

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra



Šárka Krejčí, Dis.

Ošetrovatelský proces u klienta s Crohnovou chorobou

Treatment of a client suffering from Crohn's disease

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Hejtmánková

Praha, 2016

Prohlašuji

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 4. 4. 2016

ŠÁRKA KREJČÍ, DiS.

.....

Identifikační záznam

KREJČÍ, Šárka. *Ošetrovatelská péče u klienta s Crohnovou chorobou. [Treatment of a client suffering from Crohn's disease]*. Praha, 2016. 51 s., 4 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Hejtmánková, Lenka.

Poděkování

Velmi ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Lence Hejtmánkové, za ochotu, pomoc, nadstandardně rychlou komunikaci, vstřícnost při konzultacích a v neposlední řadě za trpělivost.

Chtěla bych poděkovat své rodině a kolektivu přátel za milý přístup a velikou podporu během celého studia.

Abstrakt

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma Ošetrovatelský proces u klienta s Crohnovou chorobou. Skládá se ze dvou částí. V první z nich je popsána Crohnova choroba z hlediska historie, výskytu nemoci, příznaků, léčby, vlivu onemocnění na plodnost až po novinky v léčbě. Ve druhé části je popsán život s Crohnovou chorobou a komplikacemi, které klientku postihly. Cílem této práce bylo porozumět problémům a individuálním potřebám jedince trpící Crohnovou chorobou. Snažila jsem se o zachycení pacientova života od prvních příznaků nemoci až k jeho aktuálnímu stavu. K vyhodnocení jsem zvolila kvalitativní výzkum, který probíhal formou rozhovoru a byl vázán na ošetrovatelský model Marjory Gordon. Hlavním zjištěním bylo, že Crohnova choroba a související komplikace mají vliv nejen na fyzickou stránku, ale i na sociální a psychický stav klientky. Kvůli neustálým komplikacím spojených s jejím onemocněním trpí pacientka sníženým sebevědomím a pocitem méněcennosti.

Klíčová slova

Crohnova choroba, chronické zánětlivé onemocnění, tenké střevo, tlusté střevo

Abstract

The topic I chose for my bachelor thesis is the treatment of a client suffering from Crohn's disease. It consists of a theoretical and an empirical part. The theoretical part describes Crohn's disease including its history, occurrence, symptoms, treatment, impact on fertility and new findings connected to its treatment. The empirical part contains qualitative research in the form of a case study. The aim of the bachelor thesis was understanding the individual needs of a patient suffering from Crohn's disease. The case study describes the life of a woman from when the first symptoms were found till the present day. I found that the disease affects not only the physical but also the psycho-social aspect of the patients, which is often forgotten.

Key words

Crohn's disease, chronic inflammatory diseases, small intestine, large intestine

Obsah

TEORETICKÁ ČÁST	10
1. CROHNOVA CHOROBA.....	10
2. HISTORIE CROHNOVY NEMOCI.....	11
3. VÝSKYT CROHNOVY CHOROBY	12
4. PŘÍČINY VZNIKU CROHNOVY CHOROBY.....	13
5. PŘÍZNAKY	14
6. DIAGNOSTIKA	15
6.1. Anamnéza	15
6.2. Fyzikální vyšetření	15
6.3. Laboratorní vyšetření	15
6.4. Endoskopické vyšetření	15
6.5. Radiologické vyšetření.....	16
6.6. Histologické vyšetření.....	17
6.7. Diferenciální diagnostika.....	17
7. PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ	18
8. KOMPLIKACE ONEMOCNĚNÍ	19
8.1. Střevní komplikace	19
8.1.1. Komplikace spojené s chronickým průběhem nemoci.....	19
8.1.2. Komplikace spojené s prudkým průběhem nemoci	19
8.2. Mimostřevní komplikace.....	20
9. LÉČBA CROHNOVY CHOROBY	22
9.1. Dietní opatření a umělá výživa	22
9.2. Medikamentózní léčba.....	23
9.3. Biologická léčba.....	23
9.4. Chirurgická léčba.....	24
9.5. Psychoterapie.....	25
10. REPRODUKCE	26
11. NOVINKY	28

EMPIRICKÁ ČÁST.....	29
12. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	29
12.1. Cíle výzkumu	29
12.2. Metodika	29
12.3. Charakteristika respondenta	30
13. PŘÍPADOVÁ STUDIE.....	31
14. DISKUZE.....	40
15. ZÁVĚR.....	42
Seznam použitých zdrojů.....	43
Seznam zkratk.....	46
Seznam příloh	47

ÚVOD

Chronické onemocnění je pro člověka vždy obrovská zátěž. V tomto případě se s chronickým onemocněním musejí potýkat především mladí lidé, jež většinou o Crohnově chorobě doposud neslyšeli, a proto nemají vůbec žádnou představu o průběhu a komplikacích, které tuto nemoc často provázejí.

Vzhledem k tomu, že pracuji na oddělení, kde se setkávám především s vážnými a komplikovanými případy Crohnovy choroby, byla jsem značně překvapena, že studenti zdravotnických škol mají jen velmi malé povědomí o závažnosti onemocnění a jeho dopadu na fyzický a psychický stav nemocného. Proto se ve své bakalářské práci snažím postihnout celkový klinický obraz tohoto závažného onemocnění. V teoretické části se soustředím na vlastní onemocnění, včetně jeho historie, vlivu na plodnost, těhotenství, ale také na nové postupy v léčbě, které dávají nemocným novou naději do budoucna. V empirické části je popsána případová studie mladé ženy ve druhém trimestru těhotenství, která se musí potýkat s komplikacemi způsobené právě jejím onemocněním, jež mají samozřejmě velký vliv na její těhotenství, každodenní život i na to, jakým způsobem se ona sama vnímá.

V mém blízkém okolí se setkávám hned s několika jedinci trpících Crohnovou chorobou, a proto mohu sledovat jaký obrovský vliv má tato onemocnění na všechny aspekty života včetně psychiky nemocného, sociálních vazeb a někdy dokonce i zaměstnání. Právě bezprostřední setkávání s přáteli, kteří trpí Crohnovou chorobou, mě vedlo k rozhodnutí, zabývat se tímto vážným chronickým onemocněním.

TEORETICKÁ ČÁST

1. CROHNOVA CHOROBA

Crohnova choroba je řazena i s ulcerózní kolitidou mezi idiopatické střevní záněty. Je definována jako: „*zánětlivé onemocnění, které se vyskytuje nejčastěji v oblasti tenkého či tlustého střeva nebo konečníku, může však postihovat kteroukoliv část trávicí trubice i mimostřevní orgány*“ (Kohout, Pavlíčková 2006, s. 7).

2. HISTORIE CROHNOVY NEMOCI

Idiopatické střevní záněty byly od infekčních střevních zánětů odděleny až v průběhu dvacátého století. Crohnovu chorobu oficiálně pojmenoval Burrill B. Crohn se společníky roku 1932 (Lukáš, 1998).

První záznamy o Crohnově chorobě byly pravděpodobně popsány již v roce 1769 G. G. Morganem. Ke konci 19. století bylo publikováno několik kazuistik, ve kterých byly uvedeny bolesti břicha, průjemy, hubnutí a horečky. Změny nalezené při pitvě byly shodné se známkami, které byly totožné s Crohnovou chorobou. V roce 1913 Dalziel z Glasgow popsal třináct případů s transmurálním a granulomatózním zánětem. V letech 1959-1960 byly uvedeny práce Brookova, Morsonova a Lockhart-Mummeryho, kde bylo definitivně prokázáno, že zánět postihuje i tlusté střevo. V naší zemi byly uvedeny první publikace postižení tenkého i tlustého střeva od autorů Herfort, Mařatka, Kudrman a Čapek (Lukáš, 1998).

Popis Crohnovy choroby se z počátku 30. let podstatně lišil od charakteristiky, která se uvádí dnes. Dříve byly popisovány obrovské hmatné infiltráty. V dnešní době se nemoc spíše projevuje dlouhodobými průjmy, úbytkem váhy a často se objevují mimostřevní projevy. Na počátku 90. let se nemoc projevovala rozdílnou lokalizací, různými projevy a odlišnými komplikacemi. Z těchto důvodů bylo nezbytné vytvořit klasifikaci, bez které by nebylo možné porovnat výsledky terapie a sledovat nemoc (Lukáš, Donoval, 2007).

3. VÝSKYT CROHNOVY CHOROBY

Nejčastěji se idiopatické střevní záněty objevují mezi 18. a 30. rokem života. V poslední době výrazně stoupá výskyt u dětí. V České republice postihuje Crohnova choroba 18-22 /100 tisíc osob. Z výzkumů dále vyplývá, že se onemocnění nejvíce vyskytuje ve skandinávských zemích a nejméně ve středomoří (crohnovanemoc [online] 2015).

4. PŘÍČINY VZNIKU CROHNOVY CHOROBY

Příčina Crohnovy choroby není zcela zřejmá. Jistý vliv však mohou mít imunitní procesy, genetické a infekční faktory a zevní prostředí.

Imunitní procesy jsou zvýšené reakce organismu. Pokud jsou buňky střevní sliznice porušené, mohou napadnout vlastní tělo. V porušené střevní sliznici se množí lymfatická tkáň a probíhá autoimunitní proces, který napadá vlastní buňky (strevní-zanety [online] 2015).

Zvýšená genetická vnímavost se projevuje zejména familiárně. Až 20% nemocných trpících Crohnovou chorobou má v rodině dalšího příbuzného, který je též touto nemocí postížen. Důležitým genetickým faktorem je NOD2/CARD15 objevený v roce 2001. Gen není vlastní příčinou onemocnění, ale jeho výskyt u jedinců s Crohnovou chorobou je častější (crohnovachoroba [online] 2015).

Zatím nebyl prokázán přímý vliv infekce na vznik Crohnovy choroby, ale některé hypotézy se touto možností zabývají. Tyto teorie jsou založeny na zkoumání u zvířat a v případě Crohnovy nemoci se uvažuje o *Mycobacterium paratuberculosis*, paramyxovirech a *Listeriamonocytogenes* (Lukáš, 1998).

Na vznik střevního zánětu mohou mít vliv i některé zevní faktory. Jedná se především o kouření a stravu. Současná uspěchaná doba může velmi často vést ke špatným stravovacím návykům (snížení obsahu nestravitelné vlákniny a zvýšená spotřeba cukru), což může mít v konečném důsledku vliv na vznik onemocnění. V některých případech byl prokázán i vliv hormonální antikoncepce (Lukáš, 2015).

