UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetřovatelství

Ivana Aujeská

Kvalita života po operaci hiátové hernie

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jarmila Sedlářová, Ph.D.

Olomouc 2011

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Kvalita života po operaci hiátové hernie

Název práce v AJ: The quality of life following hiatal hernia surgery

Datum zadání: 2010-02-02

Datum odevzdání: 2011-04-28

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Ivana Aujeská

Vedoucí práce: Mgr. Jarmila Sedlářová, Ph.D.

Počet stran: 60

Počet příloh: 1

Klíčová slova: kvalita života, hiátová hernie, refluxní choroba jícnu, laparoskopická fundoplikace.

Klíčová slova v AJ: quality of life, hiatal hernia, oesophageal reflux disease, laparoscopic fundoplication.

Abstrakt v ČJ

Předmětem práce je kvalita života pacientů po operaci brániční kýly. Jako hodnotící kritérium byl použit dotazník, který byl zaslán souboru pacientů, operovaných v letech 2005-2010 na I. chirurgické klinice LF a UP v Olomouci pro diagnózu brániční kýly. V dotazníku pacienti posuzovali jednak míru odstranění předoperačních potíží, jednak přítomnost a charakter potíží, vzniklých v souvislosti s operací. V této souvislosti zvlášť hodnotili bezprostřední pooperační období v délce do 6 týdnů od operace a pak následné chronické potíže. Pacienti se zároveň vyjadřovali k míře omezení fyzické aktivity, včetně diskvalifikace z pracovního procesu.

Abstrakt v AJ

The object of the work was to analyze the quality of life of patients following hiatal hernia surgery. A questionnaire was used for evaluation, which was sent to the set of patients who were operated for hiatal hernia at the 1st Dept. of Surgery, University Hospital and Palacky University Medical Faculty in Olomouc between the years 2005-2010. In the questionnaire, patients evaluated the amount of relief from preoperative complaints, as well as the presence and character of postoperative problems. In this regard, patients separately evaluated problems in the immediate postoperative course and also subsequent chronic problems. The patients also evaluated their physical activity limitations, including disqualification from the workplace.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Jarmily Sedlářové, Ph.D. a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 28. dubna 2011

---

podpis

Poděkování

Mé poděkování patří:

Paní Mgr. Jarmile Sedlářové Ph.D., za odborné rady, trpělivost a laskavý přístup při vedení mé bakalářské práce.

Paní Mgr. Janě Zapletalové, Ph.D. z Ústavu lékařské biofyziky LF UP za zpracování statistiky.

Mému manželovi doc. MUDr. Renému Aujeskému, CSc., vedoucímu lékaři I. chirurgické kliniky odd. 8 za pomoc při dotazníkovém šetření pacientů z gastroenterologické poradny téže kliniky, cenné rady a předání praktických zkušeností.

Paní Mgr. Věře Smolíkové – staniční sestře I. chirurgické kliniky odd. 8 za odborné konzultace.

Mé rodině za podporu a trpělivost, kterou mi prokazovala po celou dobu studia.

OBSAH

OBSAH **11**

ÚVOD **13**

TEORETICKÁ ČÁST **14**

1 EPIDEMIOLOGIE REFLUXNÍ CHOROBY **14**

2 ÚVOD DO PROBLEMATIKY REFLUXNÍ CHOROBY JÍCNU **15**

2.1 PATOFYZIOLOGIE REFLUXNÍ CHOROBY 15

2.1.1 Příčiny vzniku refluxní choroby *15*

2.1.1.1 Hiátová hernie 15

2.1.1.2 Anatomické malformace 16

2.1.1.3 Porucha samočistící schopnosti jícnu 16

2.1.1.4 Porucha vyprazdňování žaludku 16

2.1.1.5 Obesita a alimentární návyky 16

2.2 MANIFESTACE CHOROBY 17

2.2.1 Klinická symptomatologie *17*

2.2.1.1 Klasické příznaky 17

2.2.1.2 Atypická prezentace choroby 17

2.3 DIAGNOSTIKA REFLUXNÍ CHOROBY 18

2.3.1 Anamnéza *18*

2.3.2 Endoskopie horní partie zažívacího traktu / ezofagogastroskopie / *18*

2.3.3 24 hodinová pH metrie *18*

2.3.4 Multikanálová impedance *18*

2.3.5 Doplňující vyšetření *19*

2.3.5.1 Kontrastní rtg jícnu a žaludku 19

2.3.5.2 Manometrie 19

2.4 ENDOSKOPICKÝ OBRAZ CHOROBY 19

2.4.1 Zánět jícnu / refluxní ezofagitída / *19*

2.4.2 Anatomické příčiny refluxu *20*

2.4.2.1 Hiátová hernie 20

2.4.2.2 Inkompetence dolního jícnového svěrače bez hiátové hernie 20

2.5 HISTOLOGICKÝ OBRAZ EZOFAGITÍDY 20

2.6 KOMPLIKACE REFLUXNÍ CHOROBY 21

2.6.1 Barrettův jícen *21*

2.6.2 Krvácení a perforace *21*

2.7 TERAPIE REFLUXNÍ CHOROBY JÍCNU 21

2.7.1 Režimová opatření ... *21*
2.7.2 Medikamentózní terapie ... *21*
2.7.2.1 Antacida ... 21
2.7.2.2 Acidosupresivní terapie ... 21
2.7.2.3 Sucralfát ... 22
2.7.2.4 Prokinetika ... 22
2.7.3 Chirurgická terapie ... *22*
2.7.3.1 Přímý antirefluxní výkon ... 22
2.7.3.2 Nepřímý antirefluxní výkon ... 22
2.7.4 Ošetřovatelská péče/na I. chirurgické klinice FN v Olomouci / ... *23*
2.7.4.1 Předoperační příprava ... 23
2.7.4.2 Bezprostřední pooperační péče ... 23
2.7.4.3 První pooperační den ... 23
2.7.4.4 Druhý pooperační den ... 23
2.7.4.5 Domácí ošetřovatelská péče ... 24
2.7.5 Konzervativní versus chirurgická terapie ... *25*
3 KVALITA ŽIVOTA ... 26
PRAKTICKÁ ČÁST ... 28
4 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY ... 28
5 MATERIÁL A METODIKA ... 29
6 VÝSLEDKY ... 31
6.1 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ ... 31
6.2 ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ ... 42
6.3 STATISTICKÉ ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ ... 44
7 DISKUSE ... 49
8 ZÁVĚR ... 52
LITERATURA ... 55
SEZNAM ZKRATEK ... 59
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ ... 60
PŘÍLOHA ... 62

ÚVOD

Jen malá část celosvětové populace může říci, že nikdy nezažili pocit pálivé bolesti za dolní částí hrudní kosti, které se lidově říká pálení žáhy. Podle některých pramenů tyto potíže v různé intenzitě obtěžují polovinu populace několikrát týdně. Podle kritérií, uznávaných v USA, mají tito pacienti refluxní nemoc jícnu. Jen zlomek z nich včas vyhledá lékaře a jen velmi malá část z tohoto zlomku je kvalitně vyšetřena a účinně léčena. Důvodem je skutečnost, že příznaky refluxní choroby nejsou často tak intenzivní, aby pacienta dovedli k lékaři. Na opačné straně je velmi často nepokládá lékař za důvod ke specializovanému vyšetření. Řada pacientů se pak dozví o tom, že trpěla mnoho let refluxní chorobou jícnu až při vyšetření rakoviny jícnu. Ta je totiž nejčastějším důsledkem neléčené refluxní choroby jícnu. Incidence rakoviny jícnu bohužel celosvětově prudce narůstá. Stejně strmě roste i počet pacientů s refluxní chorobou jícnu. Zřejmým důvodem je růst životní úrovně sledované ruku v ruce se změnou životního stylu, markantně se projevující obezitou a zvýšenou konzumací alkoholu.

Refluxní choroba jícnu patří do skupiny onemocnění, kde si lze vybrat mezi konzervativní a chirurgickou terapií. Tedy mezi léčbou pro pacienta jednoznačně příjemnější, představující administraci jedné až dvou tablet maximálně dvakrát denně anebo operačním zákrokem, vyžadujícím několikadenní pobyt v nemocnici s pooperačními bolestmi a dietním omezením. Dle některých literárních údajů je účinnost obou typů terapie téměř stejná. Jiné práce pokládají za efektivnější chirurgickou léčbu. Ta má ovšem vedlejší účinky. Nejde jen pouze o pooperační období, které pacienta omezuje po jakémkoliv chirurgickém zákroku, ale především o doživotní následky. Zde totiž platí, že odstranění refluxních potíží bývá často vykoupeno jinými potížemi, které pacient před operací neměl. Pak velmi záleží na tom, zda ztráta dosavadních obtíží převáží nad symptomy, které pacient díky operaci získal. Stranou ponechme skupinu pacientů, kde je konzervativní terapie neúčinná a pacient tedy nemá na výběr. Cílem této práce bylo posouzení efektu operace z pohledu samotných pacientů. Zcela jistě nebudou výstupy úplně objektivní. Velmi záleží na životním stylu každého pacienta, jak se jej dotýkají omezení fyzických aktivit a dietního režimu, které operace přináší. V neposlední řadě je hodnocení operace ovlivněno i inteligencí dotazovaných subjektů, která má značný vliv na objektivní posuzování jejich současného stavu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Epidemiologie refluxní choroby

Výskyt refluxní choroby jícnu je v různých oblastech světa odlišný. Choroba je obvyklá v západní populaci a zde je její prevalence 17-38% (Kenedy, 2000, s. 1589-1594). Jako hlavní kritérium při stanovení výskytu choroby se považuje pyróza anebo reflux do úst minimálně jedenkrát týdně. Ovšem 4 - 9 % populace má každodenní projevy choroby (Locke, 1997, s. 1448-1456) a 44% udává tento symptom nejméně jedenkrát měsíčně (Nebel, 1976, s. 973) .

Epidemiologické studie udávají postižení 4,5 na 1000 pacientů s obezitou, přičemž incidence choroby se zvyšuje s věkem. Mezi její další rizikové faktory patří i nikotinismus (El - Serag, 2008, s. 470-480). Pacienti s diagnózou refluxní choroby mají větší riziko vzniku adenokarcinomu jícnu, jícnové striktury, chronického kašle sinusitidy a nespavosti. Pravděpodobná je i koincidence refluxní choroby s chronickou obstrukční plícní chorobou /CHOPN/ (Garcia Rodriguez, 2008, s. 1223-30)

Refluxní choroba jícnu se stává narůstajícím problémem i v dětské populaci. Například ve Velké Británii postihuje 0,84 na 1000 obyvatel.(Ruigomez, 2010, s. 139-46) Incidence klesá od jednoho do 12 let věku, pak opět narůstá a kulminuje v 16-17 letech, kdy postihuje 2,26 na 1000 dívek a 1,75 na 1000 chlapců. Rizikovými faktory u dětí jsou hiátová hernie, kongenitální jícnové abnormality a neurologická postižení (El-Serag, 2004, s. 806-12).

V prevalenci GERD ovšem existují i rozdíly mezi různými etnickými skupinami. Podle některých studií jsou refluxní chorobou daleko více postiženi Hispánci než bílá rasa (Yuen, 2010). Že velkou roli hrají prostředí s životním stylem dokazuje fakt, že asijští Američané jsou refluxní chorobou postiženi méně než domorodci, nicméně více než populace, žijící v Asii (Wong, s. 2006, 398 – 407).

V české republice prevalence choroby známá není, ale předpokládá se, že se příliš neliší od západní populace.

2 Úvod do problematiky refluxní choroby jícnu

Všeobecně uznávaná je Montrealská definice choroby. Podle ní je refluxní choroba onemocnění, způsobené patologickým gastroezofageálním refluxem. Vzniká tehdy, když reflux žaludečního obsahu způsobuje obtíže anebo komplikace (Vakil , 2007, 1125-40)

2.1 Patofyziologie refluxní choroby

Velmi srozumitelně ji popsal Halloway. Vychází z všeobecně známé skutečnosti, že při polykání dochází k prchavé relaxaci dolního jícnového svěrače. Lze si jej v biomechanické podobě představit jako jednocestný ventil, lokalizovaný na přechodu jícnu v žaludek. Jeho prchavá relaxace v rámci polykacího aktu umožňuje přechod polykané stravy z jícnu do žaludku, ale zároveň zamezuje toku návratu žaludečního obsahu zpět do jícnu. V případě gastroezofageálního refluxu je jeho činnost narušena. Jako příklad lze uvést zvýšený nitrobřišní tlak u obézních pacientů, kdy dochází k delší relaxaci dolního jícnového svěrače a tím i k refluxu ze žaludku do jícnu. U většiny pacientů s refluxní chorobou jícnu je dolní jícnový svěrač buď trvale otevřený anebo má alespoň nižší tlak ve srovnání se zdravou populací (Holloway, 2000, 681-99).

2.1.1 Příčiny vzniku refluxní choroby

Obecnou příčinou vzniku refluxní choroby je narušení antirefluxní bariéry, způsobující snížení tonu dolního jícnového svěrače.

2.1.1.1 Hiátová hernie

Je nejčastější příčinou refluxní choroby jícnu. Podle Mařatky jde o občasné anebo trvalé vklouznutí kardie a okolní části žaludku jícnovým hiatem bránice do hrudníku (Mařatka, 1988, s. 175).

Na vzniku refluxu má hiátová hernie zásadní podíl. Po vysunutí části žaludku nad bránici v něm dochází ke zvýšení tlaku, působícím na dolní jícnový svěrač. Následkem toho dochází k jeho ochabnutí. V zásadě platí pravidlo, že čím větší je hiátová hernie, tím větší je i reflux ze žaludku do jícnu. Ovšem ne každý pacient s hiátovou hernií má refluxní chorobu jícnu. Zhruba u poloviny subjektů s bráničí kýlou je funkce dolního jícnového svěrače zachována (Lukáš, 2003, s. 21).

2.1.1.2 Anatomické malformace

Nejvýznamnější je otupení ostrého úhlu / Hissova /, který svírá abdominální partie jícnu s fundem žaludku. Následkem toho je významné ochabnutí dolního jícnového svěrače (Duda, 1984).

