

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA U PACIENTA
S CROHNOVOU NEMOCÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JARMILA HADAČOVÁ

Praha 2018

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

**OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA U PACIENTA
S CROHNOVOU NEMOCÍ**

Bakalářská práce

JARMILA HADAČOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová

Praha 2018



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

HADAČOVÁ Jarmila

3AVS

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská kazuistika u pacienta s Crohnovou nemocí

Nursing Casuistry of Patient with Crohn's Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolina Moravcová

V Praze dne 1. listopadu 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu 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

.....
Jarmila Hadačová

ABSTRAKT

HADAČOVÁ, Jarmila. *Ošetrovatelská kazuistika u pacienta s Crohnovou nemocí*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová. Praha. 2018. 46 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská kazuistika u pacienta s Crohnovou nemocí. Teoretická část této práce je zaměřena na charakteristiku Crohnovy nemoci, anatomii, stručné shrnutí historie, epidemiologii, etiologii, klinický obraz, komplikace, diagnostiku a léčbu. Také je zde zmíněno o výživě a kvalitě života pacienta

Praktická část práce je pak zaměřena na ošetrovatelskou kazuistiku u pacienta s tímto onemocněním. Kazuistika bude zpracována dle modelu Marjory Gordonové, kde jsou také sestaveny aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy, na základě knihy NANDA I Taxonomie II, 2015-2017.

Klíčová slova

Crohnova nemoc. Gastroenterologie, Ošetrovatelská péče, Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

HADAČOVÁ, Jarmila. *Nursing casuistry of a patient with Crohn's*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Karolina Moravcová. Prague. 2018. 46 pages.

The topic of this bachelor's degree is a nursing case report regarding a patient suffering with Crohn's disease. The theoretical part of this study is focusing on the characteristics of the Crohn's disease, an anatomy, a brief history, an epidemiology, an etiology, a clinical picture, complications, a diagnosis and treatment. The nutrition and quality of the patient's life is also mentioned.

The practical part of this degree is focusing on the nursing case report of a patient suffering with this illness. The case report will be structured and based on the Marjory Gordon's prototype which also shows the current and potential diagnosis which is based on the book called NANDA I Taxonomy II, 2015-2017.

Keywords

Crohn's disease. Gastroenterology. Nursing care. Nursing process

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	13
1. CROHNOVA NEMOC	15
1.1 HISTORIE.....	15
1.2 ANATOMIE	16
1.3 DRUHY NEMOCI	16
1.4 KLASIFIKACE ONEMOCNĚNÍ.....	17
1.5 EPIDEMIOLOGIE	17
1.6 ETIOLOGIE	18
1.7 KLINICKÝ OBRAZ.....	18
1.8 DIAGNOSTIKA.....	19
1.8.1 ANAMNÉZA	19
1.8.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ	20
1.8.3 ENDOSKOPICKÁ VYŠETŘENÍ.....	20
1.8.4 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ	22
1.8.5 HISTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ.....	22
1.8.6 ZOBRAZOVACÍ A RENTGENOVÉ VYŠETŘENÍ	22
1.8.7 ULTRASONOGRAFIE	23
1.8.8 MAGNETICKÁ REZONANCE.....	23
1.9 KOMPLIKACE	24
1.9.1 LOKÁLNÍ KOMPLIKACE	24
1.9.2 MIMOSTŘEVNÍ KOMPLIKACE.....	24
1.9.3 METABOLICKÉ KOMPLIKACE	25
1.10 LÉČBA	25
1.10.1 MEDIKAMENTÓZNÍ.....	25
1.10.2 BIOLOGICKÁ LÉČBA.....	27

1.10.3	PODPŮRNÁ LÉČBA.....	28
1.10.4	NUTRIČNÍ VÝŽIVA.....	28
1.10.5	DIETNÍ OPATŘENÍ.....	30
1.10.6	CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	31
1.10.7	ALTERNATIVNÍ LÉČBA	33
1.11	KVALITA ŽIVOTA U PACIENTA S CROHNOVOU NEMOCÍ	34
2.	OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA U PACIENTA S CROHNOVOU NEMOCÍ.....	37
2.1	CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE....	57
2.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	58
	ZÁVĚR	60
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
	PŘÍLOHY	1

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

All-in-one – způsob parenterální výživy podávající živiny

BMI – Body mass index

CD – anglická zkratka pro Crohnovu nemoc

CDAI – Crohn's disease activity index (index aktivity Crohnovy nemoci)

CRP – C – reaktivní protein

CT – počítačová tomografie

ERCP – endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie

IBD – Inflammatory bowel disease – Idiopatické střevní záněty

IBDQ - Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (dotazník pro Crohnovu nemoc)

MR – magnetická rezonance

PEG – Perkutánní endoskopická gastronomie

TBL - tableta

WHO – World Health Organization - Světová zdravotnická organizace

WHOQOL-BREF - zkrácená verze dotazníku pro měření kvality života

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absces – dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem

Adalimumab – lék využívaný při některých revmatických onemocněních

Aminosalicyláty – skupina léků používaných k léčbě střevních zánětů

Analgesedace – tlumení bolesti a zklidnění

Anémie – chudokrevnost, nedostatek hemoglobinu

Antibiotika – látky, které zastavují růst bakterií

Crohnova nemoc – zánětlivé střevní onemocnění zasahující do různých částí střeva

Erythema nodosum – onemocnění charakterizované červenofialovými bolestivými uzly v oblasti bérce

Flatulence – zvýšený odchod plynů

Gastroskopie – vyšetření žaludku endoskopem

Granulomatózní – charakterizovaný výskytem granulomů

Histologie – věda studující mikroskopické struktury orgánů a tkání

Idiopatické střevní záněty – záněty střev neznámé příčiny

Ileitida – zánět ilea

Ileokolitida – zánět ilea společně s tlustým střevem

Imunosupresiva – léky potlačující reakci imunity

Infliximab – lék využívající se při léčbě píštělí u Crohnovy nemoci

Kolitida – zánět postihující tračník či tlusté střevo

Koloskopie – vyšetření tlustého střeva endoskopem

Kortikosteroidy – steroidní hormony vytvořené kůrou nadledvin

Malnutrice – podvýživa z nedostatku bílkovin, vitamínů apod.

Nazogastrická – sonda zaváděná nosem do žaludku

Nasojejunální – sonda zaváděná nosem do jejunu

Obstrukce – překážka vytvořená cizím tělesem či zúžením

Perforace – protržení, vznik chorobného otvoru v dutém orgánu

Píštěl – kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem

Počítačová tomografie – vyšetření založené na zobrazování oblastí těla ve vrstvách za pomoci rentgenu

Probiotika – látky pozitivně ovlivňující složení střevní flóry

Rekonvalescence – zotavení z nemoci

Relaps – znovuobjevení příznaků onemocnění v klidové fázi

Remise – vymizení veškerých příznaků nemoci, ne však nemoci samé

Resekce – odstranění části orgánu

Sipping – upíjení tekutého dietetika

Stenóza – zúžení otvoru trubicovitého orgánu

Stomie – umělé vyústění dutého orgánu na povrch těla

Striktura – zúžení trubicovitého orgánu

Strikturoplastika – výkon v chirurgii rozšiřující striktury

Syndrom krátkého střeva – stav zmenšení krátkého střeva z různých příčin

Tenesmus – opakující se nucení na stolicí doprovázené odchodem malého množství stolice

Toxické megakolon – výrazné rozšíření tlustého střeva

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Projevy Crohnovy nemoci	18
-----------------------------------------	----

ÚVOD

Crohnova nemoc je v dnešní době velmi probíraným tématem, protože z hlediska incidence stoupá její výskyt. Proto byla vybrána jako téma bakalářské práce ošetrovatelská kazuistika u pacienta s Crohnovou nemocí. Ošetrovatelská péče u pacienta s tímto onemocněním je velmi náročná, složitá a dlouhodobá. Jedná se o onemocnění zažívacího ústrojí postihující především střevo. Bohužel, protože je toto onemocnění v dnešní době nevyléčitelné, vznikají zde problémy i v osobním životě pacienta. Jelikož neznáme přímou příčinu onemocnění, ale pouze faktory jeho vzniku, je velice těžké je včas diagnostikovat a zahájit léčbu. Pokud ovšem dojde k včasné diagnostice a lékaři ji neprodleně zahájí, je možné pacienta vyléčit alespoň do období remise a zařadit ho do plnohodnotného života. Pacienti bohužel budou muset dodržovat určitý životní styl, jídelníček a brát léky, ale jejich život bude kvalitní.

Pro pacienty s Crohnovou nemocí existuje Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty. Je to sdružení, ve kterém se mohou pacienti setkat s dalšími stejně postiženými lidmi. Mohou si mezi sebou předávat informace, či různá doporučení.

Bakalářská práce je dělena do dvou částí - teoretické a praktické. V teoretické části je rámcově zmíněna anatomie, historie onemocnění, etiologie, epidemiologie, klinický obraz, diagnostika, komplikace a léčba, která je jak konzervativní (farmakologická), tak chirurgická a biologická. V praktické části je sepsána kompletní ošetrovatelská kazuistika o pacienta s Crohnovou nemocí. V ní je použita ošetrovatelská péče dle modelu Marjory Gordon. Na základě získaných informací jsou zde vytvořeny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I taxonomie II 2015-2017 dle míry závažnosti.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Rámcově interpretovat informace z různých odborných publikací o Crohnově nemoci.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vytvořit a shrnout ošetrovatelský proces u Crohnovy nemoci.

Vstupní literatura

ČERVENKOVÁ, Renata, 2009. Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-600-7.

HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ a Jana MAREČKOVÁ, 2013. Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2806-6.

KOHOUT, Pavel, 2010. Vybrané kapitoly z klinické výživy I. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-872-5008-2.

LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK a kol., 2010. Gastroenterologie. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.

Popis rešeršní strategie

Sběr veškerých publikací, které byly později využity v bakalářské práci s tématem Ošetrovatelská kazuistika u pacienta s Crohnovou nemocí, byly vyhledávány od září 2017 do března 2018. Pro sběr informací byla využita elektronická databáze katalogu Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz) a volný internet.

V bakalářské práci je použita rešeršní strategie z období od roku 2008 až po přítomnost a byla vypracována v knihovně Vysoké školy zdravotnické o.p.s. v Praze s jazykovým omezením na češtinu či angličtinu.

Klíčová slova, díky kterým se hledala publikace v českém jazyce: Crohnova nemoc, gastroenterologie, ošetrovatelský proces, ošetrovatelská péče. V anglickém jazyce to byly: Crohn's disease. Gastroenterology. Nursing care. Nursing proces.

V rešeršní strategii pro tvorbu této bakalářské práce bylo nalezeno celkem 40 záznamů. Z toho 4 vysokoškolské práce, 17 knih a 19 ostatních článků.

1. CROHNOVA NEMOC

Crohnova choroba je chronický nespecifický zánět kterékoliv části trávicí trubice, který má segmentární charakter a postihuje stěnu trávicí trubice transmurně ve všech jejích vrstvách. (LATA et al. 2010, s. 99).

