

Zadaci medicinske sestre kod bolesnika oboljelih od Crohnove bolesti

Kanjir, Dajana

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:106730>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

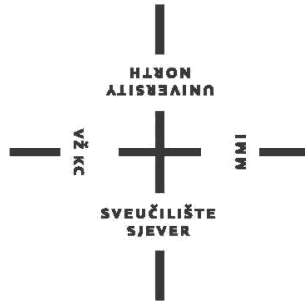
Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-23**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Sveučilište Sjever

Završni rad br. 784/SS/2016

**Zadaci medicinske sestre kod bolesnika oboljelih od
Crohnove bolesti**

Dajana Kanjir– 4432/601

Varaždin, rujan, 2016. Godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Dajana Kanjir	MATIČNI BROJ	4432/601
DATUM	07.09.2016.	KOLEGIJ	Klinička medicina III-Kirurgija
NASLOV RADA	Zadaci medicinske sestre kod bolesnika oboljelih od Crohnove bolesti		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	The tasks of nurses in patients with Crohn's disease		

MENTOR	doc.dr.sc.Rudolf Milanović	ZVANJE	viši predavač
--------	----------------------------	--------	---------------

ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc.Hrvoje Vražić, predsjednik
	2. doc.dr.sc. Rudolf Milanović, mentor
	3. Melita Šikić, dipl.med.techn., član
	4. Jurica Veronek, mag.med.techn., zamjenski član
	5. _____

Zadatak završnog rada

BROJ	784/SS/2016
OPIS	

Crohnova bolest je kronična upalna bolest, koja može zahvatiti bilo koji dio probavnog sustava, najčešće crijeva i to tanko crijevo. To je bolest koja je vrlo učestala kod mladih osoba. Kao i kod svih bolesti, tako i kod Crohnove bolesti, medicinska sestra je vrlo bitna uloga. Zadaci medicinske sestre u skrbi za kronično bolesne osobe vrlo su širokog razmjera, počevši prije svega od odgovarajućih komunikacijskih vještina, pa do složenijih procesa sestrične skrbi za takvog pacijenta. Za rad sa takvim bolesnicima potrebno je mnogo znanja, strpljivosti i empatije. Stvaranje terapijskog odnosa, socioemocionalne klime, te terapijske komunikacije između medicinske sestre i bolesnika važni su preduvjeti za postizanje sestričnih ciljeva u skrbi za oboljele bolesnike, čiju osnovnu bolest vrlo često prate i psihološke promjene koje dodatno otežavaju osnovnu bolest.

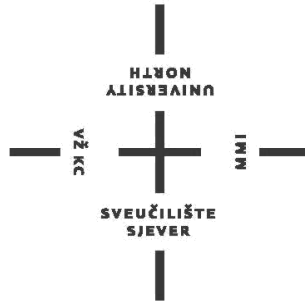
Cilj rada je:

- Opisati bolest, simptome bolesti, dijagnostiku, moguće načine liječenja, simptomatologiju, te komplikacije
- Intervencije medicinske sestre, njezinu psihološku potporu prema pacijentu, edukaciju pacijenta i obitelji
- Važnost prehrane kod Crohnove bolesti
- Shvaćanje samog odnosa bolesnika prema bolesti

ZADATAK URUČEN

07.09.2016





**Sveučilište
Sjever**

Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 784/SS/2016

Zadaci medicinske sestre kod bolesnika oboljelih od Crohnove bolesti

Student

Dajana Kanjir, 4432/601

Mentor

Rudolf Milanović, doc.dr.sc.

Varaždin, rujan, 2016. Godine

Zahvala

Zahvaljujem se mojem mentoru Rudolfu Milanoviću, doc.dr.sc. na ukazanom trudu i pomoći pri izradi i procesu oko mojeg Završnog rada.

Posebnu zahvalu dajem svojem voljenom koji je bio uz mene kroz školovanje do samog kraja i bez kojeg bih vrlo vjerojatno odustala od studiranja, također se puno zahvaljujem i svojoj obitelji.

I veliko hvala mojoj glavnoj sestri odjela Gjurdjici Brežnjak te mojim kolegicama na ukazanom razumijevanju i podršci.

Sažetak

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. 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 mukozu i submukozu te prodire u dublje slojeve stijenke.

Tijek bolesti je vrlo varijabilan s brojnim remisijama i recidivima, različitim očitovanjima bolesti, čestim perianalnim, intestinalnim, ekstraintestinalnim komplikacijama, te čestim recidivima poslije kirurške resekcije bolesnog segmenta crijeva.

Uzrok Crohnove bolesti nije poznat, ali se sumnja na doprinos nasljednih svojstava. Iako je Crohnova bolest dugotrajna i kronična, liječenjem se može držati pod kontrolom, te postići duga razdoblja bez remisija. Mnogi pacijenti vode kvalitetan te ispunjen život bez obzira na simptome i bolest.

Uloga medicinske sestre u skrbi za kronično bolesne osobe vrlo su širokog razmjera, počevši prije svega od odgovarajućih komunikacijskih vještina, pa do složenijih procesa sestrinske skrbi za takvog pacijenta. Za rad s takvim bolesnicima potrebno je mnogo znanja, strpljivosti i empatije. Stvaranje terapijskog odnosa, socioemocionalne klime, 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 osnovnu bolest.

Ključne riječi: Crohnova bolest, medicinska sestra, psihološka potpora, edukacija pacijenata, proces zdravstvene njege

Summary

Crohn's disease is a chronic inflammatory disease that can affect any part of the gastrointestinal tract, but most commonly the small intestine, i.e. the terminal ileum, less frequently the colon. Many compare the Crohn's disease to the ulcerative colitis. Both are inflammatory bowel diseases, however the difference is that in ulcerative colitis pathological changes primarily affect the mucous membrane while in Crohn's disease the mucosa and submucosa are affected, and it penetrates into the deeper layers of the wall.

The course of the disease is highly variable, with many remissions and relapses, the various manifestations of the disease, frequent perianal, intestinal, extraintestinal complications, and frequent recurrence after surgical resection of the diseased segment of intestine.

The cause of Crohn's disease is unknown, but is suspected to contribute to hereditary characteristics. Although considered long-term and chronic, treatment for Crohn's disease can be kept under control and long periods without symptoms can be achieved. Many patients lead a quality and fulfilled life regardless of the symptoms and the disease.

The role of nurses in the care of chronically ill people are very broad scale, starting primarily from the appropriate communication skills, to the more complex process of nursing care for such patients. It requires a lot of knowledge, patience and empathy to work with such patients. The creation of a therapeutic relationship, socioemotional climate, and therapeutic communication between nurses and patients are important prerequisites for achieving the goals of nursing in the care of chronically ill patients whose underlying disease is often accompanied by psychological changes, which further complicate the underlying disease.

Keywords: Crohn's disease, a nurse, psychological support, patient education, health care gemunden process, ebensee

Sadržaj

1.	_____	1
2.	Anatomija debelog i tankog crijeva	3
2.1.	Anatomija debelog crijeva	3
2.1.1.	Histologija debelog crijeva	4
2.2.	Anatomija tankog crijeva	5
3.	Crohnova bolest	6
3.1.	Etiologija Crohnove bolesti	7
3.2.	Tijek Crohnove bolesti	8
3.3.	Patofiziologija Crohnove bolesti	8
4.	Klinička slika Crohnove bolesti	10
4.1.	Simptomi Crohnove bolesti	11
4.2.	Dijagnoza Crohnove bolesti	13
4.3.	Diferencijalna dijagnoza	16
4.4.	Stadiji Crohnove bolesti	16
5.	Liječenje Crohnove bolesti	17
5.1.	Prehrana kod Crohnove bolesti	17
5.2.	Medikamentno liječenje Crohnove bolesti	18
5.2.1.	Perianalna bolest	18
5.3.	Kirurška terapija Crohnove bolesti	19
6.	Crohnova bolest kod djece	21
7.	Zadace sestre kod bolesnika oboljelih od Crohnove bolesti	22
7.1.	Zdravstveni odgoj	22
7.2.	Intervencije medicinske sestre	23
7.3.	Psihološka potpora bolesnika i obitelji	24
7.3.1.	Psihološka pomoć i podrška	25
7.3.2.	Intervencije medicinske sestre kod smanjenja anksioznosti i poremećaja doživljavanja samog sebe	25
7.3.3.	HUCUK- Hrvatsko udruženje za Crohnovu bolest i ulceroznikolitis	26
8.	Zdravstvena njega bolesnika s ileosomom/kolostomom.....	27
8.1.	Intervencije medicinske sestre kod ileostome/kolostome	27
9.	Cilj sestrinskih intervencija kod Crohnove bolesti	29
10.	Sestrinske dijagnoze kod Crohnove bolesti	30
10.1.	Anksioznost u/s mogućeg operativnog zahvata	30

