



**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 822/SS/16

**Sestrinska skrb za bolesnika s Crohnovom bolešću na
kirurškom odjelu**

Andrija Galeković, 2715/601

Varaždin, travanj 2017.



Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 822/SS/16

Sestrinska skrb za bolesnika s Crohnovom bolešću na kirurškom odjelu

Student

Andrija Galeković, 2715/601

Mentor

Marijana Neuberg, mag.med.techn.

Varaždin, travanj 2017.

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Galeković Andrija	MATIČNI BROJ	2715/601
DATUM	29.09.2016.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega odraslih II
NASLOV RADA	Sestrinska skrb za bolesnika s Crohnovom bolešću na kirurškom odjelu		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Nursing care for patient with Crohn's disease in the surgical department		

MENTOR	Marijana Neuberg, mag.med.techn.	ZVANJE	viši predavač
--------	----------------------------------	--------	---------------

ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Damir Poljak dipl.med.techn., predsjednik
	2. Marijana Neuberg, mag.med.techn., mentor
	3. doc.dr.sc. Natalija Uršulin Trstenjak, član
	4. Melita Sajko, dipl.med.techn., zamjenski član
	5. _____

Zadatak završnog rada

BROJ	822/SS/2016
------	-------------

OPIS

Crohnova bolest je kronična upalna bolest crijeva, koja najčešće zahvaća zadnji dio ileuma, cekum te početni dio kolona. Bolest također može zahvatiti bilo koji dio probavnog trakta od usta do anusa. Od Crohnove bolesti oboljevaju sve dobne skupine, a točan uzrok bolesti nije poznat. Najčešće se povezuje kombinacija genetske sklonosti, okolišni čimbenici (uzimanje antibiotika, pretjerana higijena u modernim društvima, infekcije probavnog trakta), disfunkcija imunološkog sustava, te prehrana. Simptomi Crohnove bolesti su obično rane u ustima, umor, proljev, bol u trbuhu, gubitak tjelesne mase te povišena i visoka tjelesna temperatura. Pacijenti mogu imati i simptome izvan probavnog sustava: kožni osip, bolove u zglobovima, crvenilo očiju te rjeđe probleme s jetrom. Bolest se dijagnosticira temeljem simptoma i testova. Iako je Crohnova bolest dugotrajna, kronična, liječenjem se može držati pod kontrolom te postići duga razdoblja remisije. Liječenje je individualno te ovisi o pogođenom dijelu probavnog sustava, tipu simptoma te aktivnosti bolesti. U slučajevima gdje je tijekom Crohnove bolesti agresivan, pa dolazi do posljedica koje zahtijevaju kirurško liječenje, sestrinska skrb je u svakom segmentu iznimno važna, jer je nastavak života s već oštećenim probavnim traktom, očuvanje postojećeg stanja, imperativ koji vodi i pacijenta i nas u nastavak kvalitetnog i ispunjenog života.

ZADATAK URUČEN

12.10.2016

POTPIS MENTORA



Predgovor

Odabir Crohnove bolesti kao teme mog završnog rada bio je za mene vrlo izgledan. Naime, u srpnju 2016. godine meni je dijagnosticirana Crohnova bolest. U trenutku sam imao tisuću pitanja, strahova, strepnji... Do prije nego što mi je bila postavljena dijagnoza, moja znanja o Crohnoj bolesti su bila relativno skromna. Nakon prihvaćanja i pomirbe s bolešću koja me je zahvatila, želio sam da nastavak života bude što ljepši.

Kroz ovaj rad sam još više upoznao Crohnovu bolest, a suživot je postao dio mene koji me više ne opterećuje.

Zahvaljujem se svojoj mentorici Marijani Neuberg mag.med.techn. na savjetima i stručnoj pomoći tijekom izrade ovog rada a i tijekom cijelog mog školovanja.

Veliko hvala mojoj supruzi Sanji, koja je bila uz mene kroz školovanje, također se puno zahvaljujem mojoj devedeset četverogodišnjoj baki Ani Papec, obitelji i prijateljima na podršci i razumijevanju. Također se zahvaljujem svojim kolegama i kolegicama koji su mi uljepšali ovaj studij.

Sažetak

Crohnova bolest predstavlja kroničnu transmuralnu upalu koja obično zahvaća distalni ileum i kolon ali također može nastati u bilo kojem dijelu GI trakta. Može zahvatiti bilo koji dio gastrointestinalnog sustava, no najčešće tanko crijevo, odnosno terminalni ileum, nešto rjeđe debelo crijevo. Točan razlog zašto nastaje Crohnova bolest nije poznat. Glavni simptomi Crohnove bolesti su bol u trbuhu i proljev (ponekad i krvavi proljev). Simptomi ovise o zahvaćenosti crijeva bolešću. Klinička slika Crohnove bolesti vezana je uz narav upalnih promjena koje se mogu nalaziti na različitim segmentima probavnog sustava. Na Crohnovu bolest treba posumnjati u bolesnika s upalnim ili opstruktivnim simptomima kao i u bolesnika bez značajnih GI simptoma u slučajevima perianalnih fistula ili apscesa kao i u slučajevima nerazjašnjenog artritisa, nodoznoga eritema, vrućice, anemije ili u djece sa zastojem rasta. Liječenje Crohnove bolesti ovisi o težini kliničkog tijeka bolesti, proširenosti i aktivnosti, te nazočnosti ekstra i/ili intrainestinalnih komplikacija. Osnovni ciljevi liječenja su dovesti bolest u mirnu fazu, tj. kontrola upalnog procesa i nadomjestak hranidbenih gubitaka. Oboljelima prioritet mora biti raznovrsna prehrana za održavanja tjelesne težine i snage. Zdravstvena njega bolesnika jedan je od važnih čimbenika u procesu skrbi za oboljelog od Crohnove bolesti, a mora biti dobro isplanirana i individualizirana (prilagođena bolesniku i njegovim potrebama). Zdravstvena njega bolesnika zahtijeva holistički pristup, a usmjerena je na zadovoljavanje njihovih potreba, sprječavanje komplikacija, dugotrajnije očuvanje samostalnosti te edukaciju bolesnika i njegove obitelji.

Ključne riječi: Crohnova bolest, simptomi, liječenje, sestrinska skrb

Summary

Crohn's disease is a chronic transmural inflammation that commonly affects the distal ileum and colon but may also occur in any part of the GI tract. It can affect any part of the gastrointestinal tract, but most commonly the small intestine, or terminal ileum, less frequently colon. The exact reason why Crohn's disease occurs is not known. The main symptoms of Crohn's disease are abdominal pain and diarrhea (sometimes bloody diarrhea). Symptoms depend on the involvement of bowel disease. Clinical course of Crohn's disease is related to the nature of the inflammatory changes that may be located in different parts of the digestive system. For Crohn's disease should be suspected in patients with inflammatory or obstructive symptoms as well as in patients without significant GI symptoms in cases of perianal fistulas or abscesses, as well as in cases of unexplained arthritis, erythema nodosum, fever, anemia, or in children with growth retardation. Treatment of Crohn's disease depends on the severity of the clinical course of the disease, and the prevalence of activity, and the presence of extra and/or intrainestinal complications. The main goals of treatment are to bring the disease into the quiet phase, i.e., control of inflammation and replacement feeding losses. Patient priority must be varied diet to maintain body weight and strength. Nursing care is one of the important factors in care process of Crohn's disease patient, and it has to be well planned and individualized (adapted to the patient and his needs). Nursing care demands holistic approach, it is directed to satisfy their needs, to prevent complications, to preserve independence as long as possible and to educate the patient and his family.

Keywords : Crohn's disease, symptoms, treatment, nursing care

Popis kratica

GI - gastrointestinalni

JAMA - Journal of American Medical Association

UK – ulcerozni kolitis

PO – per os

IV – intravenozno

ASA – aminosalicilna kiselina

TPP – totalna parenteralna prehrana

RR – krvni tlak

NG sonda – nazogastrična sonda

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Crohnova bolest.....	3
2.1. Etiologija Crohnove bolesti	4
2.2. Patofiziologija Crohnove bolesti.....	5
2.3. Simptomi Crohnove bolesti	6
2.4. Klinička slika Crohnove bolesti.....	8
2.5. Stadiji Crohnove bolesti.....	9
2.6. Dijagnoza Crohnove bolesti.....	10
2.7. Diferencijalna dijagnoza	11
2.8. Liječenje Crohnove bolesti	12
2.8.1. Opće mjere	12
2.8.2. Blaži do umjereni oblik bolesti	12
2.8.3. Umjereni do teški oblik bolesti	12
2.8.4. Galopirajući oblik bolesti ili apsces	13
2.8.5. Fistule	13
2.8.6. Terapija održavanja	13
2.8.7. Kirurška terapija.....	14
2.9. Prehrana oboljelih od Crohnove bolesti.....	15
2.10. Trudnoća i Crohnova bolest	18
2.11. Crohnova bolest kod djece.....	18
2.12. Prognoza bolesti.....	19
3. Sestrinska skrb za oboljele od Crohnove bolesti.....	20
3.1. Intervencije medicinske sestre.....	20
3.1.1. Eliminacija stolice.....	19
3.1.2. Suzbijanje boli.....	19
3.1.3. Balans tekućine.....	20
3.1.4. Prehrana.....	21
3.1.5. Odmor.....	21
3.1.6. Smanjivanje anksioznosti.....	21
3.1.7. Edukacija bolesnika.....	21
3.2. Operativni zahvati i intervencije medicinske sestre.....	22
3.2.1 Cilj sestrinskih intervencija kod Crohnove bolesti.....	23
3.3. Stoma i intervencije medicinske sestre	23

4. Edukacija medicinske sestre kod oboljelog od upalne bolesti crijeva	25
5. Sestrinske dijagnoze	27
5.1. Anksioznost u/s mogućim operativnim zahvatom	27
5.2. Dehidracija u/s upalnom bolesti crijeva.....	29
5.3. Akutna bol u/s osnovnom bolesti.....	31
5.4. Proljev u/s visokom razinom stresa i pojačanom peristaltikom.....	32
5.5. Socijalna izolacija u/s popratnim pojavama liječenja.....	33
6. Zaključak	35
7. Literatura	36
8. Prikaz slika	38

1. Uvod

Crohnova bolest predstavlja kroničnu transmuralnu upalu koja obično zahvaća distalni ileum i kolon ali također može nastati u bilo kojem dijelu GI trakta. [1] Crohnova bolest je kronična upalna bolest koja može zahvatiti bilo koji dio gastrointestinalnog sustava, no najčešće tanko crijevo, odnosno terminalni ileum, nešto rjeđe debelo crijevo. [2] Obzirom da bolest može zahvatiti bilo koji dio probavnog trakta, simptomi su kod svakog pojedinca različiti. Simptomi Crohnove bolesti su obično rane u ustima, umor, proljev, bol u trbuhu, gubitak tjelesne mase te vrućica. Pacijenti mogu imati i simptome izvan probavnog sustava: kožni osip, bolove u zglobovima, crvenilo očiju te rjeđe probleme sa jetrom. Bolest se dijagnosticira temeljem simptoma i testova. Iako je Crohnova bolest dugotrajna, kronična, liječenjem se može držati pod kontrolom te postići duga razdoblja bez simptoma (remisije). Mnogi pacijenti s Crohnovom bolešću vode kvalitetan i ispunjen život bez obzira na simptome. [3] Dijelovi probavnog sustava oteknu i nastanu duboke rane – čirevi. Crohnova bolest se obično nalazi u zadnjem dijelu tankog crijeva i u prvom dijelu debelog crijeva. Ali se može razviti bilo gdje u probavnom traktu, od usta do anusa. [4] Uzroci bolesti nisu poznati, no smatra se kako nasljedni faktori imaju neki doprinos za nastanak bolesti. Mnogi uspoređuju Crohnovu bolest za ulceroznim kolitisom. Obje su upalne bolesti crijeva, no velika je razlika što kod ulceroznog kolitisa patološka promjena zahvaća prvenstveno sluznicu dok Crohnova bolest zahvaća mukoza i submukoza te prodire u dublje slojeve stijenke. [2] Liječenje se prilagođuje svakom pacijentu ponaosob te ovisi o pogođenom dijelu probavnog sustava, tipu simptoma te aktivnosti bolesti. Brojna istraživanja se provode kako bi se rasvijetlio uzrok bolesti te pronašli novi oblici liječenja. Osoba oboljela od Crohnove bolesti treba imati aktivnu ulogu u medicinskim odlukama, naučiti što više o svojoj bolesti, pridržavati se liječnikovih savjeta te odmah obavijestiti liječnika kad dođe do promjene stanja.[3] Crohnova bolest postala je poznata kad su je američki liječnici Crohn, Ginsberg i Oppenheimer opisali u časopisu Journal of American Medical Association (JAMA) 1932.godine. Između 1920-ih i 1930-ih sve veći broj mladih odraslih osoba javljao se liječnicima sa simptomima koji su naličili upali crvuljka: grčevitim bolovima, vrućicom, proljevima, gubitkom tjelesne mase. 1923.godine su Berg, Ginsberg i Oppenheimer, kirurzi u Mt.Sinai Hospital u New Yorku, imali dvanaest pacijenata s ovakvim simptomima te su prikazali njihove slučajeve s tvrdnjom kako to nije posljedica ni jedne do tada poznate bolesti. Burrill Bernard Crohn je 1930.te pokazao slične rezultate kod dva pacijenta koje je liječio. Crohn se povezao s kirurzima te su zajedno objavili rezultate 1932. U vrijeme kad su Crohn, Ginsberg i