5. PŘÍZNAKY

Crohnova choroba probíhá nejčastěji ve dvou fázích. Střídají se období vzplanutí a remise. Projevy Crohnovy choroby mohou být prvotně zaměřeny se zánětem slepého střeva, protože se mohou projevovat bolestmi v pravém podbřišku. Jsou-li při operaci nalezeny známky Crohnovy choroby, měla by být provedena resekce celé postižené části střeva (strevni-nemoci [online] 2013).

Prvním příznakem onemocnění může být střevní neprůchodnost (Kohout, Pavlíčková 2006). Při vzplanutí se u pacientů objevují bolesti břicha, teplota, únava, nechutenství, hubnutí a velké průjmy.

Projevy Crohnovy choroby jsou rozdílné podle toho, která oblast trávicí trubice je zasažena. Je-li postiženo tenké střevo pacient má bolesti břicha, hubne, trpí anémií a je zde velké riziko střevní neprůchodnosti. Nemá však průjmy a mimostřevní potíže. U postižení tlustého střeva se nemocný potýká s bolestmi břicha a průjmy, mohou se objevit i krvavé a hnisavé projevy kolem konečníku. Je-li zasaženo spojení tlustého a tenkého střeva objevují se bolesti břicha, průjmy a hubnutí. U postižení konečníku se vyskytují abscesy, píštěle a vředy v konečníku (Červenková, 2009).

Mimostřevní projevy mohou být první známkou onemocnění. Nejčastěji je pozorujeme na kůži, očích, játrech a pohybovém aparátu. Pohybový aparát bývá zasažen nejčastěji a to zejména záněty s výpotkem na kolenních a kyčelních kloubech, páteři a postiženy bývají i malé klouby. Kosti napadá osteoporóza. Na kůži se vyskytují kožní vředy a bolestivá zduřelá ložiska, která se mohou různě stěhovat. V dutině ústní se objevují afty. Na očích se vyskytují záněty rohovky, spojivek, duhovky a sítnice. Zánětlivé procesy se mohou projevit i na játrech (crohnovanemoc [online] 2015).

6. DIAGNOSTIKA

Stanovit diagnózu Crohnovy choroby není vůbec jednoduché. Nemocný se musí podrobit celkové prohlídce a musí podstoupit i celou řadu vyšetření.

6.1. Anamnéza

Při sběru anamnézy je velice důležité získat si pacientovu důvěru, aby bylo možné udělat si ucelenou představu o jeho zdravotních obtížích. Je tedy nutné zjistit veškeré informace o jeho životním stylu, současných obtížích, v jakém stavu byl před projevem se příznaků a zda se podobné symptomy vyskytují i v jeho rodině.

6.2. Fyzikální vyšetření

Při podezření na Crohnovu chorobu se fyzikální vyšetření zaměřuje především na oblast břicha a konečníku, ale také se sledují změny na kůži, sliznici, očích a kloubech.

6.3. Laboratorní vyšetření

Provádí se na začátku celkového vyšetření. Při přítomnosti zánětu se objevuje pokles erytrocytů, snížená hladina železa v séru, zvýšené množství leukocytů, trombocytů, zvýšená hodnota sedimentace a zvýšená koncentrace C-reaktivního proteinu. Dále mohou být přítomny imunoglobuliny, které jsou namířeny proti prospěšným kvasinkám a jež bývají přítomny u 60% nemocných. Ve stolici zjišťujeme koncentraci kalprotektinu (bílkovina, uvolňující se z leukocytů, vyšší koncentrace ukazuje na zánět) (Červenková, 2009).

6.4. Endoskopické vyšetření

Patří mezi základní vyšetření trávicí trubice a má důležitý vliv při diagnostice, posuzování onemocnění a jeho rozsahu. Endoskopické vyšetření je možno využít i jako léčbu při některých komplikacích. Jak už bylo na začátku zmíněno, Crohnova choroba postihuje celou trávicí trubici, a proto je nutné vyšetřit všechny její části (Červenková, 2009).

Rektoskopické vyšetření

Jedná se o vyšetření dolní části tlustého střeva a konečníku prováděné rektoskopem. Vyšetření má význam při primárním nález Crohnovy choroby a při komplikacích, které se objevují v konečníku (Lukáš, 1998).

Koloskopie

Koloskopie je vyšetření tlustého střeva kolonoskopem. Jedná se důležitou, ale velice nepříjemnou metodu, která má značný význam při diagnostice Crohnovy choroby a díky níž jsou lokalizovány postižené úseky střeva. Lékař se kolonoskopem dostává přes rektum do tlustého střeva až ke spojenci s tenkým střevem. Během výkonu je možné vzít i histologický vzorek, který potvrdí či vyvrátí diagnózu. Koloskopie patří mezi náročnější vyšetření, protože vyžaduje speciální pacientovu přípravu, jež je už sama o sobě velmi stresující. (Červenková, 2009, Lukáš, 1998).

Enteroskopie

Enteroskopie je vyšetření tenkého střeva umožňující odebrání histologického vzorku (Kohout, Pavlíčková, 2006).

Gastroskopie

Gastroskopie je vyšetření jícnu, žaludku a duodena, které taktéž dovoluje odebrat vzorek na histologii.

Kapslová endoskopie

Kapslová endoskopie je bezbolestné vyšetření tenkého střeva. Nemocný spolkne kapsli, která snímá zabudovanou minikamerou celý trávicí trakt (střevní-nemoci [online] 2013).

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie

Jedná se o vyšetření žlučových cest a vývodu slinivky břišní, které se provádí při podezření na mimostřevní komplikace u žlučvodů či slinivky břišní (Kohout, Pavlíčková, 2006).

6.5. Radiologická vyšetření

Mají význam při určování a hledání časných nebo mimostřevních komplikací.

Enteroklýza

Enteroklýza je vyšetření, které umožňuje zobrazení celého tenkého střeva. Pacientovi je přes nos nebo dutinu ústní zavedena tenká hadička, do níž se vpraví kontrastní látka. Pro lepší průtok kontrastní látky je výhodnější pacienta během výkonu polohovat. Enteroklýza prokazuje zúžení nebo píštěle v tenkém střevě (zdravi.e15 [online] 2015).

Irigografie

Irigografie je vyšetření tlustého střeva. Do konečníku se zavede cévka, přes kterou je vpravena kontrastní látka. Pro lepší zobrazení tračníku je vhodné pacienta polohovat (Červenková, 2009).

Fistulografie

Fistulografie se využívá hlavně u perianálních píštělí a je to metoda, při níž se do píštěle vpraví kontrastní látka. V(Lukáš, 1998).

Počítačová tomografie (CT)

Využívá se pro zjištění nálezů na tenkém i tlustém střevě a při podezření na nitrobřišní abscesy, poškození měkkých tkání v okolí nitrobřišních orgánů (brožura). Pokud se podá rentgenologická látka, jedná se o CT enteroklýzu (strevni-nemoci [online] 2013).

Ultrasonografie

Ultrazvuk dutiny břišní je nenáročné vyšetření, které je schopno odhalit zánětlivé poškození stěny střevní sliznice a případné změny v jejím okolí, jako jsou absces, píštěle a stenózy (strevni-nemoci [online] 2013).

Nukleární magnetická rezonance (NMR)

Využití nukleární magnetické rezonance je obdobné jako u počítačové tomografie. Nukleární magnetická rezonance se využívá v případě, kdy je potřebné, aby se vyšetření opakovalo v krátkém časovém období, nebo u nemocných v reprodukčním období. NMR nezatěžuje nemocného nadměrným rentgenovým zářením. Používá se k posouzení píštělí, abscesů, infiltrátů (Červenková, 2009).

6.6. Histologické vyšetření

Je nezbytnou součástí diagnostického procesu. Vzorky bývají odebrány při endoskopických vyšetření, nebo při resekčních výkonech na střevě. Odebrané vzorky by měly být ze zdravé i postižené tkáně z více segmentů (Červenková, 2009).

6.7. Diferenciální diagnostika

„Diferenciální diagnostikou se rozumí odlišení idiopatických střevních zánětů od jiných chorob. Crohnovu chorobu je nutno odlišit především od průjmů z různých známých příčin a zvýšené teploty z různých jiných příčin. Při déle trvajícím zánětu a větším rozsahu postižení je nutné odlišit i podvýživu z jiného důvodu.“ (Kohout, Pavlíčková, 2006, s. 31).

7. PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ

Crohnova choroba nemocného zatěžuje na celý zbytek jeho života. Nemoc probíhá v obdobích remisí a klidových fází. Onemocnění může způsobit komplikace, které se mohou projevit i mimostřevními potížemi a jež jsou závislé na aktivitě nemoci. Aktivita se dá zjistit pomocí indexu aktivity Crohnovy choroby (příloha A). K výpočtu indexu se používají subjektivní informace od pacienta, vyšetření lékařem a hodnoty z laboratorního vyšetření. Za mimostřevní komplikace, hmatný útvar v dutině břišní se připisují body navíc. Za normu je považována hodnota do 150 bodů, vyšší hodnoty znamenají akutní vzplanutí nemoci (mudr [online] 2008).

8. KOMPLIKACE ONEMOCNĚNÍ

Komplikace Crohnovy choroby se rozdělují na střevní a mimostřevní.

8.1. Střevní komplikace

Střevními komplikacemi jsou myšleny komplikace, které se týkají trávicí trubice. Jsou rozděleny na komplikace spojené s chronickým průběhem nemoci a komplikace spojené s prudkým průběhem nemoci (Lukáš, 1998).

8.1.1. Komplikace spojené s chronickým průběhem nemoci

K těmto komplikacím řadíme stenózy, píštěle, abscesy a nádorové onemocnění. Stenózy, píštěle a abscesy jsou tak časté komplikace, že je někteří odborníci berou za příznaky Crohnovy nemoci (Červenková, 2009).

Stenóza je obvyklá komplikace Crohnovy choroby, při níž dochází ke zbytnění střevní stěny a následkem je zúžený průsvit či úplný uzávěr střeva. Stenózu obvykle doprovází nauzea, zvracení, křečovitě bolesti břicha a nápadné střevní zvuky. Léčba stenózy je chirurgické odstranění postiženého střeva (Červenková, 2009).