Jedná se o onemocnění, které poprvé zdokumentoval a po němž nese jméno lékař Burril B. Crohn. Ten poprvé v roce 1932 objevil Crohnovu nemoc a odlišil ji od tuberkulózy. Dříve byla označována jako regionální enteritida či segmentární kolitida. (ANON, 2011), (ČERVENKOVÁ, 2009)

Toto onemocnění se zařazuje společně s ulcerózní kolitidou mezi idiopatické střevní záněty (Inflammatory bowel disease). Crohnova nemoc postihuje tenké střevo, tlusté střevo a u 40 % pacientů může postihnout i konečník. Důležité však je, že CD postihuje vždy jednu část trávicího traktu a ostatní mohou být zcela zdravé. Jelikož neznáme pravou příčinu onemocnění, můžeme se opřít pouze o faktory, které by ji mohly ovlivnit. Jako například dědičnost, hygiena, stres či věk, který bývá většinou mezi 20-30 rokem života. Průběh této nemoci je chronický s obdobími remisí (klidové fáze, kdy nepozorujeme žádné příznaky) a relapsů (aktivní fáze, ve které sledujeme silné projevy onemocnění). Ke stanovení aktivity nemoci se dnes používá tzv. CDAI (Crohn's disease activity index). Pokud dojde k včasné diagnostice a léčbě, můžeme pacienta dostat do fáze remise, kdy může žít plnohodnotný život. Crohnova nemoc je nevyléčitelná ale můžeme jí zmírnit medikamentózně (imunosupresivy), biologickou a chirurgickou léčbou. Chirurgická léčba však nemůže pacientovi zajistit plné vyléčení. Odstraňují se zde pouze komplikace, které zamezují komfortu života pacienta. (KOHOUT et al, 2010), (HORÁK, 2013), (JAHODA, 2014)

HISTORIE

První zmínky této nemoci se nacházejí ve staré lékařské literatuře z roku 1612. Tehdy došlo k pitvě adolescenta doktorem Farbym a následnému zjištění velké stenózy terminálního ilea se zesílenou střevní stěnou, která způsobila neprůchodnost střeva a následné protržení. Další zmínka se nachází ve spisu „Pathologie a therapie nemocí vnitřních“ z roku 1893 psaná profesorem Thomayerem. V ní popisuje případy nemocných s dočasným katharem střevním, který při pitvě připomíná Crohnovu nemoc.

V roce 1930 šéfpatolog nemocnice Mount Sinai doporučil doktorům, zabývajícím se problematikou zánětlivých chorob střev, Moschowitzovi, Bergemovi, Wilenskymu, Ginzburgovi, Oppenheimerovi a Crohnovi sepsat článek do odborného časopisu JAMA. Po jeho sepsání redakce seřadila autory nikoli dle badatelských zásluh, ale dle abecedy, a proto by se měla nemoc jmenovat podle Bergera. Jelikož sám Berger se podepsat odmítl, protože se na sepsání tohoto článku nepodílel, proto dnes známe tuto nemoc jako Crohnovu, nikoli jako Bergerovu. (ČERVENKOVÁ, 2009)

V 50. až 60. letech se prokázalo, že tato nemoc může postihovat jakoukoliv část trávicí trubice, a v 90. letech se ukázalo, že se jedná o heterogenní chorobu s tolika variantami lokalizací, projevů a komplikací, že je nutno ji lépe klasifikovat. (ČERVENKOVÁ, 2009)

ANATOMIE

Crohnova nemoc může postihovat všechny části trávicí trubice, ale především se objevuje v tlustém a tenkém střevě. (ČERVENKOVÁ, 2009)

Trávicí trubice se dělí na tenké střevo, slepé střevo, tlusté střevo a konečník. Nejdelší částí je tenké střevo (intestinum tenue), které může měřit 3 až 5 metrů a slouží k trávení a štěpení potravy. Rozlišujeme zde jeho 3 části - dvanáctník (duodenum), jehož délka je 25-25 cm, lačník (jejunum) je širší o průměru 3cm a kyčelník (ileum), který je tenčí o průměru 2,5 cm. (NAŇKA et al, 2015)

Další částí je pak tlusté střevo (intestinum crassum), které je dlouhé přibližně 1,2 až 1,5 metru. Dělí se na slepé střevo (ceacum), které je dlouhé asi 10 cm, vzestupný tračník (colon ascendens) navazující na slepé střevo a dlouhý přibližně 16- 20 cm, poté příčný tračník (colon transversum) s průměrem 50 cm. Následuje sestupný tračník (colon descendens) přirostlý na zadní stěnu břišní a dlouhý 20-30 cm a esovitá klička (sigmoideum). Konečným úsekem tlustého střeva je pak konečník (rectum). (NAŇKA et al, 2015)

DRUHY NEMOCI

Zánětlivý typ – Ten nejlépe reaguje na konzervativní léčbu. Projevuje se dlouhotrvajícími průjmy, hubnutím, zvýšenou teplotou či horečkou a bolestmi v podbřišku.

Stenózující typ – U něho dochází k nejčastějším chirurgickým zákrokům, protože jsou zde přítomny stiktury, které jsou důsledkem chronického zánětu střev. Mohou být buď úplně bez příznaků, nebo se projevují křečovými bolestmi.

Píštělový typ – I ten se přiklání více k chirurgickému řešení, jelikož zde dochází ke vzniku píštělí a abscesů, které mohou stát za vznikem infekce. (KLENER et al, 2012)

KLASIFIKACE ONEMOCNĚNÍ

Crohnova nemoc se dá klasifikovat na základě lokalizace zánětu:

Ileitida – postihuje terminální část střeva a jedná se o nejčtenější výskyt Crohnovy nemoci (přibližně z 25-30%). Projevuje se silnými kolikovitými bolestmi v pravém dolním kvadrantu, abscesy, píštělemi a průjmem. Velice často se tento zánět zaměňuje za zánět apendixu, a pacienti jsou na sál ze začátku posíláni pro apendektomii. (KLENER et al, 2012), (ANON, 2011), (JAHODA, 2014)

Ileokolitida – Vyskytuje se ve 40 -60% a postihuje terminální ileum, může dojít i k postižení apendixu. Jsou zde přítomny mimostřevní komplikace jako jsou afty, záněty v oblasti očí a patologické výsledky jaterních testů. Ze 70% se zde objeví Erythema nodosum, což je výsev uzlů v podkoží v oblasti bérků. Vzhledově vypadají jako hematomy. (KLENER et al, 2012), (ANON, 2011)

Kolitida – ze 30-40% postihuje tlusté střevo a zánět se zde projevuje silnými a častými průjmy, krvácením z recta, hubnutím a slabostí. Často bývají součástí kolitidy perianální onemocnění, jako píštěle a abscesy. Při postižení recta jsou zde zaznamenány tenesmy, což jsou bolesti v podbříšku pojící se s nucením na stolici. (KLENER et al, 2012), (ANON, 2011)

EPIDEMIOLOGIE

Incidence CD v České republice činí 1,6-2,0/100.000 obyvatel/rok, poměr postižení ženy : muži činí 1 : 1. Maximum postižení se objevuje mezi 15.-30. rokem věku. (LATA et el. 2010, s. 99)

ETIOLOGIE

Etiologie nemoci není přímo známá, ale známe vlivy, které by tuto nemoc mohly ovlivnit. Jako první, hrající velkou roli, jsou faktory genetické a vrozené dispozice, u nichž je uváděno 15 – 20%, také způsob života, který sice navýší fyzickou aktivitu, ale napomáhá také ke vzniku stresu, především dlouhodobého. Populárním fenoménem je zde také „hygienická teorie“ - v dnešní době se hodně rozšířila nekontaminovaná pitná voda, koupelny a kanalizace, které sice zvýšily úroveň hygieny a rizika infekce, ale zároveň je uspáván imunitní systém, neboť se děti nesetkají s běžnými mikroby z prostředí. Samozřejmě hrají roli špatné stravovací návyky, zejména nízká konzumace zeleniny a ovoce a rovněž špatná úprava jídla s užitím barviv a konzervačních látek. Velký vliv má také kouření, alergie, nepravidelná a dlouhá pracovní doba, způsob přípravy a uchování potravin, užívání kontracepčních léků a nesteroidních antirevmatik. (ČERVENKOVÁ, 2009), (JAHODA, 2014), (KOHOUT, 2010)

KLINICKÝ OBRAZ

Tabulka 1 Projevy Crohnovy nemoci

Tenké a tlusté střevo	Tlusté střevo	Tenké střevo	Konečník
Bolest břicha	Průjmy	Bolest břicha	Krvácení
Teploty	Krvácení	Hubnutí	Nucení na stolicí
Průjmy	Mimostřevní projevy	Chudokrevnost	Hnisání a píštěle

Zdroj: ČERVENKOVÁ, 2009, s. 15

Klinický obraz při tomto onemocnění ze začátku nebývá jednoznačný, proto pacient přichází většinou až s akutními obtížemi po několika letech. Vždy se projevy objevují dle lokalizace onemocnění. Jedny ze základních projevů jsou opakované průjmy, hubnutí a bolesti v oblasti břicha. Také se může objevit sideropenická anémie či dlouhotrvající teploty. Pokud se nemoc vyskytuje v tenkém střevě, jsou zde přítomny bolesti, hubnutí a anémie. Pokud ji najdeme v tlustém střevě, jsou zde přítomny průjmy, které jsou častější než 3 x denně (někdy s příměsí krve), a můžeme si všimnout i mimostřevních problémů, jako například záněty kůže, očí či kloubů. Najdeme-li onemocnění v oblasti konečníku, můžeme zde pozorovat fistuly a abscesy, které jsou

velmi bolestivé. Onemocnění se většinou objevuje kolem 20. a 30. roku. Nemoc se může objevit buď akutně, nebo chronicky. Akutní zánět se většinou může zaměnit za zánět slepého střeva. Může dojít ke kolikovitě bolesti s nadýmáním a flatulencí kvůli částečnému zúžení střeva. Flatulence je vypuzování plynů při vyprazdňování i mimo něj. U onemocnění dochází k rozdílům závislým na druhu potravy. (ČERVENKOVÁ, 2009), (HOLUBOVÁ et al, 2013)

Jeden z hlavních projevů, který se vyskytuje u CD, je malnutrice (podvýživa), kterou trpí přibližně 80-90% pacientů. Dělíme ji na energickou (snížený příjem potravy) a proteinovou (snížený příjem proteinů). Pacienti s CD mají snížen příjem potravy z důvodu bolestí břicha, sníženou chuť k jídlu či nepříjemných průjmů. Proto se raději výživě vyhýbají a na základě toho tělo ztrácí vitamíny, minerály a stopové prvky, které jsou pro vyčerpané tělo, jež ztrácí energii, nezbytné. Léčba, pokud je diagnostikována včas, bývá jednoduchá. Stačí správně nastavit dietní opatření. (KOHOUT et al, 2010), (ZBOŘIL, et al, 2012)

DIAGNOSTIKA

Diagnostika CD se opírá o anamnézu, která je základem. Ta je zjišťována sestrou při příjmu pacienta. Poté se zaměřujeme na veškerá laboratorní vyšetření, ve kterých jde o rozbor krve a vyšetření stolice. Ze zobrazovacích metod se dělá enteroklýza, počítačová tomografie a magnetická rezonance, což jsou používaná vyšetření, pokud nemoc postihla tenké střevo. Také je potřeba ultrazvukové vyšetření střeva, ve kterém zjišťujeme tloušťku stěny střev, a endoskopie, která zahrnuje koloskopii, rektoskopii, enteroskopii, ezofagogastroduodenoskopii a endoskopická retrogradní cholangiopankreatografie. (ČERVENKOVÁ, 2009), (HORÁK, 2013)

ANAMNÉZA

Diagnóza musí vycházet z důkladně zjištěných anamnestických údajů, v nichž budeme pozorovat aktuální problémy například s průjmy, bolestmi břicha, váhového úbytku, nejasnou anémií či malátností a slabostí. Jelikož se CD opírá hlavně o dědičnost, nejdůležitější je rodinná anamnéza, ve které zjišťujeme, zda se onemocnění nachází nebo nacházelo u někoho z rodiny. Také sledujeme sociální postavení a pracovní pozici, zda pacient nepracuje v dlouhodobém stresu či nepravidelné pracovní době, která může ovlivnit vznik onemocnění. Zjišťujeme alergie a abusy, které by mohly zkomplikovat

léčbu. U žen zajišťujeme gynekologickou anamnézu, hlavně prodělané operace. (JAHODA, 2012)

