

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Výživa jako rizikový faktor pro akutní pankreatitidu

Bakalářská práce

Autor práce: Pavlína Pechušková
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Nutriční terapeut

Vedoucí práce: doc. MUDr. Miroslav Stránský

Datum odevzdání práce: 6. 5. 2013

Abstrakt

Akutní pankreatitida neboli akutní zánět slinivky břišní není příliš častým onemocněním, ale o to více je onemocněním závažným. Slinivka břišní je pro život nepostradatelný orgán, který se podílí na důležitých trávicích procesech a jeho postižení může mít pro člověka fatální důsledky. Pacienti s akutní pankreatitidou tvoří přibližně 1 – 2 % pacientů hospitalizovaných na chirurgických odděleních (Dobiáš, 2012). Nejčastějšími etiologickými faktory akutní pankreatitidy jsou cholelithiáza a nadměrný konzum alkoholu (Havel, 2004; Lukáš, 2007; Kasper, 2009; Svačina, 2010; Šimek, 2005; Špičák 2005). Podle výše uvedených zdrojů jsou tyto dva faktory příčinou vzniku akutní pankreatitidy v 80 % případů. Nejčastěji je uváděn poměr 3:1 ve prospěch cholelithiázy. Mezi vzácnější příčiny se řadí poranění dutiny břišní, vývojové anomálie pankreatu, léky, hyperparathyreóza a urémie.

Tato bakalářská práce s názvem **Výživa jako rizikový faktor pro akutní pankreatitidu** se zabývá výživou, stravovacími zvyklostmi a dalšími faktory, které mohou být důvodem propuknutí akutního záchvatu slinivky břišní. Cílem této práce je zhodnotit stravovací návyky pacientů s akutní pankreatitidou a posoudit, zda se nadměrná konzumace alkoholu podílí významnou měrou na vzniku tohoto onemocnění. Na základě uvedených cílů jsem stanovila dvě hypotézy:

Hypotéza 1: Pacienti s akutní pankreatitidou dodržovali před vypuknutím onemocnění zásady zdravého stravování.

Hypotéza 2: Většina respondentů konzumovala nadměrné množství alkoholu před tím, než onemocněli akutní pankreatitidou.

V teoretické části práce je popsána a definována nemoc akutní pankreatitida, dále je objasněn její výskyt, prokázané i předpokládané příčiny, klinický obraz nemoci a průběh léčby. V této části jsou podrobně popsána dietní opatření, která jsou zavedena u pacientů s akutní pankreatitidou a dále jsou zde přiblíženy zásady pankreatické diety a její rozdělení na jednotlivé stupně. Na závěr je vylíčen vliv stravovacích zvyklostí a vhodná preventivní opatření pro toto onemocnění.

V praktické části práce jsou prezentovány výsledky výzkumu, který byl zaměřen na zhodnocení stravovacích zvyklostí pacientů s akutní pankreatidou před vypuknutím onemocnění, na konzumaci alkoholických nápojů a přítomnost dalších onemocnění či rizikových faktorů, které by mohly být příčinou pro vznik akutní pankreatitidy. K vypracování výzkumné části své bakalářské práce jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu. Výzkum jsem realizovala pomocí dotazníkového šetření na lůžkových odděleních pěti různých nemocnic. Výzkumný soubor tvořilo 27 pacientů obou pohlaví a různých věkových skupin s diagnózou akutní pankreatida. Otázky v dotazníku byly především orientovány na zmapování stravovacích zvyklostí respondentů, jejich pohybovou aktivitu, konzumaci alkoholických nápojů, předchozí onemocnění a úrazy. Cílem šetření bylo zhodnotit pravděpodobné rizikové faktory pro vznik akutní pankreatitidy a to, jakou roli při vzniku tohoto onemocnění hraje způsob stravování a konzumace alkoholu.

Výsledky ukázaly, že **Hypotéza 1** se nepotvrdila. Pacienti nedodržovali zásady zdravého stravování před tím, než onemocněli akutní pankreatidou. **Hypotéza 2** se rovněž nepotvrdila. Většina pacientů nekonzumovala více než tolerované množství alkoholických nápojů za den. V porovnání s ostatními faktory se však alkohol může významnou měrou podílet na propuknutí akutní pankreatitidy. Z výsledků je rovněž možné usoudit, že rizikovým faktorem pro akutní pankreatidu je cholelithiáza neboli přítomnost žlučových kamenů ve žlučníku či žlučových cestách, ať již v minulosti, či současnosti. Dalším zajímavým zjištěním bylo, že Body Mass Index pacientů není v přímé korelaci s jejich stravovacími návyky.

Práce přináší poznatky především o příčinách vzniku akutní pankreatitidy, o vlivu stravovacích zvyklostí a o vlivu nadměrné konzumace alkoholu. Pokud jsou jasné příčiny onemocnění, dají se snadněji zavést preventivní opatření. Na základě výsledků by bylo možné stanovit výživová doporučení pro obyvatele, a tím přispět k redukci počtu nových případů tohoto onemocnění.

Abstract

Acute pancreatitis or acute inflammation of the pancreas is not one of the most common diseases, but the more it is serious. Pancreas is a vital organ involved in many important digestive processes and its infliction may be fatal. Patients with acute pancreatitis represent 1 – 2 % of patients hospitalized at surgical departments (Dobiáš, 2012). The most common ethiological factors of acute pancreatitis are cholelithiasis and excessive consumption of alcohol (Havel, 2004; Lukáš, 2007; Kasper, 2009; Svačina, 2010; Šimek, 2005; Špičák 2005). These factors together make up 80 % of the causes. Most often stated ratio is 3:1 in favor of cholelithiasis. Among rarely occurring causes are abdominal injuries, developmental anomalies of pancreas, drugs, hyperparathyreosis and uremia.

This bachelor's thesis called **Nutrition as a risk factor for acute pancreatitis** deals with nutrition, eating habits and other factors that might cause acute inflammation of the pancreas. The aim of the thesis is to valorize eating habits of patients with acute pancreatitis and to evaluate how much is the excessive alcohol consumption involved in causing the disease. I set two hypotheses to achieve these goals:

Hypothesis 1: The patients with acute pancreatitis followed principles of healthy diet before getting ill.

Hypothesis 2: The majority of respondents consumed excessive amount of alcohol before getting ill.

Acute pancreatitis as a disease is described and defined in the theoretical part of the thesis. Then its occurrence is cleared up, proved and suspected causes, clinical picture and process of treatment of the disease are elucidated. Dietary measures recommended for the patients are described in detail. I also delineate the principles of pancreatic diet and its phases. In conclusion the influence of the eating habits and suitable precautions are described.

The results of my research are presented in the practical part of the thesis. The research was to evaluate eating habits of the patients with acute pancreatitis before the disease outbreak. Moreover the consumption of alcoholic beverages, the presence

of another illnesses and the probable risk factors causing acute pancreatitis were examined. I have chosen quantitative research method. The research was conducted by the means of questionnaire survey at the wards of five different hospitals. The research sample consisted of 27 patients, both sexes and different ages, with the diagnosis of acute pancreatitis. Questions were focused on the respondents' eating habits, their consumption of alcoholic beverages, previous diseases and injuries. The aim was to evaluate probable risk factors causing acute pancreatitis and the role of diet and alcohol consumption.

The results showed that the **Hypothesis 1** was not confirmed. The patients didn't follow the principles of healthy diet before getting ill. **Hypothesis 2** was not confirmed too. In most cases the patients didn't consume more than the tolerated amount of alcohol per day. However, in comparison with the other factors, alcohol can significantly contribute to the onset of acute pancreatitis. Furthermore, it was found that another risk factor for acute pancreatitis is cholelithiasis, the presence of gallstones in the gallbladder or bile ducts, either currently or previously. Another interesting finding was that Body Mass Index of the patients is not directly correlated with their eating habits.

The thesis brings knowledge about the causes of acute pancreatitis, about the eating habits' influence and about the impact of excessive alcohol consumption. If causes are clear, prevention measures can be set easily. Nutritional recommendations based on the results could be set down for residents and it could thereby contribute to the reduction of occurrence of the disease.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2013

.....

Pavína Pechušková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. MUDr. Miroslavu Stránskému za vedení mé bakalářské práce, za vstřícné jednání, ochotu a čas, který mi věnoval. Dále bych chtěla poděkovat všem zdravotním sestřám, které mi pomohly při rozdávání a vyplňování dotazníků.

Obsah

ÚVOD	7
1 SOUČASNÝ STAV.....	9
1.1 Akutní pankreatitida - definice a klasifikace nemoci	9
1.2 Výskyt.....	10
1.3 Příčiny.....	11
1.4 Klinický obraz.....	13
1.5 Léčba.....	15
1.6 Dietní opatření	17
1.6.1 Pankreatická dieta	19
1.7 Vliv stravovacích zvyklostí	22
1.8 Prevence.....	22
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	23
2.1 Cíle práce	23
2.2 Hypotézy	23
3 METODIKA.....	24
3.1 Použitá metodika.....	24
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	24
4 VÝSLEDKY	26
4.1 Vyhodnocení dotazníkového šetření.....	26
5 DISKUZE.....	46
6 ZÁVĚR.....	52
7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	53
8 KLÍČOVÁ SLOVA	57
9 PŘÍLOHY.....	58

ÚVOD

Tato bakalářská práce pojednává o příčinách a možných rizikových faktorech pro vznik akutního zánětu slinivky břišní neboli akutní pankreatitidy. Akutní pankreatitida je velmi závažné onemocnění typické relativně vysokou úmrtností, a to především u svých těžkých forem. Akutní pankreatitida zřejmě nikdy nepatřila mezi jednu z nejčastějších diagnóz, se kterou přicházeli pacienti do nemocničních zařízení. Mohlo by se zdát, že pro výzkumné týmy a kolegia zabývající se preventivními programy není atraktivním tématem a nestojí na předních místech jejich žebříčku priorit. Na tomto místě musím vyzvednout jednoho českého lékaře, který jako jeden z mála věnoval významnou část své praxe studiu akutní pankreatitidy a přinesl současnému lékařství mnohé cenné poznatky, tím lékařem je doc. MUDr. Julius Špičák, CSc.

Etiologie akutní pankreatitidy není zcela objasněná a mezi lidmi není rozšířeno velké povědomí o této nemoci. To považuji za závažný problém, jehož důsledkem může být to, že incidence akutní pankreatitidy v České republice neklesá, ba dokonce v posledních letech mírně stoupá (Dobiáš, 2012; Špičák, 2010). Akutní pankreatitida je život ohrožující onemocnění vyžadující okamžitou a leckdy celoživotní úpravu stravovacích zvyklostí a životního stylu. Slinivka břišní je pro život nepostradatelný orgán, který se podílí na důležitých trávicích procesech a postižení její funkce může mít pro člověka fatální důsledky.

Uvedené téma jsem si zvolila především z toho důvodu, abych shrnula dosavadní poznatky o tomto onemocnění a s pomocí vlastního výzkumu se pokusila zhodnotit roli výživy jako rizikového faktoru pro jeho vznik. Znalost příčin tohoto onemocnění totiž pomůže i při jeho prevenci. Především jsem se zaměřila na to, v jaké míře se na jeho incidenci podílí konzumace alkoholu a nevhodné stravovací návyky. Výživa je častým faktorem ovlivňující mnoho onemocnění gastrointestinálního traktu, zároveň je ale také faktorem nejsnáze ovlivnitelným.

Cílem mé práce je odpovědět na otázky, jaké byly stravovací návyky pacientů s akutní pankreatitidou před vypuknutím onemocnění a jaký podíl na vzniku měla

nadměrná konzumace alkoholu. I když stravovací návyky jednotlivých pacientů mohou být diametrálně odlišné, chtěla jsem se pokusit najít jeden či více společných charakteristických rysů, které by byly vodítkem pro zhodnocení výživy jako rizikového faktoru. Mnoho studií (Havel, 2004; Lukáš, 2007; Svačina, 2010; Šimek, 2005; Špičák 2005) uvádí abúzus alkoholu jako jednu z hlavních příčin vzniku akutní pankreatitidy. Alkoholická etiologie ovšem není nejčastější z etiologií ve všech státech Evropy, mým cílem je posoudit stav v České republice.

Těmto cílům odpovídaly i stanovené hypotézy, že pacienti s akutní pankreatitidou dodržovali před vypuknutím onemocnění zásady zdravého stravování, a že většina respondentů konzumovala nadměrné množství alkoholu před tím, než onemocněli akutní pankreatitidou. Kritérium pro hodnocení, zda respondenti dodržovali zásady zdravého stravování u první hypotézy je takové, že respondenti se stravovali podle obecných zásad zdravé výživy a obecně známé výživové pyramidy, která udává ideální rozvržení jednotlivých složek potravin v jídelníčku (viz Svačina, 2008b, s. 203 a příloha 2). Druhou hypotézu jsem vyvodila z toho, že nadměrná konzumace alkoholu je častou příčinou zánětu slinivky břišní, proto předpokládám, že více jak 50 % respondentů konzumovalo denně více než tolerované množství alkoholických nápojů, tedy dva a více püllitrů piva nebo dvoudecových skleniček vína nebo velkých panáků destilátu. Cílem této práce je potvrdit nebo vyvrátit stanovené hypotézy.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Akutní pankreatitida - definice a klasifikace nemoci

Akutní pankreatitida je akutní zánětlivý proces postihující morfologii a funkci slinivky břišní, ale i řadu vzdálených orgánů (Dítě, 2007, s.301).

Slinivka břišní je slinná žláza, která má funkci endokrinní a exokrinní. Projevem její endokrinní funkce je produkce inzulínu, což je hormon odpovídající za hospodaření s cukry v našem těle. V rámci své exokrinní funkce vyměšuje slinivka břišní do tenkého střeva trávicí enzymy, které po své aktivaci společně s působením žluči štěpí jednotlivé složky potravy a napomáhají tak trávení základních živin (Kohout, 2007).

K uvedenému zánětlivému procesu dochází z důvodu poškození slinivky břišní aktivací trávicích enzymů uvnitř žlázy. Tím dojde k odumření části buněk pankreatu a to vyvolá imunitní reakci. Imunitní reakce proběhne v rámci samotné žlázy nebo se může rozšířit i do okolí a vyvolat systémovou reakci, kdy dochází k systémové zánětlivé odpovědi (SIRS), multiorgánové dysfunkci (MOD) až k multiorgánovému selhání (MOF) (Havel, 2004).

Na základě nejčastěji používané Atlantské klasifikace z roku 1992 se dle závažnosti svých klinických projevů rozlišují dvě formy akutní pankreatitidy – lehká a těžká. Lehká forma je charakteristická minimem komplikací a ve většině případů dochází k samovolnému obnovení funkcí i morfologie slinivky břišní. Těžká forma je podmíněna existencí některého ze stanovených kritérií jako je například orgánové selhání (šok, selhání ledvin, krvácení do trávicího ústrojí) nebo přítomnost místní komplikace (nekróza, absces) (Lata, 2010; Swaroop, 2004).

Ve většině případů je ataka akutní pankreatitidy mírného nebo středního stupně a zánět se samovolně zhojí. V případě těžkého zánětu může dojít k celé řadě infekčních i neinfekčních komplikací jako je nekróza, absces či pseudocysta. Pokud akutní pankreatitida probíhá bez komplikací, dojde ve většině případů k uzdravení během

jednoho týdne. Pokud ovšem celkové příznaky zánětu přetrvávají déle než týden, je nutno počítat s komplikacemi a zahájit intenzivní léčbu. Již počátkem druhého týdne totiž dochází k rozvoji nekrózy pankreatu, který se může šířit až do retroperitonea. Celý proces je urychlován působením pankreatických enzymů. Nekrotizující proces sám od sebe ustane během několika týdnů nebo může naopak dojít k rozvoji infekce. To, zda je onemocnění ve fázi sterilní nekrózy nebo již přešlo do fáze infikované nekrózy, je téměř nerozlišitelné. Rozšíření sterilní nekrózy může způsobit úmrtí pacienta, není dosud známo, jak velké množství postižené tkáně se dokáže samovolně zhojit (Schein, 2011).

Infekce nekrózy je závažná komplikace, dochází k ní asi ve 40 – 70 % případů a znamená zvýšení rizika mortality až na 50 %. Léčba infikované nekrózy (případně značně rozsáhlé sterilní nekrózy) trvá zpravidla až několik měsíců a je doprovázena řadou akutních komplikací. Tento stav je zejména z důvodu svého dlouhého trvání pro pacienta velmi vyčerpávající a může dojít ke snížení proteinových rezerv do takové míry, že je pacient ohrožen na životě. Po celou dobu léčby i rekonvalescence je tedy nezbytná důsledná nutriční podpora (Havel, 2004).