Další velmi běžnou komplikací jsou píštěle vznikající dlouhodobým a postupným zánětlivým procesem, který vede k rozpadu tkáně. Píštěle dělíme na zevní a vnitřní. Mezi zevní píštěle řadíme enterokutánní píštěl, jenž vzniká spontánně bez předchozího operačního zákroku, dále periproktální píštěl a píštěl v jizvě. Nejčastějším vnitřním píštělem je píštěl ileosigmoidální (Lukáš, 2009).

Neméně častými komplikacemi jsou abscesy. Jsou to dutiny vyplněné hnisem, které se vyskytují v oblasti dutiny břišní, v oblasti hýžděových svalů a po celé délce střeva (Kohout, Pavlíčková, 2006).

Nádorové onemocnění tlustého střeva počíná v důsledku vlastního onemocnění v místě postiženého střeva. Nádorové onemocnění vzniká dlouhodobě, a proto se při pravidelných endoskopických vyšetření odebírají histologické vzorky tkáně, díky čemuž je možné nádorové bujení včas zachytit a zahájit brzkou léčbu (Kohout, Pavlíčková, 2006, medixa [online] 2015).

8.1.2. Komplikace spojené s prudkým průběhem nemoci

Komplikace vyvolané prudkým průběhem jsou perforace střeva, toxický megakolon a masivní krvácení.

Perforace střeva je relativně častá komplikace, která může vzniknout proděravěním stěny a následným vznikem volné difúzní sterkorální peritonitidy, nebo v průběhu silného

zánětu, jenž pronikne celou střešní stěnou, díky tomu může vzniknout krytá perforace. V tomto případě se mohou rozvíjet abscesy, infiltráty a píštěle. Léčba u volné difúzní sterkorální peritonitidy spočívá v resekci postiženého střeva, derivaci střešního obsahu a antibiotické léčbě. V případě kryté perforace není vždy nutný chirurgický výkon, ale je možné odstranit tuto komplikaci pomocí antibiotické terapie (Lukáš, 1998). Další střešní komplikací je toxický megakolon, který není u Crohnovy choroby příliš častý, ale pokud se projeví, jedná se o velmi závažnou komplikaci a může skončit i smrtí. Vzniká při rozsáhlém poškození střešní stěny zánětem, přičemž dochází k poškození střešní sliznice a ochrnutí střešní stěny. Následkem je paralytický ileus, nadměrné hromadění plynů ve střevě a ohromné zvětšení tračníku a porušení ochranné bariéry mezi střevem a dutinou břišní. Následně může dojít i ke vstřebávání střešního obsahu. V krajním případě i k ruptuře střeva. Léčba je totální odstranění tlustého střeva. Pokud pacient není schopný výkonu, je nutné ho stabilizovat a následně provést kolektomii (střešní-záněty [online] 2015).

Mezi méně časté střešní komplikace s prudkým průběhem řadíme i masivní krvácení, k němuž dochází při narušení stěny větší cévy. Před chirurgickým výkonem je vhodné provést angiografii, která může ukázat ložiskový zdroj krvácení (Červenková, 2009).

8.2. Mimostřešní komplikace

Aktivita Crohnovy choroby se může projevit i na vzdálenějších orgánech. Mimostřešní komplikace nemají jasnou příčinu a mohou i nemusí souviset s aktivitou nemoci. Komplikace se projevují na kůži, kloubech, očích, játrech, ledvinách, cévním systému a může docházet k metabolickým poruchám (Červenková, 2009).

Velmi často bývá zasažena kožní soustava. V souvislosti s aktivitou střešního zánětu se objevuje Erythema nodosum projevující se v podobě bolestivých červených uzlů v místě bérců, předloktí a paží. Dalšími vážnými kožními projevy jsou Pyoderma gangraenosum vyskytující se na přední straně bérců v podobě hlubokých hnisavých ran, a Aftózní stomatitida (Kohout, Pavlíčková, 2006).

Komplikace na kloubním aparátu nejčastěji vznikají v kolenním a hlezenním kloubu. Enteropatická artritida se projevuje výpotkem v kloubním pouzdře a postihuje především právě kolenní a hlezenní kloub, který je v akutním stádiu zarudlý, edematózní a bolestivý. Další možnou komplikací je sakroileitida, jež postihuje sakroilické skloubení a při níž dochází k ničení kloubů a k vleklým, velikým bolestem. Tento zánět není závislý na aktivitě střešního zánětu (zdravi.e15 [online] 2010).

Komplikace, které se vyskytují na očích, jsou přímo závislé na aktivitě Crohnovy choroby. Objevují se záněty spojivek, rohovky a k vážnějším komplikacím patří zánět duhovky či řasnatého tělíska.

Komplikace týkající se jater a ledvin jsou často způsobené léky. K jaterním komplikacím patří sklerozující cholangitida, projevující se zánětem a vazivovou přeměnou žlučodů. Další komplikací jsou žlučnickové a ledvinové kameny, jež často vznikají po operaci tlustého střeva, jako následek špatného vstřebávání kyselin (u ledvin: soli kyseliny šťavelové, u žlučodů: žlučové kyseliny) (Červenková, 2009, Kohout, Pavlíčková, 2006).

V případě cévního systému se nejčastěji vyskytuje tromboembolická nemoc. Při vysoké střevní aktivitě dochází k hyperkoagulačnímu stavu, čímž se zvyšuje riziko vzniku trombu a hrozí nebezpečí embolie (Kohout, Pavlíčková, 2006).

Dojde-li v tenkém střevě k dlouhodobé poruše vstřebávání, objevuje se řada metabolických poruch. Při sníženém resorpci vitamínu D se vyskytuje osteoporóza. Jde-li o dlouhodobý nedostatek železa, kyseliny listové a vitamínu B6 dochází k anémii. Nedostatek magnézia vyvolává svalovou ochablost a nesoustředěnost. Deficit zinku se může projevit padáním vlasů, kožními změnami, retardací růstu, průjmy, anorexií, únavou a poruchou chuti k jídlu. Nedostatek selenu je spojen s myopatiemi kosterních svalů a srdečního svalstva. Dojde-li v dětském věku k metabolické a endokrinní poruše, může dojít k poruchám růstu, nebo opoždění puberty (Kohout, Pavlíčková, 2006).

9. LÉČBA CROHNOVY CHOROBY

Léčba Crohnovy choroby se liší v závislosti na aktivitě onemocnění. Jak už bylo řečeno, příčina Crohnovy choroby není zřejmá, proto je léčba zaměřena na zklidnění příznaků a zlepšení kvality života. K tomu, aby se stabilizoval zdravotní stav pacienta s Crohnovou chorobou, se mezi sebou kombinují různé druhy léčby dietní, medikamentózní, biologické a chirurgické. A jelikož průběh nemoci je velice náročný pro psychický stav pacienta, měla by být nezbytnou součástí jeho léčby i psychoterapie (strevni-zanety [online] 2015).

9.1. Dietní opatření a umělá výživa

Výživa je jediný zdroj energie pro lidské tělo a je nezbytná pro udržení nebo zlepšení zdravotního stavu (Kohout, Pavlíčková, 2006). Vzhledem k aktivitě nemoci se dietní opatření různě liší, vždy však musí být zajištěna plnohodnotná strava, která obsahuje dostatečné množství bílkovin, sacharidů, tuků, minerálních látek i stopových prvků. Nezbytnou součástí správné stravy je samozřejmě i dostatek tekutin. Další významnou roli hraje individuální snášenlivost potravin, a proto musí každý pacient vysledovat, které potraviny mu vadí a které toleruje (strevni-zanety [online] 2015).

V období remise je dieta individuální. Strava se nemusí příliš lišit od klasické, jen musí vycházet z vyzkoušených potravin a měla by být lehce stravitelná, tudíž by se měl nemocný vyvarovat nadýmavým, tučným pokrmům, zejména uzeninám a alkoholu. Velký zřetel by měl být brán na dostatek tekutin, které se přijímají odděleně od tuhé stravy.

V období vzplanutí by mělo být sníženo zatížení postiženého střeva. Je vhodné řídit se bezsezbytkovou dietu, která neobsahuje tučná, dráždivá jídla a neobsahuje nestravitelnou vlákninu. V případě stenózujícího střeva by měla být strava mechanicky upravena. Pokud nemoc neustupuje, nebo pacient není schopný přijímat normální potravu, dostává enterální a parenterální výživu.

Umělá výživa je indikována v akutním stádiu a měla by napomáhat ke zlepšení výživových parametrů, navozovat střevní klid. Umělou výživu můžeme podávat buď enterální či parenterální cestou. Enterální výživa se podává v připravených farmaceutických roztocích v případech, kdy střevo funguje a je schopno vstřebat přijímané živiny. Parenterální výživa je indikována v případě střevního klidu, v době kdy pacient není schopný přijímat stravu či jako doplnění enterální výživy. Též se podává v předem připravených vacích. Pomocí umělé výživy je pacient dobře živěný, ale pokud je to možné, převádíme pacienta k příjmu per os (Kohout, 2004).

9.2. Medikamentózní léčba

Medikamentózní léčba má za cíl dosažení remise, udržení nemoci v klidovém období a zabráněním vedlejším účinkům. K dalším jejím cílům řadíme slizniční hojení, zlepšení vyživování a vylepšení kvality života, k čemuž využíváme aminosalicyláty, kortikosteroidy, imunosupresiva, biologickou a proti bakteriální léčbu (Kohout, Pavlíčková, 2009).

Aminosalicyláty se užívají k léčbě středně těžkých a lehkých forem Crohnovy choroby a mají protizánětlivý účinek. Do této skupiny patří sulfasalazopyridin a mesalazin, užívající se ve formě tablet a čípků, nebo se aplikují do konečníku formou nálevu.

Kortikosteroidy jsou využívány při akutním vzplanutí Crohnovy choroby. Mají větší protizánětlivý účinek než aminosalicyláty, ale selhávají při udržování fáze remise. Mezi zástupce patří Prednison a Medrol, které se vyrábějí v tabletové nebo intravenózní formě. Pokud je zánět lokalizován používají se nálevy Budesonidu. I přesto, že kortikosteroidy mají spoustu nežádoucích účinků, jsou nezbytné ke zvládnutí akutní fáze (Kohout, Pavlíčková, 2006, strevni-zanety [online] 2015).