10.2. Bol i osjećaj nelagode u/s pojačanom peristaltikom crijeva	30
11. Zaključak.....	32
12. Popis literature	33
13. Popis slika.....	35

1. Uvod

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. [1] Obzirom da bolest može zahvatiti bilo koji dio probavnog trakta, simptomi su kod svakog pojedinca različiti. 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 mukozu i submukozu te prodire u dublje slojeve stijenke. [1]

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. [2]

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. SinaiHospital u New Yorku, imali dvanaest pacijenata s ovakvim simptomima te su prikazali njihove slučajeve s tvrdnjom kako to nije posljedica nijedne dotada poznate bolesti. [3]

Izvešća o simptomima koje uzrokuje ova bolest postoje još od 850. godine prije Krista te se kroz povijest ponavljaju.

Crohn je 1930. pokazao slične rezultate kod dva pacijenta koja je liječio. Crohn se povezoao s kirurzima te su zajedno objavili rezultate 1932. U vrijeme kad su Crohn, Ginsberg i Oppenheimer objavili svoje rezultate, opisana je posebna forma upalnog procesa koji zahvaća terminalni ileum stoga je 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]

Rani kirurški zahvat se definira kao veliki kirurški zahvat u svrhu liječenja Crohnove bolesti koji se poduzima unutar tri godine nakon postavljanja dijagnoze. Proučavanjem slučajeva pacijenata koji su podvrgnuti takvom ranom kirurškom zahvatu uočeno je

ponavljanje određenih čimbenika rizika. Rizični čimbenici koji su značajno povezani s rizikom od ranog kirurškog zahvata su: pušenje cigareta, bolest tankog crijeva bez zahvaćanja debelog crijeva, mučnina i povraćanje ili trbušna bol u vrijeme dijagnoze, broj neutrofilnih leukocita te liječenje steroidima u prvih šest mjeseci.

Važno je imati realna očekivanja od kirurškog zahvata. Zahvat može poboljšati bolesnikovo zdravstveno stanje te čak spasiti život. Operacija, međutim, neće izliječiti bolest te je vrlo vjerojatno kako će se simptomi bolesti opet pojaviti. 85-90% pacijenata nema simptoma tijekom jedne godine nakon zahvata, a čak i do 20% ih nema simptoma kroz petnaest godina. Ako je bolest ograničena na debelo crijevo te se ono odstrani, svega desetina pacijenata će razviti simptome tijekom slijedećih deset godina. Odmah započeta dugotrajna terapija lijekovima nakon operacije smanjuje rizik od ponovne pojave bolesti. Ponekad je tijekom operacije potrebno napraviti otvor na trbušnom zidu kroz koji će se prazniti crijevni sadržaj (stoma). Nakon prilagodbe sa stomom se obično može voditi potpun život.[4]

Rekurentna Crohnova bolest liječi se po istim principima kao i kod njene početne epizode, međutim u nekim slučajevima je potrebno koristiti jače lijekove ili uvesti novu grupu lijekova.

Uloga medicinske sestre u skrbi za kronično bolesne osobe vrlo su širokog razmjera, počevši prije svega od odgovarajućih komunikacijskih vještina, pa do složenijih procesa sestrinske skrbi za takvog pacijenta. Za rad s takvim bolesnicima potrebno je mnogo znanja, strpljivosti i empatije. Stvaranje terapijskog odnosa, socioemocionalne klime, 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 osnovnu bolest.

2. Anatomija debelog i tankog crijeva

2.1. Anatomija debelog crijeva

Debelo crijevo (intestinum crassum) je smješteno između završnog dijela tankog crijeva (ileum) i završnog dijela probavne cijevi (anus). [5] Debelo crijevo je šire, ali i duže od tankog crijeva. Duljina debelog crijeva u prosjeku iznosi 160 cm, a može biti i znatno dulje ili znatno kraće. Razlika u duljini debelog crijeva uvelike ovisi o prehrani. Anus je završni dio debelog crijeva i u tome području crijevo je prošireno, jer se u ampuli rektuma skuplja stolica prije nego što bude izbačena kroz analni otvor. Boja debelog crijeva je sivkasta i ono ima stalan položaj jer su pojedini dijelovi naizmjenično prirasli uz stražnju trbušnu stijenku. [5] Mišićna vlakna kod debelog crijeva skupljena su u tri uzdužne vrpce (tenije).

Postoje tri vrste tenije:

1. Tenia omentalis - okrenuta prema prednjoj strani
2. Tenia mesocolica - okrenuta prema hvatištu mezenterija debelog crijeva
3. Tenia libera - slobodna vrpca

Sve tri uzdužne vrpce sastaju se u području slijepog kraja cekuma, tj. polazišta crvuljka (appendix vermiformis) i prelaze u uzdužnu muskulaturu crvuljka. [5]

Između tenija debelo crijevo ima izbočine (haustreae coli) koje su međusobno podijeljene oštrim brazdama (sulci transversi), što nastaje kao posljedica, jer je crijevo dulje nego tenije.

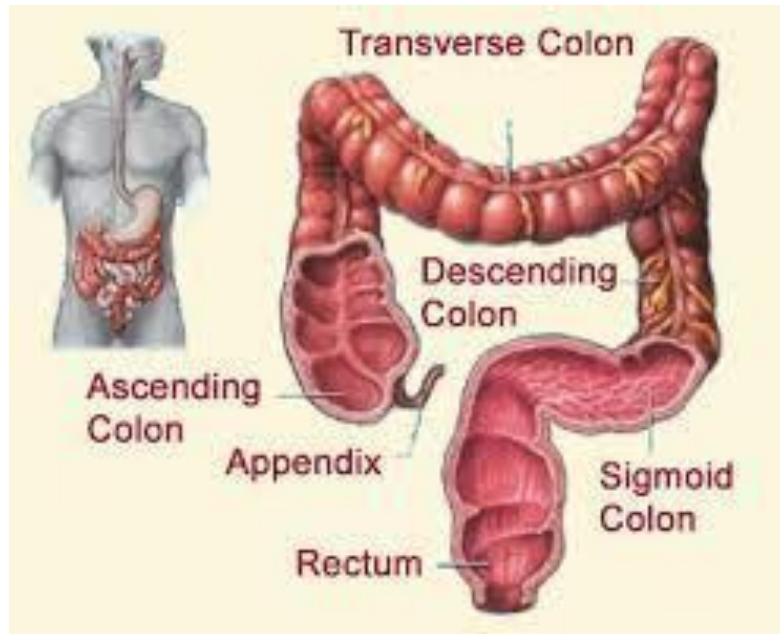
Na granici između tankog i debelog crijeva je ileocekalni zalistak (valvula ileocaecalis) koji ima funkciju kao "ventil" koji dopušta prolaz sadržaja tankog crijeva u debelo crijevo, a sprječava obrnuti put.