1.2 Výskyt

Akutní pankreatitida se svým výskytem neřadí na přední místa mezi chorobami. Pacienti s akutní pankreatitidou tvoří přibližně 1 – 2 % pacientů hospitalizovaných na chirurgických odděleních (Dobiáš, 2012). Dostupné zdroje udávají různá množství nových případů v České republice za rok. Jedny zdroje uvádí počet 20 – 50 nemocných na 100 tisíc obyvatel za rok (Šimek, 2005; Gürlich, 2006). Podle druhých zdrojů je výskyt 5 – 20 nemocných na 100 tisíc obyvatel za rok (Havel, 2004; Stibůrek, 2007; Svačina, 2010). Všechny výše uvedené zdroje se shodují na tom, že přibližně ve 20 – 30 % má nemoc charakter těžké akutní pankreatitidy s mortalitou kolem 30 %. Celková průměrná úmrtnost na pankreatitidu všech typů je kolem 5 %. (Lukáš, 2007;

Špičák, 2010). Akutním zánětem slinivky břišní nejčastěji onemocní lidé ve věku 50 – 55 let (Šimek, 2005).

Těžkou formou akutní pankreatitidy podle celosvětových studií trpí častěji muži než ženy. U mužů je také častější příčinou onemocnění nadměrná konzumace alkoholu, u žen jsou častější příčinou žlučové kameny (Swaroop, 2004).

Výskyt akutní pankreatitidy má v posledních letech vzestupnou tendenci, ale vysvětlení tohoto jevu je obtížné. Celkově se totiž snižuje průměrná konzumace alkoholických nápojů a stejně tak se snižuje věk pacientů podstupujících cholecystektomii. Vysvětlením by mohla být lepší diagnostika a způsob sběru dat (Špičák, 2010). Další příčinou mohou být dramatické změny ve výživě obyvatelstva, především jde o vzrůstající spotřebu vysoce kalorické stravy s vysokým podílem živočišných tuků (Lukáš, 2007).

1.3 Příčiny

Nejčastějšími etiologickými faktory akutní pankreatitidy jsou cholelithiáza a nadměrný konzum alkoholu (Havel, 2004; Lukáš, 2007; Kasper, 2009; Svačina, 2010; Šimek, 2005; Špičák 2005). Dohromady jsou tyto dva faktory podle výše uvedených zdrojů příčinou vzniku akutní pankreatitidy v 80 % případů. Nejčastěji je uváděn poměr 3:1 ve prospěch cholelithiázy. Asi v 10 % případů zůstává příčina onemocnění nezjištěná a označuje se jako idiopatická. Mezi vzácnější příčiny se řadí poranění dutiny břišní, vývojové anomálie pankreatu, léky, hyperparathyreóza a urémie. Může vzniknout i iatrogeně po ERCP (endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie) (Lata, 2010).

Všechny prokázané či předpokládané etiologické faktory akutní pankreatitidy jsou shrnuty v tabulce 1.

Tabulka 1: Etiologické faktory akutní pankreatitidy

Toxicko-metabolické faktory	<ul style="list-style-type: none">• Alkohol• Hypertriglyceridemie, hyperlipidemie typu I, IV, V• Urémie, hyperkalcemie u hyperparathyreoidismu• Léky (např. azathiopron, sulfonamidy, thiazidy, estrogeny)
Vaskulární faktory	<ul style="list-style-type: none">• Oběhové selhání• Hypotermie• Periarteritis nodosa (zánět stěny cévní)
Mechanické faktory	<ul style="list-style-type: none">• Žlučové kameny (reflux duodenální šťávy a žluči při zaklíněném žlučovém kamenu)• Abdominální traumata• ERCP• Nádory pankreatu a Vaterovy papily• Divertikl duodena• Anomálie pankreatu (pankreas divisum, duodenální divertikl)• Peptický vřed s penetrací do pankreatu
Infekce	<ul style="list-style-type: none">• Bakterie (E. coli, Legionella, tyfus, cholera)• Mykoplazmové infekce• Viry (parotitida, coxsackie viry, adenoviry, hepatitida A, HIV, varicela)
Idiopatická pankreatitida	

Zdroj: Lukáš, 2007, s.153

Nespornou příčinou biliární pankreatitidy je přítomnost žlučových kamenů. Žluč je toxická pro parenchym slinivky a za určitých podmínek, kdy dojde k nižšímu tlaku v pankreatickém vývodu než je ve žlučovodu, může dojít k jejímu proniknutí do žlázy. Alkohol zase působí toxicky na metabolismus buněk pankreatu a aktivuje produkci enzymů, které způsobují samonatravení tkáně parenchymu slinivky, dále zvyšuje

kyselost žaludeční sekrece a způsobuje nadměrnou sekreci pankreatické šťávy (Lata, 2010).

V České republice neexistuje mnoho relevantních údajů týkajících se etiologie akutní pankreatitidy. Špičák (2005) udává shrnutí výsledků získaných na třech pražských chirurgických klinikách v období 1992 – 1993. V tomto období zde bylo hospitalizováno 111 nemocných s akutní pankreatitidou, z nichž 37 % bylo biliární, 27 % alkoholické a 36 % jiné etiologie. V dalším období, do roku 1996, se získávaly údaje ze čtyř pražských chirurgických klinik. Z 560 nemocných s akutní pankreatitidou bylo 40 % biliární, 44,6 % idiopatické, 9,1 % alkoholické a 6,3 % jiné etiologie. Vysoký podíl pankreatitidy neznámého původu se přisuzuje tomu, že se v akutní fázi onemocnění nedostatečně pátralo po biliární a alkoholické etiologii.

V tabulce 2 pro srovnání uvádím hlavní příčiny akutní pankreatitidy ve čtyřech vybraných státech Evropy.

Tabulka 2: Příčiny akutní pankreatitidy ve vybraných státech Evropy

Stát	Biliární	Alkoholická	Jiná
Německo	34,9 %	37,9 %	27,2 %
Maďarsko	24 %	60,7 %	15,3 %
Itálie a Řecko	60,3 %	13,2 %	26,5 %

Zdroj: Časopis lékařů českých, 2006, roč. 145, č. 6, s. 437

1.4 Klinický obraz

Klinický průběh se u těžké a lehké formy nemoci výrazně liší. U lehčí formy může být klinický obraz vcelku normální, je zde přítomna pouze bolest břicha v pupeční

oblasti. Bolest je nejčastěji vyvolána konzumací tvrdého alkoholu, dietní chybou nebo kombinací obou (Lukáš, 2007).

Pacient stížen těžkou formou akutní pankreatitidy je zchvácený, neklidný, pokrytý studeným potem, nápadná je celková bledost kontrastující s červenou barvou obličeje. Pro těžkou formu onemocnění je typická prudká trvalá bolest vzniklá v nadbřišku, většinou vyzařující do mezogastria, do bederní krajiny, do levého epigastria nebo do levého boku až k lopatce a rameni. Bolest vzniká náhle a je později provázena zvracením, které nepřináší nemocnému úlevu. Ve zvracích jsou přítomny zbytky jídla s příměsí žluči. Dochází k zástavě střevní peristaltiky. Časným příznakem těžké formy je zrychlená tepová frekvence, zrychlený dech, nízký krevní tlak a horečka. Dále dochází k rozvoji hypovolemického šoku, který vede k selhání ledvin s oligourií nebo anurií. Velmi rychle dochází k ochabnutí svaloviny střeva a zhoršení funkce plic, pacient je dušný a cyanotický. Rozvíjí se syndrom akutní respirační tísně (ARDS). Vzniká takzvané „mramorování“, kdy se kůže v tříslech a v okolí pupku zbarvuje do modra až žlutě, to je projevem poruchy krevního oběhu. Hemoragicko – nekrotický zánět je charakteristický pro těžký průběh nemoci s vysokou mortalitou. Závažným příznakem je psychická alterace (zmatenost). Zcela ojediněle jsou zaznamenány případy bezbolestného průběhu akutní pankreatitidy, která končí fatálně. Na příčinu takového úmrtí se přijde až při pitvě (Dítě, 2007; Šváb, 2007).

Nejspolehlivějším ukazatelem pro určení toho, zda se jedná o akutní pankreatitidu, je zvýšená hladina amyláz a lipáz v krvi. Hladina amyláz v krevním séru je zvýšena až o 95 % a je možné ji prokázat již po jedné hodině od počátku onemocnění. Neexistuje však vztah mezi výší hladiny amyláz a typem pankreatitidy (lehká/těžká). Dále je onemocnění obvykle spojeno s hypokalcémií a poruchou glycidové tolerance (Kasper, 2009; Šváb, 2007).

1.5 Léčba

Léčba akutní pankreatitidy byla v minulosti poměrně kontroverzním tématem. S prohlubujícím se lékařským povědomím o této nemoci došlo ke stanovení obecně přijímaného konsenzu a drobné přetrvávající rozpory se týkají jen několika málo bodů léčby. Při rozhodování, jaký druh léčby je pro pacienta nejvhodnější, hraje nejdůležitější roli jeho klinický stav. Primárně se v současnosti vždy uvažuje o možnosti konzervativní léčby, se kterou je spojeno méně komplikací. V posledních dvaceti letech doznala léčba značných úspěchů, což se odrazilo v poklesu celkové mortality. Nicméně patogenese tohoto onemocnění není ještě zcela objasněna a dostupné poznatky je potřeba neustále aktualizovat (Špičák, 2003; 2011).

Akutní pankreatitida je závažným onemocněním, které vyžaduje intenzivní terapii na odděleních speciálně zaměřených na tuto problematiku. Pacienti jsou hospitalizováni především na jednotkách intenzivní péče, chirurgických a interních odděleních, ve velmi těžkých případech a při rozvoji komplikací též na jednotce intenzivní metabolické péče (Lata, 2010).

Cílem léčby je zabránění nebo snížení enzymové syntézy a sekrece. Toho ale nelze plně docílit žádným způsobem léčby (Kasper, 2009).

Podle Lukáše (2007) se současná terapie akutní pankreatitidy opírá o tyto základní pilíře:

1. Konzervativní léčba, která se zakládá na následujících opatřeních:

- a) *Volumoresuscitace*, která představuje základ konzervativní terapie, spočívá v aplikování velkého množství tekutin parenterální cestou ve formě infuzních roztoků. Účelem volumoresuscitace je zlepšení mikrocirkulace a prevence rozvoje šoku. Celkové množství tekutin se pohybuje v rozmezí 5 – 15 litrů za den.
- b) *Analgetická léčba*, která slouží k tlumení bolesti. U 10 – 20 % pacientů bolesti recidivují.

- c) *Vyloučení příjmu potravy per os.* Aplikuje se nasogastrická sonda, kterou je odsáván žaludeční obsah.¹
- d) *Výživa.* Zpočátku onemocnění a u jeho těžkých forem je výživa podávána parenterální cestou, jakmile to stav pacienta dovolí, nastupuje výživa enterální.
- e) *Antiulcerózní léčba* jako prevence vzniku stresového vředu.
- f) *Antibiotika*, která jsou aplikována při infekčních komplikacích.
- g) *Protišoková léčba*, které se nejvíce uplatňuje při rozvoji šokového stavu a multiorgánovém selhání.

2. **Endoskopická léčba**, která je prováděna u pacientů s akutní biliární pankreatitidou se známkami obstrukce žlučových cest.

3. **Chirurgická léčba**, která je indikována u infikované nekrózy pankreatu v případě, že pacient nereaguje na konzervativní léčbu a dochází k rozvoji sepse, dále při abscesu, pseudocystě a ischemii okolních orgánů.

Diskutovaná je otázka pozitivního účinku probiotik na průběh nemoci. V roce 2002 byla publikována maďarská studie, která se zabývala vlivem podávání probiotik na rozvoj pankreatické nekrózy a abscesu. Dle výsledků byl prokázán jejich pozitivní vliv. Studii ovšem bylo vytýkáno několik systémových nedostatků (Stibůrek, 2007). V České republice se výzkumem vlivu probiotik při léčbě akutní pankreatitidy zabývali lékaři brněnské fakultní nemocnice. Výsledky studie neprokázaly pozitivní vliv probiotik na mikrobiální osídlení ani délku hospitalizace pacienta (Lata, 2010b).

¹ pozn.: Podle Špičáka (2003) nebyla účinnost nasogastrické sondy a absence perorálního příjmu potravy ve smyslu ovlivnění průběhu pankreatitidy nikdy prokázána. Naopak tvrdí, že tento postup podporuje rozpad střevní bariéry a tím usnadňuje průnik bakterií, které jsou jedním z patogenních faktorů akutní pankreatitidy.

1.6 Dietní opatření

Akutní zánět slinivky břišní je onemocnění ohrožující život a vyžadující plnou parenterální výživu. Infuzemi se upravuje stav vnitřního prostředí (Svačina, 2008b, s. 209). Dříve se doporučovalo u akutní pankreatitidy po dobu prvních 4 až 7 dnů podávat výživu parenterálně, pak se pomalu začínalo s orálním příjmem potravy s omezením tuku. V současnosti panuje názor, že enterální výživa je výhodná již od počátku onemocnění, a to dokonce i u případů těžké akutní pankreatitidy. Již v prvních dnech je možné společně s enterální výživou podávat i malé množství tuku. Pro těžkou akutní pankreatitidu je typická rychle se rozvíjející stresová malnutrice, proto by enterální výživa měla být zavedena během prvních 24 – 48 hodin od propuknutí nemoci. Bylo prokázáno, že časná enterální výživa brání atrofii střev a zlepšuje bariérovou funkci střevní sliznice, místní imunitu a významně omezuje riziko pozdních infekčních komplikací (Svačina, 2010; Swaroop, 2004; Urbánek 2010).

Kromě samotné výživy je nutná časná a důsledná péče o hydrataci a vnitřní prostředí (iontová a volumová resuscitace). Je potřeba monitorovat především centrální žilní tlak a diurézu, dále pak pravidelně sledovat stav vnitřního prostředí (Kotrlíková, 2009).

Enterální výživa se podle způsobu podávání rozděluje na sipping (speciální přípravky určené k popíjení), podávání nasogastrickou nebo nasojejunální sondou či perkutánní endoskopickou gastrostomií, případně jejunostomií. Plná parenterální výživa přináší u pacientů s akutní pankreatidou jistá rizika. Nejzávažnějším rizikem je, že při úplném vyřazení funkce střeva může dojít k přesunu bakterií do okolí slinivky břišní a následně může hrozit sekundární infekce nekrotických ložisek. Proto se jako výhodná jeví kombinace parenterální výživy s časnou enterální výživou podávanou cestou nazojejunální sondy, a to alespoň v malém množství (10 - 20 ml/h). Při akutní pankreatidě stoupá základní energetická potřeba až o 60 %. Obezřetnost je zprvu vhodná v případě použití tukové emulze, která by měla činit 15 – 30 % energetického příjmu. Důležitá je i suplementace aminokyselin (Kotrlíková, 2009; Urbánek, 2010).

Dávka enterální výživy se pomalu zvyšuje a tento typ výživy nahrazuje postupně výživu parenterální. V případě pacientů, u kterých je zjištěna těžká forma akutní pankreatitidy, je nutné perorální přísun stravy oddálit do té doby, než budou schopni ji tolerovat. Dobu podávání enterální výživy proto prodlužujeme na 6 týdnů až 3 měsíce. Pokud se u pacienta neobjeví teplota či vysoká hodnota zánětlivých ukazatelů, je možné ho propustit do domácí péče, kde je podávána tzv. domácí enterální výživa. Po určité době je možné, aby se pacient navrátil k dietní stravě přijímané ústy (Kohout, 2007).

Při návratu k orálně podávané stravě je nutné si uvědomit, že počáteční fáze pankreatické diety (jak dieta přísná pankreatická, tak pankreatická dieta s 20 či 40 g tuku) pacientům nepřináší dostatek energie a bílkovin a při dlouhé době podávání by mohlo dojít k rozvoji podvýživy. U všech pacientů je vhodné sestavit a propočítat individuální jídelní plán. Když se zdá, že je množství stravy, kterou pacient požívá nedostatečné, je nutné mu přidat energii, bílkoviny a další živiny jinou cestou, například formou enterální výživy. Kombinace enterální výživy a pankreatické diety je náročná a v takovém případě se doporučuje intervence nutričního terapeuta a lékaře specialisty (Kohout, 2007).