Hlavním úkolem imunosupresiv je potlačit imunitní reakci organismu. Azathioprin a 6-merkaptourin má za úkol prodloužit remise a nahradit vysoké dávky kortikosteroidů. Léčba musí trvat 3-6 měsíců, a proto nejsou tyto imunosupresiva vhodná k léčbě akutní fáze. Nemají vliv na otěhotnění a vývoj plodu. Metotrexát se užívá při závažném průběhu onemocnění, kde jiné možnosti selhávají a před chirurgickým výkonem. Během léčby by ženy ani muži neměli počít dítě (Kohout, Pavlíčková, 2006).

K antibakteriální léčbě řadíme antibiotika a chemoterapeutika. Jejich využití má význam pro ochranu střevní sliznice. Je-li porušena střevní sliznice, je snazší průnik bakterií do sliznice, proto je nutné zachovat správné složení střevní mikroflóry. Pro podporu celkového účinku léčby je vhodné přidat probiotika, která zajišťují zdravou mikrobiální flóru (Kohout, Pavlíčková, 2006).

9.3. Biologická léčba

Je definována jako podávání látek různého složení a mechanismu účinku, které zasahují do imunitních a zánětlivých dějů provázejících vznik a vývoj léčených chorob. (crohnanemoc [online] 2015) Během léčby se využívají biologické produkty, proto je lidský organismus může vnímat jako antigen a může dojít ke vzniku alergické reakce. Biologická léčba se využívá u pacientů s těžkou formou onemocnění, u nemocných, kteří nereagují na imunosupresivní a kortikosteroidovou léčbu nebo u fistulizující formy.

Biologická léčba má šest cílů (Červenková, 2009).

- odstranit závažné zdravotní obtíže provázející agresivní zánět
- omezit nutnost hospitalizace
- snížit riziko chirurgické léčby
- uzavřít píštěle nebo alespoň snížit sekreci z nich
- zhojit vředy a tím zabránit trvalým změnám v trávicí trubici
- zlepšit kvalitu života

V České republice jsou schváleny Infiximab a Adalimumab. Infiximab je protilátka z 75% z lidské a 25% z myši bílkoviny (Lukáš, Donoval, 2007). Podává se ve formě intravenózních infúzí a má dvě fáze. V počínající fázi se podávají tři infúze, druhá následuje za dva týdny po první a třetí za další čtyři týdny. V následné fázi probíhá léčba udržovací, kdy je lék aplikován každých osm týdnů (Červenková, 2009). Dalším preparátem je Adalimumab. Tato protilátka je kompletně lidská. Do těla je vpravována podkožními injekcemi jednou za dva týdny.

Každá léčba má jistá rizika a nežádoucí účinky a biologická léčba není samozřejmě výjimkou. Nejčastější komplikací je alergická reakce, která se může projevit v průběhu infúze nebo i několik dní po ní. Proto někteří lékaři dávají pacientům před podáním infúze antihistaminika či kortikosteroidy. Každý pacient před nasazením biologické léčby je preventivně vyšetřen včetně tuberkulinového kožního testu, jelikož jedna z největších hrozeb je skrytá tuberkulózní infekce. Další komplikace mohou být bolesti hlavy, nauzea či návaly (Červenková, 2009).

Praktický problém biologické léčby je očkování živými vakcínami. Za bezpečné se považuje provádět případné očkování tři až čtyři týdny před zahájením a tři měsíce po ukončení biologické léčby. (Olejárová, 2010).

Biologická léčba je ekonomicky i odborně náročná. V České republice se nachází 23 specializovaných center, kde pracují specialisté, kteří mají s biologickou léčbou zkušenosti.

9.4. Chirurgická léčba

V případě že selhala konzervativní léčba, což se projevuje neprospíváním, malnutricí a častými komplikacemi, se přistupuje k léčbě chirurgické. Chirurgické výkony se dělí na urgentní (ileus, peritonitida, akutní krvácení) a plánované (abscesy, píštěle mezi kličkami či mezi orgány, výrazné zúžení průsvitu střeva).

Ileocekální resekce je jeden z nejčastějších výkonů, při němž chirurg odstraní postiženou část tenkého či tlustého střeva. Zákrok musí být co nejšetnější a je snaha o

zachování co nejdelšího úseku střeva a to z důvodu syndromu krátkého střeva, kdy je plocha tenkého střeva tak malá, že již není schopná dostatečně vstřebávat živiny a je nutná enterální či parenterální výživa.

Strikturoplastika je podélné roztěti střeva a sešití příčně. Provádí se při postižení střeva mnohočetnými stenózami, které mohou být dlouhé do 5-7 cm. Velikou výhodou tohoto zákroku je, že se nezmění plocha tenkého střeva a není zhoršena schopnost vstřebávání živin (Lukáš, 1998).

Perianální píštěle jsou patologické propojení mezi konečníkem, jinými orgány s kůží či análním kanálem. Při léčbě se chirurg snaží píštěle spojit v jeden a zajistit trvalou drenáž. Dotýká-li se anální či anorektální píštěl pochvy, operatér překryje vnitřní ústí píštěle lalokem odebraným ze zdravé tkáně (Červenková, 2009).

V dnešní době se preferují miniinvazivní výkony, aby zásah do lidského těla byl co nejšetrnější. Chirurgická léčba přichází na řadu, až když konzervativní léčba nefunguje, ale musíme si uvědomit, že léčby se navzájem doplňují a kombinují.

9.5. Psychoterapie

Psychoterapie je nedílnou součástí léčby Crohnovy choroby, bohužel bývá často opomíjená. Každé chronické onemocnění je pro člověka velice náročné, proto není překvapivé, že pacienti mají psychické i psychosociální potíže, které jsou způsobeny vědomím nevléčitelnosti nemoci, nevypočitatelnými atakami, případnými nepříjemnými komplikacemi a nejasnou budoucností. To vše může mít za následek negativní pohled na sebe sama a potíže s plněním svých sociálních rolí. Tělesné i duševní zdraví spolu souvisí, proto je důležité udržovat oba celky v rovnováze. Pacient by měl mít k lékaři důvěru a neměl by se bát, svěřit se mu se svými problémy. Pokud lékař usoudí, že nemocný potřebuje odbornou pomoc, měl by ho odkázat k psychologovi či psychiatrovi.

Další možností jak se pokusit vyrovnat se s diagnózou Crohnovy choroby, jsou pacientské organizace, diskusní fóra a poradenská činnost (příloha B), kde se nemocný může setkat s podobnými příběhy, má možnost vzájemně si vyměnit zkušenosti a získat podporu od přátel a známých.

10. REPRODUKCE

Vzhledem k tomu, že se Crohnova choroba nejčastěji objevuje v plodném věku, je nevyhnutelné, že se nemoc a těhotenství budou vzájemně ovlivňovat. Proto je velice důležité zabývat se otázkou fertility muže i ženy.

Fertilita

V mnoha studiích bylo dokázáno, že počet těhotenství u Crohnovy choroby je snížený oproti zdravým ženám. Na sníženou fertilitu má pravděpodobně vliv aktivita choroby. Dalším vlivem na fertilitu u žen jsou resekce střeva, které byly provedeny v brzké době před otěhotněním. Příčinou infertility mohou být změny na tubulárním systému a velice často jsou prokázány organické změny na pravostranných adnexech, které vznikají v souvislosti lokalizace Crohnovy choroby v ileocekální oblasti, pooperační adheze, hnisavé komplikace v malé pánvi. Ženy, které mají postižení anorektoperianální oblasti, mohou mít také problémy se snížením fertility. (Současná klinická praxe, 2002, s. 38, 39, Hájek, 2004).

U mužů má na fertilitu vliv sulfasalazín, jenž ovlivňuje motilitu spermií, i když jen dočasně. Po vysazení sulfasalazínu se funkčnost spermií vrací po třech měsících. Proto u mužů, kteří plánují rodinu, nahrazujeme sulfasalazín preparátem obsahující mesalazin, u kterého se vliv na fertilitu neprokázal (Česká a Slovenská gastroenterologie a hepatologie, 2010, s. 28). Další možností, která může mít vliv na fertilitu, jsou pooperační komplikace. Nejčastěji se objevuje porucha inervace v malé pánvi projevující se poruchou erekce a ejakulace (Lukáš, 1998).

Gravidita

Gravidita u Crohnovy choroby by měla být vždy plánovaná. Ze studií vyplývá, že průběh těhotenství má přímou souvislost s aktuálním vývojem nemoci. Jestliže je nemoc dvanáct měsíců v remisi a neproказuje žádné známky zánětu, probíhá většina těhotenství bez komplikací po celou dobu trvání. I když ve třetím trimestru se u 25% gravidních pacientek mohou objevit mírné potíže. V případě, že gravidita začala v období aktivity nemoci, probíhá 75% těhotenství v aktivní fázi. Vzniká vysoké riziko potratu, předčasného porodu či hypotrofie plodu (Současná klinická praxe, 2002, s. 40, Česká a Slovenská gastroenterologie a hepatologie, 2010, s. 28).

Léčba Crohnovy choroby v těhotenství a při laktaci by neměla být přerušena. Kromě metotrexátu se ostatní medikace pod kontrolou lékaře ponechává. Používají se sulfasalazín, mesalazin, kortikosteroidy, azatioprin, nebo 6-merkaptopurin. Biologická léčba v těhotenství se nasazuje v případě, že je potřeba zvládnout aktivitu Crohnovy choroby. K chirurgickému výkonu v době gravidity se přistupuje pouze v okamžiku vážných komplikací, které se nedají zvládnout medikací. (Současná klinická praxe, 2002, s. 40, Česká a Slovenská gastroenterologie a hepatologie, 2010, s. 28, Hájek, 2004).

Oproti zdravé populaci žen jsou u Crohnovy choroby častější episiotomie. Je-li nemoc po celou dobu těhotenství v remisi, pacientka nemá perianální aktivitu nemoci, není císařský řez indikován. Episiotomie je indikována při aktivním onemocnění, postižením perianální krajiny nebo při značném zjizvení perinea (Hájek, 2004).