Debelo crijevo se dijeli na nekoliko dijelova (slika 1):

1. Slijepo crijevo (caecum)
2. Crvuljak (appendix vermiformis)
3. Uzlazno debelo crijevo (colon ascendens)
4. Poprečno debelo crijevo (colon transversum)
5. Silazno debelo crijevo (colon descendens)

6. Sigmoidno debelo crijevo (colonsygmoidum)

7. Zadnje crijevo (rectum)



Slika 2.1.1. Dijelovi debelog crijeva

<http://zdravlje.eu/2010/01/24/colon/>

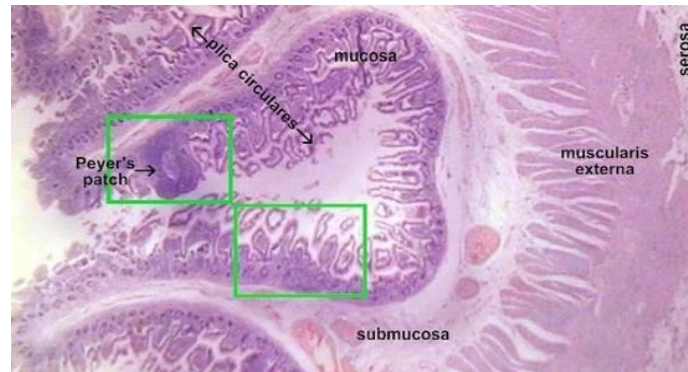
Opskrba debelog crijeva krvlju odvija se najvećim dijelom iz gornje i donje mezenterijalne arterije, a samo donji dio rektuma dobiva krv preko unutarnje ilijačne arterije. [5]

2.1.1. Histologija debelog crijeva

Debelo crijevo ima četiri sloja:

- Tunica serosa - peritonealna ovojnica crijeva
- Tunica muscularis - sastoji se od vanjskog uzdužnog i unutarnjeg kružnog sloja glatkih mišićnih vlakana

- Tunica submucosa - čine je: mreža kolagenih vlakana, obilje elastičnih vlakana, male arterije i vene te živčana vlakna, mogu se naći i lobuli masnog tkiva
- Tunica mucosa - nema resica, u epitelu i kriptama ima mnogo vrčastih stanica [5]



Slika 2.1.1.1. Prikaz slojeva debelog crijeva

<http://e-skola.biol.pmf.unizg.hr/odgovori/odgovor354.htm>

2.2. Anatomija tankog crijeva

Tanko crijevo (intestinum tenue) ima tri dijela i to dvanaesnik, tašto i vito crijevo. [6] Dvanaesnik je prvi odsječak i dugačak je oko 25 - 30 cm. Na dvanaesnik se nastavlja tašto crijevo koje ima debelu ružičastu stijenku. Vito crijevo završava u desnom donjem dijelu trbuha i ulijeva se u početni dio debelog crijeva otvorom s dvije usne.

Tanko crijevo dugačko je oko 4 - 7 metara. Unutrašnjost crijeva je obložena sluznicom. Karakteristične kretnje za tanko crijevo su miješanje i potiskivanje. Prosječno vrijeme prolaska hrane kroz tanko crijevo je 3 - 5 sati. Na prijelazu tankog u debelo crijevo nalazi se ileocekalni zalistak, čija zadaća je sprječavanje vraćanja fekalnih masa iz debelog crijeva. Ispred tih zalistaka crijevno mišićje je zadebljano - ileocekalni sfinkter koji regulira količinu himusa koja ulazi iz tankog u debelo crijevo. [6]

3. 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]

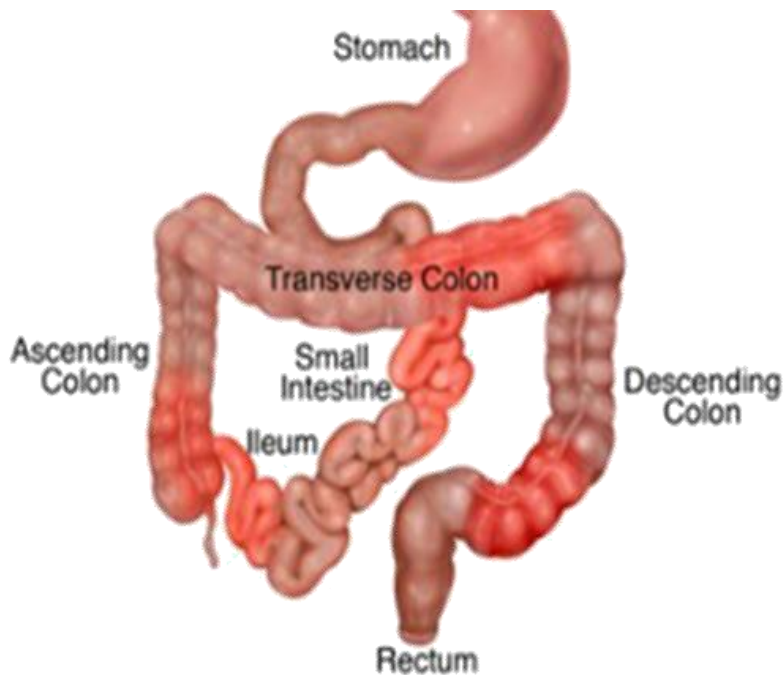
Tijek bolesti je vrlo varijabilan s brojnim remisijama i recidivima, različitim očitovanjima bolesti, čestim perianalnim, intestinalnim, ekstarintestinalnim komplikacijama, te čestim recidivima poslije kirurške resekcije bolesnog segmenta crijeva.

Uzrok Crohnove bolesti nije poznat, ali se sumnja na doprinos nasljednih svojstava. 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.

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. Oba spola su gotovo podjednako zahvaćena. [5]

Kronična upalna slika Crohnove bolesti navela je na istraživanje u smislu mogućeg infektivnog uzroka, no niti jedan od pokušaja da se nađe bakterijski, virusni ili gljivični uzročnik nije bio uspješan. [10]

Trenutno je zastupljeno vjerovanje kako postoji neka vrsta okidača koja kod genetski predisponiranih osoba dovodi do promjena u imunološkom sustavu tijela koja posljedično dovodi do upala u probavnom sustavu. Tako nastala upala dovodi do oštećenja crijeva te do nastanka i pojave simptoma.



Slika 3.1. Anatomski prikaz Chronove bolesti

<http://ukuks.org/>

3.1. Etiologija Crohnove bolesti

Etiologija bolesti nije dokazana, a nastanak se povezuje s izlaganjima kemijskim agensima, poremećajem imunološkog sustava te psihičkim čimbenicima (psihosomatske bolesti). [7]

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]

Crohnova je bolest prva složena genska bolest kod koje je povezanost između genetičkih rizičnih čimbenika i imunog sustava prilično detaljno razjašnjena. [8] 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 prirođenog imunog sustava. [9] 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.

3.2. Tijek Crohnove bolesti

Tijek Crohnove bolesti izrazito je nepredvidiv. Kod većine bolesnika vrlo često se javljaju recidivi, ali unatoč tome preživljavanje je u velikom postotku uz održanu radnu sposobnost tijekom velikog dijela bolesti.

Tijek može biti kroničan kada su simptomi i poteškoće prisutni dulje od šest mjeseci, te trenutani kada simptomi u potpunosti nestaju, ali se nakon određenog vremena ponovno javljaju. Tijek Crohnove bolesti obično se razmjenjuje kroz faze remisije i egzacerbacije. 10 do 20% pacijenata će ući u remisiju nakon prve pojave simptoma bolesti. Kod drugih pacijenata bolest je varijabilna te može imati povremene duge periode tjednima ili mjesecima s blažim simptomima (blagi proljev, grčevi) ili rjeđe te teške i onesposobljavajuće simptome (jaka trbušna bol, obilni proljevi, zatvor crijeva...). [1]

3.3. 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 crijevne stijenke 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 crijevne stijenke.

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 zahvaćanjem kolona imaju dugoročan rizik nastanka karcinoma jednak kao kod ulceroznog kolitisa, u slučaju jednake proširenosti i trajanja bolesti.

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. [1]

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 primjesa 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]

Svi ovi znakovi uglavnom se javljaju podmuklo, ali u mlađih osoba bolest vrlo često počinje naglo sa slikom akutnog apendicitisa. Manji broj bolesnika ima u početku difuznu bolest s teškim proljevima, gubitkom tekućine i elektrolita, značajnim gubitkom tjelesne težine i progresivnim tijekom uz stalnu aktivnost bolesti.

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]

Po lokalizaciji bolesti, isključivo je vezana za tanko crijevo. Javlja se kao akutni i kronični oblik. Akutni zahvaća isključivo terminalni ileum, dok je kronični oblik češći i nerijetko zahvaća segmentno tanko crijevo.