Současná dietní léčba tedy ve shrnutí vypadá tak, že po přijetí pacienta jsou zavedena opatření sloužící k co největšímu omezení stimulace slinivky břišní a vyloučení všech podnětů, které vyvolávají sekreci pankreatické šťávy s enzymy. Žaludeční sekrece je tlumena podáváním léků nebo odsáváním žaludečního obsahu. Naordinována je úplná hladovka, následkem které může dojít k rychlému vyčerpání organismu. Proto je nutné podávat umělou výživu do tenkého střeva nebo do žilního systému. Výhodná je i kombinace obou způsobů. Po uklidnění akutního stavu se začíná opatrně podávat strava podle jednotlivých stupňů pankreatické diety. První stupně diety je ještě nutné doplnit enterální výživou, protože normální strava nemůže pokrýt potřebné množství energie a bílkovin. Po celou dobu platí přísný zákaz alkoholu (Kohout, 2007).

1.6.1 Pankreatická dieta

Základem léčby zánětu slinivky břišní je správně sestavená dieta. Dietu je třeba vždy sestavit individuálně podle konkrétního zdravotního stavu a stravovacích zvyklostí pacienta. Vždy po zklidnění akutního stavu pacienta je potřeba začít s popíjením slabého oslazeného čaje po lžičkách. Pak následuje naordinování pankreatické diety, která se člení na jednotlivé stupně podle období onemocnění. Každé období, od přechodu z jednoho stupně diety do dalšího, může být různě dlouhé, vše záleží na zdravotním stavu pacienta.

Jídlo by mělo být podáváno v menších dávkách častěji během dne. Vhodnými technologickými postupy při přípravě jídel jsou vaření, dušení, pečení v alobalu bez tuku, v horkovzdušné troubě, na teflonovém nádobí. Jídla by měla mít měkkou konzistenci, měla by být lehce stravitelná a pacient by měl dbát na důkladné rozkousání. Příjem tekutin by se měl vždy pohybovat v rozmezí 2 – 3 litrů denně (Marečková, 2004).

Níže uvádím jednotlivé stupně pankreatické diety podle Kohouta (2007) a Svačiny (2008a).

- **První stupeň – šlemová polévka**

Po období pití čaje se začíná do jídelníčku zařazovat na oběd a večeři takzvaná šlemová polévka. Ta může být z vloček, krup či rýže. K čaji mohou být přidány suchary, později starší vodové pečivo – houska, rohlík, žemle. Ke svačině se může podat ovocný kysel nebo ovocné pyré.

- **Druhý stupeň – Dieta s 20 g tuků (přísná pankreatická)**

Tato dieta vzhledem ke své energetické a biologické neplnohodnotnosti nemůže být podávána dlouhodobě (většinou 2 – 3 dny) a živiny musí být stále doplňovány jinou formou výživy. Pacient na tuto dietu přechází v případě, že dobře snáší šlemovou polévku. Dieta je převážně sacharidová, obsahuje 250 g sacharidů, 30 g bílkovin a 20 g tuků. Technologický postup přípravy pokrmů musí být co nejšetrnější čili vaření, dušení, pečení bez tuku. Strava je nejprve v kašovitě formě. Rozšiřuje se výběr jemné zeleniny, bílkoviny jsou převážně rostlinné, maso a mléčné výrobky se zatím nepodávají. Dále se zařazují i těstoviny, pokrmy se zahušťují nasucho opraženou moukou, solí se mírně a koření bylinkami (bazalka, petržel). Po několika dnech této diety se plynule naváže na přechodné období, kdy se postupně začíná zařazovat vaječný bílek, netučné mléčné výrobky a libová masa.

Mezi nevhodné potraviny patří maso, uzeniny, mléčné výrobky, tuky, vývary, pokrmy zahuštěné jíškou či smetanou, luštěniny, knedlíky, ořechy, mák, ovoce, zelenina a koření mimo povolené druhy.

Mezi povolené potraviny patří šlemové polévky, bramborové třeňé polévky, zeleninová nebo citrónová omáčka, brambory, rýže, těstoviny, jablka, banány, ovocné přesnídávky, kompoty – jablečný, broskvový, meruňkový, loupaný švestkový; mrkev, celer, petržel, rajčatová šťáva.

- **Třetí stupeň – Dieta s 40 g tuků (pankreatická)**

V této fázi je obsah tuků zvýšen na 40 g denně a zařazují se i bílkoviny ve formě libového masa, ryb a nízkotučných mléčných výrobků. Množství bílkovin je zvýšeno na 70 g, sacharidy na 275 g denně. Jako tuk je dovoleno používat do již hotových pokrmů čerstvé máslo nebo rostlinný olej. Nadále se pokrmy připravují vařením, dušením a pečením bez tuku. Z vajec se používají pouze bílky. Ze zeleniny je možné zařadit i malé množství tepelně upraveného hrášku, červené řepy, dále hlávkový salát,

rajče nebo salát z mrkve. Z ovoce se tolerují pomeranče, případně různé ovocné šťávy. Vhodné jsou i zakysané mléčné výrobky a sýry do 30 % tuku v sušině. Jako sladkost je možné zvolit piškoty nebo vánočku bez mandlí. Povolena koření jsou pažitka, mletý kmín nebo vývar z něho, bobkový list a vanilkový cukr. Smažené pokrmy, sycené nápoje, silná aromata a pikantní koření jsou nadále nevhodné.

- **Čtvrtý stupeň – Dieta s 60 g tuků (žlučnicková dieta)**

Základem tzv. žlučnickové diety je snížení tuků ve stravě na 60 g denně, zvýšení bílkovin na 80 – 85 g a sacharidů na 300 g denně. Omezení platí především pro tuky živočišné, dále není vhodná úprava pokrmů smažením či opékáním na tuku a zahušťování jíškou. V této fázi diety se zařazuje i volný tuk, který může být rostlinného i živočišného původu. Z živočišných tuků je vhodné máslo. Velmi dobře jsou snášeny zakysané mléčné výrobky, jogurty a sýry do 45 % tuku v sušině. Vynechávají se tučné mléčné výrobky, zrající sýry, majonézy, tučná masa a podobné potraviny. Žloutek se povoluje v množství do půl kusu na den. Nevhodné jsou koření směsi, nadýmavé potraviny (hlavně zelenina jako zelí, květák, kapusta, houby, česnek, papriky, syrová cibule, okurky), luštěniny, ořechy i kynutý knedlík. Z ovoce jsou nevhodné druhy se zrníčky a slupkou (rybíz, maliny, jahody, hrušky, třešně). Moučníky se tolerují pouze ty z piškotového těsta, dále pak tvarohové a želatinové dezerty, pudinky, rýžový nákyp nebo ovocné knedlíky z tvarohového těsta. Jídelníček by měl být pestrý, zajišťující dostatek vitamínů a minerálních látek.

Při rozsáhlém postižení pankreatu může dojít k poruše hospodaření s cukry a vzniku sekundárního (pankreatogenního) diabetu mellitu, pak musí být strava upravena tak, aby množství sacharidů splňovalo i normy pro dietu diabetickou.

1.7 Vliv stravovacích zvyklostí

Akutní pankreatitida vzniká z 80 % na základě požívání nadměrného množství alkoholu, existence žlučového kaménku ve žlučových cestách nebo špatných stravovacích zvyklostí (Havel, 2004; Lukáš, 2007; Svačina, 2010).

Rizikovými faktory pro vznik žlučových kamenů jsou podle mnoha zdrojů (Lata, 2010; Lukáš, 2007; Svačina, 2008a) obezita, vysoká hladina krevních tuků a celkově špatná životospráva, především pak nedostatečná konzumace zeleniny a vlákniny. Lze tedy shrnout, že stravovací zvyklosti v naprosté většině přímo souvisí se vznikem akutní pankreatitidy.

I po úspěšném vyléčení pacienta je vhodné, aby změnil své dosavadní stravovací návyky a dodržoval obecné nebo lékařem stanovené zásady zdravého stravování. Je nutné doživotně omezit konzumaci alkoholických nápojů a dalších škodlivin, které mohou být spouštěcím mechanismem pro opětné propuknutí nemoci. V konečné fázi není nezbytné, aby pacienti po akutní pankreatidě dodržovali speciální diety, ovšem je žádoucí, aby se zamysleli nad svým předchozím životním stylem a pokusili se stravovat podle doporučených zásad. Při jejich respektování je prognóza onemocnění příznivá (Marečková, 2004).

1.8 Prevence

Preventivní opatření můžeme vyvodit ze samotných příčin. Riziko vzniku akutní pankreatitidy lze výrazně eliminovat vhodnou životosprávou s pravidelným stravovacím režimem bez excesů a umírněným konzumem alkoholu. Pro akutní pankreatitidu je rizikovější nárazový příjem alkoholu než jeho průběžná i když nemalá konzumace (Štefánek, 2011). Odstranění žlučnickových kamenů působí preventivně na vznik biliární akutní pankreatitidy.

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Pro výzkumné účely mé bakalářské práce jsem stanovila dva hlavní cíle.

Cíl 1: Zhodnotit stravovací návyky pacientů s akutní pankreatitidou před vypuknutím onemocnění.

Cíl 2: Posoudit, zda se nadměrná konzumace alkoholu podílí významnou měrou na vzniku akutní pankreatitidy.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Pacienti s akutní pankreatitidou dodržovali před vypuknutím onemocnění zásady zdravého stravování.

Hypotéza 2: Většina respondentů konzumovala nadměrné množství alkoholu před tím, než onemocněli akutní pankreatitidou.

Operacionalizace: Tuto hypotézu jsem vyvodila z toho, že abúzus alkoholu je častou příčinou akutní pankreatitidy. Proto předpokládám, že více než 50% respondentů konzumovalo denně 2 a více půllitrů piva nebo dvoudecových skleniček vína nebo velkých panáků destilátu.

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

K vypracování výzkumné části své bakalářské práce jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu. Výzkum jsem realizovala pomocí dotazníkového šetření na lůžkových odděleních 5 různých nemocnic. Dotazník (viz příloha 1) byl anonymní a obsahoval celkem 11 otázek, z toho první 4 otázky byly rozděleny na několik podotázek. Otázky jsem zvolila uzavřené a polootevřené. Otázky v dotazníku byly orientovány především na zmapování stravovacích zvyklostí respondentů, jejich pohybovou aktivitu, konzumaci alkoholických nápojů, předchozí onemocnění a úrazy tak, aby bylo možné zhodnotit pravděpodobné rizikové faktory pro vznik akutní pankreatitidy a to, jakou roli při vzniku tohoto onemocnění hraje způsob stravování a konzumace alkoholu. Provedení dotazníkového šetření a samotné dotazníky byly nejprve schváleny vedením nemocnic a poté byly předány vrchním sestřám na chirurgickém, interním, popř. gastroenterologickém oddělení, které je rozdávaly příslušným pacientům. Respondenti byli nejprve seznámeni se základními informacemi o mně, mé bakalářské práci a účelu, pro který dotazník slouží. Dále byli upozorněni, že dotazník je zcela anonymní.

Výsledky byly následně zpracovány ve statistickém programu SPSS Statistics a pro přehlednost promítnuty do grafů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

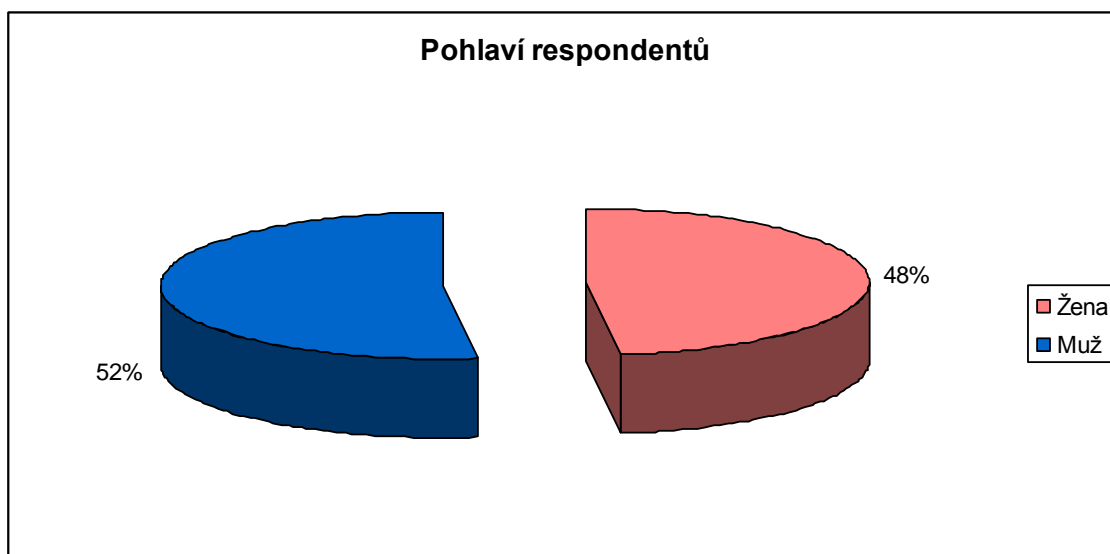
Výzkumný soubor mělo tvořit 30 pacientů obou pohlaví a různých věkových skupin s diagnózou akutní pankreatitida na lůžkových odděleních v Nemocnici České Budějovice a.s., Nemocnici Písek a.s., Nemocnici Tábor a.s., v Thomayerově nemocnici

v Praze a v Nemocnici Znojmo. Dotazníkové šetření probíhalo v období od listopadu 2012 do března 2013. Do každé nemocnice bylo rozdáno 10 dotazníků, celkem bylo rozdáno 50 dotazníků. Vráceno bylo 28 vyplněných dotazníků, celková návratnost tedy činila 56 %, z toho byl ale 1 dotazník vyřazen pro neúplnost, takže pro výzkumné účely mé bakalářské práce bylo použito 27 dotazníků (54 %). Nízká návratnost byla ovlivněna tím, že pacienti s akutní pankreatitidou tvoří jen malé procento ze všech nemocných na uvedených odděleních, neboť tato diagnóza není příliš častá. Dále také sehrál roli celkový stav pacientů, jež v mnoha případech nebyli ochotni nebo schopni pro svůj stav dotazník vyplnit.

4 VÝSLEDKY

4.1 Vyhodnocení dotazníkového šetření

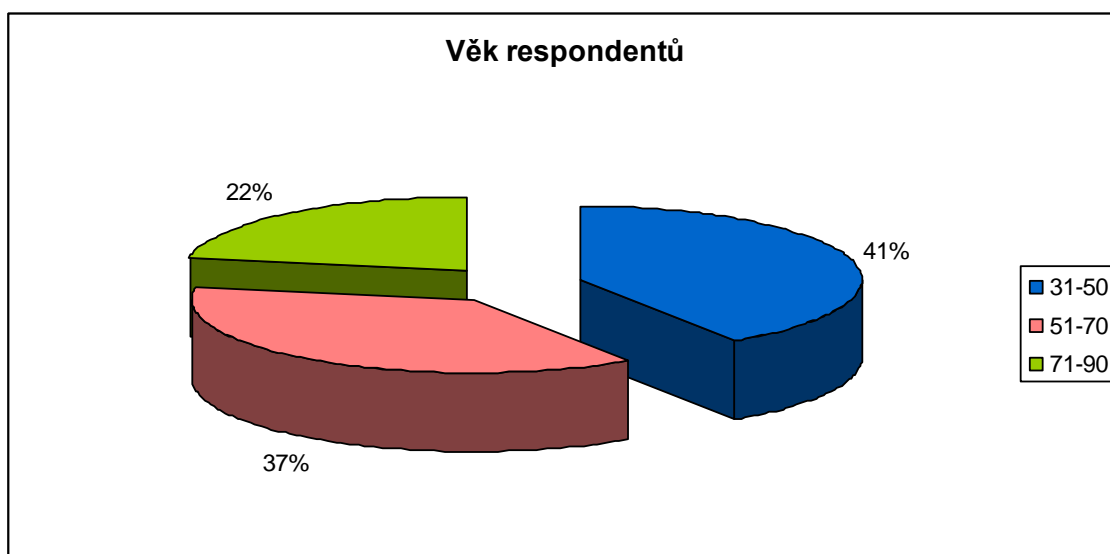
Graf 1: Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 27 respondentů (100 %) bylo 14 mužů (52 %) a 13 žen (48 %).