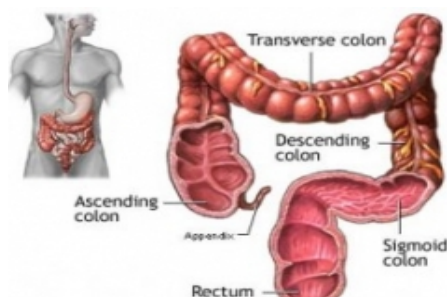
Oppenheimer objavili svoje rezultate bolest je nazivana "terminalni ileitis". Kako riječ "terminalni" ima negativne konotacije te bolest nije ograničena isključivo na tanko crijevo, s vremenom se uvriježio naziv Crohnova bolest. [3]

2. Crohnova bolest

Crohnova bolest je kronična upalna bolest nepoznate etiologije koja može zahvatiti bilo koji dio probavnog sustava od usnica do anusa, ali se najčešće javlja u terminalnom ileumu i desnom kolonu. Upalom su zahvaćeni svi slojevi crijevne stijenke, te mezenterij i regionalni limfni čvorovi, a upalni proces je segmentiran i oštro ograničen od susjednoga normalnoga crijeva. Katkada je nekoliko zahvaćenih segmenata odijeljeno normalnim crijevom, a ta se slika naziva "preskakajuće lezije". [5] Na slici 2.1 je anatomski prikaz debelog crijeva.

U 80% slučajeva bolest je lokalizirana u području terminalnog ileuma. Muškarci obolijevaju malo češće od žena, a bolest se najčešće očituje između 20-e i 30-e godine. [6] Bolest se najčešće javlja u bijelaca, židova i stanovnika razvijenih zemalja Europe i Sjeverne Amerike. Relativno je rijetka bolest, a porast incidencije vidi se posljednjih desetljeća. Bolest se javlja u svim dobnim skupinama, ali najčešća je u dobnim skupinama 20 - 29, 50 - 59, 70 - 79 godina, međutim najčešće počinje između 15. i 30. godine. [5] Uzrok bolesti je nejasan, smatra se da je bolest posljedica jakog imunološkog odgovora na sastojke hrane, razne kemijske preparate ili čak bakterijske proteine koji se nalaze u lumenu crijeva. Bolest počinje hiperplazijom limfnih folikula u Peyerovim pločama. Sluznica između tih folikula nakon nekog vremena puca i stvaraju se plitke i duboke ulceracije, koje nastaju iz tankih hemoragičnih mrlja i ograničenih sitnih lezija bjeličastog dna. [6]

Iako je Crohnova bolest dugotrajna i kronična, liječenjem se može držati pod kontrolom, te postići duga razdoblja bez simptoma. Mnogi pacijenti vode kvalitetan te ispunjen život bez obzira na simptome i bolest. [5] Kronična upalna slika Crohnove bolesti navela je na istraživanje u smislu mogućeg infekcijskog uzroka, no niti jedan od pokušaja da se nađe bakterijski, virusni ili gljivični uzročnik nije bio uspješan. [7]



Slika 2.1. Prikaz Crohnove bolesti

Izvor: <http://ultrazvuk-tarle.hr/laboratorijske-pretrage/zdravlje/bolesti%20crijeva>

2.1. Etiologija Crohnove bolesti

Etiologija bolesti nije dokazana, a nastanak se povezuje s izlaganjima kemijskim agensima, poremećajem imunološkog sustava te psihičkim čimbenicima (psihosomatske bolesti). Posljednjih se godina u etiologiji Crohnove bolesti često spominjao poremećaj imunog mehanizma. Zapaženo je da bolesnici s teškim oblikom bolesti ili dugotrajnom bolesti pokazuju izrazito smanjenje, apsolutno ili relativno, T - limfocita sa znakovima poremećaja celularnog imuniteta. Smatra se da na pojavu Crohnove bolesti mogu utjecati povećana konzumacija šećera, pušenje, oralni kontraceptivi te genetska predispozicija. [5]

Svaka pojedina rizična mutacija pomalo doprinosi sveukupnoj opasnosti od razvoja Crohnove bolesti (otprilike 1:200). Genetički podaci i neposredna procjena imunog sustava bolesnika ukazuju na poremećeno djelovanje prirodnog imunog sustava. Smatra se da neregulirani imunološki odgovor na antigene u lumenu crijeva (npr. crijevne mikroorganizme) stimulira nastanak kroničnog upalnog odgovora kod predisponiranih pojedinaca. Organizam nije u stanju zaustaviti aktivaciju imunološkog sustava, pa dolazi do nekontrolirana i produljenog upalnog odgovora. [9]

Točan razlog zašto nastaje Crohnova bolest nije poznat. Poznato je kako se bolest češće javlja u određenim obiteljima, što ukazuje na genetsku ulogu. Istraživanja pokazuju kako je genetika bolesti složena te je s velikim uzbuđenjem dočeka vijest o genu NOD2/CARD15, identificiranom na kromosomu 16, čija je mutacija povezana s većim rizikom od Crohnove bolesti. Ipak, mutacija ovog gena se nalazi kod svega trećine oboljelih. Još najmanje sedam podložnih gena se trenutno istražuje. Proučavanjem genetike bolesti dovest će do boljeg razumijevanja njena nastanka i uloge okolišnih čimbenika te olakšati terapijske napore. Iako su brojna istraživanja pokušala otkriti okolišne čimbenike te infekcije koji bi je mogli uzrokovati, nijedan od potencijalnih uzroka nije potvrđen. Trenutno se vjeruje kako neka vrsta okidača kod genetski podložne osobe dovodi do promjene u imunološkom sustavu tijela te nastanka upale u probavnom sustavu. Bakterije te tvari iz hrane koje se nalaze u probavnom sustavu vjerojatno imaju ulogu u nastanku bolesti. Upala oštećuje crijeva te dovodi do pojave simptoma. [10]

Neki istraživači govore o kombinaciji faktora koji bi mogli biti odgovorni. To su:

- **genetika** – geni koji se naslijede od roditelja mogu povećati rizik za obolijevanje od Crohnove bolesti

- **imuni sustav** – upala može biti izazvana zbog problema sa imunim sustavom (odbrana tijela od infekcija i bolesti) koji uzrokuje napad zdravih bakterija u crijevima
- **prethodna infekcija** – prethodna infekcija može biti okidač za abnormalni odgovor imunog sustava
- **pušenje** – pušači sa Crohnovom bolešću uglavnom imaju mnogo teže simptome nego nepušači
- **okolišni faktori** – Crohnova bolest je najčešća u zapadnjačkim zemljama, kao npr. Ujedinjeno Kraljevstvo, a najrjeđa u siromašnim dijelovima svijeta poput Afrike, što dokazuje da okolina ima utjecaj u razvitku bolesti. [11]

2.2. Patofiziologija Crohnove bolesti

Bolest započinje upalom i apscesima, koji napreduju do diskretnih fokalnih aftoidnih ulkusa. Ove lezije sluznice mogu rezultirati dubokim uzdužnim i poprečnim ulceracijama uz edem sluznice, što naposljetku dovodi do karakterističnog izgleda crijeva. Transmuralno širenje upale dovodi do limfedema te zadebljanja crijevnih stijenki i mezenterija. Mezenteričko masno tkivo u pravilu se širi na crijevnu serozu. Mezenterički limfni čvorovi su često uvećani. Opsežna upala može rezultirati hipertrofijom mišića, fibrozom i stvaranjem striktura što može dovesti do opstrukcije crijeva. Apscesi su česti, dok fistule često prodiru u susjedne strukture, uključujući druge crijevne vijuge te mokraćni mjehur. Fistule se mogu proširiti do kože prednje trbušne stijenke ili slabina. Perianalne fistule i apscesi javljaju se u 1/4 do 1/3 slučajeva, neovisno o aktivnosti intraabdominalne bolesti. Ove komplikacije često predstavljaju najveće poteškoće Crohnove bolesti. [5]

Granulomi mogu nastati u limfnim čvorovima, peritoneumu, jetri, kao i svim slojevima crijevnih stijenki. Segmenti promijenjenog crijeva oštro su odijeljeni od normalnog crijeva, odatle naziv regionalni enteritis. Otprilike u 35% slučajeva Crohnova bolest zahvaća samo ileum (ileitis), u otprilike 45% slučajeva zahvaća ileum i kolon (ileokolitis), uz predilekciju za desnostrani kolon; a u otprilike 20% slučajeva zahvaća samo kolon (granulomatozni kolitis), te u većini slučajeva, za razliku od ulceroznog kolitisa (UK), bolest ne zahvaća rektum. Ponekad, zahvaćeno je cijelo tanko crijevo (jejunoileitis). Rijetko su zahvaćeni želudac, duodenum ili jednjak. Bez kirurške intervencije, bolest se obično ne širi unutar zona tankog crijeva koje nisu bile zahvaćene bolešću u vrijeme postavljanja dijagnoze. [5]

Postoji povećani rizik nastanka karcinoma u bolešću zahvaćenim segmentima tankog crijeva. Bolesnici sa zahvaćenjem kolona imaju dugoročan rizik nastanka karcinoma jednak kao kod ulceroznog kolitisa, u slučaju jednake proširenosti i trajanja bolesti. [5]

2.3. Simptomi Crohnove bolesti

Glavni simptomi Crohnove bolesti su bol u trbuhu i proljev (ponekad i krvavi proljev). Neki ljudi mogu imati proljev 10 do 20 puta dnevno. Gubitak tjelesne težine bez da to i želite, također može biti jedan od simptoma. Manje česti simptomi uključuju rane ili čireve u ustima, blokade crijeva, analne fisure te fistule među organima. [4]

Simptomi ovise o zahvaćenosti crijeva bolešću. Velik dio ima blagi oblik simptoma dulje vremensko razdoblje i vrlo često prođu i godine prije nego što se postavi konačna dijagnoza. [7]

Kliničke manifestacije Crohnove bolesti su mnogo raznolikije nego kod ulceroznog kolitisa zbog zahvaćanja cijele stjenke crijeva te različitog zahvaćanja crijeva. Pacijenti mogu imati simptome mnogo godina prije postavljanja dijagnoze. Zbog nespecifičnih simptoma često se sumnja na sindrom iritabilnog crijeva. [10]