11. NOVINKY

Největší studie svého druhu odhalila speciální střevní bakterie, které by se v budoucnu mohly podílet na diagnostice a léčbě Crohnovy choroby. Vědci od nově diagnostikovaných pacientů odebírali biopsii střeva, vzorek stolice a výsledek porovnávali se zdravými jedinci. Tento postup objevil, které bakterie se u choroby objevují častěji, a které méně. Odborníci zatím nedokážou odhadnout, jestli střevní bakterie Crohnovu chorobu způsobují nebo slouží jako prevence (salon [2015] online).

Další novinkou, kterou vědci objevili, je index mikrobiální nerovnováhy. Index dokáže spolehlivě prokázat Crohnovu chorobu. U nemocných s nejvyšším skóre se dá předpokládat velice závažný průběh choroby. Vedoucí studie Ramnik Xavier předpokládá, že index bude důležitou součástí při tvoření diagnózy (salon [2015] online).

EMPIRICKÁ ČÁST

12. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

12.1. Cíle výzkumu

Cílem této práce je porozumět problémům a individuálním potřebám jedince trpící Crohnovou chorobou. V práci je zachycen život nemocné od prvních příznaků až do dnešní doby. U vybraného klienta jsem použila model Marjory Gordon.

12.2. Metodika

Pro svou práci jsem zvolila kvalitativní typ výzkumu. Metodologie empirické části spočívala v rozhovoru s respondentem, vyplněním dvanácti oblastí modelu Marjory Gordon, sběrem dat a analýzou dokumentace. Rozhovor není přímo strukturovaný, ale má návaznost na dvanáct oblastí Marjory Gordon. Použití dokumentace bylo se souhlasem respondenta. K výzkumnému šetření jsem vybrala případovou studii, u kterých byl vypracován ošetrovatelský proces dle modelu Marjory Gordon.

Model Marjory Gordon se zaměřuje na holistický přístup k člověku. Vyjadřuje se pomocí bio-psycho-sociální interakce. Základní struktura modelu zahrnuje dvanáct oblastí, kterými je sestra schopna identifikovat funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. Dysfunkční model zdraví vyjadřuje aktuální stav onemocnění jedince či potencionální znak problému. Pokud sestra zaznamená tento vzorec, musí stanovit ošetrovatelskou diagnózu a dále pokračovat v ošetrovatelském procesu (Pavlíková, 2006).

Dvanáct vzorců obsahuje

- 1) Vnímání zdraví – udržování zdraví
- 2) Výživa – metabolismus
- 3) Vylučování
- 4) Aktivita – cvičení
- 5) Spánek – odpočinek
- 6) Citlivost (vnímání) – poznávání
- 7) Sebepojetí – sebeúcta
- 8) Role – vztahy
- 9) Reprodukce – sexualita
- 10) Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance
- 11) Víra – životní hodnoty
- 12) Jiné

(Pavlíková 2006, s. 101)

12.3. Charakteristika respondenta

Jako výzkumný vzorek jsem vybrala ženu, která se s Crohnovou chorobou potýká pět let, má stále nepříjemné komplikace a právě prochází druhým těhotenstvím.

13. PŘÍPADOVÁ STUDIE

V případové studii je popsán život ženy s Crohnovou chorobou. Z důvodu zachování anonymity je žena pojmenována Simona.

Identifikace: Simona

Pohlaví: žena

Věk: 32 let

Váha: 74,5 kg

Rodinná anamnéza: Matka matky karcinom prsu.

Matka otce karcinom prsu.

Osobní anamnéza: Crohnova choroba tenkého střeva

Alergická anamnéza: Rulid (antibiotikum)

Gynekologická anamnéza: První porod 2013 (sectio caesarea), právě probíhá druhé těhotenství (dvacátý pátý týden).

Abusus: Před těhotenstvím klientka kouřila pět cigaret denně. Tento čas klientka nekouří, alkohol nepije.

Pracovně-sociální anamnéza: Klientka je na mateřské dovolené. Předtím pracovala jako zdravotní sestra. Žije s přítelem a synem v jedné domácnosti.

Farmakologická anamnéza: Pentasa (Mesalazinum) 2-2-2

Probiofix (Proboitukum) 1-0-1

První známky Crohnovy choroby se objevily v roce 2005. Simona začala při sezení pociťovat bolesti, ale obtíže si vysvětlovala tím, že má problémy s kostrčí a nevěnovala tomu zvláštní pozornost. Během dovolené na horách si nahmatala bulku v okolí kostrče. Když při lyžování spadla, bulka jí praskla a vytekl z ní hnisavý sekret s krví, díky čemuž došlo úlevě od bolesti. Ale již za dva dny se objevila recidiva a následné bolesti ji donutily navštívit pohotovost. Během vyšetření jí byl diagnostikován absces. Sloužící lékař provedl incizi a zavedl drenáž. Následující týden musela denně dojíždět do nemocnice na převazy a po návratu z dovolené navštívila chirurgickou ambulanci. Protože kontrolní vyšetření dopadlo dobře a další potíže již neměla, příčinu abscesu dále nezjišťovala. Po dobu pěti let neměla v tomto směru žádné obtíže.

V roce 2010 se Simoně opět vytvořil absces, ale tentokrát u konečníku. Navštívila proto závodního lékaře v nemocnici, ve které pracovala, a ten se poprvé zmínil o Crohnově chorobě. Pro vyloučení této diagnózy ji odeslal na chirurgickou ambulanci, kde jí chirurg vyšetřil, absces nařízl, vyčistil, vložil rukavicový drén a nasadil antibiotickou

léčbu. Každý druhý den musela Simona docházet na převaz. Na chirurgovo doporučení Simona navštívila gastroenterologa, který navrhl NMR a kolonoskopii, k potvrzení či vyloučení Crohnovy choroby a rektoskopické vyšetření za účelem zjištění rozsahu píštěle, bohužel toto vyšetření bylo neprůkazné. NMR ukázala přítomnost dvou perianálních píštělí a kolonoskopie prokázala ileitis terminálního ilea. Odebraný histologický vzorek byl odeslán na biopsii a po přijetí výsledku, byl potvrzen obraz Crohnovy choroby. V této době již Simona udává i občasné průjmy bez příměsí krve. Gastroenterolog nasadil zároveň Pentasu třikrát denně dvě tablety a antibiotickou terapii. V prosinci téhož roku byla Simona obeznámena s dalším průběhem své léčby. Gastroenterolog jí v lednu 2011 objednal na NMR pánve a dle výsledku vyšetření se mělo rozhodnout o dalším terapeutickém postupu. NMR pánve prokázala opět dvě perianální píštěle bez zjevné komunikace s análním otvorem a vyloučila absces v malé pánvi. Výsledek konzultovali specialisté z IBD skupiny a ti doporučili biologickou léčbu (Humira). Gastroenterolog informoval Simonu o výsledku konzultace a návrhu léčby. Cílem biologické léčby bylo úplné uzavření píštělí. Simona s biologickou léčbou souhlasila, lékař vyplnil žádost na revizní pojišťovnu a biologická léčba byla zahájena v květnu 2011. Již po druhé aplikované dávce Simona uváděla zlepšení obtíží. Bolesti se zmírňovaly, sekrece z píštělí ustupovala a píštěle se postupně uzavíraly.

V období, kdy Simona absolvovala nutná vyšetření k potvrzení diagnózy, chodila do zaměstnání. Bolesti a nutnost častého měnění sterilního krytí abscesu, který stále odváděl sekret, jí bránil v dobrém pracovním výkonu. Dále jí obtěžovaly průjmy, které jí svou nepravidelností zatěžovaly i po psychické stránce. Zkoušela upravit své stravovací návyky, především vynecháním dráždivých potravin, ale bez velkých úspěchů. Jako sestra na anesteziologicko-resuscitačním oddělení se setkávala s pacienty se stejnou diagnózou, kteří procházeli aktivním obdobím nemoci a trpěli závažnými příznaky a komplikacemi, jež si často vyžádaly opakované operační výkony. Mohla sledovat, jak významný vliv má choroba na psychický stav nemocného i na jeho rodinné příslušníky. V této době procházel Simonin osobní život velkými změnami. Rozešla se s dlouholetým přítelem a představa nových partnerských vztahů pro ni byla, zejména díky projevům Crohnovy nemoci, nepředstavitelná. V období nasazení biologické léčby a postupném umírňování sekretu z píštělí Simona překonala obavy a navázala vztah s novým přítelem, který byl z jejího blízkého okolí, o nemoci věděl a částečně byl seznámen s problémy, které již Simonu postihly.

Na začátku roku 2012 se Simoně opět objevila píštěl, kterou provázely nepříjemné bolesti. V tu dobu nastoupila do nemocnice lékařka, chirurg, která se specializovala na Crohnovu chorobu. Lékařka píštěle pravidelně čistila a ponechávala v nich rukavicový drén, aby sekret mohl volně odcházet. Po vzájemné domluvě se na podzim roku 2012 měla do píštěle zavést trvalá drenáž. Plánovaný zákrok se pro těhotenství musel zrušit. I přes probíhající graviditu doporučovali lékaři pokračovat v biologické léčbě. Simona terapii