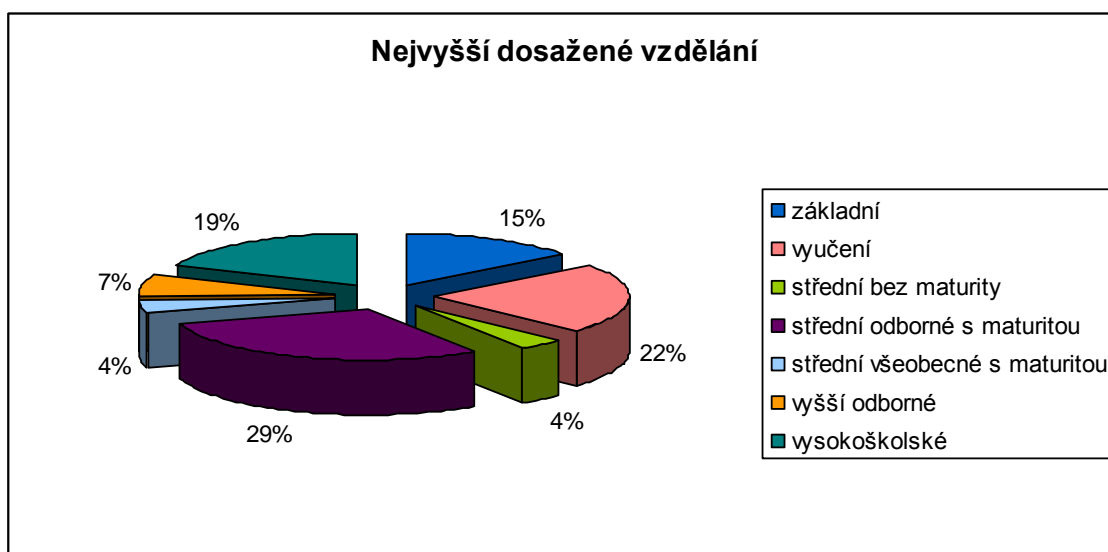
Graf 2: Věk respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 27 respondentů (100 %) byla nejvíce zastoupena věková kategorie od 31 do 50 let, a to 11 respondenty (41 %), dále pak kategorie od 51 do 70 let s 10 respondenty (37 %) a 6 respondentů (22 %) spadalo do věkové kategorie od 71 do 90 let.

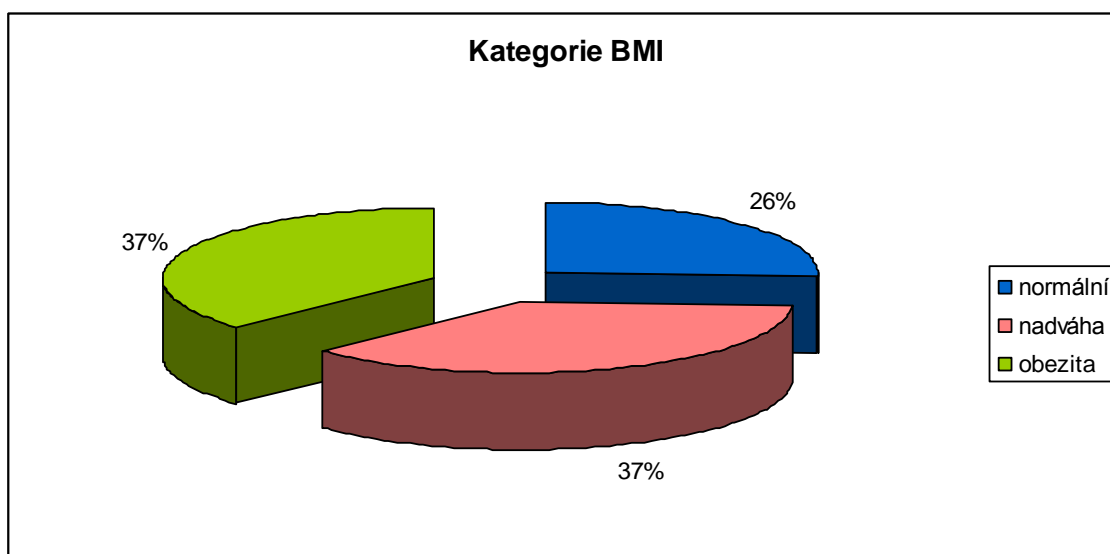
Graf 3: Vzdělání respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 27 respondentů (100 %) uvedlo 8 respondentů (29 %) vzdělání střední odborné s maturitou, 6 respondentů (22 %) uvedlo vyučení, 5 respondentů (19 %) mělo vysokoškolské vzdělání, 4 respondenti (15 %) uvedli základní vzdělání, 2 respondenti (7 %) měli vyšší odborné vzdělání, 1 respondent (4 %) uvedl středoškolské vzdělání bez maturity a 1 respondent (4 %) uvedl všeobecné středoškolské vzdělání s maturitou.

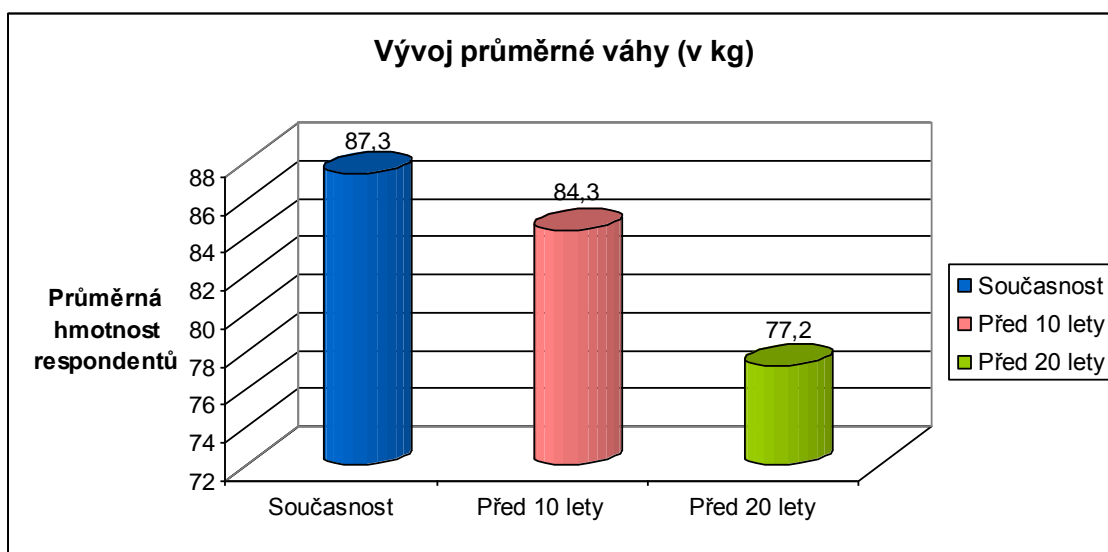
Graf 4: Body Mass Index respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazník obsahoval dvě otázky na současnou váhu a výšku respondentů. Zjištěné údaje byly dosazeny do vzorce pro výpočet Body Mass Indexu (BMI), tedy hmotnost v kilogramech se vydělila druhou mocninou výšky v metrech. Z celkového počtu 27 respondentů (100 %) spadalo 10 respondentů (37 %) do kategorie obézních, 10 respondentů (37 %) se zařadilo do kategorie nadváha a 7 respondentů (26 %) splňovalo limit pro kategorii normální váha.

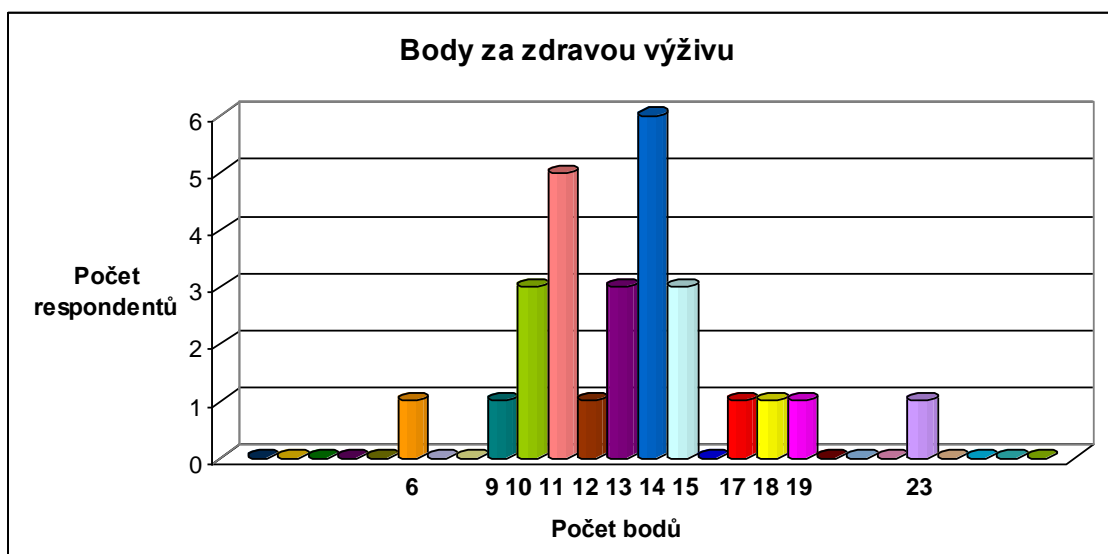
Graf 5: Vývoj průměrné váhy respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf ukazuje vývoj průměrné váhy všech respondentů během posledních 20 let před vypuknutím onemocnění. Graf ukazuje, že průměrná váha respondentů byla před 10 lety o 3 kilogramy nižší a před 20 lety o 10, 1 kilogramu nižší než nyní.

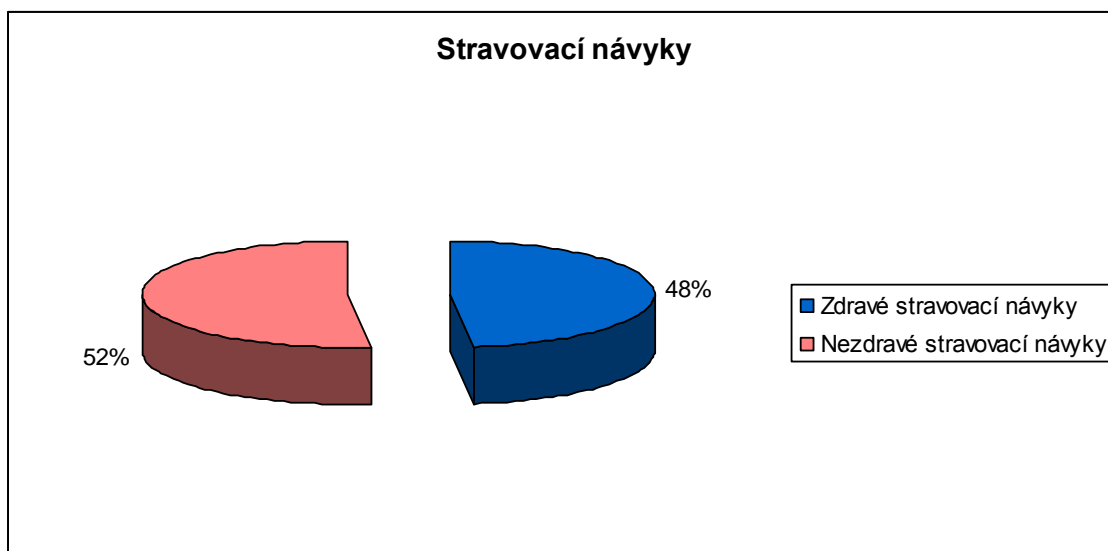
Graf 6: Počet „zdravých“ bodů získaných respondenty



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 1 v dotazníku byla rozdělena na 27 podotázek, z nichž každé odpovědi v podotázce byl přidělen buďto kladný bod (pokud odpověď odpovídala variantě „zdravé“) nebo jí byl přidělen nulový bod (pokud odpověď odpovídala variantě „nezdravé“). Hodnotící kritéria jsou uvedena v příloze 3. Čím více bodů respondenti získali, tím zdravěji se stravovali. Uvedený graf zobrazuje, kolik respondentů získalo určitý počet „zdravých“ bodů. Z celkových 27 respondentů získal nejmenší počet „zdravých“ bodů (6) 1 respondent, nejvíce „zdravých“ bodů (23) získal také 1 respondent. Nejčastěji získali respondenti 14 bodů (6 z 27), dále pak 11 bodů (5 z 27).

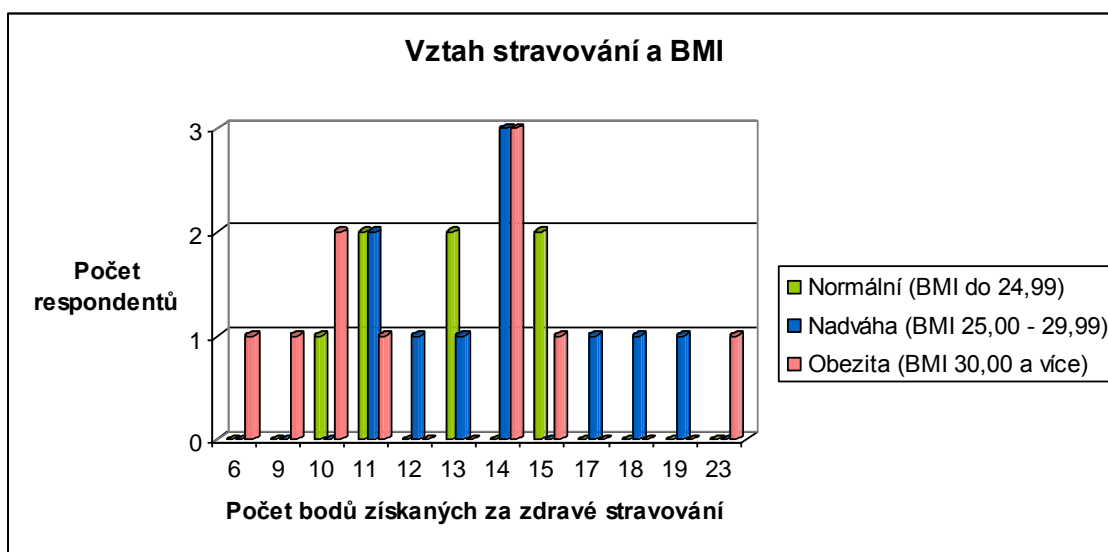
Graf 7: Hodnocení stravovacích návyků respondentů před vypuknutím onemocnění na základě počtu získaných „zdravých“ bodů



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf vychází z grafu 6. Pokud respondent získal 13 a méně bodů z celkových 27 „zdravých“ bodů, byl vyhodnocen tak, že jeho stravovací návyky jsou spíše nezdravé. Ti respondenti, kteří získali 14 a více bodů z celkových 27 „zdravých“ bodů byli vyhodnoceni tak, že dodržují zdravé stravovací návyky. Z celkového počtu 27 respondentů (100 %) dodržuje zdravé stravovací návyky 13 respondentů (48 %), zbylých 14 respondentů (52 %) má převážně nezdravé stravovací návyky.

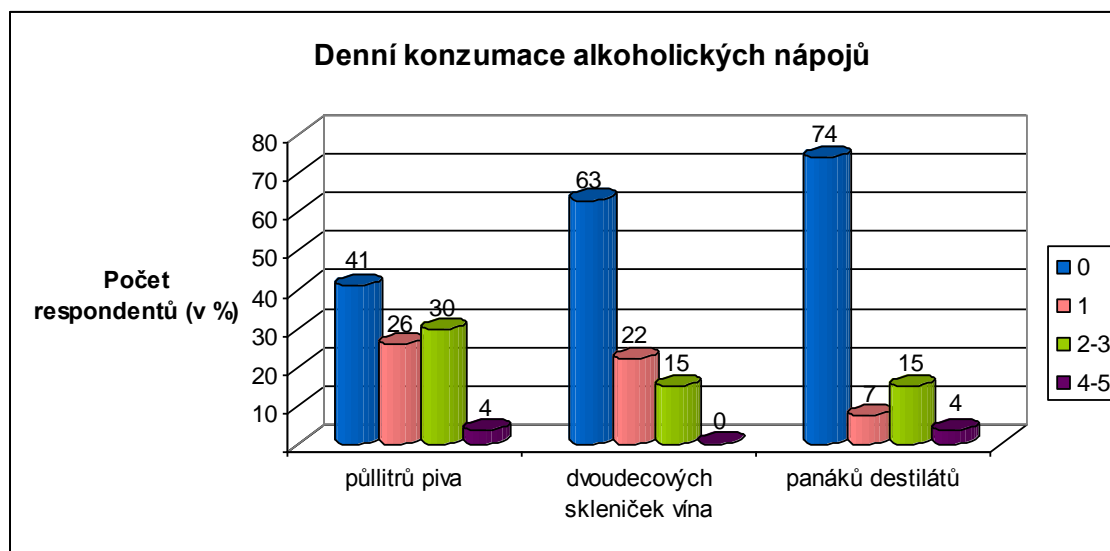
Graf 8: Souvislost Body Mass Indexu respondentů se stravovacími návyky



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf vychází z grafu 4 a grafu 6. Ukazuje vztah mezi hodnotou BMI respondenta a tím, kolik získal „zdravých“ bodů.