Ileitis i kolitis (upala tankog i debelog crijeva) uzrokuje proljev, bol u trbuhu, gubitak tjelesne mase, vrućicu. Proljev može imati više uzroka: pretjerano izlučivanje tekućine, poremećaj upijanja tekućine iz crijeva, poremećaj upijanja žučnih soli iz crijeva, povećan gubitak masnoća (steatoreja) zbog upale i gubitka žučnih soli. Bakterijsko umnožavanje u suženjima tankog crijeva, fistule između tankog i debelog crijeva te opsežno zahvaćanje gornjeg dijela tankog crijeva (jejunum) također dovodi do steatoreje. Može biti teško razlučiti ileitis od kolitisa, osim ako je bolest ograničena na lijevi dio debelog crijeva. Tada pacijenti mogu imati veća krvarenja koja imitiraju ulcerozni kolitis. Nalazi koji ukazuju na upalu tankog crijeva su suženja u njemu te pipanje mase u desnom donjem kvadrantu trbuha. [10]

Bol u trbuhu grčevitog tipa, najčešći je simptom bolesti, bez obzira koji dio crijeva zahvaća. Budući upalni proces zahvaća cijelu debljinu zida crijeva, nastaju vezivna suženja koja dovode do čestih epizoda začepljenja crijeva (opstrukcija). Ponekad pacijent kod kojeg je bolešću zahvaćen donji dio tankog crijeva nema simptoma bolesti sve dok suženje crijeva ne uzrokuje zatvor (konstipaciju) i rane znakove začepljenja crijeva s boli u trbuhu. [10]

Krvarenje - laboratorijskim pretragama se kod ove bolesti često nalaze mikroskopski tragovi krvi u stolici, ali vidljiva (makroskopska) krv je rijetka, mnogo rjeđa nego kod ulceroznog kolitisa. To je jedan od razloga zašto se dijagnoza postavlja relativno kasno u tijeku bolesti. Kod osoba s produženim proljevom bez vidljive krvi u stolici, ali s problemima od strane kože, očiju ili zglobova, osobito ako postoji upalna bolest crijeva u obitelji, treba posumnjati na ovu dijagnozu. [10]

Perforacije i fistule - perforacija je stvaranja otvora (pukotina) u zidu crijeva; fistule su neprirodne komunikacije (spojevi) između organa koji su inače odvojeni. Upala zahvaća cijelu debljinu zida crijeva. U sklopu obnavljanja uništenih stanica stvara se vezivno tkivo koje je manje elastično, uzrokuje sile trakcije koje mogu stvoriti otvore u crijevu. Crijevni sadržaj izlazi u trbušnu šupljinu, uzrokuje upalu. Ova komplikacija je potencijalno smrtonosna. Može imati akutnu prezentaciju zbog lokalizirane upale potrbušnice sa simptomima vrućice, boli u truhu, osjetljivosti trbuha na dodir, a često se može opipati masa u truhu. Proširena upala potrbušnice (difuzni peritonitis) je rijetka, ali moguća. Stvaranje otvora u zidu crijeva često ne uzrokuje alarmantne simptome te dovodi do stvaranja fistula. Simptomi fistule ovise o mjestu na kojem je nastala. Fistule između dva dijela tankog crijeva (enteroenterične fistule) ne moraju uzrokovati simptome ili se pipaju kao masa u truhu. Fistule između tankog crijeva i mokraćnog mjehura (enterovezikalne fistule) dovode do čestih upala mokraćnih organa s različitim mikroorganizmima te mjehurima zraka u mokraći (pneumaturija). Fistule sa stražnjim dijelom trbušne šupljine (retroperitoneum) uzrokuju stvaranje nakupina gnoja i/ili začepljenje mokraćovoda s hidronefrozom zbog pritiska na njih. Fistule s kožom (enterokutane) uzrokuju očite kozmetičke probleme jer se crijevni sadržaj cijedi kroz njih na površinu tijela. [10]

Perianalna bolest - bolest može zahvatiti područje oko otvora debelog crijeva te može dominirati u kliničkoj slici. Simptomi i znakovi su: bol, iscjedak, fisure (napukline), nakupine gnoja, fistule. [10]

Druga mjesta probavnog sustava također mogu biti zahvaćena.

Pacijenti kod kojih je zahvaćena usna šupljina imaju aftozne rane ili druga oštećenja te bol usta i zubnog mesa. Ako je zahvaćen jednjak simptomi mogu biti bolno i/ili otežano gutanje (odinofagija, disfagija). Oko pet posto bolesnika će imati kliničku sliku čira na želucu sa simptomima gornjeg probavnog sustava te ponekad začepljenjem (opstrukcijom) izlaza iz želuca. [10]

Sustavni simptomi - gubitak tjelesne mase i vrućica su glavni opći simptomi. Mršavljenje je obično povezano s izbjegavanjem hrane jer se pacijenti znaju osjećati bolje ako ne jedu. Vrućica može biti uzrokovana upalnim procesom ili rezultat perforacije crijeva i naknadne infekcije. [10]

Razvije li se bolest u djetinjstvu, u 40 posto oboljelih to može rezultirati zaostajanjem u rastu. Pojava karcinoma probavnog sustava u bolesnika s Crohnovom bolešću malo je veća nego u zdrave populacije. Najčešći su to karcinomi tankog crijeva (na mjestu zahvaćenom bolešću) i kolorektalni karcinom. [12]

“Bečka klasifikacija” definira tri glavna oblika Crohnove bolesti: (1.) primarno upalni oblik, koji nakon nekoliko godina evoluiru u (2.) primarno stenozirajući ili opstruktivni, ili (3.) primarno penetrirajući ili fistulizirajući oblik bolesti. Ovi različiti klinički oblici zahtijevaju i različite terapijske pristupe. Neke genetske studije upućuju na molekularnu osnovu ove klasifikacije. [1]

Različiti podtipovi Crohnove bolesti i njihovih simptoma su:

- Crohnova bolest ograničena na debelo crijevo – uobičajeni simptomi su bolovi u trbuhu i proljev praćen sukrvicom. Moguća je pojava analne fistule i peri-rektalne apscese.
- Crohnova bolest u tankom crijevu – uzrokuje bolove u trbuhu i proljev, a može doći i do ometanja rada tankog crijeva.
- Crohnova bolest na samom kraju tankog crijeva – uobičajeno izaziva bol u trbuhu i proljev, također, postoji opasnost od manjih crijevnih opstrukcija.
- Crohnova bolest koja zahvaća tanko i debelo crijevo – uzrokuje bol u trbuhu i proljev praćen sukrvicom te manje crijevne opstrukcije. [13]

2.4. Klinička slika Crohnove bolesti

Klinička slika Crohnove bolesti vezana je uz narav upalnih promjena koje se mogu nalaziti na različitim segmentima probavnog sustava. Uz to što zahvaća sve segmente probavne cijevi, upala se širi i na okolne limfne čvorove. Upalne promjene najčešće nisu u kontinuitetu, nego se izmjenjuju segmenti "zdravog" i "bolesnog" crijeva. Bolest se najčešće pojavljuje u završnom dijelu tankog crijeva i uzlaznom segmentu debelog crijeva. [2]

Bolest se očituje pojavom povremenih ili učestalih proljeva, bolima različitog intenziteta, mučninom, povraćanjem, gubitkom težine, temperaturom, leukocitozom, anemijom i psihičkim

reakcijama. Najčešći simptom je proljev, a može biti povremen ili stalan. U većine bolesnika pražnjenje crijeva nastaje nakon pušenja i pijenja crne kave u jutarnjim satima. Ako je zahvaćeno i debelo crijevo, povremeno u stolici ima i krvi. Kad se razviju crijevne opstrukcije, počinju crijevne kolike. Ako je opstrukcija potpuna, razvija se klinička slika ileusa tankog crijeva. U poodmakloj kroničnoj fazi bolesti dominantni su simptomi povišena temperatura, povremene boli praćene proljevom, gubitak težine, malaksalost i iscrpljenost, sve do malnutricije. Ako su u crijevima razvijene fistule i apscesi, tegobe su jače. Anemija se javlja zbog gubitka željeza, solne kiseline i vitamina B12. Zbog enteropatije je ugrožena digestija i apsorpcija te bolesnik gubi proteine i masti, uz posljedičnu malnutriciju. U 10% slučajeva bolest zahvaća samo debelo crijevo, u 50% tanko crijevo, a u 40% bolesnika zahvaćeni su tanko i debelo crijevo. Tipična je pojava analnih fisura, dubokih ulceracija, perianalnih fistula i pararektalnih apscesa. [6]

Klinička slika bolesti je vrlo varijabilna te nepredvidljiva. Simptomi bolesti ovise o smještaju, proširenosti i aktivnosti upalnih promjena, te o zahvaćenosti susjednih organa, ali i pojavi ekstra intestinalnih komplikacija. Uglavnom, bolest se javlja u trećem desetljeću života s osjećajem umora, gubitkom tjelesne težine, proljevima i grčevitim bolovima u trbuhu u desnom donjem kvadrantu. Vrsta i jačina boli ovisi o stupnju suženja crijeva. Proljevaste stolice uglavnom su bez primjese krvi. Okultna krv se može naći kod 50% oboljelih, dok rektalna krvarenja su vrlo rijetka. Tenezmi se javlja samo kod bolesnika kod kojih je upalom zahvaćen rektum. Vrućica koja traje danima javlja se kod 33 - 70% bolesnika. Mučnina i povraćanje javlja se kod 20 - 40%. [5]

Kod većine bolesnika, nakon početnog napada, znakovi bolesti se smiruju ili spontano ili zbog djelovanja terapije, ali je svojstveno vraćanje, a razmaci između uzastopnih napadaja postaju sve kraći. Za 10 - 20% bolesnika slobodna razdoblja bez simptoma nakon početnog napadaja mogu trajati desetljećima, a vrlo je rijetko da je prvi napad i zadnji. [5]

2.5. Stadiji Crohnove bolesti

Kronična Crohnova bolest je češća, a mogu se razlikovati tri stadija regionalnog ileitisa:

- Prvi stadij → upalni- povremeni proljevi, crijevne kolike, lagano povišenje tjelesne temperature, okultno krvarenje u stolici, sekundarna anemija.
- Drugi stadij → opstruktivni – strikturo- otežani prolaz stolice i vjetrova, jer je lumen crijeva sužen zbog zadebljanja stijenke.
- Treći stadij → fistulirajući - stvaranje priraslica u okolini upalno promijenjenog crijeva, dolazi do pojava fistula i apscesa.[14]

2.6. Dijagnoza Crohnove bolesti

Na Crohnovu bolest treba posumnjati u bolesnika s upalnim ili opstruktivnim simptomima kao i u bolesnika bez značajnih GI simptoma u slučajevima perianalnih fistula ili apscesa kao i u slučajevima nerazjašnjenog artritisa, nodoznog eritema, vrućice, anemije ili u djece sa zastojem rasta. Pozitivna obiteljska anamneza povećava stupanj sumnje na Crohnovu bolest. Slični znakovi i simptomi (npr. bol u truhu, proljev) mogući su i u drugih GI bolesti. Razlikovanje od UK može biti otežano u 20% slučajeva u kojih je Crohnova bolest ograničena na kolon. Međutim, obzirom da je terapija slična, ova distinkcija je od ključnog značenja samo u slučajevima indicirane kirurške ili eksperimentalne terapije. [1]

Bolesnicima koji imaju kliničku sliku akutnog abdomena (bilo u početnoj fazi bolesti ili u slučaju relapsa), treba indicirati preglednu RTG snimku abdomena u ležećem i stojećem položaju te CT trbuha. Ove pretrage mogu ukazati na opstrukciju, formiranje apscesa ili fistula, kao i otkriti neke druge moguće uzroke akutnog abdominalnog zbivanja (npr. upala crvuljka). Ultrazvučni pregled može bolje ukazati na ginekološku patologiju u žena s bolovima u predjelu donjeg abdomena i zdjelice. [1]

