celiakie?**

- a) tvorbu polypů
- b) hyperplazie klků
- c) oplošťování střevních klků
- d) nevím

**15. Jaká je vhodná dieta pro pacienty s celiakií v dietním systému KNTB, a.s.?**

- a) 9 (diabetická)
- b) 2 (šetrčí)
- c) 3 (racionální)
- d) BLP (bezlepková)
- e) nevím

**16. Vyberte potravinu, která není bezlepková: (možno označit více odpovědí)**

- a) pohanka
- b) kuskus
- c) proso
- d) pšenice
- e) nevím

**17. Co má společného Dermatititis herpetiformis Duhring (Duhringova dermatitida) s celiakií?**

- a) pozdní kožní komplikace celiakie
- b) není zde spojitost
- c) nejčastější forma projevu celiakie
- d) nevím

**18. Víte o tom, že v roce 2011 schválilo Ministerstvo zdravotnictví metodický pokyn „Cílený screening celiakie“?**

- a) ano
- b) ne

**19. Co patří do cíleného screeningu celiakie? (možno označit více odpovědí)**

- a) časná diagnostika celiakie s následnou léčbou
- b) zjištění skutečné prevalence celiaků v ČR
- c) prevence komplikací celiakie
- d) odhalení různých klinických forem celiakie
- e) nevím

**20. Kdo (které pracoviště) by měl provádět cílený screening celiakie?**

- a) pouze praktický lékař
- b) pouze gastroenterolog
- c) diabetolog
- d) praktičtí lékaři a všechny pracoviště specializovaných oborů (gastroenterologie, diabetologie, gynekologie, dermatovenerologie, neurologie, hematologie....)
- e) nevím

**21. Co je součástí prvního stupně cíleného screeningu celiakie?**

- a) stanovení sérových autoprotilátek k tkáňové transglutamináze v řadě IgA, stanovení celkového IgA
- b) odběr krve na KO, gastroskopie
- c) kolonoskopie, duodenální biopsie
- d) nevím

**22. Jak se potvrdí diagnóza celiakie, při pozitivním výsledku v prvním kroku screeningu?**

- a) kolonoskopií
- b) magnetickou rezonancí
- c) bioptickým odběrem sliznice duodena nebo střeva
- d) nevím

**23. Jak se provádí vyšetření a odběr sliznice střeva u dětí?**

- a) gastroskopie
- b) kolonoskopie
- c) enterobioptickou kapslí
- d) nevím

**24. Máte přístup k informacím o celiakii?**

- a) ano, napište prosím kde:.....  
.....
- b) ne
- c) nevím

**25. Vaše znalosti o celiakii hodnotíte jako (zhodnoťte na stupnici 1-5 jako ve škole):**

1 – 2 – 3 – 4 – 5

## PŘÍLOHA P XVII: BROŽURA O CELIAKII

### Obsah Cíleného screeningu celiakie

Cílený screening celiakie provádějí praktičtí lékaři a ambulantní specialisté oborů: dermatologie, diabetologie a endokrinologie, gynekologie a porodnictví, psychiatrie, hematologie aj.

#### 1. stupeň:

Vytipování možného nositele onemocnění a odeslání ke 2. stupni screeningu

#### 2. stupeň:

Vyšetření krve na přítomnost autoprotilátek k tkáňové transglutamináze v řadě IgA a celkového IgA, při pozitivním výsledku odeslání k 3. stupni

#### 3. stupeň:

Diagnóza se potvrdí biopsií sliznice střeva nebo duodena (u dospělých se provádí pomocí gastroscopie, u dětí pomocí enterobioptické kapsle) – provádí se již na gastroenterologických pracovištích



### Organizace a sdružení pro celiaky

- Česká gastroenterologická společnost – [www.cgs-cls.cz](http://www.cgs-cls.cz)
- Poradenské centrum pro celiakii a bezlepkovou dietu – [www.bezlepkovadieta.cz](http://www.bezlepkovadieta.cz)
- Sdružení celiaků České republiky – [www.celiac.cz](http://www.celiac.cz)
- Společnost pro bezlepkovou dietu – [www.celiak.cz](http://www.celiak.cz)
- Klub celiakie Brno – [www.klubceliakie.cz](http://www.klubceliakie.cz)
- Server o životě bez lepku – [www.bezlepku.info](http://www.bezlepku.info)

#### Použitá literatura:

ČERVENKOVÁ, Renata, 2006. *Celiakie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-425-3.

KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ, 2010. *Otázky kolem celiakie: Víte si rady s bezlepkovou dietou?*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-87250-09-9.

Česká gastroenterologická společnost [online]. 2012 [cit. 2012-21-04]. Dostupné z [www.cgs-cls.cz](http://www.cgs-cls.cz)

Obrázky převzaty z: [www.google.cz/obrazky/celiakie](http://www.google.cz/obrazky/celiakie)



**„Kdo léky polyká, ale správné životosprávy nedbá, toho lékař léčí marně“**

(autor neznámý)

Vypracovala: Anna Pekárková, © 2012  
UTB Zlín, FHS, Všeobecná sestra  
[anna.pekarkova@gmail.com](mailto:anna.pekarkova@gmail.com)

## CELIAKIE JE

- také celiakální sprue či glutenová enteropatie
- autoimunitní, celoživotní onemocnění
- **nejedná se o alergii na lepek!!!**
- manifestováno při konzumaci lepku
- v dnešní době onemocnění nevyléčitelné
- projevuje se **zánětlivou reakcí sliznice tenkého střeva, oplošťováním střevních klků a malabsorpcí většiny živin**
- může se projevit v jakémkoliv věku



## Projevy celiakie

- celkové neprospívání u dítěte, váhový úbytek u dospělého
- **průjmy s objemnými, mastnými stoliciemi**
- nadýmání s bolestmi břicha
- déle se mohou objevit **komplikace** z nevstřebávání živin, např. anemie, osteoporóza, hypovitaminóza všech vitamínů, ale i kazivost zubů nebo deprese



## Léčba celiakie

- jedinou kauzální léčbou celiakie je **dodržování bezlepkové diety**
- jedná se o dietu, při které není povoleno **jíst výrobky obsahující ječmen, žito, pšenici a žito**
- důležitá je **řádná edukace** nově zjištěného celiaka o dietě, což je záležitostí lékaře, gerontologické sestry a neopomenutelnou roli hraje nutriční terapeut
- po nasazení bezlepkové diety příznaky poměrně rychle ustupují
- medikamentózní léčba je v tomto případě pouze doplňková
- obecně uznávaný znak pro bezlepkové potraviny je přeškrtnutý obilný klas



## Duhringova dermatitida

- je kožní onemocnění charakterizováno výsevem silně svědících puchýřků
- **v poslední době nejčastější forma projevu celiakie**
- nejedná se o přidruženou formu ani komplikaci celiakie
- je naprosto rovnocennou formou celiakie
- léčba je též bezlepkovou dietou

## CÍLENÝ SCREENING CELIAKIE



V ČR je odhadovaná prevalence celiakie 1:200 – 250, tedy asi 40 – 50 000 potenciálních celiaků, v gastroenterologických ambulancích je však dispenzarizováno **pouze 3 – 4 000** celiaků. Kde jsou tedy všichni ti nemocní, kteří unikají diagnóze?

Proto vydalo Ministerstvo zdravotnictví v roce 2011 metodický pokyn „Cílený screening celiakie“

Vše potřebné a plné znění lze najít na [www.cgs.cis.cz](http://www.cgs.cis.cz).

Projekt spočívá v doporučení praktickým lékařům, aby sami odesílali pacienty s podezřením na celiakii na první etapu screeningu.

Pro pacienta má screening velký význam, protože pokud se diagnóza celiakie potvrdí a pacient začne dodržovat bezlepkovou dietu, diametrálně selepší jeho kvalita života. Klinické příznaky ustoupí, postupně se upraví sliznice střeva a účelněji se bude předcházet mnohým pozdějším komplikacím z neléčeného onemocnění.