2.1.1.3 Porucha samočistící schopnosti jícnu

Pro samočistící schopnost jícnu jsou podstatné 3 faktory:

- peristaltika
- sliny
- gravitace

Samočistící schopnost jícnu probíhá ve 2 etapách. Za prvé peristaltická aktivita jícnu rapidně evakuuje tekutinu z jícnu do žaludku a za druhé malá část reziduálního zbytku kyseliny je neutralizována slinami. Pokud je peristaltika jícnu normální, může částečně eliminovat mírný reflux do jícnu. Při abnormální peristaltice se více uplatňuje gravitace, která v opačném případě významná není. Porucha peristaltiky může být jednou z příčin rozvoje ezofagitidy (Lukáš, 2003, s. 26).

2.1.1.4 Porucha vyprazdňování žaludku

Nezanedbatelnou příčinou refluxu do jícnu může být i porucha evakuace žaludku. U nezhoubných onemocnění je nejčastěji způsobena mechanickou překážkou ve výtokové části žaludku vředy anebo povředová striktura /. Další možnou příčinou je porucha žaludeční motoriky. Mechanismus vzniku refluxu v těchto případech souvisí s roztažením stěny žaludku a zvýšeným tlakem na dolní jícnový svěrač (Gonlachanvit, 2006, 894-896).

2.1.1.5 Obesita a alimentární návyky

Obesita se na vzniku refluxní choroby podílí několika mechanismy. Jednak zvýšením intraabdominálního tlaku s poruchou vyprazdňování žaludku, jednak snížením tlaku dolního jícnového svěrače, eventuelně zvýšenou frekvencí jeho přechodné relaxace (Krahulec, 2010).

2.2 Manifestace choroby

2.2.1 Klinická symptomatologie

2.2.1.1 Klasické příznaky

Nejčastějším projevem refluxní choroby jícnu je pyróza / pálení žáhy /. Představuje pálivou bolest za dolní části hrudní kosti, která může vyzařovat do různé výše mezihrudí, někdy až do krku. Je projevem působení agresivní žaludeční šťávy a někdy i žluči a pankreatické šťávy na sliznici jícnu. Potíže se zesilují při požití kořeněných potravin, kyselých nápojů, kávy a alkoholu (Lukáš 2003, s. 42). V případě déle trvajícího refluxu anebo u komplikací refluxní choroby se mohou tyto potíže paradoxně zmírňovat. Souvisí to s poškozením nervových zakončení ve sliznici jícnu.

Poměrně typickým příznakem déle trvající choroby jsou polykací potíže. Jde buď o ztížené polykání především tuhé a zejména suché stravy / rýže, bílé pečivo, kuřecí maso / anebo i bolestivé polykání v případě akutního zánětu jícnové sliznice (Řehák, 2001, s. 4).

Častým projevem chronického stádiu choroby jsou pocity tlaku či cizího tělesa v krku / globus /. K poměrně typickým projevům choroby patří i regurgitace. Představuje zpětný tok žaludečního obsahu do jícnu a úst (Kroupa, 2008, s. 10).

2.2.1.2 Atypická prezentace choroby

U celé řady pacientů se refluxní choroba jícnu neprojevuje zcela klasicky. V těchto případech je nutno vyloučit jiné onemocnění, pro které jsou tyto příznaky typičtější. Jsou to především bolesti za střední partií hrudní kosti, kde je nezbytné vyloučit v první řadě kardiální příčinu. Častým příznakem refluxní choroby jsou i tupé bolesti těsně pod hrudní kostí. Pravidelně se objevují zejména u pacientů s hiátovou hernií. Zde jsou způsobeny tlakem bráničního hiátu na stěnu žaludku, touto cestou dislokovanou do mediastina. Bolesti za hrudní kostí pak souvisí se zánětlivým postižením jícnové sliznice.

Dále jsou to respirační potíže. Ty jsou způsobeny jednak aspirací refluktátu do dýchacích cest, jednak reflektorickým spasmem bronchů jako reakcí na kyselinu v jícnu. S refluxem do úst souvisí i dráždivý kašel a chronické záněty hrtanu (Kroupa, 2008, s.10).

2.3 Diagnostika refluxní choroby

2.3.1 Anamnéza

V případě refluxní choroby koresponduje s typickými příznaky, tak jsou popsány výše. Pokud potíže trvají alespoň 6 týdnů, je nutné další vyšetření.

2.3.2 Endoskopie horní partie zažívacího traktu / ezofagogastroskopie /

Dnes iniciální vyšetření pro podezření onemocnění jícnu a žaludku. Historicky nahradilo rentgenové vyšetření s kontrastní látkou. Nabízí přímý pohled na sliznici jícnu s možností odebrání vzorků k histologickému vyšetření. Sensitivitu vyšetření lze zvýšit použitím barvících technik / lugol, metylénová modř /, které umožňují lepší odlišení patologické léze od normální sliznice. V současné době se používají přesnější metody, při kterých lze endoskopický obraz mnohonásobně zvětšit a navíc lépe zobrazit patologické oblasti s pomocí speciálních technik / NBI, autofluorescence /. Endoskopické vyšetření má význam nejen jako prvotní vyšetření, ale i při sledování výsledků léčby a při dispenzarizaci pacientů (Aujeský, 2010, s. 32, 37, 38).

2.3.3 24 hodinová pH metrie

Nejpřesnější vyšetření přítomnosti a míry gastroezofageálního kyselého refluxu. Bohužel selhává v případě alkalického refluxu, který je výrazně agresívnější. Principem metody je detekce kyselého refluxu do jícnu, snímaného sondou, jejíž konec je umístěn asi 5 cm nad přechodem jícnu v žaludek. V záznamovém zařízení je vyhodnocována délka a počet refluxních epizod. Vyšetření je významné především u pacientů, kteří mají refluxní potíže a přitom je endoskopický nález negativní (Dolina 1998, s. 646-8).

2.3.4 Multikanálová impedance

Je nová originální metoda, sloužící k objektivizaci slabě kyselého až alkalického refluxu do jícnu. Principem metody je měření změn odporu v luminu jícnu. Společně s měřením pH v jícnu dokáže poskytovat informace jednak o kvalitě refluktátu / kyselý anebo alkalický / jednak o jeho typu / vzduch, tekutina /. Cenná je i možnost stanovení intenzity refluxu a tím i rozsah možného poškození jícnové sliznice (Dolina, 2008, s. 9).

2.3.5 Doplňující vyšetření

2.3.5.1 Kontrastní rtg jícnu a žaludku

V minulosti bylo iniciálním vyšetření při horním dyspeptickém syndromu. Dnes ustupuje do pozadí. U refluxní choroby jícnu je do jisté míry vyšetřením doplňkovým. Význam má při vyšetření pacientů s poruchou evakuace jícnu a žaludku, kterou pomáhá do značné míry objektivizovat. V případě hiátových hernií lze rtg vyšetřením s baryovým kontrastem dobře posoudit typ hernie a její velikost. Identifikace refluxu stejně jako posouzení refluxní ezofagitídy není rentgenovým vyšetřením jícnu a žaludku zcela přesné. Specificita vyšetření se zde pohybuje kolem 30% (Válek, 2003, s. 8). Přesnější než prosté rtg vyšetření polykacího aktu kontrastní látkou je vyšetření dvojím kontrastem. Nicméně větší výtěžnost má flexibilní endoskopie.

2.3.5.2 Manometrie

Posuzuje tlak dolního jícnového svěrače a na podkladě změn tlakových gradientů i peristaltickou činnost jícnu (Barlow, 1997, s. 16-25).

Při primární diagnostice refluxní choroby se neužívá. Příčinou je nízká sensitivita vyšetření, protože pouze u poloviny až čtvrtiny pacientů s refluxní chorobou jícnu bývá nalezen hypotonus dolního jícnového svěrače. Využívá se v případě diagnostických pochybností, například při nejasnosti, zda jde o refluxní chorobu jícnu či jeho funkční onemocnění / např. achalázii /. Význam má v případě, kdy pacient má refluxní potíže a standardní vyšetření jsou přitom negativní, anebo v rámci pooperačních kontrol při nespokojenosti s operací (Drahoňovský, 2009, s. 6).

2.4 Endoskopický obraz choroby

2.4.1 Zánět jícnu / refluxní ezofagitída /

U většiny pacientů s refluxní chorobou jícnu je při endoskopii nalezen různý stupeň refluxního zánětu / erozivní forma refluxní ezofagitídy ERCHJ /. K jeho přesnému stanovení existuje několik klasifikací. Na I. chirurgické klinice LF v Olomouci, odkud pochází zpracovaný soubor pacientů, je používána nejstarší klasifikace dle Savaryho a Millera, tak jak je popsána ve Standardech České gastroenterologické společnosti (Lukáš 2009, s. 967-975)

- Nesplývavé slizniční léze s erytémem nebo erozemi
- Splývající erozivní léze, nepokrývající celou cirkumferenci jícnu

- Splývající erozivní léze, pokrývající celou cirkumferenci jícnu
- Komplikovaná forma, zahrnující vřed, strikturu, Barrettův jícen

Ovšem ne všichni pacienti s projevy refluxní choroby jícnu mají endoskopický nález ezofagitídy. Dle Lukáše řada pacientů s refluxní symptomatologií nemá žádný anebo jen minimální nález na sliznici jícnu. Tato skupina pacientů bývá označována jako neerozivní forma refluxní ezofagitídy / NERCHJ /. Je podstatné, že u těchto pacientů bývá odezva na konzervativní léčbu výrazně horší (Lukáš, 2007, s. 69-73).

2.4.2 Anatomické příčiny refluxu

2.4.2.1 Hiátová hernie

Pokud je při endoskopii nalezena hiátová hernie, endoskopický obraz má podobu dvou prstenců pod sebou. Při pohledu z jícnu je první prstenec kardie a druhý jícnový hiatus bránice. Při pohledu ze žaludku je pořadí opačné.

2.4.2.2 Inkompetence dolního jícnového svěrače bez hiátové hernie

Kardie je umístěna pod bránicí, ale je otevřená. Eventuelně se v průběhu vyšetření rytmicky uzavírá a otevírá.

2.5 Histologický obraz ezofagitídy

Je popsán ve Standardech České gastroenterologické společnosti (Lukáš, 2009, s. 967 – 975). Dle pokročilosti zánětlivých změn se jednotlivá stádia ezofagitídy liší stupněm reaktivních změn epitelu a zánětlivé celulizace

- Ezofagitída I. stupně – mírná: Jsou přítomny reaktivní změny epitelu a mírná zánětlivá celulizace
- Ezofagitída II. stupně – střední: Jsou přítomny reaktivní změny epitelu a intenzivnější zánětlivá celulizace
- Ezofagitída III. stupně – těžká: Jsou přítomny reaktivní změny epitelu a intenzivní zánětlivá celulizace
- Ezofagitída IV. stupně – erozivní (ulcerózní): Rozhodující je přítomnost slizničního defektu, tj. morfologický nález fibrinu s granulocyty a tkáňovým detritem a/nebo nespecifické granulační tkáně, které se vyskytují na spodině ulcerace.

2.6 Komplikace refluxní choroby

2.6.1 Barrettův jícen

Barrettův jícen je velmi závažná prekanceróza. Je důsledkem neléčeného, dlouhotrvajícího refluxu. Na jeho podkladě vzniká většina adenokarcinomů jícnu. Patofyziologickým podkladem choroby je přeměna refluxem poškozeného epitelu jícnu novým epitelem, cylindrickým, obsahujícím intestinální metaplázii. Její přítomnost je podmínkou stanovení diagnózy Barrettova jícnu. K rozvoji karcinomu v Barrettově sliznici dochází přes stádia lehké a těžké dysplázie (Aujeský, 2010, s. 23-26).

2.6.2 Krvácení a perforace

Krvácení je neobvyklá komplikace refluxní ezofagitídy. Při krvácení z horní části gastrointestinálního traktu je podíl, způsobený refluxní nemocí jícnu a hiátovou hernií obvykle nižší než 10 %. Refluxní ezofagitída je komplikována krvácením až ve 30 % případů (Duda, 1984, s. 78)

2.7 Terapie refluxní choroby jícnu

2.7.1 Režimová opatření

Vleže elevace horní poloviny těla / dva polštáře pod hlavou, zvýšit polohu postele u hlavy / Dietní režim.

Obezita podle posledních poznatků hraje klíčovou roli v determinaci reflexních symptomů. Redukce váhy tedy jednoznačně vede ke zmírnění refluxních potíží.

Ze stravy je nutné vynechat komponenty, snižující tlak dolního jícnového svěrače / tuk, čokoláda, alkohol, nikotin / a iritující poškozenou sliznici jícnu / citrusová šťávy, černá káva / (Festi, 2009, s. 1690 - 1701).

2.7.2 Medikamentózní terapie

2.7.2.1 Antacida

Neutralizují kyselinu, ale mají pouze krátkodobý efekt, srovnatelný s placebem. Navíc jejich užívání může negativně působit na vstřebávání účinnějších preparátů blokátorů H2 receptorů či inhibitorů protonové pumpy (Hatlebakk, 1996, s. 386-406) .

2.7.2.2 Acidosupresivní terapie

Snižuje žaludeční sekreci kyseliny solné.

2.7.2.2.1 Blokátory H2 receptorů.

Jde o starší typ acidosupresivní léčby, která se dnes používá pouze v kombinaci s inhibitory protonové pumpy, anebo „on demand“při občasné pyróze. Výhodou je rychlý nástup účinku, nevýhodou krátkodobý efekt, vyžadující administraci několikrát denně. (Colin-Jones, 1995, 9-14).

2.7.2.2.2 Inhibitory protonové pumpy

Modernější typ acidosupresivní léčby. Mají sice pomalejší nástup účinku, ale při navození terapeutické hladiny pak stačí k navození stálého acidosupresivního efektu podávání jednou, maximálně dvakrát denně (Hatlebakk, 1996, s. 386-406) .

2.7.2.3 Sucralfát

Vytváří na sliznici povlak a chrání ji tak před poškozením. Má mukoprotektivní efekt. Výhodou je ochrana nejen před kyselým, ale i alkalickým refluxem (Korman, 2004, 412-15)

2.7.2.4 Prokinetika

Uplatňují se v léčbě refluxní choroby jícnu zlepšením evakuace jícnu a žaludku prostřednictvím stimulace peristaltiky obou orgánů.