Ukoliko je inicijalna klinička slika manje akutna, savjetuje se prije indicirati radiološku pasažu tankog crijeva nego CT trbuha. Ova pretraga je od dijagnostičkog značaja ukoliko ukaže na strikturu ("znak vrpce"), fistule ili separaciju crijevnih vijuga. Ukoliko je nalaz upitan, enterokliza ili enteroskopija pomoću video kapsule može ukazati na superficijalni aftozni ili linearni ulkus. Irigografija se koristi kad simptomi prvenstveno ukazuju na bolest kolona (npr. proljev) te može prikazati refluks barijuna unutar terminalnog ileuma uz iregularnost i nodularnost sluznice, zadebljanje stijenke crijeva te suženje lumena. Sličan radiološki nalaz viđa se i kod karcinoma cekuma, ilealnog karcinoida, limfosarkoma, sistemskog vaskulitisa, iradijacijskog enteritisa, ileocekalne TBC te ameboma. [1]

U atipičnim slučajevima (npr. dominira proljev uz minimalne bolove u truhu), evaluacija je slična kao i kod sumnje na UK, te uključuje kolonoskopiju (uključujući uzimanje biopsije, uzimanje uzoraka za mikrobiološku obradu, te, kada je to moguće, vizualizaciju terminalnog ileuma). Endoskopskim pregledom gornjeg dijela GI moguće je utvrditi eventualno zahvaćanje gastroduodenuma čak i u slučajevima bez simptoma gornjeg dijela GI trakta. [1]

Indicirani su laboratorijski testovi u svrhu probira anemije, hipoalbuminemije i poremećaja elektrolita. Potrebno je napraviti i testove jetrene funkcije; povećane aktivnosti alkalne fosfataze i γ -glutamil transpeptidaze upućuju na mogući primarni sklerozirajući kolangitis. Leukocitoza ili

povećane razine reaktanata akutne faze upale (npr. SE, CRP) nisu specifični, ali mogu poslužiti za praćenje aktivnosti bolesti. [1]

Perinuklearna antineutrofilna citoplazmatska protutijela su pozitivna u 60 do 70% bolesnika s UKa samo u 5 do 20% slučajeva Crohnove bolesti. Protutijela na *Saccharomyces cerevisiae* su relativno specifična za Crohnovu bolest. Međutim, ovim testovima u stvarnosti ne možemo razlikovati ove dvije bolesti. Premda u slučajevima “nedeterminiranog kolitisa” imaju nejasnu vrijednost, ne savjetuju se u rutinskoj dijagnostici. [1]

Pretrage koje se mogu obaviti za dijagnozu Crohnove bolesti:

Barij x-zrake tankog ili debelog crijeva.

- kolonoskopija ili fleksibilna sigmoidoskopija
- biopsija
- analiza stolice. Traži se krv ili znakovi infekcije u uzorku stolice. [4]

2.7. Diferencijalna dijagnoza

Kod diferencijalne dijagnostike važno je da se isključi dijagnoza ulceroznog kolitisa te svih bolesti navedenih kod diferencijalne dijagnoze ulceroznog kolitisa i akutni apendicitis. Na Crohnovu bolest treba misliti kod svih vrsta malapsorpcijskog sindroma, intermitentne crijevne opstrukcije, poliartritisa te vrućice nepoznatog porijekla. [5]

Niz je stanja koja mogu imati slične simptome kao Crohnova bolest. U početku se često postavlja dijagnoza intolerancije laktoze ili iritabilnog sindroma crijeva. Kad se simptomi naglo pojavljuju, moguća je infekcija nizom mikroorganizama: Salmonella, Shigella, Campylobacter, E. Coli. Clostridiumdifficile infekcija moguća je kod pacijenata koji su nedavno liječeni antibioticima, a kod imunokomprimiranih infekcija citomegalovirusom može imitirati Crohnovu bolest. Zbog segmentalne prirode bolesti upala crvuljka, divertikulitis, ishemijski kolitis te perforirajući ili opstruktivni karcinom dolaze u obzir. [7]

2.8. Liječenje Crohnove bolesti

2.8.1. Opće mjere

Grčeve u trbuhu i proljev moguće je suzbijati loperamidom PO dozom od 2 do 4 mg 4×/dan (prije obroka). Ovakvo simptomatsko liječenje (je sigurno celuloza ili preparati psilija) ponekad sprječavaju analnu iritaciju izazvanu povećanim brojem stolica. [1] Uzimanje sirove hrane zabranjeno je u slučaju stenozirajućeg oblika bolesti ili aktivne upale kolona.

2.8.2. Blaži do umjereni oblik bolesti

Ova skupina obuhvaća ambulantne bolesnike koji dobro podnose PO terapiju te koji nemaju kliničke znakove intoksiciranosti, palpatornu bolnu osjetljivosti niti palpabilne tvorbe kao ni znakove koji upućuju na opstrukciju. 5–Aminosalicilna kiselina (5–ASA, mesalamin) je najčešće korišteni lijek prve linije, premda je njena učinkovitost kod bolesti tankog crijeva u idealnim slučajevima ograničena. Pentaza je najučinkovitiji pripravak u slučaju bolesti koja zahvaća proksimalni ileum. Asacol je učinkovit kod bolesti distalnog ileuma. Svi navedeni pripravci su podjednako učinkovite kod Crohnova kolitisa, iako niti jedan nije učinkovitiji od ekvivalentne doze sulfasalazina. [1]

Neki kliničari ubrajaju antibiotike u prvu liniju terapije ili su pak rezervna terapija u bolesnika koji ne odgovaraju na četverotjednu terapiju s 5–ASA. Njihova primjena je striktno empirijska. Bez obzira koji se od ovih lijekova koriste, liječenje traje 8 do 16 tjedana. [1] Bolesnici s dobrim kliničkim odgovorom prelaze na terapiju održavanja.

2.8.3. Umjereni do teški oblik bolesti

Bolesnici s fistulama ili apscesima, jakim bolovima u trbuhu uz palpatornu bolnu osjetljivost, vrućicom, povraćanjem, kao i bolesnici koji ne reagiraju na terapiju učinkovitu u blažem obliku bolesti, zahtijevaju kortikosteroidnu terapiju, bilo PO ili parenteralnu, ovisno o težini simptoma i učestalosti povraćanja. Peroralni prednizon ili prednizolon ima brži učinak od PO budezonida, ali potonji ima manje nuspojave. Bolesnicima koji ne odgovaraju na kortikosteroidnu terapiju indicirana je terapija azatioprinom, 6–merkaptopurinom, ili moguće metotreksatom. Neki kliničari daju prednost infliksimabu kao terapiji druge linije nakon kortikosteroida, ali je kontraindiciran u slučajevima akutne infekcije. [1]

U slučajevima opstrukcije, bilo uslijed adhezija ili Crohnove bolesti, prvo se vrši nazogastrična sukucija, IV hidracija a ponekad se prelazi na parenteralnu prehranu. Opstrukcija se u nekomplikiranim slučajevima Crohnove bolesti razrješava unutar nekoliko dana. Izostanak brzog

terapijskog učinka ukazuje na komplikacije ili drugu etiologiju koja zahtijeva hitnu kiruršku intervenciju. [1]

2.8.4. Galopirajući oblik bolesti ili apsces

Bolesnici teže poremećenog općeg stanja uz vrućicu, perzistentno povraćanje, palpatornu bolnu osjetljivost ili palpabilnu tvorbu u trbuhu moraju se hospitalizirati radi IV nadoknade tekućine i antibiotske terapije. Apscesi se moraju drenirati, perkutano ili kirurškim postupkom. Intravenski kortikosteroidi se primjenjuju tek u slučajevima kad je isključena infekcija ili kad je ista pod kontrolom. Ukoliko nakon 5 do 7 dana ne dolazi do kliničkog odgovora, obično je indiciran kirurški zahvat. [1]

2.8.5. Fistule

U slučaju fistula inicijalna terapija uključuje metronidazol i ciprofloksacin. Bolesnicima koji ne reagiraju na ovu terapiju unutar 3 do 4 tjedna, može se uključiti imunomodulacijska terapija (npr. azatioprin, 6–merkaptopurin), sa ili bez indukcijskog postupka koji uključuje infliksimab u svrhu bržeg kliničkog odgovora. Terapija ciklosporinom predstavlja alternativu, ali su usprkos svemu recidivi fistula česti. Tvrđokorne perianalne fistule mogu zahtijevati privremenu kolostomiju ali one gotovo uvijek recidiviraju nakon ponovnog uspostavljanja kontinuiteta crijeva. Nadalje, kolostomija je prikladnija kao dodatak definitivnom kirurškom postupku nego kao primarna terapija. [1]

2.8.6. Terapija održavanja

Bolesnici u kojih je postignuta remisija samo s 5–ASA mogu i u terapiji održavanja primati ovaj lijek. Bolesnici koji u akutnoj terapiji zahtijevaju kortikosteroide ili infliksimab, u terapiji održavanja općenito zahtijevaju azatioprin, 6–merkaptopurin ili metotreksat. Kortikosteroidi nisu sigurni niti učinkoviti u dugotrajnoj terapiji održavanja. Bolesnicima koji u akutnoj fazi bolesti imaju dobar klinički odgovor na infliksimab ali u terapiji održavanja slabije podnose antimetabolite, remisija se može održavati ponavljanim dozama infliksimaba 5 do 10 mg/kg svakih 8 tjedana. Kontroliranje remisije podrazumijeva praćenje simptoma i laboratorijskih nalaza te nije potrebna radiološka obrada ili kolonoskopija (osim rutinskog godišnjeg praćenja displazije) nakon 7 godina od postavljanja dijagnoze ove bolesti. [1]

2.8.7. Kirurška terapija

Iako je u gotovo 70% slučajeva naposljetku potreban kirurški zahvat, indicira se samo u strogo odabranih bolesnika. Kirurško liječenje je prvenstveno indicirano u slučajevima rekurentne intestinalne opstrukcije ili tvrdokornih fistula i apscesa. Resekcija zahvaćenog segmenta crijeva može ublažiti simptome ali ne može i izliječiti ovu bolest, obzirom na činjenicu da Crohnova bolest često rekurira i nakon resekcije. Stopa rekurencije, definirana endoskopskim lezijama anastomoze iznosi >70% nakon 1 godine i >85% nakon 3 godine; definirana kliničkim simptomima iznosi otprilike 25 do 30% nakon 3 godine a 40 do 50% nakon 5 godina. Naposljetku, daljnja kirurška intervencija je potrebna u gotovo 50% slučajeva. Međutim, učestalost recidiva se izgleda može smanjiti ranom postoperativnom profilaksom 6-merkaptopurinom, metronidazolom ili moguće 5-ASA. Ukoliko je kirurško liječenje provedeno u prikladnim indikacijama, gotovo se svim bolesnicima poboljša kvaliteta života. [1]

Kirurška terapija indicirana je uglavnom za liječenje i zbrinjavanje komplikacija Crohnove bolesti. Oko 70% oboljelih osoba barem jednom prolazi kroz kirurški zahvat zbog opstrukcije, fistule, krvarenja, toksičnog megakolona, perforacije ili apscesa, dok su vrlo često potrebni i multipli zahvati. [12]

Najčešće indikacije za operaciju su stenoze crijeva, fistule, perianalni i intraabdominalni apscesi, perforacije crijeva te zaostajanje u rastu kod djece. U liječenju Crohnove bolesti dominira tzv. minimalna kirurgija putem koje se izvode samo vrlo ograničene resekcije crijeva uz terminalno- terminalne anastomoze. Kod perianalne bolesti u normalnog rektuma ne smije se dirati anus, zbog toga što će indukcija remisije proksimalnije bolesti dovesti i do cijeljenja analnih lezija. Resekcija se radi kod asocirane bolesti rektuma, dok rektovezikalna 19 fistula zahtijeva hitan kirurški zahvat, a rektovaginalna fistula se sanira tek nakon postizanja remisije crijevne upale. [7,14,15]

Ukoliko je kirurško liječenje provedeno u prikladnim indikacijama, gotovo se svim bolesnicima poboljša kvaliteta života. Indikacija za operaciju kod Crohnove bolesti postoji kad je konzervativni tretman neučinkovit ili štetan te ukoliko je operativni rizik manji od alternativne terapije. Većina kirurga se još uvijek odlučuje za operacijsko liječenje tek ukoliko se pojave komplikacije bolesti kao što su fistule, apscesi ili strikture. Vrlo je važno u tom slučaju pravovremeno reagirati tako da komplikacije ne postanu inoperabilne. [16]

2.9. Prehrana oboljelih od Crohnove bolesti

Oboljelima prioritet mora biti raznovrsna prehrana za održavanja tjelesne težine i snage. Postojat će situacije kad je bolje izbjegavati određene namirnice. Nekim ljudima pomaže smanjeno unošenje vlakana ili izbacivanje iz prehrane određenih pšeničnih i mliječnih proizvoda. Svaka promjena u prehrani mora biti u suglasnosti s liječnikom ili nutricionistom. [17] U brošuri koju je izdao HUCUK (slika 2.9.1.), oboljeli od Crohnove bolesti praktički mogu živjeti prema predloženim smjernicama.