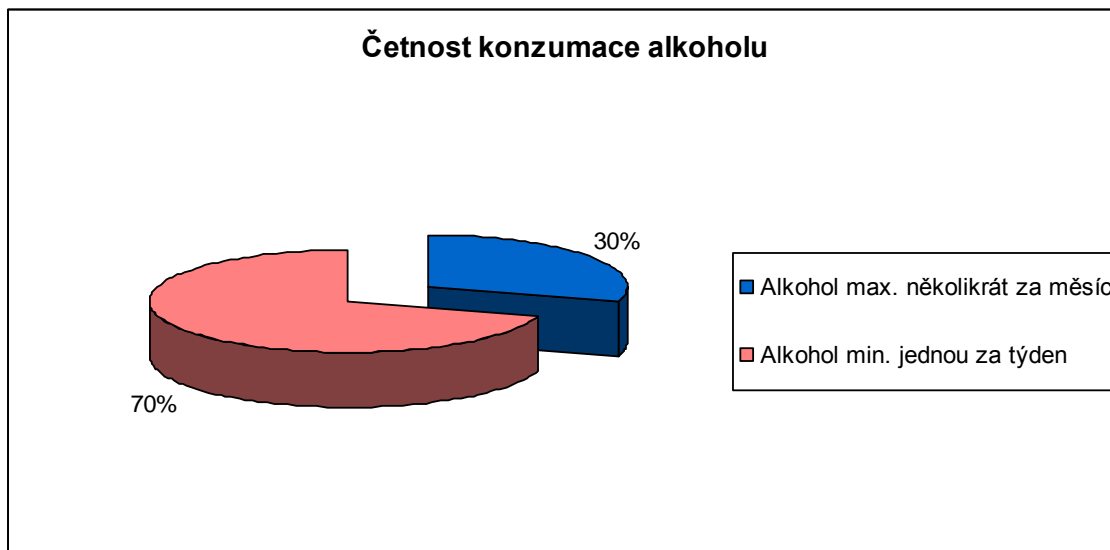
Graf 9: Množství alkoholických nápojů, které respondenti konzumovali před vypuknutím onemocnění



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku kolik půllitrů piva respondenti denně konzumovali odpovědělo 11 respondentů (41 %), že žádný, 7 respondentů (26 %) konzumovalo 1 půllitr piva, 8 respondentů (30 %) konzumovalo 2 – 3 půllitry piva za den a 1 respondent (4 %) 4 – 5 půllitrů piva za den. Celých 17 respondentů (63 %) nepilo žádnou sklenici vína denně, 6 respondentů (22 %) konzumovalo 1 sklenici vína, 4 respondenti (15 %) si denně dopřáli 2 – 3 sklenice vína. 20 respondentů (74 %) uvedlo, že si denně nedali žádného panáka destilátu, 2 z nich (7 %) uvedli, že si denně dají 1 velkého panáka destilátu, 4 respondenti (15 %) si dají 2 – 3 velké panáky a 1 respondent (4 %) konzumuje 4 – 5 velkých panáků destilátu denně.

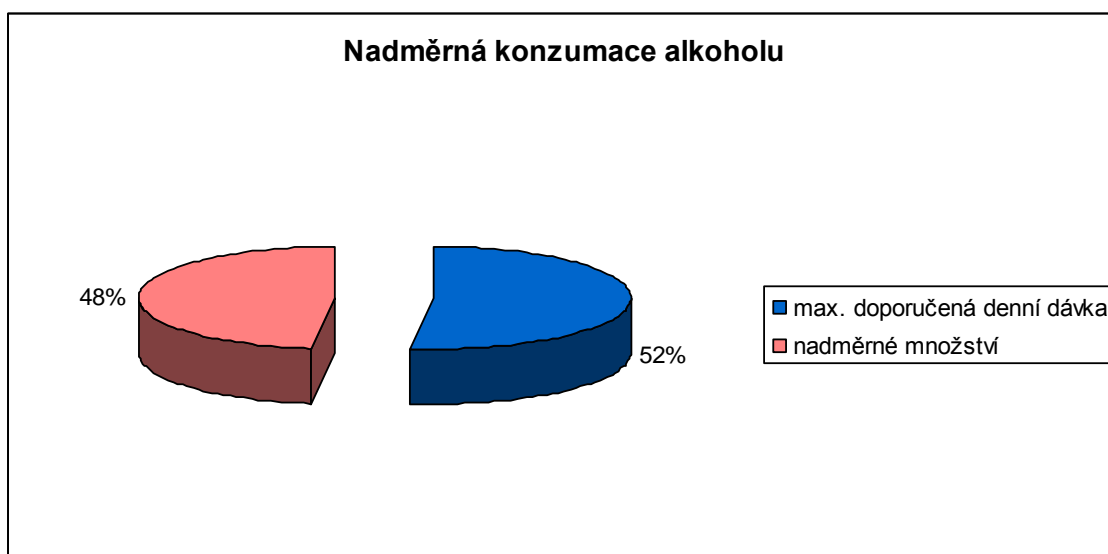
Graf 10: Jak často respondenti konzumovali alkoholické nápoje



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze všech 27 respondentů (100 %) konzumuje 19 (70 %) dotázaných alkohol minimálně jednou za týden, 8 dotázaných (30 %) uvedlo, že si alkohol dá několikrát za měsíc.

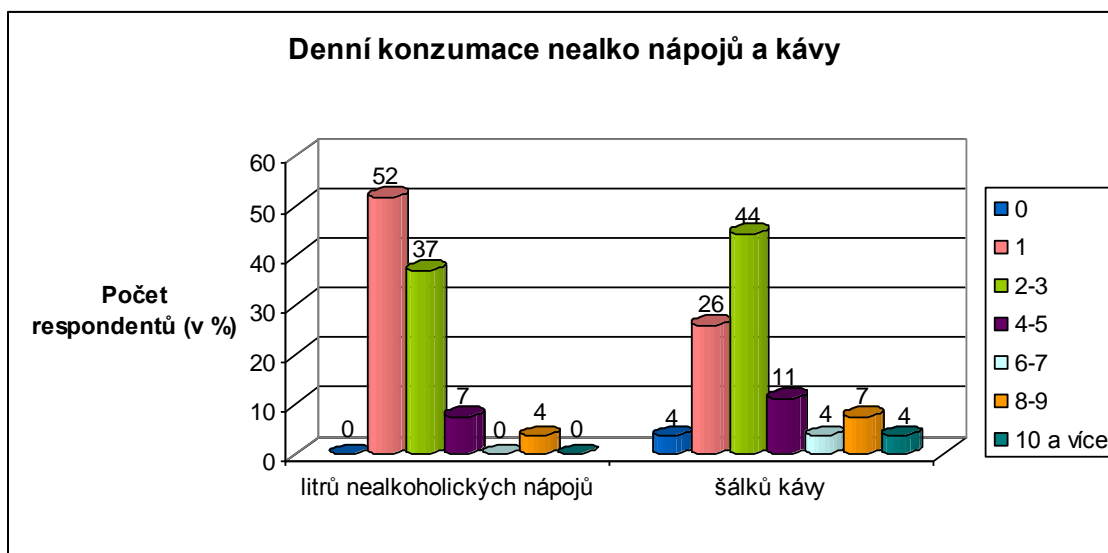
Graf 11: Nadměrná konzumace alkoholických nápojů u respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf je odvozen z grafu 9. Odpovědi respondentů na množství konzumovaného alkoholu byly zhodnoceny z hlediska toho, zda konzumovali celkově více, než je maximální tolerovaná dávka alkoholu za den (1 půllitr piva nebo 1 dvoudecová sklenice vína nebo 1 velký panák destilátu). Z celkového počtu 27 respondentů (100 %) konzumovalo 13 respondentů (48 %) nadměrné množství alkoholu, zbylých 14 respondentů (52 %) konzumovalo maximální tolerovanou denní dávku alkoholu nebo méně.

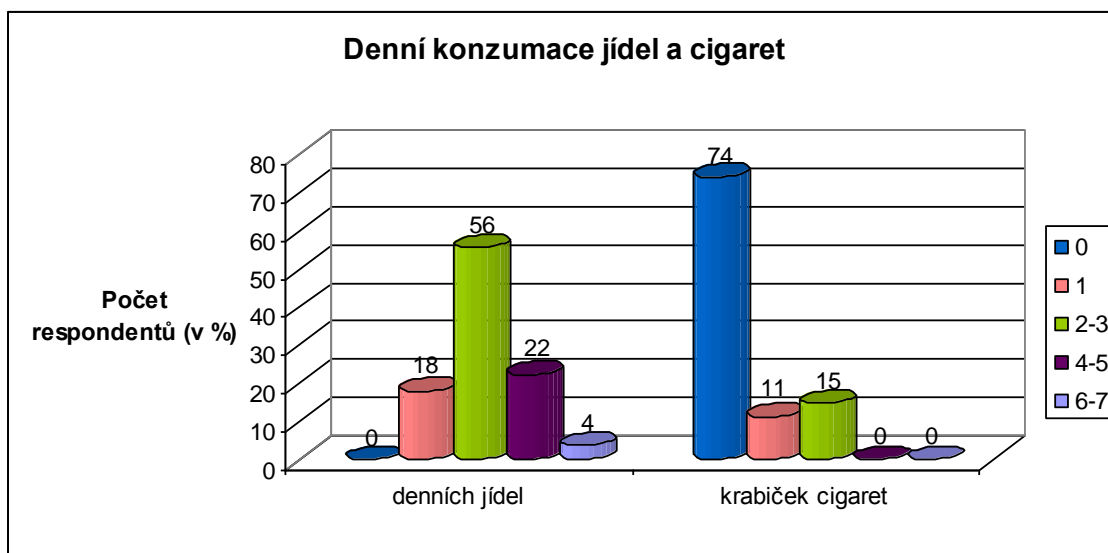
Graf 12: Množství nealkoholických nápojů a šáleků kávy, které respondenti konzumovali před vypuknutím onemocnění



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 27 respondentů (100 %) uvedlo 14 respondentů (52 %), že konzumovali pouze 1 litr nealkoholických nápojů denně, 10 respondentů (37 %) vypilo 2 – 3 litry nealkoholických nápojů denně, 2 dotázaní (7 %) vypili 4 – 5 litrů nealkoholických nápojů denně a 1 respondent (4 %) uvedl, že konzumuje 8 – 9 litrů nealkoholických nápojů denně. Co se týče konzumace kávy, tak nejvíce dotázaných (12 neboli 44 %) uvedlo, že vypije 2 – 3 šálky kávy denně, 7 respondentů (26 %) konzumovalo 1 šálek kávy denně, 3 dotázaní (11 %) vypili 4 – 5 šáleků kávy denně a 2 respondenti (7 %) 8 – 9 šáleků kávy denně. Jeden dotázaný (4 %) uvedl, že nevypil za den žádnou kávu, 1 dotázaný, že vypil 6-7 šáleků kávy a 1 dotázaný pil 10 a více šáleků kávy denně.

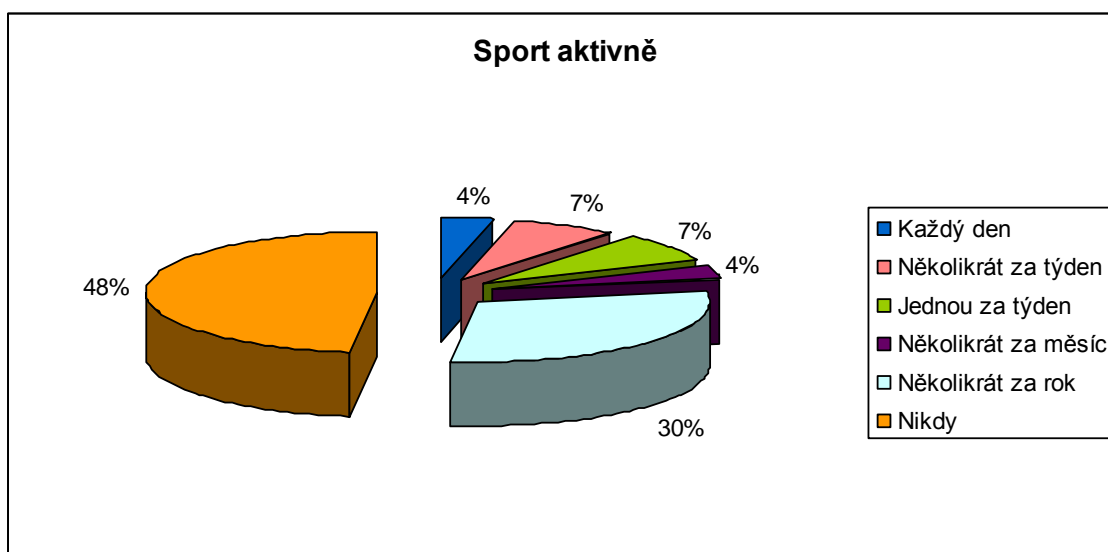
Graf 13: Množství denních jídel a krabiček cigaret, které respondenti konzumovali před vypuknutím onemocnění



Zdroj: Vlastní výzkum

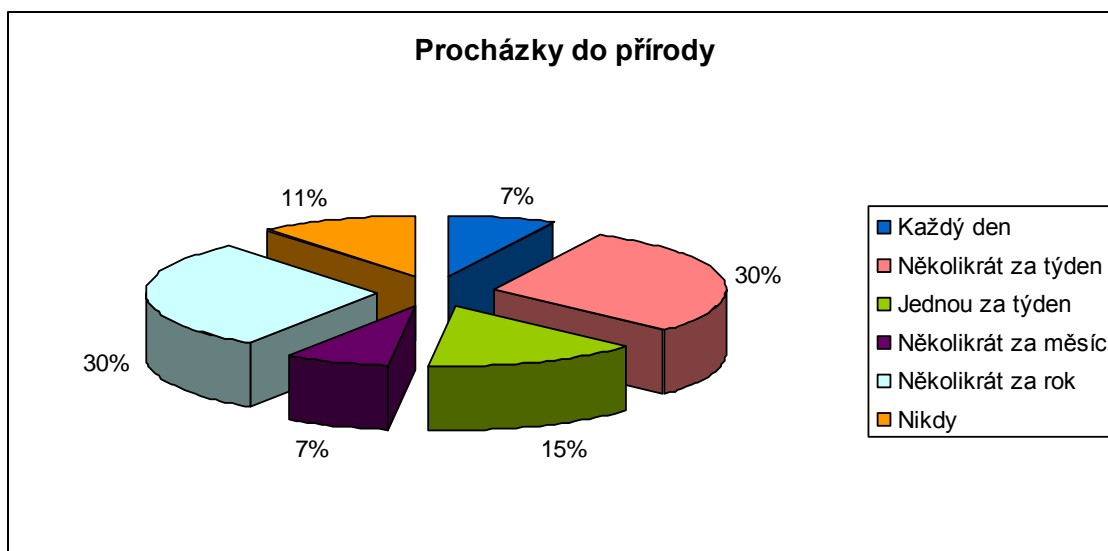
Výsledky ukázaly, že celkem 15 z 27 dotázaných (56 %) konzumovalo 2 – 3 jídla za den, 6 (22 %) mělo denní přísun jídla rozděleno na 4 – 5 dávek, 5 respondentů (18 %) konzumovalo pouze 1 jídlo denně a jeden dotázaný (4 %) uvedl, že denně zkonsumuje 6 – 7 jídel. Ze všech respondentů bylo 20 (74 %) nekuřáků, 3 respondenti (11 %) vykouřili 1 krabičku denně a 4 respondenti (15 %) 2 – 3 krabičky cigaret za den.

Graf 14 - 16: Pohybová aktivita respondentů



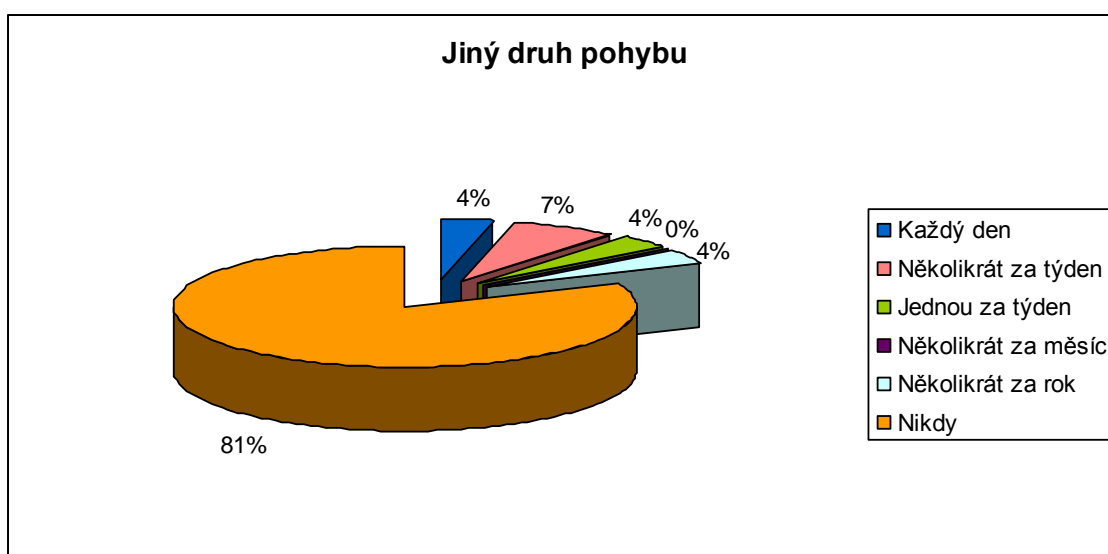
Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 27 respondentů (100 %), uvedlo 13 respondentů (48 %), že nikdy neprovozovali aktivně sport, 8 dotázaných (30 %) provozovalo aktivní sport několiokrát za rok, 1 respondent několiokrát za měsíc, 2 respondenti jednou za týden a 2 respondenti uvedli, že provozovali aktivně sport několiokrát za týden. 1 respondent uvedl, že aktivní sport provozoval každý den.



