

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S CROHNOVOU CHOROBOU**

Bakalářská práce

JITKA VINAŘSKÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc.

Praha 2016



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Vinařská Jitka
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 3. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:


Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou

Nursing Process in Patients with Crohn's Disease

Vedoucí bakalářské práce: doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc.

Konzultant bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 15. 3. 2016

Podpis



PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat doc. MUDr. Ladislavu Horákovi, DrSc., vedoucí práce, a své konzultantce doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD., za užitečné informace a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a blízkým za jejich podporu po celou dobu mého studia.

ABSTRAKT

VINAŘSKÁ, Jitka. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc. Praha 2016.74 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí. V teoretické části jsme se zaměřili na charakteristiku onemocnění, historii, přiblížili jsme příčiny, příznaky střevní i mimo střevní, klinický obraz doprovázející Crohnovu chorobu, určili jsme fáze Crohnovy choroby, její lokalizace, způsoby diagnostiky onemocnění, pomocné vyšetřovací metody, rizikové faktory, zabývali jsme se léčbou a možnými komplikacemi. Praktická část je zaměřena na zpracování ošetrovatelského procesu u pacienta s tímto onemocněním. Pro vytvoření ošetrovatelského procesu jsme použili ošetrovatelské diagnózy dle Taxonomie II – NANDA INTERNATIONAL 2013.

Klíčová slova

Crohnova choroba. Ošetrovatelský proces. Pacient.

ABSTRACT

VINAŘSKÁ, Jitka. *Nursing Process for Patients with Crohn's Disease*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc. Prague 2016. 74 p.

The topic of the bachelor thesis is the nursing process for the patient with an illness called Crohn's disease. The thesis is composed of two parts. The theoretical part contains characteristics of the disease and its history. It also describes causes, symptoms of intestinal and parenteral, including clinical picture accompanying Crohn's disease. The phases of Crohn's disease are determined, together with its localizations, methods for diagnosing disease, auxiliary examination methods and risk factors. Treatment and various complications are also discussed. The practical part is focused on the treatment of the nursing process in a patient with this disease. To create the nursing process, nursing diagnoses was used according to Taxonomy II. - NANDA INTERNATIONAL 2013.

Key words

Crohn's disease. Nursing Process. Patient.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	188
1 IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY	199
1.1 HISTORIE CROHNOVY CHOROBY	20
1.2 PATOGENEZE	211
1.2.1 INFEKCE	22
3 FÁZE CROHNOVY CHOROBY	233
1.4 PŘÍZNAKY CROHNOVY NEMOCI	244
1.5 LOKALIZACE CROHNOVY CHOROBY	255
1.6 KOMPLIKACE CROHNOVY CHOROBY	276
1.6.1 MIMOSTŘEVNÍ KOMPLIKACE	27
1.6.2 METABOLICKÉ KOMPLIKACE	30
1.7 DIAGNOSTIKA	310
1.7.1 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ	32
1.7.2 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ	32
1.7.3 ENDOSKOPICKÁ VYŠETŘENÍ	33
1.7.4 ZOBRAZOVACÍ METODY	33
1.7.5 HISTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ BIOPTICKÝCH VZORKŮ	36
1.8 LÉČBA CROHNOVY CHOROBY	36
1.8.1 BIOLOGICKÁ LÉČBA	38
1.8.2 CHIRURGICKÁ LÉČBA	40
1.8.3 LÉČBA VÝŽIVOU	40
1.9 VLIV VNĚJŠÍHO PROSTŘEDÍ	43
1.10 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	44
2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S CROHNOVOU CHOROBU	45
2.1 SITUAČNÍ ANALÝZA	54

2.2 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORITY	55
2.3 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	64
2.4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	65
ZÁVĚR.....	67
SEZNAM ZDROJŮ	68
PŘÍLOHY	

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Idiopatické střevní záněty	
Obrázek 2 Pyoderma gangrenosum.....	
Obrázek 3 Erythema nodosum	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI - body mass index

CD - anglická zkratka pro Crohnovu chorobu

CDAI - index aktivity Crohnovy choroby, norma do 150D - dech

EKG - elektrokardiograf

FR - fyziologický roztok, 0,9% NaCl

gtt. - guttae

HBsAg - povrchový antigen viru hepatitidy B, diagnostika hepatitidy B

CH+S - chemicky + sediment

IBD - inflammatory bowel disease- anglická zkratka a název pro idiopatické střevní záněty

ISZ - zkratka pro idiopatické střevní záněty

i. v. - intravenózně

KO - krevní obraz

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

P - pulz

PŽK - periferní žilní katétr

RHB - rehabilitace

RTG - rentgenové vyšetření

tbl. - tabulettae

TK - krevní tlak

TT - tělesná teplota

(Šafránková, 2006)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absorpce - vstřebávání látek sliznicí trávicího traktu

Absces - dutina vyplněná hnisem

Adenom - nezhoubný nádor ze žláзовého epitelu

Alergie - nepřiměřená imunitní reakce organismu

Amébiáza - onemocnění způsobené amébou

Amyloidóza - stav, při kterém se do tkání ukládá amyloid, speciální bílkovina, která brání správné funkci těchto tkání

Anální - řitní

Anální kanál - řitní kanál

Anastomóza - spojka

Anemie - chudokrevnost, nedostatek červených krvinek

Antibiotika - léky, které zastavují růst bakterií nebo je ničí

Anorektální - týkající se řiti nebo konečníku

Antidiarhoika - léky používané k léčbě průjmu

Antigen - látka schopná vyvolat v organismu imunitní odpověď

Anus preterminatus - označení pro vývod střeva

Appendix - červovitý výběžek slepého střeva

Apendicitis - zánět červovitého výběžku

Arteficiální výživa - umělá výživa

Artritida - zánět kloubů

Asymptomatický - bezpříznakový

Bauhinská chlopeň - místo vústění tenkého střeva do tlustého

Benigní - nezhoubný

Bestův index - používaný k vyjádření aktivity Crohnovy choroby

Biologická léčba - léčba pomocí protilátek proti

Biopsie - odběr vzorku tkáně

Bowel rest - střevní klid, vyloučení běžné stravy a podání umělé

Cékum - slepé střevo

Celiakie - choroba způsobená toxickým účinkem lepku z obilné mouky a obilí na buňky tenkého střeva

Computerová tomografie - počítačová tomografie, zdroj paprsků rotuje okolo pacienta

Crohnova choroba - idiopatický střevní zánět, který může postihnout kteroukoliv část trávicí trubice

Dilatace - rozšiřování většinou zúženého místa

Distální - vzdálený

Double-balloon enteroscopy - dvojbalonová enteroskopie

Duodenum - dvanáctník

Elektivní - plánovaný

Embolie - vmetení uvolněného trombu do plicního či systémového řečiště, které znemožní průtok krve

Embolus - vmetek,

Emergentní - neodkladný

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie – endoskopické vyšetření žlučových cest a pankreatického vývodu

Endoskopie - vyšetření trávicí trubice ohebným endoskopem

Endosonografie - ultrazvukové vyšetření pomocí endoskopického přístroje

Enterální výživa - umělá výživa podávána do střeva

Enteritida - zánět tenkého střeva

Enterocyt - buňka tenkého střeva

Enteroklýza - RTG vyšetření tenkého střeva po podání kontrastní látky sondou

Enterokolický - spojka mezi kličkami tenkého a tlustého střeva

Enteroskopie - endoskopické vyšetření tenkého střeva

Enterostomie - chirurgické vyústění tenkého střeva

Enzym - látka, která za tělesné teploty urychluje chemické reakce

ERCP - zkratka pro endoskopickou retrográdní cholangiopankreatografii

Erytrocyt - červená krvinka

Eubiotika - látky upravující střevní mikroflóru

Extraintestinální - mimostřevní

Febrilie - horečka

Fistula - píštěl

Fistulografie - zobrazení píštěle rentgenem po nástřiku kontrastní látkou

Gastroenteritida - zánět žaludku a tenkého střeva

Gastroenterolog - lékař zabývající se chorobami trávicího ústrojí

Gastroenterologický - týkající se vědy o trávicím ústrojí

Gastroskopie - vyšetření žaludku a dvanáctníku gastroskopem

Genetický vliv - dědičný vliv

Histologie - nauka o tkáních

Histologické vyšetření - vyšetření vzorku tkáně (získaného při biopsii)

Hypoproteinémie - nízká hladina tělesných bílkovin

Hypovitaminóza - nemoc způsobená nedostatkem vitamínů

Cholangitida - zánět žlučových cest

Idiopatický - nejasné příčiny

Ileocékální oblast - oblast přechodu tenkého střeva do tenkého

Ileostomie - vývod tenkého střeva do tlustého

Ileum kyčelník - část tenkého střeva

Ileus - neprůchodnost střevní

Imunitní systém - obranný systém

Imunosupresiva - látky potlačující funkci imunitního systému

Incidence - počet nových případů onemocnění za rok

Infiltrát - zduření

Infiltrativní - proces při kterém je zaujmuta střevní sliznice

Intestinální - střevní

Intolerance - nesnášenlivost

Irigoskopie - RTG vyšetření tlustého střeva kontrastní látkou

Jejunostomie - vyústění jejunu na povrch střeva

Jejunum - lačník, část tenkého střeva mezi dvanáctníkem a ileem, které je zodpovědná za vstřebávání živin

Kapslová endoskopie – vyšetření tenkého střeva pomocí kapsle

Karcinom - rakovina

Karence - nedostatek

Klyzma - výplach konečníku a tlustého střeva nebo nálev léčivé látky

Kolektomie - odstranění tlustého střeva

Koloskopie - vyšetření tlustého střeva kolonoskopem

Kolostomie - vývod tlustého střeva na břišní stěnu

Konzervativní léčba - nechirurgická léčba

Kortikoidy - hormony kůry nadledvinek, které potlačují zánětlivou odpověď

Laktoza - mléčný cukr

Laktozová intolerance - nesnášenlivost mléčného cukru

Leukocyt - bílá krvinka

Leukocytóza - zvýšená hladina bílých krvinek

Leukopenie - snížená hladina bílých krvinek

Lumen střevní - vnitřek střeva

Magnetická rezonance - zobrazovací vyšetření využívající snímání tkání pomocí odlišného spinového čísla elektronů

Maldigesce - porucha trávení živin

Maligní - zhoubný

Malnutrice - podvýživa

Megakolon - zvětšené a rozšířené tlusté střevo

Metabolismus - látková přeměna

MR - zkratka pro magnetickou rezonanci

Nasogastrická sonda - sonda zavedená nosem do žaludku sloužící k podávání umělé výživy nebo odčerpávání městnajícího obsahu žaludku

Nasojejunální sonda - sonda zavedená nosem do tenkého střeva sloužící k podávání umělé výživy

Nutrice - výživa

Nutriční - zabývající se výživou

Parenterální výživa - výživa pacienta vždy do žilního systému

PEG - perkutánní endoskopická gastrostomie - výživová stomie

Perforace - proděravění

Peritoneum - pobřišnice

Peritonitida - zánět pobřišnice

Polyp – slizniční výchlipka

Prebiotika - substrát pro střevní mikroflóru

Prevalence - počet případů onemocnění na počet obyvatel

Prevence - předcházení

Probiotika - léky nebo potravinové doplňky, které obsahují živé bakteriální kmeny a upravují střevní mikroflóru

Proktitida - zánět konečníku

Rektum konečník

Relaps - vzplanutí

Remise - zklidnění

Sepse - otrava

Sideropenie - snížená hladina železa v krvi

Sonografie - ultrazvuk, diagnostická zobrazovací technika

Stenóza - zúžení střevního průsvitu

Subfebrilie - zvýšená teplota do 38 °C

Syndrom krátkého střeva - stav po opakovaných resekcích tenkého střeva, projevuje se neschopností pacienta uživit se normální cestou

Tenesmus - bolestivé nucení na stolicí, často bez následného vyprázdnění

Trombocyt - krevní destička

(Vokurka, 2010)

ÚVOD

V České republice žije tisíce pacientů s Crohnovou chorobou a každým rokem se jejich počet zvyšuje. Alarmující je, že onemocnění postihuje stále více mladých lidí, mezi nimiž jsou i děti. Nejčastěji se nemoc projeví mezi 20. a 30. rokem věku, ale vyskytuje se i u starší generace. Jedná se o zánětlivé střevní onemocnění, které zásadně ovlivňuje kvalitu života nemocného. Diagnostika a léčba je s rozvojem moderních laboratorních a vyšetřovacích metod stále lépe dostupná. Včasné stanovení diagnózy je předpoklad úspěšné léčby a života v remisi. Součástí ošetrovatelské péče je informování pacienta o specializovaných centrech, které se zabývají léčbou střevních zánětů. Důležitým bodem v péči o pacienty je zmírnění až vymizení příznaků, navození období zklidnění, zlepšení kvality života, spolupráce s nemocným, edukace o dodržování léčebného režimu, o dietě, možné aktivitě a fyzické námaze, udržování dobré psychické kondice a o možných komplikacích. Čím více bude mít nemocný svou chorobu pod kontrolou, tím méně bude nemoc zasahovat do jeho života. Problematika Crohnovy choroby není zcela vyřešena a neustále se objevuje spousta nových a potřebných informací k péči o tyto pacienty. Cílem bakalářské práce bylo získat nové poznatky a prohloubit si znalosti o tomto onemocnění.

Bakalářskou práci jsme rozdělili na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části popisujeme historii, příčiny, příznaky, komplikace, diagnostiku a léčebné metody. V praktické části jsme sestavili plán, realizaci a zhodnocení ošetrovatelské péče s využití koncepčního modelu fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové. V práci jsou uvedeny ošetrovatelské diagnózy NANDA taxonomie II, které jsou seřazeny dle priorit pacienta

Při rešeršní strategii byla v rámci jazykového vymezení stanovena čeština a angličtina. Klíčová slova jsme si zvolili následující: Crohnova choroba - Crohn's Disease, Ošetrovatelský proces - Nursing Process, Pacient - Patient. Časové vymezení bylo od roku 2005 do roku 2015. Vyhledány byly knihy, časopisy, články a elektronické zdroje za užití Harvardského citačního stylu. Nalezeno bylo 197 záznamů. Požadovali jsme vícezdrojovou rešerši, která nám byla předána na CD-ROM. Rešerši jsme si nechali zhotovit v Národní lékařské knihovně. Z rešerše jsme použili 11 odborných knih, 3 elektronické zdroje.

1 IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY

K idiopatickým střevním zánětům patří Crohnova choroba.

Lukáš (1999) popisuje Crohnovu chorobu jako zánětlivé autoimunitní onemocnění, které se vyskytuje v celé trávicí trubici, nejčastěji v oblasti tenkého a tlustého střeva nebo konečníku, může ale postihovat i mimo střevní orgány. Postižení je segmentální, střídají se zdravé a nemocné úseky střeva. Crohnova choroba postihuje střevní stěnu ve všech vrstvách, z tohoto důvodu může dojít ke vzniku abscesů a píštělí. Píštěle jsou spojky mezi střevem a dalšími orgány, mohou spojovat jednotlivé střevní kličky mezi sebou, střevo a kůži, močový měchýř nebo pochvu. Choroba je medikamentózně a chirurgicky nevyléčitelná, střídá se období zhoršení a zklidnění. Onemocnění vzniká na podkladě působení mnoha faktorů. Nejčastěji je to dědičná predispozice, vliv imunologický, výživy a zevního prostředí, změna způsobu života je jeden z důvodů vzrůstu onemocnění.