U slučajevima kada je crijevo suženo na jednom ili više mjesta oboljelom se ne preporuča konzumacija teško probavljive hrane poput žilavog mesa, plodine i sjemenke, vlaknasto povrće, sirove naranče i ostalu hranu koja se ne može dobro sažvakati nego se guta u komadićima. Komadići hrane ili čak preobilan obrok mogu napraviti opstrukciju (privremeno začepljenje) na mjestima gdje se nalazi suženje, pa onda dolazi do grčeva, napuhavanja i pojačanih zvukova u trbuhu. Oboljeli čija crijeva zbog jake upale ili skraćenog crijeva uslijed kirurškog zahvata ne apsorbiraju hranjive tvari, imat će manje proljeva ako smanje unos masnoća u organizam. Dodaci prehrani bit će ponekad potrebni kako bi nadomjestili nedostatak vitamina i minerala uzrokovan slabim apetitom, slabom prehranom, malapsorpcijom kao posljedicom bolesti ili proljevima. [17]



Slika 2.9.1. Prehrana oboljelih od upalnih bolesti crijeva

Izvor: https://issuu.com/damirkohn/docs/prehrana_3.izdanje

Enteralna prehrana u Crohnovoj bolesti ima važnu ulogu, jer u prvom redu adekvatna nutritivna potpora nužna je u prevenciji i liječenju malnutricije. Malnutricija u tijeku Crohnove bolesti uzrokuje gubitak teka, što se bolesnik boji jesti, što mu lijekovi oduzimaju apetit ili jer zbog gubitka cinka gube osjet a zbog teškog proljeva gube sol. [19]

Malapsorpcija je posljedica upale sluznice, resekcije crijeva ili fistula. Bolesnik stolicom gubi proteine i krvvari, osjetljiv je na infekcije, lijekove i stres. Kod nekih bolesnika može nastupiti manjak vitamina topljivih u masti, deficit cinka i magnezija. Mnogi bolesnici gube proteine, pa se pojavljuje enteropatija s gubljenjem proteina, osobito albumina. Najčešći je deficit B12 vitamina, jer se apsorbira u ileumu, koji je najčešće zahvaćen tom bolešću. Što je resekcija opsežnija, deficit je toga vitamina učestaliji. Oboljeli od Crohnove bolesti nemaju teka, gube tjelesnu masu, pate od bolova u trbuhu i od čestih proljeva.[20]

Enteralni pripravci danas se preporučuju zbog boljeg okusa, lakšeg prihvaćanja od bolesnika, manjih komplikacija te značajno nižih troškova od strane drugih enteralnih pripravaka. Medicinska sestra ima zadatak da sa pacijentom izradi dijetni program peroralne prehrane kako bi prehrana zadovoljila njegove potrebe. Bolesnicima sa sindromom kratkog crijeva daje se visokoenergetska dijeta s manje od 40 g masti dnevno uz škrob kao glavni ugljikohidrat. Daju se vitamini, preparati kalcija, kalija i magnezija.[21]

U Crohnovoj bolesti koja zahvaća tanko crijevo probava i apsorpcija masti mogu biti promijenjene bilo putem gubitaka kroz stijenkicu crijeva ili zbog smanjene raspoložive količine žučnih soli. Terapija kortikosteroidima može ometati metabolizam kalcija što uzrokuje smanjenu apsorpciju i veću opasnost od pojave osteopenije i osteoporoze. Dijeta u bolesnika sa Crohnovom bolešću je individualno različita, pa je valja prilagoditi prema dogovoru s bolesnikom. Trebalo bi izbjegavati sirovo i osušeno voće i povrće, naranče, konzervirano meso. Peroralna prehrana počinje sa lako probavljivim namirnicama pripremljenim kuhanjem, pirjanjem i postepeno se izbor namirnica proširuje. Voće i povrće mora sadržavati što manje prehrambenih vlakana, dovoljno je zrelo voće u obliku kompota. Od mesa se koriste piletina, teletina, junetina koja se pripremaju kuhanjem. Parenteralna prehrana je važna u liječenju bolesnika sa Crohnovom bolešću i to najviše u akutnoj fazi bolesti kada crijevo treba pustiti mirovati. U akutnoj fazi je smanjena tolerancija na oralno unesenu hranu ili enteralne pripravke. TPP rabi se kao primarna terapija u aktivnoj bolesti. Parenteralna prehrana ima iznimnu važnost

u liječenju bolesnika nakon resekcije tankog crijeva, kad se pojavljuje sindrom tankog crijeva. U tim situacijama znači doživotnu terapiju i nutritivnu potporu. Nutritivne deficite moguće je korigirati promjenom TPN s dodacima minerala, oligoelemenata i vitamina. TPP prekida se kada se stanje bolesti smiri i pristupa se enteralna prehrana nazogastričnom sondom. Potrebno je davati deficitarne vitamine i minerale, posebno kobalamin, folacin i vitamin C, te liposolubilne vitamine, vitamin D, od minerala cink, magnezij, željezo, kalcij. Nakon TPP uvodi se parcijalna parenteralna prehrana. [20]

Kod upalnih bolesti crijeva postoje razne faze intenziteta bolesti o čemu ovisi propisivanje odgovarajućih namirnica za akutno stanje bolesnika. Odabir namirnica je vrlo teško napraviti, jer se mnoge hranidbene tvari nalaze u namirnicama koje su štetne, naročito voće i povrće koje djeluje štetno na sluznicu crijeva. [21]

Preporuke nutritivne terapije kod oboljelih od Crohnove bolesti:

- U akutnoj fazi bolesti crijevo treba pustiti mirovati, pa je indicirana TPP
- Prema bolesnikovu stanju potrebno je napraviti dijetni tretman koji će zadovoljavati potrebe bolesnika
- Kod proljeva koji su prisutni u akutnoj fazi pogoršanja potrebno je indicirati dijetu
- Bolesnicima se daje visokokalorična dijeta s najvećim udjelom ugljikohidrata oko 60%
- Proteini moraju imati također visoki udio oko 20%
- Masnoće treba smanjiti ispod 20%, energetske vrijednosti moraju imati izvor iz biljnih vlakana
- U bolesnika sa Crohnovom bolešću dijeta je individualno različita što ovisi o stanju, trajanju bolesti i dobi bolesnika
- Potrebno je uvrstiti deficitarne vitamine posebno vitamin B12, folacin B9, vitamin C te liposolubilne vitamine osobito vitamin D
- Od minerala potrebno je uzimati: cink, magnezij, željezo i kalcij. [21]

2.10. Trudnoća i Crohnova bolest

Žene sa aktivnom Crohnovom bolešću malo će teže zatrudnjeti nego zdrave žene. Njihova plodnost može biti smanjena zbog neredovitih ovulacija ili lokalnih oštećenja jajovoda uzrokovanih neposrednom blazinom upalom zahvaćenih crijeva. Spolni odnos za ženu može biti neugodan/bolan te sukladno tome rjeđi. Muškarci na terapiji sulfasalazina mogu imati smanjenu plodnost. Liječnici će savjetovati da se trudnoća izbjegava za vrijeme aktivne bolesti. Ipak, za vrijeme trudnoće ne mora doći do pogoršanja bolesti. Za vrijeme trudnoće žena se treba savjetovati sa gastroenterologom o uzimanju aminosalicilata, kortikosteroida i azathioprina. Ako je jedan od partnera bio na terapiji methotrexatom u posljednjih tri do dvanaest mjeseci, obavezno je savjetovati se sa gastroenterologom prije planiranja trudnoće. [17]

2.11. Crohnova bolest kod djece

Petina oboljelih razvije bolest prije osamnaeste godine. Ukoliko se bolest ne liječi, polovina zahvaćene djece će imati nizak rast ili odgođen razvoj. Agresivna nutricionistička terapija može omogućiti uredan rast i razvoj. Terapija može uključivati prehrambene nadomjeske, visoko-kaloričnu dijetu te ponekad infuzije. Budući steroidi mogu usporiti rast te dovesti do osteoporoze, upotrebljavaju se kod djece jedino u krajnjoj nuždi. Visina, težina i mineralna gustoća kostiju trebaju se pomno nadzirati kod djece koja se liječe kortikosteroidima. Djeca mogu imati značajne psihosocijalne probleme ako stanje utječe na svakodnevno funkcioniranje te onemogućuje druženje s vršnjacima. Ukoliko dijete izgleda povučeno, tužno, nezainteresirano za aktivnosti ili ima teškoća u školi, preporučljivo je to naglasiti liječniku te se posavjetovati s psihologom ili dječjim psihijatrom. [10]

U odraslih sa Crohnovom bolešću smanjeni unos hrane i hranjivih tvari vodi do gubitka tjelesne težine, no kod djece se ujedno usporava rast i spolno sazrijevanje. Stoga, veliku pozornost treba usmjeriti na održavanje normalnih prehrambenih potreba djeteta, bilo nadomjesnom prehranom uzimanjem na usta ili povremeno intravenozno hranjenje. Prolongirano uzimanje kortikosteroida također može usporiti rast. Elementarna dijeta se češće primjenjuje kod djece kako bi se izbjeglo davanje kortikosteroida (kada je to moguće) i njegovih teških nuspojava. Djeca i adolescenti koji ne reagiraju na terapiju lijekovima terapiju imaju veći razlog za kirurški zahvat (nego njegovo

odgađanje), kako bi se što prije uspostavilo normalo resorbiranje hrane, a sa time ujedno nesmetan rast i razvoj. [17]

2.12. Prognoza bolesti

Tijek Crohnove bolesti izrazito je varijabilan i nepredvidiv. U većine bolesnika tijekom bolesti je kroničan i intermitentan, bez obzira na zahvaćeno mjesto. Tijekom vremena bolest sve slabije odgovara na terapiju te se u 70% bolesnika razvijaju komplikacije koje zahtijevaju kirurško liječenje u određenom stupnju. Stopa smrtnosti raste s trajanjem bolesti uz približnu stopu 5- 10%, a uzrok smrtnosti uglavnom je peritonitis ili sepsa. Nakon kirurške terapije česti su recidivi bolesti, no unatoč tome, liječenje rezultira stabilnim i plodnim životom većine bolesnika s Crohnovom bolešću. [5]

3. Sestrinska skrb za oboljele od Crohnove bolesti

Uloge medicinske sestre u skrbi za kronično bolesne osobe vrlo su širokog spektra, počevši od odgovarajućih komunikacijskih vještina, pa do složenih procesa sestrinske skrbi za pacijenta. Rad s takvim bolesnicima zahtjeva mnogo znanja, edukacije, strpljivosti i empatije. Stvaranje terapijskog odnosa, međusobnog povjerenja, te terapijske komunikacije između medicinske sestre i bolesnika važni su preduvjeti za postizanje sestrinskih ciljeva u skrbi za kronično oboljele bolesnike, čiju osnovnu bolest vrlo često prate i psihološke promjene, koje dodatno otežavaju nastalu situaciju. Intervencije kod bolesnika oboljelih od kronične upalne bolesti crijeva ovise o bolesnikovom stanju te stadiju bolesti.