odmítla. Místo biologické léčby byla nasazena Pentasa. Od začátku těhotenství trpěla Simona nauzeou a častým zvracením. Ve čtvrtém měsíci těhotenství předepsal gynekolog Simoně Torecanové supp. (antiemetikum). Zvracení se umírnilo a nevolnosti přetrvávaly pouze v dopoledních hodinách. V sedmém měsíci těhotenství se Simoně objevila píštěl s velkými bolestmi. Simona musela podstoupit drenáž abscesu. Zákrok probíhal v celkové anestezii, protože vzhledem k nemoci a těhotenství měla zvýšené riziko ASA II (příloha C). Výkon proběhl bez komplikací a po vyvedení z anestezie Simona pocítovala úlevu od bolesti. Druhý den byla propuštěna do domácí péče. Po drenáži abscesu obtíže přestaly. Vzhledem ke komplikacím spojené s Crohnovou chorobou byl Simoně doporučen císařský řez. Dle dohody měl být proveden po ukončení třicátého osmého týdne. Během třicátého šestého týdne těhotenství začala Simona trpět nevolnostmi a četným zvracením. Nebyla schopná sníst žádnou pevnou stravu, bolela ji hlava, a když nedokázala přijímat ani tekutiny, nechala se odvézt do nemocnice, kde jí byla zavedena intravenózní kanyla a podán intravenózně Novalgin (analgetikum, antipyretikum) na bolest hlavy a proti zvracení intravenózně Torecan v 1000 ml fyziologickém roztoku (krystaloidní roztok). K prevenci dehydratace byl dán ještě jeden fyziologický roztok. Simonin zdravotní stav se zlepšil a za dva dny byla propuštěna do domácí péče. Za týden měla přijít na kontrolní vyšetření, jehož součástí měla být i kardiokografie. Ke kontrole ale už nedošlo. Za tři dny po příchodu z nemocnice Simoně odtekla plodová voda, byl jí proveden akutní císařský řez ve spinální anestezii. Narodil se jí zdravý syn Adam (47 cm, 3020g), který byl plně kojen a dobře přibýval na váze. Od porodu Simona neměla žádné potíže, byla bez průjmů, bolestí, drén zavedený do píštěle odváděl sekret. Během této doby proběhly dvě kontroly na chirurgické ambulanci. V zimě 2013 se Simoně znovu objevila nová píštěl, kam se vložil drén a starý drén byl vyměněn za nový. Výkon opět probíhal v celkové anestezii z důvodu zvýšeného rizika ASAII. Vzhledem tomu, že Simona byla plně kojící matka, bylo k celkové anestezii použito krátkodobé anestetikum (Propofol 2%). Simoně byly dvě hodiny monitorovány fyziologické funkce a po té s doprovodem propuštěna do domácí péče. Kontrola, která proběhla měsíc po zákroku, dopadla uspokojivě. Dozvěděla se, že zavedené drény se musejí měnit po šesti měsících. Lékařka navrhla, že po ukončení kojení, by se mohla opět aplikovat biologická léčba. Dále lékařka Simoně vysvětlila, že po nasazení biologické léčby a zrušení drénů z píštělí, by se mohly zakrýt píštěle análním flapem. V únoru 2014 Simona přestala kojit. Hned na to se provedla kolonoskopie, která ukázala zlepšení postiženého střeva a NMR, jež opět prokázala dvě píštěle, z čehož jedna píštěl komunikovala s análním kanálem. Druhá píštěl se rozšiřovala do dutiny charakteru abscesu. Z těchto důvodů byla odložena biologická léčba i anální flap. Zahájila se terapie 5-ASA (Mesalazinum) a probiotiky. Kontrolní NMR ukázala, že se nejedná o absces, ale o chronickou píštěl. Proto byla Simona indikována k biologické léčbě (Humira), která byla nasazena v září 2014 a zároveň byla vysazena Pentasa. Začal být plánován anální flap, ale pro druhé těhotenství musel být zákrok odložen. Simona si oproti prvnímu těhotenství ponechala biologickou léčbu. Lékaři ji ujistili, že dle studií není plod během prvních dvou

trimestrů ohrožen. Momentálně je Simona ve dvacátém pátém týdnu. Gastroenterolog jí vysadil biologickou léčbu a vrátil zpět Pentasu. Nepocítuje žádné obtíže. Má za drénované tři píštěle. Vzhledem ke komplikacím byl opět doporučen císařský řez.

13.1. Model funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon

Vnímání zdraví – udržování zdraví

Subjektivní hodnocení: V období začátku těhotenství jsem se cítila dobře. Měla jsem pouze obavu, jaký by biologická léčba mohla mít vliv na nenarozené dítě. Proto jsem ji raději chtěla přerušit. Během těhotenství jsem musela na operační výkon a byl zaveden drén do druhé píštěle. Z důvodů secernujících píštělí, jsem musela udržovat zvýšenou hygienu. Pro přetrvávající nevolnosti, jsem se snažila jíst nedráždivou a lehkou stravu. Dodržovala jsem doporučení lékařů.

Objektivní hodnocení: V prvním trimestru Simona i přes doporučení lékařů odmítla biologickou léčbu. Trápily jí časté nevolnosti a zvracení. Možná i pro včasné vysazení biologické léčby musela Simona v sedmém měsíci podstoupit drenáž abscesu, který provázely velké bolesti. Nepopírala obavy z vysazení biologické léčby. Bála se zhoršení stavu a vytvoření další píštěle či abscesů. S obavami, se kterými se potýkala, jí pomáhal přítel, ve kterém měla velikou oporu. Simona pravidelně docházela na kontrolní vyšetření k chirurgovi i gastroenterologovi.

Výživa – metabolismus

Subjektivní hodnocení: I přes Crohnovu chorobu nemám žádné dietní opatření. V začátcích onemocnění jsem trpěla občasnými průjmy. Myslela jsem, že na průjmy může mít vliv nevhodná a dráždivá strava. Pokusila jsem se tyto potraviny vynechat, ale efekt se nedostavil. Na začátku prvního těhotenství jsem měla nauzeu a často jsem zvracela. Bylo to pro mě vyčerpávající. Když jsem začala užívat Thorecanové čípky, z části se mi ulevilo. Ve třicátém šestém týdnu jsem musela do nemocnice. Nemohla jsem jíst a poté už ani pít. Během prvního těhotenství jsem přibrala patnáct kilogramů. Před těhotenstvím jsem měla váhu stabilní.

Objektivní hodnocení: I přes onemocnění Crohnovou chorobou Simona není nucena držet žádné stravovací omezení. Během prvních třech měsíců v prvním těhotenství trpěla častým zvracením a nauzeou. Ve čtvrtém měsíci jí byly předepsány antiemetika. Ta zabrala a obtíže se umírnily. Ve třicátém šestém týdnu byla hospitalizována z důvodu poruchy příjmu potravy a dehydratace. Po stabilizaci stavu byla propuštěna do domácí péče.

Vylučování

Subjektivní hodnocení: Vzhledem k těhotenství jsem trpěla pocitem na močení. Stolicí mám pravidelnou jedenkrát denně. Na začátku onemocnění jsem se potýkala s průjmy, ale po nasazení léčby odezněly. U konečníku mám za drénované dvě píštěle. Jelikož z píštělí stále odchází sekret, musím často měnit sterilní krytí, kterými jsou píštěle zakryté. Kvůli píštělím, musím udržovat zvýšenou hygienu konečníku.

Objektivní hodnocení: Stolice pravidelná, formovaná bez patologických příměsí. U konečníku má Simona vyvedeny dva drény z píštělí. Píštěle odvádí hnisavý sekret. Z důvodu rizika infekce musí Simona udržovat zvýšenou hygienu konečníku i genitálu. Jiné porušení integrity kůže nemá. Kůže dobře hydratována bez jiných patologií.

Vnímání zdraví – udržování zdraví

Subjektivní hodnocení: Během prvního těhotenství jsem se necítila dobře. Trápily mě nevolnosti a zvracení. Cítila jsem se slabě. Ze strachu z poškození nenarozeného dítěte jsem si přála skončit s biologickou léčbou. Bála jsem se, že léčba může mít vliv na vývoj plodu. Měla jsem za drénované dvě píštěle. Chodila jsem na pravidelné kontroly. Z píštělí stále odcházel sekret a trápily mě bolesti.

Objektivní hodnocení: Na začátku těhotenství byla Simoně na vlastní žádost vysazena biologická léčba, i přes doporučení lékařů. I když si byla vědoma, že hlavně po biologické léčbě se její potíže umírňují, strach z případného poškození plodu byl větší. Nepopírala, že má strach z vysazení terapie a bála se, že se jí objeví nová píštěl či absces. S obavami, se kterými se potýkala, jí pomáhá přítel. Simona docházela pravidelně na kontrolu k chirurgovi i gastroenterologovi.

Aktivita – cvičení

Subjektivní hodnocení: Od začátku těhotenství jsem měla rizikové těhotenství. Z toho důvodu jsem byla doma a nechodila do zaměstnání. Nechtěla jsem se přetěžovat, proto jsem se nevystavovala žádné fyzické zátěži.

Objektivní hodnocení: Pro Crohnovu chorobu měla Simona rizikové těhotenství. Péči o sebe sama zvládala dobře. S náročnými domácími pracemi jí především pomáhala matka a přítel. Denně chodila na procházky.

Spánek

Subjektivní hodnocení: Se spánkem jsem neměla potíže. Cítila jsem se unavená.

Objektivní hodnocení: Simona neměla žádné problémy se spánkem. Cítila se pouze unaveně. Hypnotika nikdy neužívala.

Citlivost (vnímání) – poznávání

Subjektivní hodnocení: Žádné problémy se smysly a vnímáním jsem neměla. Pociťovala jsem bolesti při vzniku abscesu u druhé píštěle.

Objektivní hodnocení: Byla schopná samostatného rozhodnutí, byla orientovaná. Při vzniku abscesu se objevily i bolesti. Proto musela podstoupit zákrok v celkové anestezii.

Sebepojetí – sebeúcta

Subjektivní hodnocení: Měla jsem snížené sebevědomí v důsledku secernujících píštělí. Obávala jsem se, že sekret prosákne na oblečení. Z tohoto důvodu jsem si neustále měnila sterilní krytí. Měla jsem potřebu zvýšené hygieny v oblasti píštělí.

Objektivní hodnocení: Simona na první pohled vypadala sebejistě. Během rozhovoru však vyplynulo, že jí trápil pocit méněcennosti. Cítila se nejistě pro secernující píštěle a obávala se prosáknutí sekretu na šaty. Při rozhovoru na toto téma Simona působila nervózně a nejistě.

Role – vztahy

Subjektivní hodnocení: Vztahy v rodině byly vždy dobré. Rodina se mě snažila podporovat a chápat mé zdravotní problémy.

Objektivní hodnocení: Simona plnila roli dcery, partnerky a sestry. Měla stabilní rodinné zázemí. Rodiče i sestra bydlí nedaleko a snažili se pomáhat. Simona měla velkou oporu ve svém partnerovi.

Reprodukce – sexualita

Subjektivní hodnocení: Během těhotenství jsem byla sexuálně zdrženlivější.

Objektivní hodnocení: Sexuální styk během těhotenství Simona odmítala. Trpěla bolestmi a necítila se v této oblasti dobře.

Stres, zátěžové situace – zvládnání, tolerance

Subjektivní hodnocení: Nebyla jsem ve stresu. Snažila jsem se působit klidně a vyrovnaně. Myslím si, že zátěžové situace jsem zvládala dobře.

Objektivní hodnocení: Simona si stres nepřipouštěla. Obávala se komplikací, které mohou mít vliv na těhotenství i porod. Zátěžové situace za podpory rodiny a hlavně přítele zvládala dobře.