Lukáš (1997) uvádí nemoc jako lokální imunitní odpověď, jež poškozuje tkáň. Zklidnění onemocnění lze dosáhnout imunosupresivní, biologickou léčbou a správným stravovacím režimem. Zánět prochází celou střevní stěnou a po léčbě má sklon k jizvení, zúžení nebo úplné neprůchodnosti. Nejsilnějšími prediktory průběhu onemocnění jsou věk v čase diagnózy, lokalizace nemoci a kouření. Mladý věk v začátku je spojen s agresivnějším průběhem.



Obrázek 1 Idiopatické střevní záněty

Zdroj: [http://www. Idiopatický střevní zánět.cz](http://www.Idiopatický_střevní_zánět.cz)

1.1 HISTORIE CROHNOVY CHOROBY

Lukáš (1999) zmapoval, že první příznaky nemoci byly popsány v roce 1769 G. G. Morgagnem. V roce 1806 popsali Combe a Sander s příznaky u pacienta s bolestmi břicha a malnutricí. První mikroskopický nález je z roku 1882. V roce 1932 popsal chorobu jako onemocnění tenkého střeva B.B. Crohn, později byla po něm pojmenována. V roce 1960 byla popsána Crohnova choroba tlustého střeva. Zásahu na poznání nemoci měli lékaři A. A. Berg, který nemocné operoval, Colp (1934) popsal ileocekální postižení, Cooke a Brooke (1955) popsali pravostrannou kolitidu jako Crohnovu nemoc tlustého střeva. Postižení horní části zažívacího traktu bylo popsáno v roce 1937 Gottliebem a jeho spolupracovníky. V roce 1950 byly do léčby zavedeny kortikoidy a v roce 1962 imunosupresiva. Zájem o idiopatické střevní záněty se rychle šířil a toto téma je jedním z nejdiskutovanějších v současné gastroenterologii.

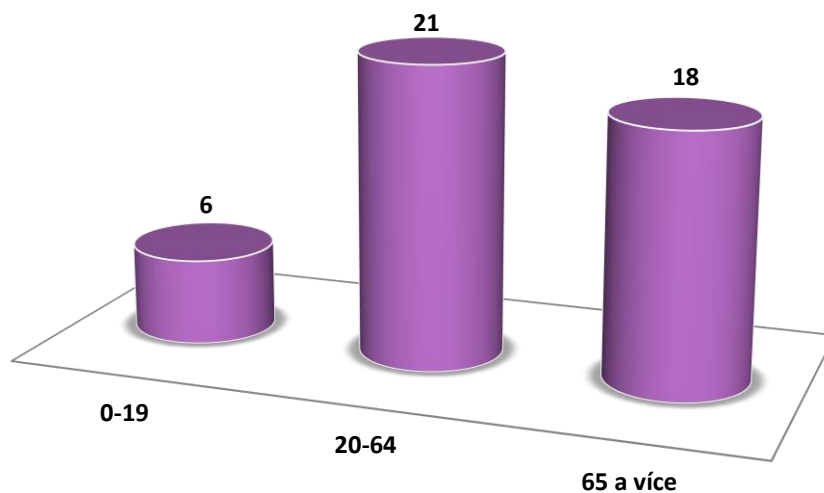
Výskyt onemocnění

Červenková (1999) se domnívá, idiopatické střevní záněty se častěji vyskytují na severu než na jihu a častěji u obyvatelstva městského než venkovského v průmyslově vyspělých zemích. Vrchol začátku idiopatických střevních zánětů je v období dospívání a v mladém dospělém věku, další vrchol je mezi 50-80 lety. Postihuje muže i ženy stejně, průběh nemoci se neliší. Vyskytují se rasové rozdíly - idiopatické střevní záněty jsou častěji u obyvatelstva bělošského než u černošského. Mortalita je přes pokroky v léčbě stále stejná.

Lukáš (1999) zhodnotil, málokterá nemoc zaznamenala tak prudký vzestup častého výskytu jako tato. Před 60 lety téměř neznámá je dnes ve vyspělých zemích jedním z předních gastroenterologických problémů. Incidence je mezi 3-20 novými případy na 100 000 obyvatel za rok. V České republice je to 3-5 případů na 100 000 obyvatel. Za posledních 30 let je pozorován stálý vzestup incidence, což může být způsobeno zlepšenou diagnostikou.

Prevalence Crohnovy choroby je ve Velké Británii a Skandinávii 20-40 let a v České republice 18-22 let.

Graf 1 Počet pacientů na 10 000 obyvatel v ČR



Zdroj: <http://www.uzis.cz>

1.2 PATOGENEZE

Kohout (2006) se zabýval důležitostí genetických vlivů Crohnovy choroby a četnosti familiárního výskytu nemoci. Je prokázáno spojení mezi genotypickými projevy Crohnovy nemoci a pericentrometrickou oblastí chromozomu 16. Tuto oblast předběžně označil jako „LocusIBD-1“. V roce 2001 upřesnily tři pracovní skupiny nezávisle na sobě „LocusIBD-1“ a označily jej jako NOD-2. NOD-2 je za fyziologických podmínek protein intracelulárním senzorem na přítomnost bakteriálního lipopolysacharidu, v jeho přítomnosti aktivuje NFκB a reguluje apoptózu a zánětlivou reakci. Struktura genu NOD-2 se skládá ze dvou oblastí, které se dají štěpit kaspázou (CARD), dále má oblast vázající nukleotidy (NBD) a část bohatou na leucin (LRR). Asi 50 % pacientů trpících Crohnovou chorobou má prokazatelnou zárodečnou mutaci genu NOD-2. Nejsilnějším rizikovým faktorem vzniku onemocnění je pozitivní rodinná anamnéza. Při zkoumání bylo zjištěno, že gen 16 NOD-2 je spojen s postižením ilea a stenožujícím typem choroby. Vztah mezi genotypem a výsledky medikamentózní terapie nebyl prokázán. U homozygotů se objevuje začátek nemoci již v dětském věku. Výzkumem idiopatických střevních zánětů se zabývá řada oborů - patologie, epidemiologie, genetika, histopatologie, psychologie, psychiatrie, infekciologie, imunologie

aj. Každý z nich přinesl významné poznatky, ale žádnému se nepodařilo předložit ucelenou koncepci léčby.

Kohout (2006) popisuje onemocnění charakteristické různými genetickými abnormalitami, které vedou k agresivní odpovědi na pomnožení střevních bakterií, je aktivována vrozenou i získanou imunitní reakcí. Je také způsobena ztrátou tolerance na střevní bakterie a prostaglandin. Patogenezi rozdělujeme do pěti fází, kdy iniciální fáze je neznámá a do jisté míry se kryje s působením předpokládaných etiologických činitelů. Ve druhé fázi nastává rozšíření a posílení zánětlivé reakce, kdy se výrazně uplatňují antigeny střevní flory a toxické produkty jejich metabolismu či antigeny potravy. Dalším krokem je porucha imunoregulace, kdy místo kompenzačních a inhibičních mechanismů potlačujících nepřiměřenou imunitní odpověď dochází ke stálé stimulaci imunitního systému. V průběhu těchto zánětlivých reakcí se významně podílejí volné radikály, oxidy dusíku a některé cytokiny. Výsledkem silných a protahovaných zánětlivých reakcí je těžké poškození tkáně a tvorba klinických příznaků.

Crohnova choroba je klasifikována podle: 1. věku v čase diagnózy, 2. podle lokalizace a 3. podle chování nemoci.

1.2.1 INFEKCE

Lukáš (1997) doplňuje význam infekce, aby došlo k chronickému zánětu, musí být střevo mikrobiálně osídleno. Z experimentálních modelů bylo zjištěno, že na vzniku Crohnovy choroby se podílejí především anaerobní bakterie (*Bacteroides*). Anaerobní bakterie způsobují tvorbu zánětlivých mediátorů, které ve střevní stěně podpoří vznik kolagenních depozit. Některé kmeny *Escherichia coli*, které byly izolovány z terminálního ilea nemocných s Crohnovou chorobou produkují cytotoxiny a ty mohou narušit intestinální bariéru se všemi důsledky. V poslední době se také zaostřilo na působení *Mycobacterium paratuberculosis*, paramyxoviry a *Listeria mucocytogenes*.

Mediátory zánětu

Poškození tkáně a zánět jsou základní procesy u idiopatických střevních zánětů. Významné faktory účasti jsou imunitní komplexy, krevní buňky, chemotaktické peptidy, bakteriální produkty, cytokiny, eikosanoidy, oxidanty, interferon, HLA, faktor aktivující destičky, koagulační faktor.

1.3 FÁZE CROHNOVY CHOROBY

Červenková (2009) uvádí, že Crohnova choroba může probíhat v několika fázích, které jsou ovlivněny rozsahem a aktivitou zánětu, věkem pacienta, délkou trvání a příznaky. Klinický obraz střevního zánětu může být vleklý s těžkými symptomy i v klidové fázi, u většiny pacientů se střídají akutní a chronické léze, vývoj je progresivní, aktivita se při léčbě neupravuje a tíže nemoci se zhoršuje, při stacionárním vývoji je nemoc stabilizovaná na mírném stupni. Při vývoji regresivním dochází k úpravě, nemoc přechází do stádia klidu nebo latence. Hranice mezi aktivním onemocněním a remisí u Crohnovy nemoci je problematická, závisí na tělesné hmotnosti a počtem stolic, ložiska aktivity mohou doutnat kdekoliv v zažívacím traktu. Mírná aktivita vyžaduje udržovací dávku 15mg kortikoidů denně, inaktivní onemocnění je kdy klinické i laboratorní nálezy jsou v normě bez léčby a silná aktivita je zapotřebí vyšší dávky léků.

První ataka - onemocnění začíná nenápadným průjmem, později se může objevit příměs krve. První ataka bývá lehká, nemoc je obtížné v počátcích zachytit. V průběhu nemoci se příznaky zhoršují, mohou vyústit k chirurgickému odstranění části trávicí trubice.

Remise - neboli klidová fáze onemocnění, příznaky vymizí a pacient je bez obtíží. To ale neznamená, že je vyléčen, hranice mezi akutní atakou a remisí je velmi tenká.

Relaps - je fáze, kdy onemocnění znovu propukne, trvání relapsu a délka vzplanutí je individuální a je ovlivněna mnoha faktory. Jedním z nich je kladný přístup k léčbě, dosavadní průběh nemoci, lokalizace postižení. Přetrvávající abnormální parametry aktivity jsou předpovědí relapsu.

Reaktivace - zánět propukne v části střeva, kde se předtím již vyskytoval, často se tak stává po vysazení léčby.

Rekurence - nemoc se projeví v nepostižené části střeva, na střevě kde byla provedena resekce veškeré postižené tkáně. Rizikové faktory: věk v začátku onemocnění, trvání nemoci před resekci, předchozí resekce, indikace pro chirurgický výkon, rozsah provedené resekce, lokalizace nemoci, přítomnost granulomů. Rekurence je nižší po resekci s ileostomií než po resekci s ileokolonickou anastomózou. Komplikovaná Crohnova ileitida rekuruje často po ileální resekci a parciální kolektomii s ileokolonickou anastomózou. (Červenková 2009) „Leze, které se objeví v oblasti neotermiálního ilea a anastomózy během prvního roku po

výkonu, jsou častější než v letech následujících. Objektivními známkami rekurence jsou malé aftoidní vředy, které se nacházejí v oblasti anastomózy. Časné histologické známky v místě rekurence jsou zhrubělé klky a zánětlivý infiltrát eozinofilů. Třetina pacientů po resekci ilea má do tří let zúžení neoterminálního ilea a u 43 % nemocných se do 10 let vyvine stenóza s ulceracemi. Přítomnost nebo absence mikroskopických známek zánětu v neoterminálním ileu při chirurgickém výkonu nemá předpovědní hodnotu pro rekurenci a léze jsou v dalším průběhu nové, ne reziduální. Při odklonu toku stolice stomii je neoterminální ileum normální a do šesti měsíců po reanastomóze se často objevuje rekurence v této oblasti, což ukazuje na vliv střevního obsahu na vznik rekurence. Onemocnění v resekovaných okrajích neovlivňuje postoperační integritu anastomózy, a proto principem chirurgické léčby Crohnovy nemoci má být zachování tkáně“. (Lukáš, 1997, s. 36-37)

1.4 PŘÍZNAKY CROHNOVY NEMOCI

Kohout (2006) upozorňuje, že příznaky Crohnovy nemoci závisí na lokalizaci a rozsahu zánětu. Pacient může pociťovat příznaky několik let, než propukne nemoc. Časový interval mezi začátkem příznaků a stanovením diagnózy může být i několik let. Začátek nemoci se může podobat zánětu slepého střeva. Typickými příznaky jsou bolest břicha, nejčastěji v pravém podbřišku, průjmovitými stolicemi většinou bez příměsi krve, charakteristické jsou objemné stolice bez naléhavého nucení. Subfebrilie, nevolnost, únava, tenesmy, váhový úbytek, častou příčinou je porušený příjem potravy, kdy pacienti odmítají přijímat potravu, protože jim působí bolest, podvýživa, mimo střevní příznaky jako jsou bolesti kloubů, artritidy, oční příznaky - konjunktivitidy, kožní - erythema nodosum, slizniční - aftoidní vředy na sliznici dutiny ústní, chudokrevnost. Ke krvácení z konečníku dochází u 1/3 pacientů, překrvením kypré a křehké sliznice. Dalším příznakem může být také neprůchodnost střev, píštěle, abscesy, stenózy. Lokalizace onemocnění se nijak zvlášť nemění, její chování ano. Na začátku onemocnění trpí pacient pouze zánětlivými změnami na sliznici, ale v dalších letech se připojují další, které vedou k tvorbě zúženin a píštělí. Píštěl je abnormální spojení mezi orgány. Ačkoliv je Crohnova choroba nevléčitelná, lékaři pomocí léčby u většiny pacientů dosáhnou klidového stádia, nemocní mohou žít stejně kvalitní život jako zdraví vrstevníci. Nemoc probíhá ve stádiích zklidnění a nových vzplanutí. Příčinu těchto vzplanutí nelze zjistit. Novým vzplanutím se snažíme preventivně předejít podáváním medikamentů. Aktivitu nemoci je možné stanovit pomocí indexu aktivity Crohnovy choroby - CDAI. Pro výpočet používáme subjektivní potíže, lékařské vyšetření pacienta a vyšetření krve.

K hodnocení slouží počet průjmů a epizod bolestí břicha v průběhu jednoho týdne, pocit tělesné pohody, nutnosti léčby antidiarhotiky, mimo střevní potíže, anémii a poměr skutečné a ideální tělesné hmotnosti pacienta. Tyto údaje se násobí různými indexy, pokud je výsledek CDAI nižší než 150, jedná se o normu. Hodnoty přesahující znamenají vzplanutí nemoci. Průběh nemoci, komplikace, počet relapsů a úspěšnost léčby je zcela nepředvídatelná, je ovlivnitelná léčbou, zejména s léčbou včasnou.