U bolesnika kod kojih je učinjen operativni zahvat potrebno je upoznati ga s posebnim uvjetima života. Bitna je dobra prijeoperacijska te poslijeoperacijska priprema, psihološka podrška, fizička priprema bolesnika. Kod bolesnika sa ileostomom ili kolostomom nakon oporavka od operativnog zahvata potrebno ga je uputiti na način njege te važnost njege stome i pripremu potrebnog materijala. Tijekom cijelog procesa učenja, bolesniku je potrebna emocionalna podrška. Blagi znakovi odbojnosti ili gađenja (grimase) mogu imati poguban efekt na bolesnikovo samopoštovanje i tjelesnu sliku. Što se pozitivnije odnosimo prema bolesnikovu stanju to će se i on sam pozitivnije odnositi prema sebi i svojoj bolesti. [22]

3.1. Intervencije medicinske sestre

3.1.1. Eliminacija stolice

Medicinska sestra treba utvrditi postoji li veza između proljeva i uzete hrane, aktivnosti i eventualnog emocionalnog stresa. Također treba utvrditi učestalost, konzistenciju i sastav stolice. Kupaonica i toalet moraju biti prozračni i čisti. Prema potrebi treba davati antidijarealne lijekove i pratiti izgled i učestalost stolica tijekom terapije. Bolesniku se preporuča odmor u krevetu kako bi se smanjila peristaltika crijeva. [23]

3.1.2. Suzbijanje boli

Medicinska sestra treba utvrditi jačinu, lokalizaciju i vrstu boli, je li kontinuirana ili intermitentna. Također treba doznati u koje vrijeme se bol javlja: prije ili poslije jela, po noći ili prije eliminacije stolice. Ako su propisani, antiholinergici se daju pola sata prije jela da se smanji peristaltika crijeva, a analgetici kod pojave boli. Smatra se da suzbijanje anksioznosti i straha može dovesti do smanjivanja intenziteta boli. [23]

3.1.3. Balans tekućine

Važno je pratiti unos i iznos tekućine i na vrijeme prepoznati znakove dehidracije (suha koža i sluznice, slabi turgor kože, pothlađenost, subnormalna temperatura, porast hematokrita, oligurija, povećana specifična težina urina i sl.). Bolesniku možemo nadoknađivati tekućinu peroralnim i intravenoznim putem (uz stalno mjerenje centralnog venskog tlaka). Mjere za suzbijanje proljeva su: dijeta, smanjivanje stresa i anksioznosti. [23]

3.1.4. Prehrana

Totalna parenteralna prehrana se provodi u akutnom stadiju bolesti. Kroz to vrijeme je potrebno pratiti vrijednost glukoze u urinu, acetona i specifičnu težinu urina. Peroralnu prehranu treba započeti češćim i malim količinama visokoproteinske hrane. [23]

3.1.5. Odmor

Bolesnicima se preporuča odmor kako bi se smanjila aktivnost i na taj način smanjio metabolizam i peristaltika crijeva. Aktivnosti se određuju prema bolesnikovim željama, s tim da nastojimo da od bolesnika ne pravimo invalida. Ležanje u krevetu preporučujemo bolesnicima koji su febrilni, imaju učestale stolice ili krvare. Potrebno je provoditi pasivne i aktivne vježbe kako bi se održao tonus miškulature i spriječila tromboza. [23]

3.1.6. Smanjivanje anksioznosti

Medicinska sestra treba odvojiti dovoljno vremena za razgovor s bolesnikom, ohrabriti ga da postavlja pitanja i odgovoriti mu na njih. Bolesnici mogu biti emocionalno labilni, pa je potrebno objasniti svaki detalj. Pri tome se mogu koristiti slike ili ilustracije kako bi bolesnik mogao vizualizirati eventualni operativni zahvat ili stomu. [23]

3.1.7. Edukacija bolesnika

Nakon učinjenog operativnog zahvata ili završenog konzervativnog liječenja bolesnika treba upoznati s posebnim uvjetima života, aktivnosti i prehrane. Treba ga upozoriti na potrebu uzimanja visokokalorijske i visokoproteinske hrane s dostatno vitamina. Također, bolesnik treba znati važnost uzimanja steroida, antiinflamatornih lijekova, antidijarealnih lijekova i

spazmolitika. Ukoliko je napravljena ileostoma bolesnika treba uputiti u način njege i posebne uvjete prehrane. [23]

3.2. Operativni zahvati i intervencije medicinske sestre

Kad pacijent s Crohnovom bolešću bude podvrgnut operativnom zahvatu, intervencije na koje medicinska sestra treba obratiti pažnju, a neizmjereno su važne:

- prvih 24-48 sati ili više pacijent je obično smješten u JIL-u
- monitoring nad vitalnim funkcijama
- praćenje izlučevina
 - urin - pacijenti imaju postavljen urinarni kateter zbog prevencije retencije i praćenja diureze
 - želučani sadržaj - NG sonda je postavljena u svrhu smanjenja mogućnosti povraćanja i distenzije želuca, NG sonda se vadi kada se uspostavi peristaltika (nakon 48h ili duže)
- kontrola:
 - rane - krvarenje (obično iz potkožnog tkiva), infekcija rane - crvenilo edem, gnojni sekret
 - drenažnog sadržaja – krvarenje (javljanje veće količine krvi u drenažnom sadržaju) - pad RR-a, tahikardija, bljedoća!!!
 - pojava crijevnog sadržaja u drenaži govori u prilog dehiscenciji anastomoze crijeva (popuštanje šavova na spoju crijeva) - bolovi, povišenje temperature, leukocitoza...
- sprječavanje infekcije - aseptičko previjanje rane, primjena antibiotika prema odredbi liječnika
- pomoć pri obavljanju osnovnih ljudskih potreba - okretanje, oblačenje, higijena...
- sprječavanje komplikacija dugotrajnog ležanja
 - čim ranija mobilizacija (već prvi postoperativni dan ukoliko to stanje bolesnika dozvoljava)
 - pasivne i aktivne vježbe ekstremiteta
 - vježbe disanja, poticanje na iskašljavanje
 - okretanje, higijena u krevetu, masaža predilekcionih mjesta (kod težih bolesnika)
 - subcutana primjena nisko molekularnog heparina (Fragmin, Fraxiparin, Clexan...)

- osiguranje povoljne mikroklimе
- osiguranje pravilne prehrane - pacijent je obično prvih 48h isključivo na parenteralnoj prehrani. Ukoliko je došlo do uspostave peristaltike pacijent može piti malo vode ili čaja (uz NG sondu ili se NG sonda izvadi), zatim se u prehranu uvodi bistra juha. Ako nema nikakvih problema (povraćanje, nadutost) pacijent može polako uzimati kašastu hranu, nakon nekoliko dana kašaste hrane prelazi na laganu krutu hranu - hrana koja ne nadima, lako probavljiva hrana, s manje ostataka. [24]

3.2.1. Cilj sestrinskih intervencija kod Crohnove bolesti

Kod Crohnove bolesti postoji niz poteškoća koje otežavaju stanje samog bolesnika. Dolazi do poteškoća u eliminaciji stolice, bolovi i osjećaj nelagode, smanjenja količine cirkulirajućeg volumena i poremećaja elektrolita- što je povezano s proljevom, poremećaja u prehrani, smanjenja aktivnosti te anksioznosti. Intervencije koje se provode kod istaknutih problema usmjerene su na: uspostavljanje normalne eliminacije stolice smanjenje bolova i tenezma sprječavanje gubitka cirkulirajućeg volumena i disbalans elektrolita infuzijskim otopinama uspostava optimalne nutricije smanjenje straha i anksioznosti upućivanje bolesnika u režim dnevnih aktivnosti te pravilne prehrane. [22]

3.3. Stoma i intervencije medicinske sestre

Kod pacijenata koji imaju postavljenu stomu, važna uloga medicinske sestre je:

- prepoznavanje komplikacija - krvarenje, dehiscencija šavova oko stome, infekcija, prolaps stome, maceracija kože
- praćenje sadržaja na stomu (u početku oskudan) sluzav, sukrvavi sadržaj (osim kada je operaciji prethodio ileus - tada izlaze veće količine stolice), kasnije tekuća, pa kašasta stolica, a zatim formirana stolica
- njega okolinske kože - higijena kože mlakom vodom i neutralnim sapunom
 - adekvatna upotreba stoma vrećica - pravilno izrezivanje otvora koji mora biti nešto veći od same stome (1-2mm)
 - ne koristiti nikakve kreme, masti ili ulja za njegu kože zbog nemogućnosti lijepljenja vrećice
 - korištenje stoma pastila u svrhu prevencije oštećenja kože (kod uvučenih stoma, nabora i neravnina na koži)

- korištenje stoma pudera i paste kod oštećene kože
- edukacija pacijenta i obitelji
 - primjena vrećica i ostalih pomagala za stomu - praktična i teoretska
 - nabava stoma pomagala - preporuka specijaliste (kirurg) u Otpusnom pismu; liječnik opće (obiteljske) medicine ispunjava doznake; pacijent sa doznakama podiže potreban materijal u ljekarni
- prehrana
 - pacijent nakon nekoliko tjedana može konzumirati svu hranu kao što je konzumirao prije operativnog zahvata
 - u slučaju proljeva - banane, čokolada, maslac od kikirikija, nadoknada tekućine
 - u slučaju zatvora - voće, povrće, suhe šljive, prirodni sokovi, puno tekućine...
- irigacija - pacijent si može sam dati klizmu na stomu - postoji poseban set za irigaciju na koji pacijenti sa stomama imaju pravo na teret HZZO- a
- aktivnosti - nakon nekoliko tjedana ili mjeseci pacijenti se mogu vratiti aktivnostima kojima su se bavili prije operativnog zahvata (sport, rekreacija, posao) - uz, naravno, neka ograničenja
- uključivanje u rad „stoma društva“ - ILCO društvo - društvo koje okuplja osobe sa stomom (ileostoma, kolostoma i urostoma) razmjena iskustva, savjeta, pomoć, edukacija, druženje, zabava.... [24]

4. Edukacija medicinske sestre kod oboljelog od upalne bolesti crijeva

Kao član zdravstvenog tima, medicinska sestra najviše vremena provodi s bolesnikom (od trenutka prijema, dijagnosticiranja bolesti pa sve do otpusta iz bolnice do susreta s patronažnom službom u samoj kući bolesnika). Uspješnost edukacije ovisi, ne samo o njenoj profesionalnoj kompetentnosti, nego i o broju i raspoloživosti medicinskih sestara koje provode edukaciju. Medicinska sestra ima ključnu ulogu u rješavanju problema kod bolesnika oboljelih od upalnih bolesti crijeva. Najvažnija je suradnja bolesnika sa medicinskom sestrom, te ostalim zdravstvenim djelatnicima da zajedno donesu odluku. Važno je pacijentu objasniti način liječenja i prognozu same bolesti. Bolesnici se susreću sa novim izazovima, pa je tu potrebna stručnost i savjeti koji će ih usmjeriti u daljnji proces liječenja. [25]