4.1. Simptomi Crohnove bolesti

Simptomi mogu biti blagi ili vrlo jaki i onemogućavati normalan život. Mogu se razvijati postupno ili izbiti naglo. Jačina simptoma i učestalost recidiva također variraju ovisno o godišnjem dobu, rizik je najveći zimi i u jesen, a najmanji ljeti.

Simptomi bolesti su uglavnom rane u ustima, proljev, bol u trbuhu, gubitak tjelesne težine, te povišena tjelesna temperatura. Pacijenti također mogu imati simptome i izvan probavnog sustava kao što su: kožni osip, bolovi u zglobovima, crvenilo očiju, te rjeđe problemi sa jetrom.

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.

[10]

- Najčešći simptomi su bolovi u desnom donjem kvadrantu trbuha, gubitak apetita i tjelesne težine te povišena tjelesna temperatura.
- Proljevi se mogu javiti u početnoj fazi, ovisno o lokalizaciji bolesti (npr. kod upale debelog crijeva), no češće su posljedica kroničnih promjena koje dovode do smanjena apsorptivnog kapaciteta, razvoja sindroma kratkog crijeva, kataraktičkog učinka žučnih kiselina, aktivne sekrecije vode i elektrolita bez odgovarajuće apsorpcije.
- Bol – abdominalna - je često odraz opstruktivnih promjena, najčešće u završnom dijelu tankog crijeva.
- Opstrukcija je u početku prolazna karaktera zbog edema i spazma stijenke, a poslije trajna zbog nastalih suženja, pa uzrokuje zatvor, a može dovesti i do zapletaja crijeva (ileus).
- Nastanak fistula toliko je čest da se smatra jednom od karakteristika bolesti. Fistule mogu biti između crijeva, crijeva i mokraćnog mjehura, crijeva i rodnice te crijeva i kože.

Fistule koje perforiraju su komplikacija koja je smrtonosno opasna. U sklopu obnavljanja uništenih stanica stvara se vezivno tkivo, koje je manje elastično, uzrokuje sile koje mogu stvoriti otvore u crijevu putem kojih crijevni sadržaj izlazi u trbušnu šupljinu, potom uzrokuje upalu. Može imati akutnu prezentaciju zbog lokalizirane

upale potrbušnice sa simptomima akutnog abdomena, a često se može opipati masa u truhu. Stvaranje otvora u zidu crijeva često ne zahtijeva alarmantne simptome, te dovodi do fistula čiji simptomi ovise o mjestu na kojem je ona nastala.

- Perianalna bolest - može zahvatiti bilo koje područje oko analnog otvora te može dominirati u kliničkoj slici. Simptomi perianalne bolesti su: bol, iscjedak, fisure (napukline), nakupine gnoja, fistule.
- Oštećenja jetre, uglavnom blage naravi, a pojava žučnih kamenaca znatno je učestalija nego u prosječnoj populaciji.
- Slabokrvnost (anemija) je česta komplikacija, a razlozi njezina nastanka su različiti (gubitak krvi, nuspojava medikamentozne i kirurške terapije ili manjka prijeko potrebnih supstrata).
- Krvarenje- laboratorijskim pretragama često se nalaze mikroskopski tragovi krvi u stolici, dok su makroskopski tragovi vrlo rijetko vidljivi. To je jedan od razloga zašto se bolest postavlja relativno kasno.
- Leukocitoza, trombocitoza i sklonost nastanku tromboembolijskih komplikacija odraz su kronične upale.
- Koštano-zglobne promjene nisu rijetke, i češće se vežu uz upalne promjene debelog crijeva. Uglavnom je riječ o artralijama, migratornom artritisu i sakroileitisu.
- Promjene kvalitete i gustoće kosti prepoznaju se sve češće.
- Osteoporoza nije samo jedna od komplikacija bolesti, nego je česta komplikacija primjene medikamentozne terapije (kortikosteroidi!).
- Na očima se mogu pojaviti uveitis, retinitis, episkleritis i keratitis.
- Od kožnih promjena mogu se javiti noduzni eritem i urtikarije. Moguća komplikacija je i aftozni stomatitis.
- Infekcije mokraćnog sustava i nastanak mokraćnih kamenaca odraz su komplikacija same bolesti.
- Bolesnici s Crohnovom bolesti često su pothranjeni. Uz smanjen indeks tjelesne mase i hipoalbuminemije, čest je manjak vitamina (poglavito vitamina D i vitamina B12) te elemenata u tragovima.

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. [11]

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. [12]

4.2. Dijagnoza Crohnove bolesti

Dijagnoza bolesti uglavnom proizlazi iz kombinacije kliničkih te patomorfoloških kriterija kao što u tijek bolesti, proširenost i raspodjela patoanatomskih promjena, te isključenje specifičnih upalnih bolesti.

Dijagnoza se postavlja na temelju:

- Klinička slika
- Digitorektalni pregled
- Testovi na okultna krvarenja
- Laboratorijski nalazi
- Fizikalni pregled

- Peranalne (kolonoskopija s retrogradnom ileoskopijom) i peroralne endoskopije (ezofagogastroduodenoskopija, enteroskopija) s biopsijama sluznice i njihovim patohistološkim pregledom
- Rendgenski pregled probavne cijevi (RTG snimka jednjaka, želuca i dvanaesnika s pasažom tankog crijeva, irigografija) uz primjenu dvostrukog kontrasta
- Test antitijela
- UZV
- CT
- MR
- ERCP [5]

U ranoj fazi bolesti fizikalni pregled je uglavnom uredan. Njime se mogu vidjeti nespecifični simptomi kao što su blijeda koža, mršavljenje, te simptomi koji ukazuju na Chronovu bolest (npr. crijevne fistule). Kod bolesnika s terminalnim ileitisom može se palpirati tumefakcija u ileocekalnom području koja je fiksirana uz okolinu, nije oštro ograničena, ali može biti vrlo bolna na palpaciju.

Laboratorijskim nalazima vidi se često leukocitoza te ubrzana sedimentacija. Može doći i do anemije (sideropenična i megaloblastična).

Endoskopske i radiološke pretrage su najvažnije. Izbor pretraga ovisi o pretpostavljenom mjestu zbivanja. Kolonoskopija je najučinkovitiji način za procjenu zahvaćenog debelog crijeva, osobito u početku ako postoji ljevostrana bol te krv u stolici. Endoskopski se prikazuju oštećenja sluznice te polipoidne promjene.

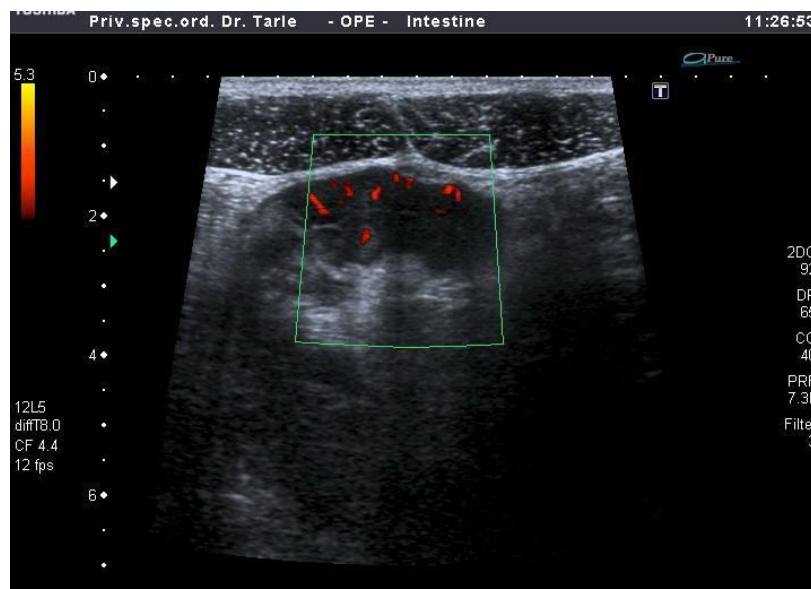
Pretrage crijeva sa dvostrukim kontrastom ne mora prikazati početne promjene, ali može prikazati aftozna oštećenja te dokumentirati opseg zahvaćanja, raspodjelu i težinu suženja crijeva ili vrećaste deformacije. Također, mogu se vidjeti fistule i male perforacije.