2.7.3 Chirurgická terapie

2.7.3.1 Přímý antirefluxní výkon

Restauruje poškozený dolní jícnový svěrač
Třistašedesátistupňová fundoplikace - v současné době nejpoužívanější chirurgický výkon k léčbě léčbě refluxní nemoci jícnu. Principem operace je obtočení břišní části jícnu horní částí žaludku / fundem /. U pacientů s hiátovou hernií této části operace předchází repozice žaludku a dolní partie jícnu z mediastina do dutiny břišní a následně tzv. hiatoplastika. To je přiměřené zúžení jícnového hiatu , tedy otvoru v bránici, kudy prochází jícen z mediastina do dutiny břišní (Černý, 1990, s. 41-42). Tato operace se na většině chirurgických pracovišť dnes provádí laparoskopicky

2.7.3.2 Nepřímý antirefluxní výkon

Provádí se v případě silného žlučového refluxu do žaludku a jícnu přes inkompetentní pylorus a dolní jícnový svěrač. Podstatou výkonu je zmenšení plochy žaludku, produkující kyselinu solnou / resekce žaludku / a napojení tenkého střeva na žaludeční pahýl tak, aby

žluč a pankreatická šťáva byla odvedena do dostatečné vzdálenosti od žaludku a jícnu. Nepřímý typ výkonu signalizuje, že tato operace refluxu přímo nezabrání, ale zmírňuje jeho agresivitu (Černý, 1990, s. 41-42).

2.7.4 Ošetřovatelská péče/na I. chirurgické klinice FN v Olomouci /

2.7.4.1 Předoperační příprava

Je zaměřena na psychiku pacienta, obeznámení s výkonem a edukaci. Večer před plánovaným výkonem je pacientovi zaveden čípek na vyprázdnění a podána premedikace dle ordinace anesteziologa.
Ošetřovatelská péče u pacienta s hitovou hernií je zaměřena zejména na péči po operaci.

2.7.4.2 Bezprostřední pooperační péče

Pacient je z operačního sálu převezen na dospávací halu a po 2 hodinách vrácen zpět na standardní ošetřovací jednotku. Zde je nutná monitorace fyziologických funkcí, stav vědomí, péče o ránu, drény a vyprazdňování. Analgetizace zajistí pacientovi pooperační komfort. Je standardně řešena opiáty ve dvou denních dávkách v kombinaci s neopiátovými analgetiky v jedné až 3 dávkách. Bolest je monitorována škálou bolesti VAS / vizuální analogová škála /. V případě, že pacient nemá nauzeu, může dostat čaj po lžičkách.

2.7.4.3 První pooperační den

První den po operaci může být podáván čaj a bujón a to nelépe v poloze polosedě. V rámci prevence trombembolických komplikací je pacient vertikalizován, nacvičuje chůzi sám nebo s dopomocí po pokoji, na WC, provádí hygienickou péči. Redonův drén, pokud je bez sekrece, může být odstraněn.

2.7.4.4 Druhý pooperační den

Pacient se začíná realimentovat plnohodnotnou, ale šetřící stravou – dieta
č. 5. Je nutná kontrola ošetřujícím personálem, zaměřená především na to, jak pacient polyká.
U některých pacientů se mohou objevit přechodné polykací obtíže. Jejich příčinou je nejčastěji otok manžety. Ten způsobí, že sousto vázne v dolní části jícnu a je příčinou bolesti, způsobené stahem jícnu. V takovém případě jsou pacientovi podávány prokinetika a perorálně ampule 10ml 1% Mesocainu ředěného vodou, což před jídlem příznivě ovlivní spasmus jícnu.

Domů je pacient propuštěn 4 - 7 den, ale pouze v případě dobrého polykání. Pokud tomu tak není, čeká se, až se potíže zmírní.

Každý pacient je při propuštění edukován o dodržování dietních a režimových opatření, kterými jsou:

→ vyloučení rýže

→ vyloučení bílého pečiva

→ zamezení zvedání břemene v předklonu

→ zamezení posilování břišních svalů

→ tlumení eventuelního kašle (s pomocí lékaře)

2.7.4.5 Domácí ošetřovatelská péče

Pokud nejsou komplikace, je pacient standardně propuštěn do domácí péče 5 - 7 den po operaci. Přínos laparoskopické operace spočívá ve vyšším komfortu domácí rehabilitace bez bolestí operační rány a s výrazně nižším výskytem ranných komplikací. Nevýhodou laparoskopického výkonu je zkreslený náhled pacienta na závažnost operace. Díky nižší bolesti v bezprostředním pooperačním období a pěti drobným ranám oproti rozsáhlé operační ráně při klasickém způsobu operování, může vzniknout klamný dojem nenáročné operace. To je pak příčinou zklamání z výrazné slabosti a jiných pooperačních potíží, které tento výkon přináší a pacient si je často uvědomuje až po propuštění do domácí péče. Pacientům je doporučeno omezení fyzické námahy, především v předklonu a při zapojení břišního lisu. Při zapojení břišních svalů se totiž přenáší tlak na bránici, kde může dojít k povolení stehů, zužujících braniční hiatus a následné recidivě braniční kýly s dislokací žaludku do mezihrudí. Toto riziko neplatí pouze pro období rekonvalescence, ale pacienta provází prakticky až do konce života. Patří mezi nejdůležitější aspekty, které pacient musí zvažovat při rozhodování o souhlasu k operaci. Velmi často je příčinou změny v zaměstnání i diskvalifikací ze sportovních aktivit.

Dalším omezením v pooperačním období v délce nejméně šesti týdnů po operaci jsou dietní doporučení. Zejména je nutná absence potravin, které jsou při polykacím aktu obtížněji evakuovány z jícnu do žaludku. Je to především rýže, bílé pečivo, knedlíky, suché kuřecí maso. Pacientům, kteří byli před operaci zvyklí polykat nedostatečně rozmělněnou stravu, působí značné potíže zvyknout si každé sousto pečlivě rozkousat a následně zapít. V opačném případě hrozí zaklínění sousta nad přechodem jícnu v žaludek. To je dramatická situace, při které pacient pociťuje silné bolesti za dolní částí hrudní kosti a pokud se sousto následně neuvolní a nesklouzne do žaludku, musí jej násilně vyzvrátit anebo vyhledat odbornou pomoc.

Po 6 týdnech od operace se většinou pacient vrací zpět do normálního života, ale za stacionární stav lze považovat až období 3 měsíce po operaci. Některým pacientům zůstávají i několik měsíců polykací potíže, ty jsou do 6 týdnů po operaci považovány za standardní.

Celoživotním problémem některých pacientům je úporný meteorismus. Souvisí se skutečností, že fundoplikační manžeta má silnější antirefluxní funkci než fyziologický dolní jícnový svěrač. Proto si většina pacientů po operaci nemůže říhnout a nevyzvrací se. Plyn, nahromaděný v žaludku, se pak může evakuovat pouze směrem do střeva. Důsledkem je zvýšená plynatost, která pacienta často diskvalifikuje ze společenského i profesionálního života. To má zřejmě dominantní efekt na zhoršení kvality života těchto pacientů.

2.7.5 Konzervativní versus chirurgická terapie

Konzervativní terapie představuje administraci dvou tablet denně, chirurgická terapie náročný chirurgický výkon s možnými komplikacemi a doživotním omezením kvality života. Jak si tedy vybrat? Odpověď se může zdát jednoznačná. Nicméně je nutné oba typy terapie porovnat. Je efekt konzervativní i chirurgické terapie srovnatelný? Současná gastroenterologická literatura tvrdí, že ano (Attwood, 2008). Ještě v nedávné době byly obavy, že dlouhodobá konzervativní léčba může způsobit závažné komplikace v podobě trvalé achlorhydrie či nádoru z žaludečních G buněk. V současné době se považuje z tohoto hlediska za bezpečnou. Nicméně konzervativní terapie jednoznačně ovlivňuje pouze kyselý reflux, léčba biliárního refluxu je medikamentózně prozatím mnohem méně účinná (Vrba, 2006). Rovněž reflux do úst při předklonu a v horizontální poloze, především v noci, lze konzervativně ovlivnit jen velmi omezeně. S tím souvisí možné záněty v krku, či respirační afekce. Řada pacientů netoleruje prokinetika, které jim mohou způsobovat kolikovité bolesti či profuzní průjmy.

3 Kvalita života

Přesná definice kvality života nebyla nikdy stanovena. Dle Huvara je to údaj navýsost subjektivní, kdy se zpracovávají jen údaje, poskytnuté samotným subjektem. Je dán poměrem dvou faktorů: hendikepem samotným / chorobou / a jeho vnímáním postiženou osobou (Huvar, 2003, s. 20). Subjektivita údajů, poskytnutých pacientů, souvisí s jeho osobností a současným duševním stavem. Obdobný pohled na kvalitu života publikoval Jesenský. Podle něj kvalita života představuje velmi rozsáhlou oblast činitelů, které hendikepovanému jedinci umožňují žít ve společnosti. Tyto činitele Jesenský rozděluje do dvou základních skupin: Vnitřní činitele – somatické a psychické vybavení ovlivněné onemocněním, poruchou, defektem či defektivitami. Mezi vnitřní činitele patří všechny aspekty, ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného. Vnější činitele představují podmínky jejich existence. Jedná se ekologické, společensko - kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické faktory. Tato oblast obsahově koresponduje s objektivní dimenzí kvality života (Jesenský, 2000, s. 823). Termín kvality života úzce souvisí s definicí zdraví. Dle WHO představuje termín zdraví „nejenom absenci nemoci, ale obecného pocitu tělesné, duševní a sociální pohody / WHO, 1978/. Problematika kvality života je úzce spojená s otázkou cílů a smyslu života, hodnotového systému člověka.

Kvalita pacientova života je důležitým faktorem zdravotní péče. Může být definována jako úroveň osobní pohody, která je spojena s životním stylem a podmínkami, v kterých lidé žijí a v neposlední řadě též pocit naplnění a uspokojení, pramenící z faktorů vnějšího prostředí. (Kučera, 2004).

V současné době zdraví není pouze jen absence nemoci, ale stav fyzického a duševního zdraví podpořený pocitem sociální jistoty. Zdravý člověk je ten, kdo může vést aktivní a produktivní život, plnit sociální a ekonomické funkce, žít ve fyzické, psychické, sociální a duchovní rovnováze.

Z toho vyplývá, že zdraví může být udržováno a zlepšováno nejen díky pokročilému studiu zdravovědy, ale také a především výběrem správného životního stylu (www.ganoexcel, online).

Definovat kvalitu života není jednoduché.

Slováček hovoří o celé řadě definic, kterým je společné to, že kvalita života musí obsahovat údaje o stavu fyzickém, psychickém a sociálním. Pohlíží se na ni jako na

vícerozměrnou veličinu, kterou můžeme definovat jako posouzení vlastní životní situace a to pocit fyzického zdraví a nepřítomnost nemoci či léčby. Dále také psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty apod. Kvalita života se posuzuje na základě informací, které získáváme od nemocného určujícími parametry ve vtahu ke kvalitě života (Slováček, 2004, s. 6).

Malý uvádí zvýšení zájmu o posuzování kvality života v posledních 10 - 15 letech. V epidemiologických a klinických studiích je přikládána větší váha nejen délce života, ale i jeho kvalitě. Hodnocení kvality života se stalo standardním výstupem vědeckých publikací. Měření kvality je různorodé, jelikož se prolíná proces zjišťování, hodnocení a posouzení dat. Mezi hlavní faktory posouzení kvality života se řadí zdravotní stav, věk, sociální, ekonomické podmínky, duchovno, ale i přání, očekávání a zázemí jedince. Některé studie poukazují na to, jak se liší lékařské informace od subjektivních výpovědí pacienta. Kvalita života se může změnit v závislosti na změnách samotného pacienta a jeho okolí. Tyto změny jsou ovlivněny věkem, nemocí a následně její léčbou a také tím, jak je nemocný schopen se vyrovnat se stavy a stádii, kterými prochází (Malý, 2000, s. 176).

Kaplan a Busch zavedli pojem kvality života, která je prvotně určována zdravím jedince a jeho zdravotní péčí, která může být ovlivněna klinickými intervencemi (Kaplan, Busch, 1982, s. 61-80).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Cíle práce a hypotézy

Cíl č. 1.

Zjistit, zda měla operace pozitivní efekt na zmírnění symptomů refluxní choroby jícnu

Cíl č. 2.

Zjistit, zda po operaci došlo ke zhoršení některých potíží

Cíl č. 3.

Zjistit spokojenost pacientů s operací

Hypotéza č. 1. Není rozdíl ve výskytu pálení žáhy před operací, 6 týdnů po operaci a v současnosti.

Hypotéza č. 2. Není rozdíl ve výskytu bolesti za hrudní kostí před operací, 6 týdnů po operaci a v současnosti.

Hypotéza č. 3. Není rozdíl ve výskytu pocitu tlaku a cizího tělesa v krku před operací, 6 týdnů po operaci a v současnosti.

Hypotéza č. 4. Není rozdíl ve výskytu plynatosti před operací, 6 týdnů po operaci a v současnosti.