Dolaskom u bolnicu i bolesnik i obitelj zbunjeni su i uplašeni zbog novonastale situacije. Medicinska sestra je ta koja će svojom profesionalnošću, a istovremeno toplim i srdačnim odnosom pružiti neposrednu fizičku i psihičku podršku. Također će preuzeti inicijativu u što bržem uključivanju u proces rehabilitacije i oporavka samog bolesnika i njegove obitelji. Kao jedan od najvećih nedostataka tijekom liječenja većina bolesnika navodi nedovoljnu komunikaciju s medicinskim osobljem. Bolesnik/obitelj s medicinskom sestrom ostvaruje prisniji kontakt nego s ostalim članovima zdravstvenog tima i upravo tu spoznaju, medicinske sestre bi trebale iskoristiti kako bi liječenje i oporavak bili što uspješniji. Korištenjem jednostavnijih i razumljivih izraza koji su prilagođeni dobi, obrazovanju, zanimanju, medicinska će sestra najbolje poboljšati komunikaciju s pacijentom i njegovom obitelji. [26]

Nakon izlaska iz bolnice potrebno je u skrb sa pacijentom uključiti i ostale članove obitelji, jer bolesnici sa upalnom bolešću crijeva često su tjeskobni i depresivni. Zbog bolesti mogu se zatvoriti u sebe, socijalno se izolirati. Zbog toga je važna pomoć i podrška obitelji i prijatelja. Davati najvažnije savjete, koji će se izreći na početku i na kraju razgovora, provjeriti jesu li zapamtili rečeno, tražeći da ponove dobivene informacije, koristiti pisane upute, uvoditi nemedicinske sadržaje u razgovor, jer svaka bolest stvara novu životnu situaciju na koju se bolesnik mora naviknuti, pa bi razgovor trebao obuhvaćati i sadržaje u kojima bi se raspravljalo i o obiteljskim, socijalnim, psihološkim, poslovnim i drugim problemima. Medicinska sestra mora omogućiti dostupnost informacija oboljelom u svakom trenutku. Cilj liječenja oboljelih od upalnih bolesti crijeva mora biti kontrola upalnog procesa da bi se spriječila progresija bolesti a oboljelom mora biti dostupan specijalistički multidisciplinarni tim. Zdravstveni djelatnici, kao i medicinske sestre, moraju vrednovati i podupirati udruge pacijenata oboljelih od upalnih bolesti

crijeva, koje djeluju na cijelom području Hrvatske i pomažu oboljelima u svim aspektima skrbi, pomoći, savjetovanja i razumijevanja za daljnji lakši i normalni nastavak života. Kod starijih bolesnika potreban je određeni oblik psihoterapije i duhovne terapije. Osim starijih osoba posebnu važnost i edukaciju medicinska sestra mora pružiti djeci, adolescentima i trudnicama.

[25]

5. Sestrinske dijagnoze

Sestrinske dijagnoze definiraju se kao klinička prosudba onoga što su pojedinac, obitelj ili zajednica pružili kao odgovor na aktualne ili potencijalne zdravstvene probleme ili životne procese. One osiguravaju temelj za izbor intervencija čije će provođenje dovesti do postignuća cilja koji smo si zadali. Može se reći da su sestrinske dijagnoze ključ za uspješnu budućnost, na dokazima utemeljenu i profesionalno vođenu zdravstvenu njegu kojoj je cilj što učinkovitije zadovoljiti sve bolesnikove potrebe. U vrijeme elektroničkog načina vođenja sestrinske dokumentacije svakodnevno se dokazuje nužnost standardizacije sestrinske terminologije i sestrinskih dijagnoza a njihova se opravdanost temelji na činjenici da sistematična analiza podataka koje prikupljaju medicinske sestre ili tehničari može koristiti i mnogim organizacijama unutar zdravstvenog sustava. [27] Kod osoba oboljelih od upalnih bolesti crijeva, medicinska sestra treba definirati neke sestrinske dijagnoze te prema njima pristupiti pacijentu sa određenim intervencijama, ciljevima, planom zbrinjavanja te evaluacijom pružene njege.

5.1 Anksioznost u/s mogućim operativnim zahvatom

Definicija: nejasan osjećaj neugode i /ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti.

Kritični čimbenici: dijagnostički i medicinski postupci, prijetnja fizičkoj i emocionalnoj cjelovitosti, promjena uloga, rutine ili okoline, izoliranost, smanjeni osjećaj kontrole, strah od smrti, prijetnja socioekonomskom statusu, nepoznati čimbenici.

Vodeća obilježja: hipertenzija, tahikardija ili tahipneja, razdražljivost, umor, verbalizacija straha i napetosti, osjećaj bespomoćnosti, otežana koncentracija i suočavanje s problemima, glavobolja, mučnina, proljev, otežan san, plačljivost, vrtoglavica, pojačano znojenje, učestalo mokrenje.

Ciljevi:

- Pacijent će moći prepoznati i nabrojiti simptome i čimbenike razine tjeskobe
- Pacijent će moći prepoznati, nabrojiti i demonstrirati tehnike suočavanja sa tjeskobom
- Pacijent će pokazati sposobnost samosmirivanja
- Pacijent neće ozlijediti sebe ili druge

Intervencije:

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos i osjećaj sigurnosti
- Opažati neverbalne izraze anksioznosti
- Stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost
- Pacijenta upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima
- Redovito informirati pacijenta o postupcima i tretmanu
- Poučiti pacijenta o procedurama koje će se provoditi
- Koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju pacijenata
- Osigurati tihu i mirnu okolinu
- Omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju i provedbi intervencija
- Potaknuti pacijenta da potraži pomoć kada osjeti anksioznost, prepozna činitelje koji izazivaju anksioznost te da izrazi svoje osjećaje
- Izbjegavati površnu potporu, tješjenje, žaljenje
- Pomoći i podučiti pacijenta vođenju postupaka smanjivanja anksioznosti: vođena imaginacija, vizualizacija ugodnih trenutaka, vježbe dubokog disanja, okupacijska terapija, humor, terapijska masaža i dodir
- Poučiti pacijenta o pravilnom uzimanju anksiolitika
- Kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije
- Predložiti psihijatrijsku procjenu i tretman ukoliko još uvijek postoje znakovi anksioznosti - Stvoriti sigurnu okolinu za pacijenta

Evaluacija:

- Pacijent prepoznaje znakove anksioznosti i verbalizira ih
- Pacijent se pozitivno suočava s anksioznosti
- Pacijent pokazuje znakove samosmirivanja
- Tijekom boravka u bolnici nije došlo do ozljeda 48
- Tijekom boravka u bolnici je došlo do ozljeda. [28]

5.2 Dehidracija u/s upalnom bolesti crijeva

Definicija: stanje u kojem je prisutan deficit intersticijskog, intracelularnog ili intravaskularnog volumena tekućine.

Kritični čimbenici: endokrine bolesti, gubitak tekućine u „treći“ prostor sekundarno, gubitak tekućine (proljevanje, povraćanje, krvarenje, hipertermija, akutni abdomen), abnormalno znojenje, neurološke povrede, nedostatak znanja, stres, otežano gutanje ili hranjenje, bolesti probavnog sustava, depresija, anoreksija, pretjerano uzimanje laksativa.

Vodeća obilježja: hipotenzija, ubrzan ili oslabljen puls, hipertermija, uvučena fontanela, slabost, umor, povećan broj respiracija, oslabljen turgor kože, suha i blijeda koža, smetenost, letargija, pojačana žeđ, upale oči, neujednačen promet tekućine, patološki krvni nalazi.

Ciljevi:

- Pacijent će razumjeti uzroke problema i načine na koje mu se pomaže, pokazat će interes i želju za uzimanjem tekućine
- Pacijent neće pokazivati znakove i simptome dehidracije
- Pacijent će povećati unos tekućine na minimalno 2000 ml/dan
- Specifična težina urina biti će u granicama normale
- Pacijent će imati dobar turgor kože, vlažan jezik i sluznice
- Vitalni će znakovi biti u granicama normalnih vrijednosti

Intervencije:

- Objasniti pacijentu važnost unosa propisane tekućine i dogovoriti količinu i vrijeme pijenja tekućine tokom dana
- Osigurati pacijentu željenu tekućinu ili napitak koji preferira tokom dana
- Pomoći pacijentu u pijenju ukoliko nije u mogućnosti piti samostalno
- Opisati pacijentu znakove dehidracije
- Pratiti promet tekućine, unos i izlučivanje tokom 24 sata

- Pratiti diurezu, specifičnu težinu urina, boju i miris urina
- Pratiti i zabilježiti gubitak tekućina kod proljeva, povraćanja ili krvarenja
- Mjeriti tjelesnu težinu pacijenta
- Mjeriti vitalne funkcije svaka 4 sata kod stabilnih pacijenata
- Uspostaviti kontinuirani monitoring vitalnih funkcija
- Opažati i zabilježiti pojavu tahikardije, tahipneje, oslabljen puls, hipotenziju, hipotermiju ili hipertermiju
- Uočavati znakove promijenjenog mentalnog statusa (razdražljivost, smetenost, pospanost)
- Uočavati znakove opterećenja cirkulacije
- Pratiti vrijednosti laboratorijskih nalaza krvi
- Objasniti pacijentu da se ne oslanja na žeđ kao indikator za uzimanje tekućine
- Naučiti pacijenta da nadzire svoju hidraciju praćenjem boje urina
- Ukoliko je potrebno, nadoknaditi tekućinu parenteralno kako je propisano
- Postaviti i održavati intravenozni kateter s većim protokom
- Primijeniti farmakološku terapiju i antidijaroičke kako je propisano
- Voditi evidenciju unosa i izlučivanja tekućine tokom 24 sata

Evaluacija:

- Pacijent je hidriran, pije 2000 ml tekućine kroz 24 sata
- Pacijent pokazuje želju i interes za uzimanjem tekućine
- Pacijent prepoznaje znakove dehidracije i izvještava o njima
- Tjelesna težina pacijenta je stabilna, i ne gubi / dobiva na tjelesnog težini
- Pacijent je i dalje dehidriran [28]

5.3 Akutna bol u/s osnovnom bolesti

Definicija: Neugodan nagli ili usporeni osjetilni i čuvstveni doživljaj koji proizlazi iz stvarnih ili mogućih oštećenja tkiva s predvidljivim završetkom u trajanju kraćem od 6 mjeseci.

Kritični čimbenici: mehaničke, kemijske ili toplinske ozljede, bolesti organskih sustava, akutni upalni proces, dijagnostički postupci, terapijski postupci, poslijeoperacijski period.

Vodeća obilježja: pacijentova izjava o postojanju, jačini, lokalizaciji i trajanju boli, povišen krvni tlak, puls i broj respiracija, zauzimanje prisilnog položaja, usmjerenost na bol, bolan izraz lica, blijeda i znojna koža, plač, strah.

Ciljevi:

- Pacijent neće osjećati bol
- Pacijent će na skali boli iskazati nižu razinu boli od početne
- Pacijent će prepoznati čimbenike koji utječu na jačinu boli
- Pacijent će znati načine ublažavanja boli

Intervencije:

- Prepoznati znakove boli
- Izmjeriti vitalne funkcije
- Ublažavati bol na način kako je pacijent naučio
- Istražiti s pacijentom različite metode kontrole boli
- Ukloniti rizične čimbenike
- Primijeniti nefarmakološke postupke ublažavanja bolova
- Objasniti pacijentu zauzimanje ugodnog položaja
- Izbjegavati pritisak i napetost bolnog područja
- Podučiti pacijenta tehnikama relaksacije
- Razgovarati s pacijentom o njegovim strahovima
- Ublažiti strah prisustvom i razgovorom
- Poticati pacijenta na verbalizaciju osjećaja boli
- Ponovno procjenjivati bol
- Dokumentirati pacijentove procjene boli na skali boli.

Evalucija:

- Pacijent ne osjeća bol

- Pacijent na skali boli iskazuje nižu razinu od početne
- Pacijent zna nabrojati uzroke boli i rizične čimbenike
- Pacijent zna načine ublažavanja boli
- Pacijent osjeća bol. [27]

5.4 Proljev u/s visokom razinom stresa i pojačanom peristaltikom

Definicija: često pražnjenje polutekuće ili tekuće stolice, više od tri na dan, karakterizirano jakim i učestalom peristaltikom, uslijed čega sadržaj ubrzano prolazi kroz crijeva.