Zdroj: Vlastní výzkum

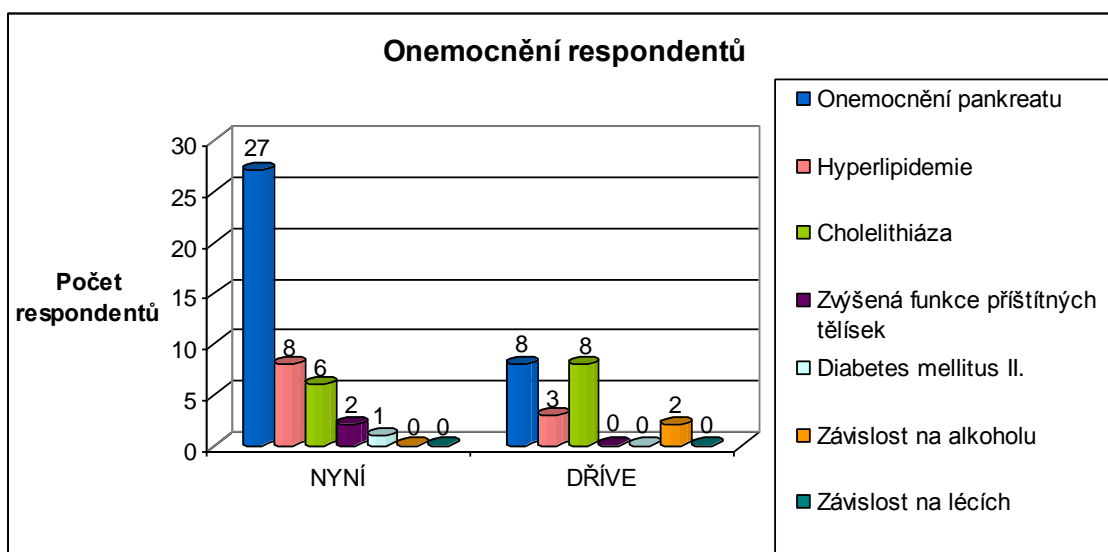
Na vycházky do přírody se denně vydali 2 respondenti (7 %) z celkových 27 dotazovaných (100 %). Několikrát za týden si vyšlo na vycházku 8 z dotázaných (30 %), odpověď jednou za týden uvedli 4 respondenti (15 %), variantu několikrát za měsíc zaškrtnuli 2 respondenti (7 %), 8 respondentů (30 %) uvedlo variantu několikrát za rok a 3 respondenti (11 %) nechodí na procházky do přírody nikdy.



Zdroj: Vlastní výzkum

Celých 22 respondentů (81 %) se nevěnuje jinému druhu pohybu. 1 respondent uvedl odpověď několikrát za rok, 1 respondent zaškrtl odpověď jednou za týden, 2 respondenti se věnují jinému druhu pohybu několikrát za týden a 1 respondent se mu věnuje každý den. Nejčastěji byla jako jiný druh pohybu uvedena jízda na kole.

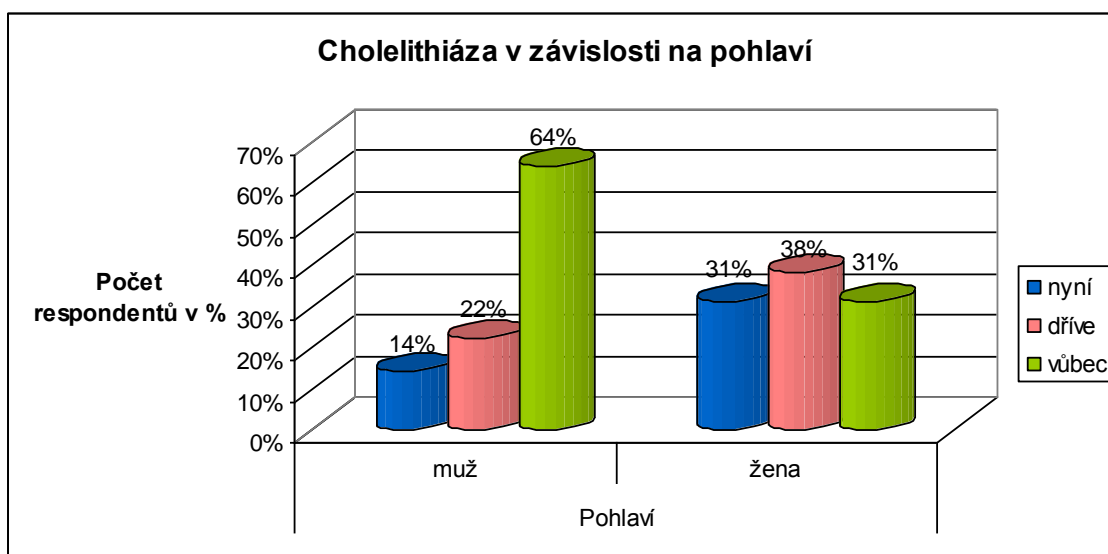
Graf 17: Onemocnění respondentů v současnosti a v minulosti



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf znázorňuje onemocnění, se kterými se respondenti léčili v minulosti a léčí nyní. V současnosti se 27 respondentů (100 %) léčí s onemocněním slinivky břišní, v minulosti prodělalo nějaké onemocnění slinivky břišní 8 respondentů. S hyperlipidemií se nyní léčí 8 respondentů, dříve to byli 3 respondenti. Se žlučovými kameny se nyní léčí 6 respondentů, dříve se s nimi léčilo 8 respondentů. Se zvýšenou funkcí příštítných tělísek se nyní léčí 2 respondenti. Diabetes mellitus 2. typu má nyní 1 respondent a se závislostí na alkoholu se dříve léčili 2 respondenti. Závislost na lécích neuvedl žádný respondent.

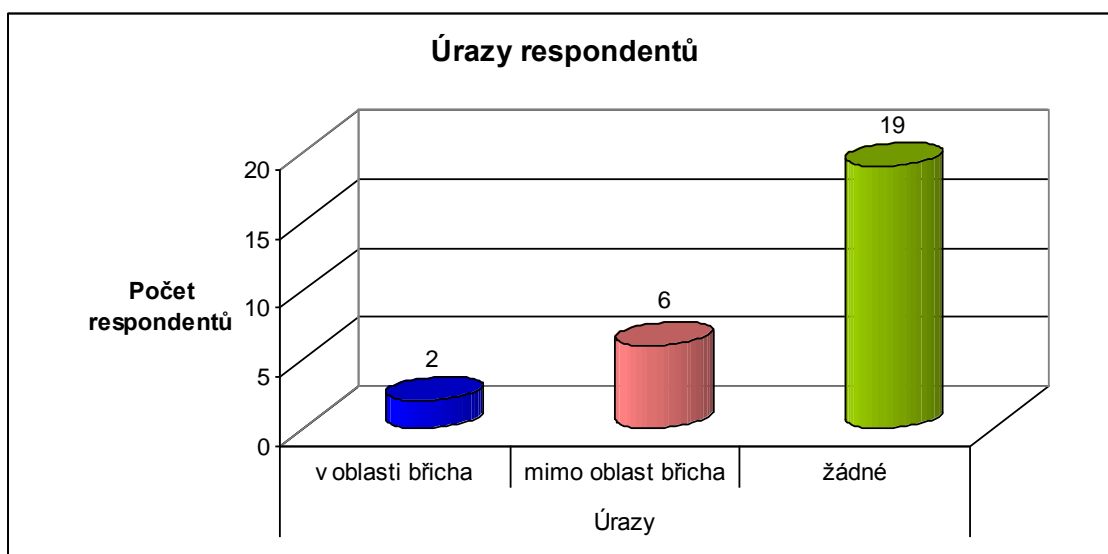
Graf 18: Cholelithiáza v závislosti na pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf je odvozen od předchozího grafu a ukazuje, jak je cholelithiáza závislá na pohlaví. Z celkového počtu 14 mužů (100 %) se 9 mužů (64 %) nikdy neléčilo se žlučovými kameny, 3 muži (21 %) se léčili dříve se žlučovými kameny a 2 muži (14 %) se s nimi léčí nyní. Z celkového počtu 13 žen se nikdy se žlučovými kameny neléčily 4 ženy (31 %), dříve se s žlučovými kameny léčilo 5 žen (38 %) a nyní se s nimi léčí 4 ženy (31 %).

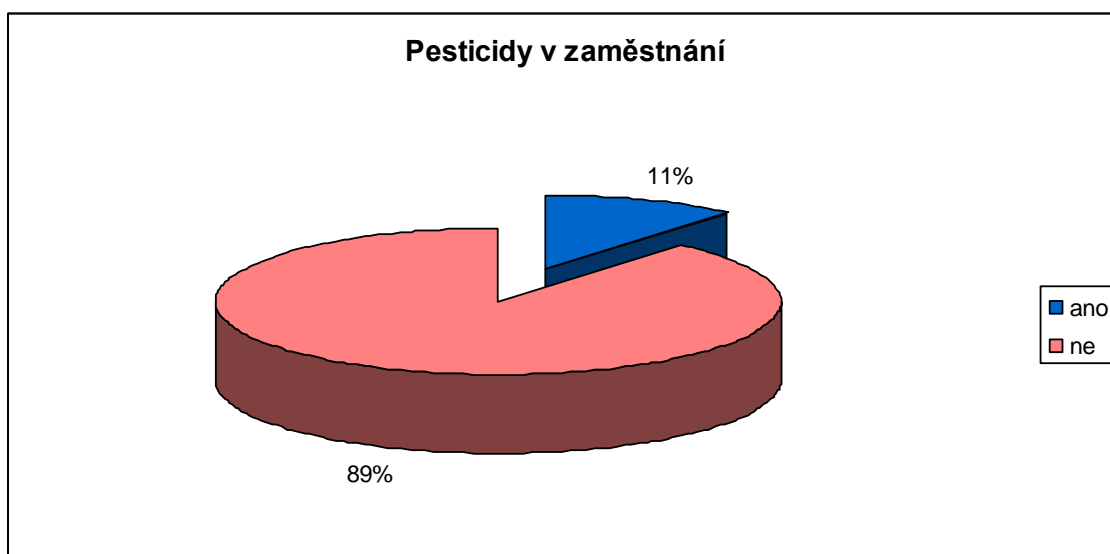
Graf 19: Úrazy respondentů prodělané v současnosti nebo v minulosti



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 18 znázorňuje počet respondentů, kteří někdy v minulosti nebo současnosti utrpěli vážný úraz v oblasti břicha nebo mimo oblast břicha. Celkem 19 respondentů nikdy neutrpělo vážný úraz, 6 respondentů utrpělo vážný úraz mimo oblast břicha a 2 respondenti utrpěli úraz v oblasti břicha.

Graf 20: Pesticidy v současném nebo minulém zaměstnání respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 27 respondentů (100 %) uvedli 3 respondenti (11 %), že pracovali v zaměstnání s pesticidy. Zbýlých 24 respondentů (89 %) v zaměstnání s pesticidy nepracovalo.

5 DISKUZE

Cílem této práce bylo zhodnocení stravovacích návyků pacientů s akutní pankreatitidou a posouzení, zda a se nadměrná konzumace alkoholu podílí významnou měrou na vzniku tohoto onemocnění.

Za výzkumný soubor jsem si zvolila pacienty z pěti různých nemocnic v České republice, kteří byli přijati s diagnózou akutní pankreatitida. Shromáždit dostatečný počet respondentů byl nelehký úkol. Potýkala jsem se jak s neochotou nemocničního personálu, tak s neochotou samotných pacientů dotazníky vyplňovat, což bylo ovšem pochopitelné vzhledem k jejich zdravotnímu stavu. Nakonec se mi podařilo získat správně vyplněné dotazníky od 27 pacientů, 14 mužů a 13 žen (viz graf 1). Nejčastěji se věk pacientů pohyboval mezi 31 – 50 lety (41 %), dále pak mezi 51 – 70 lety (37 %) a nejméně pacientů spadalo do kategorie 71 – 90 let (22 %) (viz graf 2). Věk nejmladšího pacienta byl 36 let a nejstaršího pacienta 89 let. Medián tvořil věk 53 let. Tento výsledek odpovídá očekáváním, neboť i dle dostupných zdrojů (Šimek, 2005) se věk pacientů s akutní pankreatitidou nejčastěji pohybuje mezi 50 a 55 lety. Vzdělání pacientů bylo nejčastěji střední odborné s maturitou (29 %), ale skoro stejnou měrou byli zastoupeni i pacienti s vyučením (22 %) a vysokoškolsky vzdělání (19 %). V menší míře se objevovalo vzdělání základní (7 %), vyšší odborné (7 %), středoškolské bez maturity (4 %) a středoškolské všeobecné s maturitou (4%). Nejčastěji se v otázce na povolání objevovala odpověď „důchodce“ nebo „v domácnosti“ (9 pacientů), dále byli pacienti zaměstnaní ve zdravotnictví, podnikali, pracovali jako řidiči, ve školství, v zemědělství, gastronomii nebo stavebnictví. Celkově lze shrnout, že z hlediska pohlaví, věku, vzdělání a zaměstnání se jednalo o reprezentativní vzorek, neboť všechny skupiny byly zastoupeny poměrně rovnoměrně. Dle mého názoru lze také vyvodit, že onemocnění akutní pankreatitidou není přímo závislé na pohlaví, věku, vzdělání ani zaměstnání.

Otázky č. 7 a 8 v dotazníku (viz příloha 1) byly orientovány na zjištění výšky a váhy respondentů. Na základě těchto údajů jsem vypočítala Body Mass Index (BMI) pacientů. BMI se vypočítá tak, že se současná váha v kilogramech vydělí druhou

mocninou výšky v metrech. Hodnota BMI 18,5 – 24,9 značí normální váhu, pokud vyjde hodnota v rozmezí od 25,0 do 29,9 jedná se o nadváhu a obezita je počítána od hodnoty 30,0 a více. Nejčastěji spadali respondenti do kategorie nadváha a obezita, do každé z kategorií spadalo 37 % pacientů, normální váhu mělo 26 % pacientů (viz graf 4). Tento výsledek může být zkreslen vysokým věkem některých pacientů, nicméně musím zdůraznit, že spíše právě ti mladší pacienti nejčastěji spadali do kategorie obézních. Graf 5 ukazuje, jak se měnila průměrná váha respondentů za posledních 10 a 20 let. Za posledních 10 let se průměrná váha pacientů zvýšila o 3 kilogramy a za posledních 20 let dokonce o 10,1 kilogramu. Zvyšování průměrné váhy respondentů může odrážet postupné zhoršování jejich stravovacích návyků a nedostatečnou pohybovou aktivitu.