5 Materiál a metodika

Výzkumnému šetření předcházelo sestavení dotazníku / viz příloha /, který byl vytvořen na základě nejčastějších potíží, provázejících refluxní chorobu jícnu se zaměřením na kvalitu života. Srozumitelnost dotazů byla ověřena pilotním šetřením u pěti respondentů. Formou dotazníku bylo osloveno 91 pacientů, operovaných na I. chirurgické klinice LF UP v Olomouci v letech 2005-2008. Dotazník byl ve všech případech odeslán na adresu pacientů. Údaje o pacientech byly získány z databáze gastroenterochirurgické poradny I. chirurgické kliniky, kde jsou tito pacienti dispenzarizováni. Statistické zpracování bylo provedeno metodou Fischerova přesného testu. Ze sestavy byli předem vyřazeni pacienti s pozdní komplikací výkonu, pro kterou jsou nadále v péči kliniky. Vyplněný dotazník vyplnilo 61 pacientů. Z toho počtu bylo 24 /39% / mužů a 37 /61% / žen. Věkové rozmezí pacientů bylo 31 až 83 let. V dotazníku jsou pacienti rozděleni do čtyř věkových kategorií. První kategorie byla od 15 do 30 let, zde nebyl žádný pacient, v další kategorii 31-40 let byli 4 /7% / pacienti, v kategorii 41-50 let 9 /15% / pacientů, 51-65 let 32 /52% / pacientů a nad 65 let 16 /26% / pacientů. Všichni pacienti podstoupili laparoskopickou fundoplikaci. Indikací k operaci byla refluxní choroba jícnu, způsobená ve většině případů bráničí kýlou anebo inkompetencí dolního jícnového svěrače z jiné příčiny. V dotazníku pacienti odpovídali na 16 otázek, přičemž příslušnou odpověď označovali křížkem. První část dotazníku / otázka č. 1, 2, 3, 4, 5 / byla zaměřena na nejčastější potíže, které refluxní choroba jícnu způsobuje. Je to pálení žáhy, bolesti za dolní částí hrudní kosti, pocity tlaku anebo cizího tělesa v krku, zvýšená plynatost, ztížené anebo bolestivé polykání. Zde jsou porovnána tři časová období, jednak před operací, 6 týdnů po operaci a nyní v delším odstupu měsíců až let od operace. Frekvence symptomů je rozdělena v každém časovém období do kategorií *každý den*, třikrát týdně, jedenkrát měsíčně, zřídka a vůbec. Další čtyři otázky / otázka č. 6, 7, 8, 9 / vyžadovaly odpověď pouze ano a ne. První / otázka č. 6/ z nich se týkala zvýšeného výskytu respiračních infektů před a po operaci. V další / otázka č. 7 / měl pacient odpovědět, zda se cítí po operaci lépe než před operací. Ve třetí / otázka č. 8 / z této kategorie, zda se mu v odstupu od operace opět vrátily původní předoperační potíže. V poslední / otázka č. 9 / pacienti odpovídali na otázku, zda mají po operaci jiné potíže, tedy takové, které před operací neměli. Desátá otázka / otázka č. 10 / se týkala spokojenosti pacientů s operací. Odpověď byla zcela, částečně anebo vůbec. V jedenácté otázce / otázka č. 11 / se pacienti zařadili do věkových kategorií- 15-30, 31-40, 41-50, 51-65 a nad 65 let, dvanáctá otázka / otázka č. 12 / se týkala pracovního zařazení, tedy zda

pacienti pracují fyzicky či duševně anebo nepracují vůbec. Poslední čtyři / otázka č. 13, 14, 15, 16 / otázky se přímo dotýkají kvality života. Na první tři z nich / otázka č. 13, 14, 15 / odpovídali pouze ano a ne. Jednak zda byli nuceni díky operaci změnit zaměstnání, zda jim operace ovlivnila sportovní a v další otázce / otázka č. 15 / osobní život. Závěrečná otázka / otázka č. 16 / je zásadní, tedy zda se kvalita života díky operaci zlepšila, zhoršila anebo nezměnila.

6 Výsledky

6.1 Výsledky výzkumného šetření

Položka č. 1

Pociťoval /a / jste pálení žáhy?

Pálení žáhy pociťovalo *před operací* 31 /51% / pacientů *každý den*, 10 /16% / pacientů 3 x týdně, 4 /7% / pacienti *1 x měsíčně*, 12 /20%/ pacientů *zřídka* a 4 /7% / pacienti *vůbec*. *Šest týdnů po operaci* měl pyrózu *každý den* pouze 1 /2%/ pacient, *třikrát týdně* až *jedenkrát měsíčně* ji neudával žádný pacient, *zřídka* 10 /16%/ a *vůbec* 50 /82%/ pacientů. Pálení žáhy *nyní v odstupu od operace každý den* neměl žádný pacient, *3 x týdně* 6 /10% / pacientů, *jedenkrát měsíčně* 4 /7% / pacienti, *zřídka* 10 /16% / a *vůbec* 41 /67% / pacientů - viz Tab. č. 1.

Tab. č. 1 Pálení žáhy - celková incidence před a po operaci

n = 61	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
před operací	31 (51%)	10 (16%)	4 (7%)	12 (20%)	4 (7%)
6 týdnů po operaci	1 (2%)	0	0	10 (16%)	50 (82%)
nyní	0	6 (10%)	4 (7%)	10 (16%)	41 (67%)

Tab. č. 1.a Změna frekvence pyrózy vzhledem k operaci - před operací každý den

n = 31	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	1 (3%)	0	0	7 (23%)	23 (74%)
Nyní	0	3 (10%)	4 (13%)	6 (19%)	18 (58%)

Snížení incidence každý den o 100% ve prospěch 3x týdně /10%/, 1x měs. 13%, zřídka /19%/, vůbec /58% /

Tab. č. 1.b Změna frekvence pyrózy vzhledem k operaci - před operací 3 x týdně

n = 10	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	0	0	0	1 (10%)	9 (90%)
nyní	0	2 (20%)	0	2 (20%)	6 (60%)

Snížení incidence z 3xtýdně o 30 % ve prospěch zřídka /20%/,vůbec 60%, stejná incidence ve 20%
Nárůst incidence z 3xtýdně ve prospěch každý den nebyl

Tab. č. 1.c Změna frekvence pyrózy vzhledem k operaci - před operací 1 x měsíčně

n = 10	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	0	0	0	1 (10%)	3 (30%)
nyní	0	0	0	1 (10%)	3 (30%)

Z 1x měsíčně incidence snížena o 40% ve prospěch zřídka /10% I a vůbec /30% /
Nárůst incidence nebyl žádný

Tab. č. 1.d Změna frekvence pyrózy vzhledem k operaci - před operaci zřídka

n = 12	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	0	0	0	1 (8%)	11 (92%)
Nyní	0	1 (8%)	0	1 (8%)	10 (83%)

Snížení incidence ze zřídka ve prospěch vůbec o 83%, stejná incidence zůstává v 8%
Nárůst incidence ze zřídka na 3x týdně o 8%

Tab. č. 1.e Změna frekvence pyrózy vzhledem k operaci - před operací vůbec

n = 4	každý d	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	0	0	0	0	4 (100%)
nyní	0	0	0	0	4 (100%)

Pokud byl pacient předoperačně bez pyrózy, neměl ji ani v odstupu po operaci

Položka č. 2

Pociťoval/a/ jste bolesti za dolní částí hrudní kosti?

Bolesti za dolní částí hrudní kosti pociťovalo před operací 12 /20%/ pacientů *každý den*, *3 x týdně* 10 /16%/ pacientů, *jedenkrát měsíčně* 7 /11%/ pacientů, zřídka 12 /20% / pacientů a vůbec 20 /33%/ pacientů. *Šest týdnů po operaci* měli bolesti za hrudní kostí *každý den* 3 /5%/ pacienti, *3 x týdně* 1 /2%/ pacient, *jedenkrát měsíčně* 5 /8%/ pacientů, *zřídka* 13 /21% / pacientů a *vůbec* 20 /33%/ pacientů. Bolesti za dolní částí hrudní kosti *nyní v odstupu od operace každý den* měli 3 /5%/ pacienti, *3 x týdně* 2 /3%/ pacienti, *1 x měsíčně* 4 /7%/ pacienti, *zřídka* 14 /23%/ pacientů a *vůbec* 38 /62%/ pacientů- viz Tab. č. 2.

Tab. č. 2 Bolesti za hrudní kostí - celková incidence před a po operaci

n = 61	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
před operací	12 (20%)	10 (16%)	7 (11%)	12 (20%)	20 (33%)
6 týdnů po operaci	3 (5%)	1 (2%)	5 (8%)	13 (21%)	39 (64%)
nyní	3 (5%)	2 (3%)	4 (7%)	14 (23%)	38 (62%)

Tab. č. 2.a Změna frekvence bolestí za sternem vzhledem k operaci - před operací každý den

n = 12	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	0	1 (8%)	2 (17%)	5 (42%)	4 (33%)
nyní	0	1 (8%)	1 (8%)	4 (33%)	6 (50%)

Snížení incidence každý den o 100 % ve prospěch 3x týdně /8 %/, 1x měs. 8%, zřídka /33%/, vůbec / 50% /, u žádného pacienta nezůstala každý den

Tab. č. 2.b Změna frekvence bolestí za sternem vzhledem k operaci - před operací 3x týdně

n = 10	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	2 (20%)	0	1 (10%)	7 (70%)	0
Nyní	1 (10%)	0	2 (20%)	3 (30%)	4 (40%)

Snížení incidence 3x týdně o90% ve prospěch 1x měs. /20%/, zřídka /30%/ a vůbec /40% /
Nárůst incidence z 3x týdně na každý den o 10%

Tab. č. 2.c Změna frekvence bolestí za sternem vzhledem k operaci – před operací 1x měsíčně

n = 7	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	0	0	2 (29%)	2 (29%)	3 (43%)
nyní	0	0	1 (14%)	1 (14%)	5 (71%)

Snížení incidence z1x měs. O 85 % ve prospěch zřídka /14% /a vůbec /71%/
Nárůst incidence nebyl žádný

Tab. č. 2.d Změna frekvence bolestí za sternem vzhledem k operaci - před operací zřídka

n = 12	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	0	0	0	3 (25%)	9 (75%)
nyní	0	1 (8%)	0	3 (25%)	8 (67%)

Snížení incidence ze zřídka ve prospěch vůbec o 67 %, stejně zůstává ve 25%
Nárůst incidence ze zřídka na 3x týdně o 8%

Tab. č. 2.e Změna frekvence bolestí za sternem vzhledem k operaci - před operací vůbec

n = 20	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	1 (5%)	0	0	3 (15%)	16 (80%)
nyní	2 (10%)	0	0	3 (15%)	15 (75%)

Nárůst incidence z vůbec ve prospěch každý den o10% a zřídka o 15%, stejná zůstala u 50%

Položka č.3

Pociťoval /a/ jste tlaky anebo cizí těleso v krku?

Pocity tlaku anebo cizího tělesa v krku krku mělo *každý den* před operací 14 /23%/ pacientů, *3 x týdně* 7 /11%/ pacientů, *1 x měsíčně* 2 /3%/ pacienti, *zřídka* 11 /18%/ pacientů a *vůbec* 27 /44%/ pacientů. *Šest týdnů po operaci* mělo pocity tlaku anebo cizího tělesa v krku *každý den* 6 /10%/ pacientů, *3 x týdně* 3 /5%/ pacienti, *1 x měsíčně* žádný pacient,

zřídka 10 /16%/ pacientů a *vůbec* 42 /69%/ pacientů. Pocity tlaku anebo cizího tělesa v krku krku *nyní v odstupu od operace každý den* mělo 5 /8%/ pacientů, *3 x týdně* žádný pacient, *1 x měsíčně* 2 /3%/ pacienti, *zřídka* 12 /20%/ pacientů a *vůbec* 42 /69%/ pacientů - viz Tab. č. 3

Tab. č. 3 Pocit tlaku a cizího tělesa v krku - celková incidence před a po operaci

n = 61	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
před operací	14 (23%)	7 (11%)	2 (3%)	11 (18%)	27 (44%)
6 týdnů po operaci	6 (10%)	3 (5%)	0	10 (16%)	42 (69%)
nyní	5 (8%)	0	2 (3%)	12 (20%)	42 (69%)

Tab. č. 3.a Změna frekvence pocitu tlaku a cizího tělesa v krku vzhledem k operaci – před operací každý den

n = 14	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	4 (29%)	2 (14%)	0	3 (21%)	5 (36%)
nyní	3 (21%)	0	1 (7%)	4 (29%)	6 (43%)

Snížení incidence každý den o 79 % ve prospěch 1x měs. /7% /, zřídka /29% /, vůbec /43% /, stejná ve 21%

Tab. č. 3.b Změna frekvence pocitu tlaku a cizího tělesa v krku vzhledem k operaci – před operací 3 x týdně

n = 10	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	2 (20%)	0	1 (10%)	7 (70%)	0
nyní	1 (10%)	0	2 (20%)	3 (30%)	4 (40%)

Snížení incidence z 3x týdně o 90 % ve prospěch, 1x měs. /20% /, zřídka /30% /, vůbec / 40% /
Nárůst incidence z 3x týdně ve prospěch každý den o 10%

Tab. č. 3.c Změna frekvence pocitu tlaku a cizího tělesa v krku vzhledem k operaci – před operací 1x měsíčně

n = 2	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	0	0	0	0	2 (100%)
nyní	0	0	0	1	1 (50%)

Z 1x měsíčně incidence snížena na zřídka/50% /a vůbec /50% /
Nárůst incidence nebyl žádný

Tab. č. 3.d Změna frekvence pocitu tlaku a cizího tělesa v krku vzhledem k operaci - před operací zřídka

n = 11	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	0	0	0	3 (27%)	8 (73%)
Nyní	0	1 (9%)	0	3 (27%)	8 (73%)

Snížení incidence ze zřídka ve prospěch vůbec o73%, stejně zůstává ve 27%
Nárůst incidence ze zřídka na 3x týdně o 9%

Tab. č. 3.e Změna frekvence pocitu tlaku a cizího tělesa v krku vzhledem k operaci – před operací vůbec

n = 27	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	0	0	0	1 (4%)	26 (96%)
nyní	0	0	0	1 (4%)	26 (96%)

Nárůst incidence z vůbec ve prospěch zřídka o 4%, stejná zůstává u 96%

Položka č. 4

Pociťoval /a/ jste zvýšenou plynatost?

Zvýšenou plynatost pociťovalo před operací *každý den* 11 /18%/ pacientů, *3 x týdně* 10 /16%/ pacientů, *1 x měsíčně* 5 /8%/ pacientů, *zřídka* 19 /31%/ pacientů a *vůbec* 16 /26%/ pacientů. *Šest týdnů po operaci* mělo zvýšenou plynatost *každý den* 16 /26%/ pacientů, *3 x týdně* 13 /21%/ pacientů, *1 x měsíčně* 5 /8%/ pacientů, *zřídka* 17 /28%/ pacientů a *vůbec* 10 /16%/ pacientů. Zvýšenou plynatost *nyní v odstupu od operace každý den* mělo 13 /21%/ pacientů, *3 x týdně* 14 /23%/ pacientů, *1 x měsíčně* 5 /8%/ pacientů, *zřídka* 16 /26%/ pacientů a *vůbec* 13 /21%/ pacientů - viz. tab. č.4.