1.5 LOKALIZACE CROHNOVY CHOROBY

CROHNOVA CHOROBA TENKÉHO STŘEVA

Lukáš (1998) rozlišuje dvě formy nemoci. Jedna postihuje terminální ileum se stenózou lumen a fibrózní infiltrací stěny a druhá forma postihuje orální ileum a jejunum, kde se projevuje fibrózní stenóza, různě dlouhá a těsná. Jsou zde úseky postiženy v délce několika desítek centimetrů, ale také jen několika milimetrů. Charakteristickým projevem je dyspeptický syndrom, který se projevuje spolu se známkami malnutrice a intermitentními bolestmi břicha. Nejsou zde typické průjmy, stolice bývá řidší, ale formovanější. Klinické, ani laboratorní známky nejsou patrné. Pacient obvykle s postižením tenkého střeva neprospívá. Trpí sníženou chutí k jídlu, nadměrným nadýmáním, říháním nebo zvýšeným meteorismem. Tyto projevy se dostavují asi 1-2 hodiny po jídle. Dalšími klinickými obrazy jsou projevy chudokrevnosti, protein energetické malnutrice a vyhublost. Extraintestinální projevy nemoci nejsou obvyklé, naopak hrozí opakovaná neprůchodnost tenkého střeva.

CROHNOVA CHOROBA POSTIHUJÍCÍ OBLAST ILEOCEKÁLNÍ

Červenková (2009) uvádí, oblast nejčastějšího výskytu, kde se Crohnova choroba vyskytuje. Objevuje se zejména u mladých lidí, kteří mají řadu let obtíže, a velmi často se až v době výrazné progresy určí správná diagnóza. Lukáš (1998) doplňuje, že je to nemoc s charakteristickými bolestmi břicha, tlakovými bolestmi v pravém podbříšku, průjmy, výrazným hubnutím a zvýšenou teplotou. V době progresivního zhoršování dlouhodobé bolesti nabývají křečovité charakter kolem pupku, který je vystupňován nadýmáním, flatulencí a říháním. Současně se objevují i průjmy. Tlakové bolesti jsou stejného charakteru, křečovité bolesti se dostavují do 30 až 60 minut po jídle. U déle trvajícího onemocnění se projevuje také bledost kůže, sliznic a sklér, vypadávání vlasů a nehtů vzhledem k sideropenické anémii.

CROHNOVA CHOROBA V TLUSTÉM STŘEVĚ

Červenková (2009) popisuje, tlusté střevo bývá postiženo buď kontinuálně nebo segmentárně. Ložiska se projevují například aftoidními vředy, erytémem sliznice, někdy hlubokými podélnými vředy. Lukáš (1998) hodnotí případ, kdy ložiska prostupují i do hlubších vrstev, může docházet ke stenózám a píštělím.

CROHNOVA CHOROBA V REKTU A ANÁLNÍM KANÁLU

Lukáš (1998) upozorňuje, lokalizace análního kanálu a rekta je velmi vzácná, častěji se jedná o současné postižení s jinou oblastí. Projevují se vředy, abscesy na přechodu análního kanálu a kůže jsou kožní léze, macerace, řitní papily, fisury.

CROHNOVA CHOROBA V ATYPICKÉ LOKALIZACI

Lukáš (1998), Crohnova choroba se může objevit i v jiných oblastech nežli v oblasti distálního ilea a tlustého střeva, v tzv. mimostřevních lokalizacích. Až 5 % pacientů s touto nemocí má atypickou lokalizaci zánětlivých ložisek v oblasti duodena, žaludku a jícnu. Příznaky závisí na postiženém orgánu.

Červenková (2009) shrnuje, Crohnova choroba projevující se na jícnu spočívá v progredující dysfagii s následným úbytkem váhy. Obvykle se jedná o dlouhou stenózu s vředy. Charakteristické je ztluštění submukozy a výrazná fibróza stěny. Ve většině případů se prokážou v této lokalizaci granulomy. Postižení žaludku je velmi vzácné, projevuje se vícečetnými nehojícími se vředy současně se stenózami výtokové části žaludku, pylorického kanálu a orální části duodena. Příznaky se projevují zhoršením evakuace žaludku, který vyvolává pocit plnosti a bolesti po jídle, nauzeu a pocit na zvracení nestráveného obsahu. V oblasti duodena se vyskytují především stenózy a píštěle, které vedou k projevům malabsorpce, nadýmání a úbytkem hmotnosti. Velmi ojediněle jsou popsány případy pacientů, u kterých se projevila Crohnova choroba v oblasti dutiny ústní a genitálu.

MILIÁRNÍ CROHNOVA CHOROBA

„Miliární Crohnova nemoc je neobvyklá varianta nemoci, kdy na seróze tenkého střeva jsou makroskopicky patrné miliární uzlíky. Klinicky se projevuje břišní bolestí, úbytkem na váze, průjmem, teplotou. Rentgenové vyšetření nalezne změny na tenkém střevě.

Po chirurgické resekci prokáže histologické vyšetření změny pro Crohnovu chorobu“.
(Lukáš, 2009, s. 29-30)

1.6 KOMPLIKACE CROHNOVY CHOROBY

LOKÁLNÍ STŘEVNÍ KOMPLIKACE

Krvácení - u Crohnovy choroby se objevuje na začátku onemocnění. Příčinou jsou ulcerace, které zasahují do cév.

Stenóza - neboli zúžení se objevuje u poloviny postižených. Při významném zúžení lumen střeva může dojít až k poruše střevní neprůchodnosti s výraznými bolestivými křečemi břicha a zvracením. Stenózami je častěji postiženo tenké střevo.

Perforace - je velmi častá a závažná komplikace Crohnovy choroby. Vzniká, takže hluboký vředovitý defekt pronikne celou stěnou střeva. Výsledkem je vznik píštěle a abscesu. Při této komplikaci se většinou resekuje postižená část střeva.

Obstrukce - je uzavření průsvitu střeva. Příčinou obstrukce je zánětlivý proces nebo srůsty po předchozích operačních výkonech. Bývá většinou neúplná. V místě obstrukce může přerůstat bakteriální mikroflóra.

Abscesy - zánětlivé změny prostupující střevní stěnu. Jsou to dutinky vyplněné hnisem mezi kličkami střeva. Jsou vždy bolesti břicha teplota.

Píštěle - jsou také velmi častou komplikací zánětů, vznikají spojky mezi jednotlivými střevními kličkami nebo mezi střevem a jednotlivými orgány např. střevo a močový měchýř.
(Lukáš, 2009)

Karcinom - vyskytuje se ojediněle, riziko je hlavně u mužů v mladším věku, u kterých byla nemoc diagnostikována před 21 rokem věku. Je lokalizován pravostranně, obvykle se jedná o adenokarcinom ve spojení s dysplazií. U nemocných s Crohnovou chorobou může být zvýšené riziko výskytu lymfomů zažívacího traktu. Perianální Bowenova choroba, možný prekurzor análního dlaždicového karcinomu, byla popsána ve spojení s Crohnovou chorobou. Doporučují se kolonoskopické kontroly. (Lukáš, 2009)

Toxické megakolon - je výjimečnou komplikací, postihuje tlusté střevo, rozepjetí a následná neprůchodnost. Jedná se o stav, kdy dochází k ochrnutí hladkého svalstva střevní stěny a k rozšíření střevního průsvitu. V střevě se hromadí střevní obsah. V organismu se hromadí jedovaté zplodina ze střev. Toxické megakolon ohrožuje pacienta perforací střev s následným zánětem pobřišnice. U pacienta se rozvíjí šokový stav, tachykardie, horečka, dehydratace, porucha elektrolytů, leukocytóza, bolesti, anemie. Při podezření na tento stav patří nemocný do péče chirurga znalého této problematiky. (Lukáš, 1999)

Malnutrice - v důsledku zánětlivé aktivity, užíváním některých léků a zmenšení resorpční plochy střeva jsou pacienti s Crohnovou chorobou ohroženi malnutricí. Nemocní snižují příjem potravy, protože se nenasycení cítí lépe, v poškozeném střevě dochází k malnutrici (stav snížené schopnosti vstřebávání živin). Malnutrice zhoršuje průběh onemocnění, prodlužuje rekonvalescenci a snižuje efekt medikamentózní léčby. Dochází ke ztrátám stopových prvků a vitamínů. Nejčastěji se jedná o vitamíny rozpustné v tucích (A, E, D, K). Pacientům je nabízena doplňková strava, ve vážných případech může být nutná i nitrožilní výživa. Řada pacientů s velkým rozsahem postižení musí složení své stravy a její doplňky konzultovat s odborníky. (Kohout, 2004)

1.6.1 MIMOSTŘEVNÍ KOMPLIKACE

Červenková (2009) promýšlí souvislosti mimostřevních komplikací nespecifických zánětů a reakcí imunitního systému organismu. Přesná příčina je neznámá, postihují pacienty, kteří mají zánětem postižené tlusté střevo.

Kůže

Kohout (2006) uvádí, kůže může být postižena až u 40 % pacientů, bývá postižena jakákoliv vrstva kůže. Pacienti trpí aftózními defekty a hnisavými ústními koutky.

Pyoderma gangrenosum - začátek bývá náhlý a v místě drobného poranění. Projevem je vyrážka, malý puchýř později vzniká vředovitý defekt, který se rozšiřuje a prohlubuje, může se objevit na několika místech. Bývá velmi bolestivý. Vyskytuje se na dolních končetinách. (Kohout, 2006).



Obrázek 2 Pyoderma gangrenosum

Zdroj: <http://www.pyoderma-gangrenosum.cz>

Erythema nodosum - jsou červené pupeny na tvářích, předloktí a stehnech. Jedná se alergickou reakci, kterou vyvolávají různé faktory např. infekce virové a bakteriální, užívání hormonální antikoncepce a jiné léky. Je to horký, citlivý, rudý uzel, zejména na přední straně dolní končetiny. Mizí pomalu bez ulcerací a jizvení. Postihuje hlavně mladší ženy. (Kohout, 2006)



Obrázek 3 Erythema nodosum

Zdroj: <http://www.erythema-nodosum.cz>

Erythema multiforme - je charakteristická vyrážka na kůži nebo v dutině ústní. Obvykle vymizí během několika dní, často se vrací. Postihuje hlavně mladé lidi. (Střevní-záněty.cz, 2013)

Oči

Červenková (2009) zdůrazňuje, incidence očních projevů při Crohnově chorobě je vyšší při zánětu tlustého střeva a jsou popisovány u 10 % nemocných. Vyskytují se konjunktivitidy, episkleritidy, uveitidy, iritidy, keratitidy a orbitální myositidy.

Episkleritis-zánět postihující pojivovou tkáň mezi fascií a sklérou. Pacienti si stěžují na světloplachost, slzení a pálení, difúzní překrvení a bolest.

Klouby

Dále dle Červenkové (2009) patří kloubní komplikace mezi nejčastější mimostřevní projevy.

Kolitická artritida - jednostranné postižení velkých kloubů, zejména na dolních končetinách. Kloubní zánět se projevuje jako synovitida, která je závislá na aktivitě střevního zánětu nebo jako sakroiliitida, která může být provázena spondylitidou.

Polyartritida - symetrické postižení většího počtu periferních kloubů. Kloub je teplý, zarudlý, bolestivý, nástup je prudký a délka trvání závisí na léčbě. Kloub se zhojí bez následků. (Červenková, 2009)

Sakroilitis - zánět postihuje křížokýčelní skloubení a objevuje se nezávisle na aktivitě zánětu.

Osteoporóza - řídnutím kostí je způsobené zvýšeným odbouráváním anorganické složky. Osteoporóza vzniká na podkladě vedlejšího účinku dlouhodobé léčby kortikoidů nebo důsledkem malabsorpce vápníku a vitamínu D či vázání vápenatých solí mastných kyselin střeva, se steroidní léčbou. Metabolicky podmíněná osteoporóza je u pacientů s Crohnovou chorobou velmi častá, postihuje 30-50 %. (Červenková, 2009)

Anémie - je závažnou komplikací Crohnovy choroby, která pokud není léčena, může vést až ke smrti. Může se objevit jako akutní anémie při masivním krvácení, častěji však vzniká při porušeném vstřebávání železa, kyseliny listové, vitamínu B6, B12. (Kohout, 2004)

Hematologické projevy - trombóza a plicní embolie v důsledku krevních sraženin při větší tendenci ke srážení krve při aktivním zánětu. Zvýšená hladina fibrinu, faktoru V a VII

a snížením antitrombinu III je patrný u některých pacientů a může být příčinou vaskulárních komplikací v podobě hluboké žilní trombózy, plicní embolie a cerebrovaskulárního onemocnění, které mohou být velmi závažné a život ohrožující. (Kohout, 2004)

1.6.2 METABOLICKÉ KOMPLIKACE

Červenková (2009) promýšlí souvislosti tvorby **ledvinových kamenů** a poruchy vstřebávání žlučových kyselin. Jedná se o oxalátové konkrementy, pacienti po resekci tenkého střeva mají zvýšenou koncentraci kamenotvorných látek v moči.

Žlučové kameny vznikají u pacientů po resekci tenkého střeva, žlučové kyseliny se poté dostávají do tlustého střeva, kde dochází ke vstřebávání bilirubinu, který má vliv na tvorbu žlučových kamenů. (Červenková, 2004)

1.7 DIAGNOSTIKA

DIAGNÓZA

Ehrman (2011) konstatuje, diagnóza Crohnovy choroby je stanovena pomocí nálezů anamnestických, klinických, endoskopických, histologických, radiodiagnostických a radionuklidových. Nálezy laboratorní diagnózu potvrzují a slouží spíše jako pomocné při stanovení aktivity nemoci a sledování odpovědi na léčbu. Vyšetřovací možnosti jsou doplněny sonografickým a rtg vyšetřením. Je potřeba stanovit diagnózu, odlišit jiné zánětlivé choroby, stanovit pravidelný dispenzární systém kontrol, sledovat jak se nemoc vyvíjí, jak se mění její rozsah, jak nemocné orgány reagují na léčbu a zda nedochází k rozvoji komplikací.

ANAMNÉZA

Zbořil (2004) začíná při osobním setkání s pacientem nejprve zjišťovat rodinnou a osobní anamnézu jako je například výskyt Crohnovy choroby a jiných střevních zánětů nebo autoimunitních onemocnění. Zjišťuje, v jakém prostředí pacient žije, jaký má vztah ke kouření alkoholu a jiným omamným látkám. Lékař se také ptá na dietní návyky, užívání léků, hormonální antikoncepce, podstoupení radioterapie, chemoterapie, počátky prvních příznaků, přehled dosavadní léčby. Nynější onemocnění je nedílnou součástí anamnézy. Důležité je sdělení aktuálního stavu, bolesti břicha, počet stolic, příměsí hlenu a krve, tělesná hmotnost, teplota, mimostřevní příznaky (kloubní oční, kožní) a celkový subjektivní stav.

1.7.1 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Kohout (2006) provádí fyzikální vyšetření pomocí pohledu, poslechu, pohmatu a poklepu. Typickými znaky pro postižení mohou být bolesti, otoky, příznaky na kůži, sliznici, očích či kloubech. Vyšetření konečníku je velmi důležité neboť je to predilekční místo granulomatozního zánětu, již pozorná aspekce anální krajiny může odhalit drobné píštěle, z nichž se po zavedení prstu do řiti vyřine kapka hnisu. Velmi často je přítomna infiltrace, která později vede k tvorbě abscesu nebo píštělí. Řiť je častým sídlem banálních odchylek (hemeroidů, erozí, trhlin). Fyzikální vyšetření objektivní nález obvykle na lokalizaci a tíži onemocnění. Je-li nemoc aktivní, pacient je bledý, slabý a má vzhled chronicky nemocného. Dlouhotrvající těžké onemocnění vyústí v chřadnutí pacienta. Při vyšetření ústní dutiny u nemocných s aktivní ileokolitidou a kolitidou mohou být na rtech, bukální sliznici a jazyku ploché diskrétní aftoidní léze, hluboké ulcerace, fisury. Orální léze mohou být bolestivé i nebolestivé, jednotlivé nebo mnohočetné. Ve spojení s Crohnovou nemocí je popisována tonzilitida a periodontitida. Břicho je citlivé, typicky v oblasti aktivity nemoci. Ztlustělé střevní kličky a mesenterium nebo absces jsou příčinou pocitu tlaku a hmatné rezistence zejména v pravém dolním kvadrantu. Rezistence mění svou velikost v závislosti na množství střevního obsahu a na stupni zánětu.