Iako se dijagnoza Crohnove bolesti tankog crijeva postavi povremeno kolonoskopijom, snimanje barijevom kašom je ovdje najvažnija pretraga.

Kod bolesnika sa težim oblikom bolesti javlja se hipoalbuminemija, hipokalemija, hipokalcemija te hipomagnezemija. [5]

Test antitijela - niz antitijela otkriven je kod osoba oboljelih od upalnih bolesti crijeva, a neke od njih mogu biti klinički korisna za postavljanje dijagnoze, te razlikovanje ulceroznog kolitisa od Crohnove bolesti.

U jednoj studiji, primjerice, djeca s upalnom bolesti crijeva koja su imala pozitivne rezultate za atipične p-ANCA (perinuklearna antineutrofilna citoplazmatska antitijela) te negativne za ASCA (anti *Saccharomyces cerevisiae* antitijela) češće su imala dijagnozu ulceroznog kolitisa. Obrnuto, djeca pozitivna na ASCA, a negativna na p-ANCA češće su imala Chronovu bolest. Iako su testovi za ova antitijela komercijalno dostupni, njihovu pouzdanost i vrijednost u predviđanju upalne bolesti treba detaljnije istražiti. [13]



Slika 4.2.1. Ultrazvučni prikaz Crohnove bolesti

<http://ultrazvuk-tarle.hr/laboratorijske-pretrage/zdravlje/chronova%20bolest>

4.3. 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 imunokompromitiranih infekcija citomegalovirusom može imitirati Chronovu bolest. [10,14]

Zbog segmentalne prirode bolesti upala crvuljka, divertikulitis, ishemijski kolitis te perforirajući ili opstruktivni karcinom dolaze u obzir.

4.4. 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 – strikture- 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.[15]

5. Liječenje Crohnove bolesti

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. U većine bolesnika tijek bolesti je kroničan i intermitentan, bez obzira na zahvaćeno mjesto. Tijekom vremena bolest slabije odgovara na liječenje te se u 70% bolesnika razvijaju komplikacije koje zahtijevaju kirurško liječenje u određenom stupnju razvoja njihove bolesti.

Iako ne postoji specifična terapija koja će izliječiti Crohnovu bolest, terapija koja se danas primjenjuje može uvelike smanjiti znakove i simptome Crohnove bolesti i dovesti do dugotrajne remisije.

Brojna istraživanja se provode kako bi se razjasnio uzrok bolesti te pronašli pravi oblici liječenja. Osoba oboljela od Crohnove bolesti treba imati aktivnu ulogu u medicinskim odlukama, naučiti što više o samoj bolesti, pridržavati se medicinskih savjeta te odmah obavijestiti liječnika ako dođe do ikakvih promjena stanja. Preduvjet za početak ispravnog liječenja su pozitivna dijagnoza bolesti, točna procjena proširenosti bolesti, procjena aktivnosti te otkrivanje komplikacija. [10,14]

5.1. Prehrana kod Crohnove bolesti

Poboljšanje hranidbenog statusa odgovarajućom nutricijom može dovesti do remisije bolesti. Problemi prehrane vrlo su teži ako je bolest smještena u tankome crijevu.

Kod akutnog pogoršanja bolesti s većim brojem stolica prehrana se ograničava na čaj, dvopek, prežganu juhu ili rižinu sluz. Ako se stanje bolesnika ne popravlja, provodi se potpuna parenteralna prehrana, što podrazumijeva nadoknadu tekućine, elektrolita i nutritiva putem vene. Parenteralna prehrana primjenjuje se kod teških bolesnika zbog poštene probavnog trakta te zbog prijeoperacijske pripreme bolesnika s malnutricijom. Ona dovodi do smirivanja upalnog procesa uz pad drenaže iz fistula, ali se bolest često aktivira ponovnim prelaskom na oralnu prehranu. Moguće je izraditi dijetni program uz peroralnu prehranu što zadovoljava bolesnikove potrebe.

U poboljšanoj fazi daju se namirnice s manje ostataka. U vrijeme kada bolesnik nema više teškoća, savjetuje mu se da uzima hranu bogatu bjelančevinama u manjim obrocima više puta tokom dana, te da je hrana uvijek svježije pripremljena i topla. Zabranjeno je jesti bademe, orahe, sušena mesa, konzerviranu hranu, masna jela, svinjetinu, svinjsku mast, pačje meso, pržena jela, jela sa zaprškom, jake začine te alkoholna pića. [5]

5.2. Medikamentno liječenje Crohnove bolesti

U farmakoterapiji se najčešće primjenjuju aminosalicilati (npr. mesalazin). Primjenjuju se u liječenju blage do umjerene bolesti, uz naglašenu korist primjene u smanjenju rizika za razvoj karcinoma crijeva (osobito u kombinaciji s folatima i kalcijem). Njihovom upotrebom ne smanjuje se broj recidiva, tako da se smanjuju u remisiji.

Kortikosteroidi su dugo bili osnovna terapija za uvođenje bolesti u mirnu fazu, a danas se primjenjuju znatno restriktivnije i uz naglašen oprez. Zbog prisustva čestih fistula i intraabdominalnih apscesa upotrebom steroida može se prikriti klinička slika sepse.

Imunomodulatori, važni su lijekovi u kontroli upalne aktivnosti.

Antibiotici metronidazola i ciprofloksacina- klinička iskustva potvrđuju svrhovitost njihove primjene u pojedinim kliničkim situacijama.

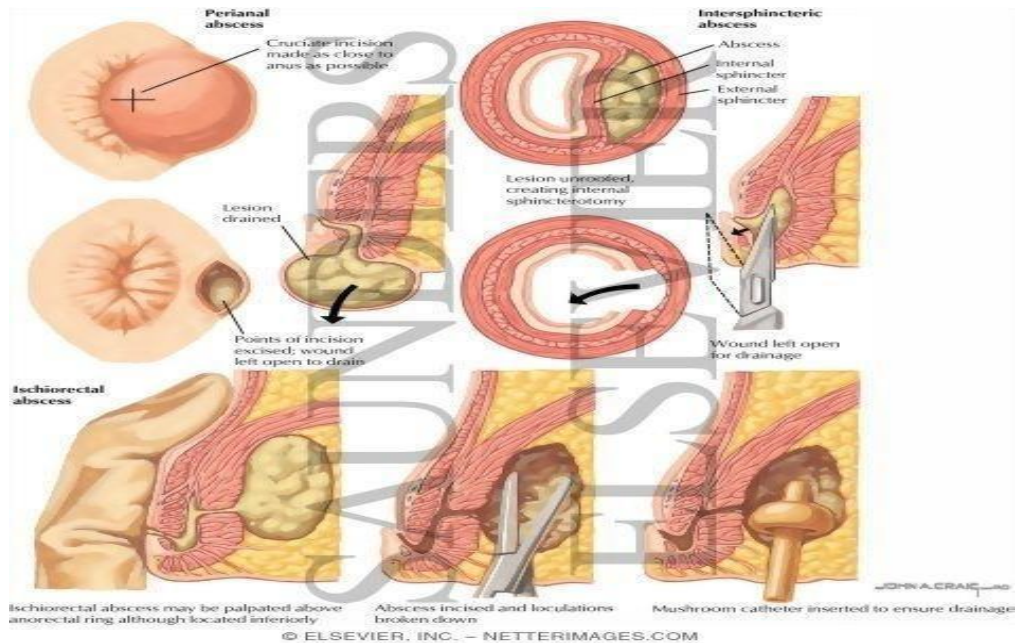
Biološka terapija, u prvom redu primjena antitijela na TNF alfa, sve je prisutnija u liječenju rezistentnijih oblika. [5]

5.2.1. Perianalna bolest

Perianalne bolesti kao što su apscesi te fistule liječe se kupkama u toploj vodi ili kamilici, lokalnom primjenom kortikosteroida (kreme i supozitorij) i metronidazolom (20 mg/kg dnevno).