Tab. č. 4 Zvýšená plynatost - celková incidence před a po operaci

n = 61	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
před operací	11 (18%)	10 (16%)	5 (8%)	19 (31%)	16 (26%)
6 týdnů po operaci	16 (26%)	13 (21%)	5 (8%)	17 (28%)	10 (16%)
Nyní	13 (21%)	14 (23%)	5 (8%)	16 (26%)	13 (21%)

Tab. č. 4.a Změna frekvence zvýšené plynatosti vzhledem k operaci-před operací každý den

n = 11	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	3 (27%)	3 (27%)	1 (9%)	3 (27%)	1 (9%)
nyní	4 (36%)	3 (27%)	0	3 (27%)	1 (9%)

Snížení incidence každý den o 64 % ve prospěch 3x týdně /27%/, zřídka /27%/,vůbec /9% /,stejná ve 36%

Tab. č. 4.b Změna frekvence zvýšené plynatosti vzhledem k operaci - před operací 3x týdně

n = 10	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	2 (20%)	5 (50%)	2 (20%)	1 (10%)	0
nyní	1 (10%)	6 (60%)	2 (20%)	1 (10%)	0

Snížení incidence z 3x týdně o 30 % ve prospěch, 1x měs. o20%, zřídka /10% /stejná v 60%
Nárůst incidence z 3x týdně ve prospěch každý den o 10%

Tab. č. 4.c Změna frekvence zvýšené plynatosti vzhledem k operaci - před operací 1x měsíčně

n = 5	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)	0	0
nyní	2 (40%)	1 (20%)	1 (20%)	1 (20%)	0

Z 1x měsíčně incidence snížena nebyla, stejná ve 20%
Nárůst incidence z 1x měsíčně na každý den o 40%, 3xtýdně o20%, zřídka o 20%

Tab. č. 4.d Změna frekvence zvýšené plynatosti vzhledem k operaci - před operací zřídka

n = 19	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	5 (26%)	2 (10%)	0	10 (53%)	2 (10%)
nyní	3 (16%)	3 (16%)	0	9 (47%)	4 (21%)

Snížení incidence ze zřídka ve prospěch vůbec o21%, stejně zůstává 47%
Nárůst incidence ze zřídka na každý den o 16%, 3x týdně 16%

Tab. č. 4.e Změna frekvence zvýšené plynatosti vzhledem k operaci - před operací vůbec

n = 16	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	4 (25%)	1 (6%)	1 (6%)	3 (19%)	7 (44%)
nyní	3 (19%)	1 (6%)	2 (12%)	2 (12%)	8 (50%)

Nárůst incidence z vůbec ve prospěch každý den o19%, 3x týdně o 6%, 1x měs. o12%, stejná u 50%

Položka č. 5

Pociťoval /a/ jste ztížené anebo bolestivé polykání?

Ztížené anebo bolestivé polykání pociťovalo před operací *každý den* 14 /23%/ pacientů, *3 x týdně* 5 /8%/ pacientů, *1 x měsíčně* žádný pacient, *zřídka* 8 /13%/ pacientů a *vůbec* 39 /64%/ pacientů. *Šest týdnů po operaci* mělo ztížené anebo bolestivé polykání *každý den* 9 /15%/ pacientů, *3 x týdně* 5 /8%/ pacientů, *1 x měsíčně* žádný pacient, *zřídka* 8 /13%/ pacientů *a vůbec* 39 /64%/ pacientů. Ztížené anebo bolestivé polykání *nyní v odstupu od operace každý den* měli 3 /5%/ pacienti, *3 x týdně* 4 /7%/ pacienti,, *1 x měsíčně* 6 /10%/ pacientů, *zřídka* 10 /16%/ pacientů a *vůbec* 38 /63%/ pacientů - viz. tab. č.5.

Tab. č. 5 Bolestivé polykání - celková incidence před a po operaci

n = 61	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
před operací	14 (23%)	3 (5%)	2 (3%)	10 (16%)	32 (52%)
6 týdnů po operaci	9 (15%)	5 (8%)	0	8 (13%)	39 (64%)
Nyní	3 (5%)	4 (7%)	6 (10%)	10 (16%)	38 (63%)

Tab. č. 5.a Změna frekvence bolestivého polykání vzhledem k operaci - před operací každý den

n = 14	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	3 (21%)	2	0	3 (21%)	6 (43%)
Nyní	1 (7%)	1 (7%)	4 (29%)	3 (21%)	5 (36%)

Snížení incidence každý den o 93 % ve prospěch 3x týdně /7% /, 1x měs. /29%/, zřídka /21%/, vůbec /36% /, stejná v 7%

Tab. č. 5.b Změna frekvence bolestivého polykání vzhledem k operaci - před operací 3x týdně

n = 3	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	1 (33%)	0	0	1 (33%)	1 (33%)
nyní	0	0	0	3 (100%)	0

Snížení incidence 3x týdně o 100 % ve prospěch zřídka

Tab. č. 5.c Změna frekvence bolestivého polykání vzhledem k operaci - před operací 1x měsíčně

n = 2	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	0	0	2 (100%)	0	0
nyní	0	0	0	1 (50%)	1 (50%)

Z 1x měsíčně incidence snížena o 100% ve prospěch zřídka /50% / a vůbec /50% /

Tab. č. 5.d Změna frekvence bolestivého polykání vzhledem k operaci - před operací zřídka

n = 10	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	0	0	0	2 (20%)	8 (80%)
nyní	0	0	0	1 (10%)	9 (90%)

Snížení incidence ze zřídka ve prospěch vůbec o 90%, stejně zůstává v 10%

Tab. č. 5.e Změna frekvence bolestivého polykání vzhledem k operaci-před operací vůbec

n = 32	každý den	3 x týdně	1 x měs.	zřídka	vůbec
6 týdnů po operaci	5 (16%)	3 (9%)	0	1 (3%)	23 (72%)
Nyní	2 (6%)	3 (9%)	2 (6%)	2 (6%)	23 (72%)

Nárůst incidence z vůbec ve prospěch každý den o 6%, 3x týdně o 9%, 1x měs. O 6 %, zřídka o 6%, stejná u 72 %

Položka č. 6

Měli jste před operací zvýšený výskyt respiračních infekcí?

Respirační infekce ve zvýšené míře *před operací* udávalo 21 /34%/ pacientů, negovalo 40 /66%/ pacientů. *Po operaci* udávalo zvýšený výskyt respiračních infekcí 9 /15%/ pacientů, negovalo 52 /85%/ pacientů -viz Tab. č. 6.

Tab. č. 6 Respirační infekce - celková incidence před a po operaci

n = 61	ano	ne
před operací	21(34%)	40(66%)
po operaci	9(15%)	52(85%)

Snížení incidence respirační infekce o 19%

Položka č. 7

Cítíte se po operaci lépe než před operací?

Na otázku, zda se cítí *po operaci* lépe, odpovědělo kladně 57 /93%/ pacientů, záporně 4 /7%/ pacienti viz Tab. č. 7.

Tab. č. 7 Pocit zlepšení po operaci

ano	ne
57(93%)	4 (7%)

Tab. č. 7.a Pacienti nezlepšeni po operaci

n = 61	zlepšen	zhoršen	stejný
pálení žáhy	4 (7%)	0	0
bolesti za sternem	3 (5%)	0	1(2%)
tlak v krku	1 (2%)	2 (3%)	1(2%)
zvýšená plynatost	0	2 (3%)	2 (3%)
ztížené polykání	0	2 (3%)	2 (3%)

Z pacientů, kteří neudávají zlepšení po operaci, udávají 3% zhoršení tlaku v krku, zvýšenou plynatost a ztížené polykání

Žádnou změnu neudávají u bolestí za sternem a tlaku v krku 2%, u zvýšené plynatosti a ztíženém polykání 3% pacientů

Položka č. 8

Vrátily se Vám Vaše předoperační potíže?

Na otázku, zda se pacientům vrátily jejich předoperační potíže, kladně odpovědělo 8 /13%/ pacientů, záporně 53 /87%/ pacientů -viz. tab. č.8.

Tab. č. 8 Recidiva předoperačních potíží po operaci

ano	ne
8(13%)	53(87%)

Tab. č. 8.a Pacienti, kterým se vrátily předoperační potíže

n = 61	částečně	zcela	vůbec
pálení žáhy	2 (3%)	0	4 (7%)
bolesti za sternem	0	1 (2%)	5 (8%)
tlak v krku	0	1 (2%)	5 (8%)
zvýšená plynatost	2 (3%)	2 (3%	2 (3%)
ztížené polykání	0	1 (2%)	5 (8%)

Z pacientů, kteří udali recidivu potíží, to byla částečně pyróza a zvýšená plynatost ve 3% , zcela bolesti za sternem a tlak v krku a ztížené polykání ve 2%, zvýšená plynatost ve 3%

Tab. č. 8.b Nemocní, kterým se vrátily předoperační potíže-nyní každodenně

n = 61	tlak v krku	bolesti za sternem	ztíž. polykání
tlak v krku	5 (8%)	2 (3%)	3 (5%)
bolesti za sternem	2 (3%)	3 (5%)	1 (2%)
ztížené polykání	3 (5%)	1 (2%)	3 (5%)

Každodenní recidivu tlaku v krku udává 8 % pacientů,v kombinaci s bolestí za sternem 3% , v kombinaci se ztíženým polykáním 5%
Každodenní recidivu bolestí za sternem udává 5% pacientů, v kombinaci s tlakem v krku 3%, V kombinaci se ztíženým polykáním 2% pacientů
Každodenní recidivu ztíženého polykání udává 5% pacientů, v kombinaci s tlakem v krku 5 % pacientů, v kombinaci s bolestmi za sternem 2% pacientů

Tab. č. 8.c Pacienti, kterým se vrátily předoperační potíže - nyní 3x týdně

n = 61	tlak v krku	bolesti za sternem	ztíž. polykání
tlak v krku	0	0	0
bolesti za sternem	0	2 (3%)	0
ztížené polykání	0	0	4 (7%)

Z pacientů, kteří mají recidivu potíží 3x týdně, to byly ve 3% bolesti za sternem a v 7 % ztížené polykání

Položka č. 9

Máte po operaci jiné potíže, které před operací nebyly?

Na otázku, zda mají pacienti po operaci jiné potíže, které před operací neměli, kladně odpovědělo 17 /28% / pacientů, záporně 44 / 72% / pacientů viz - tab.č.9.

Tab. č. 9 Výskyt nových potíží, které před operací nebyly

ano	ne
17(28%)	44(72%)

Položka č. 10

Jste s výsledkem operace spokojeni?

Na otázku, zda jsou s výsledkem operace spokojeni, odpovědělo zcela 49 /80%/ pacientů, částečně 12 /20%/ pacientů, žádný neodpověděl vůbec - viz. tab. č.10.

Tab. č. 10 Spokojenost s operací

zcela	částečně	vůbec
49(80%)	12(20%)	0

Položka č. 11

Kolik je Vám let?

V kategorii 31-40 let byli 4 /7%/ pacienti, v kategorii 41-50 let 9 /15%/ pacientů, 51-65 let 32 /52%/ pacientů a nad 65 let 16 /26%/ pacientů - viz Tab. č. 11.

Tab. č. 11 Věkové rozmezí

31-40 let	41-50 let	51-65 let	nad 65 let
4(7%)	9(15%)	32(52%	16(26%)

Položka č. 12

Pracujete fyzicky, duševně anebo nepracujete?

Na otázku pracovní činnosti odpovědělo 24 /39%/ pacientů fyzicky, 19 /31%/ duševně a 18 /30%/ nepracuje vůbec viz - tab. č. 12.

Tab. č. 12 Pracovní aktivita

fyzicky	duševně	nepracuje
24(39%)	19(31%)	18(30%)

Položka č. 13

Byl/a jste nucen/a díky operaci změnit zaměstnání?

Na otázku nutnosti změny zaměstnání v souvislosti s operací odpověděli kladně 4 /6%/ pacienti, záporně 57 /94%/ pacientů - viz Tab. č. 13.

Tab. č. 13 Změna zaměstnání v souvislosti s operací

ano	ne
4 (6%)	57 (94%)

Položka č. 14

Omezila Vám operace sportovní život?

Na otázku, zda pacientům operace omezila sportovní život, odpověděli trvale 2 /3%/ pacienti, dočasně 14 /23%/ pacientů. Záporně odpovědělo 45 /74%/ pacientů –
viz Tab. č. 14.

Tab. č. 14 Omezení sportovního života v souvislosti s operací

trvale	dočasně	vůbec
2 (3%)	14 (23%)	45 (74%)

Položka č. 15

Omezila vám operace osobní život?

Na otázku, zda pacientům operace omezila osobní život, odpověděli trvale 2 /3%/ pacienti, *dočasně* 7 /11%/ pacientů, *záporně* 52 /85%/ pacientů - viz Tab. č. 15.

Tab. č. 15 Omezení osobního života v souvislosti s operací

trvale	dočasně	vůbec
2 (3%)	7 (11%)	52 (85%)

Položka č. 16

Kvalita života se mi díky operaci zlepšila, zhoršila. Nezměnila

Na otázku, zda se kvalita života díky operaci zlepšila, odpovědělo kladně 50 /82%/ pacientů. Dvěma /3%/ pacientům se zhoršila a 9 /15%/ nezměnila - viz Tab. č. 16.

Tab. č. 16 Změna kvality života

zlepšila	nezměnila	zhoršila
50 (82%)	9 (15%)	2 (3%)

6.2 Analýza výsledků výzkumného šetření

Pálení žáhy bylo nejčastějším předoperačním symptomem. Ze souboru 61 pacientů neudávali pyrózu pouze 4 pacienti /6,5%/. 31 pacientů /50 % / obtěžovalo pálení žáhy *každý den*, 10 pacientů /16%/ *3 x týdně*. V současné době ji nepociťuje *každý den* žádný pacient, ale *3 x týdně* ji udává 6 pacientů /10%/. Z pacientů, kteří měli předoperačně pyrózu *každý den* 31 / 50% /, je v současné době zcela bez tohoto symptomu, anebo jej má pouze *jednou měsíčně* a méně 28 pacientů /90%/. V bezprostředním pooperačním období, tedy v prvních 6 týdnech od operace se u jednoho pacienta objevoval pocit pyrózy *každý den*, ale tento pacient ji v současné době nemá vůbec.

Bolesti za dolní částí hrudní kosti udávalo 41 pacientů /67% /. Z toho u 22 pacientů /36%/ jej lze považovat za frekventní příznak. Nyní v odstupu od operace je zcela vylučuje 38% pacienti, frekventně je má pouze 5 pacientů /8% /. Překvapivé je, že z 20 pacientů, kteří tyto potíže předoperačně vůbec neměli, nyní je 2 pociťují *každý den*. U tohoto symptomu je jeho frekvence v časném / 6 týdnů po operaci / a pozdním pooperačním období prakticky stejná.