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Sestra při příjmu vyšetřuje tlak, pulz, dech a tělesnou teplotu. Fyzikální vyšetření, které provádí lékař, se zaměřuje na vyšetření veškerých částí těla postupně od hlavy až po dolní končetiny. Zaměřuje se také na stav kůže, vědomí, výživu pacienta a pohyblivost. Pohledem vyšetřuje jizvy, kýly či dýchání, poklepem zjišťuje odchod plynů, ascites a bolesti. Poslechem (fonendoskopem) slyší peristaltiku či šelesty. Pohmat je pro lékaře nejhodnotnější. Hodnotí totiž velikost, bolestivost a tuhost orgánů. Může se zde využít i vyšetření per rectum, které posoudí povrch kůže, konzistenci stolice či barvu a zápach. (HOLUBOVÁ et al, 2013)

ENDOSKOPICKÁ VYŠETŘENÍ

Vyšetřujeme lumen preformovaných dutin zažívacího traktu pomocí speciálních endoskopických přístrojů. Obraz je snímán speciálním kamerovým čipem (videoendoskopie), zvětšený je zobrazen na monitoru. Endoskopie umožňuje diagnostické a terapeutické zákroky. (HOLUBOVÁ et al, 2013, str. 69)

KOLOSKOPIE

Endoskopickou vyšetřovací metodou, při které vyšetřuje lékař tlusté střevo a konečník a přitom má možnost odebrat vzorky tkáně, kde se vyskytuje Crohnova nemoc. Indikací k vyšetření mohou být anémie, velké krvácení do trávicího traktu či nejasné změny stolice. Toto vyšetření trvá přibližně 15 – 20 minut. Delší je však samotná příprava ně, která obnáší úplné vyprázdnění pacienta. Jeden den před výkonem má tekutou dietu a dostává projímavý roztok (4 litry Fortransu rozpuštěného ve vodě), který je většinou pro pacienty obtížný během 4 hodin vypít. Lékař určí pacientům, jež užívají inzulín, výši jeho dávky. Další ranní léky si pacient vzít může. Jelikož, je vyšetření poměrně bolestivé, je možno použít analgesiaci. Při vyšetření lékař zavádí endoskop potřený lubrikačním gelem přes konečník do tlustého střeva, kde prohledává sliznici střeva a diagnostikuje CD. Pokud dosáhne úplného konce střeva, jedná se o tzv. totální koloskopii. Po vyšetření se pacient odveze zpět na lůžkové oddělení, kde jsou sledovány bolesti, nevolnost či vzedmuté břicho. Při kolonoskopii může dojít ke komplikacím, jako jsou krvácení, perforace tlustého střeva a exploze plynu.

Kontraindikací k vyšetření bývá srdeční selhání, megakolon, velký ascites či náhlá příhoda břišní. (JAHODA, 2012), (ČERMÁKOVÁ, 2008), (ČERVENKOVÁ, 2009), (HOLUBOVÁ et al, 2013), (TONY C. K. et al, 2017)

ENTEROSKOPIE

Při onemocnění CD se využívá tzv. dvoubalonová enteroskopie. Vyšetřuje se při ní tenké střevo za pomoci dvou nafukovacích balonků. Zavádět se může jak přes dutinu ústní, tak přes anální otvor. Za pomoci balonku se střevo postupně navléká na endoskop. Jelikož se jedná o velmi bolestivé vyšetření, provádí se v celkové anestezii. Může se využít i kapslová enteroskopie, která spočívá v zavedení kapsle s fotoaparátem, ale oproti balonkové enteroskopii nemá výhodu odebrání vzorků přímo z místa šetření. (ČERVENKOVÁ, 2009), (HOLUBOVÁ et al, 2013)

ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATOGRAFIE

Je-li u nemocných s Crohnovou nemocí podezření na mimostřevní komplikace, které se týkají slinivky břišní či žlučvodů, užívá se ERCP. Jedná se o vyšetření endoskopicko-rentgenové za pomoci speciálního nástroje tzv. duodenoskopu s optikou. Pacient se připravuje na vyšetření tak, že od půlnoci nepožívá potravu a přibližně 3 hodiny před vyšetřením přestává pít. Při vyšetření leží na levém boku s pokrčenými dolními končetinami. Lékař zavádí duodenoskop přes dutinu ústní až do dvanáctníku. Po vyšetření se pacient odváží na lůžkové oddělení ke sledování bolesti a celkového stavu pacienta. (HOLUBOVÁ et al, 2013)

GASTROSKOPIE

Gastroskopie se využívá u onemocnění CD, jelikož může postihnout jakoukoliv část trávicího traktu. Vyšetřuje se zde jícen, žaludek a dvanáctník za pomoci endoskopu. Před výkonem se 3 hodiny nesmí jíst ani pít. Endoskop se zavádí přes dutinu nosní, což je velká výhoda, jelikož pacient ztrácí dávivý reflex a říhání během vyšetření. Není zde potřeba celková anestezie, což je další výhoda, která mírní komplikace podáváníí léčiv a komunikace s pacientem. (HOLUBOVÁ et al, 2013), (JAHODA, 2012)

LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

V laboratoři se hodnotí veškeré odebrané tělní tekutiny. Odebírá se moč, která se zasílá na biochemii, a krev, která se zasílá na biochemii a hematologii. (HOLUBOVÁ et al, 2013)

Z hematologie se převážně odebírá krev na krevní obraz a diferenciální rozpočet. V krevním obrazu se vyšetřují erytrocyty, které mohou prokázat přítomnost anémie, dále se vyšetřují leukocyty, ve kterých můžeme zjistit akutní krvácení na základě přítomné leukocytózy. Poslední se vyšetřují trombocyty. Trombocytóza prokazuje přítomnost zánětu a akutního krvácení.

Biochemie zahrnuje vyšetření minerálů (sodíku a draslíku) mineralogramem, přítomnost zánětu C-reaktivním proteinem (CRP) a veškeré jaterní testy zahrnující bilirubin, alaninaminotransferáza (ALT) a aspartátaminotransferáza (AST). (HOLUBOVÁ et al, 2013)

Dalším laboratorním vyšetřením bývá sérologie, která není povinná, ale může ovšem v případě pozitivního výsledku napomoci k rozlišení typu idiopatických střevních zánětů. (NEVORAL et al, 2013)

HISTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Histologie se provádí buď za pomoci endoskopického vyšetření, při kterém dojde k odebrání vzorků, nebo při chirurgickém zákroku, ve kterém se odebírá část střeva. Dá se při něm stanovit diagnóza onemocnění a rozlišit, zda se nejedná o jiné záněty či nádorové změny střeva. Crohnova nemoc je specifická v histologii granulomatozním zánětem. Histologie se také dá využít k odpovědi, zda podávaná léčba zabírá. (ČERVENKOVÁ, 2009)

ZOBRAZOVACÍ A RENTGENOVÉ VYŠETŘENÍ

ENTEROKLÝZA

Vyšetření tenkého střeva za pomoci kontrastní látky (bílým baryovým roztokem) trvá přibližně 60-90 minut. Jedná se o vyšetření, při kterém můžeme u CD objevit stenózy. Zavádí se hadička přes ústa či nos do jícnu, přes žaludek a do dvanáctníku.

Pacient před výkonem od půlnoci nejí a nepije. Problémem po vyšetření bývá průjem z podávané kontrastní látky. (ČERMÁKOVÁ, 2008)

POČÍTAČOVÁ TOMOGRAFIE

Jedná se o bezbolestné vyšetření, které sleduje zvětšení uzlin a orgánů a šířku stěny střev. Počítačová tomografie využívá rentgenové paprsky. Při spojení s enteroklyzou, získává lékař celkový obraz dutiny břišní, jenž je oproti samotnému rentgenovému snímku o poznání lepší. U diagnostiky Crohnovy nemoci je toto vyšetření nepostradatelné. (JAHODA, 2012)

ULTRASONOGRAFIE

Lékař se pro ultrasonografii rozhodne v případě, že má pacient silné bolesti břicha, hubnutí, malnutrici či horečku. Je to bezbolestné vyšetření pomocí ultrazvuku, které patří mezi základní diagnostické metody. Pacient se položí na lůžko a lékař mu přejíždí ultrazvukem po bříse v místech, která potřebuje vyšetřit. Ultrasonografie se používá pro zjištění velikosti stěny střev, zánětlivé změny, zobrazení orgánů a tkání. Je možné přes ni objevit volnou tekutinu, hematomy či ložiska. Dopomáhá k vyhledání komplikací a tím určuje směr pro následnou léčbu. (ČERVENKOVÁ, 2009), (HOLUBOVÁ et al, 2013)

MAGNETICKÁ REZONANCE

Toto vyšetření se využívá u Crohnovy nemoci, protože dokonale zobrazuje malou pánev, píštěle a abscesy v oblasti řitního otvoru za pomoci kontrastní látky. Vyšetření je mnohem přesnější než počítačová tomografie. Nevýhodou magnetické rezonance však jsou klaustrofobie, což je strach z malých prostorů (jelikož se při vyšetření pacient dává do málo prostorného tunelu) a přítomnost kovových předmětů v těle pacientů. Jakmile pacient má přítomny v těle šrouby či endoprotézy, nesmí toto vyšetření podstoupit. (HOLUBOVÁ et al, 2013), (ČERVENKOVÁ, 2009)

U Crohnovy nemoci se mohou také využít ezofagogastroguodenoskopie, rektoskopie, fistulografie či irigografie. (LATA et al, 2010)

KOMPLIKACE

Během nemoci se mohou objevit komplikace, které mohou ohrozit život nemocného. K těmto komplikacím patří stenóza, perforace střeva s peritonitidou, perianální absces a píštěl, masivní krvácení a náhlá obstrukce. (POVÝŠIL et al., 2007)

LOKÁLNÍ KOMPLIKACE

Stenóza – objevuje se u 30 až 40% lidí v tenkém střevě, kteří mají CD. Velké zúžení střeva vyústí v neprůchodnost, která se projevuje zvracením a křečovitými bolestmi břicha. Může zde dojít i k úplnému uzavření střeva – ileu.

Perforace – tato častá komplikace se většinou rozvíjí postupně v průběhu zánětu. Hluboký vředový defekt pronikne střevní stěnou, okolo které se vytvoří vazivové blány a ke konci vzniká píštěl či absces. Největším problémem bývá těžké krvácení. Zde funguje pouze chirurgická resekce postižené části.

Perianální absces a píštěl – Jedny z charakteristických projevů CD postihující tlusté střevo a vedoucí k flegmóně – neohraničeného zánětu v oblasti hráze. Zde dochází k poškození funkce análních svěračů.

Masivní krvácení – toto je vzácná komplikace, která vzniká v důsledku narušení stěny cév vředovitým zánětem a záchranou je pouze operace. Většinou se projevuje skrytým okultním krvácením, enteroragií a melénou. (ČERVENKOVÁ, 2009), (HOLUBOVÁ et al, 2013)

MIMOSTŘEVNÍ KOMPLIKACE

Postižení kloubů – zánět postihuje větší i menší klouby. Je to nejčastější komplikace a postihuje klouby hlezenní a kolenní. Dochází k velkým bolestem v kříži, zarudlosti a ztuhnutí páteře.

Postižení kůže – převážně se objevuje na dolních končetinách. V oblasti bérce se může vytvořit nodózní erytém, což jsou zduřeniny podkoží a kůže. Bývají velmi bolestivé a na pohled vypadají jako modřiny.

Postižení očí – problematické záněty rohovek a spojivek, které jsou velmi bolestivé, ale nezpůsobují trvalé následky. Méně časté bývají záněty duhovky a řasnatého tělíska.

Postižení jater – největší problém bývá při zánětu žlučových cest, pokud se neléčí, může dojít k nutné transplantaci jater.

Dalšími mimostřevními komplikacemi jsou aftoidní vředy v ústech, urolithiáza a vypovězení funkcí slinivky břišní. (ČERVENKOVÁ, 2009), (JAHODA, 2012)

METABOLICKÉ KOMPLIKACE

Anémie – díky zvýšené aktivitě zánětu dochází k velké ztrátě železa a ta vede k anémii. Problém je nedostatek vitamínu B12, který se poté musí dodávat do těla injekční cestou.