Perianalne apscese treba kirurški drenirati, a fistule kirurški zbrinuti samo ako je rektalna sluznica intaktna.

Rektovezikalna fistula zahtijeva hitan kirurški zahvat zbog opasnosti od teških urinarnih infekcija, dok se rektovaginalna fistula kirurški zbrinjava po smirenju upale. [5]



Slika 5.2.1.1. Prikaz perianalnog apscesa

http://www.quazoo.com/q/anorectal_abscess

5.3. Kirurška terapija Crohnove bolesti

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. [11]

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

fistula zahtijeva hitan kirurški zahvat, a rektovaginalna fistula se sanira tek nakon postizanja remisije crijevne upale. [10,15,17]

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. [18]

6. Crohnova bolest kod djece

Kod odraslih osoba sa Crohnovom bolešću smanjeni unos hrane i hranjivih tvari vodi do gubitka tjelesne težine, no kod djece se ujedno usporava rast i spolno sazrijevanje.

Bitno je veliku pozornost usmjeriti na održavanje normalnih prehrambenih potreba djeteta, bilo nadomjesnom prehranom uzimanjem na usta ili povremeno intravenozno hranjenje. Prolongirano uzimanje kortikosteroida također može usporiti rast. Elementalna dijeta se češće primjenjuje kod djece kako bi se izbjeglo davanje kortikosteroida, ako je moguće, i njegovi hteških nuspojava. Djeca i adolescenti koji ne reagiraju na terapiju lijekovima imaju veći razlog za kirurški zahvat, kako bi se što prije uspostavilo normalo resorbiranje hrane, a sa time ujedno nesmetan rast i razvoj. Što je dijete mlađe u trenutku otkrivanja bolesti, to je u prosjeku zahvaćena veća površina crijeva. Jedna do čak dvije trećine djece oboljele od Crohnove bolesti istodobno ima promjene i u gornjem probavnom sustavu - jednjaku, želucu i duodenumu. Crohnova bolest počinje se javljati između 4. i 5. godine života, s prosječnom dobi u trenutku postavljanja dijagnoze od oko 12 godina. Kliničkom slikom dominiraju opći sistemni simptomi poput zaostajanja u rastu, vrućice nepoznata podrijetla, gubitka na tjelesnoj težini kakvi prate sve sistemske upalne bolesti. Upravo takva klinička slika je razlog kasnijem postavljanju dijagnoze. Važno je napomenuti da u odabiru terapije kod djece (medikamentna, kirurška, nutritivna) za djecu oboljelih od kroničnih upalnih bolesti crijeva valja se rukovoditi načelom da je bolest u remisiji tek ako djetetu omogućuju normalan rast i razvoj te omogućava najbolju moguću kvalitetu života u zadanim okolnostima. [19]

7. Zadaće sestre kod bolesnika oboljelih od Crohnove bolesti

Uloga medicinske sestre u skrbi za kronično bolesne osobe vrlo su širokog razmjera, počevši prije svega od odgovarajućih komunikacijskih vještina, pa do složenijih procesa sestrinske skrbi za takvog pacijenta. Za rad s takvim bolesnicima potrebno je mnogo znanja, strpljivosti i empatije. Stvaranje terapijskog odnosa, socioemocionalne klime, 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 osnovnu bolest. Intervencije u bolesnika oboljelih od kronične upalne bolesti crijeva ovise o bolesnikovom stanju te stadiju bolesti.

7.1. Zdravstveni odgoj

Kako medicinska sestra ima važnu ulogu u liječenju bolesnika, brizi o njemu, tako i sudjeluje u zdravstvenom odgoju bolesnika. Važno je da bolesnik upozna svoju bolest i prihvati činjenicu da je ona kronična te s čestim recidivima. Bitno je upoznati ga sa simptomima i znakovima pogoršanja bolesti kako bi mogao pravovremeno reagirati.

Zdravstveni odgoj uključuje:

- edukaciju o samoj prehrani i važnost pridržavanja dijete kod takvih bolesti
- balans tekućine
- važnost dovoljnog odmaranja
- odvikavanje od štetnih navika (npr. pušenje, alkohol, izbjegavanje crne kave)
- održavanju osobne higijene, posebice perianalne regije
- izbjegavanje stresnih situacija
- konzultacija sa psihoterapeutom (smanjivanje anksioznosti)
- važnost uzimanja lijekova

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 gađanja (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. [20, 24]

7.2. Intervencije medicinske sestre

Eliminacija stolice

Kod eliminacije stolice medicinska sestra mora utvrditi dali postoji važnost između proljeva i uzete hrane, proljeva i aktivnosti ili emocionalnog stresa. Potrebno je utvrditi boju, konzistenciju, učestalost te sastav stolice. Ako postoji potreba davati antidijarealne lijekove te pratiti učestalost stolice tijekom trajanja terapije. Preporučiti bolesniku mirovanje kako bi se umanjila peristaltika.

Suzbijanje boli

Potrebno je utvrditi jačinu, vrstu i lokalizaciju boli, vrijeme pojavljivanja boli: dali prije ili nakon jela, po noći, prije ili nakon eliminacije stolice, te dali je bol kontinuirana ili intermitentna.

U dogovoru s liječnikom, antiholinergici daju se pola sata prije jela kako bi se smanjila peristaltika crijeva, a analgetici kada se pojavi bol.

Balans tekućine

Važno je da medicinska sestra prati bolesnikov unos i iznos tekućine kako bi na vrijeme prepoznala znakove dehidracije- suha koža i sluznice, slabi turgor kože, pothlađenost, oligurija... Bolesniku se tekućina može nadoknađivati peroralno ili intravenoznim putem.

Prehrana

Totalna parenteralna prehrana se provodi u akutnom stadiju bolesti. Peroralnu prehranu treba započeti sa češćim i manjim obrocima visokoproteinske hrane. Namirnice koje će blagotvorno djelovati: riba i riblja juha, probiotički jogurti, sluzave juhe od žitarica, kuhano voće i povrće, pire od povrća, kašice od voća, kupus, svježe iscijeđeni sokovi, čajevi (kamilica, menta, matičnjak), aloa vera sok, avokado, maslinovo i laneno ulje...

Odmor bolesnika

Bitno je preporučiti bolesnicima što više odmora kako bi se smanjila aktivnost, a time i metabolizam te peristaltika crijeva. Aktivnost bolesnika se određuje prema njegovom stanju te željama. Što više mirovanja preporučuje se bolesnicima koji su febrilni, imaju učestale stolice i/ili krvare. Kod takvog mirovanja potrebno je provoditi aktivne i pasivne vježbe da se održi tonus muskulature te spriječi tromboza. [20]

7.3. Psihološka potpora bolesnika i obitelji

Suočavanje sa dijagnozom kronične bolesti nikome nije lagano ni jednostavno i izaziva u svakom čovjeku niz različitih psihičkih reakcija. Zbog dugotrajnog liječenja i terapije predstavlja prijetnju psihološkoj, tj. emotivnoj stabilnosti osobe koja se suočava sa bolešću kao i njenoj obitelji. Već prva saznanja postojanja mogućnosti da neko boluje od kronične bolesti razvija napetost, nesigurnost, te dovodi do stresne situacije. Ljudi različito reagiraju kada saznaju da boluju od kronične bolesti i da ih očekuje zahtjevno liječenje praćeno neizvjesnošću i brojnim medicinskim procedurama. Za nekoga je bolest stres, za nekoga je životna kriza, a neko dijagnozu, liječenje i sve medicinske intervencije doživljava kao traumatska iskustva. Potvrda dijagnoze praćena je često raznolikim depresivnim krizama, strahom od smrti i neizvjesne budućnosti. Bez pomoći i podrške obitelji, liječnika i drugog medicinskog osoblja, medicinske sestre, duševni se nemir još više pogoršava tokom liječenja.