Pocit cizího tělesa a tlak v krku mělo před operací 34 pacientů /56% /, z toho jako frekventní příznak se vyskytoval u 21 pacientů /34% /. V současné době jej udává *každý den* 5 pacientů /8 % /, naopak 54 pacientů /88% / jej má zřídka anebo vůbec. Ve skupině pacientů 14 / 23% /, kteří měli předoperačně globus, tedy pocit cizího tělesa v krku *každý den*, tyto potíže přetrvávaly v prvních 6 týdnech od operace denně až *3x týdně* u 6 pacientů /10%/ a v současné době se tento počet snížil na polovinu /5% /.

Zvýšenou plynatost udávalo předoperačně 45 pacientů /74% /, z toho ve 21 případech /34% / šlo o frekventní potíže denně až 3x týdně. V bezprostředním pooperačním období 6 týdnů od operace se celkový počet pacientů s plynatostí zvýšil na 51 /83% /, z toho ve 29 případech /47% / šlo o časté potíže. V současné době je stav obdobný, tedy 48 pacientů /79% / udává zvýšenou plynatost, přitom jako častý příznak jej lze označit u 27 pacientů /44% /.

Polykací potíže udávalo před operací 29 pacientů /47% /, z toho v 17 případech /28% / šlo o velmi časté potíže. V bezprostředním pooperačním období došlo ke snížení počtu pacientů s těmito potížemi na 14 /23%/, nyní frekventní polykací potíže udává 7 pacientů /11%/ . Ve skupině 32 pacientů, kteří neměli před operací žádné polykací potíže, jich v 6 týdnech po operaci udávalo *každý den* až *3x týdně* 8 /25% /, nyní přetrvávají u 5 z nich /16% /.

Respirační infekce ve zvýšeném počtu udávalo před operací 21 pacientů /34% /, po operaci tento počet klesl na 9 /15% /. Pouze 1 pacient udával větší frekvenci respiračních infekcí ve srovnání s obdobím před operací.

Po operaci se cítí lépe 57 pacientů /93%/. Zbývající 4 pacienti /7% / po operaci zlepšení neudávají. Nicméně všichni čtyři udávají zmírnění či vymizení pálení žáhy. Přitom u dvou z nich šlo před operací o frekventní potíže jednou denně až 3x týdně. Tři z nich mají zmírnění či odstranění bolestí za hrudní kostí, u jednoho se intenzita či frekvence bolestí nezměnila. Pocit tlaku či cizího tělesa byl intenzívnější u dvou pacientů, naopak jeden udává zlepšení a v jednom případě se zůstávají tyto potíže na stejné úrovni jako před operací. Zvýšená plynatost je stejná ve dvou případech, v další dva pacienti ji považují za intenzívnější. Stejná situace je v oblasti ztíženého polykání.

Šest pacientů /10% / uvedlo obnovení předoperačních potíží. V případě pálení žáhy to bylo částečně u dvou pacientů /3%/, zbylí čtyři ji zcela vylučují /7%/. Bolesti za hrudní kostí se částečně vrátily u jednoho pacienta /2%/, stejně tak tomu bylo v případě pocitu tlaku v krku a ztíženého polykání. Zvýšená plynatost obtěžovala dva pacienty /3%/ ve stejné míře jako před operací, v dalších dvou případech/3%/ se vrátila pouze částečně.

Jiné potíže než před operací uvedlo 17 pacientů /28%/. Z toho 5 pacientů /8%/ si stěžuje na nadměrnou plynatost, dva pacienti na průjmy /3%/, 4 pacienti /7%/ na problémy s polykáním a 5 pacientů /8%/ mívá bolesti břicha, nejčastěji tlakového charakteru po jídle.

Úplnou spokojenost s operací udávalo 49 pacientů 80%/, částečnou 12 /20%/. Žádný pacient neuvedl, že by s operací byl zcela nespokojen.
V sestavě 49 pacientů /80%/, kteří jsou s operací zcela spokojeni je i 12 pacient /20%/, kteří udávají po operaci potíže, které dříve neměli.
Z 22 pacientů /36%/, kteří pracují fyzicky, byli 3 /5%/ nuceni díky operaci změnit zaměstnání.
Ze 7 pacientů /11% /, kteří udávali, že jim operace změnila kvalitu osobního života, to bylo v 5 případech /8%/ pouze dočasně. Dva pacienti /3%/ trvale pociťují zhoršení osobní kvality života. Důvodem je v obou případech nadměrná plynatost. Jedna pacientka /2%/ jej uvádí jako příčinu neschopnosti nalézt nového partnera.
Při posuzování změny kvality života ve vztahu k operaci 50 pacientů /70%/ udávalo zlepšení, pouze 2 pacienti /3%/ mají dle vlastního hodnocení zhoršení kvality života. Devět pacientů /15%/ má stejnou kvalitu života jako před operací.

6.3 Statistické zhodnocení výsledků výzkumného šetření

Statistickému zhodnocení jsme podrobili čtyři nejčastější příznaky refluxní choroby. U každého z nich jsme primárně stanovili nulovou analýzu, dle které není rozdílu mezi předoperační a pooperační incidencí příznaku

1. Pálení žáhy

Ověření platnosti nulové hypotézy

H01: Není rozdíl ve výskytu pálení žáhy před operací, 6 týdnů po operaci a v současnosti.

Platnost nulové hypotézy byla ověřena pomocí Fisherova přesného testu na kontingenční tabulce. Fisherův přesný test je modifikací chí-kvadrát testu pro případ malých očekávaných četností. Test byl dělán na hladině signifikance 0,05.

Závěr: Nulovou hypotézu H01 zamítáme, Fisherův přesný test prokázal signifikantní zlepšení 6 týdnů po operaci, resp. v současné době ve srovnání se situací před operací. Přesně vypočítaná hladina signifikance testu $p < 0{,}0001$. Signifikantní rozdíl byl zjištěn také při porovnání situace 6 týdnů po operaci se situací v současnosti – v současnosti došlo opět k mírnému zhoršení těchto potíží vzhledem k výraznému zlepšení 6 týdnů po operaci, hladina signifikance testu ($p = 0{,}021$).

Tab. č. 17 Kontingenční tabulka a výsledek Fisherova přesného testu – pálení žáhy

Crosstabulation

		Pálení žáhy					
		každý den	3x týdně	1x měsíčně	zřídka	vůbec	Total
před operací	Count	31	10	4	12	4	61
	%	50,8%	16,4%	6,6%	19,7%	6,6%	100,0%
6 týdnů po oper	Count	1	0	0	10	50	61
	%	1,6%	,0%	,0%	16,4%	82,0%	100,0%
nyní	Count	0	6	4	10	41	61
	%	,0%	9,8%	6,6%	16,4%	67,2%	100,0%
Total	Count	32	16	8	32	95	183
	%	17,5%	8,7%	4,4%	17,5%	51,9%	100,0%

Fisher's Exact Test

	Value	Exact Sig. (2-sided)
Fisher's Exact Test	121,132	**< 0,0001**
N of Valid Cases	183	

Výsledky Fisherova přesného testu s Bonferroniho korekcí signifikance pro porovnání jednotlivých časů po dvojicích:

	signifikance
Před op. vs. 6 týdnů po op.	**< 0,0001**
Před op. vs. nyní	**< 0,0001**
6 týdnů po op. vs. nyní	**0,021**

2. Bolesti za hrudní kostí

Ověření platnosti nulové hypotézy

H02: Není rozdíl ve výskytu bolesti za hrudní kostí před operací, 6 týdnů po operaci a v současnosti.

Platnost nulové hypotézy byla ověřena pomocí Fisherova přesného testu na kontingenční tabulce. Test byl dělán na hladině signifikance 0,05.

Závěr: Nulovou hypotézu H02 zamítáme, Fisherův přesný test prokázal signifikantní zlepšení 6 týdnů po operaci, resp. v současné době ve srovnání se situací před operací. Přesně vypočítaná hladina signifikance testu p = 0,001, resp. p = 0,004. Při porovnání situace 6 týdnů po operaci se situací v současnosti nebyl zjištěn signifikantní rozdíl (p = 1,000).

Tab. č. 18 Kontingenční tabulka a výsledek Fisherova přesného testu- bolesti za hrudní kostí

Crosstabulation

		Bolesti za hrudní kostí					
		každý den	3x týdně	1x měsíčně	zřídka	vůbec	Total
před operací	Count	12	10	7	12	20	61
	%	19,7%	16,4%	11,5%	19,7%	32,8%	100,0%
6 týdnů po oper	Count	3	1	5	13	39	61
	%	4,9%	1,6%	8,2%	21,3%	63,9%	100,0%
nyní	Count	3	2	4	14	38	61
	%	4,9%	3,3%	6,6%	23,0%	62,3%	100,0%
Total	Count	18	13	16	39	97	183
	%	9,8%	7,1%	8,7%	21,3%	53,0%	100,0%

Fisher's Exact Test

	Value	Exact Sig. (2-sided)
Fisher's Exact Test	25,893	**,001**
N of Valid Cases	183	

Výsledky Fisherova přesného testu s Bonferroniho korekcí signifikance pro porovnání jednotlivých časů po dvojicích

	signifikance
Před op. vs. 6 týdnů po op.	**0,001**
Před op. vs. nyní	**0,004**
6 týdnů po op. vs. nyní	1,000

3. Pocit tlaku a cizího tělesa v krku

Ověření platnosti nulové hypotézy

H03: Není rozdíl ve výskytu pocitu tlaku a cizího tělesa v krku před operací, 6 týdnů po operaci a v současnosti.

Platnost nulové hypotézy byla ověřena pomocí Fisherova přesného testu na kontingenční tabulce. Test byl dělán na hladině signifikance 0,05.

Závěr: Nulovou hypotézu H03 zamítáme, Fisherův přesný test prokázal signifikantní zlepšení v současné době ve srovnání se situací před operací. Přesně vypočítaná hladina signifikance testu p = 0,008. Při porovnání situace před operací a 6 týdnů po operaci nebyl zjištěn signifikantní rozdíl (p = 0,099). Při porovnání situace 6 týdnů po operaci se současnou situací nebyl zjištěn signifikantní rozdíl (p = 0,979).

Tab. č. 19 Kontingenční tabulka a výsledek Fisherova přesného testu-pocit tlaku a cizího tělesa v krku

Crosstabulation

		Pocit tlaku a cizího tělesa v krku					
		každý den	3x týdně	1x měsíčně	zřídka	vůbec	Total
před operací	Count	14	7	2	11	27	61
	%	23,0%	11,5%	3,3%	18,0%	44,3%	100,0%
6 týdnů po oper	Count	6	3	0	10	42	61
	%	9,8%	4,9%	,0%	16,4%	68,9%	100,0%
nyní	Count	5	0	2	12	42	61
	%	8,2%	,0%	3,3%	19,7%	68,9%	100,0%
Total	Count	25	10	4	33	111	183
	%	13,7%	5,5%	2,2%	18,0%	60,7%	100,0%

Fisher's Exact Test

	Value	Exact Sig. (2-sided)
Fisher's Exact Test	19,125	**,007**
N of Valid Cases	183	

Výsledky Fisherova přesného testu s Bonferroniho korekcí signifikance pro porovnání jednotlivých časů po dvojicích

	signifikance
Před op. vs. 6 týdnů po op.	0,099
Před op. vs. nyní	**0,008**
6 týdnů po op. vs. nyní	0,979

4. Výskyt zvýšené plynatosti

Ověření platnosti nulové hypotézy

H04: Není rozdíl ve výskytu plynatosti před operací, 6 týdnů po operaci a v současnosti.

Platnost nulové hypotézy byla ověřena pomocí Fisherova přesného testu na kontingenční tabulce. Test byl dělán na hladině signifikance 0,05.

Závěr: Nulovou hypotézu H04 nelze zamítnout, Fisherův přesný test neprokázal signifikantní rozdíl mezi situací před operací, 6 týdnů po operaci a v současnosti. Přesně vypočítaná hladina signifikance testu p = 0,915.

Tab. č. 20 Kontingenční tabulka a výsledek Fisherova přesného testu- zvýšená plynatost

Crosstabulation

		Zvýšená plynatost					
		každý den	3x týdně	1x měsíčně	zřídka	vůbec	Total
před operací	Count	11	10	5	19	16	61
	%	18,0%	16,4%	8,2%	31,1%	26,2%	100,0%
6 týdnů po oper	Count	16	13	5	17	10	61
	%	26,2%	21,3%	8,2%	27,9%	16,4%	100,0%
nyní	Count	13	14	5	16	13	61
	%	21,3%	23,0%	8,2%	26,2%	21,3%	100,0%
Total	Count	40	37	15	52	39	183
	%	21,9%	20,2%	8,2%	28,4%	21,3%	100,0%

Fisher's Exact Test

	Value	Exact Sig. (2-sided)
Fisher's Exact Test	3,417	,915
N of Valid Cases	183	

7 Diskuse

Úspěch operačního výkonu pro refluxní chorobu jícnu je nutno posuzovat nejen z hlediska vymizení předoperačních potíží, ale zároveň z pohledu možného nabytí nových potíží, které před operací nebyly. Z tohoto pohledu samozřejmě záleží na intenzitě a frekvenci předoperačních symptomů. V případě pooperační absence potíží, které pacienta před operací značně obtěžovaly v osobním i pracovním životě, logicky některé nové potíže přehlíží či toleruje. Poměrně nespokojeni mohou být pacienti, kteří měli medikamentózní terapii efektivní, tedy neměli žádné anebo pouze mírné potíže a kde byla operace indikována na podkladě objektivního nálezu, například nebezpečí rozvoje nádorového onemocnění. Zde mohou pooperační potíže převažovat a tito pacienti pak nehodnotí operaci příliš pozitivně. Pooperační období jsme rozdělili na dvě etapy z důvodu, že dle literatury se do šesti týdnů od operace některé potíže považují za standardní a teprve pokud přetrvávají déle, je lze považovat za komplikace výkonu. Vhodným příkladem jsou polykací potíže, které jsou v bezprostředním pooperačním období způsobeny otokem části žaludku, použitého k fundoplikaci. Pokud ale přetrvávají i v dalším období, pak je nutno pacienta vyšetřit a vyloučit jinou příčinu (Aujeský, 2004, s. 504). Proto i v naší sestavě mělo v prvních 6 týdnech po operaci 28% časté dysfagie a v dalším období delšího odstupu od operace zůstaly u 11% pacientů. Navíc se po operaci objevily i u pacientů, kteří je před operací neměli (25%) a u některých zůstávají dodnes (16%).