Dále jsem se zajímala o stravovací návyky pacientů a chtěla jsem zhodnotit, zda se před vypuknutím onemocnění stravovali spíše zdravě nebo spíše nezdravě. Akutní záchvat nemoci totiž může vyvolat i dietní chyba, a to nejčastěji v kombinaci s konzumací alkoholu (Lukáš, 2007). K tomuto hodnocení jsem využila otázku č. 1 a otázku č. 2 d), e), f) v dotazníku, které byly koncipovány na způsob frekvenčního dotazníku. Otázka č. 1 byla rozdělena na 27 podotázek a) až aa). Odpovědi v otázce 1 měly ukázat, jaké potraviny pacienti před vypuknutím onemocnění nejčastěji konzumovali a také to, v jakém množství je konzumovali. Každé odpovědi v podotázce byl přidělen buďto kladný bod (pokud odpověď odpovídala variantě „zdravé“) nebo jí byl přidělen nulový bod (pokud odpověď odpovídala variantě „nezdravé“). Čím více bodů pacienti získali, tím zdravěji se stravovali. Kritérium pro přidělení „zdravého“ nebo „nulového“ bodu se opíralo o obecná výživová doporučení a o hodnoty uvedené v obecně známé výživové pyramidě, která udává ideální rozvržení jednotlivých složek potravin v jídelníčku (viz příloha 2 a 3). Graf 6 ukazuje, že z celkových 27 pacientů získal nejmenší počet „zdravých“ bodů, a to 6 bodů, 1 pacient, nejvíce „zdravých“ bodů, a to 23 bodů, také získal 1 pacient. Nejčastěji získali pacienti 14 bodů (6 z 27), dále pak 11 bodů (5 z 27). Na tento graf navazuje graf 8, kde je znázorněno kolik „zdravých“ bodů získali pacienti v závislosti na BMI. Výsledek byl velmi zajímavý a překvapil mě. Zdá se, že počet „zdravých“ bodů, který pacienti získali, není v přímé

korelaci s BMI. To, že jsou pacienti obézní nebo mají nadváhu, tedy nutně neznamená, že se stravovali spíše nezdravě a naopak.

Zhodnocení, zda pacienti jedli spíše zdravě nebo spíše nezdravě ukazuje graf 7. Většina pacientů (52 %) se stravovala spíše nezdravě, menší část pacientů (48 %) se stravovala spíše zdravě. I když výsledky ukázaly, že se pacienti stravovali spíše nezdravě, rozdíl mezi oběma skupinami je velmi malý a dle mého názoru není lehké řídit se vždy doporučenými zásadami podle výživové pyramidy. Tento výsledek tedy hodnotím jako pozitivní a pro mě i vcelku nečekaný, protože jsem předpokládala, že skupina pacientů s vyšším počtem „nulových“ bodů bude jasně převažovat nad skupinou pacientů, kteří nasbírali převážně body „zdravé“.

K potvrzení nebo vyvrácení Hypotézy 1 je zapotřebí přihlédnout ještě k otázce č. 2 v dotazníku. Zde mě zajímalo, jak pacienti dodržují pitný režim, kolik vypijí šálků kávy a na kolik denních jídel je rozdělena jejich strava. Výsledky znázorněné v grafu 12 ukazují, že více než polovina pacientů (52 %) vypije za den pouze 1 litr nealkoholických nápojů, což je méně než je doporučované denní množství. Doporučené množství 2 – 3 litry tekutin vypije 37 % pacientů. Tento výsledek mohl být ovlivněn roční dobou, ve které probíhalo dotazníkové šetření. V zimních měsících lidé pijí obecně méně než v letních měsících. Za to v konzumaci kávy jsem neshledala větší problém. Nejvíce pacientů, a to 44 %, pilo 2 – 3 šálky kávy denně, 26 % pacientů pilo denně pouze 1 šálek kávy, 11 % pacientů pilo 4 – 5 šálků kávy. Z toho vyplývá, že naprostá většina pacientů (70 %) se vešla do normy (do 3 šálků denně). Nadměrné množství kávy (6 a více šálků) pilo pouze 19 % pacientů.

Překvapivé výsledky ukázala otázka na počet denních jídel. Naprostá většina pacientů (75 %) nekonzumovala jídlo v doporučených 5 denních dávkách (viz graf 13). Celých 56 % pacientů konzumovalo pouze 2 – 3 jídla za den a 19 % pacientů jedlo pouze 1 denní jídlo. Pouze 22 % pacientů si rozdělovalo svou denní stravu na 4 – 5 dávek. Tento výsledek hodnotím jako zásadní, neboť jak bylo uvedeno i v odborných zdrojích (Štefánek, 2011) pro vznik akutní pankreatitidy je rizikovější nárazová konzumace nevhodné stravy a alkoholu než jejich průběžná, i když nemalá, konzumace.

Kouření a sportovní aktivitu jsem nezahrnula do hodnocení zdravých či nezdravých stravovacích návyků, nicméně mě odpovědi na tyto otázky zajímaly, protože kouření a sportovní aktivita patří k hodnocení celkového zdravého životního stylu. V grafu 13 je znázorněno, že 74 % pacientů jsou nekuřáci, 11 % vykouří 1 krabičku za den a 15 % vykouří 2 – 3 krabičky za den. Vyšší počet žádný pacient neuvedl. Stejně tak jsem pro zajímavost položila pacientům otázky na jejich pohybovou aktivitu (graf 14 – 16). Téměř polovina (48 %) pacientů uvedla, že nikdy neprovozovali aktivně sport a 30 % pacientů ho provozovali jen několikrát za rok, aktivně se denně sportu věnoval pouze 1 pacient. Za aktivní sport je považována cíleně a intenzivně vykonávaná sportovní aktivita, která trvá déle než 30 minut. Lepší výsledek jsem zaznamenala u otázky na vycházky do přírody. Pouze 11 % pacientů uvedlo, že nechodí na vycházky nikdy, dalších 30 % uvedlo, že si na procházku vyjde několikrát za rok. Každý den chodí na procházky jenom 2 z dotázaných pacientů. Naprostá většina pacientů (81 %) neprovozuje nikdy ani jiný druh sportu. Tyto výsledky mohly být ovlivněny roční dobou, ve které probíhal výzkum. V zimních měsících se lidé obecně pohybují méně a méně chodí na procházky do přírody.

Z výše uvedených výsledků je zřejmé, že **Hypotéza 1: *Pacienti s akutní pankreatitidou dodržovali před vypuknutím onemocnění zásady zdravého stravování, se nepotvrdila.***

Mým druhým cílem bylo posoudit, zda a jak významnou měrou se na propuknutí akutního zánětu slinivky břišní podílí nadměrná konzumace alkoholu. V návaznosti na tento cíl jsem musela zhodnotit i jakou měrou se na propuknutí tohoto onemocnění podílí i jiné faktory, které jsou nejčastěji uváděny ve zdrojích (např. Lukáš, 2007). K tomu se vztahují otázky č. 2 a), b), c), otázka č. 4 a 11 v dotazníku.

Odpovědi na otázky týkající se konzumace alkoholických nápojů jsou znázorněny v grafu 9. Celkem 11 pacientů nekonzumuje ani jeden půllitr piva denně, 7 pacientů pilo 1 půllitr piva denně a 8 pacientů konzumovalo 2 – 3 půllitry piva za den. Pouze 1 pacient pil denně 4 – 5 půllitrů. Vyšší počet neuvedl nikdo. Konzumace vína byla ještě menší. Ani jednu sklenici denně si nedalo 17 pacientů, 6 pacientů pilo 1 sklenici vína denně a 4 respondenti si denně dopřáli 2 – 3 sklenice vína. Co se týče tvrdého

alkoholu, tak 20 pacientů uvedlo, že si denně nedali žádného panáka destilátu, 2 pacienti si denně dali 1 velkého panáka, 4 pacienti vypili 2 – 3 velké panáky a 1 respondent pil dokonce 4 – 5 velkých panáků destilátu denně. V grafu 10 jsem promítla frekvenci konzumace alkoholických nápojů. Nějaký alkohol si minimálně jednou za týden dá 70 % pacientů a 30 % pacientů pije alkohol několikrát za měsíc. Obecně je tolerováno vypít denně 1 velké pivo nebo 1 dvoudecovou sklenici vína nebo 1 velkého panáka destilátu. Pokud je denní konzumace alkoholu větší než uvedené množství, dá se říci, že se jedná o nadměrnou konzumaci. Uvedené kritérium jsem promítla do výsledků z grafu 9 a vyhodnotila jsem, že nadměrné množství alkoholu konzumovala méně než polovina pacientů (48 %), většina pacientů (52 %) vypije za den maximální tolerované množství alkoholu nebo méně (viz graf 11). Opět musím konstatovat, že výsledek není jasně ukazující na převahu jedné či druhé skupiny. Mezi všemi respondenty byli dokonce 2 abstinenti a 4 respondenti uvedli, že konzumují alkohol pouze několikrát za rok. Celkově bych zhodnotila, že pouze 6 z celkových 27 pacientů mělo opravdu problém s konzumem velkého množství alkoholu a jejich konzumované denní dávky byly několikanásobně vyšší než je tolerované množství. Je ovšem všeobecně známo, že při hodnocení konzumace alkoholu mají respondenti tendenci svůj konzum podceňovat. Tím mohou být výsledky zkresleny. Je velmi pravděpodobné, že ve skutečnosti pacienti konzumovali větší množství alkoholických nápojů, než uvedli a také je pravděpodobné, že podhodnotili i frekvenci konzumace alkoholických nápojů.

Jako možné příčiny vzniku akutní pankreatitidy jsou uváděna i různá onemocnění, která pacienti prodělali či jimi stále trpí (Lukáš, 2007). Z toho důvodu směřovala otázka č. 4 v dotazníku na současná a minulá onemocnění pacientů (graf 17). V minulosti už nějaké onemocnění slinivky břišní prodělalo 8 pacientů z 27. Předchozí onemocnění pankreatu mohlo vést k jeho poškození a mohlo přispět k propuknutí akutního zánětu. Zvýšenou hladinu krevních tuků měli v minulosti 3 pacienti, nyní se s tímto onemocněním léčí 8 pacientů. Se žlučovými kameny se nyní léčí 6 respondentů, dříve se s nimi léčilo 8 respondentů. Cholelithiáza je uváděna jako jedna z hlavních příčin vzniku akutní pankreatitidy (Havel, 2004; Lukáš, 2007; Kasper, 2009; Svačina, 2010;

Šimek, 2005; Špičák 2005). Výsledky tomuto faktu nahrávají. Více než polovina respondentů se totiž v minulosti nebo v současnosti se žlučovými kameny potýkala. Dle mého názoru je tento výsledek významný a v hodnocení příčin vzniku akutní pankreatitidy vystupuje do popředí. Můj výzkum potvrdil i tvrzení, že u žen jsou častěji než u mužů příčinou vzniku akutní pankreatitidy žlučové kameny (Swaroop, 2004). Graf 18 ukazuje, že 69 % z celkového počtu žen se léčilo nebo léčí se žlučovými kameny, z mužů je to pouze 35 %. Se žlučovými kameny se nikdy neléčilo jen 31 % žen, ale celých 64 % mužů. Se zvýšenou funkcí příštítných tělísek se nyní léčí 2 pacienti. Onemocnění Diabetes mellitus 2. typu uvedl pouze 1 pacient a se závislostí na alkoholu se léčili jen 2 pacienti. Závislost na lécích neuvedl žádný z pacientů. Poslední čtyři uvedená onemocnění bych z hlediska příčin zhodnotila jako málo významná.

Mezi vzácnější příčiny se řadí i úraz dutiny břišní nebo toxické působení pesticidů (Lukáš, 2007). Avšak 19 ze všech 27 pacientů nikdy žádný závažný úraz neutrpělo, dalších 6 sice závažný úraz někdy v minulosti utrpělo, ale nejednalo se o úraz v oblasti břicha. Pouze 2 pacienti uvedli, že utrpěli vážný úraz v oblasti břicha (viz graf 19). Výsledky tedy nenaznačují, že by úraz dutiny břišní mohl hrát významnou roli při vzniku akutní pankreatitidy. Stejně tak se ukázalo i v případě pesticidů. Pouze 3 ze všech 27 pacientů pracovalo v zaměstnání s pesticidy, jednalo se o zaměstnání v zemědělství. Zbylých 24 pacientů uvedlo, že s pesticidy nepracovali.

Z předešlých výsledků vyplývá, že stanovená **Hypotéza 2: Většina respondentů konzumovala nadměrné množství alkoholu před tím, než onemocněli akutní pankreatidou,** se nepotvrdila. Po zhodnocení toho, jakou měrou se nadměrná konzumace alkoholu podílí na vzniku akutní pankreatitidy, jsem došla k závěru, že v porovnání s ostatními výsledky je alkohol sice významným činitelem, ale ještě zásadněji ovlivňuje vznik tohoto onemocnění cholelithiáza. V součtu se nadměrná konzumace alkoholu a žlučové kameny dají považovat za hlavní faktory pro vznik akutní pankreatitidy. Můj výzkum tedy dospěl ke stejným závěrům jako ostatní výše uvedené odborné studie. Ostatní faktory jako úrazy, hyperlipidémie, léky či pesticidy se z hlediska příčin dají považovat za málo významné.

6 ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zhodnotit stravovací návyky pacientů s akutní pankreatitidou před vypuknutím onemocnění a posoudit, zda se nadměrná konzumace alkoholu podílí významnou měrou na vzniku akutní pankreatitidy. Práce byla rozdělena na část teoretickou, kde jsem shrnula dosavadní odborné poznatky o daném onemocnění, a na část praktickou, kde jsem shrnula výsledky svého výzkumného šetření. K dosažení stanovených cílů jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu, který probíhal formou dotazníkového šetření mezi pacienty s akutní pankreatitidou na lůžkových odděleních ve vybraných nemocnicích v České republice.

Na základě uvedených cílů jsem stanovila dvě hypotézy:

Hypotéza 1: Pacienti s akutní pankreatitidou dodržovali před vypuknutím onemocnění zásady zdravého stravování.

Hypotéza 2: Většina respondentů konzumovala nadměrné množství alkoholu před tím, než onemocněli akutní pankreatitidou.

Po vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření jsem dospěla k výsledkům, že **Hypotéza 1 se nepotvrdila**. Pacienti před tím, než onemocněli nedodržovali zásady zdravého stravování. Jejich stravovací návyky byly spíše nezdravé. **Hypotéza 2 se taktéž nepotvrdila**. Pacienti nekonzumovali nadměrné množství alkoholu před tím, než onemocněli akutní pankreatitidou. V porovnání s ostatními faktory se však alkohol může významnou měrou podílet na propuknutí akutní pankreatitidy. Díky výsledkům šetření jsem též dospěla k závěru, že vznik tohoto onemocnění negativně ovlivňuje cholelithiáza. Dalším zajímavým zjištěním pro mě bylo, že Body Mass Index pacientů není v přímé korelaci s jejich stravovacími návyky.

Výsledky získané z výzkumu mé bakalářské práce pomohou objasnit příčiny vzniku akutní pankreatitidy. Pokud je jasná příčina, dají se snadněji zavést preventivní opatření. Na základě výsledků by bylo možné stanovit výživová doporučení pro obyvatele a přispět k redukci počtu nových případů tohoto onemocnění.

7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

DÍTĚ, Petr et al.. *Vnitřní lékařství*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. 586 s. ISBN 978-80-7262-496-6.

DOBIÁŠ, Martin. Anatomie a fyziologie slinivky břišní. In: *Téma: Patofyziologie pankreatu a akutní pankreatitidy* [online]. 25.5.2012 [cit. 2013-03-08]. Dostupné z: <http://pfyziolffup.upol.cz/castwiki2/?p=4371>

GÜRLICH, Robert, Pavel MARUNA a Julius ŠPIČÁK. Predikce a monitorace těžké akutní pankreatitidy, Prediction and monitoring of severe acute pancreatitis. *Časopis lékařů českých*. 2006, roč. 145, č. 6, s. 437-441. ISSN 0008-7335.

HAVEL, Eduard. Akutní pankreatitida, Acute pancreatitis. *Vnitřní lékařství*. 2004, roč. 50, č. 5, s. 399-403. ISSN 0042-773X.

HUŤAN, Martin, J. PAYER a Martin HUŤAN, jr. Starostlivosť o pacientov s akútnou pankreatitidou v Slovenskej republike – prieskum. *Česká a slovenská gastroenterologie a hematologie*. 2010, roč. 64, č. 5, s.4-9. ISSN 1213-323X.

KASPER, H., M. WILD. *Ernährungsmedizin und Diätetik*. 11. überarbeitete Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, 2009. ISBN 3-437-42012-7.

KOHOUT, Pavel, Marie LIŠKOVÁ a Olga MENGEROVÁ. *Onemocnění slinivky břišní, dieta pankreatická*. 1. vydání. Praha: Forsapi, s.r.o., 2007. 130 s. ISBN 978-80-903820-3-9.

KOTRLÍKOVÁ, Eva a Pavel KOHOUT. *Základy klinické výživy*. 1. vydání. Praha: Forsapi, 2009. 113 s. ISBN 978-80-87250-05-1.

KUŽELA, Lubomír a Tamara STARNOVSKÁ. *Diety při onemocnění slinivky břišní: Nové recepty*. 1. vydání. Praha: MAC, spol. s.r.o., 2004. 31 s. ISBN 80-86783-07-3.

LATA, Jan, Jan BUREŠ, Tomáš VAŇÁSEK et al. *Gastroenterologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2010a. 256 s. ISBN 978-80-7262-692-2.

