

# Starostlivosť o pacienta s komplikáciami Crohnovej choroby

Lívia Hadašová<sup>1</sup>  
Terézia Fertaľová<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov; Partizánska 1 Prešov; livia.hadasova@unipo.sk

<sup>2</sup> Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov; Partizánska 1 Prešov; livia.hadasova@unipo.sk

Grant: KEGA 003 PU-4/2021

Název grantu: Simulačné centrum starostlivosti o chronické rany.

Oborové zamčrenie: FQ - Verejné zdravotníctví, sociální lékarství

© GRANT Journal, MAGNANIMITAS Assn.

**Abstrakt** Crohnova choroba je chronické ochorenie a patrí do skupiny idiopatických zápalov, postihuje ktorúkoľvek časť tráviaceho traktu, najčastejšie sliznicu tenkého čreva. V súčasnosti výskyt ochorenia stúpa a často sa objavuje medzi mladými ľuďmi. Pokúsili sme sa identifikovať rizikové faktory komplikácii v procese liečby u vybraných dvoch pacientov a zistiť aké sú rozdiely a dopady v efektívnosti v liečbe konkrétnych pacientov s Crohnovou chorobou. Spracovali sme kazuistiky u dvoch zámerne vybraných pacientov. Zistili sme, že nedodržovanie medikamentózneho liečby viedlo k relapsu ochorenia. Dodržiavaním liečebného procesu sa mohlo predísť vážnym komplikáciám ochorenia a relapsu. Efektívnosť liečby je možné zlepšiť dodržiavaním liečebného procesu, dodržiavaním dieterapie, zlepšením životného štýlu, ktoré ovplyvňujú zhoršenie klinických príznakov a vzplanutie ochorenia.

**Kľúčové slová** Crohnova choroba, Starostlivosť, Komplikácie, Ošetrovateľstvo

## 1. CROHNOVA CHOROBA

Crohnova choroba je nešpecifické chronické zápalové ochorenie, postihujúce ktorúkoľvek časť tráviacej trubice od dutiny ústnej až po konečník. Zápalom bývajú najčastejšie postihnuté segmenty tenkého a hrubého čreva alebo konečníka. Ochorenie môže prenikať aj do hlbších vrstiev steny čreva a môže zasahovať aj do jeho okolia. (Vránová, 2013). Epidemiologické štúdie uvádzajú, že ochorenie je najviac zaznamenané v štátoch Severnej a Západnej Európy, Severnej Ameriky a Oceánie. Celková prevalencia Crohnovej choroby sa celosvetovo v rokoch 1990 až 2017 zvýšila o 31%. Na Slovensku sa počet chorých na Crohnovu chorobu a ulceróznou kolitídu odhaduje na približne na 15 000 pacientov. Za charakteristické príznaky Crohnovej choroby sú považované nechutenstvo, bolesť brucha, zvýšené teploty, únava, chudnutie, niekoľko stolíc denne až silné hnačky, časté aj v nočných hodinách, prítomné môžu byť kŕče, hlieny a krv v stolici (Hlavatý, Krajčovičová, 2020). Crohnova choroba je chronické ochorenie, ktoré nie je možné definitívne vyliečiť, z tohto dôvodu je prognóza nepriaznivá. Približne dve tretiny pacientov sa v priebehu ochorenia podrobujú chirurgickej intervencii kvôli komplikáciám. Mortalita priamo úmerne narastá s dĺžkou trvania choroby, vznikom komplikácii a počtom chirurgických výkonov. Nezanedbateľná je aj súvislosť so vznikom nádorov GIT. Pacienti s Crohnovou chorobou

majú výrazne vyššiu predispozíciu vzniku rakoviny tenkého a hrubého čreva ako normálna populácia (Strelka, 2014).

Diagnostika Crohnovej choroby sa zameriava na dôkladnú sociálnu, osobnú, rodinnú anamnézu, familiárny výskyt Crohnovej choroby v rodine, psychický stav pacienta, stravovacie návyky, životný štýl, užívanie alkoholu, fajčenie a na analýzu ťažkostí pacienta. Zisťujú sa patologické prímеси v stolici, počet stolíc za deň, konzistencia stolice, bolesti brucha a celkové príznaky napr. chuť do jedla, chudnutie, prítomnosť horúčky, pocity únavy (Hudáková, 2018). Realizuje sa vyšetrenie konečníka, vyšetrenie stolice na okultné krvácanie a parazitologické vyšetrenie (Keil, 2012). Laboratórne vyšetrenia a ich výsledky pomáhajú k diagnostike ochorenia od prvých začiatkov ochorenia, priebehu, aktivity zápalu až po účinnosť liečby. Realizuje sa biochemický rozbor krvi, nízka hladina albumínov poukazuje na poruchu vstrebávania živín potrebných pre telo pacienta na podklade malabsorpčného syndrómu pri rozsiahlom postihnutí čreva. Pri hematologickom rozbere sa často vyskytuje anémia, zvýšená hladina leukocytov a trombocytov je typická pre aktívny zápal. Vysoká hladina CRP je ukazovateľom aktívneho zápalu (Zbořil, 2018). Za kľúčové laboratórne vyšetrenie sa považuje stanovenie kalprotektínu v stolici. Bielkovina kalproteínu sa nachádza v bielych krvinkách, a ak je v čreve zápal, tak sa leukocyty vylučujú stolicou a s nimi aj kalprotektín (Hlavatý, Krajčovičová, 2020).