Pálení žáhy se považuje v případě refluxní choroby jícnu jako dominantní příznak, pro který je k operaci indikována většina pacientů (Galmiche, s.1994). Takže pacienti do značné míry hodnotí úspěch operace pro refluxní chorobu z pohledu vymizení či snížení frekvence tohoto symptomu. Největšího úspěch tedy bude mít operační výkon u pacientů, které obtěžuje pálení žáhy každý den. Protože v této kategorii se potíže ve stejné míře nevrátily u žádného z nich. Jiná situace bude ve skupině pacientů, kde se pyróza objevovala zřídka. Zde 2 pacienti hodnotí tento stav jako stejný, u zbývajících 10 pyróza zcela odezněla. Pro tyto pacienty nemusí být z hlediska ztráty pálení žáhy výsledek operace tak důležitý. V některých případech mohou mít po operaci nově nabyté potíže pro pacienta větší význam než ztráta či zmírnění pyrózy. Příkladem je skupina pacientů, kteří se po operaci necítí lépe. Přitom u všech došlo ke snížení pocitu pálení žáhy, který se u dvou z nich objevoval téměř denně. Nyní je více obtěžují bolesti za hrudní kostí, zvýšená plynatost a pocit tlaku v oblasti krku. Velmi podobná frekvence předoperačních a současných potíží se objevovala u problémů s polykáním, bolestí za hrudní kostí a pocitů

cizího tělesa v krku. Před operací mělo tyto potíže velmi často 28 - 36% pacientů, po operaci u nich došlo ke snížení na 8 - 11%.

Průvodním jevem fundoplikace je zvýšená plynatost (Lukáš, 2009). Řada pacientů si už před operací stěžuje na zvýšené nadýmání, ale bohužel nemůže počítat s tím, že tyto potíže operační zákrok vyřeší. Naopak díky fundoplikaci, která nahrazuje nefunkční svěrač mezi jícnem a žaludkem, ztratí velká část pacientů možnost říhání a zvracení. Plyn se tak ze žaludku evakuuje pouze do střev. V našem souboru udávali nadměrnou plynatost tři čtvrtiny pacientů, v 34% šlo o velmi časté potíže, minimálně několikrát týdně. V bezprostředním pooperačním období došlo k rapidnímu zvýšení této nepříjemné komplikace a v současné době ji udává téměř stejný počet pacientů.

Poměrně překvapivé je celkové hodnocení efektu operace z pohledu samotných pacientů. Čtyřicet devět pacientů (80%) je s operací zcela spokojeno. V tomto souboru je i 12 pacientů, kteří díky operaci získali potíže, které před operací neměli. Možným vysvětlením je skutečnost, že frekvence a intenzita předoperačních potíží zřetelně převyšuje nové obtíže, které má pacient v současné době v delším odstupu od operace.

Důležitým kritériem hodnocení úspěchu operace je nutnost omezení sportovních aktivit a eventuelní změna zaměstnání (Aujeský, 2004). V případě operace brániční kýly je pacientům doporučováno trvalé omezení fyzické námahy, při které se přenáší tlak na bránici s rizikem vzniku recidivy onemocnění. Fyzickou práci provozuje 22 pacientů (36%). Tři z nich byli nuceni svou profesi opustit.

V 7 případech (11%) došlo ke zhoršení kvality v osobním životě. Jako nejčastější příčinu pacienti udávali zvýšenou plynatost. Jedna pacientka ji dokonce uvedla jako důvod neschopnosti najít nového partnera. Přesto žádný z 61 pacientů neudává nespokojenost s operačním výkonem. Naprosto spokojeno je s operací 49 pacientů (80%), částečně 12 (20%). Proč pacienti, kteří mají i po operaci určité a někdy poměrně závažné potíže, jsou s operací zcela anebo alespoň částečně spokojeni, může mít více vysvětlení. Jednak ani konzervativní terapie, kterou prošli před operací, je zcela potíží nezbavila a navíc ty byly pro pacienty významnější, jednak s určitými potížemi pacienti počítali díky informovanosti před operací. Často jsou tyto potíže bezprostředně po operaci intenzívnější a jejich zmírnění v delším odstupu od operace pacient vnímá natolik pozitivně, že jejich přetrvávání v menší míře už mu tolik nevadí. Je otázkou, proč pouze někteří pacienti mají po operaci určité potíže a jiní jsou zcela asymptomatičtí, když navíc jsou tyto výkony prováděny jedním operačním týmem. Možným vysvětlením je chování a životospráva

pacientů. Pokud dodržují doporučení o omezení fyzické námahy a dietním režimu bez nadýmavé a suché stravy, mohou se zmíněným potížím do jisté míry vyvarovat.

8 Závěr

V kontextu vytýčených cílů lze z obdržených výsledků statistického šetření vyvodit tyto závěry:

Cíl 1. Zjistit, zda měla operace pozitivní efekt na zmírnění symptomů refluxní choroby jícnu

Operační výkon v podobě laparoskopické fundoplikace měl jednoznačně pozitivní efekt na zmírnění refluxní choroby jícnu. Z 93% pacientů, kteří před operací trpěli pyrózou ji nyní v delším odstupu od operace frekventně udává pouze 10%. Retrosternální bolesti, velmi často před operací obtěžující 36% pacientů, má nyní pouze 8% pacientů. Pocit cizího tělesa velmi často obtěžoval 34%, nyní je má 8% pacientů. Incidence velmi častých polykacích potíží poklesla z předoperačních 28% na 11%. Výskyt častých respiračních infekcí poklesl z 34% na 15%.

Cíl 2. Zjistit, zda po operaci došlo ke zhoršení některých potíží

Jediným příznakem, jehož incidence byla při srovnání s předoperačním obdobím po operaci významně vyšší, byla zvýšená plynatost Před operací ji udávalo 74% pacientů, frekventně pak 34%. Po operaci došlo k celkovému nárůstu zvýšené plynatosti na 79%, frekventně obtěžuje 44% pacientů.

Cíl 3. Zjistit spokojenost pacientů s operací

S operací bylo zcela spokojeno 80% pacientů, částečně 20%, žádný z pacientů neuvádí s operací úplnou nespokojenost.

Hypotéza č. 1. Není rozdíl ve výskytu pálení žáhy před operací, 6 týdnů po operaci a v současnosti.
Tato hypotéza byla zamítnuta, protože Fisherův přesný test prokázal signifikantní zlepšení 6 týdnů po operaci, resp. v současné době ve srovnání se situací před operací.

Hypotéza č. 2. Není rozdíl ve výskytu bolesti za hrudní kostí před operací, 6 týdnů po operaci a v současnosti.

Tato hypotéza byla zamítnuta, protože Fisherův přesný test prokázal signifikantní zlepšení 6 týdnů po operaci, resp. v současné době ve srovnání se situací před operací

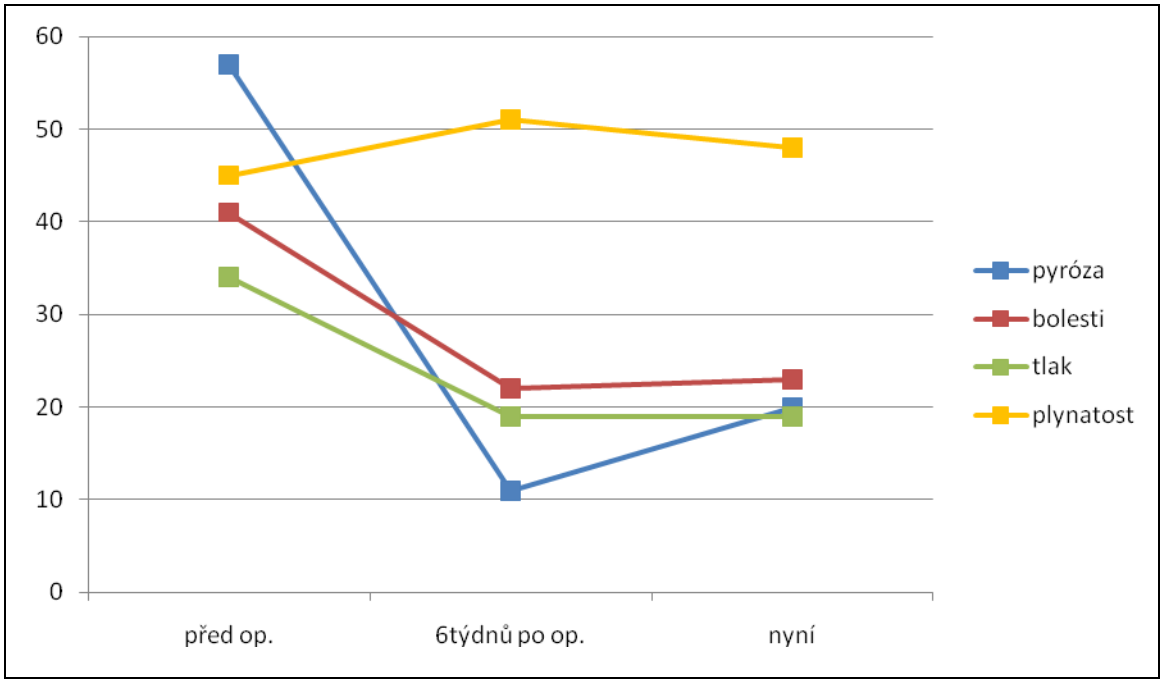
Hypotéza č. 3. Není rozdíl ve výskytu pocitu tlaku a cizího tělesa v krku před operací, 6 týdnů po operaci a v současnosti.

Tato hypotéza byla zamítnuta, protože Fisherův přesný test prokázal signifikantní zlepšení v současné době ve srovnání se situací před operací.

Hypotéza č. 4. Není rozdíl ve výskytu plynatosti před operací, 6 týdnů po operaci a v současnosti.

Tuto hypotézu nelze zamítnout, protože Fisherův přesný test neprokázal signifikantní rozdíl mezi situací před operací, 6 týdnů po operaci a v současnosti. Nicméně z analýzy údajů, získaných od pacientů vyplývá, že incidence plynatosti v závislosti na operaci naopak narůstá.

Graf č. 1 Vliv operace na incidenci nejčastějších potíží



Z uvedeného vyplývá, že laparoskopická fundoplikace je efektivní výkon, řešící refluxní chorobu jícnu, ale s možným rizikem recidivy projevů základního onemocnění. Poměrně vysoká je pravděpodobnost pooperačního a poměrně často doživotního výskytu zvýšené

plynatosti a to i u pacientů, kteří před operací touto komplikací netrpěli. Největší úspěch operace lze předpokládat u pacientů, kteří před ní trpěli intenzivními potížemi a jejich ztráta má pro ně větší význam než eventuelní nabytí nových, většinou méně intenzivních potíží.

LITERATURA

1. ATTWOOD, S.,E., LUNDELL, L., HATLEBAKK, J.,G., EKLUND S, JUNGHARD, O., GALMICHE, J.,P., ELL, C., FIOCCA, R., LIND, T. Medical or surgical management of GERD patients with Barrett's esophagus: the LOTUS trial 3- year experience J Gastrointest Surg. 2008 Oct;12(10):1646-54; discussion 1654-5. Epub 2008 Aug 16.

2. AUJESKÝ, R. Pohled chirurga na terapii Barrettova jícnu. Habilitační práce. Olomouc 2010

3. AUJESKÝ, R,, NEORAL, Č., KRÁL, V., KLEIN, J., BOHANES, T., VRBA, R. Reoperace po laparoskopické fundoplikaci
   Rozhl.Chir., 2004, roč.83, č.10, s.503-505

4. BARLOW, J., D. Static Manometry –Equipment and catheters. In:EVANS, D.,F.,BUCKTON,G., K. Clinical Measurment in Gastroenterology. Blackwell Science,1997,p.16-25.

5. COLIN-JONES, D., G. The role and limitations of H2-receptor antagonists in the treatment of gastro-oesophageal reflux disease. Aliment Pharmacol Ther 1995;9(Suppl 1):9-14

6. ČERNÝ, J. Špeciálna chirurgia. Chirurgia tráviacej rúry. Osveta 1990, počet strán 512,ISBN 80-217-0056-4

7. DOLINA, J., HEP, A., KOTRC, V., PRÁSEK, J., DÍTĚ, P., NĚMEČEK, Z. Esophageal reflux disease--role of 24-hour pH measurement]. Vnitr Lek. 1998 Nov;44(11):646-8.

8. DOLINA, J., KALA, Z., HEP, A., PROKEŠOVÁ, J., PROCHÁZKA, L., KROUPA, R.,MAREK, F.
   Přínos 24hodinové multikanálové intraluminální impedance a pH metrie jícnu v diagnostice RCHJ. Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie, Praha, Česká internistická společnost. ISSN 1213-323X, 2008, vol. 2008, no. 3, s. 9-9

9. DRAHOŇOVSKÝ, V., PECÁK, P. Refluxní nemoc jícnu v pohledu laparoskopické chirurgie. Endoskopie,2009;18)1):6-10

10. DUDA, M. Chirurgická léčba funkčních poruch gastroezofageálního spojení a jícnu. Veda 1984, s 196, ISSN 0075-8736

11. EL-SERAG, H.,B., HILL, C., JONES, R. Systematic review: the epidemiology of gastro-esophageal re fl ux disease in primary care, using the UK general practice database. Aliment Pharmacol Ther 2008;29:470–80.

12. EL-SERAG, H.,B., GILGER, M., CARTER, J., GENTA, R., M., RABENECK, L. Childhood GERD is a risk factor for GERD in adolescents and young adults. Am J Gastroenterol 2004 May;99(5):806–12.

13. FESTI, D., SCAIOLI, E., BALDI, F., VESTITO, A., PASQUI, F., DI BIASE, A.,R , COLECCHIA, A. Body weight, lifestyle, dietary habits and gastroesophageal reflux dinase. World J Gastroenterol. 2009 April 14; 15(14): 1690–1701

14. GALMICHE J.,P; BRULEY DES VARANNES, S. Symptoms and disease severity in gastro-oesophageal reflux disease.
Scand J Gastroenterol Suppl (NORWAY) 1994 201 p62-8 ISSN: 0085-5928

15. GARCIA RODRIGUEZ, L., RUIGOMEZ, A., MARTIN-MERINO, E., JOHANSSEN, S., WALANDER, M., A. Relationship between gastroesophageal reflux disease and COPD in primary care. Chest 2008;134:1223–30.