LATA, Jan, Jana JURÁNKOVÁ, Oldřich STIBŮREK, Veronika PŘÍBRAMSKÁ, Michal ŠENKYŘÍK a Tomáš VAŇÁSEK. Probiotika u akutní pankreatitidy - randomizovaná, placebem kontrolovaná, dvojitě slepá studie. *Vnitřní lékařství*. 2010b, roč. 56, č. 2, s. 111-114. ISSN 0042-773X.

LUKÁŠ, Karel, Aleš ŽÁK a kol. *Gastroenterologie a hematologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.

MAREČKOVÁ, Olga a Olga MENGEROVÁ. *Nemoci slinivky břišní: Dieta a rady lékaře*. 1. vydání. Čestlice: MEDICA PUBLISHING, 2004. 128 s. ISBN 80-85936-52-6.

MAREČKOVÁ, Olga, Eva PATLEJCHOVÁ a Markéta HOVORKOVÁ. *Dieta při vlekém onemocnění slinivky břišní*. 2. vydání. Praha: Triton, 2003. 75 s. ISBN 80-7254-412-8.

NAVRÁTIL, Leoš a kol.. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.

SCHEIN, Moshe a Paul N. ROGERS – editoři. 1. vydání. *Urgentní břišní chirurgie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 448 s. ISBN 978-80-247-2357-0.

SKIPWORTH, James R. A. a Stehen P. PEREIRAB. Akutní pankreatitida. *Current opinion in critical care*. 2008, roč. 2, č. 2, s. 36-41. ISSN 1802-3819.

STIBŮREK, Oldřich, Veronika PŘÍBRAMSKÁ, Jan LATA a Michal ŠENKYŘÍK. Možnosti využití probiotik v terapii těžké akutní pankreatitidy. *Bulletin HPB*. 2007, roč. 15, č. 2-3, s. 49-50. ISSN 1210-6755.

SVAČINA, Štěpán a kol. *Klinická dietologie*. 1. vydání. Praha: Grada publishing a.s., 2008a. 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.

SVAČINA, Štěpán et al. *Poruchy metabolismu s výživy*. 1. vydání. Praha: Galén, 2010. 505 s. ISBN 978-80-7262-676-2.

SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Dietologický slovník*. Praha: Triton, 2008b. 271 s. ISBN 978-80-7387-062-1.

SWAROOP, Vege Santhi, Suresh T. CHARI a Johnatan E. CLAIN. Závažná akutní pankreatitida, Severe acute pancreatitis. *JAMA*. 2004, roč. 12, č. 11, s. 751-755. ISSN 1210-4132.

ŠIMEK, Ivo. Choroby slinivky břišní. *Postgraduální medicína – příloha* [online]. 4.10.2005, č. 5, s. 52 [cit. 2013-03-08]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/choroby-slinivky-brisni-168692>

ŠPIČÁK, Julius. Je léčba akutní pankreatitidy stále ještě kontroverzní?. *Postgraduální medicína*. 2003, roč. 5, č. 5, s. 557-564. ISSN 1212-4184.

ŠPIČÁK, Julius. *Akutní pankreatitida*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 216 s. ISBN 80-247-0942-2.

ŠPIČÁK, Julius. Akutní pankreatitida – standardní postup 2002 a pět let poté. *Bulletin HPB*. 2007, roč. 15, č. 2-3, s. 46-47. ISSN 1210-6755.

ŠPIČÁK, Julius. Léčba akutní pankreatitidy. *Lékařské listy*. 2010, roč. 59, č. 11, s. 23-27. ISSN 0044-1991.

ŠPIČÁK, Julius. Pohled na (intervenční) léčbu akutní pankreatitidy se mění. *Gastroenterologie a hepatologie*. 2011, roč. 65, č. 3, s. 161-163. ISSN 1804-7874.

ŠTEFÁNEK, Jiří. Alkoholizmus. In: *Medicína, nemoci, studium na 1. LK UK* [online]. 2011 [cit. 2013-03-09]. Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/?q=alkoholizmus>

URBÁNEK Libor, Pavla URBÁNKOVÁ a Jaroslava MARKOVÁ. *Klinická výživa v současné praxi*. 2. upravené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 97 s. ISBN 978-80-7013-525-9.

VÁLEK, V., Z. KALA a P. DÍTĚ. Role of imaging methods in diagnosis of acute pancreatitis. *Digestive diseases*. 2010, roč. 28, č. 2, s. 317-323. ISSN 0257-2753.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Abúzus alkoholu

Akutní pankreatitida

Cholelithiáza

Pankreatická dieta

Slinivka břišní

Stravovací návyky

Výživa

9 PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník pro pacienty s akutní pankreatitidou

Příloha 2: Výživová pyramida

Příloha 3: Hodnotící kritéria pro otázku č. 1

Příloha 1: Dotazník pro pacienty s akutní pankreatitidou

Vážený pane/ paní, jmenuji se Pavlína Pechušková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Nutriční terapeut.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je základem mé bakalářské práce. Dotazník je naprosto **anonymní** a data budou sloužit pouze pro výzkumné účely k mé práci. Prosím, abyste otázky zodpovídali pravdivě a **co nejpřesněji**. Vyplnění dotazníku Vám zabere cca 20 minut.

Pokud budete mít během vyplňování dotazníku jakékoli otázky, neváhejte se na mě obrátit.

Děkuji za Váš čas a spolupráci!

Nejdříve se budeme věnovat vašemu životnímu stylu a stravovacím návykům.

- 1. Uved'te prosím, jak často jste konzumoval/a následující potraviny/nápoje před tím, než jste onemocněl/a akutní pankreatitidou** (obvykle v posledních cca pěti letech).

U každé položky zakroužkujte číslo příslušné možnosti.

NĚKOLIKRÁT ZA DEN 1	JEDNOU ZA DEN 2	NĚKOLIKRÁT ZA TÝDEN 3	JEDNOU ZA TÝDEN 4	NĚKOLIKRÁT ZA MĚSÍC 5	JEDNOU ZA MĚSÍC 6	NĚKOLIKRÁT ZA ROK 7	NIKDY 8
a) ovoce a zeleninu						1 2 3 4 5 6 7 8	
b) ryby						1 2 3 4 5 6 7 8	
c) celozrnné pečivo						1 2 3 4 5 6 7 8	
d) uzeniny						1 2 3 4 5 6 7 8	
e) smažená jídla,						1 2 3 4 5 6 7 8	
f) polotovary (např. konzervy, mražená pizza, instantní jídla)						1 2 3 4 5 6 7 8	
g) nízkotučné/polotučné mléko						1 2 3 4 5 6 7 8	
h) nízkotučné/polotučné jogurty						1 2 3 4 5 6 7 8	
i) nízkotučné/polotučné sýry						1 2 3 4 5 6 7 8	
j) husu, kachnu						1 2 3 4 5 6 7 8	
k) zvěřinu						1 2 3 4 5 6 7 8	
l) vepřové maso						1 2 3 4 5 6 7 8	
m) hovězí maso						1 2 3 4 5 6 7 8	
n) drůbeží maso						1 2 3 4 5 6 7 8	
o) telecí maso						1 2 3 4 5 6 7 8	
p) plnotučné mléko						1 2 3 4 5 6 7 8	
q) plnotučné sýry						1 2 3 4 5 6 7 8	
r) smetanové jogurty a krémy						1 2 3 4 5 6 7 8	
s) šlehačku, šlehačkové zákusky, dorty						1 2 3 4 5 6 7 8	
t) zmrzlinu						1 2 3 4 5 6 7 8	
u) máslo						1 2 3 4 5 6 7 8	
v) vodu						1 2 3 4 5 6 7 8	
w) slazený čaj						1 2 3 4 5 6 7 8	
x) neslazený čaj						1 2 3 4 5 6 7 8	

y) slazené sycené nápoje	1	2	3	4	5	6	7	8
z) džusy	1	2	3	4	5	6	7	8
aa) alkohol (včetně piva)	1	2	3	4	5	6	7	8

2. Uved'te prosím, jaké množství následujících jídel/ nápojů/ cigaret jste DENNĚ konzumoval/a/ nebo kouřil/a před tím, než jste onemocněl/a akutní pankreatitidou (obvykle v posledních cca pěti letech).

U každé položky zakroužkujte příslušnou možnost.

0	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10 a více
a) <u>půllitrů</u> piva				0 1 2-3	4-5 6-7 8-9	10 a více
b) <u>dvoudecových skleniček</u> vína				0 1 2-3	4-5 6-7 8-9	10 a více
c) <u>velkých panáků</u> destilátů				0 1 2-3	4-5 6-7 8-9	10 a více
d) <u>litrů</u> nealkoholických nápojů				0 1 2-3	4-5 6-7 8-9	10 a více
e) <u>šálků</u> kávy				0 1 2-3	4-5 6-7 8-9	10 a více
f) denních <u>jídel</u>				0 1 2-3	4-5 6-7 8-9	10 a více
g) <u>krabiček</u> cigaret				0 1 2-3	4-5 6-7 8-9	10 a více

3. Uved'te prosím, jak často jste provozoval/a následující činnosti před tím, než jste onemocněl/a akutní pankreatitidou.

U každé položky zakroužkujte číslo příslušné možnosti.

KAŽDÝ DEN 1	NĚKOLIKRÁT ZA TÝDEN 3	JEDNOU ZA TÝDEN 4	NĚKOLIKRÁT ZA MĚSÍC 5	JEDNOU ZA MĚSÍC 6	NĚKOLIKRÁT ZA ROK 7	NIKDY 8
a) aktivní sport (více než 30 min.)						1 2 3 4 5 6 7 8
b) vycházky do přírody						1 2 3 4 5 6 7 8
c) jiný druh pohybu, uveďte:						1 2 3 4 5 6 7 8

Nyní se budeme věnovat Vašemu zdravotnímu stavu v současnosti a v minulosti.

4. Léčíte se nyní nebo léčil/a jste se dříve s některou z uvedených nemocí?

Odpovědi vyznačte fajfkou (ano), nebo křížkem (ne).

	NYNÍ		DŘÍVE	
a) žlučové kameny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) zvýšená hladina krevních tuků	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) zvýšená funkce příštítných tělísek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) onemocnění slinivky břišní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Diabetes mellitus typu (prosím doplňte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Závislost na alkoholu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Závislost na lécích	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Vážné úrazy, prosím doplňte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nyní dovolte už jen pár otázek nezbytných pro možnost statistického zpracování výsledků výzkumu.

5. Jste muž, nebo žena?

- a) muž
- b) žena

6. Kolik je Vám let?

7. Jaká je Vaše výška? Pokud nevíte přesně, odhadněte prosím alespoň přibližnou hodnotu.

cm

8. Jaká je/ byla Vaše váha? Pokud nevíte přesně, odhadněte prosím alespoň přibližnou hodnotu.

- | | | |
|------------------|----------------------|----|
| a) v současnosti | <input type="text"/> | kg |
| b) před 10 lety | <input type="text"/> | kg |
| c) před 20 lety | <input type="text"/> | kg |

9. Jaké je vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) Základní
- b) Vyučení
- c) Střední bez maturity
- d) Střední odborné s maturitou
- e) Střední všeobecné s maturitou
- f) Vyšší odborné
- g) Vysokoškolské

10. Jaké je Vaše současné/ poslední zaměstnání? Uved'te prosím co nejpřesněji.

.....

11. Pracoval/a jste někdy v zaměstnání s pesticidy?:

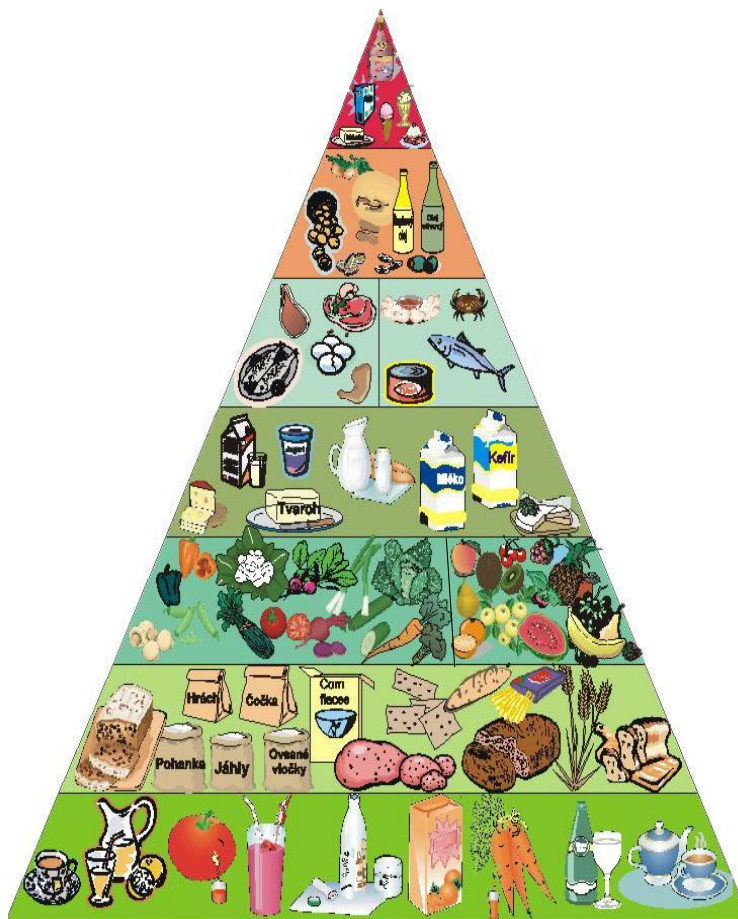
- a) Ano
- b) Ne

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Před odevzdáním dotazníku ho prosím ještě jednou pečlivě prolistujte a zkontrolujte, zda jste nezapomněl/a vyplnit či zaškrtnout některou z otázek.

Příloha 2: Výživová pyramida

Výživová pyramida



Podíl jednotlivých druhů potravin na jejich celkovém množství (bez nápojů):

obiloviny, brambory	30 %
zelenina, saláty	26 %
ovoce	17 %
mléko, mléčné výrobky	18 %
maso, uzeniny, ryby, vejce	7 %
tuky, oleje	2 %

Příloha 3: Hodnotící kritéria pro otázku č. 1

Číslo položky	Položka (potravina, nápoj)	Zdravě (zdravé množství → bod za zdravou výživu)	Nezdravě (nezdravé množství → nulový bod)
1.	ovoce a zelenina	několikrát za den a častěji	jednou za den a méně často
2.	ryby	jednou za týden a častěji	několikrát za měsíc a méně často
3.	celozrnné pečivo	jednou za den a častěji	několikrát za týden a méně často
4.	uzeniny	několikrát za rok a méně často	jednou za měsíc a častěji
5.	smažená jídla	několikrát za rok a méně často	jednou za měsíc a častěji
6.	polotovary	jednou za měsíc a méně často	několikrát za měsíc a častěji
7.	nízkot./polot. mléko	jednou za týden a častěji	několikrát za měsíc a méně často
8.	nízkot./polot. jogurty	jednou za týden a častěji	několikrát za měsíc a méně často
9.	nízkot./polot. sýry	jednou za týden a častěji	několikrát za měsíc a méně často
10.	husa, kachna	několikrát za rok a méně často	jednou za měsíc a častěji
11.	zvěřina	jednou za měsíc a méně často	několikrát za měsíc a častěji
12.	vepřové maso	jednou za týden a méně často	několikrát za týden a častěji
13.	hovězí maso	jednou za týden a méně často	několikrát za týden a častěji
14.	drůbeží maso	několikrát za týden a méně často	jednou denně a častěji
15.	telecí maso	několikrát za týden a méně často	jednou denně a častěji
16.	plnotučné mléko	několikrát za měsíc a méně často	jednou do týdne a častěji
17.	plnotučné sýry	několikrát za rok a méně často	jednou za měsíc a častěji

18.	smetanové jogurty a krémy	jednou za měsíc a méně často	několikrát za měsíc a častěji
19.	šlehačka, šlehačkové zákusky, dorty	několikrát za rok a méně často	jednou za měsíc a častěji
20.	zmrzlina	několikrát za rok a méně často	jednou za měsíc a častěji
21.	máslo	několikrát za měsíc a méně často	jednou do týdne a častěji
22.	voda	několikrát za den a častěji	jednou za den a méně často
23.	slazený čaj	několikrát za týden a méně často	jednou denně a častěji
24.	neslazený čaj	jednou za den a častěji	několikrát za týden a méně často
25.	slazené sycené nápoje	několikrát za rok a méně často	jednou za měsíc a častěji
26.	džusy	jednou denně a méně často	několikrát za den
27.	alkohol	několikrát za měsíc a méně často	jednou do týdne a častěji