Kritični čimbenici: visoka razina stresa i tjeskobe, infekcija, nutritivni poremećaj, metabolički i endokrini poremećaj, hranjenje putem nazogastrične sonde, nuspojave lijekova, bolesti probavnog sustava.

Vodeća obilježja: najmanje tri polutekuće ili tekuće stolice na dan, pojačana peristaltika, hitnost odlaska na toalet, opća slabost i malaksalost, abdominalna bol/grčevi, febrilitet, hipotenzija, dehidracija.

Ciljevi:

- Pacijent će razumjeti probleme i uzroke proljeva
- Pacijent će razumjeti načine na koje mu se pomaže i neće osjećati nelagodu
- Pacijent će sudjelovati u planiranju intervencija sukladno svojim sposobnostima
- Pacijentove prehrambene navike će biti zadovoljene
- Pacijent će znati opisati konzistenciju i patološke promjene u stolici

Intervencije:

- Procijeniti uzročne faktore koji doprinose pojavi proljeva
- Procijeniti kvalitetu i odabir konzumirane hrane
- Pravilno hraniti putem nazogastrične sonde
- Odrediti potrebnu količinu tekućine kroz dan
- Voditi evidenciju prometa tekućine kroz dan

- Poticati pacijenta da pije tekućinu prema pisanoj odredbi, negazirane napitke, čaj ili otopine pripravaka za rehidraciju
- Nadomjestiti tekućinu i elektrolite parenteralnom prepisanoj odredbi liječnika
- Osigurati pacijentu adekvatnu prehranu uz suradnju nutricionista i pacijenta
- Osigurati male učestale obroke
- Primijeniti antidijaroičke prema uputi liječnika
- Osigurati blizinu toaleta, sani kolica, noćnu posudu
- Objasniti pacijentu utjecaj proljeva na hidraciju organizma
- Uočavati simptome i znakove dehidracije, obilježiti ih i izvjesiti o njima
- Dokumentirati broj proljeva
- Održavati higijenu perianalne regije i uočavati simptome i znakove oštećenja kože
- Dnevno mjeriti i evidentirati tjelesnu težinu, vitalne znakove.

Evaluacija:

- Pacijent razumije probleme i uzroke proljeva
- Pacijent razumije načine na koje mu se pomaže i osjeća se ugodno
- Pacijent sudjeluje u planiranju i provedbi intervencija
- Pacijent izvješćuje o manjem broju proljevastih stolica i konzistenciji stolice
- Pacijent ne prepoznaje patološke promjene stolice i nije u stanju izvijestiti o broju stolica kroz dan
- Pacijent ima proljev [28]

5.5 Socijalna izolacija u/s popratnim pojavama liječenja

Definicija: stanje u kojemu pojedinac ima subjektivni osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanosti s drugima, ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt.

Kritični čimbenici: psihički poremećaj, zarazna bolest, neizlječiva bolest, popratne pojave liječenja, fizički hendikep, nezadovoljstvo fizičkim izgledom, ovisnosti, dugotrajna izloženost stresu, bolničko liječenje, odsustvo obitelji, prijatelja ili druge podrške, nepovoljna ekonomska situacija.

Vodeća obilježja: izražavanje osjećaja usamljenosti, nesigurnost u socijalnim situacijama, opisivanje nedostatka kvalitetnih međuljudskih odnosa, izražavanje potrebe za druženjem, osjećaj tuge i dosade, neprimjereni ili nezreli interesi i aktivnosti za razvojnu dob, nekomunikativnost, izbjegavanje kontakta očima, povlačenje u sebe, zaokupljenost svojim mislima, verbalizacija nelagode u socijalnim situacijama, neprihvatljivo društveno ponašanje, izražavanje osjećaja odbačenosti, izražavanje osjećaja različitosti od drugih, nedostatak ispunjenosti.

Ciljevi:

- Pacijent će identificirati razloge osjećaja usamljenosti
- Pacijent će razviti suradljiv odnos
- Pacijent će tijekom hospitalizacije razvijati pozitivne odnose s drugima
- Pacijent će tijekom hospitalizacije aktivno provoditi vrijeme sa ostalim pacijentima

Intervencije:

- Provoditi dodatno dnevno vrijeme s pacijentom
- Uspostaviti suradnički odnos
- Poticati pacijenta na izražavanje emocija
- Poticati pacijenta na uspostavljanje međuljudskih odnosa
- Poticati pacijenta na razmjenu iskustava s drugim pacijentima
- Podučiti pacijenta asertivnom ponašanju
- Ohrabrivati ga i pohvaliti svaki napredak
- Osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba
- Osigurati pomoć ostalih članova zdravstvenog tima
- Upoznati ga sa suportivnim grupama
- Uključiti pacijenta u grupnu terapiju
- Uključiti pacijenta u radno okupacionu terapiju

Evaluacija:

- Pacijent navodi razloge osjećaja usamljenosti
- Pacijent je razvio suradljiv odnos
- Pacijent se povlači u sebe
- Pacijent tijekom hospitalizacije aktivno provodi vrijeme sa ostalim pacijentima. [28]

6. Zaključak

Crohnova bolest je specifična kronična upalna bolest, koja nema siguran uzrok ni lijek. Crohnova bolest može se pojaviti bilo gdje u probavnoj cijevi od usta do anusa, no najčešće zahvaća ileum i kolon. Bolest ne ovisi samo o upalnim promjenama nego i o izvan crijevnim promjenama koje zahvaćaju susjedne strukture i organe i dovode do pojave ekstraintestinalnih komplikacija. Liječenje bolesnika oboljelih od Crohnove bolesti i ulceroznog kolitisa ovisi o težini kliničkog tijeka, proširenosti i aktivnosti bolesti, općem stanju bolesnika te nazočnosti komplikacija.

Medicinska sestra, kao neizostavan član tima, ima vrlo važnu ulogu u liječenju Crohnove bolesti. Važnost pravilno uzete anamneze i provedenih dijagnostičkih postupaka ima ogromnu ulogu u zbrinjavanju bolesnika. Medicinska sestra aktivno sudjeluje i u daljnjem liječenju bolesnika, dajući mu savjete u svezi prehrane, te pomoći u sastavljanju dijete i jelovnika koja je za oboljele najprikladnija.

U Republici Hrvatskoj postoje razne udruge (HUCUK, ILCO,...) koje rade sa ciljem pomoći oboljelima od Crohnove bolesti (ileostome, kolostome,...) i svim teškoćama koje oboljeli od te bolesti imaju, pa je uloga medicinske sestre da uputi novootkrivene bolesnike u iste udruge.

Crohnova bolest utječe na život pacijenata, funkcioniranje u svom domu, radnom okruženju i odnose s obitelji. Potrebna je promjena životnih navika koju pacijenti ponekad teško prihvaćaju, stoga je važna podrška i dobivanje potrebnih savjeta i informacija od visoko educirane, specijalizirane i kompetentne medicinske sestre.

Zanimljivo, da osobe oboljele od upalnih bolesti crijeva kažu da imaju veću kvalitetu života nego su ju imali prije oboljenja. Možda možemo i naučiti nešto od njih....

U Varaždinu,

Andrija Galeković

7. Literatura

- [1] <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/bolesti-probave/upalne-bolesti-crijeva/crohnova-bolest>, dostupno 02.03.2017.
- [2] M. Štulhofer: Kirurgija probavnog sustava, medicinska naklada Zagreb, 1999.g.
- [3] <http://hucuk.hr/crohnova-bolest/>, dostupno 02.03.2017.
- [4] <http://www.webmd.com/ibd-crohns-disease/crohns-disease/tc/crohns-disease-topic-overview#1>, dostupno 03.03.2017.
- [5] A. Včev: Bolesti debelog crijeva, Grafika, Osijek, 2002.g.
- [6] http://www.hkms.hr/data/1384175408_398_mala_ZNJ%20Kirurskih%20bol%20Nastavni%20materijali.pdf, dostupno 03.03.2017.
- [7] T. Harrison: Principi interne medicine. Split: Placebo, 1997.g.
- [8] <http://ultrazvuk-tarle.hr/laboratorijske-pretrage/zdravlje/bolesti%20crijeva>, dostupno 04.03.2017.
- [9] DJ. Marks, MW. Harbord, R. MacAllister, FZ. Rahman, J. Young J, AlLazikani B, W. Lees, M. Novelli, S. Bloom, AW. Segal: Defective acute inflammation in Crohn's disease: a clinical investigation, broj 9511, str. 668.–678
- [10] <http://www.ilco.hr/index.php/2013-11-19-17-20-10/2013-11-19-17-22-41>, dostupno 05.03.2017.
- [11] <http://www.nhs.uk/conditions/Crohns-disease/Pages/Introduction.aspx>, dostupno 04.03.2017.
- [12] <http://hucuk.hr/crohnova-bolest-izmedju-pogorsanja-i-mirnih-faza>, dostupno 05.03.2017.
- [13] <http://www.vasezdravlje.com/izdanje/clanak/1105>, dostupno 05.03.2017.
- [14] M. Mimica M.: Interna medicina u praksi, Školska knjiga, Zagreb, 1990.g
- [15] R. Živković R.: Interna medicina, Medicinska naklada, Zagreb 1997.
- [16] http://hucuk.hr/brosura/04_kirursko_lijecenje_upalnih_bolesti_crijeva.pdf, dostupno 07.03.2017.
- [17] <http://www.colonos.hr/crohnova-bolest.html>, dostupno 07.03.2017.
- [18] https://issuu.com/damirkohn/docs/prehrana_3.izdanje, dostupno 09.03.2017.
- [19] C. Bunker Rosdahl: Textbook of Basic Nursing, 2004.g.
- [20] R. Živković: Dijetetika, Medicinska naklada, Zagreb, 2002.g.
- [21] M. Lukić, A.Včev: Prehrana i upalne bolesti crijeva, Osijek, 2006.g.
- [22] S. Kalauz: Zdravstvena njega kirurških bolesnika sa odabranim specijalnim poglavljima. Visoka zdravstvena škola, Zagreb, siječanj 2000.g
- [23] http://www.hkms.hr/data/1384175408_398_mala_ZNJ%20Kirurskih%20bol%20Nastavni%20materijali.pdf, dostupno 08.03.2017.
- [24] Predavanja, Zadaci medicinske sestre kod bolesnika sa intestinalnom stomom, raspoloživo na: <http://moodle.vz.unin.hr/moodle/mod/resource/view.php?id=12789>, dostupno 08.03.2017.

- [25] Š. Ozimec: Zdravstvena njega internističkih bolesnika, Visoka zdravstvena škola, Zagreb, 2002.g.
- [26] J. Brljak i suradnici: Zdravstvena njega u gastroenterologiji s endoskopskim metodama, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.g.
- [27] Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Sestrinske dijagnoze 2, Zagreb, 2013.g.
- [28] Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011.g.

8. Prikaz slika

Slika 2.1. Prikaz Crohnove bolesti. Izvor: <http://ultrazvuk-tarle.hr/laboratorijske-pretrage/zdravlje/bolesti%20crijeva>, dostupno 03.03.2017.....3

Slika 2.9.1. Prehrana oboljelih od upalnih bolesti crijeva. Izvor: https://issuu.com/damirkohn/docs/prehrana_3.izdanje, dostupno 07.03.2017.....15

Sveučilište
Sjever**IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Andrija Galeković pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor završnog rada pod naslovom Sestrinska skrb za bolesnika s Crohnovom bolešću na kirurškom odjelu te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student:
Andrija Galeković



Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Andrija Galeković neopozivo izjavljujem da sam suglasan s javnom objavom završnog rada pod naslovom Sestrinska skrb za bolesnika s Crohnovom bolešću na kirurškom odjelu čiji sam autor.

Student:
Andrija Galeković