Osteoporóza – léčba kortikoidy bohužel má za vedlejší účinek řídnutí kostí odbouráváním anorganické složky. Postihuje přibližně 20-50% pacientů. Jedním ze vzácnějších vedlejších účinků jsou poruchy vstřebávání vitamínu D a vápníku.

Ledvinové a žlučové kameny – kvůli poruše vstřebání žlučových kyselin vznikají oxalátové a pigmentové konkrementy. Ty tvoří ledvinové a žlučové kameny, které se poté musí léčit chirurgicky. Vznikají po resekcích střeva díky zvýšené tvorbě kamenů v moči a ve žlučníku. (ČERVENKOVÁ, 2009), (ZBOŘIL, et al, 2012)

LÉČBA

V léčbě Crohnovy nemoci musíme rozlišit, zda se jedná o klidové stádium nemoci (relaps) či o akutní momentální vzplanutí (remise). Když se jedná o relaps, snažíme se pacienta dále udržovat v klidovém stavu za pomoci farmak, dodání vitamínů a iontu a také za pomoci správné úpravy výživy. Dodržuje-li pacient veškerá opatření, má naději na kvalitní život. Pokud se ovšem nemoc nachází v akutní fázi, je nutné zakročit chirurgickými zákroky, při nichž se snažíme zachovat funkci svěračů či odstranit vzniklé komplikace. (HORÁK, 2013), (ČERVENKOVÁ, 2009), (JAHODA, 2012)

MEDIKAMENTÓZNÍ

Cílem této léčby je zklidnit aktivní zánět a odstranit nepříjemné projevy doprovázející onemocnění. Dostaneme-li se do fáze relapsu, nastupuje léčba udržovací, která by, pokud pacient bude dodržovat pravidelné brání vysokých dávek léčiv, měla pacienta udržet ve fázi bez jakýchkoliv příznaků. Využívají se zde Imunosupresiva a Aminosalicyláty. (ČERVENKOVÁ, 2009)

IMUNOSUPRESIVA

Jde o léky, které potlačují nadměrnou imunologickou odpověď vlastního imunitního systému proti tkáňovým strukturám tenkého a tlustého střeva. (ANON, 2011, str. 16)

Jedny z nejvíce používaných imunosupresiv jsou 6-merkaptopurin a Azathioprin, který se podává v denní dávce 2-2,5 mg/kg. Jedná se o tablety, které pacient musí dlouhodobě užívat, a bývají většinou podávány, pokud tělo odmítá kortikosteroidy. Na pozitivní výsledek je třeba počkat minimálně půl roku od prvního podání léků. Ty slouží k udržení remise u CD, ale bohužel mají nežádoucí účinky, na které je třeba dohlížet. Proto pacienti pravidelně docházejí na odběry krve, kde se sleduje krevní obraz a popřípadě je konzultován další průběh léčby.

Jako další imunosupresiva se používají Metotrexát a Cyklosporin A. (ČERVENKOVÁ, 2009), (LATA et al, 2010)

AMINOSALYCILÁTY

Za jednoho z nejstarších aminosalycilátů se považuje Sulfasazalin. Je to výborný lék působící protizánětlivě, ale má bohužel nepříjemné vedlejší účinky, díky kterým se tolik nevyužívá. Jsou to například bolesti hlavy, v nadbříšku a nauzea. Dočasně mohou vzniknout také alergie na slunce či přechodná neplodnost. Při odběru krve se mohou změnit hodnoty krevního obrazu nebo se zvýší hodnoty jaterních testů. (ČERVENKOVÁ, 2009)

KORTIKOSTEROIDY

Jako jedny z hlavních léků se podávají kortikosteroidy tlumící protizánětlivou reakci. Dříve se jednalo o přírodní preparáty, ale dnes se vyrábí již synteticky. Podávají se po 4 týdny v dávce 6 mg/den. Pokud dávka nezabírá, dají se zvýšit na 9 mg/den, ale je zde velké riziko vzniku závislosti. Po vysazení se stává, že se projevy nemoci prudce vracejí. Kromě vzniku závislosti vznikají problémy také v narušení metabolismu kostní tkáně a cukrů, zvýšení krevního tlaku a vylučování žaludeční kyseliny. Z lékařsky méně problematických nežádoucích účinků jsou problémy kosmetické, při kterých se objevují například strie, akné, vypadávání vlasů a projeví se měsíčkovitý tvar obličeje. Léčba

kortikosteroidy by neměla přesáhnout 3 měsíce. (LATA et al, 2010), (ČERVENKOVÁ, 2009), (HORÁK, 2013)

BIOLOGICKÁ LÉČBA

Tento pojem se v dnešní době více vyznačuje jako cílená léčba a přinesla velký pokrok v léčbě Crohnovy nemoci od roku 1999. Protizánětlivá reakce byla do té doby u Crohnovy nemoci nevídaná. Od zahájení léčby po 10-14 dnech, 80-90% nemocných na ni reaguje a polovina dosahuje dokonce remise. Jedná se o oblíbený druh léčby vhodný pro pacienty, u kterých nelze úspěšně využít léčbu farmakologickou. V léčbě biologické je hlavním rozdílem to, že se pro výrobu nepoužívají syntetika, nýbrž přírodní produkty, mezi něž se řadí materiály vyrobené z lidské krve či očkovací látky. Jedná se o léčbu, která je aplikována dlouhodobě, a výsledky v delším časovém horizontu jsou slibné. JE zcela hrazena zdravotní pojišťovnou. V České republice je rozmístěno 27 center a to tak, že v každém kraji je minimálně jedno centrum biologické léčby.(ČERVENKOVÁ, 2009), (RENDEL et al, 2012), (ANON, 2011), (ŠPIČÁK et al, 2017)

Účinná látka využívající se v biologické léčbě je Infliximab. Využívá se v léčbě proti CD už od roku 1999 a zabírá u 70 až 80% pacientů. U dětí bylo prokázáno, že zabírá dokonce až na 90%. Nasadí-li se u pacienta a léčba je úspěšná mohou lékaři do jednoho roku vysadit kortikosteroidy. Pokud ovšem léčba nezabírá, musí lékaři zhodnotit, zda pokračovat v podávání. (ČERVENKOVÁ, 2009)

Infliximab se opakovaně aplikuje – i ambulantně – formou infuze po dobu dvou hodin. Léčba má dvě fáze. Počáteční (iniciační) zahrnuje tři infuze, druhá následuje za dva týdny po první a třetí za další čtyři týdny. Ve druhé fázi probíhá léčba udržovací, kdy se lék podává každých 8 týdnů. Kontraindikace této léčby je přítomnost infekčního onemocnění, srdečního selhávání a hypersenzitivity na Infliximab. (ČERVENKOVÁ, 2009, str. 47), (DÍTĚ, et al, 2011)

Od roku 2007 se objevila ještě jedna účinná látka biologické léčby, Adalimumab. Podává se subkutánně jednou za dva týdny. Pokud je potřeba můžeme i jednou za týden. Účinek je shodný s Infliximabem.

Problémem biologické léčby bývají alergické reakce. Mohou to být bolesti hlavy, návaly a závratě. Také se může objevit skrytá tuberkulózní reakce, která je dost závažná. Všem těmto reakcím se dá předejít, pokud před zahájením léčby pacient projde

několika vyšetřeními, jako například tuberkulinový kožní test či rentgenogram hrudníku. Dalším úskalím je, že tento druh léčby je velmi nákladný a to bývá problém především kvůli tomu, že léčba je dlouhodobá ne-li doživotní. (ČERVENKOVÁ, 2009)

PODPŮRNÁ LÉČBA

ANTIBIOTIKA

Mají velký význam u onemocnění CD, jelikož při něm vznikají píštěle a abscesy, které jsou indikací k použití antibiotik. Nejvíce se využívají v aktivní fázi nemoci. Podávají se dlouhodobě, přibližně 6 až 12 týdnů. Jako příklad se užívají Metronidazol, Cotrimoxazol, Ofloxacin a Klaritromycin. (ČERVENKOVÁ, 2009)

PROBIOTIKA

Jsou to bakterie lidského původu, které pozitivně působí na zdravotní stav. Podávají se v klidové fázi onemocnění jako podpůrná léčba. Užívají se ve formě tablet a oddalují aktivní fázi nemoci. Probiotika se dělí na dva druhy. Prvním je probiotikum jako léčivo a druhým je doplněk léčby (například jogurty či různé nápoje). (ČERVENKOVÁ, 2009)

Jednou z hypotéz vzniku Crohnovy choroby je změněná reakce na tělu vlastní mikroflóru, případně dysmikrobie jako příčina Crohnovy choroby. V každém případě v relapsu idiopatických střevních zánětů dochází ke změně střevní mikroflóry ve srovnání s populací, která netrpí idiopatickými střevními záněty. (KOHOUT et al, 2010, str. 84)

NUTRIČNÍ VÝŽIVA

U onemocnění CD musíme dodržovat dietní opatření. Jelikož organismus při této nemoci je velice oslabený, je nutno mu dodávat chybějící vitamíny, minerály a ionty. Když nemůžeme pacientovi dopomoci dietními opatřeními je nutno začít s umělou výživou. Hodně využíváme parenterální výživu, která většinou je potřeba po dobu 3 týdnů. Enterální výživa přes nasogastrickou či nazojejunální sondu se zde využívá méně. Umělá výživa se využívá u jednoho z projevů CD, a to malnutrice. (LATA et al, 2010), (ČERVENKOVÁ, 2009)

ENTERÁLNÍ VÝŽIVA

Nahrazuje potravu pacientům s dlouhotrvajícím aktivním zánětem. Velikou výhodou oproti parenterální výživě je lepší realizace a méně komplikací. Díky enterální výživě se do těla dostává značná dávka energie, bílkovin, iontů a stopových prvků v podobě tzv. sippingu, který zlepšuje nutriční stav pacienta. Sipping znamená v překladu usrkávání, proto pokud se podává, musí se postupně upíjet, ne vypít najednou. V dnešní době je již několik druhů sippingu ochuceného či neutrálního. My jej můžeme využít dvěma způsoby. Za prvé jako pouhý doplněk stravy, který pacient zvládá většinou dobře, za druhé jako přechod od sondové výživy k dietě.

Jako další druh podání výživy enterálně je přes nasogastrickou sondu. Nasogastrická sonda je zavedena přes ústí nosu až do žaludku. Podávání stravy zde vytváří problém, protože při dlouhodobém zavedení sondy dochází ke komplikacím. Těmi mohou být bolesti při polykání, ucpání sondy výživou, průjmy či zvracení. Nasogastrická sonda může být zavedena pouze na 30 dní, pokud je nutné tento druh enterální výživy dále využívat musí se přejít na podávání pomocí tzv. perkutánní endoskopické gastronomie (PEGu). Dochází při něm k zavedení setu přes stěnu břišní a využívá se pouze tehdy, je-li nutno podávat enterální výživu déle jak 6 týdnů. (KOHOUT et al, 2010), (HOLUBOVÁ et al, 2013)

Jedním z dalších druhů podání výživy je přes nasojejunální sondu. Zavádí se zde sonda přes nos do 1. kličky jejunu za pomoci gastrokopu či tzv. zaplavování. Jedná se o zavádění sondy za pomoci přirozené peristaltiky. Oproti nasogastrické sondě několik výhod. Kupříkladu pacienti nepřestávají mít chuť k jídlu, mohou bez obtíží kombinovat enterální a perorální podávání potravy. Mohou, zde také vzniknou komplikace, jako například neprůchodnost sondy či povyjetí při špatném uchycení sondy. (KOHOUT et al, 2010), (HOLUBOVÁ et al, 2013)

PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA

Parenterální výživa je podání výživných roztoků, minerálů, stopových prvků a vitamínů přímo do krevního řečiště, ve formě cukrů (sacharidů), 10-40% glukosy, tuků – lipidové emulze, bílkovin ve formě aminokyselin. Parenterální výživa se dnes podává nejčastěji systémem „vše v jednom“ (all in one), kdy v jednom vaku jsou smíchány

všechny živiny, minerály a stopové prvky s vitamíny na jeden den. (ANON, 2011, str. 50)

Indikací k podávání parenterální výživy bývá většinou malnutrice nebo-li podvýživa (stav zhoršující průběh CD a vyskytující se přibližně u 80-90% přijatých pacientů), nedostatečný perorální příjem potravy, perforace střeva, pooperační a předoperační příprava. Aplikace parenterální výživy zlepšuje léčbu v akutní fázi onemocnění, a tím zkracuje podávání kortikosteroidů. Výživa se podává přibližně 7 dní pomocí plastové hadičky přímo do periferní žíly. Komplikace, která může vzniknout je katérová sepe. (KOHOUT et al, 2010), (ANON, 2011)

DIETNÍ OPATŘENÍ

Dietní opatření u CD máme dvě. Jedno se využívá, když je onemocnění ve fázi relapsu. Hlavním cílem diety při akutní fázi je dopomoc hojivým procesům a dodání živin, minerálů, stopových prvků a vitamínů, kterých má tělo nedostatek. Dieta se zde podává bezsezbytková, ve které se zcela vyloučí nerozpustná vláknina. Jelikož pacient, jehož střevo je postiženo, nedokáže strávit velké porce, je lepší dávky stravy podávat tak 5 x denně po menších porcích. V tom případě je nutné odkázat pacienta na nutričního terapeuta, který pomůže s úpravou jídelníčku. Ten musí obsahovat hlavně škrob, plnohodnotné bílkoviny, vejce, pokud není intolerance laktózy tak mléčné výrobky, minerály a bílkoviny. V akutní fázi by měli být omezeny tuky. (KOHOUT et al, 2010)

Ve fázi remise se může užívaná dieta podobat racionální. Postupem času je možná snaha dietu převzatou s fáze relapsu normalizovat. Ovšem pořád se musí dodržovat jisté zásady, jako například nejíst jídla, která nadýmají nebo tučná masa. Pacient musí s nutričním terapeutem zhodnotit, která jídla mohou být do jídelníčku zařazena. Sám postupem času přichází na to, která jídla nezpůsobují problémy typu nadýmání, průjemy, bolest či tlak v břiše. Stejně jako u zdravých lidí je nutno dodržovat pitný režim, nepít alkohol a nekouřit. Pokud v období remise tato dieta nezabírá, je nutno přejít na enterální výživu. (KOHOUT et al, 2010)

Potraviny nevhodné při onemocnění CD jsou tučná a smažená masa, měkké salámy, veškerá nadýmavá zelenina a ovoce. Většinou nebývá tolerováno mléko a

veškeré další výrobky z něho a luštěniny. Mělo by se méně užívat koření, které je agresivní a dráždivé. (KOHOUT et al, 2010)

CHIRURGICKÁ LÉČBA

Chirurgická léčba CD nevede k vyléčení nemoci, ale k vyléčení komplikací, které mohou vzniknout. Za cíl této léčby se považuje zmírnění projevů, odstranění komplikací a zlepšení kvality života. Chirurgická léčba se u CD využívá jedině tehdy, když se zjistí, že léčba farmakologická a biologická nezabírají. Zákroky u CD se dělají většinou až tehdy, když se projeví problém. Pokud se objeví v tenkém střevě, je nutné při chirurgickém zákroku odstranit pouze postiženou část, abychom nenarušili výživu střeva. Pokud ovšem je postiženo tlusté střevo, odstraní se postižená část a napojí se na zdravou. Také může být postižena oblast konečníku, a pokud není možno použít chirurgický zákrok, musí chirurg zavést stomii.

Jedním ze zákroků může být například stenóza, která se řeší ileocekální resekcí což je odstranění postižených částí tenkého střeva a následné nové propojení na začátku tlustého střeva. Pokud ovšem dochází k častým resekčním střeva, může nastat tzv. syndrom krátkého střeva. Ve střevě dochází ke vstřebávání živin, a pokud jej zkrátíme, dochází ke stavu, kdy živiny nestačí k dostatečné výživě nemocného. U pacientů s tímto problémem je nutné upravit dietní opatření podáváním enterální či parenterální výživy. (ČERVENKOVÁ, 2009), (ANON, 2011)

Jedním z dalších možných zákroků je strikturoplastika. *Strikturoplastika je zásah při postižení tenkého střeva mnohočetnými krátkými stenózami (do 5 až 7 cm). Operatér stenózu podélně protne a příčně sešije, čímž obnovují velikost střevního průsvitu, aniž by přitom zmenšil plochu tenkého střeva, schopnou vstřebávat živiny.* (ČERVENKOVÁ, 2009, str. 53)

Dalším zákrokem je léčba fistul. U CD se často objevují anální fistuly, Mohou být asymptomatické nebo mají příznaky, které pacienta značně obtěžují, jako například bolest, odtok hnisu z ústí fistuly či teploty. Chirurgicky se nedají fistuly hned po první operaci vyléčit, ale postupem času se dají více operacemi eliminovat. Při operaci se do fistulí zavádějí drény, které se ponechávají poté i několik měsíců. Pokud se po určité době prokáže jen minimální odtok z drénů, je možnost odstranit je úplně. Bohužel však léčba není 100% a dochází často k recidivě. (ANON, 2011), (HORÁK, 2013)

V některých případech se může stát, že je přikročeno k zavedení stomie. Stomie je vyústění orgánu trávicího traktu na povrch těla, a pro pacienta bývá problém si zvyknout a vývod přijmout. (JAHODA, 2011), (HOLUBOVÁ et al, 2013)

PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Tato příprava je zaměřena především na zlepšení výživy a tím zajistit řádného pooperační hojení. Výživu před operací zajišťujeme pacientům, u kterých došlo k váhovému úbytku více než 10% hmotnost za půl roku či pacientům s malnutricí. Za pomoci tzv. BMI (Body mass index) můžeme přijít na důvod snížení hmotnosti. Pokud výsledek bude pod 20,5, představuje tento pacient u operace riziko. Další důležité přípravy před operací zahrnují vyndání umělého chrupu, celkovou hygienu, přípravu operačního pole (oholení místa operace) a bandáže dolních končetin. (KOHOUT et al, 2010), (JIRKOVSKÝ et al, 2012)

Těsně před operací by neměl pacient hladovět, ale naopak by měl dostávat speciální koktejly zamezující operačnímu stresu. Další důležitou informací je, že ženy nesmí podstoupit operaci v době menstruace. Je to z důvodu velké krvácivosti, proto se musí najít jiný termín operace. (ANON, 2011)

POOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Po operaci může pacient již za 2 hodiny přijímat tekutiny. Dochází k měření fyziologických funkcí a sledování operační rány. Pokud byl na operaci dobře připraven jak po stránce výživy, tak kondiční, je pooperační rekonvalescence bez potíží a komplikací. Ještě v den po operaci by měl pacient vstát z lůžka a pomalu začínat chodit. Nemocný dostává léky na bolesti a na urychlení střevních pohybů. Přibližně kolem 5-8 dne se pacient propouští domů. Kolem 8-10 dne se dostaví na ambulanci, kde mu budou odstraněny stehy z rány. Postupně přechází na svou stravu, ale jelikož se tento zákrok hojí poměrně dlouho, neměl by operační ránu jakkoliv zatěžovat. Pokud po operaci pacient zjistí, že rána je špatně zhojená a působí neesteticky, je možné zajít za plastickým chirurgem. Ten po zvážení prohlásí, zda je nutná re-operace, kterou, pokud je schválená, hradí pojišťovna. (ANON, 2011), (JIRKOVSKÝ et al, 2012)

ALTERNATIVNÍ LÉČBA

Byla zjišťována reakce Crohnovy nemoci na podávání marihuany. Prokázány jsou výsledky zvýšení chuti k jídlu, tlumení bolestí a způsobení euforie. Bohužel naopak vznikají nevolnosti a průjmy. Dlouhodobě nebylo přímo prokázáno, zda marihuana léčí CD. (ANON, 2011)

Jedním z dalších možností je lázeňská léčba. Díky celkové relaxaci těla si pacient odpočine a zklidní trávicí trakt. Lázně by měli pacienti navštěvovat pravidelně v klidové fázi onemocnění, protože v akutní fázi by mohly spíše uškodit než pomoci. (ANON, 2011)

KVALITA ŽIVOTA U PACIENTA S CROHNOVOU NEMOCÍ

U pacienta s Crohnovou nemocí dochází k zásadním změnám v životě. Jelikož zdraví dle WHO znamená stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody a nejen jako nepřítomnost nemoci či slabosti, musíme se zaměřit na všechny stránky nemoci a zajistit lepší kvalitu života. Jedním z hlavních a nejdůležitějších vlivů na život s Crohnovou nemocí je aktivita střevního zánětu. Nachází-li se zánět v klidové fázi, nedochází u pacienta k žádným radikálním změnám a zůstává v životě neomezen. Pokud je to naopak, projevují se zde problémy v několika oblastech života. (SVITAKOVA et al, 2014)

Biologická léčba sice zamezí projevy onemocnění, zkracuje dobu hospitalizace a zmenšuje pravděpodobnost chirurgických zákroků, ale pořád jsou zde oblasti, které vyřešit touto cestou nelze.

V oblasti sexuality pacient mívá problémy se snížením libida. Jsou zde bohužel i kosmetické problémy, jako píštěle a abscesy v oblasti konečníku, za které se pacient stydí a nedokáže kvůli nim navázat vztah či se svěřit někomu blízkému. Další psychickou bariérou je zde zavedení stomie. Jelikož je u některých pacientů nutno zavést stomii v rámci léčby, někteří se s tím často neumějí smířit, protože cítí stud a snižuje se jim sebevědomí. V oblasti emocionální může dojít k úzkostem či depresi, které by měl řešit psycholog. V oblasti pracovního zařazení je důležité v anamnéze zjistit, kde pacient pracuje, a pokud se jedná o fyzicky náročnější povolání, tak doporučit změnu práce. V aktivní fázi onemocnění by mu náročné povolání mohlo značně ublížit. U CD je samozřejmě důležité vyhnout se stresu a stresovým situacím, které mohou fyzicky zhoršit stav pacienta. Absolutně by mělo dojít k omezení kouření, které velmi negativně ovlivňuje průběh onemocnění. Co se týká alkoholu, tak ve správné míře nijak špatně neovlivňuje CD, ale je nutno zvážit spojení alkoholu s některými léky, které pacient užívá. (SVITAKOVA et al, 2014), (ANON, 2011)

Vzniká zde problém u žen v oblasti těhotenství. Jelikož CD postihuje ženy v reprodukčním období, je tato komplikace pro ženy velmi nepříjemná. Je velice důležité, aby pacientka společně s partnerem, gastroenterologem a porodníkem posoudili veškerá rizika. Cílem v těhotenství s Crohnovou nemocí je hlavně udržet nemoc stále v klidovém stavu. Pokud na pacientku bude po celou dobu těhotenství dohlížet specialista, mělo by se s největší pravděpodobností narodit zdravé dítě.

Biologická léčba se dá užívat nadále i v těhotenství, jelikož zde nebyla prokázána žádná rizika. Pouze na konci druhého trimestru by se měla přerušit, aby nedošlo ke ztrátě funkce očkování nutných v prvních měsících života dítěte. Pravděpodobnost, že potomek zdědí toto onemocnění, bývá 3x-5x vyšší. (KLENER et al, 2012), (ANON, 2011)

Metody měření kvality života u pacienta s Crohnovou nemocí

Jednou z nejvíce využívaných metod měření kvality života u Crohnovy nemoci je dotazník označen jako Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ). Tento dotazník byl vytvořen na kanadské univerzitě McMaster v roce 1988. Kvalitu života měří ve 4 oblastech života. Jsou to 1. emocionální (např. stres, deprese, náladovost, podrážděnost, strach), 2. sociální (např. práce, společenské závazky, zaměstnání), 3. celkové (např. energie, spánek, únava, váha), 4. střevní (např. bolesti v oblasti břicha, četnosti stolice, krvácení ve stolici). Jedná se o 32 otázek zaměřených na tato témata a hodnocení jednotlivých otázek užívá sedmistupňovou Likertovu škálu. Tato škála vyznačuje průběh nemoci – 1 – velmi těžký průběh až 7 – žádné problémy. Vyhodnocení dotazníku je v rozsahu 32 až 224. Pokud je onemocnění v aktivní fázi je hodnota nižší než 130, a pokud je ve fázi klidové je hodnota vyšší než 170. V roce 1992 se do dotazníku přidali 4 další otázky (dohromady o jednu celou oblast více) a tak činí celkové, střevní, funkční, emocionální a sociální. (SVITAKOVA et al, 2014)

Jedním z dalších dotazníků je World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). Jedná se o dotazník Světové zdravotnické organizace, který se dělí na část, v níž jsou pokládány otázky ohledně kvality života a na část spokojenosti se zdravím. Otázek je 24 a jsou rozděleny do 4 skupin. Oblast fyzická, se zaměřuje na bolesti, energii, pohyblivost a spánek, oblast psychická se zajímá o pacientovo potěšení ze života a soustředění, v oblasti sociální se ptáme na vztahy a sexuální život pacienta a jako poslední se ptáme v oblasti prostředí na finanční situaci či záliby. Hodnotí se 14 dní na pětistupňové škále. (GABALEC et al, 2009)

Dalšími dotazníky užívanými u Crohnovy nemoci jsou hodnocení aktivity nemoci pomocí indexu onemocnění Crohn's Disease Activity Index (CDAI), poté používáme k odlišení od ostatních střevních onemocnění dotazník Rating Form of IBD Patient Concerns (RFIPC) a jako poslední užíváme dotazník Health Related Quality of Life (HRQoL), který se zabývá léčbou, úrazy a vedlejšími účinky při nemoci.

(SVITKOVÁ et al, 2014), (GABALEC et al, 2009), (BY THE CROHN'S
COMMUNITY FOT THE CROHN'S COMMUNITY, 2015)

2. OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA U PACIENTA S CROHNOVOU NEMOCÍ

V praktické části práce byl zpracován ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou nemocí. Vypracování ošetrovatelského procesu proběhlo na oddělení Pediatrické kliniky v Motole. Sběr údajů týkajících se pacienta byl sepsán dle modelu Marjory Gordon. Dle NANDA I taxonomie II 2015-2017, byly stanoveny potencionální a aktuální ošetrovatelské diagnózy na základě zjištěných ošetrovatelských problémů. Ošetrovatelské diagnózy byly poté sestaveny dle priority. Byl vytvořen plán ošetrovatelské péče, který byl v závěrečné části práce vyhodnocen. Zdrojem informací bylo pozorování, rozhovor s pacientem a rodinou a ošetrovatelská dokumentace. Pacientův zákonný zástupce byl ochoten spolupracovat a souhlasil s uvedením údajů v této bakalářské práci.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: X. Y.	Pohlaví: Muž
Datum narození: 2003	Věk: 14
Adresa bydliště a telefon: X. Y.	
Adresa příbuzných: X. Y.	
ŘČ: 03.....	Číslo pojišťovny: 207
Vzdělání: Základní škola	Zaměstnání: Nezaměstnaný
Stav: Svobodný	Státní příslušnost: Česká
Datum přijetí: 08.12.2017	Typ přijetí: Léčebný
Oddělení: Pediatrická klinika	Ošetřující lékař: MUDr. X. Y.

Důvod přijetí udávaný pacientem: „Jdu na nějakou operaci“

Medicínská diagnóza hlavní: K508 Crohnova nemoc

Medicínská diagnóza vedlejší: M0745 Artropatie při Crohnově nemoci, pánevní krajina a stehno

D509 Anemie z nedostatku železa NS

HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠTĚNÉ PŘI PŘÍJMU dne 08.12.2017

TK: 126/77 mmHg	Výška: 158 cm
P: 104/ min	Hmotnost: 42,9 kg
D: 18/ min	BMI: 17,2
TT: 36,7	Pohyblivost: Neomezena
Stav vědomí: Při vědomí	Orientace místem, časem, osobou: Orientována
Řeč, jazyk: český, plynulý	Krevní skupina: Nebyla zjišťována

Nynější onemocnění: 14,5 letý chlapec se základní diagnózou m. Crohn, v anamnéze artropatické obtíže predilekčně v kyčelních kloubech bilat. cca od roku 2014, nyní přijat ke kontrolní endoskopii před zvažovaným zahájením biologické léčby. T. č. bez gastrointestinálních obtíží, bez průjmu, stolice 1x denně až obden, bolest břicha neguje. Stěžuje si na zhoršení bolestí kyčlí a kolen, hlavně při pohybu. Zhoršení bolestí kloubů hlavně v posledních 2 měsících. V poslední době nestonal, bez horečky.

Informační zdroje: pacient, ošetřovatelská dokumentace, rodina

ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: (43 let) se léčí s hypofunkcí štítné žlázy, na substituční terapii, matčina matka hypofunkce štítné žlázy, matčin otec Ca prostaty, bratr matky zdrav

Otec: (47 let) se léčí na varixy DKK, M. Scheuerman, insuficience kardiie oesophagu, otcova matka varixy DKK, st.p, plicní embolií (ve 42-3 letech), chronická tyreoiditída autoimunitního systémového onemocnění – antifosfolipidový sy v terapii

Sourozenci: bratr (10 let), rehabilitace pro pomalejší PMV, nyní zcela bez obtíží

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonaná a chronická onemocnění: do AT častější záněty HDC, varicella ano v 1 roce

Hospitalizace: v roce 2005 extrakce zubu v CA ve 2 letech, v roce 2008 adenotomie, v roce 2014/7 endoskopie k potvrzení dg. m. Crohn, patologie se změnami typ.pro m. Crohn, taktéž endoskopický nález, v roce 2014/8 úprava terapie m. Crohn, v roce 2016/11 kontrolní endoskopické vyšetření, susp. apendicitida – atb (ciprofloxacin, metronidazol), v roce 2017/2 zhoršení bolestí v kyčelních kloubech – na základě konzultace stavu s revmatologem stav hodnocen jako v.s., artropatie při IBD – zahájena terapie Sulfasalazinem, podán Venofer, v roce 2017/3 hospitalizace na klinice pro susp. neuroinfekci – nepotvrdila se

Operace: 2008 AT v 5-6 letech

Úrazy: 0

Transfúze: 0

Očkování: řádně dle kalendáře + HAV

LÉKOVÁ ANAMNÉZA (CHRONICKÁ MEDITACE)

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Sulfasazalin K-EN	Tbl.	500 mg	2x denně	Antirheumatica
Puri-Nethol	Tbl.	50 mg	1x denně	Cytostatika

Prosulpin	Tbl.	10 mg	1x denně	Antipsychotikum
Ibalgín	Tbl.	400 mg	2x denně	Analgetikum

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Léky: nejuje

Potraviny: nejuje

Chemické látky: nejuje

Jiné: nejuje

ABÚZY

Alkohol: nejuje

Kouření: nejuje

Káva: nejuje

Léky: nejuje

Jiné návykové látky: nejuje

UROLOGICKÁ ANAMNÉZA U MUŽŮ

Překonaná urologická onemocnění: 0

Samovyšetření varlat: neprovádí

Poslední návštěva urologa: zatím nebyl

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: Základní škola – 8. třída

Pracovní zařazení rodičů: matka – účetní, otec – soft. konzultant, fotograf

Vztahy v rodině: dobré

Ekonomické podmínky: bydlí v bytě

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiózní praktiky: nevěřící

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU PŘI PŘIJMU dne 8.12.2017

Vyšetření systému	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	<i>„Hlava ani krk mě nebolí“</i>	-hlava mezocefalická -na poklep nebolestivá -zornice irozkorické -spojivky růžové -oči, nos, uši bez sekrece -sluch bez obtíží -jazyk plazí, vlhký - hrdlo klidné -tonzily nezvětšeny -štítná žláza nehmatná
Hrudník a dýchací systém	<i>„Dýchá se mi dobře“</i>	-hrudník souměrný bez deformit -dýchání čisté sklípkové -dechová frekvence 18/min

		-saturace bez podaného kyslíku 98%
Srdeční a cévní systém	<i>„Nic u srdce mě nebolí“</i>	-srdeční akce pravidelná -pulz dobře hmatný 104/min -krevní tlak 126/77
Břicho a gastrointestinální trakt	<i>„Nebolí“</i>	-břicho v niveau -měkké, volně prohmatné, palpačně nebolestivé -játra nezvětšená -slezina nehmatná -per os příjem tolerován
Močový a pohlavní systém	<i>„Když jdu na záchod nic mě nebolí“</i>	-genitál mužský -bez patologie a deformit -obtíže s vyprazdňováním nejsou -moč světlá, bez příměsí
Kosterní a svalový systém	<i>„Kosti mě nebolí“</i>	-bez deformit -chůze neomezená -DKK bez otoků -zakřivení páteře ve fyziologickém postavení -klouby bez deformit
Nervový a smyslový	<i>„Nevím“</i>	-plně orientován, místem

system		časem, osobou, při vědomí -spolupracuje -komunikace bez obtíží
Endokrinní systém	„Nevím“	-štítná žláza nezvětšena - palpačně bez bolestí
Imunologický systém	„V pořádku“	-alergie nejuje -lymfatické uzliny nezvětšeny - TT 36,7 °C
Kůže a její adnexa	„Žádné problémy“	-kůže čistá, bez defektů - svalový tonus přiměřený -nehty čisté, zastřižené -dekubity nepřítomné

MEDICÍNSKÝ MANAGMENT

Ordinovaná vyšetření: 0

Výsledky: 0

Konzervativní léčba:

Dieta: 13/1 Strava větších dětí

Výživa: per os

Pohybový režim: možný volný pohyb po oddělení

RHB: 0

Medikamentózní léčba:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Sulfasazalin K-EN	Tbl.	500 mg	2x denně	Antirheumatica
Puri-Nethol	Tbl.	50 mg	1x denně	Cytostatika
Prosulpin	Tbl.	10 mg	1x denně	Antipsychotikum
Ibalgin	Tbl.	400 mg	2x denně	Analgetikum

- Subkutánně: Hummira celkem 160 mg ve 4 injekcích (levá a pravá paže, levé a pravé stehno)

Aktivity denního života

	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Stravování a příjem tekutin	<i>„Jím čtyřikrát denně. Dodržuji pitný režim (1 litr/den)“</i>	Dieta 13/1 strava větších dětí. Pacient má BMI snížené 17,2. Při hospitalizaci pije dostatečně. Léky užívá bez obtíží.
Vylučování moče a stolice	<i>„Bez problémů si dojdu na záchod. Nemám žádné bolesti.“</i>	Sledován denní příjem 8.12. 1600 ml/24 hodin a výdej 1400ml. Stolice odchází bez obtíží.
Spánek a bdění	<i>„Bez mámy se mi špatně spí“</i>	Pacient má obtíže usnout bez rodičů.
Aktivita a odpočinek	<i>„Když jsem doma hraju fotbal. V nemocnici je to dlouhé proto mám tablet a hraju hry“</i>	Pohybový režim neomezený po oddělení. Rehabilitaci nemá. Převážně je na pokoji na tabletu.

Hygiena	<i>„Zvládám se umýt sám. Sprchuji se každý den večer nebo po fotbale“</i>	Pacient je v oblasti hygieny zcela soběstačný.
Soběstačnost	<i>„Zvládám všechno sám“</i>	Pacient je plně soběstačný. Barthelův test základních všedních činností 100 bodů.

**UTŘÍDENÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II PŘI
PŘIJMU dne 8.12.2017**

<p>1. Podpora zdraví</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uvědomování si zdraví - Management zdraví 	<p>Subjektivně: <i>„Vím o své nemoci a rodiče mě podporují“</i></p> <p>Objektivně: Pacient spolupracuje, k nemoci se staví zodpovědně. Jinak se cítí dobře, občas mívá problémy s depresemi z nemoci, které se neustále vracejí.</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>2. Výživa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Příjem potravy - Trávení - Vstřebávání - Metabolizmus - Hydratace 	<p>Subjektivně: <i>„Jím bez problémů čtyřikrát denně. Vypiju tak litr denně šťávy nebo minerálky.“</i></p> <p>Objektivně: Pacient přijímá potravu per os, dieta č.13/1 strava větších dětí. Pitný režim dodržuje. Trávení bez obtíží. BMI má 17,2, ale sníženým příjmem potravy netrpí. Hydratace v normě.</p>

	<p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <ul style="list-style-type: none"> - Funkce močového systému - Funkce gastrointestinálního systému - Funkce kožního systému - Funkce dýchacího systému 	<p>Subjektivně: „Na záchod chodím sám. Nemám žádné bolesti při čůrání. I na velkou chodím bez problémů. Suchou kůži nemám a dýchá se mi dobře.“</p> <p>Objektivně: Pacient má stolicí pravidelnou, bez příměsí či zápachu. Netrpí zácpou ani průjmy. Močí spontánně. Moč bez příměsí, barva a zápach v normě. Měřena bilance tekutin za 24 hodin 1600 ml příjem a 1400 ml výdej.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spánek, odpočinek - Aktivita, cvičení - Rovnováha energie - Kardiovaskulární-pulmonální reakce - Sebepéče 	<p>Subjektivně: „Špatně se mi usíná. Dříve jsem nemohl spát vůbec, měl jsem noční můry, které mě pořád budily. Tady v nemocnici mi vadí neustálý hluk.“</p> <p>Objektivně: Pacient má problémy s usínáním, chybí mu přítomnost rodičů. Doma hraje aktivně fotbal. Sebepéči zvládá sám.</p> <p>Ošetrovatelský problém: nespavost, narušený vzorec spánku</p> <p>Priorita: nespavost – nízká, narušený vzorec spánku - nízká</p>
<p>5. Percepce/kognice</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pozornost 	<p>Subjektivně: „Vím, že jsem v nemocnici, ale nebaví mě to tu.“</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Orientace - Kognice - Komunikace 	<p>Objektivně: Pacient je pozorný, orientován místem, časem i osobou. Chápe své onemocnění, spolupracuje, má snahu. Je komunikativní a družný s ostatními dětmi.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>6. Sebepercepce</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sebepečetí - Sebeúcta - Obraz těla 	<p>Subjektivně: „Mamka je pořád kvůli mně smutná, že jsem nemocný. Mám strach, že nikdy nebudu zdravý.“</p> <p>Objektivně: Pacient si uvědomuje celou situaci. Spíše ho trápí, že je maminka smutná, než že je on sám nemocný. Rád by byl doma, ale hospitalizaci přijímá, jako nutné opatření.</p> <p>Ošetrovatelský problém: beznaděj, riziko chronicky nízké sebeúcty</p> <p>Priorita: beznaděj – nízká, riziko chronicky nízké sebeúcty - nízká</p>
<p>7. Vztahy mezi rolemi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Role pečovatelů - Rodinné vztahy - Plnění rolí 	<p>Subjektivně: „Chodí sem za mnou mamka a procházíme se po oddělení a povídáme si. S rodičema jsem rád. Táta nemá tolik času, hodně pracuje.“</p> <p>Objektivně: Pacient bydlí v bytě 3 + 1 s rodiči. Vztahy v rodině jsou v pořádku. Rodina je mu velkou oporou. Během hospitalizace za ní pravidelně dochází matka a aktivně se o něj zajímá ve všech ohledech. Otec je s ním v kontaktu přes telefon.</p>

	<p>Ošetřovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>8. Sexualita</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexuální funkce - Reprodukce 	<p>Subjektivně: „<i>Nevím co to je</i>“</p> <p>Objektivně: Pacient zatím nežije sexuálním životem.</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>9. Zvládání/tolerance zátěže</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posttraumatické reakce - Reakce na zvládání zátěže - Neurobehaviorální stres 	<p>Subjektivně: „<i>Bojím se, že už se nevyléčím</i>“</p> <p>Objektivně: Pacient má strach z nemoci, ale je smířený se svou situací. Díky podpoře rodiny vše lépe zvládá.</p> <p>Ošetřovatelský problém: úzkost, strach, riziko bezmocnosti</p> <p>Priorita: úzkost – nízká, strach – nízká, riziko bezmocnosti - nízká</p>
<p>10. Životní principy</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hodnoty - Přesvědčení - Soulad hodnot/ přesvědčení /jednání 	<p>Subjektivně: „<i>Nejdůležitější jsou pro mě rodiče.</i>“</p> <p>Objektivně: Pacient a celá rodina jsou nevěřící. Ohledně hodnot zatím nemá vytříbený názor. Teď se o to nezajímá.</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>11. Bezpečnost – ochrana</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infekce - Fyzické poškození - Násilí 	<p>Subjektivně: „<i>Cítím se dobře, sice bych byl radši doma, ale co se dá dělat.</i>“</p> <p>Objektivně: Pacient je bez známek infekce.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Environmentální rizika - Obranné procesy - Termoregulace 	<p>Teplota byla naměřená 36,7°C.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>12. Komfort</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tělesný komfort - Komfort prostředí - Sociální komfort 	<p>Subjektivně: „Necítím se tu dobře, protože jsem tu sám. Naštěstí sem chodí mamka. Bolesti žádné nemám.“</p> <p>Objektivně: Pacient je bez bolestí. Necítí se dobře v nemocničním prostředí z důvodu absence rodičů přes noc.</p> <p>Ošetrovatelský problém: zhoršený komfort, riziko osamělosti, sociální izolace</p> <p>Priorita: zhoršený komfort – nízká, riziko osamělosti – nízká, sociální izolace - nízká</p>
<p>13. Růst/vývoj</p> <ul style="list-style-type: none"> - Růst - Vývoj 	<p>Subjektivně: „Vždycky jsem byl hubený, ale jedl jsem vždycky normálně, tak nevím proč.“</p> <p>Objektivně: Pacient neměl nikdy problémy s růstem či vývojem. BMI má snížené 17,2. Je pohublý.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>

SITUAČNÍ ANALÝZA

Chlapec ve věku 7 let, byl 08.12.2017 v 11:30 přijat k hospitalizaci na oddělení Pediatrické kliniky pro podání první dávky biologické léčby – Adalimumab (Humira) Pacient má Crohnovu nemoc společně s arthropatií v pánevní krajině a stehnu a s anémií z nedostatku železa. Crohnova nemoc mu byla diagnostikována v roce 2014. Pacient byl seznámen s oddělením, domácím řádem a byl mu přiložen identifikační náramek. Matka podepsala souhlas s hospitalizací. Pacient je při vědomí, orientován a spolupracuje. Krevní tlak je 126/77, pulz zvýšený 104/min., tělesná teplota 36,7°C, saturace 98%, dech pravidelný 18/min. Pacient je hubený 42,90 kg na 158 cm. Udává, že s jídlem problémy nemá. Hygienickou péči zvládá pacient sám. Na návštěvu za pacientem pravidelně dochází matka. V den hospitalizace byla měřena bilance tekutin s příjmem 1600 ml a výdejem 1400 ml. Během dne hraje hry nebo se prochází s matkou po oddělení. Pacient udává strach z nevyлéčení. Má problémy s usínáním a s hlukem v nemocnici. Došlo k aplikaci Hummiry 160 mg ve 4 injekcích. Po aplikaci léku, dle ordinace lékaře, měl pacient 2 hodiny klid na lůžku. Po skončení 2 hodin možný pohyb po oddělení. Druhý den bez negativní reakce, pacient propuštěn s rodinou domů.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II 2015-2017 A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I Taxonomie II 2015-2017. Diagnózy jsou rozděleny na aktuální a potencionální.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

00095 NESPAVOST

UZ (určující znaky): změny ve vzorci spánku, potíže s usínáním, narušení spánku, což se projevuje následující den

SF (související faktory): deprese, environmentální faktory (např. okolní hluk, vystavení dennímu světlu/tmě, okolní teplota/vlhkost, neznámé prostředí), strach, tělesný diskomfort

00198 NARUŠENÝ VZOREC SPÁNKU

UZ: změna normálního vzorce spánku, potíže s usínáním, nespokojenost se spánkem

SF: okolní bariéry (např. okolní hluk, vystavení dennímu světlu/tmě, okolní teplota/vlhkost, neznámé prostředí),

00214 ZHORŠENÝ KOMFORT

UZ: změněný vzorec spánku, úzkost, nespokojenost se situací, strach, pocit diskomfortu, nelehkost situace

SF: škodlivé stimuly prostředí, léčba

00146 ÚZKOST

UZ: behaviorální: obavy ze změny v životě, emoční: úzkostlivost, strach, lítostivost, bezradnost, nejistota, obavy, Nervus sympathicus: zrychlený pulz, Nervus parasympathicus: změna vzorce chování

SF: Úzkost v rodinné anamnéze, stresory

00148 STRACH

UZ: znepokojení, snížená sebejistota, pociťuje strach, pociťuje obavy

SF: stimuly navozující fobii, neznámé prostředí

00053 SOCIÁLNÍ IZOLACE

UZ: nemoc, neschopnost naplnit očekávání druhých,

SF: změny duševního stavu

00124 BEZNADĚJ

UZ: změněný vzorec spánku, sklíčenost ve slovním projevu
(např. „nemůžu“, povzdechy)

SF: sociální izolace

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

00054 RIZIKO OSAMĚLOSTI

RF: citové strádání, duševní strádání, sociální izolace

00224 RIZIKO CHRONICKY NÍZKÉ SEBEÚCTY

RF: psychiatrická porucha, duchovní nesoulad

00152 RIZIKO BEZMOCNOSTI

RF: úzkost, nemoc, nízká sebeúcta, nepředvídatelný průběh nemoci

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOZA:

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

NARUŠENÝ VZOREC SPÁNKU

Kód: 00198

Doména: 4 – Aktivita/odpočinek

Třída: 1 – Spánek/odpočinek

Definice: Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů

Určující znaky: změna normálního vzorce spánku, potíže s usínáním, nespokojenost se spánkem

Související faktory: okolní bariéry (např. okolní hluk, vystavení dennímu světlu/tmě, okolní teplota/vlhkost, neznámé prostředí),

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: Pacient má zlepšený spánek do konce hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacient spí přes noc alespoň 7 hodin

Očekávané výsledky:

Pacientovi bude zajištěno klidné prostředí, tma, svěží vzduch, soukromí, vhodná příkrývka, upravené lůžko – do 30 minut

Pacient se po probuzení bude cítit odpočatý – do 15 minut po probuzení

Pacient chápe příčiny, které způsobují poruchy spánku – po rozhovoru se sestrou

Ošetrovatelské intervence:

Zjistí příčiny poruchy spánku – všeobecná sestra – do 2 hodin.

Zjistí průměrnou délku spánku pacienta – všeobecná sestra – do 2 hodin.

Udržuj klidné a tiché prostředí po dobu spánku pacienta – všeobecná sestra – do 1 hodiny

Zařid' pacientovi svěží vzduch, tmu, soukromí a vhodnou úpravu lůžka – všeobecná sestra – do 30 minut

Zajímej se o subjektivní pocity pacienta – všeobecná sestra – do 30 minut

Umožni pacientovi činnosti před spaním, na které je zvyklý – všeobecná sestra – do 30 minut

Odstraň příčiny, které pacientovi brání v usínání – všeobecná sestra – do 30 minut

Při stálých obtížích s usínáním informuj lékaře – všeobecná sestra – do 30 minut

Realizace: U pacienta jsem zjistila příčiny poruchy spánku a průměrnou délku spánku (7 hodin do úplného odpočinku). Přes den jsme s ostatními sestrami pacienta aktivizovaly hraním her, komunikací s pacientem a návštěvami matky. Před spánkem jsem pacientovi zajistila klidné prostředí, vhodnou úpravu lůžka, nechala otevřené dveře a vyvětrala jsem. Zjistila jsem od pacienta jeho návyky před spaním a vyslechla jeho subjektivní pocity.