[21]

7.3.1. Psihološka pomoć i podrška

Psihološka podrška bolesnicima i njihovim obiteljima je od velike važnosti u trenucima kada prolaze kroz šok i stres suočavanja sa dijagnozom, u trenucima straha, usamljenosti, u stanjima kriza kada se bolest pogoršava. Psihološka pomoć i podrška podrazumijevaju da će se saslušati pacijentovi problemi, razumjeti njegove potrebe, da će se pacijent podržati, ohrabriti i umiriti te usmjeriti i zajedno sa njim sagledati problem i moguća rješenja. Obitelj i prijatelji su od velikog značaja u pružanju podrške i pomoći oboljelom, ali to ne mogu jednako kvalitetno obaviti kao medicinsko osoblje, zato što je obitelj emocionalno suosjećajna, jer se radi o bliskoj osobi. Toplinu mogu ponuditi osobe kojima vjerujete i s kojima se osjećate bliski. Medicinske sestre će pružati toplinu, biti ljubazni prema pacijentu, a to je upravo ono što mu treba. Većinu ljudi, naročito oni koji su jako uplašeni i tužni, razgovor plaši, jer su pri tom suočeni s vlastitim stanjem od kojeg najčešće bježe. Međutim, kad se jednom ohrabre, osjete da razgovori ipak na neki način pomažu. Razgovor pomaže jer više niste sami sa svojom bolešću, a medicinsko osoblje može pomoći da bolesnik shvati što se događa s njihovim osjećajima, da pronađe način na koji će se bolje nositi s vlastitim emocijama, mislima ili praktičnim problemima. [21]

Bolesnici moraju da prihvate sve ono što život donosi, a ne da žive u prošlosti i očajavaju zbog nevolje koja ih je zadesila, jer to vodi u jad i ljutnju što dalje stvara destruktivnu energiju koja može biti opterećenje za tok bolesti. Bolesnicima je ponekad vrlo zahtjevno živjeti s Crohnovom bolešću. Osobito teška razdoblja za bolesnike mogu biti veliki kirurški zahvati i dugi oporavci. Stoga je za bolesnike iznimno važno biti pozitivan prema svojoj bolesti i ne gubiti nadu. Također je važno da oboljeli imaju povjerenje u svog liječnika i medicinske sestre koje vode brigu o njemu.

7.3.2. Intervencije medicinske sestre kod smanjenja anksioznosti i poremećaja doživljavanja samog sebe

Medicinska sestra treba odvojiti dovoljno vremena za razgovor s bolesnikom, ohrabrivati ga na postavljanje pitanja te mu odgovoriti na njih. Bolesnici mogu biti vrlo emocionalno labilni, stoga je potrebno objasniti im svaki detalj. Kod bolesnika sa Crohnovom bolesti

kojima je indiciran kirurški zahvat, moguće je prije operacije koristiti slike ili ilustracije kako bi mogao vizualizirati operativni zahvat ili stomu.

Intervencije kod smanjenja anksioznosti i poremećaja doživljavanja samog sebe:

- ohrabriti bolesnika da iznosi svoje osjećaje vezane uz svoju bolest
- na sva postavljena pitanja odgovoriti odmah i jednostavnim rječnikom
- biti empatična prema pacijentu
- poticanje i predlaganje uključivanja u udruge za oboljele od Crohnove bolesti - HUCUK
- imati dovoljno vremena za razgovor s bolesnikom
- uključivanje obitelji i bližnjih
- pokušati utvrditi zajedno sa pacijentom faktore koji utječu na nastanak stresa te kako ih izbjeći
- poticati na što više učenja o svojoj bolesti
- pružanje emocionalne podrške
- poticanje bolesnika na komunikaciju i razgovor o bolesti sa svojom obitelji
- predlaganje psihoterapije
- primjenjivanje, ako je ordinirano, anksiolitika. [20]

7.3.3. HUCUK - Hrvatsko udruženje za Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis

HUCUK- je organizacija koju je osnovala 2000. godine grupa mladih oboljelih od upalnih bolesti crijeva (engl. InflammatoryBowelDisease – poznatije kao IBD) sa ciljem podizanja svjesnosti javnosti o Crohnovoj bolesti i ulceroznom kolitisu i svim teškoćama koje oboljeli od tih bolesti imaju. Ciljevi udruženja su podizanje kvalitete života oboljelih, promicanja zajedničkih humanitarnih, zdravstvenih, obrazovnih, kulturnih, socijalnih, informacijskih, rekreacijskih i drugih interesa osoba oboljelih od Crohnove bolesti i Ulceroznog kolitisa, te osoba s invaliditetom, čija je invalidnost posljedica Crohnove bolesti i Ulceroznog kolitisa.[22]

8. Zdravstvena njega bolesnika s ileosomom/kolostomom

Kod bolesnika sa Crohnovom bolesti kojima je indiciran operativni zahvat postavlja se ileostoma ili kolostoma, ovisno kojem dijelu crijeva je potreban kirurški zahvat. Stoma je privremeno ili trajno izveden dio crijeva na trbušnu stjenku. Kod takvih bolesnika potrebna je dobra psihološka i fizička priprema, mehaničko čišćenje te antibakterijsko liječenje preoperativno. [20]

Kod bolesnika sa ileostomom ili kolostomom potrebno je niz intervencija, edukacija, zdravstvene njege kako bi se pacijentu što više olakšalo prihvaćanje stome, život sa stomom, zbrinjavanje stome.

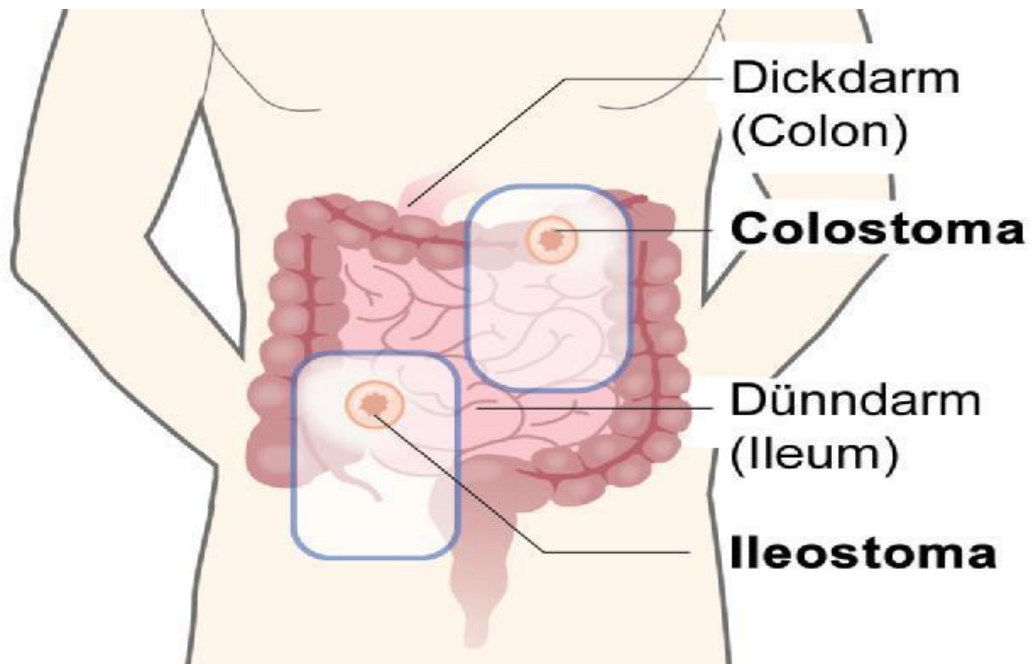
8.1. Intervencije medicinske sestre kod ileostome/kolostome

Medicinska sestra ima važnu ulogu kod bolesnika nakon učinjenog operativnog zahvata. Bitno je upoznati bolesnika sa posebnim uvjetima života, aktivnostima, prehranom i njegom stome.