V liečbe Crohnovej choroby je prioritou bezpečná, individuálna, protizápalová liečba črevného zápalu, stanovená podľa lokalizácie, priebehu, aktivity ochorenia u konkrétneho pacienta. Liečbu rozdeľujeme na nárazovú – pri začiatku liečby, pri zhoršení ochorenia, pri relapsoch a na liečbu udržiavaciu – v remisii, v kľudovom období (Vránová, 2013). Liečba ochorenia je zložitá pritom veľmi komplexná, napriek tomu výsledky medikamentózneho terapie sú neuspokojivé. Celkový efekt liečby okrem farmaceutickej dotvárajú aj psychosociálne vplyvy, nutričná podpora a chirurgická intervencia (Huorka, 2009). Liečba je vo všeobecnosti dlhodobá, v niektorých prípadoch celoživotná, zameriava sa na tlmenie prehnanej obrany organizmu proti črevnej fóre (Hlavatý, Krajčovičová 2020). Základnými skupinami liekov sú aminosaliciláty, kortikoidy, antibiotiká, imunosupresíva a biologická liečba. U pacientov s nízkou zápalovou aktivitou sa na liečbu používajú lieky s účinnou látkou mesalazín v dávke 4g denne (Tkáčik, 2018). Je účinnejší pri postihnutí hrubého čreva. Ďalej sa využívajú lokálne pôsobiace glukokortikoidy, tie sú účinnejšie pri poškodení konca tenkého čreva, terminálneho ilea

(Hlavatý, Krajčovičová, 2020). U strednej až vysokej formy sú liekom prvej voľby kortikosteroidy v dávke 0,5 až 1 mg/kg telesnej hmotnosti. Majú rýchly nástup účinku a stav pacienta sa po podaní prvej dávky začne zlepšovať. Dĺžka podávania by nemala presiahnuť viac ako 3 mesiace. Doporučuje sa postupné znižovanie dávky po dosiahnutí remisie, rýchle vysadenie kortikosteroidov zvyšuje riziko návratu relapsu (Tkáčik, 2020). Nevýhodou podávania kortikoidov je náchylnosť na infekcie, zvýšenie hmotnosti ukladaním tuku v oblasti tváre, šije, brucha a rednutie kostí. Po vysadení týchto liekov dochádza k 80% návratu ťažkostí, v tomto prípade je nutná udržiavacia imunosupresívna liečba (Hlavatý, Krajčovičová, 2020).

Antibiotiká nie sú vhodné pre všetkých pacientov s aktívnym zápalom, pretože v súčasnosti neexistujú dôkazy o tom, aby liečba antibiotikami navodila v liečbe remisiu. Táto liečba je spojená s rizikom nežiaducich účinkov. Výnimkou je riflaximín - neabsorbovateľné antibiotikum, ktoré sa v jednej štúdií ukázalo ako účinný liek pre navodenie remisie (Tkáčik, 2020). Najširšie využitie v tejto liečbe má azatioprin, patrí medzi najúčinnšie lieky (Imunoprin), užíva sa denne v tabletách (Hlavatý, Krajčovičová, 2020). Najväčším pokrokom pri liečbe Crohnovej choroby bolo zavedenie biologickej liečby. Biologická liečba je paranterálne podávanie veľkých proteínov alebo imunoglobulínov, ktoré boli vytvorené živými bunkovými kultúrami, ovariálnymi bunkami čínskych škrečkov (Lukáš, 2020). Táto liečba je indikovaná pacientom, ktorí majú strednú a vysokú zápalovú aktivitu, trpia rezistenciou na kortikoidy, kontraindikáciou na kortikosteroidy a s perianálnym ochorením. Biologická liečba sa podáva preparátmi rôzneho zloženia a účinku. V praxi sa v liečbe uplatnili preparát anti-TNF-alfa (infiximab alebo adalimumab), vedolizabom prípadne ustekinumabom. Kombináciou imunosupresívnej liečby adalimumabom alebo infiximabom v kombinácii s preparátom azatioprinom dlhodobým podávaním sa znižuje riziko hospitalizácie a operácie (Tkáčik, 2020). Od roku 2016 je na liečbu Crohnovej choroby dostupný liek vedolizumab, ktorý sa podáva vo forme infúzie. Medzi jeho výhody patrí, že pôsobí iba v čreve (Hlavatý, Krajčovičová, 2020). U pacientov so stredne ťažkou a ťažkou Crohnovou chorobou, ktorí boli dlhodobo liečení (cca 5 rokov) vadolizumabom, priniesla táto liečba klinickú remisiu a zlepšenie stavu a bola spojená s významnými klinickými benefitmi (Lukáš, 2020). Ustekinumab je druhým liekom, ktorý je podávaný v úvodnej infúzii a potom sa raz za dva až tri mesiace aplikuje podkožná injekcia. Tento liek sa ukazuje ako obzvlášť bezpečný (Hlavatý, Krajčovičová 2020).

Význam diéty pri Crohnovej chorobe patrí k neodlučiteľnej časti liečby. Je dokázané, že u pacientov s týmto postihnutím je narušená črevná mikrobiota, ktorú práve ovplyvňuje samotná výživa. Epidemiologické štúdie potvrdzujú riziko s nástupom tzv. „západnej stravy“, ktorá pozostáva zo zvýšeného príjmu rafinovaného cukru, mäsa, pšenice, mlieka, živočíšnych tukov, prídavných látok a nedostatkom vlákniny (Čierna, 2021). V strave doposiaľ nebola identifikovaná jednoznačná potravina, ktorá by napomáhala tvorbe zápalu, alebo ho potlačala. Diétne obmedzenia závisia od toho, v akej fáze sa pacient práve nachádza. V akútnych štádiách je účinná bezzvyšková strava alebo nízkozvyšková. (Spišák, 2018). Výber potravín je orientovaný tak, aby sa obmedzovali zdroje s nestráviteľnými zložkami, predovšetkým celulóza, šupky a jadierka zo surového ovocia. Základom každej diéty pri zápalových ochoreniach čreva je dostatočný príjem základných živín (cukry, tuky, bielkoviny), vitamínov, minerálov a stopových prvkov. Vo fáze relapsu ochorenia je dobré upraviť diétny režim v zmysle šetriacej diéty. V prípadoch, keď tento spôsob dodania nutriencie nie je vzhľadom na zdravotný stav chorého prípustný, je výživa aplikovaná pomocou zavedenej NGS, NJS alebo PEG. Ak je poškodenie čreva závažné, pristupuje sa k podávaniu výživy

parenterálnou cestou (Čierna, 2021). Chirurgická liečba prichádza do úvahy najmä v prípade ťažkého, dlhotrvajúceho priebehu ochorenia, pri neúspešnej konzervatívnej liečbe a pri komplikáciách. (Vatechová, Vatecha 2013). Vzhľadom k veľmi častým recidívam je potrebné operačný zákrok dôkladne zvážiť a starostlivo naplánovať. Chirurgická liečba nevedie k návratu úplného zdravia, ale zahŕňa opatrenia pri komplikáciách. Jej cieľom je zachovanie čo najväčšej časti čreva, vo veľmi ťažkých prípadoch dochádza k ileostómii alebo kolostómii (Janíková, Zeleníková, 2013).

Pri liečení Crohnovej choroby môže dochádzať k rade komplikácií, ktoré môžu negatívne ovplyvniť liečebný proces. Pri chronických zápaloch, ktoré trvajú niekoľko týždňov, mesiacov až rokov sa môžu, ale aj nemusia vyskytnúť komplikácie (Hlavatý, Krajčovičová, 2020). Najčastejšie sa jedná o tieto komplikácie - črevná nepriechodnosť a perforácie, akútny ileus, Megacolon toxicum, stenózy, abscesy a fistuly. Črevná nepriechodnosť a perforácie vzniká následkom zúženia čreva z dôvodu zjazvenia, čím spôsobí čiastočnú alebo kompletnú obštrukciu. Pri tejto komplikácii sa odporúča vykonanie resekcii postihnutej časti - úseku s vyústením kolostómie prípadne ileostómie (Vatechová, Vatecha 2013). Akútny ileus si vyžaduje urgentnú neodkladnú operáciu. Pri lokalizácii na ileu tenkého čreva vystačí resekcia, ale už pri hrubom čreve je potrebná dočasná ileostómia alebo kolostómia (Vatechová, Vatecha, 2013), Megacolon toxicum patrí medzi akútne stavy so septickou dilatáciou hrubého čreva a hrozí jeho perforácia alebo krvácanie z kolonu. Úmrtnosť pacientov s touto komplikáciou je 40-60% (Vatechová, Vatecha, 2013), abscesy, fistuly vznikajú ako následok zápalu v oblasti konečníka. Fistula je abnormálne spojenie - kanál, ktorý sa vytvára v zapálenej oblasti a obklopujú ho zápalové bunky. Môže vyúsťovať dovnútra smerom do lúmenu konečníka alebo navonok do kože. Fistuly sa môžu vytvoriť aj v iných zapálených častiach čreva a spôsobiť "skraty" medzi príľahlými črevnými kľučkami, ako aj medzi črevom a inými orgánmi, akými sú napríklad močový mechúr alebo pošva (Strelka, 2014). Stenóza je zúženie časti tenkého alebo hrubého čreva, defekt sa môže vytvoriť v duodéne, jejune, ileu aj hrubom čreve. Stenózy narušujú normálnu pasáž črevného obsahu a môžu viesť k črevnej obštrukcii. Ide o akútny stav súvisiaci so základným ochorením pri Crohnovej chorobe, môže byť spojený s intraabdominálnymi abscesmi (Zelinová, 2015).

Významnou možnosťou ako predchádzať komplikáciám je dôsledne dodržiavanie liečebného režimu a dieterapie. To možno u pacienta výrazne podporiť edukáciou. Cieľom edukácie je získať a následne udržať chorého v úlohe aktívneho a konštruktívneho spolutvorcu liečby. Edukácia pacientov s Crohnovou chorobou sa zameriava na najmä na oblasť prijímania potravy, vyprázdňovania, užívania liekov, preferovania správneho životného štýlu. Diétny režim musí zohľadňovať stupeň a závažnosť nutričného deficitu, fázu a priebeh choroby, rešpektovať celkový zdravotný stav pacienta a prípadné pridružené choroby či komplikácie. Pacientom sa odporúča viesť si stravovací denník, do ktorého si chorý zapisuje každodenný príjem potravín spoločne s objektívnymi a subjektívnymi problémami. Ďalším dôležitým medzníkom edukácie v oblasti výživy je konzumácia mliečnych výrobkov. Chorému, ktorý netrpí neznášanlivosťou laktózy, sa odporúča zaradenie týchto výrobkov do každodennej stravy. Naopak pacientom, ktorí neznášanlivosťou mliečného cukru trpia, sa odporúča konzumácia kyslých mliečnych výrobkov, pretože ich znášanlivosť je obvykle výrazne lepšia. Výsledkom pestrej stravy bohatej na nutrienty je zníženie rizika nedostatočného príjmu živín, vitamínov, minerálnych látok a stopových prvkov. V prípade obdobia zhoršenia klinických prejavov je nutné podávanie bezzvyškovej diéty - úplné vylúčenie potravín s vysokým obsahom nerozpustnej vlákniny (čerstvé ovocie a zelenina, strukoviny a celozrnné výrobky) a ťažko stráviteľných pokrmov, teda potravín s vysokým obsahom tukov (vyprášané a grilované

jedlá). Pacienti s črevným zúžením sú edukovaní o vhodnosti bezozbytkovej stravy po celú dobu choroby, teda aj v kľudovom štádiu Crohnovej choroby (Raisová, 2019). Pacienti s Crohnovou chorobou veľmi často zažívajú problémy s vyprázdňovaním stolice. Vzhľadom na to, že sa jedná o problematiku veľmi intímnu, sa odmietajú zveriť so svojimi problémami inej osobe, avšak pokiaľ sa tieto zásadné problémy neriešia, symptómy sa často zhoršia a pacient vyhľadá odbornú starostlivosť až v neodkladnej situácii, ktorá obvykle vyžaduje zložitejšiu terapiu. Jednou z najčastejších ťažkostí, s ktorou sa pacienti s Crohnovou chorobou stretávajú, je inkontinencia stolice. Táto problematika je chorými vo vysokej miere tabuizovaná, avšak štúdiá dokazujú, že až v 74 % prípadov sa chorí s Crohnovou chorobou stretli s inkontinenciou stolice, ktorá vždy nebola spojená s urgentnou potrebou defekácie. Sestra spoločne s nutričným terapeutom a fyzioterapeutom edukuje chorého o intervenciách, ktoré môžu byť v boji s inkontinenciou stolice nápomocné. Medzi ne patrí zmena stravy ovplyvňujúca konzistenciu stolice, pravidelné posilňovanie svalstva panvového dna, behaviorálna terapia s návikom defekačného reflexu, prípadne užívanie antiidiarhoik a elektrická stimulácia. Súčasťou edukácie pacientov trpiacich inkontinenciou by mala byť starostlivosť o pokožku v perianálnej oblasti. Dôkladná hygienická starostlivosť je zároveň prevenciou vzniku komplikácií, ako sú intertrigo alebo mykotická infekcia (Raisová, 2019). Pohybová aktivita má pozitívne účinky na ľudský organizmus. Zvyšuje fyzickú výkonnosť, znižuje riziko výskytu kardiovaskulárnych a mnohých ďalších chorôb, má silný protibolestivý účinok pri svalových a kĺbových problémoch, pôsobí priaznivo aj na psychiku, odbúrava stres, úzkosť a depresie. Medzi pohybové aktivity, ktoré potenciálne zlepšujú priebeh Crohnovej choroby, patrí aeróbne cvičenie (aerobic, cyklistika, plávanie, behanie a chôdza), kondičné posilňovanie a joga. Chorý je edukovaný o možnosti výberu preferovaného športu. Aeróbne cvičenie predstavuje jednoduchý spôsob, pomocou ktorého je možné znížiť výskyt príznakov spojených s Crohnovou chorobou, ako je nadúvanie a plynatosť, a zároveň napomáha k zvýšeniu vytrvalosti a dosiahnutiu psychickej vyrovnanosti. Je dôležité edukovať chorého o intenzite aeróbného cvičenia, pretože extrémna fyzická záťaž vedie k vyčerpanosti a môže zhoršiť klinické prejavy ochorenia. Ideálna doba strávená aeróbnym cvičením je napr. 30 minút mierného a nepretržitého pohybu trikrát týždenne. Kondičné posilňovanie zlepšuje fyzickú kondíciu a redukuje únavu, ale taktiež zabraňuje strate minerálnych látok z kostí. Pri akútnom vzplanutí choroby, po chirurgických výkonoch a v období zhoršenia klinických príznakov je chorým odporúčané zníženie fyzickej aktivity na minimum. Pacienti by mali kľásť dôraz na odpočinok a relaxáciu. Vhodnými pohybovými aktivitami v období relapsu sú krátke prechádzky či joga. Joga vedie k všestrannému pozitívnemu účinku v duševnej, fyzickej i emocionálnej rovine. Kombinuje starostlivo riadené pohyby tela s dýchacími technikami, výrazne znižuje hladinu stresu a napomáha k udržaniu rovnováhy a flexibility. U pacientov s Crohnovou chorobou napomáha tráveniu a zmierňuje klinické príznaky vrátane bolesti (Raisová, 2019).

### 1.1 Kazuistiky pacientov

Spracovali sme kazuistiku dvoch pacientov. V prvom prípade išlo o 38 ročnú pacientku, ktorá sa na Crohnovu chorobu lieči od 14 rokov (rok 1999). V čase puberty nedodržovala liečebný režim a došlo k zhoršeniu zdravotného stavu. Exacerbácia ochorenia si vyžiadala laparotómiu s resekciou čeka a terminálneho ilea s ileoascendentom anastomózo end-to-side. Priebeh rekonvalescencie bol komplikovaný pomalším rozvojom peristaltiky, subfebrilitami. V liečbe Sulfasalazin 500mg a 6hod., Zinnat 520mg a 12hod., Doporučené sulfonamidové chemoterapeutikum, Sorbifer 2x1 tbl. Liečba infúzna terapia, analgetiká, Colimicin, Axetine, Klion, Pentassa, Hydrocortizon, Quamatel, Fraxiparine, Novocain.

V nasledujúcich 5 rokoch (2009-2012) pacientka nepociťovala žiadne bolesti brucha, príznaky recidívy ochorenia, stolice boli stále vodnaté 6-7krát denne. V uvedenom období otehotnela, tehotenstvo bez komplikácií, porodila indikovanou plánovanou sekciou v ukončenom 38.týždni tehotenstva pre základné ochorenia a následnú ileoascendentom – anastomózo. O tri roky neskôr (2014) porodila druhé zdravie dieťa sekciou. Následne 3 roky po druhom pôrode (2017) začala pociťovať tlak a bolesť pri prechode stolice v postihnutom mieste čreva. Stolice 9-11 krát denne. Bolo vykonané kolonoskopické vyšetrenie so záverom - prechod cez ileo - ascendentom anastomózo pod miernym tlakom do terminálneho ilea, nález na sliznici v oblasti anastomózy a aborálnej časti terminálneho ilea s edematóznou sliznicou po obvode s plochou ulceráciou. Odporúčaná liečba- šetriaca, bezzvyšková diéta, Pentasa 500 mg 2x2 tbl., Imuran 50mg 2x1 tbl., Ciphin 500 mg 2x1 tbl. 5 dní a následne potom 10 dní 1x1 tbl. ráno, pri bolestiach Algifen 20 kvapiek. Vzhľadom k vyťaženej konvenčnej liečbe a recidíve Crohnovej choroby bola pacientka zaradená na biologickú liečbu Humirou. Po schválení liečby bola pacientke podaná prvá dávka biologickej liečby Humirou modelom aplikácie každé 2 týždne subkutánne. Okrem biologickej liečby pacientka užívala aj konvenčnú liečbu. Podávanie biologickej liečby prebiehalo bez komplikácií, ale epizodicky mala bolesti v pravej polovici brucha, frekventovanejšie stolice a pri tejto liečbe aj častejšie infekty. Následne po 2 rokoch (2019) zistená počas kolonoskopického vyšetrenia recidíva ochorenia v mieste anastomózy, pacientka bola prijatá na Chirurgickú kliniku na plánovanú operáciu pre stenózu. Terapia KKPA na 48h, Nolpaza 40 mg á 12h, Fragmín 2500j s.c. á 24h, infúzna terapia, analgetiká. Priebeh hospitalizácie bez komplikácií, rany sa hojili per primam, stehy ex a v klinickom dobrom stave bola prepustená do ambulantnej starostlivosti Medikácia pri prepustení Pentasa 500mg 2x2 tbl., Imuran 50mg 1x1 tbl., biologická liečba vynechaná na 2 mesiace. Po 3 rokoch (2022) sa začala sťažovať na občasné krčce, frekventované stolice, ktoré občas neudržala. Neskôr sa k tomu pridalo nafukovanie a škrkanie v bruchu, ešte frekventovanejšie stolice a krčce pred stolicou v mieste anastomózy. Bolo indikované vyšetrenie MR pre zhoršenie klinického stavu s nálezom akcentovanej steny čreva na úrovni anastomózy, so suspekciou miernych subakútnych zmien na slizničnej vrstve steny čreva, avšak bez extenzívnejších infiltratívnych prejavov zápalovej aktivity. Nález v celkovej dĺžke cca 4 cm anastomozovaných úsekov. Terapia trvalé dietetické opatrenia, bezzvyšková diéta, Pentasa 500 mg 2x2 tbl., Imunoprim 50 mg 2x1 tbl., Duspatalin 3x1 tbl. pred jedlom. V súčasnosti je ochorenie kompenzované biologickou liečbou. Pacientka dodržiava bezzvyškovú diету, počas dňa vypije približne 1500 ml tekutín. Vyprázdňovanie čreva je 6-8krát denne, niekedy aj častejšie. Stolica je vodnatá. Vyprázdňovanie moču je pravidelné bez problémov. Spí 8 hodín denne, chodí spať pravidelne okolo 22 hodiny. Vo voľnom čase chodí rada na prechádzky s deťmi a psom. Rada korčuľuje a pláva, vyhýba sa dlhým túram kvôli častým stoliciam, sporadicky športuje.

V druhej kazuistike prípade išlo o 22 ročného pacienta, ktorému ochorenie diagnostikovali vo veku 15rokov. (2015) Pacient bol akútne prijatý do nemocnice pre rýchlo zhoršujúci stav, silné bolesti brucha, zvracanie, hnačky, febrilita do 40°C, poklesom hmotnosti za 4 mesiace 10 kg, prekolapsový stav. Podstúpil kolonoskopické vyšetrenie s nálezom početných ulcerácií a áft na hrubom čreve, prítomným krvácaním, edémom sliznice v celom priebehu c. sigmoideum. Ezofagogastroduodenoskopia potvrdila ezofagitídu. Realizované boli výtery TH, TN s výsledkom Staphylococcus aureus a TR Enterococcus faecalis. Liečba Ciprinol, Metronidazol, Pentasa, Prednison, Quamatel, Novalgín, Stoptussin, infúzie soľných roztokov a glukózy. Po 13 dňoch pacient v dobrom klinickom stave prepustený do ambulantnej starostlivosti. Doporučená bezmliečna, bezzbytková strava, Pentasa, Prednison,

Modulen, Venofer. Počas nasledujúcich 2 týždňov pacient prijatý na chirurgickú kliniku pre bolesti okolo konečníka, subfebrilny. Vzhľadom na lokálny bolestivý nález - absces perianálne vpravo o rozmeroch asi 5x3 cm, bola indikovaná chirurgická liečba. Prevedená incízia a kontraincizia, evakuácia abscesu, discízia fistuly s elastickou ligatúrou fixovanou na pravý bok. 23.7.2015 pacient bez výraznejších ťažkostí prepustený do domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Odporúčaná kontrola na chirurgickej ambulancii. Liečba Metronidazol 2x1tbl., Ciprofloxacín 2x1tbl. Týždeň po prepustení pacient opäť hospitalizovaný na predpokladaný relaps ochorenia, febrilita do 39°C, pre početné hlienové žltozelené hnačky asi 10x denne, mierne bolesti brucha. Váha 38,25 kg, výška 158, BMI 15,36 ťažká podvýživa. Realizované kontrolné chirurgické, gastroenterologické vyšetrenie, magnetická rezonancia s nálezom na hrubom čreve, akútna zápalová infiltrácia ľavého kolonu s prítomnosťou mnohopočetných fistulácií v perianálnej oblasti. V oblasti terminálneho ilea a v oblasti ileocekálného prechodu zhrubnutie črevnej steny ilea v celkovej dĺžke 8-9 cm. Na 3 deň hospitalizácie potvrdená Clostridiová infekcia. Vzhľadom k prehĺbujúcej sa anémii podané 2 transfúzie erymasy. Po zlepšení celkového klinického stavu dieťa prepustené do domácej starostlivosti dňa 14.8.2015. Doporučená liečba Prednison 1x30mg, Omeprazol 20mg 1x1tbl., Medociprin 2x500mg., Entizol 2x250mg., KCl 2x1tbl., Sporanox 100mg 2x1tbl., Pentasa 3x500mg tbl. Zvýšená hygiena perianálnej rany, bezmliečna, bezzbytková strava. Po roku (2016) opätovne prijatý na hospitalizáciu do nemocnice pre bolesti brucha, nauzeu, zvracanie, pridružené vodnaté hnačkovité stolice s prímiesou veľkého množstva krvavých hlienov. Pacient absolvoval USG brucha a chirurgické vyšetrenie, ktoré nepotvrdilo náhlu príhodu brušnú. Pri danej liečbe sa stav výrazne zlepšil, 2 deň hospitalizácie stolice bez prímiesy krvi redšej konzistencie, pokles zápalovej aktivity. Pacient bol v stabilizovanom klinickom stave prepustený do ambulancie starostlivosti. Doporučená terapia Pentasa 500mg 3x1tbl.

Hlavným cieľom bolo zistiť aké sú rozdiely a dopady v efektívnosti v liečbe konkrétnych pacientov s Crohnovou chorobou u ženského a mužského pohlavia. Snažili sme sa identifikovať rizikové faktory komplikácii v procese liečby u vybraných dvoch pacientov s Crohnovou chorobou, analyzovali sme dodržiavanie dieterapie a farmakologických liečebných postupov na celkový stav vybraných pacientov. Naším cieľom bolo aj analyzovať rozdiely a ich príčiny v liečebnom procese vybraných pacientov s ženským a mužským pohlavím s Crohnovou chorobou. Pacient v rokoch 2016, 2017, 2018 absolvoval pravidelné gastroenterologické poradne kde boli vykonávané fyzikálne, biochemické a zobrazovacie vyšetrenia. Dôsledne dodržiaval doporučenú liečbu a diétu. V týchto rokoch absolvoval kúpeľnú liečbu. 2019 pacient prijatý na plánovanú hospitalizáciu za účelom pankoloskopie s intubáciou terminálneho ilea pre opakované pozitívne nálezy kalprotektínu okolo 500ug/l. Nález vyšetrenia - edém a zmazanie cievnjej kresby v céku bez ložiskových zmien, intubáciu terminálneho ilea sa nepodarilo vykonať. Prítomný nález malej hiátovej hernie a gastritídy. V stolici pozitívny antigén *Yersinia enterocolitica*. Pacient v stabilizovanom stave prepustený do ambulancie starostlivosti. Terapia Imuran, Nolpaza, Pentasa. Po 2 mesiacoch po zhoršenom klinickom stave pacient prijatý do nemocnice na hospitalizáciu pre vracanie denne asi 15 krát, riedke stolice s prímiesou čerstvej krvi denne asi 10 krát, s úbytkom hmotnosti 3-4kg. Realizované chirurgické vyšetrenie bez známok náhlej brušnej príhody, hematologické vyšetrenie hypokoagulačný stav s alergiou na Kanavit, gastroenterologické vyšetrenie akútna exacerbácia základného ochorenia s pankreatitídou, pedopsychiatrické vyšetrenie – iná zmiešaná úzkostná porucha. Počas hospitalizácie bol pacient zaradený na biologickú liečbu a bolo mu podaných 6 dávok Humira 40mg s.c. Okrem ordinovanej liečby mal pacient aplikovanú 2 krát krvnú plazmu. Pacient v celkovom stabilizovanom klinickom stave

prepustený do domácej ošetrovateľskej starostlivosti s príslušným odporúčaním a s plánovanou iniciáciou biologickej liečby. Terapia pri prepustení Biseptol, Pednison, Nolpaza, Setralin, Humira – biologická liečba raz za 2 týždne s.c.. Napriek kombinovanej imunosupresívnej liečbe u chlapca pretrvávali početné množstvá formovaných stolíc s prímiesou krvi a hlienov. Kolonoskopické vyšetrenie – nález na vyšetrených úsekoch hrubého čreva je výrazne zhoršený s maximom zmien v rekte a sigme, orálnym smerom až do kolon ascendes. Prítomné plazivé vredovité lézie pokryté fibrínom, sliznica adematózna bez cievnjej kresby. Bola vykonaná rektosigmoidoskopia pre zhoršenie zdravotného stavu, hnačky s prímiesou krvi 6-8krát denne, stolice aj v noci. Nález vyšetrenia mierne zápalové zmeny na sliznici, sliznica výrazne hyperemická, edematózna, spontánne krváca už po insuflácii. Doporučená liečba Pentasa 500mg 3x2tbl., Prednison s postupným znižovaním dávky, Ciprofloxacín 500mg 2x1tbl., Entizol 3x1tbl., Sorbifer 2x1tbl., Kalium cloratum 1tbl., Acidum folicum 1tbl., Nolpaza 20mg 2x1tbl. V roku 2020 pre neefektívnu liečbu Humirou – adalimumab bola pacientovi indikovaná liečba Emtyvio – vedolizumab i.v., prvá dávka bola podaná 2.4.2020. Klinický celkový stav zlepšený. 14.7.2021 vykonané kontrolné kolonoskopické vyšetrenie so záverom Crohnova choroba s postihnutím hrubého čreva a terminálneho ilea aktuálne kompletne slizničné vyhojenie. Doporučená liečba Pentasa 500mg 3x2tbl., Nolpaza 40mg pri ťažkostiach, Acidum folicum 2x1tbl., Entivio i.v.. V roku 2022 kontrola v gastroenterologickej ambulancii, vzhľadom na kompletnú slizničnú remisiu prechod na subkutánnu formu padávania biologickej liečby Entivio 108mg á dva týždne do domáceho režimu. Pokračovanie v liečbe Pentasa, Nolpaza, Acidum folicum.

V kazuistikách, ktoré sme spracovali sa potvrdilo riziko komplikácií. U pacientky (kazuistika 1) sa potvrdilo, že nedodržiavanie medikamentóznej liečby vedie k relapsu ochorenia. V období puberty neužívala lieky a klinický obraz ochorenia sa zhoršil natoľko, že musela podstúpiť chirurgickú liečbu. Dodržiavaním liečebného procesu sa mohlo predísť vážnym komplikáciám ochorenia a relapsu. Pacientka v období puberty fajčila a užívala alkohol, fajčenie, konzumácia alkoholu a kofeínu. Veľké riziko zhoršenia klinických príznakov a relapsu Crohnovej choroby prináša užívanie návykových látok. Pacienti, ktorí fajčia, majú častejší výskyt relapsov a zvyšuje sa u nich pravdepodobnosť, že bude potrebná chirurgická terapia. Tiež konzumácia alkoholu priebeh zhoršuje. Až u 75 % pacientov sa po užívaní alkoholu výrazne zhoršili gastrointestinálne príznaky choroby. Mnoho pacientov s Crohnovou chorobou, ktorým sa výrazne zlepšila klinické prejavy a choroba ustúpi do remisie, odmieta užívať lieky dlhodobo. Avšak vysadenie liekov môže viesť k znovuzvplanutiu choroby ak rozvoju komplikácií. Relaps Crohnovej choroby narúša nielen zdravotný stav chorého, ale aj schopnosť fungovať spoločensky aj profesionálne, čo významne znižuje kvalitu pacientovho života. Ak chorý s Crohnovou chorobou vyсадí liečbu a dôjde k relapsu choroby, znovuoobnovenie liečby už nemusí byť efektívne; napr. pri biologickej liečbe si organizmus dokáže vytvoriť imunogénnu reakciu na monoklonálnu protilátku, a preto choroba na účinnú látku nereaguje. Komplikáciou môže byť zjazvenie tkaniva v dôsledku zápalu, ktorý neodpovedá na protizápalovú terapiu. Nedostatočná liečba Crohnovej choroby je spojená s vyššou aktivitou ochorenia, stratou odpovede na biologickú liečbu a relapsmi, chorí majú až päťnásobne vyššie riziko vzplanutia choroby do akútneho štádia ako pacienti, ktorí sa stavajú na užívanie medikamentov dôsledne. U pacientov, ktorí nedodržiajú medikamentóznú terapiu podľa pokynov svojho lekára, je tiež vyššia pravdepodobnosť morbidita a mortality (Raisová, 2019).

U pacienta (kazuistika 2) sa vyskytla komplikácia so vznikom fistuly a perianálneho abscesu o rozmeroch 5x3 cm. Pacientovi bola prevedená incízia a kontraincizia, evakuácia abscesu, discízia fistuly

s elastickou ligatúrou. Príčinou vzniku komplikácie mohlo byť, zatajovanie príznakov spojené s vyprázdňovaním hrubého čreva a obáv s hospitalizácie, ktoré mohli byť spojené s diagnostikovanou úzkostnou poruchou.

Obaja pacienti sa v súčasnosti vyhýbajú provokujúcim faktorom, ktoré ovplyvňujú vznik komplikácií a zintenzívňujú príznaky ochorenia.. Medzi tieto faktory zaraďujeme nevhodné stravovanie, alkohol, a fajčenie. Nevhodná je aj konzumácia kofeínu, ktorý môže u pacientov zapríčiniť meteorizmus, diarrhoeu či dehydratáciu. (Raisová, 2019). Pacient bol práve naopak disciplinovaný v užívaní medikamentózne liečby, ale aj u neho došlo k zhoršeniu zdravotného stavu. Obaja respondenti dodržiavajú diietické odporúčania a bezzvyškovú diétu. Stravujú sa zdravo, racionálne. Vyhýbajú sa nezdravým masným a vyprázaným jedlám, čerstvému pečivu, dráždivým pikantným jedlám. Vedia, že nedodržaním dieterapie sa zmení klinický obraz ochorenia, nastúpia komplikácie a navodí sa relaps ochorenia. Raisová (2019) uvádza, že chorý musí metódou pokus-omyl vypozerovať zmeny, ktoré mu spôsobuje tá ktorá potravina. V období relapsu sa respondenti vyhýbali športovým aktivitám pretože boli unavení a trpeli nedostatkom energie, bolesťami brucha a častými stolicami. Medzi komplikácie, ktoré sa môžu v súvislosti s Crohnovou chorobou vyskytnúť, sú análne fisúry, striktúry, hemoroidy či perianálne abscesy. Tieto príznaky bývajú často bolestivé a spôsobujú problémy s defekáciou, preto sú pacienti edukovaní o preventívnych opatreniach, pomocou ktorých je možné znížiť riziko vzniku ťažkostí alebo zmierniť ich klinické prejavy. Análne fisúry tvoria 21–35 % všetkých perianálnych lézií u pacientov s Crohnovou chorobou. Možno im predchádzať zmenou stravovacieho režimu, teda jesť stravu, ktorá zmäkčuje stolicu. Zmäkčená stolica menej dráždi črevnú stenu a nedochádza k narušeniu sliznice. Efektívne sú tiež sedacie kúpele, ktoré sa odporúčajú aj pacientom s hemoroidmi. Tieto komplikácie má až 7 % pacientov a sú často spojené s úpornou diareou, ktorá sa vyskytuje prevažne v akútnom štádiu. Problémy s vyprázdňovaním spôsobujú aj análne striktúry, u nich podstatu terapie spočíva v uvoľnení svalovej stenózy, pacient si môže preliečiť striktúru sám pomocou dilatátora, príp. sa prechádza na dilatáciu digitálnu či endoskopickú s využitím balónika. Perianálne abscesy spôsobujú bolestivú defekáciu, pacient je edukovaný o prevencii ich vzniku, a to o správnej výžive bohatej na vlákninu, dostatočnom príjme tekutín a správnej defekácii, ktorú možno dosiahnuť cvičením defekačného reflexu (Strelka, 2014). Obaja respondenti v súčasnosti sporadicky športujú. Pohybová aktivita vedie k zníženiu stresu, správnej peristaltike čriev, zvyšuje kvalitu života a slúži ako prevencia pridružených ochorení. Raisová (2019) uvádza, že v súvislosti s Crohnovou chorobou je možné brať pohybovú aktivitu ako ľahko dostupnú variantu pre zvýšenie kvality života. Štúdie, ktoré skúmali efekt fyzickej aktivity pacientov s Crohnovou chorobou, zistili, že u pacientov v remisii sú pravidelné menej a stredne intenzívne cvičenia veľmi dobre tolerované a môžu mať pozitívne účinky na subjektívne vnímanie chorého. Aj krátke cvičenia s nízkou intenzitou dostatočne slúžia na to, aby sa zmiernili klinické ťažkosti súvisiace s ochorením a znížila sa hladina stresu. Počas kontrakcie kostrového svalstva sa uvoľňujú biologicky aktívne myokíny, ktoré majú protizápalový účinok. Únava, často vnímaný príznak aj v kľudovom štádiu, je pravdepodobne aspoň čiastočne sprostredkovaná prozápalovými cytokínmi, u pacientov, ktorí trpia v remisii únavou, bola preukázaná znížená fyzická aktivita. Medzi ďalšie výhody fyzickej aktivity u pacientov patrí prevencia rozvoja pridružených chorôb, zvyšuje sa pružnosť kĺbov a zároveň sa znižuje ich bolestivosť, čím sa predchádza ankylozujúcej spondylitíde a dochádza k zvýšeniu pevnosti kostí, čo vedie k prevencii rozvoja osteoporózy a vzniku osteoporotickej zlomeniny.

## 2. ZÁVER

Crohnova choroba patrí do skupiny idiopatických črevných zápalov a predstavuje celoživotný problém, ktorý má stúpajúci charakter u mladých ľudí. Ide o civilizačné ochorenie, na ktorom sa hlavne podieľa životný štýl. Dlhodobý stres a nevhodná strava má na vznik ochorenia veľký vplyv. Je to nevyliciteľné ochorenie so striedajúcimi sa fázami relapsov a remisii, ktoré sa dajú pomocou liečby zmierniť. Liečba je medikamentózna, v niektorých prípadoch je nutná aj chirurgická liečba. Súčasťou liečby je tiež dieterapia, podávanie bezzvyškovitej stravy, pre ktorú je typické vylúčenie hrubej vlákniny. Napriek zážnosti Crohnovej choroby sa dá toto ochorenie zvládnuť a pokiaľ je pacient s ochorením disciplinovaný a psychicky vyrovnaný, tak dokáže viesť kvalitný plnohodnotný život.

## Zdroje

1. HLA VATÝ, T., KRAJČOVIČOVÁ, A. et al., 2020. *Život s Crohnovou chorobou a ulceróznou kolitídou*. Bratislava: A-medi management, s.r.o 2020. str. 21-22, 24, 25 . ISBN 978-80-89797-57-8
2. HUORKA, M., 2009. *Crohnova choroba*. Via practica: moderný časopis pre lekárov prvého kontaktu. ISSN 1336-4790. -Roč. 6, č. 3, s. 109 : ilustr., tab. C 3028
3. LUKÁŠ et al., 2020. *Idiopatické střeční záněty. Nové trendy a mezioborové souvislosti*. Praha: Grada. str. 159, 160-164. ISBN 978-80-271-1996-7
4. RAISOVÁ, M., 2019. *Život s Crohnovou chorobou*. Liberec: Fakulta zdravotnických studií. Technická univerzita v Liberci, [cit. 2022-10-18]. Dostupné z:
5. [https://dspace.tul.cz/bitstream/handle/15240/153361/Bakalarska\\_prace\\_Raisova.pdf?sequence=1](https://dspace.tul.cz/bitstream/handle/15240/153361/Bakalarska_prace_Raisova.pdf?sequence=1)
6. STRNAD, O., NOVÁK, L. *Preference ve výrobě*. 2. vydání. Ostrava: Linde nakladatelství, s.r.o., 2009. 102 s. ISBN 80-56899-65-4.
7. STRELKA, L., 2014. Multimediální e-učebnica. *Ošetrovateľské postupy v špeciálnej chirurgii. Benígne a malígne ochorenia tenkého, hrubého čreva a konečníka*. [online]. [cit. 2022-08-08]. Dostupné z: <http://oschir.jfmed.uniba.sk/CHOGT3-8.php>
8. TKÁČIK, M., 2018. *Crohnova choroba*. Revue medicíny v praxi. – ISSN 1336-202x. – Roč. 16. č. 3, str. 5-8
9. VATECHOVÁ, D., VATECHA, R., 2013. *Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s vybranými chronickými chorobami*. Martin: Osveta 2013. str.53. ISBN 978-80-8063-383-7
10. VRÁNOVÁ, D., 2013. *Chronické onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG. 2013. str. 27, 35. ISBN 978-80-7263-788-1
11. ZBOŘIL, V., 2018. *Idiopatické střeční záněty*. Praha: Mladá fronta. s. 178-190, s. 221-248.. ISBN 978-80-204-4720-3.