1.7.2 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Kohout (2006) oceňuje laboratorní vyšetření. Mají za úkol provést odlišovací diagnostiku jiného střevního onemocnění, vyloučit přítomnost infekce, která by mohla idiopatický střevní zánět napodobit či komplikovat. Dalším úkolem laboratorních vyšetření je zhodnotit stav zánětlivé aktivity nemoci. U pacientů se provádí odběr krve, moči a stolice. Sleduje se počet červených a bílých krvinek, počet krevních destiček, hodnoty krevního obrazu jsou anémie, leukocytóza, trombocytóza. Dále se kontroluje složení krevních bílkovin, vodního a minerálního hospodářství, hodnota albuminu je snížena, nebo speciální údaje, jako je obsah železa a koncentrace elektrolytů. Tyto testy se provádějí, když je přítomna generalizovaná zánětlivá reakce, v nálezů je patrná zvýšená sedimentace červených krvinek, CRP a vyšší počet bílých krvinek. C-reaktivní protein je markerem systémového zánětu. Jedná se o protein akutní fáze produkovaný hepatocy stimulací interleukinu. Je považován za důležitý prognostický faktor. Rozbor moči stanovuje funkci ledvin, odhaluje přítomnost zánětu v těle. Provádí se mikrobiologické a parazitologické vyšetření stolice k vyloučení infekčního střevního zánětu, vyšetření na okultní krvácení.

Kohout (2006) vyšetřuje fekální calprotektin (36 kDa calcium-and zinc-binding protein) bílkovinu, která se uvolňuje z bílých krvinek rozpadajících se ve střevě. Marker pro stanovení idiopatického střevního zánětu. Pokud je hodnota nízká, je diagnóza idiopatického střevního zánětu nepravděpodobná. Calprotektin není specifický pro střevní zánět, zvýšená hodnota může být u infekčního průjmu, při užití nesteroidních antiflogistik a střevní malignitě.

SEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Lukáš (2004) hodnotí, serologické vyšetření (ASCA) anti-Saccharomyces cerevisiae antibodies a (p-ANCA) anti-neutrophilic cytoplasmic antibodies nepřineslo zlepšení diagnostických možností. Nepřítomnost nevyklučuje nemoc, má pouze pomocný význam.

1.7.3 ENDOSKOPICKÁ VYŠETŘENÍ

„Endoskopická vyšetření patří mezi základní diagnostickou metodu v gastroenterologii. Umožňuje zhodnotit slizniční změny přímo zrakem, změny struktury a reliéfu sliznice, její barevné změny, přítomnost krve na sliznici nebo v lumen dutého orgánu. Stopy hlenu, hnisu, zbytky stravy, léky nebo např. cizí tělesa a podobně“. (Špínar, 2008, s. 225)

EZOFOGOGASTRODUODENOSKOPIE

Šafránková (2006) vyšetřuje pomocí gastrokopu horní zažívací trakt-jícen, žaludek a dvanáctník a zhodnocuje tak změny na sliznici. Vyšetření probíhá v poloze na levém boku a trvá několik minut. Hrdlo znecitlivujeme sprejovým anestetikem, u některých pacientů je možné i nitrožilní analgosedace. Pro snadné vyšetření je zapotřebí insuflace vzduchu do trávicí trubice, z nalezeného patologického ložiska lze odebrat pomocí speciálních kleští vzorek na histologické vyšetření.

KOLONOSKOPIE

Kohout (2006) popisuje, diagnostický postup, sloužící ke zjištění jaká část střeva a v jakém rozsahu je střevo postiženo. Většinou lze proniknout celým tlustým střevem až do konečné části tenkého střeva. Je možné dokonalé posouzení nalezeného chorobného ložiska zrakem (na sliznici se vytváří reliéf dlažebních kostek) a následné odebrání vzorků tkáně na histologii, stejně jako u gastrokopie. Endoskop se zavádí konečníkem do tlustého střeva. Také jako u gastrokopie je nutné střevo insuflovat vzduchem. Při tomto vyšetření může lékař

provést malý chirurgický zákrok tzv. polypektomii. Pacient bývá u tohoto vyšetření analgosedován, jedná se invazivní vyšetření. K analgosedaci se používá Dormicum, Rapifen, Propofol vyšetření trvá 20-60minut. Důležitou součástí je příprava pacienta, střevo musí být zbaveno zbytku potravy. Pacient 2-3 dny před vyšetřením drží bezezbytkovou dietu. Den před vyšetřením je dovolena pouze tekutá výživa (bujony, džusy). Odpoledne před koloskopií je nutné střevo bezvadně vyčistit pomocí roztoku kontaktních solí podaných ústy (fosfátové soli, hořečnaté soli) a vypít minimálně 3 až 4 litry tekutiny, nebo třeba přípravkem ForTrans pomocí kterého se připraví právě 3-4 litry tekutiny, kterou je potřeba postupně vypít. Po vyšetření pacient odpočívá 2 hodiny na dospávacím pokoji.

REKTOSKOPIE

Rektoskopie vyšetřuje se jen 25 cm konečníku od svěračů, příprava je minimální, vyžaduje pouze ranní defekaci.

1.7.4 ZOBRAZOVACÍ METODY

ENTEROKLÝZA

Enteroklýza dlouhou dobu byla považována za jedinou zobrazovací metodu schopnou detailně zhodnotit tenké střevo. Pacientovi se zavede nazojejunální sonda, je to nejnepříjemnější část vyšetření. Sondou se podává baryová kontrastní látka v množství cca 300ml a poté roztok metyl celulózy v množství 1500-3000 ml. Na sliznici vzniká povlak baryové suspenze. Hlavní výhodou vyšetření je dynamické sledování průchodu kontrastní látky tenkým střevem. Nevýhodou vyšetření je zavedení nazojejunální sondy a radiační zátěž.

KAPSLOVÁ ENTEROSKOPIE

Kohout (2006) využívá kapslovou enteroskopii k vyšetření tenkého střeva, kapsle pracuje na principu bezdrátového přenosu videozáznamu z trávicí trubice. Příprava pacienta spočívá v dokonalém vyprázdnění celého trávicího traktu. Rozměr kapsle je podobný tabletě, obsahuje miniaturní videokameru, baterie, světelný zdroj, vysílač a anténu. Pacient kapsli spolkne a kamera snímá obraz celé trávicí trubice. Kapsle putuje zažívacím traktem přibližně 8 hodin. Nevýhodou kapslové endoskopie je nemožnost provádět terapeutické výkony

a odebírat bioptické vzorky na histologické vyšetření. Kapslová endoskopie je finančně i časově náročná.

ULTRASONOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ

Ultrasonografické vyšetření je neinvazivní dobře dostupné a levné vyšetření, které je schopno přehledně zobrazit většinu orgánů dutiny břišní. Využívá různorodosti tkání, jejich schopnosti propouštět či odrážet zvukové vlny, které jsou potom zachycovány a zobrazeny. Vyšetření trvá přibližně 10 minut. Příprava pacienta je na lačno. (Kolektiv autorů, 2012)

CT

CT je radiodiagnostický přístroj, který za pomoci rentgenového záření a výkonné techniky zobrazuje přesné struktury ve vyšetřované části těla. Vzniká prostorový obraz dutiny břišní, který je kvalitnější a podrobnější než rentgenový snímek. Vyšetření nahrazuje rentgenové snímkování a je bezbolestné. Je nutná nitrožilní aplikace kontrastní látky. Kontrastní látka obsahuje jodovou složku, která může vyvolat nežádoucí alergickou reakci, proto je zjištění alergické anamnézy nezbytnou a stěžejní informací pro provedení CT vyšetření. Před vyšetřením pacient lační. Nevýhodou vyšetření je značná radiační zátěž. (Kolektiv autorů, 2012)

MAGNETICKÁ REZONANCE

Lukáš, Hrabák a Novotný (2015) popisují magnetickou rezonanci- jako metodu volby. Důvodem je především absence radiační zátěže. Vyšetření lze libovolně opakovat, což má význam především u dětí a mladých pacientů. Nevýhodou MR je horší dostupnost, vyšší cena a větší nároky na spolupráci pacienta. MR má více kontraindikací k vyšetření. Mezi absolutní kontraindikaci patří přítomnost implantovaných elektrických a elektromagnetických přístrojů (kardiostimulátor, kochleární implantát). V případě různých kovových implantátů pak závisí na konkrétním složení a na magnetických vlastnostech slitiny. Příprava pacienta na vyšetření začíná již jeden den před vyšetřením, kdy je doporučováno dát si jen lehkou snídani a oběd s vyloučením masa, mléčných výrobků a potravin obsahujících vlákninu, večer již přijímat jen tekutiny (čaj, bujón, vodu). Od půlnoci se nesmí jíst, pít, kouřit. Na některých pracovištích je navíc vyžadováno i vyprázdnění tlustého střeva. Před vyšetřením pacient vypije cca 1,5-2 l hyperosmolárního roztoku (manitol nebo sorbitol), nejlépe frakcionovaně tak, aby došlo

k rovnoměrnému rozložení kontrastní látky ve střevech. Utlumení pohybu střevních kliček se aplikuje Buscopan i. v. Vyšetření trvá 20-40 minut.

1.7.5 HISTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ BIOPTICKÝCH VZORKŮ

Červenková (2009) konstatuje, že mikroskopické vyšetření je v diagnostice nespecifických střevních zánětů velmi důležité. Bioptické vzorky se odebírají při endoskopických vyšetřeních nebo při chirurgických výkonech. Na základě histologického vyšetření lze stanovit nebo potvrdit diagnózu, získat odpověď organismu na podávanou léčbu. Ve výsledku se často objevuje lymfoidní hyperplazie, fibrózy, vředy a granulomatózní záněty, hlavní indikátor nemoci. Důležité je, že negativní nebo necharakteristický nález Crohnovu chorobu nevylučuje.

1.8 LÉČBA CROHNOVY CHOROBY

Kohout (2006), specifická léčba Crohnovy choroby neexistuje. Volba léků závisí na lokalizaci procesu, rozsahu postižení a na aktivitě nemoci. Volíme takové preparáty, které uvolňují účinnou látku až v místě, kde je zánětlivý proces lokalizován. Léčba je řízena gastroenterologem na specializovaném gastroenterologickém pracovišti. Gastroenterolog doporučí individuální komplexní léčebný postup a pravidelně kontroluje výsledky léčby. V první fázi se léčí akutní onemocnění, v druhé fázi se onemocnění udržuje v klidové aktivitě tzv. remisi. Nejprve se nasazují protizánětlivé léky s cílem redukce zánětu. Běžně se používají aminosalicyláty (Mesalazin), kortikosteroidy a imunosupresiva. Antibiotika se používají v případě infekčních komplikací. Poté co se dosáhne stádia remise, je cílem udržování tohoto stavu a zamezení nového propuknutí nemoci. Vzhledem k vedlejším účinkům léčby je třeba vyvarovat se dlouhodobého užívání kortikosteroidů. Řada pacientů je schopna udržet remisi pomocí aminosalicylátů, mnozí užívají léky na potlačení funkce imunitního systému, tzv. imunosupresiva.

AMINOSALICYLÁTY

Podle Kohouta (2014) jsou od roku 1942 základem léčby aminosalicyláty. Původní Sulfasalazin se kvůli možným vedlejším účinkům (hlavně reverzibilní dřevový útlum) v dnešní době používá mnohem méně. Mezi její aktivní složku je považována kyselina 5 aminosalicylátová. Dle Zbořila (2012) je obvykle prvním lékem, podávaný pacientům,

Mesalazin, Osalazin, Balsalazide. Gastroenterologové s nimi mají dobré zkušenosti, znají jejich účinnost a většinou jsou dobře tolerovány, protože jsou minimálně toxické, bezpečné a mají nízký výskyt vedlejších účinků. Mechanismem účinku Mesalazinu je inhibice 5lipoxygenázy, modulace leukocytární funkce, inhibice uvolňování mediátorů a odklizení volných radikálů. Při perorální léčbě Crohnovy nemoci, s postižením tenkého i tlustého střeva v aktivním stádiu, lze Mesalazin použít jako samostatný lék v dávce 3-4 g/den po dobu jednoho týdne v měsíci. Vyrábí se ve formě čípků, klyzmat a tablet.

KORTIKOIDY

Lukáš (2014) aplikuje léky jak parenterálně tak orálně. Kortikoidy mají protizánětlivý účinek. Využívají se v akutní fázi onemocnění, pro velké množství nežádoucích účinků nejsou vhodné pro tzv. udržovací léčbu. K terapii volíme intravenózní Metylprednizolon a Hydrokortizon, orální Prednison a Medrol. Mezi nežádoucí účinky patří osteoporóza, minerálový rozvrat, narušený metabolismus cukrů, zvýšení krevního tlaku, kosmetické potíže jako je akné, přibírání na váze, měsíčkovitý obličej. Celková doba léčby kortikoidy by neměla přesahovat tři měsíce a ukončení léčby by mělo probíhat pomalu.

IMUNOSUPRESIVA

Dítě (2011) využívá k léčbě imunosupresiva, mohou nahrazovat kortikoidy.

Zbořil (2007) hodnotí účinky Azathioprinu a 6-merkaptopurinu. Tyto preparáty se užívají po zklidnění akutního zánětu, navozují remisi za 3-6 měsíců. Nežádoucí účinky jsou alergické reakce, nesnášenlivost a porucha krvetvorby.

Červenková (2009) dokládá, Metotrexát jako alternativu imunosupresiv u pacientů, kteří netolerují více zmíněné léky. Z počátku se podává intravenózně jednou týdně, později perorálně. Léčba je zatížena vysokým počtem nežádoucích účinků. Byly zaznamenány bolesti břicha, zvýšení jaterních testů a alopecie. U pacientů v reprodukčním věku je třeba zmínit teratogenní účinek a doporučuje se vysadit minimálně šest měsíců před plánovanou graviditou.

Lukáš (2014) nabízí cyklosporin jako léčbu druhé linie, nejprve injekčně poté orálně. Nežádoucí účinky jsou brnění rukou a nohou, bolesti hlavy, třes.

PROBIOTIKA

Lukáš (2014) popisuje probiotika jako živé bakterie lidského původu, rezistentní vůči žaludeční kyselině, enzymům a žlučovým kyselinám. Mají příznivý vliv na zdraví hostitele. Předpokládá se, že podstatou působení probiotik je navození imunomodulačních změn ve sliznici střeva, vytěsňují patogeny, zklidňují klinické obtíže a oddalují návrat aktivního zánětu. Probiotika mohou produkovat některé antibakteriální látky, např. kyselinu mléčnou. Terapeutické účinky mají *Escherichia coli* a *Lactobacillus acidophilus*.

1.8.1 BIOLOGICKÁ LÉČBA

Lukáš a kol. (2014) popsali biologickou léčbu. Léčba je vhodná pro pacienty s vysokou zánětlivou aktivitou, kteří nereagují na léčbu kortikoidy, imunosupresivy, antibiotiky a aminosalicyláty. Jde o léčbu moderní a vysoce účinnou, s rychlým nástupem protizánětlivých účinků. Stala se již klinickou rutinou. Během několika desítek hodin od aplikace biologických léků dochází u většiny nemocných k zásadnímu zlepšení stavu. Vysoká účinnost těchto léků představuje největší pokrok v léčbě v posledních padesáti letech. V české republice je registrován infliximab a adalimumab.

Infliximab - je monoklonální protilátka ze 75 % humánní a z 25 % protilátkou myší.

Adalimumab - je plně humánní monoklonální protilátka, rovnocenná předchozímu.

Indikace k léčbě: středně těžká Crohnova choroba. Agresivní forma, neodpovídající na léčbu kortikoidy a imunosupresivy, s intolerancí na kortikoidy a imunosupresiva. Při indikování biologické léčby je zapotřebí zvážit, zda potenciální benefit převáží nad možnými riziky. K posouzení efektu biologické léčby se využívá klinického zhodnocení a laboratorních parametrů, optimálně v 10. týdnu od zahájení léčby. Je-li dosaženo pozitivní klinické odpovědi, je vhodné přejít na dlouhodobou udržovací léčbu v intervalu 8 týdnů. Délka udržovací terapie není přesně stanovena, ale měla by pokračovat nejméně po dobu jednoho roku s následným opětovným zhodnocením stavu. Léčba má pokračovat, i když je pacient bez příznaků.

Vyšetření před zahájením léčby: anamnéza, fyzikální, hematologické, biochemické, serologické a endoskopické vyšetření. Plicní vyšetření k vyloučení tuberkulózy.

Kontraindikace jsou těžké stavy sepse, infekce, alergie, srdeční selhání, zhoubné nádory, roztroušená skleróza.

Nežádoucí účinky, bohužel i tato nejmodernější léčba má své nežádoucí účinky. Jsou to především infekční komplikace, herpetické viry, bakteriální střevní infekce. Byly zaznamenány případy miliární tuberkulózy. Závažné komplikace jsou kardiovaskulární: hypotenze, hypertenze, synkopy, palpitace, bradykardie, vazospasmy, hematomy a neurologické: somnolence, amnézie, apatie, deprese.

Cílem biologické léčby je zasáhnout do biologických procesů, které probíhají v poškozeném nebo nemocném organismu. Podle Horáka (2013) je určitou nadějí v léčbě perianálních píštělí aplikace kmenových buněk do píštělového traktu. Celý postup je ovšem doslova v plenkách.

Lukáš (2014), léčba nespecifických střevních zánětů se soustředí do center biologické léčby. Mohou to být jak gastroenterologická oddělení, tak infuzní centra. V současné době je můžeme najít ve všech krajích České republiky. Gastroenterologických center je v současné době 25. V každém centru pro biologickou léčbu je doporučeno vést databázi pacientů léčených biologickými preparáty pro možnost průběžného monitorování účinnosti léčby a nežádoucích účinků. V centrech biologické léčby pracuje profesionální tým pracovníků, který má za úkol poskytovat komplexní holistickou ošetrovatelskou péči. Aplikaci infuzí nebo injekcí provádí speciálně vyškolený zdravotnický personál (IBD sestry), který je seznámen s nežádoucími účinky terapie včetně alergických reakcí, které se mohou objevit v průběhu a po aplikaci léku. Poskytuje dostatečné informace o onemocnění, komplikacích, nežádoucích účincích a možnostech léčby. Jako profylaxe alergických reakcí je doporučeno před infuzí podat Hydrocortizon 250 mg i. v. nebo 40 mg Prednisonu per os. V případě alergické reakce opožděného typu se podává 40 mg Prednisonu denně dva dny před infuzí a 5-7 dnů po infuzi. Místnost pro aplikaci je vybavena pohodlnými křesly nebo lůžky a veškerým vybavením pro zvládnutí těžkých alergických reakcí a pro resuscitaci. Je vhodné, aby léčba probíhala ve speciálně vybavených a k tomu účelu určených místnostech, kde je veškeré přístrojové a medikamentózní vybavení pro řešení závažných alergických reakcí. Musí být zajištěna dostupnost anesteziologa a lůžka na jednotce intenzivní péče včetně možnosti umělé plicní ventilace. Před, v průběhu a po aplikaci jsou měřeny základní životní funkce. Klinické monitorování efektivity léčby a výskytu nežádoucích účinků je v rukou ošetrujícího lékaře, kontroluje laboratorní výsledky a klinický stav pacienta. Je důležité, aby si

sestra s pacienty vytvořila vzájemný vztah založený na důvěře, a aby v případě jakýchkoliv nejasností měli pacienti možnost se na sestru obrátit.

Skálová (2014) prohlašuje, biologická léčba je v dnešní době nejmodernější a neúčinnější, je velice drahá, a proto není bohužel dostupná pro všechny. Zdravotní pojišťovny takto drahou léčbu proplácejí jen omezeně, i přesto, že zásadním způsobem zlepšuje kvalitu života pacientů, oddaluje invaliditu a udržuje nemocné soběstačné a plně zapojené do pracovního procesu. Je třeba zdůraznit, že právo na biologickou léčbu vychází z Listiny základních práv a svobod, Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a zákona o péči o zdraví lidu.

1.8.2 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Červenková (2009) indikuje chirurgickou léčbu u pacientů, kde konzervativní léčba selhala nebo v případě akutních nebo dlouhodobých komplikací. Operuje se v případě nebezpečí smrti a u těžkých komplikací. Chirurgickou léčbu musí z dlouhodobého hlediska podstoupit až 70 % pacientů. Akutní indikace jsou krvácení, střevní uzávěr, píštěl, nádorové bujení aj. Odstraněním ložiska Crohnovy choroby nedojde k definitivnímu vyléčení a přibližně u 30 % dochází k návratu obtíží do tří let. Nejčastějším chirurgickým výkonem je resekce postižené části střeva. V případě opakované resekce vzniká syndrom krátkého střeva. V tomto případě se musí výživa doplňovat enterálně či parenterálně do žilního systému. Dalším typickým výkonem je strikturoplastika, při které se střevo neodebírá, ale provádí se pouze plastická úprava zúžení.

1.8.3 LÉČBA VÝŽIVOU

Červenková (2009), parenterální neboli umělá výživa se podává mimo zažívací trakt intravenózním vstupem do periferní nebo centrální žíly. Parenterální výživa je u Crohnovy choroby ordinovaná až tehdy, kdy předchozí cesty výživy již nedostačují pro dysfunkční zažívací trakt. Cílem umělé výživy je zlepšení nutričního stavu, imunitních funkcí a prevence malnutrice. Indikací k zavedení parenterální výživy je relaps onemocnění, syndrom krátkého střeva a před operačním výkonem. U pacientů je potřeba určit potřebu jednotlivých živin, vody a minerálů. Zvýšit příjem tekutin kvůli ztrátám průjmovitými stolicemi a zrychlením střevní pasáže po resekci střeva. Důležité je upřesnit hladinu minerálních látek v séru, v moči. Stanovuje se energetický obsah, celkový objem výživy, potřeba a rychlost podání jednotlivých živin. V současné době s nejvíc používá smíchané živiny v jednom vaku. Na trhu

jsou dvoukomorové vaky obsahující cukry a aminokyseliny nebo tříkomorové, které obsahují tři složky makronutrientů.

Křemen (2014) upřednostňuje enterální výživu, podávání farmaceuticky připravených výživových roztoků do trávicího traktu. Přínosem je udržení střevní bariéry, prevence bakteriální translokace či výživy střevních buněk. Je přirozenou cestou podávání výživy, proto jí dáváme přednost. Enterální výživa se podává, pokud pacient netrpí žádnou střevní obstrukcí a má alespoň částečně zachovanou resorpční funkci střeva. Přípravky enterální výživy se podílí na snížení antigenního tlaku na slizniční imunitní systém. Tím, že se minimalizuje přísun potravních antigenů včetně chemických aditiv a omezení bakteriální nálože, dochází ke snížení zánětlivé reakce. Enterální výživa vede ke zlepšení nutričního stavu pacientů s celkově pozitivním účinkem. Navození remise pomocí enterální výživy je srovnatelné s účinky kortikosteroidů. Výhodou enterální výživy je stimulace střevní motility, udržení hepatobiliárního oběhu, stimulace tvorby hormonů zažívacího traktu, a také v neposlední řadě je oproti parenterální výživě výrazně levnější.

Při zachování integrity horní části trávicího traktu, lze enterální výživu pít. Pacienti dostávají ochucené přípravky, které obsahují buď jednotlivé živiny, nebo všechny složky výživy, a mohou je popíjet jako přídavek k běžnému perorálnímu příjmu. Zásadou je popíjení v malých dávkách, tím se živiny lépe vstřebávají. Obsahují rozpustnou vlákninu, která slouží jako prevence zácpy i průjmu způsobených dysmikrobií.

Křemen (2014) zavádí nazoenterální sondu pokud pacient není schopen přijímat stravu per os. Sonda se zavádí do žaludku nebo do první kličky jejunu.

Klinický efekt enterální výživy je patrný už po 2-4 týdnech. Pacienti jí dobře tolerují.

DIETA

Zbořil (2007) uvádí, jediným energetickým zdrojem pro živý organismus je výživa. Je důležitá k udržení, a také ke zlepšení zdravotního stavu. Strava nemocných musí pokrýt energetické nároky pacienta. Vhodné dietní opatření může u pacientů zlepšit stav výživy, a tím také průběh léčby. Úprava stravy v prvotních stádiích malnutrice může vést k jejímu vyřešení, a také doplní chybějící živiny, makronutrienty a mikronutrienty, které pacient v období relapsu nemoci není schopen absorbovat, ztrácí je stolicí či zvýšeným metabolickým obratem v katabolickém stavu. Proto je důležité zhodnotit stav výživy a podat plnohodnotnou

dietu. Správně připravená strava musí být plnohodnotná, což znamená s dostatkem bílkovin, sacharidů, tuků, vitamínů, minerálních látek i stopových prvků. U pacientů velmi často dochází k vysokým ztrátám bílkovin a tekutin. Dieta by měla být vždy lehce stravitelná, v průběhu akutního vzplanutí nemoci je nutné omezit nerozpustnou vlákninu (čerstvou zeleninu, ovoce, luštěniny). Vláknina je součástí výživy, která se netráví a nevstřebává v tenkém střevě, po konzumaci je odváděna do tlustého střeva. Rozpustná vláknina (pektin, insulin, gummy, hemicelulóza, laktulóza) nesmí být ze stravy vynechána, její důležitou funkcí je snižování krevního cholesterolu. Nerozpustná vláknina způsobuje úpravu střevní pasáže, u nemocných s Crohnovou chorobou však může zapříčinit nadýmání, bolest břicha a jiné. Dále by strava měla obsahovat plnohodnotné bílkoviny (maso, drůbež, ryby), vejce, mléko a mléčné výrobky, vitamíny, minerální látky. Množství tuků by mělo odpovídat doporučení racionální výživy. Pacient musí také přijímat dostatečné množství tekutin (2-2,5 l denně) a je nutná absolutní abstinence alkoholu. Dietní omezení spočívá v bezezbytkové stravě, vyloučení dráždivých a pálivých koření. Bezezbytková dieta patří do skupiny tzv. normální stravy. Strava je striktně individuální, pacient přijímá pouze ty potraviny, které má vyzkoušené a nezpůsobují mu potíže. Měly by se konzumovat menší a chutně upravené porce v dávkách 5-6krát za den. Z technologických úprav se preferuje vaření, vaření v páře, dušení, pečení i opékání nasucho.

NUTRIČNÍ DIAGNOSTIKA

Svačina (2008) hodnotí pacientův aktuální výživový stav a stanovuje optimální nutriční program. Využívá kombinace metod anamnézy, fyzikálního vyšetření klinického stavu, laboratorního vyšetření, speciálních metod a různých indexů nutričního či zánětlivého stavu. Nejdůležitější anamnestický údaj je nechtěný úbytek hmotnosti za určité časové období. V průběhu fyzikálního vyšetření je nutné pacienta zvážit, změřit a porovnat jí s ideální hmotností odpovídající věku a pohlaví pacienta. Dále je nutné zhodnotit stav výživy, přítomnost otoků či ascites, provádí se antropometrické vyšetření, měří se tuková vrstva a svalová hmota. Energetická potřeba organismu je součtem bazálního energetického výdeje, termického efektu přijaté stravy, fyzické aktivity, a také choroby, kde úměrně stoupají nároky organismu. Základní energetický výdej je nejnižší ráno po probuzení, je definován jako minimální produkce tepla a je ovlivněn antropometrickými ukazateli.

DIETNÍ FAKTORY

Kohout (2010), úprava a zpracování jídla ovlivňuje fyzikální a chemické vlastnosti potravy, které působí na funkci a odolnost střev a může vést ke vzniku zánětlivých střevních onemocnění. Během posledního století dochází ke změně životního stylu a výživových zvyklostí, což je jeden z důvodů, proč incidence onemocnění vzrostla. Došlo ke snížení podílu přirozené stravy na úkor potravy zpracované: vymílaná mouka, rafinovaný cukr, větší spotřeba masa, mléka apod. Tyto změny se mohou stát primární příčinou ke změně mikrobiální flory. Je velmi těžké najít vztah mezi vznikem Crohnovy choroby a způsobem stravy. Největší souvislost se vznikem onemocnění má zvýšená konzumace rafinovaného cukru, nižší spotřeba nevstřebatelné vlákniny a nenasycených mastných kyselin řady omega-3. Naopak vznik podporuje zvýšený příjem omega-6 nenasycených mastných kyselin, triacylglycerolů a kratší doba kojení. Dietní příčina Crohnovy choroby nebyla nikdy prokázána. U všech nemocných doporučujeme obecně šetřící režim s tělesnou aktivitou podle individuálně posouzeného celkového stavu. Stravu volíme hodnotnou, zastoupení všech nutričních složek a energeticky přiměřenou aktivitě nemocného. U stenózujících procesů jsme velmi opatrní na hrubé nestravitelné zbytky (např. dužninu z pomeranče). Respektujeme individuální potravinové intolerance.

1.9 VLIV VNĚJŠÍHO PROSTŘEDÍ

V posledních 50 letech došlo v populaci k prudkému navýšení incidence a prevalence idiopatických střevních zánětů, velký podíl na manifestaci těchto zánětů má pravděpodobně životní styl a zevní prostředí. Mezi vlivy vnějšího prostředí, které jsou nejvíce diskutovány, řadíme složení a úprava stravy, hormonální antikoncepce, kouření a nesteroidní antirevmatika. Nesteroidní antirevmatika se mohou podílet na tvorbě zánětu střev dvojitým způsobem. První je podíl antirevmatik na relapsu už existující choroby, druhým je indukce nových zánětlivých změn v celé trávicí trubici. Tyto léky jsou často zhoršujícím činitelem pro průběh onemocnění podobně jako hormonální antikoncepce, ale jednoznačný důkaz tohoto působení chybí. Kouření cigaret zvyšuje pravděpodobnost vzniku Crohnovy choroby zhruba dvakrát. Rizikovou skupinou jsou ženy kuřačky, u kterých bylo riziko relapsu čtyřnásobně vyšší než u nekuřačky. U mužů tato závislost nebyla prokázána. Předpokládaný mechanismus kouření u pacientů s Crohnovou chorobou představuje vaskulitické změny v oblasti arteriol. V těchto cévách může docházet ke vzniku drobných trombóz a poruše perfuze střevní stěny.