Intervencije:

- ohrabrivati bolesnika na iznošenje svojih osjećaja vezanih uz stomu
- kod prvog prematanje stome omogućiti bolesniku da vidi izgled stome te opipa
- upoznati ga sa drugim pacijentima koji imaju stomu
- objasniti te demonstrirati postupak od njege stome
- poticati ga na pomaganje oko njege i svih postupaka
- educirati o očuvanju integriteta kože oko otvora
- objasniti i demonstrirati postupak njege peristomalnog područja
- educirati o prepoznavanju prvih simptoma oštećenja peristomalnog područja
- provjeravati usvojeno znanje dok bolesnik ne počne pravilno izvoditi postupak samostalno

- educirati koja hrana izaziva pojačanu peristaltiku te iritaciju crijeva
- ohrabriti bolesnika da iznese svoje strahove vezane uz mogućnost seksualne disfunkcije
- objasniti prije operacijsku pripremu i proceduru operativnog zahvata
- održavati balans tekućine u organizmu. [20]



Slika 8.1.1. Prikaz ileostome i kolostome

<http://www.apotheken-umschau.de/Darm>

9. 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. [20]

10. Sestrinske dijagnoze kod Crohnove bolesti

10.1. Anksioznost u/s mogućeg operativnog zahvata

CILJ:

Smanjiti strah i anksioznost.

Pacijent će nabrojiti znakove rizika anksioznost.

Pacijent će verbalizirati svoje

strahove. INTERVENCIJE:

medicinska sestra će uspostaviti kontakt i odnos povjerenja

poticanje pacijenata da sami postavljaju pitanja o onome što ih muči

razgovaranje s pacijentima o operaciji, postupcima prije i nakon operacije

omogućavanje razgovora pacijenta sa operaterom

pitati pacijenta o još mogućim nedoumicama, te mu odgovoriti odmah, razumljivo i točno

EVALUACIJA:

Bolesnica je verbalizirala svoje osjećaje i strahove i osjeća strah u manjoj mjeri. Cilj je postignut. [23]

10.2. Bol i osjećaj nelagode u/s pojačanom peristaltikom crijeva

CILJ:

Smanjiti abdominalnu bol i

tenezme. INTERVENCIJE:

utvrđivanje jačine, lokalizacije i vrstu boli

vremensko razdoblje nastanka boli, prije ili poslije
jela davanje ordinirane terapije

smanjenje straha- može dovesti do smanjena intenziteta
 boli smanjiti ili ukloniti činitelje koji pojačavaju bol
 obavijestiti liječnika o trajanju i intenzitetu boli

EVALUACIJA:

Pacijent je za vrijeme boravka u bolnici osjećao bol manjeg intenziteta. Cilj je postignut. [23]

11. Zaključak

Crohnova bolest je specifična kronična upalna bolest, koja nema siguran uzrok ni lijek. Zanimljivo je što simptomi bolesti su ujedno i komplikacije bolesti. Medicinska sestra, kao neizostavan član tima, ima vrlo važnu ulogu kao kod svih bolesti, pa tako i kod Crohnove bolesti. Ona svojom empatijom ohrabruje bolesnika, smanjuje psihičku napetost, edukacijom potiče na usvajanje znanja o samoj bolesti i načinu života s njome, te kako prihvatiti bolest. Suočavanje sa dijagnozom kronične bolesti nikome nije lagano ni jednostavno i izaziva u svakom čovjeku niz različitih psihičkih reakcija. Za nekoga je bolest stres, za nekoga je životna kriza, a neko dijagnozu, liječenje i sve medicinske intervencije doživljava kao traumatska iskustva.

Obitelj i prijatelji su od velikog značaja u pružanju podrške i pomoći oboljelom, ali to ne mogu jednako kvalitetno obaviti kao medicinsko osoblje, zato što je obitelj emocionalno suosjećajna kada se radi o nekome njima bližnjem.

Medicinske sestre će pružati toplinu, biti ljubazni prema pacijentu, uz to će ga educirati i brinuti o njemu i njegovoj bolesti, a to je upravo ono što mu treba.

U Varaždinu, Dajana Kanjir

12. Popis literature

- [1] M. Štulhofer, Kirurgija probavnog sustava, medicinska naklada Zagreb, 1999.
- [2] <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=286298#References>, dostupno 20.08.2016.
- [3] <http://weneedideas.ca/crohns-disease-history.php/>, dostupno 01.09.2016.
- [4] [http://www.ilco.hr/index.php/2013-11-19-17-20-10/2013-11-19-17-22-41\)-05.05.2016](http://www.ilco.hr/index.php/2013-11-19-17-20-10/2013-11-19-17-22-41)-05.05.2016) , dostupno 05.05.2016.
- [5] A. Včev: Bolesti debelog crijeva, Grafika Osijek
- [6] Keros, Andreis, Gamulin: ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA, Zagreb, 2005.
- [7] Lj. Broz, M. Budisavljević, S. Franković: ZDRAVSTVENA NJEGA 3, Zagreb 2005.
- [8]. L. Henckaerts L, C. Figueroa, S. Vermeire, M. Sans: The role of genetics in inflammatory bowel disease, br. 5, svibanj 2008., str. 361.–368
- [9]. DJ. Marks, MW. Harbord, R. MacAllister, FZ. Rahman, J. Young J, Al-Lazikani 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] T. Harrison: Principi interne medicine. Split: Placebo, 1997.
- [11] <http://hucuk.hr/crohnova-bolest-izmedju-pogorsanja-i-mirnih-faza/>, dostupno 15.07.2016.
- [12] <http://www.vasezdravlje.com/izdanje/clanak/1105/> , dostupno 26.06.2016.
- [13] <http://www.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/chronova-bolest-simptomi-prehrana-i-lijecenje> , dostupno 16.07.2016.
- [14] www.hwk2.de/ , dostupno 05.07.2016.
- [15] M. Mimica M.: Interna medicina u praksi, Školska knjiga, Zagreb, 1990.
- [16] I. Prpić i suradnici: KIRURGIJA, 2006.

- [17] R. Živković R.: Interna medicina, Medicinska naklada, Zagreb 1997.
- [18] http://hucuk.hr/brosura/04_kirursko_lijecenje_upalnih_bolesti_crijeva.pdf, dostupno 17.08.2016.
- [19] <http://www.colonos.hr/crohnova-bolest.html>, dostupno 10.06.2016.
- [20] S. Kalauz: ZDRAVSTVENA NJEGA KIRURŠKIH BOLESNIKA SA ODABRANIM SPECIJALNIM POGLAVLJIMA, Visoka zdravstvena škola, Zagreb, siječanj 2000.
- [21] <http://psihonet.net/ucikovitost-psiholoskog-savjetovanja-i-psihoterapije/>, dostupno 25.08.2016.
- [22] <http://hucuk.hr/hucuk/>, dostupno 12.08.2016.
- [23] Skupina autora: Sestrinske dijagnoze, Zagreb, HKMS, 2011.

13. Popis slika

Slika 2.1.1. Dijelovi debelog crijeva. Izvor: http://zdravlje.eu/2010/01/24/colon/ , dostupno 02.06.2016.....	4
Slika 2.1.1.1. Prikaz slojeva debelog crijeva. Izvor: http://eskola.biol.pmf.unizg.hr/odgovori/odgovor354.htm , dostupno 07.07.2016.....	5
Slika 3.1. Anatomski prikaz Chronove bolesti. Izvor: http://ukuks.org/ , dostupno 16.07.2016.....	7
Slika 4.2.1. Ultrazvučni prikaz Crohnove bolesti. Izvor: http://ultrazvuk-tarle.hr/laboratorijske-pretrage/zdravlje/chronova%20bolest , dostupno 22.07.2016.....	15
Slika 5.2.1.1. Prikaz perianalnog apscesa. Izvor: http://www.quazoo.com/q/anorectal_abscess , dostupno 23.08.2016.....	19
Slika 8.1.1. Prikaz ileostome i kolostome. Izvor: http://www.apotheken-umschau.de/Darm , dostupno 10.09.2016.....	28

Sveučilište
SjeverSVEUČILIŠTE
SJEVERIZJAVA 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, DAJANA KANJIR (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZADACI MEDICINSKE SESTRE KOD PACIJENATA OBOLELIH OD CROHNOVE BOLESTI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Kanjir Dajana

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, DAJANA KANJIR (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZADACI MEDICINSKE SESTRE KOD PACIJENATA OBOLELIH OD CROHNOVE BOLESTI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Kanjir Dajana