Víra – životní hodnoty

Subjektivní hodnocení: Žádnou víru nevyznávám. Na prvním místě mám a vždy jsem měla rodinu. Doufala jsem, že se mé potíže zlepší a vše bude probíhat bez komplikací.

Objektivní hodnocení: Simona měla na prvním místě vždy rodinu. I po zjištění své diagnózy se její žebříček hodnot nezměnil. Přála si, aby píštěle přestaly secernovat. Což by Simoně mohlo pomoci s pocitem nejistoty a sníženým sebevědomím.

Jiné

Subjektivní hodnocení: Snažím se dodržovat rady a postupy lékařů.

Objektivní hodnocení: Simona hovořila otevřeně o své nemoci a komplikacích. Pravidelně navštěvuje lékaře a dodržuje léčebné postupy.

13.2. Ošetřovatelské diagnózy

Bolest akutní z důvodu základního onemocnění projevující se nepohodlím při běžných denních a činnostech

Cíl:

zmírnit dopady bolesti na běžné každodenní činnosti

edukace rodiny o dopadech bolesti

Intervence:

objasnit klientce vliv běžných denních činností na bolest

edukace rodiny o vlivu onemocnění na každodenní život

zapojení rodiny do běžného života

Realizace plánu:

lékař pohovořils klientkou o dopadech bolesti na život

doporučena analgetika od lékaře

Vyhodnocení:

klientka vysvětlila rodině dopady bolesti

rodina spolupracuje

analgetika klientka odmítá

Strach z důvodu komplikací onemocnění projevující se obavami a nejistotou

Cíl:

zmírnit strach z komplikací

poučení klientky o řešení komplikací

Intervence:

seznámit klientku s důvody vzniku

dostatečně vysvětlit způsob léčby a nutnost pravidelných kontrol

Realizace plánu:

klientku lékař informoval o důvodech komplikací

klientce byl vysvětlen způsob léčby a nutnost pravidelných kontrol

Vyhodnocení:

i přes dostatečnou edukaci zdravotnickým personálem strach trvá

Role porušené zvládnání z důvodu komplikací vlastního onemocnění projevující se obavami v sexuálním životě**Cíl:**

zjistit příčinu porušení role

hovořit o obavách a najít možná řešení

Intervence:

nabídnout klientce pohovor s psychologem

empatický přístup k problémům a obavám klientky

Realizace plánu:

klientce byl nabídnut pohovor s psychologem

zdravotnický personál se aktivně zajímá o obavy a problémy klientky

Vyhodnocení:

klientka odmítla pohovor s psychologem

problémy v této oblasti klientka řeší v rodinném kruhu a s přáteli

Společenská izolace z důvodu komplikací onemocnění projevující se nejistotou a neustálým kontrolováním se**Cíl:**

správně definovat příčiny izolace

doporučit klientce rozhovor s pacienty se stejným onemocněním

Intervence:

rozhovor o příčinách izolace

pacientce navrhnout kontakty na patientská sdružení

Realizace:

s klientkou jsem pohovořila o příčinách izolace
klientce jsem doporučila patientská sdružení

Vyhodnocení:

klientka se cítí méně sociálně izolována v kolektivu, který je obeznámen s jejím onemocněním, ale obavy z větší společnosti stále přetrvávají

Riziko infekce z důvodu porušené kožní integrity**Cíl:**

nedojde ke vzniku infekce

Intervence:

pravidelně navštěvovat odborného lékaře
dodržovat doporučení v domácí péči
zvýšit hygienu v postižené oblasti

Realizace plánu:

klientka je pravidelně zvána na kontroly
zdravotní sestra klientce objasnila postupy v domácí péči
klientce byla zdůrazněna nutnost zvýšené hygienické péče
sestra kontroluje dodržování postupů

Vyhodnocení:

Infekce nevznikla
Klientka dodržuje všechny zásady péče

14. DISKUZE

Crohnova choroba je onemocnění, jehož výskyt neustále stoupá. Povědomí v laické veřejnosti a občas bohužel i v té odborné nedosahuje příliš vysoké úrovně. Laická veřejnost o nemoci většinou neví vůbec s výjimkou těch, kteří se s onemocněním setkali ve svém bezprostředním okolí. A odborná veřejnost, která není rovněž v přímém kontaktu s nemocí, si v mnoha případech ani nedokáže představit dopad nemoci na život jednice.

Naše příkladová studie je toho důkazem, zkoumaný subjekt – „Simona“ byla zaměstnána jako všeobecná sestra, ale i přes tuto skutečnost, nedokázala potlačit všechny strach, které onemocnění přináší. V kasuistice jsme diagnostikovali mnoho ošetrovatelských problémů, týkaly se především bolesti, nutnosti zvýšené osobní hygieny a častých převazů, průjmů, rizika infekce, ale ve výsledku měly společného jmenovatele a to strach. Několikrát po sobě se v rozhovoru objevovaly obavy z prosáknutí sekretu na oděv, z objevení nečekaných průjmů, z intimního života, z nedostatečné atraktivity, z komplikací, z dalšího průběhu nemoci a současného těhotenství, strach z biologické léčby (možný dopad na dítě), z následků po jejím ukončení a dalšího vzniku nových abscesů, strach z dlouhodobé léčby. Důsledkem strachu se u klientky objevoval pocit nejistoty, méněcennosti a neustále přítomný stres.

Rovněž i odborná literatura R. Červenková (2009) popisuje zmíněné průvodní symptomy onemocnění. L. Rendl (2013) zkoumal vliv Crohnovy choroby na problémy v psychické oblasti. Dílčí hypotéza se zabývala strachem, jež pacienti pociťují, při hledání toalety. Zde pouze 14,1 % ze 100 respondentů uvedlo, že se obává situace, kdy nenalezne včas toaletu. U našeho subjektu to bylo poměrně silně frustrujícím faktorem, což ale výsledky L. Rendla nevyvracejí a M. Smičková (2013) to svým výzkumem rovněž potvrzuje, jelikož popisuje, že 80 % nemocných Crohnovou chorobou nejvíce omezuje obtěžující nutkání na toaletu. Dále L. Rendl (2013) uvádí, že 33 % dotazovaných nepociťuje deprese vůbec, 26 % respondentů tyto obtíže udává jen výjimečně. Z výsledků je patrné, že vztah Crohnovy choroby s depresemi, ve které může zmiňovaných strach vyústit, není zanedbatelný. Výsledky v této oblasti se shodují se zkoumaným objektem.

V. Svitková a L. Kober shrnují v článku „Kvalita života s Crohnovou nemocí“ zásadní poznání: „*Crohnova nemoc ovlivňuje člověka na osobní, pracovní, společenské, ale i intimní úrovni* „.(Svitková, Kober, str. 38-40). Tento výrok přesně vystihuje získané poznatky z empirické části práce. I my jsme zjistili, že je „Simona“ omezena v osobním životě – současný průběh těhotenství, který nese možná rizika, pracovní – kdy při práci pociťovala bolest a byla nucena odbíhat na toaletu, společensky – obávala se nového vztahu a intimně – cítila se méněcenná.

Zjištěná fakta říkají, že Crohnova choroba je závažné onemocnění, které zasahuje do všech oblastí života jedince, je provázáno neustálým strachem a stresem. Vhodná

informovanost a citlivý přístup je jednou z cest, jak těmto lidem poskytnout větší jistotu a zbavit je alespoň části obav.

Nadále je důležité se tímto tématem zabývat, rozhodně ještě skrývá neodhalené problémy. Bylo by jistě zajímavé zkoumat více lidí najednou a výsledek, který jsme získali opřít o více faktů a podrobností.

15. ZÁVĚR

Postižených Crohnovou chorobou u nás neustále přibývá. Jedná se o nepříjemné chronické onemocnění, které může mít vážný dopad nejen na biologickou stránku života, ale i psychosociální oblast, jejíž vliv na průběh nemoci a její léčbu není zanedbatelný. Ve své práci jsem se kromě celkového pohledu na onemocnění jako takové soustředila na konkrétní případ, protože mým hlavním cílem bylo zjistit individuální potřeby jedince, který se musí potýkat s úskalími, které tato nemoc přináší.

Dopad Crohnovy choroby na kvalitu života a psychický stav nemocného bývá velmi často podřadným a nedůležitým aspektem léčby a zdravotnický personál mu nepřisuzuje takovou váhu, jakou by si vzhledem k svému dopadu na celkový stav pacienta zaslouhoval. Ze studie vyplývá, že psychosociální zátěž trápí nemocné stejně a někdy dokonce i více než problémy somatické. Klientka „Simona“ z případové studie působila na první pohled vyrovnaně, bez zřejmých psychických problémů, ale při bližším zkoumání vyplynulo, že má velké obavy týkající se dlouhodobé léčby, zejména plánovaného ukončení biologické léčby v důsledku právě probíhající gravidity, které může znamenat zhoršení jejího aktuálního zdravotního stavu a ohrožení plodu. Sama klientka uvádí, že ve společnosti často trpí pocitem nejistoty občas z její strany hraničící až se sociální izolací plynoucí z obavy prosáknutí sterilního krytí na oděv. Dále „Simonu“ stále provází strach, že může být ohrožena rizikem infekce z důvodu komplikací, které onemocnění provázejí. Vzhledem k edukaci zdravotnického personálu, zdravotnickým vzděláním klientky a zvýšeným hygienickým opatření se infekce zatím neprojevila. Na základě vlastního šetření a rozpracování ošetřovatelského plánu byl cíl případové studie splněn.

Doufám, že poznatky z mé práce mohou sloužit zdravotnickému personálu k uvědomění si, jak je důležité věnovat pozornost nejen biologické, ale i psychosociální stránce nemocného.