Hodnocení: Dlouhodobý cíl splněn, pacient spal do konce hospitalizace bez obtíží. Krátkodobý cíl splněn, pacient při dodržení všech návyků z domova usnul bez obtíží.

STRACH

Kód: 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: znepokojení, snížená sebejistota, pociťuje strach, pociťuje obavy

Související faktory: stimuly navozující fobii, neznámé prostředí

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient nepociťuje strach do konce hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacient se nebojí do 2 hodin

Očekávané výsledky:

Pacient si uvědomí příčiny strachu do 2 hodin

Pacient se snaží eliminovat zdroj strachu do 2 hodin

Pacient se naučí vhodné techniky zvládnání strachu do 2 hodin

Ošetrovatelské intervence:

Sleduj pacientovy reakce na situaci strachu, „ztuhnutí hrůzou“, neschopnost pohybu a jakékoliv činnosti - do 3 hodin – všeobecná sestra

Sleduj verbální a neverbální reakce pacienta na strach a jejich vzájemnou shodu – do 3 hodin – všeobecná sestra

Buď pacientovi oporou – vždy – všeobecná sestra

Mluv na pacienta zřetelně, jasně a buď trpělivá – vždy – všeobecná sestra

Pobízej pacienta, aby vyjádřil své pocity – vždy – všeobecná sestra

Snaž se pacienta zabavit, aby se odpoutal od zdroje strachu – vždy – všeobecná sestra

Realizace: U pacienta jsem vypožorovala reakce na situaci strachu. Byly zjištěny tělesné projevy strachu spojené s vitálními funkcemi. Pacient má strach z nevyhlášení a

z přespání v nemocnici bez svých rodičů. S pacientem jsem komunikovala jasně, zřetelně a byla jsem vždy trpělivá. Pobízela jsem ho k vyjádření svých pocitů. Aktivizovala jsem pacienta komunikací, hraním her a návštěvami rodičů.

Hodnocení: Dlouhodobý cíl nesplněn, pacientův strach převažoval i po ukončení hospitalizace. Krátkodobý cíl splněn částečně, pacient po aktivizaci neprojevoval známky strachu, ovšem večer před spaním se strach zase vrátil. Pokračující intervence: 3, 4, 5, 6.

Potencionální diagnózy:

RIZIKO BEZMOCNOSTI

Kód: 00152

Doména: 9 Zvládání/tolerance zátěže

Třída: 2 Reakce na zvládání zátěže

Definice: Náchylnost k prožití zkušenosti nedostatečné kontroly nad situací, včetně vnímání, že vlastní činnost nemá významný vliv na výsledek, který může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory: úzkost, nemoc, nízká sebeúcta, nepředvídatelný průběh nemoci

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient neprokazuje známky bezmocnosti do konce hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacient se nebude cítit bezmocný do 3 hodin

Očekávané výsledky:

Pacient verbalizuje zlepšení nad kontrolou a ovlivňování svého zdravotního stavu do 3 hodin

Pacient se aktivně začne podílet na péči, vyjádří subjektivní pocity a projeví zájem do 3 hodin

Ošetrovatelské intervence:

Pozoruj pacientovy subjektivní pocity, strach, děs, apatii – do 2 hodin – všeobecná sestra

Informuj a zapoj do péče pacientovy rodiče – do 2 hodin – všeobecná sestra

Zjisti, jak pacient pociťuje vzniklou situaci (hospitalizaci, léčbu) – do 2 hodin – všeobecná sestra

Aktivizuj pacienta během hospitalizace – vždy – všeobecná sestra

Dodávej pacientovi naději a podporu – vždy – všeobecná sestra

Realizace: U pacienta jsem vyzozorovala subjektivní pocity bezmocnosti. Pacient se cítí bezmocně z důvodu strachu z nevytčení. Informovala jsem pacientovy rodiče. Snažili se mu být oporou při každé návštěvě. Pacient špatně snáší hospitalizaci bez rodičů, ale uvědomuje si, že léčba je nutná. Během hospitalizace jsem pacientovi dodávala naději a podporovala jsem ho v další léčbě.

Hodnocení: Dlouhodobý cíl splněn, pacient po vysvětlení veškeré léčby se do konce hospitalizace cítil nadějněji. Krátkodobý cíl splněn, pacient se přestal cítit bezmocně po aktivizaci a vysvětlení léčby a nutnosti hospitalizace.

2.1 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

7letý pacient byl přijat 08.12.2017 na oddělení Pediatrické kliniky Praze. Byl přijat pro změnu léčby Crohnovy nemoci. Došlo k aplikaci Humiry 160 mg ve 4 injekcích (biologické léčby) do levé a pravé paže a levého a pravého stehna. Pacient byl orientován místem, časem i osobou.

Při příjmu byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy v oblasti aktivity/odpočinku, zvládání/tolerance zátěže, komfort a sebepercepce. Plán ošetrovatelské péče byl rozpracován u tří ošetrovatelských diagnóz. U nich byly stanoveny dlouhodobé a krátkodobé cíle, výsledná kritéria, ošetrovatelské intervence, realizace a hodnocení.

Realizace ošetrovatelské péče probíhala 08.-09.12.2017 mnou či jinými všeobecnými sestrami. Hodnocení bylo provedeno poslední den hospitalizace 09.12.2017.

Pacient měl problém s hospitalizací z důvodu odchodu rodičů. Cítil se smutný a sám. Rodiče za ním docházeli na návštěvy a dodávali mu naději a byli mu oporou. Aktivně se zapojoval do léčby a dobře reagoval na podanou látku. Některé z cílů byly splněny. Pacient neměl narušený vzorec spánku, nespavost a zhoršený komfort. Ostatní cíle vzhledem ke stavu pacienta byly splněny částečně či nesplněny vůbec. Pacient nadále cítil úzkost, strach a beznaděj i po ukončení hospitalizace.

2.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Crohnova nemoc se v dnešní době vyskytuje velice často, proto jsem shrnula veškerá opatření, která jsou určena pro pacienta, jeho rodinu a zdravotnický personál. Léčba Crohnovy nemoci je dlouhodobá, komplikovaná a nevyzpytatelná, a proto je důležité dodržovat určité kroky, které dopomohou léčbě a kvalitě života.

Doporučení pro pacienta

- Dodržovat dietní režim spojený s nemocí
- Dodržovat postupy a rady ošetřujícího personálu a lékařů
- Pečovat dostatečně o hygienu, vyhýbat se stresu, odpočívat a pečovat o sebe
- Navštěvovat občanská sdružení pacientů s IBD

Doporučení pro ošetřující personál

- Vzdělávat se a získávat nové informace o Crohnově nemoci
- Získat pacientovu důvěru, být empatická, trpělivá a ohleduplná
- Dostatečně informovat pacienta s rodinou o Crohnově nemoci, příznacích, příčinách, diagnostice a léčbě
- Podporovat a dbát na psychiku pacienta
- Naslouchat a dbát na prostor pro pacientovy otázky

Doporučení pro rodinu pacienta

- Podporovat, motivovat a být oporou pro pacienta
- Aktivně se zajímat o pacientův zdravotní stav a jeho pokroky
- Být trpělivý, loajální a zapojit se při dodržování dietního režimu pacienta

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce je představit Crohnovu nemoc, její příčiny, příznaky, diagnostiku a léčbu. V dnešní době se toto onemocnění vyskytuje stále častěji, a proto je důležitá včasná diagnostika a empatický přístup k pacientovi. Je důležité, aby mu byly podány dostatečné a přesné informace o nemoci a dalším postupu léčby. Výhodou v dnešní době je vytvoření sdružení pro pacienty s IBD, kde mají možnost setkat se s lidmi se stejným onemocněním. Vzniklo roku 2008 a v úplných začátcích dopomohla pracovní skupina lékařů pro idiopatické střevní záněty.

Teoretická část bakalářské práce je souhrn informací o Crohnově nemoci. Jsou zde sepsány její projevy, příčiny, diagnostika a léčba, uvedeny i možné komplikace, které se mohou objevit.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na dětského pacienta s Crohnovou nemocí. Je zde rozpracován ošetrovatelský proces dle koncepčního modelu Marjory Gordonové. Proces byl vypracován první den hospitalizace a ošetrovatelské diagnózy byly sestaveny dle NANDA I Taxonomie II 2015-2017. Jsou zde sepsány aktuální a potenciaální diagnózy dle priorit. Detailněji jsou popsány dvě aktuální diagnózy a jedna potenciaální. Závěrem praktické části je doporučení pro praxi jak pro ošetrující personál, tak i pro pacienta a jeho rodinu.

Cíle bakalářské práce byly splněny

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANON, 2011. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat*. Praha: Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty. ISBN 978-80-905120-0-9.
- BY THE CROHN'S COMMUNITY FOR THE CROHN'S COMMUNITY, 2015, *Book for Crohn's*. ISBN: 1500601691
- ČERVENKOVÁ, R., 2009. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-600-7.
- DÍTĚ, P., et al, 2011. *Farmakoterapie v gastroenterologii*. Praha: Galén. ISBN:978-80-7262-704-2
- ELIŠKOVÁ, Z., 2011. *Přehled anatomie*. Druhé vydání. Praha: Galén, Karolinum. ISBN 978-80-7262-612-0.
- HOLUBOVÁ, A., NOVOTNÁ H. a MAREČKOVÁ J., 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2806-6.
- HORÁK, L., SKŘIČKA, T., ŠLAUF, p., ÖRHLAMI, J. a kol., 2013. *Praktická proktologie*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3595-5.
- JAHODA, D., c2012. Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou. Vysoká škola zdravotnická: Podklady k výuce [online]. Intranet Vysoké školy zdravotnické. Dostupné na intranetu Vysoké škol zdravotnické z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/9.3%20Diagnostika.aspx>
- JIRKOVSKÝ, D. a HLAVÁČOVÁ, M., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-13-3.
- KLENER, P. a kol., 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-246-1986-6.
- KOHOUT, P., 2010. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-872-5008-2.
- LATA, J., BUREŠ, J. a VAŇÁSEK, T. a kol., 2010. *Gastroenterologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

NEVORAL, J., et al, 2013. *Praktická pediatrická gastroenterologie, hepatologie a výživa*. Praha: Mladá fronta. ISBN: 978-80-204-2863-9

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

SVITKOVSKÁ, V. et al., 2014. *Kvalita života s Crohnovou nemocí*. Sestra, 5(12). ISSN 1210-0404.

ŠPIČÁK, J., et al, 2017. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii II*. Praha: Grada. ISBN:978-80-271-0318-8

TONY, C. K., et al, 2017. *Urgentní gastroenterologie*. Praha: Grada. ISBN:978-80-271-0157-3

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2002. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-70-8.

ZBOŘIL, V., et al, 2012. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha: Mladá fronta. ISBN: 978-80-204-2656-7

PŘÍLOHY

Příloha A – Rešeršní protokol.....	I
Příloha B – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	II



OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CROHNOVOU NEMOCÍ

Klíčová slova:

Crohnova nemoc, gastroenterologie, ošetrovatelský proces, ošetrovatelská péče
(Crohn's disease, gastroenterology, nursing care, nursing process)

Rešerše č. 22/2017

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 40 záznamů (vysokoškolské práce – 4, knihy – 17, ostatní – 19)
Časové omezení:	2008 - současnost
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Druh literatury:	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	23. 9. 2017

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- Discovery systém Summon

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelská kazuistika u pacienta s Crohnovou nemocí“ v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

Jarmila Hadačová