Spouštěčem Crohnovy choroby mohou být infekční choroby a také zvýšená psychická a fyzická zátěž.

1.10 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Tomagová (2008) rozděluje potřeby člověka na dvě skupiny. Předně jsou to potřeby biologické a poté psychické, sociální a duchovní. Je nezbytné zabývat se člověkem jako celkem, jako bytostí biopsychosociální, tedy bytostí holistickou. Holismus chápeme jako potřeby člověka hierarchicky uspořádané. Při narušení, vzniká choroba a porucha jedné části ovlivňuje fungování člověka jako celku. V oblasti biologických potřeb je péče zaměřena na vyprazdňování, příjem potravy a tekutin, péče o hygienu, spánek, odpočinek, komfort a pohodlí. Ošetrovatelská péče se odvíjí na základě toho, v jaké fázi je pacientovo onemocnění. Sestra hodnotí stupeň soběstačnosti dle stavu pacienta, dopomáhá nebo jen dohlíží na hygienu. Sestra edukuje pacienta o šetrném omývání a promazávání konečníku. Sestra sleduje bilanci tekutin, stav kůže a sliznic.

PACIENTSKÉ ORGANIZACE

Lukáš (2014) dokládá vznik patientských sdružení. První byla organizace PACIENTI IBD s předsedkyní PhDr. Martinou Pfeiferovou. Aktivity sdružení směřují především k informovanosti veřejnosti, pomáhají hledat odpovědi na problémy osobního, pracovního a sociálního charakteru. Pacienti si navzájem pomáhají, předávají informace, setkávají se a vyměňují zkušenosti.

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S CROHNOVOU CHOROBOU

Vybrali jsme si obecný ošetřovatelský proces, který je volně dostupný studentům Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. v Praze, podle něhož jsme sestavili ošetřovatelskou anamnézu a popsali celkový zdravotní stav pacienta. Na základě zjištěných ošetřovatelských problémů jsme stanovili aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy, které jsme seřadili podle priorit, dle Taxonomie II. – NANDA INTERNATIONAL 2014-2015. Vytvořili jsme plán ošetřovatelské péče, který jsme na závěr zhodnotili. Měli jsme možnost u pacienta aplikovat ošetřovatelskou péči po celou dobu hospitalizace.

POSOUZENÍ

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: X. Y.

Datum narození: 1970

Rodné číslo: 70.....

Věk: 46

Pohlaví: ženské

Bydliště: Praha

Zaměstnání: úřednice

Vzdělání: středoškolské

Národnost: česká

Státní občanství: ČR

Stav: vdaná

Jméno příbuzného: P. V.

Bydliště příbuzného: Praha 10

Datum příjmu: 5. 10. 2015

Čas příjmu: 09:15

Typ přijetí: akutní dobrovolný

Účel příjmu: terapeutický

Oddělení: Interní oddělení B

Přijal: MUDr. X. Y.

Ošetřující lékař: MUDr. X. Y.

Pacientka byla poučena o léčebném řádu: 5. 10. 2015

Informovaný souhlas k léčbě: pacientka podepsala

Medicínská diagnóza při příjmu: K 500 - Crohnova choroba tlustého střeva

Vedlejší medicínské diagnózy:

Hyperlipoproteinémie

Důvod příjmu udávaný pacientkou: „V poslední době mám bolesti břicha a nechutná mi jíst.“

Vitální funkce při příjmu

P: 88/min

Hmotnost: 51 kg

TK: 110/70 torr

BMI: 18

TT: 36,5 °C

Stav vědomí: orientovaná, při vědomí

D: 20/min.

Pohyblivost: neomezená

Výška: 168 cm

Krevní skupina: A Rh+

Pacientka souhlasí s realizací lékařských vyšetření a výkonů. Prohlašuje, že byla dostatečně a pro ni srozumitelným způsobem poučená o povaze jejího zdravotního stavu, postupně navrhovaného způsobu vyšetření či lékařských výkonů, jako i o výsledku a možných komplikacích spojených se způsobem vyšetření.

Bere na vědomí zákaz kouření!

Zdroj informací: lékař, ošetřující personál, pacientka, dokumentace.

Nynější onemocnění

46 letá pacientka léčena pro Crohnovu chorobu, přichází do gastroenterologické ambulance pro bolesti břicha a nechutenství. Pacientka léčena kortikoidy a od října 2014 biologickou léčbou. Subjektivně poslední dny nejhorší, bolesti břicha celý den, nejí. Stolice řídkého charakteru 1x denně, bez příměsí. Pokles váhy cca 2 kg, neváží se, nauzeu nejuje, bez teplot, dýchá dobře, bolesti na hrudi nejsou, močení v normě, bez otoků.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka žije, léčí se s vysokým tlakem, po operaci kyčelního kloubu.

Otec zemřel ve věku 82 po krvácení do mozku.

Manžel žije, léčí se se štítnou žlázou.

Děti 2, dcera a syn, jsou zdraví, studují.

Sestra je zdravá.

Osobní anamnéza

Běžné dětské nemoci, ve 12 letech zlomenina pravého předloktí.

Hospitalizace a operace: 1995 krátkozrakost

Transfuze - žádné.

Očkování běžná, povinná v dětství, tetanus 2007

Léková anamnéza

Salofalk, Prednison, Controlog, Magnerot, Vigantol, Adalimumab

Gynekologická anamnéza

2 děti

UPT: 0

Aborty: 0

Menarche: ve 12 letech

Cyklus: pravidelný

Antikoncepci neužívá.

Samo vyšetřování prsou: občas

Na gynekologické vyšetření chodí každý rok.

Alergologická anamnéza

Neguje

Abúzy

Alkohol neguje, káva 2x denně,

léky – žádná závislost, drogy neguje. Nekouří.

Psychologická anamnéza

Vývojové období – vysoký dospělý věk, premorbidní osobnost – melancholik, emoční oblast - labilita, podpora rodiny.

Sociální a pracovní anamnéza

Pacientka je vdaná, žije s rodinou v panelovém domě v 5 poschodí s výtahem. Vztahy v rodině jsou dobré. Vztahy mimo rodinu jsou také dobré. Záliby jízda na kole a plavání. Pracuje jako státní zaměstnanec.

Posouzení současného stavu ze dne 5. 10. 2015 v 10:00 hod.

<i>Assessment</i>	<i>Subjektivní údaje</i>	<i>Objektivní údaje</i>
<i>Hlava a krk</i>	„Hlava mě nebolí.“	Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá. Tvář: oči – spojivky růžové, bez zánětu, ve středním postavení, pohyblivé, skléry bílé, zorničky izokorické. Po operaci pro krátkozrakost. Nos bez deformit a výpotku, uši bez výtoků, naslouchací přístroj nepoužívá. Kůže na tváři bledá, rty souměrné bez ragád, mírně cyanotické. Chrup – vlastní zuby, jazyk bez povlaku a poranění, plazí ve střední rovině. Zápach z úst nepřítomný. Krk souměrný, bez otoků, lymfatické uzliny nehmatné, štítná žláza nezvětšená, náplň jugulárních žil v normě, šíje bez opozice.
<i>Hrudník a dýchací systém</i>	„S dýcháním problémy nemám, na prsou mě nebolí.“	Hrudník symetrický bez deformit a bez kožních eflorescencí. Prsa bez patologických změn. Poslechově dýchání čisté, sklípkovité, bez pískotů a vrzotů. Počet dechů 20/min. Saturace bez podaného kyslíku 99%.
<i>Srdeční a cévní systém</i>	„Žádné problémy se srdcem nepocítuji.“	Srdeční akce pravidelná, frekvence 88/ minutu. TK 110/70 torrů. Puls dobře hmatný. Pulsace na dolních končetinách hmatná. Dolní končetiny bez otoků a zánětlivých změn. Žilní katétr je zaveden do levé horní končetiny v. basilica (předloktí), 1. den, č. 18 bez známek infekce.

<p><i>Břicho a gastrointestinální trakt</i></p>	<p>„Břicho mě bolí, Stolice řidšího charakteru.“</p>	<p>Břicho měkké, prohmatné, na dotyk nebolestivé, v nivou, bez rezistence. Citlivé u pupku a podbřišku. Přítomno nechutenství. Úbytek hmotnosti 2 kg. Peristaltika auskultačně přítomná, zrychlená. Flatus = normální odchod plynů. Játra, slezina a pankreas nezvětšené. Pacientka nauzeou ani zvracením netrpí. Vyšetření konečníku bolestivé, bez známek krve na rukavici.</p>
<p><i>Močový a pohlavní systém</i></p>	<p>„S močením problémy nemám. Vyprazdňování stolice řidšího charakteru, podle množství jídla, proto nejím.“</p>	<p>Močení v normě, barva moče světle žlutá, stolice průjmovité. Obtíže se sexualitou, reprodukční schopnosti a urologický systém nejsou v pacientčině anamnéze. Pacientka má 2 děti.</p>
<p><i>Kosterní a svalový systém</i></p>	<p>„Kvůli svému onemocnění se někdy cítím zesláblá, bez energie, v období nemoci pobývám doma, ale jinak problémy s pohybem nemám.“</p>	<p>Pacientka aktivní a soběstačná. Hrubá i jemná motorika je v pořádku. Páteř bez patologických změn. Svalový aparát – normotonus. Klouby bez patologie, bolestivost kloubů nepřítomná. Kosterní aparát bez deformit.</p>
<p><i>Nervový a smyslový systém</i></p>	<p>„Problémy nemám.“</p>	<p>Při vědomí. Orientovaná místem, časem a osobou a prostředím. Tremor a tiky nepřítomné. Čich a sluch bez patologie. Staropaměť i novopaměť bez problémů. Smyslová citlivost v normě. Reflexy výbavné.</p>
<p><i>Endokrinní systém</i></p>	<p>„Se štítnou žlázou se neléčím, cukrovku také nemám.“</p>	<p>Bez zevních projevů endokrinních poruch. Štítná žláza je nebolestivá, nezvětšena.</p>

<i>Imunologický systém</i>	„Alergii nemám.“	Lymfatické uzliny nezvětšené. Infekty horních a dolních dýchacích cest nejsou časté. TT: 36,5 °C.
<i>Kůže a její adnexa</i>	„Kůže a vlasy normální, jen základní hygiena. V okolí konečníku je kůže podrážděná od častějších stolic.“	Kůže bez patologických defektů, růžová, bez ikteru. V oblasti konečníku podrážděná kůže a zarudnutí. Dekubity nepřítomné. Ochlupení přiměřené ženskému pohlaví. Vlasy krátké, čisté. Nehty čisté, upravené. Pokožka hydratována.

Aktivity denního života

	<i>Subjektivní údaje</i>	<i>Objektivní údaje</i>
<i>Stravování a pitný režim</i>	„Snažím se dodržovat dietu. Jím pravidelně, vícekrát denně, v malých porcích. Piju 1,5–2 l tekutin. Po zhoršení obtíží nejím cca 2 dny. V nemocnici popíjím nutridrinky.“	Doma dieta – šetřící, nechutenství, úbytek 2 kg. BMI: 22 – normální hodnota. Naordinováno - 2600 kcal, 120 g bílkovin, 3 litry tekutin.
<i>Vylučování moče a stolice</i>	„Po jídle vždy průjmovitá stolice. Před vypuknutím potíží stolice pravidelná, spíše častější. Barvy hnědé, řidší konzistence. S močením problémy nemám.“	Cca 2 dny vždy po jídle průjmovitá stolice, bez příměsí. Pacientka si na toaletu chodí sama. Problémy v této oblasti v anamnéze nejsou.

<i>Spánek a bdění</i>	„Problémy doma s usínáním nemám.“	Problém s usínáním v nemocnici zatím nejsou.
<i>Aktivita a odpočinek</i>	„Žiju aktivně, chodím do práce, snažím se sportovat. Ráda plavu, jezdím na kole. V období zhoršení nemoci jsem doma.“	V nemocnici odpočívá. Pacientka je soběstačná.
<i>Hygiena</i>	„Doma se postarám o všechno sama. Sprchuji se každý večer.“	Pacientka je v oblasti hygieny zcela soběstačná.
<i>Samostatnost</i>	„Jsem zcela samostatná, aktivní, vše zvládám sama.“	Pacientka samostatná, spolupracující.

Posouzení psychického stavu

Vědomí – lucidní.

Orientace – pacientka je správně orientovaná v čase, prostoru, osobě a situaci.

Nálada – obavy z dlouhodobé hospitalizace pacientku nyní zatěžuje její aktuální zdravotní stav, ale věří, že vše bude v pořádku. Rodina je jí velkou oporou a může se na ně spolehnout.

Paměť – staropaměť i novopaměť je výbavná bez poruch.

Myšlení – logické.

Temperament – melancholik.

Sebehodnocení – „Nerada jsem někomu na obtíž, většina vyšetření mě ještě čeká, ale na těch vyšetřeních, která jsem již podstoupila, jsem byla dostatečně informována.“

Vnímání vlastního zdraví: „Bojím se o svoje zdraví, chci být aktivní a ještě užitečná, dodržuji životosprávu, jsem vyznavačka zdravého životního stylu, na preventivní prohlídky chodím pravidelně. Od roku 2000 se léčím s touto chorobou. Když je nemoc v klidové fázi, cítím se zdráva. V těchto dnech jsem unavenější. Jsem smířená se svým chronickým onemocněním, jsem vystrašena, když nemoc znovu propukne, doufám, že se to zlepší. Nevím, proč bolesti znovu nastaly, nejsem si ničeho vědoma, čím bych to vyvolala, příčinu neznám. Nevím, jak se bude onemocnění vyvíjet, doufám, že mi hospitalizace pomůže“

Popis sociálního stavu

Komunikace je bezproblémová, řeč je srozumitelná. Sluch v pořádku. Kompenzační pomůcky nepoužívá.

Sociální role:

Primární – 46 letá žena – bez patologií.

Sekundární – matka, manželka – role momentálně nenaplněné.

Terciální – jako pacientka chápe svoji situaci a snaží se adaptovat. Rekreačně sportují. Vzhledem k nynějšímu zdravotnímu stavu jsou tyto role nenaplněné.

Sociální interakce – dobře vychází se zdravotnickým personálem. Má velkou podporu rodiny. Nyní si přeje, aby se brzo vrátila domů a do práce. Pacientka není věřící.

Pacientka je plně informovaná o onemocnění, o diagnostických metodách a léčbě. Má pozitivní vztah k léčbě a snaží se dodržovat léčebný režim. Zdravotnickému personálu důvěřuje. S hospitalizací souhlasí.

Péči po propuštění poskytne rodina. Má ráda domácí prostředí. Bydlí v bytě s manželem a dětmi, jezdí navštěvovat maminku a sestru.

Jak hospitalizace ovlivní ekonomickou situaci

Pacientka je v neschopnosti. Hospitalizace neovlivní její ekonomickou situaci.

Medicínský management

Ordinované vyšetření: odběry krve, biochemie, krevní obraz, moč chemicky, sonografie, EKG RTG srdce a plic, CT břicha

Výsledky:

Hematologie- KO	Čas odběru: 9:00	Referenční hodnoty
Leukocyty	11 giga/l	4,00-10,0 giga/l
Erytrocyty	4,44 tera/l	4,5-6,3 tera/l
Hemoglobin	124 g/l	135-175 g/l
Hematokrit	0,41 %	0,38-0,52 %
Trombocyty	369 giga/l	140-440 giga/l

Biochemie	Čas odběru: 9:00	Referenční hodnoty
Na	141 mmol/l	136-145 mmol/l
K	4,2 mmol/l	3,5-5,1 mmol/l
Cl	105 mmol/l	98-107 mmol/l
Urea	2,9 mmol/l	2,7-8,1 mmol/l
Kreatinin	79 mmol/l	64-104 mmol/l
ALT	0,36 ukat/l	0,00-0,60 ukat/l
AST	0,38 ukat/l	0,00-0,50 ukat/l
ALP	0,86 ukat/l	0,70-2,10 ukat/l
GMT	0,17 ukat/l	0,00-0,54 ukat/l
Bilirubin	14 ukat/l	0-17 ukat/l
AMS	1,46 ukat/l	0,00-1,50 ukat/l
Glukóza	5,4 mmol/l	3,3-5,6 mmol/l
CRP	35 mg/l	0-5 mmol/l
Železo	7,2 umol/l	6,6-28 umol/l

RTG: Plicní parenchym bez čerstvých ložisek či infiltrací. Plicní cévní kresba akcentovaná. Bránice volná, zevní úhly volné. Srdeční stín rozšířen.

CT břicha: Zesílená stěna distálního ilea v délce 20-25 cm, bez výraznější dilatace. Zvětšené mezenteriální uzliny.

Konzervativní léčba:

Dieta: šetřící, bezzbytková, 120 g bílkovin, čaj, tekutiny 2,5 litru denně

Pohybový režim: Pacientka je zcela soběstačná

RHB: 0

Výživa: Enterální

Medikamentózní léčba:

Per os:	Salofalk 500 mg	5-0-5 tbl	Antiflogistikum
	Controlog 40 mg	1-0-0 tbl	Antiulcerotikum
	Mutaflor 100 mg	1-0-0 tbl	Digestivum
	Magnerot 500 mg	1-0-1 tbl	Minerální prvek
Per rectum:	neindikováno		
Intra venózně:	Metronidazol 500 mg (100 ml)	à 8 hod.	Chemoterapeutikum
	Ciphin 400 mg	à 12 hod.	Chemoterapeutikum
	Solumedrol 40 mg + FR 1/1 250 ml	v 10:15 hod.	Hormon
	Novalgín 2 ml	à 6 hod.	
Subkutánně:	neindikováno		
Jiná:	Triamcinolon ung	1-0-1	mast do oblasti kolem konečníku na podrážděnou kůži

2.1 SITUAČNÍ ANALÝZA

46 letá pacientka přichází do gastroenterologické ambulance pro zhoršení stavu. Pacientce byla diagnostikována Crohnova choroba v roce 2000. I při biologické léčbě začali bolesti břicha, poslední dva dny stav nejhorší. Bolest hodnocena podle číselné škály číslem 5. Nechutenství, stolice řídkého charakteru, téměř nic nejí. Myslí si, že zhubla cca 2 kg, ale nevážíla se, nauzea není, nezvracela, dýchá dobře, bolesti na hrudi nejsou, břicho měkké, palpačně nebolestivé, citlivé okolo pupku a v podbřišku, peristaltika zrychlená, odchod plynů normální. Bez teplot, bez otoků dolních končetin. V oblasti konečníku podrážděná, začervenala kůže. Pacientka při vědomí, orientovaná. Pacientka doma dodržuje léčebný režim a nechápe, proč došlo k zhoršení. Má strach ze zhoršení choroby. Pacientka je vyznavačka zdravého životního stylu. TK 110/70, P 88, D 20. Zavedena periferní žilní kanyla. Hygienu provádí sama. Za pacientkou chodí rodina, aby ji morálně a psychicky podpořila.

2.2 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Diagnózy byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II - NANDA INTERNATIONAL, 2013.
Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2012-2014.

Akutní bolest 00132

Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu 00002

Strach 00148

Riziko sníženého objemu tekutin v organismu - riziko dehydratace 00028

Narušená integrita kůže 00046

Únava 00093

Riziko infekce 0004 (PŽK)

Nedostatečné znalosti 00126

Neprospívání dospělé osoby 00101

V rámci prvního dne hospitalizace jsme stanovili výše uvedené ošetrovatelské diagnózy, zaměřili jsme se na strach, bolest a nevyvážená výživa. 3 problémy, které pacientku nejvíce trápily.

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky:

- ochranné chování (hlavně při polohování pacientky)
- vyhledávání antalgické polohy
- kódovým číselným záznamem (slovní vyjádření hodnocení pacientky intenzity 5 – na desetistupňové stupnici bolesti, kdy 10 [maximum], 0 [žádná bolest])
- výrazem v obličeji (utrápený)

Související faktory:

- průvodci zranění (biologičtí)

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá bolest (intenzita bolesti – 0) při propuštění z nemocnice.

Cíl krátkodobý: Pacientka po zahájení analgetické terapie má zmírněnou bolest (intenzita bolesti klesne z hodnoty 5 na hodnotu 3) do 4 hodin.

Očekávané výsledky:

Pacientka chápe příčiny vzniku bolesti do 24 hod.

Pacientka je schopná o bolesti a jejích projevech hovořit od 1. dne hospitalizace.

Pacientka je schopna sledovat a zaznamenávat bolest do 2 hod.

Pacientka ovládá metody zmírňující bolest od 1. dne hospitalizace.

Pacientka dodržuje farmakologický režim, pohybový režim a dietní omezení od 1. dne hospitalizace.

Pacientka zná a provádí relaxační techniky od 1. dne hospitalizace.

Pacientka klidně spí od 2. dne hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

1. Posuď bolest ve spolupráci s pacientkou (lokalizace, charakter, nástup, trvání, častost, intenzitu - stupnice 0-10), zhoršující faktory, změny bolesti během dne, sestra průběžně (po 2 hodinách maximálně) a v případě zvýšení intenzity ihned informuj lékaře a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace.

2. Podávej pravidelně analgetickou terapii dle ordinace lékaře a posud' její efekt a zaznamej do lékařské dokumentace, sestra.
3. Zhodnot' vliv bolesti na spánek pacientky, tělesnou a duševní pohodu (sestra 1x denně před usnutím) a v případě potřeby aplikuj analgetickou terapii (při bolesti) a proved' záznam do lékařské dokumentace.
4. Edukuj pacientku o spolupráci při hodnocení intenzity, charakteru bolesti (à 2 hod) a o analgetické terapii (sestra do 2 hodin a dále dle aktuálního stavu) následně proved' záznam do záznamu o edukaci pacienta – ihned.
5. Posud' ovlivnitelnost bolesti specifickými strategiemi proti bolesti (používání odpoutávacích technik, používání relaxačních technik, používání představivosti, používání terapeutického dotyku) – sestra, do 2 dnů.
6. Posud' možné patofyziologické či psychologické příčiny bolesti, sestra, průběžně.
7. Pozoruj a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace neverbální projevy bolesti, sestra, vždy.
8. Všiměj si chování pacientky a jeho změn a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace, sestra, vždy.
9. Monitoruj fyziologické funkce (TK, P, DF, TT) kontinuálně přístrojem (monitorem) à 24 hodin a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace à 1 hodinu a v případě výrazné změny ihned informuj lékaře, sestra.
10. Vezmi v úvahu předchozí zkušenosti pacientky s bolestí a jejím zvládnutím, sestra, vždy.
11. Zajisti klidné, komfortní prostředí, sestra, vždy.
12. Pečuj o pohodlí pacienta, sestra, vždy.
13. Sleduj účinky a vedlejší účinky léků, po podání léku (proved' záznam do lékařské dokumentace o nežádoucích projevech v případě jejich výskytu) sestra, vždy po podání léku.
14. Edukuj pacientku o úlevové poloze a proved' záznam o edukaci do edukačního formuláře do 1 hodiny, sestra.
15. Pomoz pacientce se změnou polohy, sestra, dle potřeby pacienta.
16. Umožni pacientce kontrolu a účast na léčbě bolesti, sestra, vždy.
17. Ved' pacientku k provádění nefarmakologických přístupů pro zmírnění bolesti, sestra, vždy.
18. Ved' příbuzné k podpoře pacientky, sestra, průběžně.
19. Prováděj pečlivý záznam do dokumentace, sestra, denně.

Realizace:

5. 10. 2015

10:45 – pacientka je přivezena na standartní oddělení

11:00 - pacientka si stěžuje na zvyšující se bolest břicha o intenzitě 5 (0-10).

11:01 - kontrola fyziologických funkcí (TK 110/70, P 88, TT 36,5 °C).

11:02 - aplikována dle ordinací lékaře 1 amp. 2 ml NOVALGINU i. v. - sestra u lůžka.

11:04 - doporučena úlevová poloha a pro lepší psychické pohodlí - sestra u lůžka.

11:50 - kontrola intenzity bolesti (sestra u lůžka) - pacientka uvádí mírnou úlevu od bolesti, nadále bolest hodnotí číslem 4.

12:10 - pacientka vyžaduje další léky na bolest - bolest na stupnici 0-10 hodnotí číslem 4.

12:20 - po konzultaci s ošetřujícím lékařem podána 1 amp. 2 ml Novalginu i. v. - sestra u lůžka.

12:50 - kontrola intenzity bolesti (sestra u lůžka) - pacientka hodnotí bolest číslem 1.

13:00 – pacientka je v klidu a spí.

Analgetika byla pacientce podávána v časových intervalech 2 ml Novalginu i. v. po 6 hodinách.

Kontrola intenzity bolesti prováděna po 1-2 hodinách, pokud pacientka spí, není buzena.

5. 10. 2015

Pacientka spolupracuje při sledování intenzity bolesti, pravidelné (à 2 hodiny) provádí záznam do formuláře ke sledování bolesti, který má k dispozici u lůžka, bolest v průběhu dne má klesající tendence v rozmezí jednoho stupně pacientka dobře reaguje na časově podávanou analgetickou terapii. V noci provedla záznam jednou, spala – sestrou nebyla buzena z důvodu načerpání sil.

V průběhu dne nedošlo k významnému zvýšení intenzity bolesti, byla podávaná analgetická terapie, sestra pravidelně v časových intervalech zaznamenávala intenzitu (v rozmezí 2–3 stupně na desetistupňové škále) do ošetřovatelské dokumentace.

Sestra pravidelně podávala léky dle ordinace lékaře, léčba je efektivní a vedlejší účinky ani komplikace farmakoterapie se neobjevily.

Pacientka v průběhu dne využívala metodu odpoutávání, před spaním poslouchala relaxační hudby (Zvuky lesa), přes noc spala nepřetržitě 5 hodin.

V průběhu dne dvakrát zaujmula úlevovou polohu ve spolupráci se sestrou (v 10:30 hod a v 12:50 hod.), záznam provedla sestra do ošetrovatelské dokumentace.

Fyziologické funkce (TK, P, DF, TT), byly kontinuálně monitorovány přístrojem (monitorem) à 24 hodin, hodnoty TK, DF, TT nepřekročily fyziologickou mez.

Příbuzní pacientky jsou informováni o stavu, snaží se maximálně spolupracovat – přinesly relaxační hudbu, kterou pacientka doma ráda poslouchá.

Hodnocení (2. den hospitalizace):

Krátkodobý cíl splněn, pacientka nemá do 4 hodin bolesti.

Dlouhodobý cíl, při ukončení hospitalizace bolest 0.

Pacientka udává, že pociťuje zmírnění bolesti po aplikaci analgetik, udává ústup bolesti (na intenzitu 1) v průběhu dvou dnů hospitalizace.

Analgetická terapie a metody zmírňující bolest jsou přínosné, pacientka aktivně spolupracuje při sledování intenzity bolesti. V případě nutnosti automaticky zaujímá úlevovou polohu. Spolupracuje při zaznamenávání intenzity bolesti. Volně a otevřeně hovoří o svém stavu, je plně informovaná o příčinách vzniku bolesti a ví, že si v případě potřeby má ihned informovat sestru. Dodržuje farmakologický, pohybový a dietní režim. Cítí se na oddělení bezpečně, kladně vnímá spolupráci s rodinou a její informování o aktuálním stavu. Před spaním poslouchá relaxační hudbu a délka nepřetržitého spánku se postupně prodlužuje.

Pokračují intervence: 1., 2., 3., 5., 9., 11., 12., 13., 15., 17., 18., 19.

U pacientky je nutno dále monitorovat intenzitu bolesti, podávat analgetickou terapii a sledovat její efektivitu a možné vedlejší účinky. Ovlivňovat bolest specifickými strategiemi a úlevovou polohou. Sledovat kvalitu a délku spánku. Monitorovat fyziologické funkce, vytvářet vstřícné, klidné, komfortní prostředí. Prohlubovat spolupráci s rodinou a celkově vytvářet vstřícné prostředí.

Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí

Určující znaky:

- uvádí nebezpečí
- uvádí obavy
- uvádí strach
- uvádí zvýšené napětí

Související faktory:

- naučené reakce (ze změn zdravotního stavu)
- přirozené (bolest)
- hospitalizace, vyšetření

Priorita: vysoká

Dlouhodobý cíl: U pacientky dojde ke snížení strachu na nejnižší mez do 2 týdnů.

Krátkodobý cíl: Pacientka je schopná verbalizovat veškeré projevy svého strachu do 24 hodin.

Očekávané výsledky:

Pacientka si uvědomuje příčiny strachu a mluví o něm, do 12 hodin.

Pacientka verbalizuje zvýšení psychické pohody, denně.

Pacientka má možnost návštěvy psychologa, denně.

Krevní tlak i puls pacientky budou v rámci normy, denně.

Pacientka umí techniky zvládání strachu, do 24 hodin.

Ošetrovatelské intervence:

1. Promluv si s pacientkou a získej její důvěru, do 12 hodin.
2. Informuj pacientku o všech vyšetřeních a výkonech, které jí v průběhu hospitalizace čekají, do 4 hodin (všeobecná sestra).
3. Zjisti pacientčiny reakce na situaci strachu, do 24 hodin (všeobecná sestra).
4. Sleduj verbální a neverbální reakce pacientky na strach a jejich vzájemnou shodu, denně (všeobecná sestra).
5. Zjisti, zda pacientka strach popírá a do jaké míry je depresivní, do 24 hodin (všeobecná sestra).
6. Pobízej pacientku, aby slovně vyjádřila své pocity, denně (všeobecná sestra).
7. Vysvětli pacientce, že i strach může být někdy prospěšný a má v životě svůj význam, do 24 hodin (všeobecná sestra).
8. Nabídní pacientce kontakt na psychologa, do 48 hodin (všeobecná sestra).
9. Nauč pacientku relaxačním technikám a zásadám mentální hygieny, do 24 hodin (všeobecná sestra).

Realizace:

5. 10. 2015

10:00 - první den hospitalizace sestra promluvila s pacientkou o tom, co jí trápí a z čeho má obavy, nechala pacientku, aby volně vyjádřila své pocity. Pacientka verbalizovala svůj strach a chtěla o něm mluvit. Všeobecná sestra poskytla pacientce dostatek informací o chodu oddělení, návštěvních hodinách i o vyšetřeních, které jí čekají.

