



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

SMERNICE ZA MEDICINSKE SESTRE NA PODROČJU KRONIČNE VNETNE ČREVESNE BOLEZNI



Sekcija medicinskih sester in
zdravstvenih tehnikov v endoskopiji
in gastroenterologiji



Smernice za medicinske sestre na področju kronične vnetne črevesne bolezni

Avtorici in urednici: Carmen Bobnar Sekulič, Tadeja Polanc

Izdali in založili: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endoskopiji in gastroenterologiji

Lektoriranje: David Ahačič

Oblikovanje in tiskanje: Tiskarna Uzar

Naklada: 100 izvodov

Ljubljana, avgust 2023

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.34-002-083

BOBNAR Sekulič, Carmen

Smernice za medicinske sestre na področju kronične vnetne črevesne bolezni / [avtorici Carmen Bobnar Sekulič, Tadeja Polanc]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endoskopiji in gastroenterologiji, 2023

ISBN 978-961-95504-3-4
COBISS.SI-ID 161213699

Kronična vnetna črevesna bolezen (KVČB) je zapleteno kronično stanje, ki zahteva zdravstveno obravnavo v okviru multidisciplinarnega tima. Enakovredna članica multidisciplinarnega tima je tudi medicinska sestra, specializirana za področje kronične vnetne črevesne bolezni (KVČB sestra).

Knjižica je namenjena informiranju, spodbujanju in izboljšanju standardov zdravstvene nege pri bolnikih s KVČB, lahko pa je tudi osnova za oblikovanje izobraževalnih programov za medicinske sestre, ki se želijo specializirati za področje KVČB.

Medicinske sestre, ki so v stiku z bolnikom s KVČB na katerikoli ravni zdravstvene dejavnosti (primarni, sekundarni, terciarni), morajo:

- Imeti osnovno znanje o bolezni.
- Poznati razliko med ulceroznim kolitisom (UK) in Crohnovo boleznijo (CB).
- Razumeti pomen pravočasnih terapevtskih intervencij.
- Poznati diagnostične postopke in glavne možnosti zdravljenja z zdravili in kirurškimi postopki, ki so na razpolago za zdravljenje KVČB.
- Poznati takojšnje in dolgoročne fizične, socialne in čustvene vplive bolezni, vključno z glavnimi pomisleki bolnikov in učinki KVČB na z zdravjem povezano kakovost življenja.
- Poznati psihološke učinke KVČB, vključno s tesnobo, depresijo in stisko, ter bolnikom ponuditi nadaljnjo napotitev na ustrezno specialistično podpora, če je to potrebno.
- Upoštevati načela zagovornišva: spoštovanje bolnikovih pravic, zastopanje bolnikovih interesov, opozarjanje na potrebe in stališča bolnikov ter varovanje dostojanstva in zasebnosti.
- Znati empatično in aktivno prisluhniti ter biti sposobne zagotoviti bistvene informacije o KVČB in nuditi celovito podporo. Vloga medicinskih sester je tudi olajšanje komunikacije med multidisciplinarno ekipo in bolnikom, kar omogoča skupno odločanje.
- Poznati zunajčrevesne manifestacije.
- Pri bolniku s fistulami zagotavljati udobje, skrbeti za celovitost kože, obvladovati zaplete in bolnike izobraževati o fistulah.



- Imeti potrebno znanje o morebitnih prehranskih vprašanjih, da bi zagotovile njihovo ustrezno opredelitev in obravnavo.
- Poznati vpliv inkontinence na z zdravjem povezano kakovost življenja.
- Znati prepoznati težave v zvezi s spolno funkcijo.
- Biti sposobne opredeliti, potrditi in zagotoviti zdravljenje ter podporo ob bolečini.
- Zagotoviti ustrezno zdravljenje z biološkimi zdravili ter pri tem upoštevati veljavne državne smernice in lokalne protokole.
- Poznati preventivne ukrepe za ohranjanje zdravja (preprečevanje zapletov in okužb, povezanih z boleznijo, zmanjšanje neželenih učinkov zdravil, ...).
- Biti sposobne opredeliti, potrditi in zagotoviti zdravljenje ter podporo pri bolnikih, ki občutijo utrujenost.
- Biti odgovorne za oceno, načrtovanje zdravstvene nege, ki temelji na dokazih, ter vrednotenje zdravljenja.
- Sodelovati v procesu izobraževanja, raziskovanja in razvoja zdravstvene nege na področju KVČB.
- Izvajati svetovanje osebno, po telefonu ali elektronski pošti.
- Sodelovati pri prehodu mladostnika v ambulanto za odrasle.
- Sodelovati z bolnikom v primeru potovanja ter mu nuditi ustrezne informacije za varno potovanje.
- Nuditi podporo pri načrtovanju nosečnosti, v času nosečnosti ter po porodu, zlasti glede dojenja in varnosti zdravil.
- Znati prepoznati anemijo zaradi pomanjkanja železa.
- Sodelovati z multidisciplinarnim timom v perioperativnem in pooperativnem obdobju.
- Imeti znanja za delo s starostniki.

Pomembno je, da imajo bolniki s KVČB hiter dostop do zdravstvenih storitev, da se omogoči čimprejšnje ukrepanje, kadar je to potrebno. Pri tem ima medicinska sestra veliko vlogo, saj poleg enostavne komunikacije s pacientom:

- zagotavlja zanesljive informacije – o bolnikovi diagnozi, o vplivu bolnikovega zdravstvenega stanja na življenjske aktivnosti, o možnostih zdravljenja, učinkih zdravil in o samem vodenju bolezni,
- koordinira oskrbo bolnika – je stalna kontaktna točka za bolnike in njihove družinske člane, komunicira z zdravnikom in drugimi člani zdravstvene ekipe,
- sodeluje pri zdravljenju v infuzijski enoti,
- izobražuje bolnika in njihove svojce ter jih usmeri k zaupanju vrednim virom izobraževalnega gradiva,
- izobražuje bolnika za redno samoaplikacijo bioloških zdravil,
- nudi pomoč bolnikom pri dostopu do storitev in podpornih skupin – tako v bolnišnici kot tudi v skupnosti.

KRONIČNA VNETNA ČREVESNA BOLEZEN

KVČB je skupni izraz za dve črevesni bolezni, ki trajata celo življenje: ulcerozni kolitis (UK) in Crohnovo bolezen (CB). Razširjena je po vsem svetu, njena prevalenca pa se povečuje. Za njen potek je značilno nepredvidljivo izmenjavanje obdobj aktivne bolezni (v nadaljevanju zagon) in remisije. Običajni simptomi zagona pri obeh oblikah vključujejo drisko, bolečino v trebuhu, anemijo in utrujenost.

V primeru, ko ni možno jasno razlikovati med UK in CB, kljub temu da smo izpeljali celoten diagnostični postopek (anamneza, endoskopske, histopatološke in radiološke preiskave), uporabimo izraz neklasificiran KVČB (n-KVČB).

Čeprav vzroki za KVČB niso znani, je ta bolezen priznana kot imunsko pogojena bolezen, ki jo lahko povzročijo različni genetski in okoljski dejavniki. KVČB se najpogosteje pojavi v adolescenci ali zgodnji odrasli dobi.



Bolniki s KVČB imajo povečano tveganje za razvoj kolorektalnega raka tako pri UK kot pri CB; tveganje je različno glede na:

- obseg in trajanje bolezni,
- na prisotnost kolorektalnega raka v družini in
- prisotnost/odsotnost primarnega sklerozantnega holangitisa.

V zadnjih 35 letih se tveganje za kolorektalnega raka pri bolnikih s KVČB ni znatno zmanjšalo, se je pa zmanjšalo tveganje za smrt zaradi takega raka.

Napovedni dejavniki za agresiven potek bolezni KVČB so:

ULCEROZNI KOLITIS	CROHNOVA BOLEZEN
<ul style="list-style-type: none"> • nizka starost; • obseg bolezni (pankolitis), • potreba po zgodnjem bolnišničnem zdravljenju in parenteralnem zdravljenju z glukokortikoidi, • povišane vrednosti CRP (C-reaktivni protein), • povišana vrednost SR (sedimentacija). • pridružen primarni sklerozantni holangitis (PSC) – za bolezen je značilno vnetje, propad in fibroza znotrajjetrnih in zunajjetrnih žolčnih vodov. Trajna okvara žolčnih vodov vodi do holestaze, ciroze in odpovedi jeter, ki se brez presaditve jeter konča smrtno, 	<ul style="list-style-type: none"> • starost ob postavitvi diagnoze manj kot 40 let, • močno izražene endoskopske spremembe (globoki ulkusi), • zgodnja stenozantna oblika oz. penetrantna oblika, • huda prizadetost tankega črevesa ali zgornjih prebavil, • potreba po zgodnjem zdravljenju s sistemskimi glukokortikoidi, • perianalne spremembe (fistula je nenormalna povezava med dvema votlima prostoroma (tehnično dve epitelizirani površini), kot so krvne žile, črevesje ali drugi votli organi; absces ali ognojek je skupek gnoja, ki se je nakopičil v tkivu zaradi okužbe).

Preglednica 1: Napovedni dejavniki

ULCEROZNI KOLITIS (UK)

UK prizadene le rektum in kolon. Izhajajoč iz rektuma se lahko proksimalno razširi v sigmo, descendentni kolon ali celotni kolon. Vnetje je stalno in omejeno na sluznico. Simptomi vključujejo krvavitev iz danke, izločanje sluzi, bolečino v trebuhu, drisko in nujno potrebo po odvajanju, včasih z inkontinenco. Možnosti zdravljenja se določijo glede na lokacijo in intenzivnost aktivnosti bolezni.

Glede na lokacijo in potek ločimo več tipov UK:

PROKTITIS	Vnetje, ki zajema danko.
PROKTOSIGMOIDITIS	Vnetje, ki zajema danko in del črevesa nad njo (sigmo).
LEVOSTRANSKI KOLITIS	Vnetje, ki je razširjeno od anorektalnega prehoda do vraničnega zavoja.
EKSTENZIVNO VNETJE	Vnetje, razširjeno naprej od vraničnega zavoja.
PANKOLITIS	Vnetje celotnega debelega črevesa.

Preglednica 2: Vrste ulceroznega kolitisa

Remisija pri UK: klinična remisija je definirana kot normalna frekvenca odvajanja blata (odsotnost drisk) in odsotnost krvi na blatu. Endoskopska remisija je definirana kot endoskopski Mayo 0 ali 1 točka (odsotnost sluzničnih defektov/erozij. O globoki remisiji govorimo, ko dosežemo klinično in endoskopsko remisijo. To je glavni cilj zdravljenja.

Bolniki z UK so izpostavljeni večji nevarnosti za nastanek kolorektalnega raka, dodatno nevarnost predstavljata sočasna prisotnost primarnega sklerozantnega holangitisa (PSC) in dedna obremenjenost s kolorektalnim rakom.

CMV KOLITISA je tkivno invazivna bolezen, ki nastane po reaktivaciji latentne okužbe s citomegalovirusom (CMV). Dejavniki tveganja za CMV kolitisa pri bolnikih s KVČB so: pankolitis, imunosupresivna zdravila (kortikosteroidi, tiopurini), starost in kaheksija. Zlati standard pri diagnostiki CMV kolitisa sta histologija in imunohistologija.

CROHNOVA BOLEZEN (CB)

CB se lahko pojavi na kateremkoli predelu od ust do anusa. Vnetje je intermitentno, s predeli aktivne bolezni med posameznimi otočki zdrave sluznice. Simptomi se spreminjajo glede na lokacijo bolezni, vključujejo pa bolečino v trebuhu (občasna, krčevita ali konstantna), drisko, izgubo telesne teže, anoreksijo in povišano telesno temperaturo. Slabost in bruhanje se lahko pojavita, če striktore povzročijo zaporo črevesja.



CB, za katero je na začetku značilen vnetni proces, lahko napreduje v obliko s stenozi/strikturami ali penetriranjem/fistulami, pri čemer vsaka od teh oblik močno poveča breme bolezni.

Remisija pri CB: klinična remisija je definirana z normalno frekvenco odvajanja blata in odsotnostjo abdominalne bolečine. Z odsotnostjo ulkusov na endoskopiji potrdimo endoskopsko remisijo. Globoka remisija je kombinacija klinične in endoskopske remisije in je cilj zdravljenja CB.

Dejavniki tveganja, ki povečujejo verjetnost za postavitve diagnoze CB so kajenje, prisotnost KVČB v družini in predhodni infekcijski gastroenteritis.

Pri CB sta najpogosteje prizadeta terminalni ileum in desni del kolona. Redkeje je prizadeta leva stran kolona in rektum, najredkeje pa so prizadeti ostali deli tankega črevesa in zgornja prebavila.

Perianalna oblika CB prizadene do 1/3 bolnikov in je navadno povezana s prizadetostjo kolona oz. danke. Hujšo obliko perianalne prizadetosti predstavljajo perianalne fistule in abscesi, ki so tudi prognostični dejavnik za hujši potek bolezni. Glavni simptom fistul je izcedek gnoja, krvi ali blata iz kožnih odprtih fistul. Perianalna bolečina, povezana z oteklino kože in vročino, je značilna za perianalni absces.

FISTULE

Fistula je nenormalna zveza, navadno v obliki kanala, med dvema organoma ali iz globine tkiva na kako površino (kože, sluznice), nastala s patološkim procesom (npr. z gnojenjem), operacijo ali zaradi motnje v razvoju, pogosto imenovana po organih ali njihovih delih, ki so tako med seboj povezani.

Fistule se lahko pojavijo pri CB kot komunikacijski kanali med črevesjem in kožo okoli anusa, trebušno steno ali drugimi organi. Pri obravnavanju fistul je pomembnih pet vidikov:

- identifikacija ali izključitev lokalne sepse,
- ocena prehranskega statusa,
- lokacija in anatomija,
- ocena izvorne zanke ter določitev organov, prizadetih zaradi fistule,
- vpliv fistule na ostale organske sisteme in kakovost bolnikovega življenja.

Obravnavanje fistul je še vedno velik izziv pri zdravstveni negi bolnika in ima velik vpliv na kakovost življenja. Za zdravljenje fistul je lahko potrebna kombinacija zdravil ter kirurških, negovalnih, prehranskih, radioloških in drugih specialističnih intervencij. Za obravnavanje fistul je pogosto potrebna napotitev v specialistični center. Vloga medicinskih sester vključuje zdravstveno nego rane, dajanje (aplikacija) zdravil, omejitev sepse ter podporo in tesno sodelovanje z medicinskimi sestrami za zdravstveno nego ran in stome, da bi lahko izboljšali zdravstveno nego in udobje bolnika.

Klinično fistulo ocenimo kot aktivno, če je na mestu ob ustju fistule prisoten izcedek.

Enostavne fistule ležijo distalno od zobate linije, zajemajo površinsko tkivo, imajo eno fistulno odprtino in nimajo pridruženega abscesa.

Kompleksne fistule ležijo višje in imajo lahko več fistulnih odprtin.

Kirurški posegi za perianalne fistule lahko vključujejo:

1. Perkutano drenažo abscesa

Bolezenske tekočinske kolekcije (absces) lahko odstranimo (izpraznimo oz. dreniramo) z vstavitvijo tanke cevi (imenovane dren oz. drenažni kateter). Vstavev drena opravimo preko kože (perkutano) ali preko telesne odprtine (rektum, vagina). Ta minimalno invazivni poseg opravi interventni radiolog, ki si pri izvedbi za prikaz pomaga z ultrazvokom, fluoroskopijo (rentgensko slikanje) ali z računalniško tomografijo (CT).



2. Vstavitve SETON-a
Proktolog vstavi v fistulo vrstico iz svile ali lateksa, ki jo imenujemo seton. S tem omogoči dobro drenažo in zdravljenje okužbe.
3. Fistulotomija
Je kirurški poseg, ki se uporablja za zdravljenje fistule. Med fistulektomijo se fistula popolnoma odstrani.

V hujših primerih lahko bolniki, neodzivni na zdravljenje z zdravili, potrebujejo stomo ali protektomijo. Medicinske sestre morajo zagotoviti, da so bolniki informirani, in jih usmeriti k drugim virom podpore, če je to primerno. Podpora lahko vključuje koordinacijo komunikacije med bolnikom, kirurgom in specialistom gastroenterologom. Bolnikom lahko koristijo napotitev na podporne skupine za bolnike, zagotovitev informativnih brošur ter v posebnih situacijah morebitna napotitev na bolj formalizirano svetovanje, ki bo bolnikom pomagalo obvladovati simptome in njihov vpliv na vsakdanje življenje.

ZUNAJČREVESNE MANIFESTACIJE IN PRIDRUŽENE IMUNSKO POGOJENE BOLEZNI

Razvijejo se lahko zunajčrevesne manifestacije, pri čemer ima do 50 % bolnikov s KVČB vsaj eno obliko take manifestacije; prisotne so lahko pred diagnozo in lahko prizadenejo sklepe, kožo, oči in jetra.

Episkleritis je benigna vnetna bolezen, ki prizadene del očesa, imenovan episklera. Episklera je tanka plast tkiva, ki leži med veznico in plastjo vezivnega tkiva, ki tvori očesno beločnico (beločnico). Episkleritis je pogosto stanje, za katerega je značilen nenaden pojav neboleče rdečine oči. Obstajata dve vrsti episkleritisa, nodularni in preprosti.

Uveitis je oblika vnetja oči. Prizadene srednji sloj tkiva v očesni steni (uvea). Opozorilni znaki uveitisa se pogosto pojavijo nenadoma in se hitro poslabšajo. Vključujejo rdečino oči, bolečino in zamegljen vid. Stanje lahko prizadene eno ali obe očesi. Možni vzroki za uveitis so

okužba, poškodba ali avtoimunska ali vnetna bolezen. Uveitis je lahko resen in povzroči trajno izgubo vida.

Rekurentni aftozni stomatitis (RAS) je pogosta bolezen v ustni votlini, ki prizadene mukozno mehko tkivo. Je kronična vnetna bolezen.

Nodozni eritem (erythema nodosum) je kožni eritem v obliki vozličastih akutnih vnetnih sprememb, ki se pojavlja največkrat na goleni.

Pyoderma gangrenosum je redka vnetna kožna bolezen, pri kateri se boleči mehurčki ali vozlički spremenijo v razjede, ki postopoma rastejo.

Avtoimunski pankreatitis (AIP) je kronična vnetna bolezen trebušne slinavke. Gre za posledico avtoimunskega odziva z obilno infiltracijo (vdiranje v tkivo) z limfociti in plazmatkami ter fibrozo (razrast veziva).

Revmatoidni artritis (RA) je avtoimuna kronična sistemska vnetna bolezen. Najpogosteje bolezen prizadene sklepe v zapestju in prstih, in sicer na obeh rokah simetrično. Lahko pa so prizadeti vsi sklepi, vključno s hrbtenico.

Periferni artritis je vnetje sklepov rok in nog z bolečino in otekanjem sklepov.

Aksialni artritis je vnetje sklepov spodnjega dela hrbta z bolečino in okorelostjo.

Spondiloartritis (SpA) so skupina bolezni, ki lahko prizadenejo tako hrbtenico kot tudi druge sklepe. V to skupino uvrščamo ankilozirajoči spondilitis, ki je najpogostejši, psoriatrični artritis, neradiološki spondiloartritis, reaktivni spondiloartritis, nediferenciran spondiloartritis ter artritis, povezan s KVČB.

Za **primarni sklerozantni holangitis (PSC)** je značilno vnetje, propad in fibroza znotrajjetrnih in zunajjetrnih žolčnih vodov. Trajna okvara žolčnih vodov vodi do holestaze, ciroze in odpovedi jeter, ki se brez presaditve jeter konča smrtno. Pogosto sovпада s kroničnim vnetnim



črevesnim obolenjem, najpogosteje z ulceroznim kolitisom. Še zmeraj ne poznamo zadovoljivega zdravljenja z zdravili, zato ostaja bistvo zdravljenja v obvladovanju vnetja, preprečevanju okužb in zaviranju brazgotinjenja. Izborno zdravljenje v napredovalih bolezenskih obdobjih je presaditev jeter. Etiologija in patogeneza vnetnega dogajanja in fibroze žolčnih vodov pri bolnikih s primarnim sklerozantnim holangitisom še ni pojasnjena. Obstajajo številni dokazi o tesni zvezi z genetskimi in imunskimi dejavniki.

Nefritis je vnetje, navadno na obeh ledvicah, ne glede na etiološki vzrok, patogenetsko pa gre navadno za imunska dogajanja.

Urolitiza je proces nastajanja ledvičnih ali sečnih kamnov, ki lahko nastanejo kjerkoli v sečilih in lahko povzročijo bolečine, krvavitev, zaporo sečnega toka ali okužbo. Običajno so iz kalcija, lahko pa so tudi iz sečne kisline ali cistina.

Ankilozirajoči spondilitis je kronična revmatična bolezen. Je najpogostejši predstavnik spondiloartritisov. Bolezen prizadene predvsem sakroiliakalne sklepe in hrbtenico, lahko pa tudi periferne sklepe in zunajsklepne strukture. Vzrok za nastanek bolezn ni znan.

Simptomi in znaki ankilozirajočega spondilitisa:

- Na začetku bolezn so značilne bolečine v spodnjem delu hrbtenice in sakroiliakalnih sklepih. Izžarevajo lahko v stegna in prsni koš. Bolečine so stalne in se pri gibanju zmanjšajo, ob počitku pa ne izzvenijo. Za bolezen so značilne nočne bolečine v hrbtenici, ki bolnika zbudijo iz spanja in ga prisilijo, da vstane ter se razgiba.
- Prisotna je jutranja okorelost.
- Ob napredovanju bolezn se postopoma lahko pojavijo bolečine tudi v prsni in vratni hrbtenici.
- Gibljivost hrbtenice se postopno manjša.
- V okviru bolezn je možna tudi prizadetost sklepov (predvsem veliki sklepi, kot so kolena, kolki, ramena).

Luskavica ali **psoriza** je kronična in nenalezljiva vnetna bolezen, ki lahko prizadene več organskih sistemov. Gre za prekomerno razraščanje epidermalnih keratinocitov v kombinaciji z vnetjem vrhnjice (epidermisa) in usnjice (dermisa). Najpogosteje se kaže kot dobro omejene rdečkaste bunkaste in ploščate spremembe, pokrite s srebrnkastimi luskami, najpogosteje na koži komolcev, kolen in lasišča, nad trtico in ledveno hrbtenico (lumbosakralno) ter na koži glavice penisa.

Celiakija je imunsko pogojena sistemska bolezen, ki je posledica uživanja glutena in sorodnih beljakovin v pšenici, rži, ječmenu in v nekaterih primerih tudi ovsu pri genetsko predisponiranih osebah.

Multipla skleroza (MS), tudi diseminirana skleroza ali encephalomyelitis disseminata) je kronična avtoimuna vnetna bolezen, ki prizadene osrednje živčevje. Ob procesu propadajo predvsem ovojnice živčnih vlaken zaradi poškodb in izgube mielina (demielinizacija). Značilno so pri istem bolniku prizadeta različna mesta v osrednjem živčevju (razsejanost v prostoru) in ob različnih časih (razsejanost v času). Gre za poslabšanja (zagone) in izboljšanja funkcij, ki jih opravlja osrednje živčevje, pri čemer je izguba funkcije odvisna od mesta, ki je prizadeto.

Astma je kronična bolezen dihal; stalno vnetje dihalnih kanalov (bronhijev) vpliva na pretok zraka v pljuča in iz njih ter s tem povzroča oteženo dihanje. Ko alergeni ali zgolj iritatorji pridejo v stik z vnetimi bronhiji, se ti zaradi prekomerne imunske reakcije še bolj zožijo, stisnejo in s tem močno otežujejo dihanje. Če sindrom napreduje, pride do astmatičnega napada. Izločanje sluzi na stenah bronhijev se močno poveča; dihanje je skoraj nemogoče. Astma sodi med obstruktivne pljučne bolezni in je med kroničnimi pljučnimi boleznimi najpogostejša.

Vaskulitisi oziroma angitisi so skupina bolezni, pri kateri pride do poškodbe žil zaradi vnetja. Lahko se pojavijo samostojno ali pa v sklopu sistemske prizadetosti. Prizadete so lahko arterije (arteritis) ali vene (flebitis). Med vaskulitise nekateri uvrščajo tudi limfadenitis (vnetje mezgovnic).



Hidradenitis suppurativa (HS) je kronična vnetna, ponavljajoča se bolezen, ki nastane zaradi vnetja v dlačnem foliklu na delih telesa, kjer so apokrine žleze znojnice (pod pazduhami, v dimljah, v predelu genitalij, okrog zadnjika, po ritnicah, pri ženskah tudi pod prsmi, lahko pa tudi na drugih delih telesa). Za hudo, kronično obliko je značilno veliko število ognjokov in ogrcev, ki so med seboj povezani s številnimi kanali, na površino pa lahko izteka gnojni izcedek neprijetnega vonja. Celotno prizadeto območje je obolelo, v kasnejših stadijih so prisotne tudi brazgotine in razjede. Zaradi globokega vnetja lahko pride do nastanka fistul, ki iz površine segajo v globino.

DIAGNOSTIČNI POSTOPKI

Diagnoza KVČB se potrdi s klinično oceno (bolnikovo anamnezo, fizično oceno) ter kombinacijo endoskopskih, histoloških, radioloških in/ali biokemičnih preiskav. Uporabljajo se lahko tudi markerji vnetja, kot je fekalni kalprotektin v blatu. Endoskopija z biopsijo kolona in terminalnega ileuma lahko potrdi diagnozo. Računalniška tomografija (CT) in magnetno-resonančno slikanje (MR) omogočata oceno obsega, aktivnosti in zapletov bolezni. Poznavanje diagnostičnih postopkov medicinskim sestram omogoča, da bolnikom odgovarjajo na vprašanja o preiskavah in jih pripravijo nanje.

KOLONOSKOPIJA je endoskopska preiskava, ki omogoča natančen pregled sluznice danke, debelega črevesa in končnega dela ozkega črevesa.

GASTROSKOPIJA je endoskopski pregled zgornjih prebavil, ki omogoča neposreden pogled v notranjost požiralnika, želodca in dvanajstnika.

HISTOLOGIJA je veda, ki opisuje mikroskopsko zgradbo tkiv na osnovi opazovanja tkivnih rezin.

CT KOLONOGRAFIJA je preiskava, pri kateri z računalniškim tomografom opravimo slikanje debelega črevesa in danke v dvodimenzionalnim in tridimenzionalnim prikazu.

IRIGOGRAFIJA je rentgenska preiskava debelega črevesa z uporabo kontrastnega sredstva. Z njo ocenimo debelo črevo, njegovo anatomsko lego, morfologijo in morebitne zožitve.

JEJUNOILEOGRAFIJA je rentgenska preiskava ozkega črevesa z uporabo kontrastnega sredstva. Z njo ocenimo ozko črevo, njegovo anatomsko lego, gibanje, morebitne zožitve in sluznico.

MR ENTEROGRAFIJA je neinvazivna radiološka metoda brez uporabe RTG sevanja. Uporablja se za prikaz tankega črevesa. Lahko razkrije spremembe v sklopu kronične vnetne bolezni, tumorske rašče, pooperativne brazgotine itd.

NATIVNA RENTGENSKA (RTG) SLIKA TREBUHA se uporablja za odkrivanje hudih zapletov pri KVČB (toksični megakolon, predrtje prebavne cevi in zapora črevesa – ileus).

TRANSABDOMINALNI ULTRAZVOK S KONTRASTNIM SREDSTVOM omogoča merjenje debeline in prekrvitve stene črevesa. Preiskava omogoča odkrivanje vnetnih sprememb predvsem v predelu končnega odseka tankega črevesa (terminalni ileum). Z UZ lahko odkrijemo tudi povečane bezgavke, abscese, zožitve in celo fistule.

ENDOSKOPSKI ULTRAZVOK (EUZ) je preiskava, ki se uporablja za odkrivanje perianalnih fistul in abscesov. Preiskava je lahko zaradi prizadetosti perianalnega predela boleča. Takrat raje izberemo MRE.

KAPSULNA ENDOSKOPIJA je namenjena bolnikom s sumom na prizadetost tankega črevesa, ki je ne morejo potrditi s predhodnimi endoskopskimi in slikovnimi preiskavami.

FEKALNI KALPROTEKTIN je protein, ki se nahaja v nevtrofilnih granulocitih in se med vnetjem črevesne sluznice sprošča v lumen črevesja. Je občutljiv biomarker vnetja črevesne sluznice in že uveljavljen presejalni test za razlikovanje med organskimi in funkcionalnimi vzroki črevesne simptomatike.



TOČKOVNIKI, KI JIH UPORABLJAMO PRI KVČB

1. TOČKOVNIK SES-CD

se uporablja za oceno aktivnosti CB. Ocenjuje velikost razjed, prisotnost stenoz in površino, ki je prizadeta oz. ulcerirana. SES-CD je vsota vseh točk v vseh petih segmentih črevesa (ileum, desni kolon, transverzalni del, levi kolon, rektum).

TOČKOVNIK SES-CD	
Remisija	0 - 2 T
Blaga endoskopska aktivnost	3 - 6 T
Zmerna endoskopska aktivnost	7 - 15 T
Huda endoskopska aktivnost	> 15 T

Preglednica 3: Točkovnik SES-CD

2. RUTGEERTSOV TOČKOVNIK

je bil razvit za napoved postoperativne ponovitve Crohnove bolezni glede na endoskopski izgled pri bolnikih po ileocekalni resekciji. Napove klinično ponovitev Crohnove bolezni v 5 letih po operaciji. Ocenjuje se vnetje, razjede in zožitve v neoterminalnem ileumu (izraz neoterminalni ileum se nanaša na »nov« (neo) distalni terminalni konec ileuma, ki nastane po operaciji odstranitve ileuma) in na anastomozi (kirurška spojitev prekinjenih cevastih organov). Na podlagi točkovnika se odločimo o potrebi po dodatni medikamentozni terapiji.

RUTGEERTSOV TOČKOVNIK	
i 0	Ni lezij v distalnem ileumu (6% tveganje za klinično ponovitev bolezni v 5 letih)
i 1	Ne več kot 5 aftoznih lezij (6% tveganje za klinično ponovitev bolezni v 5 letih).
i 2	Več kot 5 aftoznih lezij z normalno sluznico med lezijami ali področja preskoka (ang. skip areas) večjih lezij ali razjed do velikosti 1 cm, omejenih na ileokolično anastomozo (27% tveganje za klinično ponovitev bolezni v 5 letih).
i 3	Difuzni aftozni ileitis z difuzno vneto sluznico (63% tveganje za klinično ponovitev bolezni v 5 letih).
i 4	Difuzno vnetje z velikimi razjedami, noduli in/ali zožitvami (100% tveganje za klinično ponovitev bolezni v 5 letih).

Preglednica 4: Rutgeertsov točkovnik

3. HARVEY - BRADSHAW INDEKS (HBI)

je uporabno orodje za ocenjevanje stopnje bolezni (aktivnosti) pri bolnikih s Crohnovo boleznijo.

HARVEY - BRADSHAW INDEKS	
Remisija	< 5T
Blaga endoskopska aktivnost	5 - 7 T
Zmerna endoskopska aktivnost	8 - 16 T
Huda endoskopska aktivnost	> 16 T

Preglednica 5: Harvey – Bradshaw indeks



4. CDAI (INDEKS AKTIVNOSTI CB)

je pogosto uporabljen instrument za ocenjevanje resnosti bolezni pri CD. Ocenjuje se po lestvici od 0 do 1100. Vključuje bolečino v trebuhu, splošno dobro počutje, zaplete, abdominalno maso, anemijo in spremembo telesne teže.

CDAI (INDEKS AKTIVNOSTI CB)	
Remisija	< 150 T
Blaga do zmerno aktivna bolezen	150-220 T
Zmerno do huda aktivna bolezen	220-450 T
Huda aktivna bolezen	> 450 T

Preglednica 6: CDAI

5. CDEIS - ENDOSKOPSKI INDEKS RESNOSTI CB

Z indeksom CDEIS se točkuje aktivnost Crohnove bolezni (od 0 do 44) v petih črevesnih segmentih (terminalni ileum, desni kolon, transverzni, levi kolon in sigmoidni kolon, rektum) ter upošteva posebne lezije na sluznici (kot so ulkusi in stenoza) in obsežnost bolezni.

CDEIS (ENDOSKOPSKI INDEKS RESNOSTI CB)	
Remisija	< 3 T
Blaga endoskopska aktivnost	3 - 8 T
Srednja endoskopska aktivnost	9 - 12 T
Huda endoskopska aktivnost	> 12 T

Preglednica 7: CDEIS

6. TOČKOVNIK MAYO

Ocenjujemo endoskopski videz sluznice pri UK. Točkovnik Mayo je vsota stopenj kliničnih težav (št. stolic na dan, stopnja rektalne krvavitve, splošna klinična ocena stanja) in endoskopskega točkovnika Mayo.

TOČKOVNIK MAYO	
Remisija	0 - 3 T
Blago aktivna bolezen	3 - 5 T
Zmerno aktivna bolezen	6 - 10 T
Hudo aktivna bolezen	11 - 12 T

Preglednica 8: Točkovnik Mayo

ZDRAVLJENJE KVČB

Cilj zdravljenja z zdravili je inducirati in vzdrževati remisijo ter izboljšati z zdravjem povezano kakovost življenja bolnikov. Na zapleteno izbiro enojnega ali kombiniranega zdravljenja z zdravili vplivajo:

- lokacija in resnost bolezni,
- razpoložljivost zdravljenja,
- lokalne izkušnje in okoliščine posameznih bolnikov (kot so toleranca, neželeni učinki, interakcije z zdravili, nosečnost ter preference bolnika in zdravnika).

5-AMINOSALICILATI

So skupina zdravilnih učinkovin, ki vsebujejo 5-aminosalicilno kislino, ki verjetno zavira ciklooksigenazo in lipooksigenazo v črevesni steni in tako preprečuje tvorbo prostaglandinov, levkotrienov in drugih mediatorjev vnetja. Predstavljajo zdravilo izbora za vzpostavitev in vzdrževa-



nje remisije pri blagi in zmerni obliki UK in v manjši meri za vzpostavitev remisije pri CB debelega črevesa, medtem ko pri CB tankega črevesa niso učinkoviti.

Najpogosteje uporabljamo mesalazin, ki po peroralni uporabi deluje lokalno na črevesno sluznico in podsluznico, na voljo pa je v obliki lokalnih preparatov (rektalna suspenzija in svečke) ter peroralnih pripravkov (granule ali tablete).

Sulfasalazin (salazosulfapiridin) deluje imunosupresivno, protivnetno in protimikrobno. Učinek je večinoma posledica delovanja aktivnih presnovkov, ki delujeta lokalno v črevesni steni in tudi sistemsko. Sulfasalazin je na voljo le v obliki gastrorezistentnih tablet, priporoča pa se predvsem bolnikom, ki imajo v sklopu KVČB vnete tudi sklepe.

REGISTER ZDRAVIL	UČINKOVINA	ODMEREK	NEŽELENI UČINKI
Sulfasalazin	SULFASALAZIN	Indukcija: 1-2g peroralno 4x dnevno Vzdrževanje: 0,5g peroralno 4x dnevno	Bolečine v trebuhu. Mišične in skeletne bolečine. Glavobol, povišana telesna temperatura. Omotica.
Asacol Mezavant Pentasa Salofalk Samezil	MESALAZIN	Indukcija: rektalna suspenzija 4g + 3-4g peroralno Vzdrževanje: svečka 1g + 2-3g peroralno	Napenjanje, slabost in bruhanje. Motnje v delovanju ledvic, jeter in žolčevodov. Bronhospazem. Pankreatitis. Bolezni krvi in limfatičnega sistema.

Preglednica 9: Režim odmerjanja in neželeni učinki 5-aminosalicilatov

KORTIKOSTEROIDI

Kortikosteroidi so v telesu prisotni steroidni hormoni, ki se izločajo iz skorje nadledvične žleze in nadzorujejo mnoge fiziološke procese v organizmu. Med drugim imajo velik vpliv na mehanizme vnetja. Na osnovi strukture naravnih kortikosteroidov so danes sintetizirane spojine s protivnetnim delovanjem, ki jih v terapiji KVČB uporabljamo za indukcijo remisije pri srednje težkih in težkih oblikah CB in UK, ne pa tudi za vzdrževanje remisije. Ločimo lokalno in sistemsko delujoče kortikosteroide.

Iz skupine lokalnih kortikosteroidov uporabljamo budezonid in hidrokortizon. Njuno delovanje je omejeno na prebavni trakt, vpliv izven

prebavil pa je minimalen. Rektalno peno z budezonidom in hidrokortizonske svečke uporabljamo za zdravljenje v primeru, ko vnetje zajema le zadnji del debelega črevesja. Peroralni budezonid obstaja v dveh oblikah: iz gastrozistentnih tablet ali zrnc se sprošča v tankem črevesju in je indiciran za primere CB, kjer je vnetje omejeno na zadnji del tankega in začetni del debelega črevesa. Budezonid v tabletah s podaljšanim sproščanjem pa se sprošča v kolonu in je indiciran za CB debelega črevesa in UK, nima pa učinka na tanko črevo.

Metilprednizolon spada med sintetične glukokortikoide za sistemsko zdravljenje. Zmanjša število imunsko aktivnih celic v bližini vnetega žarišča, zmanjša vazodilatacijo, stabilizira lizosomske membrane, inhibira fagocitozo in zmanjšuje nastajanje prostaglandinov in sorodnih posrednikov vnetja. Uporabljamo ga v peroralni ali parenteralni obliki ob akutnem zagonu bolezni. Po indukciji zdravljenja kmalu preidemo na stopenjsko zniževanje odmerka. Dolgotrajnemu zdravljenju s sistemskim kortikosteroidom se namreč izogibamo zaradi številnih resnih neželenih učinkov.

	REGISTER ZDRAVIL	UČINKOVINA	ODMEREK	NEŽELENI UČINKI
K O R T I K O I D I N I	Budezonid	BUDEZONID rektalna pena	1 x 2mg rektalno.	Sistemski učinki redki.
	Budezonid Ferring	BUDEZONID tablete s podaljšanim sproščanjem	9 mg peroralno-individualno glede na potek bolezni (2-4 mesece).	Učinki omejeni na gastrointestinalni trakt.
	Budenofalk	BUDEZONID trde gastrozistentne kapsule/zrnca	9 mg peroralno največ 4 mesece.	Slabost, trebušne bolečine. Dispepsija, napenjanje.
R E S I S T E M S K I	Medrol	METILPREDNIZOLON	40-60mg peroralno ali	Osteoporoza, steroidni diabetes.
	Solu-medrol		0.5-1mg/kg intravenozno.	Insuficienca nadledvičnice.
	Depo-medrol		Ob tem kalcij in vitamin D.	Gastrointestinalne krvavitve. Katarakta, hipertenzija, tanka koža.

Preglednica 10: Režim odmerjanja in neželeni učinki kortikosteroidov

IMUNOSUPRESIVI

Za zdravljenje KVČB so v uporabi predvsem tiopurini ter metotreksat, redkeje druga imunosupresivna zdravila, kot so ciklosporin A, takrolimus, talidomid in mikofenolat mofetil. Učinkoviti so za vzdrževanje



remisije KVČB, ne pa tudi za indukcijo, saj postanejo učinkoviti šele po nekaj mesecih rednega jemanja.

Tiopurini, med katere uvrščamo 6-merkaptopurin (6- MP) in njegovo pred zdravilo azatioprin, se v organizmu po kompleksni poti presnovijo v aktivne metabolite, 6-tiogvaninske nukleotide (6-TGN), ki delujejo imunosupresivno. Osrednji encim v metabolizmu tiopurinov je tiopurin-S-metiltransferaza (TPMT).

Metotreksat zavira dihidrofolatno reduktazo in se s tem vpleta v sintezo purinskih in pirimidinskih prekurzorjev za DNA in RNA ter s tem zavira aktivacijo in proliferacijo T limfocitov, njegov protivnetni učinek pa je tudi posledica zaviranja ekspresije nekaterih adhezijskih molekul in moduliranja sekrecije citokinov monocitov in makrofagov. Uporablja se pri bolnikih, ki zaradi neželenih učinkov ne morejo prejemati azatioprina ali 6-MP ali pa le-ta nista učinkovita pri vzdrževanju remisije bolezni. Delovati začne hitreje kot ostala imunosupresivna zdravila, in sicer v 1–2 mesecih.

REGISTER ZDRAVIL	UČINKOVINA	ODMEREK	NEŽELENI UČINKI
Azafalk Imuran	AZATIOPRIN	2-2,5 mg/kg Začetni odmerek glede na genotip TPMT. Prilagajanje glede na koncentracijo aktivnih metabolitov.	Slabost, mialgija, glavobol. Driska, bruhanje. Bolečine v hrbtu in sklepih.
Puri-Nethol	6-MERKAPTOPURIN	1-1,5 mg/kg	Levkopenija, anemija, pankreatitis.
Metotreksat Metoject	METOTREKSAT	25 mg subkutano: 2-3 mesece, nato 15mg subkutano. En dan po aplikaciji bolnik prejme 5 mg folne kisline	Hepatotoksičnost, maligne bolezni. V primeru metotreksata: teratogenost.

Preglednica 11: Režim odmerjanja in neželeni učinki imunosupresivov

BIOLOŠKA TERAPIJA

Biološka zdravila vsebujejo učinkovine biološkega izvora (človeškega, živalskega, mikrobiološkega). Tako med biološka zdravila uvrščamo imunološka zdravila (npr. cepiva), zdravila pripravljena iz človeške krvi ali plazme, zdravila za napredne oblike zdravljenja (celična terapija, genska terapija, tkivno inženirstvo), zdravila pridobljena z biotehnoško proizvodnjo in druga zdravila biološkega izvora.

Biološka zdravila so izjemno učinkovita tako za indukcijo kot tudi vzdrževanje remisije KVČB. Z njimi bistveno izboljšamo kakovost življenja ter zmanjšamo potrebo po kirurških posegih tudi pri bolnikih z najhujšimi oblikami bolezni.

Po sedanjih smernicah zdravljenja jih uporabljamo pri tistih bolnikih, ki se niso odzvali na zdravljenje s standardnimi zdravili, ter pri tistih, ki so se nezadostno odzvali na tovrstno zdravljenje oz. imajo medicinske kontraindikacije zanj.

Za zdravljenje so v Sloveniji dostopni trije zaviralci dejavnika tumorske nekroze alfa (TNF- α), infliksimab, adalimumab in golimumab, med zaviralci integrinov je registriran vedolizumab, med zaviralci interleukinov pa ustekinumab.

REGISTER ZDRAVIL	UČINKOVINA	ODMEREK	NEŽELENI UČINKI
Remicade Remsina Inflixtra Zessly Flixabi	INFLIKSIMAB (zaviralec TNF- α)	5 mg/kg intravensko. Indukcija: Dan 0, 2.teden, 6.teden. Vzdrževanje: na 8 tednov intravensko. na 2 tedna subkutano (120 mg).	Preobčutljivostne reakcije. Povišana telesna temperatura.
Humira Hyrimoz Inraldi Amgevta Idacio Hukyndra Yufyma	ADALIMUMAB (zaviralec TNF- α)	Indukcija: Dan 0: 160 mg subkutano. 2. teden: 80 mg subkutano. 4. teden: 40 mg subkutano. Vzdrževanje: na 2 tedna 40 mg subkutano.	Mrzlica. Urtikarija. Bolečina v sklepih. Tiščanje v prsih. Hipotenzija/Hipertenzija. Dispneja. Mialgije, artralgije.
Simponi	GOLIMUMAB (zaviralec TNF- α)	Indukcija: Dan 0: 200 mg subkutano. 2. teden: 100 mg subkutano. Vzdrževanje: telesna teža > 80 kg - 100 mg na 4 tedne. telesna teža < 80 kg - 50 mg na 4 tedne.	Srčno popuščanje. Bakterijske, virusne in glivične okužbe. Tuberkuloza.
Stelara	USTEKINUMAB (zaviralec interleukinov)	Indukcija: 6 mg/kg intravensko. Vzdrževanje: 90 mg subkutano na 12 ali 8 tednov.	Reaktivacija hepatitisa B. Tveganje za rakave bolezni.
Entyvio	VEDOLIZUMAB (zaviralec integrinov)	300 mg intravensko. Indukcija: Dan 0, 2.teden, 6.teden (+10.teden - slab učinek). Vzdrževanje: na 8 tednov intravensko. na 2 tedna subkutano (108 mg).	

Preglednica 12: Režim odmerjanja in neželeni učinki bioloških učinkovin

ZDRAVLJENJE Z MALIMI MOLEKULAMI

Male molekule so heterogena skupina sintetičnih zdravil majhne molekulske mase (manj kot 900 D, najbolj učinkovita manj kot 500 D), ki spadajo poleg bioloških zdravil med tako imenovana tarčna zdravila. Za razliko od bioloških zdravil neovirano vstopajo v celice in učinkujejo na znotrajcelične tarče.



Za zdravljenje uporabljamo zaviralce Janusove kinaze (JAK), ki uravnajo proizvodnjo vnetnih posrednikov.

Ti so : filgotinib, tofacitinib in upadacitinib.

NAPREDNO ZDRAVLJENJE

Zdravila za napredno zdravljenje (ZNZ) obsegajo zdravila na osnovi celic, genov in tkivno-inženjerskih izdelkov, ki v sodobni farmacevtski in medicinski stroki pospešeno pridobivajo na pomembnosti.

Mezenhimske matične celice (MMC) so odrasle multipotentne matične celice, ki so prisotne v različnih tkivih, kot so kostni mozeg, maščobno tkivo, periferna kri, zobna pulpa in številna embrionalna tkiva. MMC imajo sposobnost samoobnove in diferenciacije v več različnih celičnih tipov: osteoblaste (kostne celice), hondrocite (celice hrustanca) in adipocite (maščobne celice). Izločajo avtokrine in parakrine dejavnike, ki promovirajo nastanek žil (angiogenezo), zmanjšujejo vnetje in pospešujejo obnovo tkiva. Zaradi sposobnosti uravnavanja imunskega odziva je ena najbolj obetavnih možnosti uporabe mezenhimskih matičnih celic v zdravljenju vnetnih bolezni. Njihovo uporabnost omejuje nizka učinkovitost dostave celic na tarčna mesta in nespecifična distribucija v telesu pri vnosu z injekcijo v krvni obtok.

KIRURŠKO ZDRAVLJENJE

70 % bolnikov s CB in 30 % bolnikov z UK vsaj enkrat v življenju potrebuje kirurški poseg. Kirurški poseg pri CB lahko vključuje resekcijo tankega črevesa, delno kolektomijo, začasno ileostomo, ileorektalno anastomozo ali popolno proktokolektomijo. Pri UK pa restorativno proktokolektomijo z analno anastomozo ilealnega »poucha«, delno kolektomijo s končno ileostomo in delno kolektomijo z ileorektalno anastomozo. Približno 1/10 bolnikov z UK potrebuje kirurško zdravljenje. Pri otrocih je indikacija za operacijo tudi zastoj v rasti.

Nujne indikacije so:

- hud zagon UK, neodzivnost na intenzivno bolnišnično zdravljenje, vključno z biološko terapijo,
- toksični megakolon – značilna je dilatacija celotnega ali dela debelega črevesa, pojav sistemske toksičnosti,
- predrtje črevesa,
- redko tudi neustavljiva krvavitev iz črevesa.

Elektivne indikacije:

- rak debelega črevesa,
- tveganje za razvoj raka (displazije),
- strikture,
- neodzivnost na medikamentozno zdravljenje oz. hudi neželeni učinki zdravil,
- zunajčrevesne oblike, neodzivne na medikamentozno terapijo,
- pri otrocih je indikacija za operacijo tudi zastoj v rasti.

Protektomija je kirurški poseg, ki vključuje odstranitev rektuma.

Proktokolektomija je kirurški poseg, ki vključuje odstranitev debelega črevesa in rectuma.

Kolektomija je operacijska odstranitev dela kolona ali vsega kolona:

DELNA KOLEKTOMIJA	colectomia partialis	odstranitev dela kolona
DESNA KOLEKTOMIJA	colectomia dextra	odstranitev desne polovice kolona
LEVA KOLEKTOMIJA	colectomia sinistra	odstranitev leve polovice kolona
TRANSVERZALNA KOLEKTOMIJA	colectomia transversalis	odstranitev transverzalnega kolona
TOTALNA KOLEKTOMIJA	colectomia totalis	odstranitev celega debelega kolona

Preglednica 13 : Vrste kolektomij

Ileopouch-analna anastomoza: s kirurškim posegom se ileum prestavi v malo medenico, naredi rezervoar (pouch) iz ileuma in se ga spoji z



analno odprtino, pri tem pa se ohrani mišice analne zapiralke. Ta operacija bolniku omogoča odvajanje po normalni poti in zadovoljiv nadzor izločanja blata. Odvajanj je več, nekje med 6 in 8 na dan. Ta operacija pride v poštev predvsem za zdravljenje bolnikov z UK, neodzivnim na zdravljenje z zdravili, displazijo ali rakom, ki se je razvil iz osnovnega UK.

Ileostoma je kirurško narejena izpeljava ozkega črevesa skozi odprtino na trebušni steni, skozi katero se izloča blato. Kadar je debelo črevo odstranjeno, je stoma trajna. Lahko je tudi začasna, kadar je potrebno začasno izključiti odvajanje blata po naravni poti. Ileostoma je najpogostejša na spodnjem desnem delu trebuha. Črevesna tekočina pri ileostomi je vedno tekoča, se pa s časom nekoliko zgosti in zmanjša prostornino. Blato ni nikoli povsem oblikovano, kar je odvisno od količine vnesene tekočine in sestave hrane.

Kolostoma je kirurško narejena izpeljava debelega črevesa skozi odprtino na trebušni steni, skozi katero se izloča blato. Kolostomo predstavljajo izpeljave na različnih delih debelega črevesa. Kadar je zadnjična odprtina zaprta, je stoma trajna. Stoma je lahko tudi začasna ali razbremenilna, zadnjik ostane normalen, le začasno se ga izloči iz delovanja prebavnega sistema. Izloček pri kolostomi je praviloma gost, mnogokrat je popolnoma enak kot pri normalnem izločanju skozi zadnjik. Čim manj debelega črevesa se odstrani, tem gostejša je vsebina.

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z ILEOPOUCH-ANALNO ANASTOMOZO

Za mnoge bolnike misel na načrtovano ali nujno operacijo pomeni stres in KVČB sestra ima ključno vlogo pri usklajevanju zdravstvenih delavcev, ki so vpleteni v ta postopek.

KVČB sestra lahko opredeli in prepozna težave, ki so povezane s funkcijo pavča (vključno s pavčitisom in njegovo disfunkcijo) ter kakovostjo življenja, plodnostjo in nosečnostjo, inkontinenco in spolnostjo. Bolniku lahko zagotavlja podporo ter ga izobražuje, informira in ustrezno usmerja.

Disfunkcija pavča se lahko pojavi po operaciji, povzroči pa jo lahko vnetje (pavčitis), vnetje analnega prehodnega območja (angl. cuffitis), sindrom razdražljivega pavča, CB ali fistula. Včasih lahko pride do nede-lovanja pavča, zaradi česar sta potrebni operacija in odstranitev pavča.

Dejavniki, povezani s povečanim tveganjem za pavčitis, vključujejo:

- primarni sklerozantni holangitis,
- zunajčrevesne manifestacije in
- kadilski status.

Simptomi, povezani s pavčitisom, vključujejo povečano pogostost odva-janja in tekoče blato, trebušne krče, nujno potrebo po odvajanju, tene-zem in neprijeten občutek v medenici. Pojavijo se lahko tudi povišana telesna temperatura, zunajčrevesne manifestacije in krvavitev iz danke, čeprav je slednja pogosteje povezana z vnetjem rektalnega prehodnega območja kot pa s pavčitisom.

KVČB IMA VELIK VPLIV NA VSE VIDIKE ŽIVLJENJA

Informacije, izobraževanje in opolnomočenje pacientov pomaga opti-mizirati in izboljšati rezultate bolezni. Medicinska sestra mora pozna-ti in hkrati prepoznati te negativne vplive bolezni, fizične, socialne ali čustvene. Medicinska sestra bolniku pomaga uporabiti orodja za lažjo samopomoč, vzpodbuja dobre družinske odnose, zagotovi empatično podporo in pri tem ohranja bolnikovo dostojanstvo.

Medicinskim sestram z osnovnim znanjem o KVČB se svetuje, da se po potrebi posvetujejo z medicinsko sestro, specializirano za KVČB, ali gastroenterologom v skladu z lokalnimi standardi, predpisi in postopki.

Psihološke posledice življenja s KVČB

Poleg depresije in anksioznosti lahko čustveni odzivi na življenje s kronično boleznijo vključujejo zanikanje bolezni, potrebo po odvisnosti ali odvisnem vedenju, občutek preobremenjenosti in slabo samopodo-bo. KVČB lahko tudi čustveno prizadene bolnikovo družino in prijatelje. Medicinske sestre, ki skrbijo za bolnike s KVČB, morajo poznati



psihološke učinke KVČB, vključno s tesnobo, depresijo in stisko, ter morajo bolnikom ponuditi nadaljnjo napotitev na ustrezno specialistično podporo, če je to potrebno.

Komunikacija z bolnikom s KVČB

Pri vsaki kronični bolezni, pri kateri ima posameznik stalen odnos z zdravstvenim osebjem, je komunikacija pomembna za spodbujanje poročanja in zaupanja. Pozitivni odnosi med bolniki in zdravstvenimi delavci in dobra komunikacija so bistveni za optimiziranje kakovosti nege, rezultatov glede zdravja in zadovoljstva bolnikov z zdravstveno nego pri kroničnih boleznih. Način komunikacije in vir informacij je morda treba prilagoditi, da bi lahko izpolnili zahteve posameznih bolnikov. Bolniki lahko pozabijo do 50 % zagotovljenih informacij o zdravljenju, pri čemer si večinoma zapomnijo, na kakšen način morajo prejeti zdravilo (tablete, podkožne injekcije, infuzija). Tehnike, kot so povzemanje, kategorizacija in dopolnjevanje nasvetov s pisnimi informacijami, lahko izboljšajo znanje in pomnjenje bolnikov v zvezi z aplikacijo zdravil. Medicinske sestre morajo znati empatično in aktivno prisluhniti ter biti sposobne zagotoviti bistvene informacije o KVČB in nuditi celovito podporo. Naloga medicinskih sester je tudi olajšanje komunikacije med multidisciplinarnim timom in bolnikom, kar omogoča skupno odločanje.

Dieta in prehranjevanje

Bolnike zelo zanima sprememba prehrane in pogosto si sami določijo prehranske omejitve, zlasti glede začinjene, mastne in sladke hrane, kave, čaja, gaziranih pijač in alkohola, mlečnih izdelkov in zelenjave. Vendar koristi prehranskih omejitev niso dokazane, saj naj prehrana ne bi vplivala na simptome KVČB. Posebne diete so lahko učinkovite ali pa tudi ne.

Bolniki se pa morajo zavedati pomena kvalitetne prehrane za ohranjanje čim boljšega zdravja, zlasti ker lahko shujšajo med relapsom ali imajo premalo hranilnih snovi, vključno z železom, vitaminom D in kalcijem.

Na splošno je najbolje, da prehranske nasvete daje dietetik s posebnim zanimanjem iz KVČB. KVČB sestre morajo vedeti, da ni posebne diete, ki bi bila najboljša za vse bolnike s KVČB. Cilj je spodbujati bolnike k normalni zdravi prehrani in življenjskemu slogu, kakršnega bolezen dopušča. Pri nekaterih bolnikih je morda treba prilagoditi prehrano na podlagi simptomov, preferenc in potreb. Prehranska dopolnila lahko izboljšajo prehranski status. Samostojna enteralna prehrana (lahko tudi v kombinaciji z zdravili) pa lahko inducira in/ali ohrani remisijo pri otrocih in odraslih s KVČB.

Prehranska dopolnila, komplementarna in alternativna zdravila ter posebne diete

Pri KVČB se najpogosteje pojavi pomanjkanje:

- makrohranil,
- vitaminov (B12 in D, folna kislina) in
- mineralov (železo, kalcij, magnezij, selen ali cink).

Pomanjkanje serumskih albuminov, vitamina D, vitamina B12, folata in ravni železa pri bolnikih s CB lahko kaže na aktivno vnetje.

Pomanjkanje vitamina D je pogosto pri bolnikih s KVČB in je lahko posledica izogibanja soncu in manjše aktivnosti na prostem. Nižje ravni vitamina D so povezane s povečano aktivnostjo bolezni, vendar vzročna povezava ni jasna. Vitamin D deluje protivnetno in njegovo dodajanje izboljša sliko KVČB.

Uporaba komplementarnih ali alternativnih zdravil je pogosta pri različnih populacijah bolnikov, pri čemer se najpogosteje uporabljajo probiotiki, multivitamini in razna prehranska dopolnila. Probiotiki se uporabljajo za pavčitis in/ali, če se predhodno izvaja terapija z antibiotiki. Aloe vera je lahko učinkovita pri aktivnem UK, kurkuma pa se lahko uporabi tudi pri indukcijskem zdravljenju pri blago do zmerno aktivnem UK.



Posebne diete so lahko učinkovite ali pa tudi ne. Za t.i. prehrano z nizko vsebnostjo FODMAP (FODMAP je okrajšava oz. kratica za štiri skupine ogljikovih hidratov, ki fermentirajo v debelem črevesu, ga lahko dražijo in tako povzročajo prebavne neprijetnosti) se stalno dokazuje, da zmanjšuje funkcionalne prebavne simptome (napenjanje, bolečino, pline).

Enteralna prehrana kot terapija

Kot prva linija zdravljenja pri otrocih z aktivno CB je izključno enteralna prehrana učinkovita nadomestna možnost za farmakološko zdravljenje. Tako zdravljenje pomaga obrniti trend izgube telesne teže in slabše rasti ter se lahko bolje prenaša kot zdravljenje s kortikosteroidi.

Pri odraslih bolnikih s KVČB izključno enteralna prehrana pomaga pri induciranju in ohranjanju remisije, ublaži simptomatiko črevesnih striktur in zmanjša pooperativne septične zaplete pri bolezni s fistulami. Izkazalo se je, da predoperativna izključna enteralna prehrana zmanjšuje tveganja pri nujnih in načrtovanih operacijah ter zmanjšuje incidenco pooperativnih zapletov pri bolnikih s CB.

Inkontinenca

Fekalna inkontinenca je lahko velika težava za bolnike s KVČB, saj vpliva na fizično, psihološko in socialno dobro počutje ter povzroča simptome tesnobe in depresije. Starejši bolniki ali osebe po izvedeni ileoanalni anastomozi imajo zmerno tveganje za fekalno inkontinenco, zlasti ponoči. Strah pred inkontinenco je prav tako izčrpavajoč kot njen dejanski pojav in bolniki se zato lahko več zadržujejo doma in so nezmožni za delo. Medicinske sestre morajo poznati vpliv inkontinence na zdravjem povezano kakovost življenja. Obravnavanje fekalne inkontinence mora biti prilagojeno potrebam posameznika. Primerna je tudi napotitev k specialistu, ki se ukvarja z inkontinenco, za njeno oceno in morebitne dodatne preiskave. Posebne intervencije, kot je dajanje informacij o vajah za mišice medeničnega dna, tehnikah evakuacije blata, dieti in/ali proizvodih za kontinenco, so za bolnika lahko zelo koristne.

Spolnost in KVČB

KVČB se pogosto pojavi v mlajši odrasli dobi, zato lahko močno vpliva na spolnost in samozavest.

Čustveni vidiki lahko vključujejo zaskrbljenost zaradi telesne samopodobe, občutek neprivačnosti ter strah pred nujnostjo odvajanja in uhajanjem blata med spolnim odnosom. Nepredvidljivost bolezni in strah pred nepričakovanimi simptomi lahko povzročata slabo samopodobo in nizko samozavest.

Operacija lahko poveča negativen vpliv KVČB pri moških in ženskah, zlasti po proktotomiji. Zmanjšan libido prizadene bolnike s CB in UK enako, čeprav ženske, ki so imele operacijo, občutijo večji negativni vpliv na spolnost in spolno aktivnost v primerjavi z moškimi.

Odnos med medicinsko sestro in bolnikom lahko spodbudi zaupanje glede odpiranja vprašanj v zvezi s spolnostjo, kar medicinski sestri omogoča usmerjanje bolnika k preverjenim informacijam, svetovanju in prepoznavanju potrebe po bolj strukturirani podpori ali strokovnem svetovanju. S taktnim spodbujanjem in odprtim pogovorom je mogoče opredeliti raven potrebne podpore. Formalnega orodja za merjenje vpliva KVČB na spolnost posameznika ni.

Če želijo medicinske sestre pomagati gejem, lezbijkam, biseksualcem in transeksualcem (LGBT) pri reševanju težav, povezanih s spolnostjo, morajo razumeti vidike spolnih praks te skupine bolnikov in se ne smejo počutiti nelagodno, ko se o tem pogovarjajo. Bolniki, ki so geji in biseksualci, potrebujejo natančne informacije o spolni aktivnosti in omejitvah. Vprašanja v zvezi s spolnostjo lahko pri bolnikih s KVČB povzročijo tesnobo, depresijo in zaskrbljenost. Medicinske sestre, ki ugotovijo težave v zvezi s spolno funkcijo in spolnostjo, morajo znati podpreti bolnika in ga napotiti k ustreznim specialistom.



Obvladovanje bolečine

Bolečina v trebuhu je pogosta pri KVČB in je velikokrat prvi simptom še nediyagnosticirane ali poslabšane bolezni. Zaradi nepredvidljivosti lahko vpliva na kakovost življenja in jo je pogosto težko obvladovati.

Vzrok za bolečino je lahko vneten (strikture, fistule in fisure) ali pa nevneten (adhezije, fibrozne strikture ali funkcionalne motnje). Zunajčrevesni dejavniki, vključno z žolčnimi ali ledvičnimi kamni, pankreatitisom ali zapleti v zvezi s sklepi/kožo, prav tako lahko povzročijo bolečino.

Medicinske sestre morajo biti sposobne opredeliti, potrditi in zagotoviti zdravljenje ter podporo za bolnike s KVČB, ki imajo bolečine. Vzroki za bolečine so lahko povezani z več dejavniki, ne pa nujno z aktivnostjo bolezni. Medicinske sestre lahko s pogovorom in sodelovanjem z multidisciplinarnim timom in ambulantno za terapijo bolečine pomagajo bolnikom pri obvladovanju tega simptoma. Nekatere psihoterapevtske intervencije lahko pomagajo pri obvladovanju bolečine, ki je povezana s KVČB.

Biološko zdravljenje

Biološka terapija je ključni sestavni del zdravljenja KVČB. V idealnem primeru se biološko zdravlilo izbere glede na stanje bolnika in njegove preference.

Vsaka medicinska sestra, odgovorna za biološko zdravljenje, mora biti usposobljena in kompetentna za dajanje infuzij, poznati mora neželene učinke zdravljenja ter mora znati obravnavati infuzijske reakcije.

Temeljiti pregled pred zdravljenjem je bistven, da zagotovimo, da so bili doseženi kriteriji za uvedbo biološkega zdravljenja. Ti kriteriji vključujejo:

- preiskave krvi (hepatitis B, C, HIV),
- preiskave krvi za tuberkulozni kvantiferon v krvi (preverjanje aktivne in latentne okužbe s TBC, da bi zmanjšali tveganje za ponovno aktiviranje neaktivne tuberkuloze),

- RTG p.c.,
- ocene tveganja (tudi upoštevanje virusnih okužb, pretekle bolezni srca, predhodnega raka ali demielinizacijskega sindroma).

Bolniki, ki zdravila aplicirajo sami v domačem okolju, potrebujejo tudi izobraževanje o samoinjiciranju bioloških zdravil. Ocena bolnikove sposobnosti in načrt usposabljanja sta bistvena in ju je treba tudi formalno dokumentirati.

Medicinska sestra, vključena v vodenje in apliciranje biološke terapije, mora zagotavljati, da bodo opravljeni in zabeleženi ustrezni pregledi ter identificirane vse kontraindikacije za zdravljenje z biološkimi zdravili. S tem pomembno prispeva k varnosti zdravljenja z biološkimi zdravili.

Ohranjanje zdravja

Ohranjanje zdravja je sestavni del redne preventivne nege pri bolnikih s KVČB. Medicinske sestre lahko ocenijo tveganje za poslabšanje bolezni, izvajajo preglede, nudijo podporo in bolnika ustrezno napotijo na nadaljnjo obravnavo. Učinkoviti preventivni ukrepi za zmanjšanje obolevnosti, hospitalizacije in operacij so ključni za izboljšanje remisije in kakovost življenja. Ohranjanje zdravja pri bolnikih s KVČB vključuje preprečevanje zapletov in okužb, povezanih z boleznijo ali zdravljenjem, ter zmanjšanje neželenih učinkov zdravil.

Medicinska sestra lahko pridobi celovito anamnezo kmalu po začetni diagnozi vsakega bolnika, vključno z nalezljivimi boleznimi, cepljenjem in kajenjem v preteklosti. Kajenje je povezano s povečanim tveganjem za zaplete pri CB, poslabšanjem poteka bolezni v zgodnejši starosti, kooperativnim nastankom fistul, zmanjšanim odzivom na zdravljenje z zdravili (vključno z biološkimi zdravili) in povečanim tveganjem za večino malignih obolenj. Bolniki s CB, ki prenehajo kaditi, imajo manj poslabšanj v primerjavi s stalnimi kadilci.

Pri bolnikih s KVČB se priporoča, da opravljajo kontrolne kolonoskopije 1–5 let (presejanje raka na debelem črevesju) v prvih 8 letih po posta-



vitvi diagnoze. Vsakoletna kolonoskopija se priporoča pri bolnikih, ki imajo diagnosticiran tudi primarni sklerozantni holangitis.

Ženskam s KVČB se svetuje redne letne ginekološke preglede z brisom materničnega vratu.

Zaradi zmanjšane naravne zaščite kože se bolnikom s KVČB svetuje glede nošenja zaščitnih oblačil, uporabe kreme za zaščito pred soncem in izogibanja sončenju.

Utrujenost

Pri KVČB se utrujenost pogosto pojavi med zagonom bolezni, prizadene pa tudi več kot 40 % bolnikov med remisijo. Utrujenost je opredeljena kot močan občutek utrujenosti in pomanjkanja energije ali občutek izčrpanosti, ki se ne olajša po počitku ali spanju ter traja več kot en mesec. Utrujenost, ki se ne odpravi s počitkom ali spanjem, lahko močno negativno vpliva na posameznikovo kakovost življenja. Zaradi njene zapletene, nevidne in spremenljive narave bolniki svojo izkušnjo utrujenosti težko opišejo drugim. Zdravstveni delavci pa imajo pogosto premalo razumevanja zanjo, zato lahko podcenjujejo njen vpliv na bolnika.

Vzroki za nastanek utrujenosti so:

- Aktivna bolezen: Odziv telesa na vnetje v telesu lahko povzroči utrujenost. Kemični signali, ki nastanejo med vnetjem, neposredno delujejo na možgane in povzročajo utrujenost in pomanjkanje energije.
- Anemija: Bolniki s KVČB z anemijo nimajo dovolj rdečih krvnih celic za prenos kisika do telesnih tkiv, zaradi česar se lahko počutijo utrujene in šibke.
- Prehranski deficit: Pomanjkanje železa, vitamina B12 in folne kisline je prav tako lahko povezano s šibkostjo in utrujenostjo.
- Stranski učinki zdravil: Utrujenost je lahko neposreden neželeni učinek, povezan z zdravili (npr. AZA, 6-MP, metotreksat). Steroidi so povezani tudi s povečanjem energije in/ali nespečnostjo. Anti-

depresivi in analgetiki so tako lahko tudi povezani z nenormalno zaspanostjo.

- Bolečina.

Strategije in mehanizmi za obvladovanje utrujenosti:

- porazdelitev energije čez cel dan (načrtovanje dneva);
- vključevanje družine, prijateljev (priznavanje in sprejemanje utrujenosti);
- zmerna telesna aktivnost;
- obvladovanje stresa;
- ustrezna prehrana;
- dovolj spanja;
- peroralni in/ali intravenozni nadomestki železa, če je vzrok utrujenosti anemija.

Medicinska sestra mora biti sposobna opredeliti, potrditi in zagotoviti zdravljenje ter podporo KVČB bolniku, ki občuti utrujenost. Ker so vzroki za utrujenost lahko povezani z več dejavniki, medicinska sestra s pogovorom in celovito oceno bolnikom pomagajo obvladovati utrujenost.

SPECIALIZIRANA ZDRAVSTVENA NEGA PRI KVČB

Medicinska sestra, specializirana za KVČB (KVČB sestra), ima pomembno vlogo pri oceni, diagnozi, načrtovanju zdravljenja, vrednotenju, spremljanju, nadzoru, izobraževanju, promociji zdravja ter praktični in čustveni podpori bolnikov s KVČB v okviru lastne strokovne prakse. Deluje tako, da upošteva lokalne, nacionalne ali mednarodne smernice ali protokole.

Čeprav se posamezni elementi te vloge razlikujejo glede na nacionalne in lokalne potrebe, so v mednarodni literaturi predlagane skupne značilnosti pri pričakovanih spretnostih, potrebnih za to specializirano prakso.



Te vključujejo:

- kompetence za določene specializirane klinične spretnosti (lahko vključujejo fizično oceno, izvajanje in interpretacijo endoskopije ali celo predpisovanje zdravil);
- razvoj standardov prakse in zagotavljanje zdravstvene nege, ki temelji na dokazih;
- sposobnost analiziranja, kritičnosti ter ocenjevanja dokazov in rezultatov;
- kritično razmišljanje;
- objavljane inovacij ali revizij prakse;
- raziskovanje;
- vodenje;
- izobraževanje;
- obravnavanje sprememb.

KVČB sestra je samostojna klinična strokovnjakinja za KVČB, ki je odgovorna za oceno in načrtovanje zdravstvene nege bolnika s KVČB ter vrednotenje zdravljenja. Poleg tega bolnikom s KVČB zagotavlja praktične informacije, izobraževanje in čustveno podporo. Deluje na podlagi lastne strokovne usposobljenosti in odgovornosti, pri čemer se opira na ECCO IN N-ECCO smernice.

Čeprav KVČB sestra največji del časa porabi v neposredni klinični praksi, so druge dejavnosti, kot so izobraževanje, raziskave, vodenje in razvoj storitev zdravstvene nege bistveni sestavni deli njene vloge. Prav tako je del njene vloge tudi aktivno sodelovanje v multidisciplinarnem timu.

KVČB sestre lahko raziskujejo in proučujejo področja, ki vplivajo na bolnikovo kakovost življenja in psihološko zdravje, učinke bolezni na bolnikovo družino, zaposlovanje in izobraževanje ter finančne posledice bolezni.

Pri tem je velika ovira pomanjkanje namenskega časa za raziskovanje. Bistveno bi bilo zagotoviti, da je ta komponenta priznana v opisni vlogi

in delovnih načrtih. Zaželeno bi bilo, da se na lokalni ravni medicinske sestre, ki se ukvarjajo s KVČB, podpira pri pridobivanju spretnosti raziskovanja in se jim pri raziskovanju zaupa. Prevečkrat namreč občutijo, da jim primanjkuje te podpore in zaupanja, da bi lahko izvajale raziskave.

Na lokalni ravni ima vsaka bolnišnica svoja pričakovanja in cilje glede posameznih vlog v okviru take specializirane zdravstvene nege, kot je sestra, specializirana za KVČB. Razvoj izrecnih kliničnih kompetenc se pogosto poudarja kot sredstvo za doseganje potrebnih specializiranih znanj. Politike, protokoli in smernice so koristni okvirji za podporo kliničnim dejavnostim medicinske sestre, specializirane za KVČB.

Vloga KVČB sestre pri načrtovanem pregledu, zdravstveni negi in spremljanju bolnikov v remisiji

KVČB bolniki potrebujejo dolgoročno ambulantno spremljanje in nadzor. Aktivnost bolezni se skozi čas pogosto spreminja, kar zahteva vzdrževalno zdravljenje in akutne intervencije ob zagonih bolezni. Za kompleksno obvladovanje bolezni je potreben specializiran pristop multidisciplinarnega tima, ki izboljšuje rezultate zdravljenja. V tej namenski ekipi je ključna vloga KVČB sestre, ki postaja vse bolj priznana. KVČB sestra je v taki ekipi stalna članica. V primerjavi z drugimi skupinami zdravstvenih delavcev je ta stalnost prednost pri njeni vključenosti pri spremljanju kroničnega bolnika. KVČB sestra olajšuje spremljanje bolnikov med zagonom in v remisiji, kar zagotavlja povezavo med bolnikom in osebnim zdravnikom ter bolnišnično oskrbo, hkrati pa omogoča hiter dostop do zdravstvenih storitev v primeru zagona.

KVČB sestra, ki pregleduje bolnike neodvisno od zdravnika, ima dodatno odgovornost, da zdravnika opozori na vsakršna vprašanja, ki presegaajo njene kompetence, in se zaveda, kdaj je potrebna napotitev naprej. Bolniki, ki prejemajo konzervativno zdravljenje, v katerega so vključene specializirane medicinske sestre, poročajo o visoki stopnji zadovoljstva, izboljšani sposobnosti življenja s simptomi in boljši kakovosti življenja. V tujini se je izkazalo, da se je v klinikah, ki jih vodijo medicinske sestre, skoraj prepolovilo število obiskov pri zdravniku, s čimer se je zmanjšala obremenitev zdravnikov v enotah za zdravljenje KVČB.



KVČB sestra lahko bolnikovo stanje redno preverja osebno, po telefonu ali elektronski pošti in tako spremlja zdravljenje. Po potrebi organizira ustrezne preiskave v skladu z lokalno politiko ali smernicami. Upoštevati pa je treba omejitve, ki nastajajo, in na podlagi usposobljenosti presoditi, ali je potrebna dodatna ocena.

KVČB sestra, ki skrbi za bolnike z zapleteno boleznijo

Vloga KVČB sestre obsega zagotavljanje socialne, fizične in psihološke podpore. Poleg tega zagotavlja izobraževanja in spodbuja razumevanje za bolnika in njegovo družino, če se v zvezi s KVČB pojavijo zapleti. Poleg tega ima ključno vlogo povezovalke, ki na sestankih multidisciplinarnega tima deluje kot bolnikova zagovornica in zagotavlja, da se ohrani osredotočenost na obvladovanje KVČB z vidika bolnikovega življenja in ne le v smislu aktivnosti bolezni.

Zaradi spreminjajočih se potreb v zvezi s KVČB v smislu zapletenih algoritmov zdravljenja ima KVČB sestra osrednjo vlogo pri zdravstveni negi, saj je tako mogoče zagotoviti, da se bolnikove potrebe izpolnjujejo z visoko kakovostno zdravstveno nego.

Vloga KVČB sestre pri vodenju svetovalnih linij

Svetovalne linije veljajo za ključni element vloge specializirane nege pri KVČB ter lahko izboljšajo klinične in storitvene rezultate. Taka vrsta stika zagotavlja hiter dostop do specializirane medicinske sestre. Primerna je za zagotavljanje mnogih vidikov zdravstvene nege, informacij in podpore ter za oceno, izpraševanje in obravnavanje bolnika, ki se ne počuti dobro.

Z vidika bolnika je hiter in neposreden dostop do KVČB sestre zelo pomemben. S svetovanjem po telefonu ali elektronski pošti se lahko obravnavajo vprašanja, ki zadevajo šolanje, zaposlitev, kajenje, prehrano, bolečino, plodnost in nosečnost, potovanja, spolne in druge odnose, adherenco, stigmatizacijo, prehod iz otroštva v odraslost, utrujenost in drugo.

Poleg tega lahko svetovalne linije zmanjšajo potrebo po nekaterih osebnih pregledih. Naj pa to ne bo način za zmanjševanje obiskov bolnikov v ambulanti.

Informiranje in izobraževanje bolnikov

KVČB sestra lahko zazna bolnikove potrebe po izobraževanju ter zagotovi bistvene informacije in izobraževanje. To lahko poteka na različne načine, npr. za skupine, posameznike ali družine. Izobraževanje bolnikov je morda treba večkrat ponoviti in podpreti na druge načine, npr. prek telefona, pisnih informacij, elektronskih sredstev in skupin za podporo bolnikom (npr. KVČB društvo).

Na spletu so na voljo številne informacije in videoposnetki o KVČB, vendar je njihova kakovost različna, zato jih je treba uporabiti le kot dodatne informacije za bolj individualizirano izobraževanje. KVČB sestra mora biti sposobna opredeliti, analizirati in razvrstiti ustrezno literaturo in informacije za pravilno usmerjanje bolnika.

KVČB sestra lahko ocenjuje poznavanje bolezni in v skladu s to oceno zagotavlja izobraževanje za bolnike s KVČB in njihove partnerje na podlagi individualnih potreb in preferenc. Cilj tega je, da se bolniku omogoči dobro življenje s KVČB. Bolnika tudi usmeri v zaupanja vredne vire izobraževalnega gradiva.

SPECIALIZIRANA ZDRAVSTVENA NEGA PRI KVČB V POSEBNIH SITUACIJAH

TRANZICIJA

Mladostniki in mlade osebe s KVČB potrebujejo strukturiran program za prehod s pediatrične nege na nego odraslih (v nadaljevanju: tranzicija). Model tranzicije je lahko različen glede na lokalne ureditve posamezne bolnišnice. KVČB sestra je ključna v procesu tranzicije, saj povezuje multidisciplinaren tim za odrasle in pediatrično populacijo ter tako zagotovi fleksibilen in individualiziran proces tranzicije, v središču katerega je bolnik. Učinkoviti programi tranzicije mladim odraslim omogočajo, da prevzamejo odgovornost za svoje zdravje in upravljajo



z njim, tako da jim zagotovijo potrebno znanje, spretnosti in podporo. Tranzicijski programi prinašajo pomembne izboljšave pri rezultatih bolezni in z zdravjem povezani kakovosti življenja.

KVČB IN POTOVANJA

Potovanja v tujino so povezana s povečanim tveganjem obolevnosti predvsem zaradi infekcijskih bolezni, endemičnimi za destinacijo, ter manjšo razpoložljivostjo zdravstvene oskrbe in zdravil med bivanjem v tujini.

KVČB bolnik, ki načrtuje potovanje, naj prejme ustrezno predhodno posvetovanje in izobraževanje o tveganjih in praktičnih vprašanjih, ki zadevajo potovanja s KVČB. KVČB sestra je lahko vir informacij, nudi podporo in napoti bolnika k ustreznim virom dodatnih informacij. Posebno pozornost je treba nameniti bolnikom, ki jemljejo zdravila za zaviranje imunske odzivnosti. Pred potovanjem se priporočata podrobno posvetovanje in cepljenje, da bi bolnik s KVČB med potovanjem ostal zdrav.

KVČB IN CEPLJENJE

Potniki z oslabljenim imunskim odzivom sicer ne zbolevajo pogosteje od zdravih potnikov, imajo pa večje tveganje za težji potek bolezni. Bolnikom tako pred potovanjem svetujemo obisk pri izbranem osebne- mu zdravniku ali gastroenterologu. Če potujejo na bolj eksotične desti- nacije, pa je nujen tudi obisk v specializirani ambulanti za potnike, ki delujejo v sklopu Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ).

Imunsko oslabljeni potnik se mora pred potovanjem natančno pozani- mati o možnostih zdravljenja v tujini v primeru nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja in poskrbeti za ustrezno zdravstveno zavarovanje v tujini, ki zagotavlja tudi hitro vrnitev v domovino.

Vsa cepiva, ki jih uvrščamo med tako imenovana mrtva, inaktivirana cepiva, so za bolnike z avtoimunskimi obolenji varna, ne glede na stop- njo oslabelosti imunskega odziva in vrsto zdravljenja. Med mrtva cepiva prištevamo cepiva proti gripi, pnevmokokni pljučnici, covidu-19, hepa-

titisu, tetanusu, davici, steklini, meningokoknemu meningitisu, HPV in še nekatera druga.

Cepiva, ki jih uvrščamo med tako imenovana živa, atenuirana cepiva, pa so za določene bolnike z avtoimunskimi obolenji odsvetovana in jih lahko izvedemo šele po skrbni oceni tveganja. Med živa cepiva prištevamo cepiva proti ošpicam, mumpsu in rdečkam, cepivo proti rumeni mrzlici in nekatera cepiva proti noricam ter pasavcu (herpes zoster).

Pri KVČB so podrobno opisana posamezna cepljenja, ki so potrebna pred začetkom in prenehanjem zdravljenja z zdravili za zaviranje imunske odzivnosti; cepivo proti noricam je na primer treba prejeti 3 tedne pred začetkom zdravljenja in naknadna imunizacija se lahko prejme šele po 3 do 6 mesecih po prenehanju zdravljenja z zdravili za zaviranje imunske odzivnosti.

KVČB IN NAČRTOVANJE DRUŽINE

Pred zanositvijo

Pri načrtovanju, vodenju in uspešnem izidu nosečnosti pri bolnici s KVČB je ključna remisija črevesne bolezni. Aktivna bolezen je namreč povezana s povečanim tveganjem za slabši izid nosečnosti, npr. spontani splav, prezgodnji porod, zastoj rasti ploda znotraj maternice in rojstvo otrok z nizko porodno težo.

Pred načrtovano nosečnostjo je zato remisijo smiselno potrditi z endoskopijo ali drugimi objektivnimi preiskavami. Dodatno je dobro preveriti še prehranski status in morebitno pomanjkanje vitaminov, mineralov ter železa, ki jih je v tem primeru smiselno nadomeščati.

Če bolezen ni pod nadzorom, je potreben skrben nadzor nosečnosti s strani gastroenterologa in ginekologa.

Če je KVČB pod nadzorom, so možnosti za zanositev pri bolnicah s KVČB primerljive s splošno populacijo. Sposobnost zanositve je lahko zmanjšana pri ženskah z aktivno Crohnovo boleznijo. Razlogi za to so



lahko neposredna posledica aktivne bolezni (npr. boleči spolni odnosi zaradi aktivne bolezni ob zadnjični odprtini - perianalne bolezni ali širjenje vnetja na jajcevode/jajčnike) ali posredna posledica predhodnih operativnih posegov zaradi Crohnove bolezni (zaradi zarastlin predvsem v mali medenici in spremenjene anatomije v trebušni votlini).

Znano je, da operacije v medenici in trebuhu lahko zmanjšajo plodnost. Ženske s formiranim pavčem imajo zmanjšano sposobnost zanositve v primerjavi z ženskami v splošni populaciji za dva do trikrat. KVČB sestra je lahko vir podpore in izobraževanja med nosečnostjo in po porodu, zlasti glede dojenja in varnosti zdravil.

O vprašanjih v zvezi načrtovanjem družine in dojenjem se je mogoče pogovarjati z moškimi in ženskami že pred zdravljenjem, ker lahko nekatere bolnice morda želijo prekiniti zdravljenje KVČB pred zanositvijo. Zdravljenje je v večini primerov smiselno nadaljevati, saj s tem bolezen vzdržujemo v mirni fazi. Ta pa je ključna, da med nosečnostjo zmanjšujemo verjetnost zagona bolezni ter poskrbimo za zdravo nosečnost in porod.

Moški s KVČB v remisiji imajo primerljivo sposobnost za spočetje otroka kot moški v splošni populaciji. Sposobnost moškega za spočetje otroka je lahko zmanjšana v času aktivne KVČB, a se ob vzpostavljenem mirovanju bolezni povrne v normalno stanje. Zmanjšana je lahko tudi po operacijah zaradi KVČB. Večina zdravil za KVČB pri moških nima dokazanega negativnega vpliva na sposobnost za spočetje otrok

Nosečnost in nega po porodu

Resnost in obseg bolezni ob zanositvi očitno vplivata na potek bolezni med nosečnostjo; približno dve tretjini žensk v remisiji bosta ostali v remisiji, medtem ko bo bolezen, aktivna ob zanositvi, med nosečnostjo verjetno še vedno prisotna in se bo morda poslabšala pri dveh tretjinah žensk.

O načrtih glede poroda bi se morala bolnica pogovoriti z gastroenterologom in porodničarjem. Na izbiro glede vaginalnega poroda ali carske-

ga reza lahko vplivajo KVČB in/ali aktivnost bolezni ter izbira bolnice. Dojenje se močno spodbuja zaradi priznanih koristi za mater in otroka. Dojenje ne povečuje tveganja za zagon bolezni in lahko celo zagotovi zaščito pred zagonom v letu po porodu. KVČB sestra ima ključno vlogo skozi celotno nosečnost ženske, ji svetuje o varnosti zdravil med dojenjem in omogoči pravočasne preglede za zmanjšanje tveganja zagona.

POMANJKANJE ŽELEZA IN ANEMIJA ZARADI KVČB

Anemija je pogosta zunajčrevesna manifestacija pri KVČB, prevalenca pa je odvisna od aktivnosti bolezni. Glavna vzroka za anemijo pri KVČB sta vnetje in/ali pomanjkanje železa. Anemijo pri kronični bolezni povzroči inhibirana aktivnost kostnega mozga in zmanjšana absorpcija železa zaradi vnetja.

Anemijo zaradi pomanjkanja železa pri bolnikih s KVČB lahko povzroči kombinacija izgube krvi iz črevesa, neustrezne prehranjenosti z zmanjšanim vnosom železa in slabe absorpcije železa. Referenčne vrednosti koncentracije hemoglobina pri zdravih osebah so: 120–150 g/l za ženske in 130–170 g/l za moške.

KVČB sestra je usposobljena za ugotavljanje anemije zaradi pomanjkanja železa in za spodbujanje dodajanja železa pri bolnikih s KVČB, pri čemer spremlja učinke in neželene učinke zdravljenja.

Prva znaka anemije sta bledica kože in sluznic (očesna veznica, ustnice, ...). Bolnik, ki je anemičen, bo opazil splošno slabo počutje z utrujenostjo. Pri dalj časa trajajoči anemiji pri običajnih telesnih naporih, kot je hoja po stopnicah, bolnik težko diha, ima pospešen ritem srca, oslabele mišice.

Če se anemije ne zdravi, se lahko pojavijo hujši zapleti, kot so bolezni srca, omedlevica, zastoj v rasti in razvoju pri otrocih ter možnost prezgodnjega poroda z zapleti pri nosečnicah.



KVČB PRI STAREJŠIH BOLNIKI

»KVČB z začetkom v starosti« je opredeljena kot prva manifestacija/diagnoza KVČB pri posamezniku, starejšem od 60 let, medtem ko je »starejši bolnik s KVČB« posameznik, star 60 let ali več, z že postavljeno diagnozo KVČB. Staranje z znano diagnozo KVČB lahko poveča tveganje za zaplete in podaljšano hospitalizacijo ter je lahko povezano z večjo incidenco obolenosti in umrljivosti.

Približno 25–35 % ljudi, ki imajo KVČB, je starejših, pri čemer je 15 % tistih, ki diagnozo na novo dobijo v poznejšem obdobju življenja, ko imajo že pridružene bolezni.

KVČB sestra je sposobna oceniti zdravstvena tveganja ali šibkost starejših bolnikov s KVČB (predvsem v povezavi z jemanjem velikega števila zdravil, anamnezo, pridruženimi boleznimi, kostno gostoto, inkontinenco, kognitivnim upadom in depresijo).

Načela zdravljenja starejših oseb s KVČB so enaka kot pri vseh odraslih bolnikih: indukcija in vzdrževanje remisije, spodbujanje kakovosti življenja in preprečevanje zapletov bolezni. Vendar lahko višja starost prinese posebne izzive, vključno z depresijo.

26–48 % bolnikov s KVČB ima zmanjšano kostno gostoto in za 40 % večje tveganje za zlome v primerjavi s populacijo brez KVČB. Starost je na splošno dejavnik tveganja za osteoporozo. Vendar je ugotavljanje stopnje izgube kostnine zaradi staranja pri bolnikih s KVČB oteženo zaradi motečih dejavnikov: uporabe kortikosteroidov, slabe prehrane, trajanja bolezni in trajanje aktivnega vnetja ter ostalih telesnih značilnosti.

ZAKLJUČEK

KVČB je bolezen mnogoterih obrazov, ki prizadene bolnika v kateremkoli življenjskem obdobju. KVČB bolniki so kompleksni bolniki z različnimi težavami tako s kliničnega kot tudi psihološkega vidika. S to kompleksnostjo se ukvarja multidisciplinarni tim, KVČB sestra je

pa idealna strokovna oseba, ki vzpostavlja povezavo med zdravnikom, pacientom in ostalimi člani multidisciplinarnega tima.

KVČB sestra mora razumeti, da ima KVČB velik vpliv na mnoge vidike bolnikovega življenja (samozavest, spolnost, telesa podoba, duševno zdravje in socialna izolacija ...). Ker se KVČB sestra ukvarja z različnimi vidiki oskrbe pacienta, od komunikacije in terapevtskega izobraževanja bolnika do obvladovanja kompleksnejših težav, kot so fistule ali stome, prehrana, biološka zdravila, spolnost, načrtovanje družine itd., mora imeti iz vseh teh področji veliko znanja, da lahko samostojno in strokovno vodi pacienta skozi proces zdravljenja in življenja s KVČB. Ponosni in veseli sva, da je ideja o tej knjižici zagledala luč sveta in bo v pomoč vsem medicinskim sestram, ki se pri svojem delu srečujejo s KVČB bolnikom. Izobražena, strokovna in profesionalna medicinska sestra, ki ima zraven še ugodne karakterne lastnosti, kot so zdrav razum, sočutje in dober smisel za humor, je namreč srce vsake ambulante.

Viri in literatura:

1. Kemp K, Dibley L, Chauhan U, Greveson K, Jäghult S, Ashton K, Buckton S, Duncan J, Hartmann P, Ipenburg N, Moortgat L, Theeuwen R, Verwey M, Younge L, Sturm A, Bager P. Second N-ECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's Disease or Ulcerative Colitis; *Journal of Crohn's and Colitis* 2018; 12(7): 760-776.
2. O'connor M., ... (et al.). N-ECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. *Journal of Crohn's and Colitis* 2013; 7: 744-764.
3. Jakopovič K., Zdravila za zdravljenje Crohnove bolezni in ulceroznega kolitisa. *Farm Vestn* 2017; 68: 267-272.
4. Koželj M., ... (et.al.). Kronična vnetna črevesna bolezen od A do Š 2019.
5. Štemberger Kolnik T, ... (et.al.). Stoma – Nov začetek. Priročnik za paciente s stomo in zdravstvene delavce 2013; 13-14. dostopno na: https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/10/2017a_Stoma_-_nov_zacetek.pdf
6. Švajger U, Cukjati M. Zdravila za napredno zdravljenje. Naslednja generacija zdravil. *Farm Vest* 2022; 73: 79.
7. Društvo za KVČB. ECCO-EFCCA : smernice za bolnike z ulceroznim kolitisom in Crohnovo boleznijo - diagnostika in zdravljenje, 2016.
8. Štrukelj B, Kos J, Jeras M, Kocbek P, Bratkovič T, Premuš A, Laptoš T. Biološka



- zdravila, spletni učbenik za študente farmacije, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo, Ljubljana 2015 dostopen na https://www.ffa.uni-lj.si/fileadmin/datoteka/Knjiznica/e-knjige/Biol-zdravila_e-ucbenik.pdf
9. Liu E, Aslam N, Nigam G, Limdi JK. Tofacitinib and newer JAK inhibitors in inflammatory bowel disease-where we are and where we are going. *Drugs Context* 2022;11:2021:11-4.
 10. Drobne D, Drnovšek J. Sodobno zdravljenje KVČB. *Gastroenterolog* 2017; 2: 94-105.
 11. Ocepek A. Kako uspešni in varni so imunosupresivi pri zdravljenju KVČB. Zbornik prispevkov: 5. slovenski simpozij o KVČB 2015; 7-9.
 12. Drobne D. Novi pristopi k zdravljenju KVČB z biološkimi zdravili: anti-integrinske molekule. Zbornik prispevkov: 6. slovenski simpozij o KVČB 2016; 21-22.
 13. Pernat C. Novosti v zdravljenju KVČB s standardnimi zdravili. Zbornik prispevkov: 2. slovenski simpozij o KVČB 2012; 10-12
 14. Bischoff SC, Escher J, Hébuterne X, Klęk S, Krznaric Z, Schneider S, Shamir S, Stardelova K, Wiersma N, Wiskin AE, Forbes A. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clin Nutr.* 2020 Mar;39(3):632-653. dostopno na: [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(19\)33128-0/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(19)33128-0/fulltext)
 15. Kronična vnetna črevesna bolezen in načrtovanje družine. Nosečnost, porod, dojenje. dostopno na: https://lek.si/media/witlof/attachments/2023/02/23/16/11/47/KVCB_in_nacrtovanje_druzine.pdf
 16. Ananthkrishnan AN, Donaldson T, Lasch K, Yajnik V. Management of Inflammatory Bowel Disease in the Elderly Patient: Challenges and Opportunities. *Inflamm Bowel Dis.* 2017 Jun;23(6):882-893. dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5687915>
 17. https://www.kclj.si/pacienti_in_obiskovalci/klinike_in_oddelki/klinicni_institut_za_radiologijo/navodila
 18. https://www.kclj.si/index.php?dir=/pacienti_in_obiskovalci/klinike_in_oddelki/interna_klinika/ko_za_gastroenterologijo/navodila
 19. <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2022/05/Bioloski-material-v-endoskopiji-in-gastroenterologiji-1.pdf>
 20. <https://www.medenosrce.net/predmeti/mikrobiologija/288-seminarji/444-rekurentni-aftozni-stomatitis>
 21. <https://medrazgl.si/primarni-sklerozantni-holangitis/>
 22. <https://www.termania.net/slovarji/slovenski-medicinski-slovar/>
 23. <https://mediately.co/si/tools/>
 24. <https://www.jazmp.si/humana-zdravila/bioloska-zdravila/>

Smernice za medicinske sestre na področju kronične vnetne črevesne bolezni

Ob tej priložnosti se najlepše zahvaljujemo sponzorjem, ki so nama omogočili, da je do izdaje knjižice sploh lahko prišlo. Našteti po abecednem vrstnem redu:

ABBVIE BIOFARMACEVTSKA DRUŽBA D.O.O.

BIOGEN PHARMA D.O.O.

JANSSEN, FARMACEVTSKI DEL JOHNSON & JOHNSON D.O.O

LEK D.D.

MERCK SHARP & DOHME D.O.O.

OPH OKTAL PHARMA D.O.O.

SWEDISH ORPHAN BIOVITRUM S.R.O.

TAKEDA PHARMACEUTICALS D.O.O.

Rešujemo
največje svetovne
zdravstvene izzive.
Skupaj smo
močnejši.

abbvie

NAPREDNA ZNANOST,
INOVACIJE, ZNANJE IN IZKUŠNJE
TER PREDANI ZAPOSLENI NAM
OMOGOČAJO CELOVIT PRISTOP
PRI ZAGOTAVLJANJU BOLJŠE
KAKOVOSTI ŽIVLJENJA LJUDI.

**People.Passion.
Possibilities.***

www.abbvie.si

*Predani ljudje – nove priložnosti.



Imraldi™
adalimumab

ADALIMUMAB IZ BIOGENA



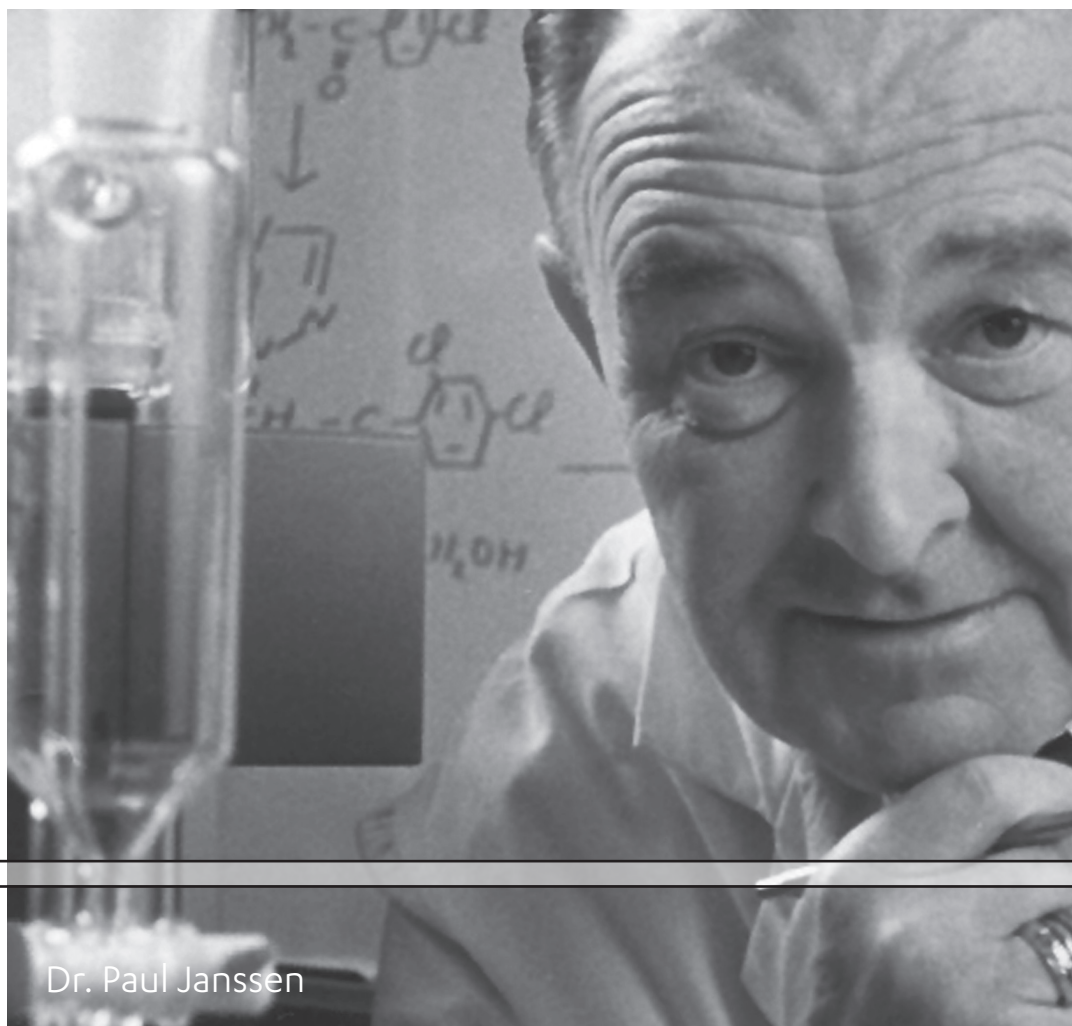
**28-dnevna
stabilnost
pri sobni
temperaturi
(do 25°C).¹**



**Peresnik,
prilagojen
bolniku.**

Za več informacij o zdravilu Imraldi, glejte zadnji odobreni povzetek glavnih značilnosti zdravila. Podrobnejše informacije so na voljo na sedežu podjetja: Biogen Pharma d.o.o. Ameriška ulica 8, 1000 Ljubljana, tel: 01 511 02 90, 01 888 81 07 faks: 01 511 02 99 - www.biogen-pharma.si Samo za strokovno javnost.
Datum priprave materiala: junij 2023 - Biogen-212795

Reference: 1. Imraldi, povzetek glavnih značilnosti zdravila, marec 2023. 2. Erskine D, Minshull J. https://www.sps.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/Adalimumab-Biosimilar-Comparison_V8.pdf. Dostopno: februarja 2021



Dr. Paul Janssen

Ponosni smo na preteklost. Ustvarjamo boljšo **prihodnost.**

Nadaljujemo z znanstvenim delom, ki ga je začel dr. Paul Janssen, ustanovitelj farmacevtskega podjetja Janssen in eden najbolj inovativnih znanstvenikov na področju farmacije.



član skupine Sandoz

Vaš partner na vsakem koraku

Eden od ključnih stebrov slovenskega gospodarstva:
več kot 75 let izkušenj, znanja in izjemnih dosežkov.

Razvoj, proizvodnja in preskrba
z generičnimi in s podobnimi
biološkimi zdravili.



Celovita podpora strokovni in laični javnosti pri obravnavi bolnikov



**Bogate, uporabne in strokovno uravnotežene
vsebine za strokovno in laično javnost**





Odkrivamo za prihodnost.

Pri svojem delu se posvečamo zdravstvenim težavam, ki danes predstavljajo največje izzive znanosti - kot so rakava obolenja, nalezljive bolezni in virusne okužbe, protimikrobna odpornost, kot tudi sladkorna bolezen ter kardiometabolična obolenja. Aktivno vlagamo v raziskave in razvoj, zaradi česar se uvrščamo med vodilne razvojno-raziskovalne družbe na svetu.

Odkrivamo za bolj zdravo prihodnost.



OKTAL PHARMA



Vaša najboljša izbira

Pripravljeno v Sloveniji, avgust 2023. SI.23.OKT.33

www.oktal-pharma.si



Jyseleca[®]
filgotinib

Preprosta odločitev

Ali lahko poenostavimo zdravljenje ulceroznega kolitisa?

Zdravilo JYSELECA preferenčno zavira aktivnost JAK1 in zagotavlja hitro ter trajno delovanje z dokazanim ugodnim varnostnim profilom pri preprostem peroralnem odmerjanju enkrat na dan.^{1-3*}

Več o zdravilu na [JYSELECA.eu](https://www.jyseleca.eu)

Zdravilo Jyseleca je indicirano za zdravljenje odraslih bolnikov z zmerno do hudo aktivnim ulceroznim kolitisom, ki so se na konvencionalno terapijo ali biološko zdravilo neustrezno odzvali, se nanj niso več odzivali ali ga niso prenašali.¹

▼ Za to zdravilo se izvaja dodatno spremljanje varnosti, kar označuje navzdol obrnjen črn trikotnik. Tako bodo hitreje na voljo nove informacije o njegovi varnosti. Sami lahko k temu pripomorete s poročanjem o kateremkoli domnevnem neželenem učinku zdravila.

Uporaba zdravila je lahko povezana s tveganjem za resne in oportunistične okužbe vključno z virusnimi okužbami, malformacije ploda (uporaba zdravila je kontraindicirana med nosečnostjo, potrebna je uporaba učinkovite kontracepcije), vensko tromboembolijo (VTE), večje srčno-žilne dogodke (MACE, *major cardiovascular events*) in maligne bolezni. Pred predpisovanjem preberite Povzetek glavnih značilnosti zdravila.

JAK, Janusova kinaza

* Preprosto odmerjanje se nanaša na odmerjanje enakega odmerka enkrat dnevno tako v začetnem obdobju zdravljenja kot tudi v obdobju vzdrževalnega zdravljenja.^{1,3}

Reference: 1. JYSELECA (filgotinib) Povzetek glavnih značilnosti zdravila, EMA marec 2023 2. Vermeire S, Oortwijn A, Feagan BG, et al. Early achievement of partial Mayo score remission and IBDQ normalization in patients with ulcerative colitis treated with filgotinib in the phase 2b/3 SELECTION study. Predstavljeno na: Digestive Disease Week Virtual; May 21-23, 2021. 3. Feagan BG, Danese S, Loftus EV Jr, et al. Filgotinib as induction and maintenance therapy for ulcerative colitis (SELECTION): a phase 2b/3 double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2021;397(10292):2372-2384.

 sobi

 Galapagos

JYSELECA je blagovna znamka Galapagos NV.

©2023 Swedish Orphan Biovitrum AB (publ) – Vse pravice pridržane
SOBI je blagovna znamka družbe Swedish Orphan Biovitrum AB (publ),
Swedish Orphan Biovitrum AB (publ) SE-112 76 Stockholm, Švedska
Swedish Orphan Biovitrum s.r.o. - Podružnica v Sloveniji
Cesta v Mestni log 88 A, 1000 Ljubljana, Slovenija | www.sobi-slo.si
SAMO ZA STROKOVNO JAVNOST



Predanost družbe Takeda gastroenterologiji



Bolezni prebavil so lahko zapletene in izčrpavajoče ter pomenijo življenjsko spremembo za bolnika. Ob zavedanju te neizpolnjene potrebe se v družbi Takeda s sodelujočimi partnerji že več kot 25 let osredotočamo na izboljšanje življenja bolnikov z zagotavljanjem inovativnih zdravil in namenskih programov za podporo bolnikom.



Takeda Pharmaceuticals d.o.o.
Bleiweisova cesta 30, 1000 Ljubljana, Slovenija
Tel.: 059 082 480
E-pošta: info-si@takeda.com
www.takeda.com

Boljše zdravje, svetlejša prihodnost

Datum priprave: maj 2023
Koda materiala: VV-MEDMAT-86504