16. GONLACHANVIT, S., MAURER, A., H., FISHER, R., S., PARKMAN, H., P. Regional gastric emptying abnormalities in functional dyspepsia and gastro-oesophageal reflux disease. Neurogastroenterol Motil 2006; 18:894-904.

17. HATLEBAKK, J.,G., BERSTAD, A. Pharmacokinetic optimisation in the treatment of gastro-oesophageal reflux disease. Clin Pharmacokinet. 1996 Nov;31(5):386-406

18. HOLLOWAY, R., H. The anti-reflux barrier and mechanisms of gastro-oesophageal reflux. Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2000 Oct;14(5):681-99. Review

19. HUVAR, I. Kvalita života při močové inkontinenci. Praktická gynekologie 1/2003.s.18-22

J Gastroenterol Hepatol (AUSTRALIA) Jul-Aug 1994 9 (4) p412-5

20. JESENSKÝ, J. Andragogika a gerontagogika handicapovaných. Praha: Karolinum, 2000, ISBN 80-7184-823-9.

21. KAPLAN, R., M., BUSH, J.,W. Health- related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. Helth Psychol. 1982;1:61-80

22. KENNEDY, T., JONES, R. The prevalence of gastro-oesophagealreflux symptoms in a UK population and the consultation behaviour of patients with these symptoms. Aliment Pharmacol Ther 2000; 14: 1589-1594

23. KORMAN, M.,G., BOLIN, T.,D., SZABO, S., HUNT, R.,H., MARKS, I.,N., GLISE, H. Sucralfate: the Bangkok review.

24. KRAHULEC, B. Patogenéza komplikácii obesity. Vnitř.Lék. 2010;56(10):1050-52

25. KROUPA, R. Refluxní nemoc jícnu. Med. Pro Praxi 2008;5(1):10-14

26. KUČERA, Z. Podpora zdraví a kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni s.108-120 ISBN: 80-86625-20-6 (online)

27. LOCKE, G.,R, TALLEY, N.,J, FETT, S.,L., ZINSMEISTER, A.,R., MELTON, L.,J. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Olmsted County. Gastroenterology 1997; 112: 1448-1456

28. LUKÁŠ, K., MANDYS, V. Neerozivní refluxní choroba jícnu. Čes a Slov Gastroent a Hepatol 2007; 61(2): 69-73

29. LUKÁŠ, V., BUREŠ, J., DRAHOŇOVSKÝ, V., HEP, A., JIRÁSEK, V., MANDYS, V., MARTÍNEK, J., RICHTER, P., ŠTROSOVÁ, A. Refluxní choroba jícnu. Standardy České gastroenterologické společnosti – aktualizace 2009. Vnitř,. Lék. 2009;55(10):967-975

30. MALÝ, M. Dotazníky o kvalitě života.Robust 2000,176-183

31. MAŘATKA, Z. Klinická gastroenterologie. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1988, s. 656

32. NEBEL, O.,T., FORNES, M.,F., CASTELL, D.,O. Symptomatic gastroesophageal reflux: incidence and precipitating factors. Am J Dig Dis 1976;21:953

33. RUIGOMEZ, A., WALLANDER, A.,M., LUNDBORG, P., JOHANSSON, S., GARCIA RODRIGUEZ, L. Gastroesophageal re fl ux disease in children and adults in primary care. Scand J Gastroenterol 2010;45:139–46.

34. ŘEHÁK, F. Dysfagie, afagie a odynofagie. On line 10.3.2011

35. SLOVÁČEK, L. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. Vojenské zdravotní listy,ročník LXXIII, 2004,č.1 s.6 – 9

36. VAKIL, N.,VAN ZANTEN, S.,V., KAHRILAS, P., DENT J., JONES, R. Globale Konsensusgruppe.The Montreal definition and classification gastroesophageal reflux disease a global evidence-based consensus paper. Z Gastroenterol 2007 Nov;45(11):1125–40.

37. VÁLEK, V. Rentgenové vyšetření u refluxní choroby jícnu. In: Kala Z, a kol. Refluxní choroba jícnu. Praha: Grada Publishing a. s., 2003: 30 s.

38. VRBA, R,, NEORAL, Č,, AUJESKÝ, R. Biliární reflux u refluxní nemoci jícnu Rozhl. Chir. 2006,roč.85,č. 1, 31-34

39. WHO.Definition of health from preamble to the constitution of the WHO basic documents.28th edition.Geneva: WHO p.I, 1978

40. WONG, B.,C., KINOSHITA, Y. Systematic review on epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Asia. Clin Gastroenterol Hepatol 2006 Apr;4(4):398–407

41. YUEN, E., ROMNEY, M., TONER ,R.,W., COBB, N.,M., KATZ, P.,O., SPODIK, M., et al. Prevalence, knowledge and care patterns for gastro-oesophageal reflux disease in United States minority populations. Aliment Pharmacol Ther; 2010 Jul 15 [Epub ahead of print]PMID: 20629972 [PubMed - as supplied by

SEZNAM ZKRATEK

CHOPN	–	chronická obstrukční plícní choroba
GERD	–	gastroezofageální refluxní choroba
NBI	–	narow band imaging
VAS	–	vizuální analogová škála bolesti
NERCHJ	–	neerozivní forma refluxní ezofagitídy
Rtg	–	rentgenové vyšetření

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tab. č. 1 Pálení žáhy - celková incidence před a po operaci 31
Tab. č. 1.a Změna frekvence pyrózy vzhledem k operaci - před operací každý den..... 31
Tab. č. 1.b Změna frekvence pyrózy vzhledem k operaci - před operací 3 x týdně 31
Tab. č. 1.c Změna frekvence pyrózy vzhledem k operaci - před operací 1 x měsíčně..... 32
Tab. č. 1.d Změna frekvence pyrózy vzhledem k operaci - před operaci zřídka..... 32
Tab. č. 1.e Změna frekvence pyrózy vzhledem k operaci - před operací vůbec 32
Tab. č. 2 Bolesti za hrudní kostí - celková incidence před a po operaci..... 32
Tab. č. 2.a Změna frekvence bolestí za sternem vzhledem k operaci - před operací každý den.... 33
Tab. č. 2.b Změna frekvence bolestí za sternem vzhledem k operaci - před operací 3x týdně 33
Tab. č. 2.c Změna frekvence bolestí za sternem vzhledem k operaci – před operací 1x měsíčně 33
Tab. č. 2.d Změna frekvence bolestí za sternem vzhledem k operaci - před operací zřídka 33
Tab. č. 2.e Změna frekvence bolestí za sternem vzhledem k operaci - před operací vůbec..... 33
Tab. č. 3 Pocit tlaku a cizího tělesa v krku - celková incidence před a po operaci 34
Tab. č. 3.a Změna frekvence pocitu tlaku a cizího tělesa v krku vzhledem k operaci – před operací každý den..... 34
Tab. č. 3.b Změna frekvence pocitu tlaku a cizího tělesa v krku vzhledem k operaci – před operací 3 x týdně 34
Tab. č. 3.c Změna frekvence pocitu tlaku a cizího tělesa v krku vzhledem k operaci – před operací 1x měsíčně..... 34
Tab. č. 3.d Změna frekvence pocitu tlaku a cizího tělesa v krku vzhledem k operaci - před operací zřídka 34
Tab. č. 3.e Změna frekvence pocitu tlaku a cizího tělesa v krku vzhledem k operaci – před operací vůbec 35
Tab. č. 4 Zvýšená plynatost - celková incidence před a po operaci 35
Tab. č. 4.a Změna frekvence zvýšené plynatosti vzhledem k operaci-před operací každý den 35
Tab. č. 4.b Změna frekvence zvýšené plynatosti vzhledem k operaci - před operací 3x týdně..... 35
Tab. č. 4.c Změna frekvence zvýšené plynatosti vzhledem k operaci - před operací 1x měsíčně .36
Tab. č. 4.d Změna frekvence zvýšené plynatosti vzhledem k operaci - před operací zřídka 36
Tab. č. 4.e Změna frekvence zvýšené plynatosti vzhledem k operaci - před operací vůbec..... 36
Tab. č. 5 Bolestivé polykání - celková incidence před a po operaci 36
Tab. č. 5.a Změna frekvence bolestivého polykání vzhledem k operaci - před operací každý den37
Tab. č. 5.b Změna frekvence bolestivého polykání vzhledem k operaci - před operací 3x týdně..37
Tab. č. 5.c Změna frekvence bolestivého polykání vzhledem k operaci - před operací 1x měsíčně37
Tab. č. 5.d Změna frekvence bolestivého polykání vzhledem k operaci - před operací zřídka..... 37
Tab. č. 5.e Změna frekvence bolestivého polykání vzhledem k operaci-před operací vůbec 37

Tab. č. 6 Respirační infekce - celková incidence před a po operaci....38
Tab. č. 7 Pocit zlepšení po operaci....38
Tab. č. 7.a Pacienti nezlepšeni po operaci....38
Tab. č. 8 Recidiva předoperačních potíží po operaci....39
Tab. č. 8.a Pacienti, kterým se vrátily předoperační potíže....39
Tab. č. 8.b Nemocní, kterým se vrátily předoperační potíže-nyní každodenně....39
Tab. č. 8.c Pacienti, kterým se vrátily předoperační potíže - nyní 3x týdně....39
Tab. č. 9 Výskyt nových potíží, které před operací nebyly....40
Tab. č. 10 Spokojenost s operací....40
Tab. č. 11 Věkové rozmezí....40
Tab. č. 12 Pracovní aktivita....41
Tab. č. 13 Změna zaměstnání v souvislosti s operací....41
Tab. č. 14 Omezení sportovního života v souvislosti s operací....41
Tab. č. 15 Omezení osobního života v souvislosti s operací....41
Tab. č. 16 Změna kvality života....42
Tab. č. 17 Kontingenční tabulka a výsledek Fisherova přesného testu – pálení žáhy....45
Tab. č. 18 Kontingenční tabulka a výsledek Fisherova přesného testu- bolesti za hrudní kostí....46
Tab. č. 19 Kontingenční tabulka a výsledek Fisherova přesného testu-pocit tlaku a cizího tělesa v krku....47
Tab. č. 20 Kontingenční tabulka a výsledek Fisherova přesného testu- zvýšená plynatost....48

Graf č. 1 Vliv operace na incidenci nejčastějších potíží....53

PŘÍLOHA

Dotazník

Vážený pane,paní,
v rámci výzkumného šetření a posouzení efektivity operace,kterou jste podstoupil/a/ na I.chirurgické klinice v Olomouci, Vás prosím o vyplnění přiloženého dotazníku
Příslušné políčko, prosím, označte křížkem X

1.Pociťoval/a/ jste Vás pálení žáhy ?

před operací

každý den	3xtýdně	1měsíčně	zřídka	vůbec
☐	☐	☐	☐	☐

6 týdnů po operaci

každý den	3xtýdně	1měsíčně	zřídka	vůbec
☐	☐	☐	☐	☐

nyní……. týdnů anebo roků…….po operaci (doplňte)

každý den	3xtýdně	1měsíčně	zřídka	vůbec
☐	☐	☐	☐	☐

2.Pociťoval/a/ jste bolesti za dolní části hrudní kosti ?

před operací

každý den	3xtýdně	1měsíčně	zřídka	vůbec
☐	☐	☐	☐	☐

6 týdnů po operaci

každý den	3xtýdně	1měsíčně	zřídka	vůbec
☐	☐	☐	☐	☐

nyní…… týdnů po operaci

každý den	3xtýdně	1měsíčně	zřídka	vůbec
☐	☐	☐	☐	☐

3.Pociťoval/a/ jste pocity tlaku anebo cizího tělesa v krku?

před operací

každý den	3xtýdně	1měsíčně	zřídka	vůbec
☐	☐	☐	☐	☐

6 týdnů po operaci

každý den	3xtýdně	1měsíčně	zřídka	vůbec
☐	☐	☐	☐	☐

nyní…… týdnů po operaci

každý den	3xtýdně	1měsíčně	zřídka	vůbec
☐	☐	☐	☐	☐

4.Pociťoval/a/ jste zvýšenou plynatost ?

před operací

každý den	3xtýdně	1měsíčně	zřídka	vůbec
☐	☐	☐	☐	☐

6 týdnů po operaci

každý den	3xtýdně	1měsíčně	zřídka	vůbec
☐	☐	☐	☐	☐

nyní…… týdnů po operaci

každý den	3xtýdně	1měsíčně	zřídka	vůbec
☐	☐	☐	☐	☐

5.Pociťoval/a/ jste ztížené nebo bolestivé polykání ?

před operací

každý den	3xtýdně	1měsíčně	zřídka	vůbec
☐	☐	☐	☐	☐

6 týdnů po operaci

každý den	3xtýdně	1měsíčně	zřídka	vůbec
☐	☐	☐	☐	☐

nyní…… týdnů po operaci

každý den	3xtýdně	1měsíčně	zřídka	vůbec
☐	☐	☐	☐	☐

6.Měl/a/ jste časté infekce dýchacího tratku ?

před operací	ano	☐	ne	☐
po operaci	ano	☐	ne	☐

7.Cítíte se po operaci lépe než před operací ? ano ☐ ne ☐

8. Vrátily se vám Vaše předoperační potíže ? ano ☐ ne ☐

9.Máte po operaci jiné potíže,
které před operací nebyly ? /jaké?/ ano ☐ ne ☐

10 Jste s výsledkem operace spokojeni ?

zcela ☐ částečně ☐ vůbec ☐

11. Kolik je Vám let? ☐

věková kategorie
- 15-30 ☐
- 31-40 ☐
- 41-50 ☐
- 51-65 ☐
- nad 65 ☐

12. Pracujete fyzicky ☐ duševně ☐

13. Byl/a/ jste nucen/a/ díky operaci změnit zaměstnání?

ano ☐ ne ☐

14. Omezila Vám operace sportovní život? ano ☐ ne ☐

Pokud ano dočasně ☐ trvale ☐

15. Omezila vám operace osobní život? ano ☐ ne ☐

Pokud ano dočasně ☐ trvale ☐

16. Kvalita života se mi díky operaci

- zlepšila ☐
- zhoršila ☐
- nezměnila ☐

Za vyplnění dotazníku Vám velmi děkuji!

Ivana Aujeská
studentka 4.ročníku FZV Olomouc
kombinovaná forma ošetřovatelství