13:00 - zavedla hovor na téma nemoc a budoucí život a sledovala projevy strachu u pacientky (pacientka znervózněla a byla napjatá). Všeobecná sestra nabídla pacientce možnost navštívit psychologa, pacientka slíbila, že tuto možnost zváží.

17:00 - umožnila pacientce styk s rodinou v klidném prostředí.

6. 10. 2015

10:00 - všeobecná sestra v průběhu hospitalizace pobízela, aby o svém strachu mluvila a nadále sledovala její reakce, naučila pacientku zásadám mentální hygieny, dechová a relaxační cvičení. Denně měřila pacientce fyziologické funkce.

Hodnocení:

15. 10. 2015

Dlouhodobý cíl se podařilo splnit. Pacientka otevřeně hovořila o svém strachu, naučila zásadám mentální hygieny a přijala doporučení obrátit se na psychologa po ukončení hospitalizace.

Krátkodobý cíl, pocity strachu se u pacientky po klidném rozhovoru s lékařem a empatickém pochopení všeobecné sestry minimalizovaly. Pacientka již neverbalizuje pocit strachu.

Dále pokračují intervence 4., 6., 9.

Nevyvážená výživa – méně, než je potřeba organismu (00002)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu

Určující znaky:

- průjem,
- odpor k jídlu

Související faktory:

- neschopnost strávit potravu

Priorita: vysoká

Dlouhodobý cíl: Pacient má stabilizovanou tělesnou hmotnost při dostatečném příjmu potravy do konce hospitalizace (do 14 dnů).

Krátkodobý cíl: Pacient ovládá způsob příjmu naordinované diety do 5 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka ví, jaká je pro ni odpovídající strava, od 1. dne hospitalizace.

Pacientka zná všechny potřebné informace ke své naordinované dietě, od 1. dne hospitalizace.

Pacientka chápe důvod nutričního opatření, od 1. dne hospitalizace.

Pacientka dodržuje dietní režim, denně.

Pacientka jí pravidelně, dle ordinace lékaře z ambulance výživy, denně.

Pacientka nemá úbytek na hmotnosti od 4. dne hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence

1. Sleduj pravidelně tělesnou hmotnost a hydrataci pacientky – 1krát denně, po celou dobu hospitalizace.
2. Hodnot' příjem stravy a tekutin – po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.
3. Zjistí a následně zhodnot' pacientčiny znalosti o naordinované výživě – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
4. Dbej, aby měla pacientka na pokoji stále dostatečné množství tekutin – po celou dobu hospitalizace, zdravotnický asistent.
5. Pobízej pacientku k dostatečnému příjmu tekutin – po celou dobu hospitalizace, zdravotnický asistent.
6. Nabízej pacientce různé druhy příchutí nutridrinků – každý den, všeobecná sestra.
7. Informuj pacientku o důležitosti naordinované diety – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
8. Podporuj pacientku v dodržování nutričního opatření – po celou dobu hospitalizace, zdravotnický asistent.
9. Vysvětli pacientovi příčinu naordinované diety – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
10. Zaznamenávej kalorický příjem, celkovou hmotnost a pitný režim do ošetrovatelské dokumentace – každý den, všeobecná sestra.

Realizace:

5. 10. 2015

10:10 - Pacientku navštívila lékařka z nutriční ambulance.

10:15 - Pacientce jsem vysvětlila naordinovanou dietu, mezi jídly popíjení nutridrinků, upozornila jsem na důležitost dodržování dietního režimu.

13:00 - U pacientky jsem sledovala dodržování pitného režimu, hydrataci sliznic.

15:00 - Pacientka naordinovanou dietu snášela dobře, nutridrink jí chutnal.

19:00 Příjem a výdej prvního dne hospitalizace jsem zaznamenala do dokumentace.

6. 10. 2015

8:00 - Intervence pokračovaly, sledovala jsem správné dodržování naordinované diety.

Aktivně jsem doplňovala zásoby čaje a nutridrinků na pokoji. Pacientku povzbuzovala. Sledovaný příjem a výdej, tělesnou hmotnost zaznamenávala do dokumentace.

12:00 - U pacientky jsem sledovala chuť k jídlu, zdali jí chutná naordinovaná strava, motivovala k popíjení nutridrinků, nabízela různé příchutě, sledovala hydrataci sliznic.

Krátkodobý cíl splněn. Pacientka dodržuje naordinovanou dietu lékařkou nutriční ambulance.

Dlouhodobý cíl splněn. Pacientka do 2 dne dodržela kalorický příjem.

Dále pokračují intervence 1., 2., 4., 5., 6., 10.

2.3 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

V rámci lékařské a ošetrovatelské péče se stav pacientky zlepšil. Ošetrovatelské intervence byly realizované do 2 dnů. Pacientka byla plně informována o svém zdravotním stavu, důležitosti léčby, výživy a prognóze svého onemocnění. S pacientkou se podařilo navázat důvěryhodný vztah. Stanovili jsme si 9 ošetrovatelských diagnóz. Pomocí určení intervencí jsme 3 realizovali. Bolest u pacientky byla zmírněna ze stupně 5 na 1. Výživa zlepšena, postupně se vracela chuť k jídlu, pacientka si uvědomila důležitost pravidelné stravy. Identifikovali jsme zdroj strachu. Po empatickém povzbuzení a rozhovorem s ošetřujícím lékařem se pacientčin strach snížil. Somatické projevy strachu nebyly nalezeny. V péči je nutné nadále pokračovat. Pacientka je velmi snaživá a spolupracuje. Byla provedena edukace o bolesti a výživě. Pacientka hodnotí kladně přístup ošetřujícího personálu. Pacientka dodržuje kontakt s rodinou, osaměle se necítí.

2.4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Měli jsme možnost ošetřovat pacientku s Crohnovou chorobou a tím získat plno zkušeností a informací, jak správně pečovat o pacientku, kterou postihl relaps, tedy znovupropuknutí její chronické střevní nemoci. Dovolili jsme si navrhnout následná doporučení, která jsou určena pro ošetřovatelský personál, pacientku a její rodinu.

Ošetřovatelskému personálu doporučujeme

- Přistupovat k pacientovi holistickým způsobem, akceptovat jeho bio-psycho-sociální potřeby.
- Vybudovat si u pacienta důvěru a zajímat se o aktuální problémy.
- Navrhovat pacientovi řešení situace.
- Nepodceňovat sebemenší příznaky onemocnění.
- Umožnit pacientovi rozhovor s psychologem.
- Navrhnout aktivní denní režim.
- Zajistit dostatečné soukromí.
- Poskytovat informace možnosti vývoje onemocnění a léčby.
- Nabídnout pacientovi a rodině edukační materiály.
- Poskytnout pacientovi úsměv, porozumění a pochvalu.

Pacientovi doporučujeme

- Dodržovat léčebný režim, denní aktivity, nutriční opatření.
- Vyvarovat se alkoholu, kouření, stresu.
- Myslet pozitivně, pečovat o psychiku, vyhledat psychologickou pomoc.
- Zajímat se o onemocnění, vyhledávat novinky, účastnit se patientských sdružení.
- Posilovat fyzické i duševní zdraví, umět odpočívat.
- Navázat nová přátelství v patientských klubech.
- Využívat lázeňskou péči.

Rodině doporučujeme

- Podporovat pacienta
- Neztrácet naději.
- Aktivně vyhledávat informace o onemocnění.
- Motivovat pacienta k aktivnímu životu, povídat si o tomto onemocnění, přizpůsobit domácí stravování.
- Komunikovat s ošetřujícím personálem.

ZÁVĚR

Lukáš (2014) se zamýšlí nad tím, zda je deset let hodně nebo málo na to, abychom mohli nejen popsat, ale také seriózně zhodnotit změny ve vývoji nějakého oboru?

Pravdou je, že změny v přístupu k diagnostice a k terapii chorob, které nemají objasněnou příčinu svého vzniku, se zpravidla nedějí skokem, ale postupně. Nové diagnostické i léčebné metody vyžadují nezbytný čas k tomu, aby byly prověřeny a také rozšířeny do běžné klinické praxe. Změny v mocensko-politické sféře, jež zasáhly východní Evropu koncem osmdesátých let minulého století a pokračovaly ještě v letech devadesátých, se projeví v tomto oboru klinické gastroenterologie až s velkým zpožděním, a to až na počátku nového milénia. Zrušením umělé izolovanosti zemí východní Evropy, otevřením hranic a získáním svobody slova a možností cestovat mohla myšlenka integrace specialistů a výzkumníků z celé Evropy, kteří se zabývají problematikou střevních zánětů, nabývat konkrétní podoby. Ve Vídni v roce 2001 došlo k založení celoevropské organizace, která dostala označení ECCO. Cílem organizace bylo sdružit jednotlivé pracovní skupiny a vytvořit jednotný konsensus diagnostiky a léčby Crohnovy choroby. Česká republika se, zapojila do činnosti ECCO již v roce 2002 a patří mezi zakládající členské státy. Rozdíl v informovanosti odborné veřejnosti mezi západní a východní Evropou se velmi rychle zmenšil a v posledních letech již reálně neexistuje. Snadná dostupnost odborné literatury, osobních kontaktů a možností mezinárodní spolupráce v oblasti základního a aplikovaného výzkumu je nesrovnatelná s obdobím devadesátých let minulého století. Kvalita odborné péče v České republice je zcela srovnatelná s průměrem péče v zemích západní Evropy

V bakalářské práci jsme zpracovali problematiku Crohnovy choroby, shrnuli aktuální informace, popsali příznaky, diagnostiku, léčbu a prevenci této nemoci. V další části jsme vypracovali ošetrovatelský proces, popsali úlohu sestry, posoudili stav a potřeby pacientky. Posouzení pacientky proběhlo první den hospitalizace, ošetrovatelské diagnózy byly sestaveny dle NANDA I taxonomie II a seřazeny dle priorit pacientky. Formulováno bylo 9 ošetrovatelských diagnóz, ale detailnější rozbor byl proveden pouze u 3 prioritních diagnóz.

Cíle práce stanovené v Úvodu byly splněny.

SEZNAM ZDROJŮ

Knižní zdroje a časopisy

ČERVENKOVÁ, Renata a kol., 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1.vyd. Praha: Galén. 174 s. ISBN 978-80-7262-600-7.

DÍTĚ, Petr, 2011. *Farmakoterapie v gastroenterologii: klinické souvislosti*. 1. vyd. Praha: Galén. 262 s. ISBN 978-80-7262-704-2.

EHRMANN, Jiří a Michal KONEČNÝ, 2011. *Diagnostika a léčba idiopatických střevních zánětů*. *Medicína pro praxi*. 8(10), 435-437. ISSN 1214-8687.

HORÁK, Ladislav a kol., 2013. *Praktická proktologie*. Praha: Grada. 206 s. ISBN: 978-80-247-3595-5.

KOHOUT, Pavel, 2004. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-734-5023-2.

KOHOUT, Pavel a kol., 2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-903-8200-2.

KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ, 2006. *Rady lékaře, průvodce dietou. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-903820-0-8.

KOHOUT, Pavel, 2010. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I*. 1. vyd. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-8725-008-2.

KOLEKTIV AUTORU, 2002. *Gastroenterologie, Hepatologie, Vnitřní lékařství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-139-4.

KŘEMEN, Jaromír et al., 2009. *Enterální a parenterální výživa*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2070-1.

LUKÁŠ, Karel, 1997. *Idiopatické střevní záněty. Diagnostika a léčba pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-8587-531-8.

LUKÁŠ, Karel, 1999. *Idiopatické střevní záněty*. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-051-3.

- LUKÁŠ, Karel, 1999a. *Ulcerózní kolitida a Crohnova choroba*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-003-3.
- LUKÁŠ, Karel a Jiřina ŠATROVÁ, 2004. *Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-473-X.
- LUKÁŠ, Karel a kol., 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1283-0.
- LUKÁŠ, Karel a kol., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.
- LUKÁŠ, Karel a kol., 2015. Idiopatické střevní záněty. *Postgraduální gastroenterologie a hepatologie*. 1(1), 90. ISSN 2336-4998.
- LUKÁŠ, Milan, 2014. Vývoj diagnostiky a léčby idiopatických střevních zánětů. *Medical tribune*. Č. 2, copyright © 2000-2016, s. D4, D5.
- NANDA International, 2013. Herdman T.H. (ed.). *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4328-8.
- NĚMCOVÁ, Jitka et al., 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Maurea. ISBN 978-80-902876-9-3.
- MAŘATKA, Zdeněk, 1999. *Gastroenterologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-7184-561-2.
- SCHÖLMERICH, Jürgen et al., 2007. *Ulcerózní kolitida a Crohnova choroba. Přehledná informace o onemocněních a jejich léčbě*. 22. vyd. Freiburg: Falk foundation. ISBN neuvedeno.
- SVAČINA, Štěpán, 2008. *Klinická dietologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-2472-256-9.
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1148-6.
- TOMAGOVÁ, Martina, Ivana BÓRIKOVÁ a kol., 2008. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-270-7.
- VOKURKA, Martin a Jiří HUGO, 2010. *Velký lékařský slovník*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

ZBOŘIL, Vladimír a kol., 2007. *Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha: Grada. ISBN 978-247-1563-6.

ZBOŘIL, Vladimír a kol., 2012. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2656-7.

Internetové zdroje

Erythrema nodosum. [online]. © 2013. Dostupné z: <http://www.erythremanodosum.cz>

Idiopatické střevní záněty. [online]. © 2013. Dostupné z: <http://www.strevni-zanety.cz/>

Numerická škála bolesti. [online]. © 2015. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/nadorova-bolest-144050>

Ošetrovatelská dokumentace. [online]. Vysoká škola zdravotnická: Sharepoint. © 2008. [cit. 2016-01-06]. Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/2%20O%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A9%20dokumentace%20podle%20vybran%C3%BDch%20typ%C5%AF%20p%C3%A9%C4%8De.aspx> .

Počet pacientů na 10000 obyvatel v ČR.. [online]. © 2015. Dostupné z: <http://www.uzis.cz>.

Pyoderma gangrenosum. [online]. © 2013. Dostupné z: <http://www.pyodermagangrenosum.cz>

SKÁLOVÁ, Andrea. *Tomu dala, tomu nic – aneb potíže s biologickou léčbou*. [online]. [cit. 2016-01-23]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/tomu-dala-tomu-nic-aneb-potize-s-biologickou-lecbou-460459>.

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA A - Rešerše

PŘÍLOHA B - Čestné prohlášení

PŘÍLOHA C - Numerická škála bolesti

REŠERŠE

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU

Národní lékařská knihovna v Praze

Sokolská 54, 121 32 Praha 2

Informační služba: nml nlk.cz

Jazykové vymezení: čeština, angličtina, slovenština

Klíčová slova: Crohnova choroba, Ošetřovatelský proces, Pacient

Časové vymezení: 1995-2015

Druhy dokumentů: knihy, časopisy, články

Počet záznamů: 197(české zdroje), 6 (zahraniční zdroje)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Prohledávané zdroje: Národní lékařská knihovna

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem získala podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelský proces u pacientky s Crohnovou chorobou“ v rámci studia realizovaného na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Dušková 7, Praha 5.

V Praze dne: 15. 3. 2016.....

podpis 

NUMERICKÁ ŠKÁLA

Numerická škála pro hodnocení intenzity bolesti (0 = žádná bolest a 10 = nejhorší možná bolest)

Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/nadorova-bolest-144050>