Seznam použitých zdrojů

1. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat. II. díl.* 1. vyd. Praha: Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty- Pacienti IBD: Pracovní skupina pro idiopatické střevní záněty, 2012. ISBN: 978-80-905120-2-3
2. LUKÁŠ, Milan. *Farmakogenetické aspekty účinnosti a bezpečnosti medikamentózní terapie idiopatických střevních zánětů.* Praha: Iga MZ ČR, 2010. Číslo grantové zprávy: NR9094.
3. PRASAD, Raman — MOOCHHALA, Niloufer. *Vaříme zdravě bez lepku, cukru a mléka: jak pomoci vhodné stravy zmírnit příznaky Crohnovy choroby, celiakie, cystické fibrózy a dalších onemocnění.* Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2010. ISBN: 978-80-251-2404-8.
4. OLEJÁROVÁ, Marta, 2010. *Biologická léčba v revmatologii.* Praha: Mladá fronta. ISBN: 978-80-204-2281-1.
5. SCHÖLMERICH, Jürgen — HOPPE-SEYLER, Peter — LAUSEN, Martin. *Ulcerózní kolitida, Crohnova choroba: otázky a odpovědi pro pacienty a jejich rodiny.* [S.l.: s.n., 2009].
6. ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida.* 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN: 978-80-7262-600-7.
7. KOHOUT, Pavel — PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida.* 1. vyd. Praha: Forsapi, 2006. ISBN: 80-903820-0-2.
8. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce.* 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN: 80-247-1211-3
9. KOHOUT, Pavel. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty.* Praha: Maxdorf, 2004. ISBN: 80-7345-023-2.
10. HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství.* Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-247-0418-8.
11. DIGNASS, Axel Uwe. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida a těhotenství.* 1. vyd. Praha: Ewopharma, 2002.
12. VÁLEK, Vlastimil — HEP, Aleš — VŠETÍČEK, Josef. *Možnosti ultrazvukové enteroklýzy v diagnostice a sledování nemocných s postižením tenkého střeva, především Crohnovou chorobou.* Praha: Iga MZ ČR, 2001. Číslo grantové zprávy: NK4709.
13. LUKÁŠ, Karel. *Idiopatické střevní záněty: minimum pro praxi.* Praha: Triton, 2001. ISBN: 80-7254-173-0.
14. LUKÁŠ, Karel. *Ulcerózní kolitida a Crohnova nemoc: stručný průvodce pro pacienty.* Praha: Triton, 1999. ISBN: 80-7254-003-3.
15. LUKÁŠ, Milan. *Idiopatické střevní záněty: nejistoty, současné znalosti a klinický přístup.* Praha: Galén, 1998. ISBN: 80-85824-79-5.
16. WHAYMAN, K., J. DUNCAN a M. O'CONNOR, 2011. *Inflammatory Bowel Disease Nursing.* London: Quay Books Division. ISBN 1-85642-404-9.
17. PROKOPOVÁ, Lucie — ĎURICOVÁ, Dana — BORTLÍK, Martin, et al. Doporučené postupy pro podávání aminosalicylátů u nemocných s idiopatickými střevními záněty. *Gastroenterologie a hepatologie*, 2012, roč. 66, č. 5, s. 391-400. ISSN: 1804-7874.

18. BORTLÍK, Martin — ĎURICOVÁ, Dana — KOHOUT, Pavel, et al. Doporučení pro podávání biologické terapie u idiopatických střevních zánětů: 2. vydání. *Gastroenterologie a hepatologie*, 2012, roč. 66, č. 1, s. 12-22. ISSN: 1804-7874.
19. JESCHKE, Marc G, Lars-Peter KAMOLZ a Shahriar SHAHROKHI. *Burn care and treatment: A Practical Guide*. Wien: Springer, 2013. ISBN 37-091-1132-3.
20. SAJADINEJAD, M., S., ASGARI, K., MOLAVI, H., KALANTARI, M. a P. ADIBI, 2012. Psychological Issues in Inflammatory Bowel Disease: An Overview. *Gastroenterology Research and Practice*. (1), 1 – 11. ISSN 1687-6121.
21. BÁTOVSKÝ, Marián. Fertilita, gravidita, dojčenie a nespecifické črevné zápaly vosvetle záverov konsenzu ECCO 2010. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*, 2010, roč. 64, č. 6, s. 26-30. ISSN: 1213-323X.
22. LIN, M., V., W. BLONSKI a G. R. LICHTENSTEIN, 2010. What is the Optimal Therapy for Crohn's Disease: Step-up or Top-down? *Expert Review of Gastroenterology and Hepatology*. 4 (2), 167 – 180. ISSN 1747-4124.
23. PINTÉROVÁ KOLESÁROVÁ, Martina — PINTÉR, Michal — REJCHRT, Stanislav, et al. Vliv idiopatického střevního zánětu na interval potřebný pro početí pacientek. *Česká gynekologie*, 2008, roč. 73, č. 2, s. 109-112. ISSN: 1210-7832.
24. LUKÁŠ, Milan — KUCHAROVÁ, A. Gravidita a idiopatické střevní záněty. *Současná klinická praxe*, 2002, č. 1, s. 38-42. ISSN: 1213-7790.
25. RENDL, Lukáš. *Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou*. České Budějovice, 2013. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta.
26. Crohnova nemoc. *Jak a kdy se vyskytují* [online]. © 2015 [cit. 2015-08-10] Dostupný z: <http://www.crohnovanemoc.cz/idiopaticke-strevni-zanety/jak-a-kdy-se-vyskytuji.html>
27. Střevní záněty. *Příčiny nespecifických střevních zánětů* [online]. © 2015 [cit. 2015-08-10] Dostupné z: <http://www.strevni-zanety.cz/priciny>
28. Crohnova nemoc. *Jaké jsou příčiny Crohnovy nemoci* [online]. © 2015 [cit. 2015-08-12] Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz/idiopaticke-strevni-zanety/jake-jsou-priciny-cn.html>
29. Střevní nemoci. *Příznaky* [online]. © 2006-2013 [cit. 2015-08-16] Dostupné z: <http://www.strevni-nemoci.cz/?site=cojeto#priznaky>
30. Crohnova nemoc. *Klinický obraz* [online]. © 2015 [cit. 2015-08-16] Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz/idiopaticke-strevni-zanety/klinicky-obraz.html>
31. Střevní nemoci. *Diagnostika* [online]. © 2006-2013 [cit. 2015-09-01] Dostupné z: <http://www.strevni-nemoci.cz/?site=cojeto#diagnostika>
32. Postgraduální medicína. *Crohnova choroba* [online]. © 2015 [cit. 2015-09-01] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/crohnova-choroba-133835>
33. Mudr. CDAI [online]. © 2008 [cit. 2015-09-15] Dostupné z: <http://www.mudr.org/web/cdai>
34. Medixa. *Crohnova choroba* [online]. © 2015 [cit. 2015-09-19] Dostupné z: <http://cs.medixa.org/nemoci/crohnova-choroba>

35. Salon. *IstreatmentforCrohn'sdisease on thehorizon*[online]. © 2015 [cit. 2015-09-30] Dostupné z: http://www.salon.com/2014/03/23/is_a_treatment_for_crohns_disease_on_the_horizon_partner/

Seznam zkratek

IBD (Inflammatory Bowel Disease) – Idiopatické střevní záněty

ASA (American Society of Anesthesiologists) – Klasifikace perioperačního rizika

Supp. (Suppositorium) – čípek

ml – mililitr

cm – centimetr

g - gram

Seznam příloh

Příloha A – Index aktivity Crohnovy choroby

Příloha B – Pacientská sdružení

Příloha C – ASA skóre

Příloha D - Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Příloha A: Index aktivity Crohnovy choroby

Klinická / laboratorní proměnná	Hodnota x váha
Počet tekutých nebo řídkých stolic za den v posledním týdnu	<input type="checkbox"/> x 2
Bolest břicha (hodnocena na stupnici 0-3) v posledním týdnu	<input type="checkbox"/> x 5
Celkový stav, subjektivně hodnocen od 0 (dobrý) do 4 (špatný) v posledním týdnu	<input type="checkbox"/> x 7
Přítomnost komplikací *	<input type="checkbox"/> x 20
Užívání Immodia či opiátů proti průjmu	<input type="checkbox"/> x 30
Přítomnost břišní masy (0 není, 2 podezření, 5 určitě)	<input type="checkbox"/> x 10
Hematokrit <0.47 u mužů a <0.42 u žen	<input type="checkbox"/> x 6
Procentní odchylka od standardní hmotnosti	<input type="checkbox"/> x 1

Dostupné z: <http://www.mudr.org/web/cdai>

Příloha B: Pacientská sdružení

Crohn.cz

Informační a diskusní server CROHN.cz je věnován všem, jejichž život byl dotčen některou z forem takzvaných "nespecifických střevních zánětů" (NSZ/IBD). Mezi ně se řadí především ulcerózní kolitida a Crohnova nemoc. Cílem serveru je shromažďovat, zpracovávat a v přijatelné formě publikovat veškeré materiály se souvislostí k tématu NSZ.

CROKUS.cz

Stránky sdružení pacientů s Crohnovou chorobou Crokus, které poskytuje vzájemnou podporu dětským i dospělým pacientům, předává informace o Crohnově chorobě, možnostech léčby i sociálních aspektech, organizuje setkávání pacientů s odborníky a vzájemnou výměnu zkušeností.

CrohnClub.sk

Občanské sdružení Slovak Crohn Club sdružuje pacienty s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou. Jeho posláním je získat informace o těchto chorobách a nových lécích, způsobech jejich léčby a následně je šířit a propagovat mezi členy klubu a všemi postiženými těmito onemocněními.

EFFCA.org

European Federation of Crohn's & Ulcerative Colitis Associations je organizací zastřešující a sdružující evropské organizace pacientů s nespecifickými střevními záněty. Řada reprezentantů asociací z jednotlivých zemí se sešla roku 1990 ve Freiburgu, formálně byla EFFCA založena 1993 ve Štrasburku.

CCFA.org

Crohn's and Colitis Foundation of America je neziskovou dobrovolnickou organizací, která se věnuje podpoře a léčbě pacientů s nespecifickými střevními záněty - Crohnovou nemocí a ulcerózní kolitidou. Byla založena roku 1967.

Dostupné z: <http://www.strevni-zanety.cz/zajimave-odkazy>

Příloha C: ASA skóre

ASA skóre

5. Zář 2008 - 10:34 od Lambert

1. Normální zdravý pacient
2. Pacient s lehkým systémovým onemocněním
3. Pacient s těžkým systémovým onemocněním
4. Pacient s těžkým systémovým onemocněním, které ho trvale ohrožuje na životě
5. Moribundní pacient, o kterém lze předpokládat, že by bez operace nepřežil
6. Pacient s konstatovanou smrtí mozku, kterému jsou odjímány orgány za účelem transplantace

Dostupné z: <http://www.mudr.org/web/asa-skore>

Příloha D: Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámena se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. Op, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis