



Kronične upalne bolesti crijeva u djece



**HRVATSKO UDRUŽENJE
ZA CROHNOVU BOLEST
I ULCEROZNI KOLITIS**

www.hucuk.hr



Kronične upalne bolesti crijeva u djece



Kome je knjižica namijenjena?

Ova knjižica namijenjena je djeci i adolescentima oboljelima od kroničnih upalnih bolesti crijeva i njihovim roditeljima. Cilj nam je bio što podrobnije informirati vas o bolestima, zašto nastaju, kako se otkrivaju i liječe. Još nam je važnije upoznati vas kako živjeti s tim bolestima, odnosno odgovoriti na praktična pitanja koja vam se u svakodnevnome životu neizostavno nameću. Nadamo se, da će ova knjižica doprinijeti potpunijem razumijevanju bolesti, većem međusobnom povjerenju i boljoj suradnji, što će zasigurno pospiješiti liječenje i oporavak.

Na raspolaganju smo vam za sva dodatna pitanja,
Tim Referentnog centra za dječju gastroenterologiju i prehranu
e-mail: pedIBD.klaiceva@gmail.com

Autori:

dr.sc. Iva Hojsak, dr.med.
prim.dr.sc. Zrinjka Mišak, dr.med.
prof.dr.sc. Sanja Kolaček, dr.med.

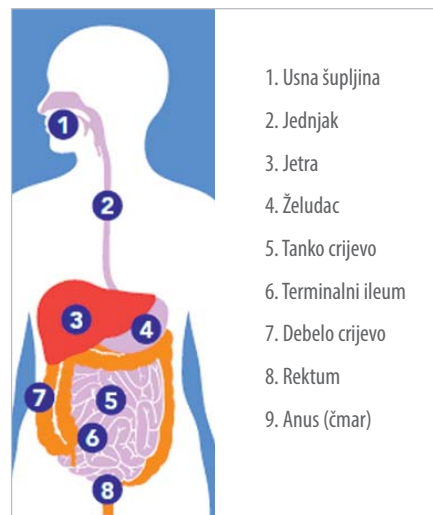
Referentni centar za dječju gastroenterologiju i prehranu
Klinika za dječje bolesti Zagreb
Klaičeva 16, 10 000 Zagreb

Sadržaj

Uvod – probavni sustav	4
Što su kronične upalne bolesti crijeva?	5
Epidemiologija – koliko se često IBD javlja?	5
Kako se razlikuje Crohnova bolest od ulceroznoga kolitisa?	5
Zašto nastaju upalne bolesti crijeva?	6
Koji su simptomi IBD-a?	7
Može li IBD uzrokovati upalu i izvan probavnoga sustava?	7
Što IBD radi crijevu?	7
Kako se postavlja dijagnoza IBD-a?	8
Kojim se dijagnostičkim pretragama postavlja dijagnoza?	8
Što je gornja endoskopija i kako se izvodi?	9
Što je kolonoskopija i kako se izvodi?	10
Što je magnetska enterografija i kako se izvodi?	10
Što je endoskopska videokapsula i kako se pregled izvodi?	10
Što je sedacija, a što opća anestezija?	11
Kako se liječi IBD?	11
Liječenje ulceroznoga kolitisa	11
Liječenje Crohnove bolesti	12
Enteralna prehrana	12
Kortikosteroidi	13
Aminosalicilati (mesalazin, 5-ASA)	15
Azatioprin	15
Metotreksat	16
Biološka terapija	17
Kirurško liječenje	19
Postoji li posebna prehrana za bolesnike s IBD-om?	20
Cijepljenje	21
Kako IBD utječe na normalan život?	21
Što će mi se dogoditi s odrastanjem?	23
Nova istraživanja	23
Poruke za kraj	23

Uvod - probavni sustav

Kronične upalne bolesti crijeva zahvaćaju probavni sustav koji prije svega služi za probavljanje i apsorpciju hrane i hranjivih sastojaka. Probavni sustav započinje usnom šupljinom, na koju se nastavlja jednjak, želudac, dvanaesnik, tanko crijevo (dužine oko 5 m), te debelo crijevo, a završava čmarom (anusom) (slika 1.).



1. Usna šupljina
2. Jednjak
3. Jetra
4. Želudac
5. Tanko crijevo
6. Terminalni ileum
7. Debelo crijevo
8. Rektum
9. Anus (čmar)

Osim probavljanja hrane, probavni je sustav i najveći imunološki organ u našem tijelu. Cijelo je crijevo prožeto brojnim imunološkim stanicama koje nastoje odstraniti sve štetne tvari, prije svega patogene (štetne) mikroorganizme i njihove produkte, a propustiti hranu i hranjive tvari bez nastanka upalne reakcije. Štoviše, u našem crijevu, na obostranu korist, živi brojna i raznolika skupina „korisnih“ mikroorganizama koje naš imunološki sustav također tolerira.

Probavni je sustav vrlo složeni mehanizam, a neke zanimljive podatke o tome, jednim dijelom, navodimo u tablici 1.

Slika 1. Dijelovi probavnoga sustava

Tablica 1. Karakteristike probavnoga sustava

Površina crijeva je 250–400 m ²
Na crijevnoj je površini 10 puta više bakterija nego li je stanica u ljudskom organizmu
Na crijevnoj površini živi 300–500 različitih vrsta bakterija koje su samo jednim slojem stanica odvojene od unutrašnjosti organizma
Naše crijevo godišnje dođe u doticaj s 1 tonom hrane i pića
70% svih imunoloških stanica nalazi se u crijevu

Što su kronične upalne bolesti crijeva?

Kronične upalne bolesti crijeva (engl. Inflammatory Bowel Disease, IBD) kronične su (doživotne) bolesti koje nastaju zbog upalnih promjena što zahvaćaju stijenku probavnoga sustava.

U kronične upalne bolesti crijeva ubrajaju se Crohnova bolest, ulcerozni kolitis i neklasificirana upalna bolest crijeva. Iako su to kronične, odnosno doživotne bolesti, upalne bolesti crijeva prolaze kroz dvije temeljne faze:

- relaps – aktivacija upale i pojava znakova bolesti (simptoma)
- remisija – stanje mirovanja bolesti, bez simptoma.

Epidemiologija – koliko se često IBD javlja?

Prvi puta IBD se može pojaviti u bilo kojem životnom razdoblju, od prve godine života pa sve do duboke starosti. No, najčešće se javlja tijekom adolescencije i mlađe odrasle dobi, ponajprije između 15. i 30. godine života. Štoviše, danas se čak 25–30 % svih bolesti dijagnosticira u dječjoj dobi. Učestalost kroničnih upalnih bolesti crijeva u dječjoj dobi različita je u različitim zemljama, ali postoji globalni trend porasta broja oboljelih, posebice u zapadnim zemljama. Procjenjuje se da se svake godine, na 100.000 stanovnika dijagnosticira 7–12 novih pedijatrijskih bolesnika.

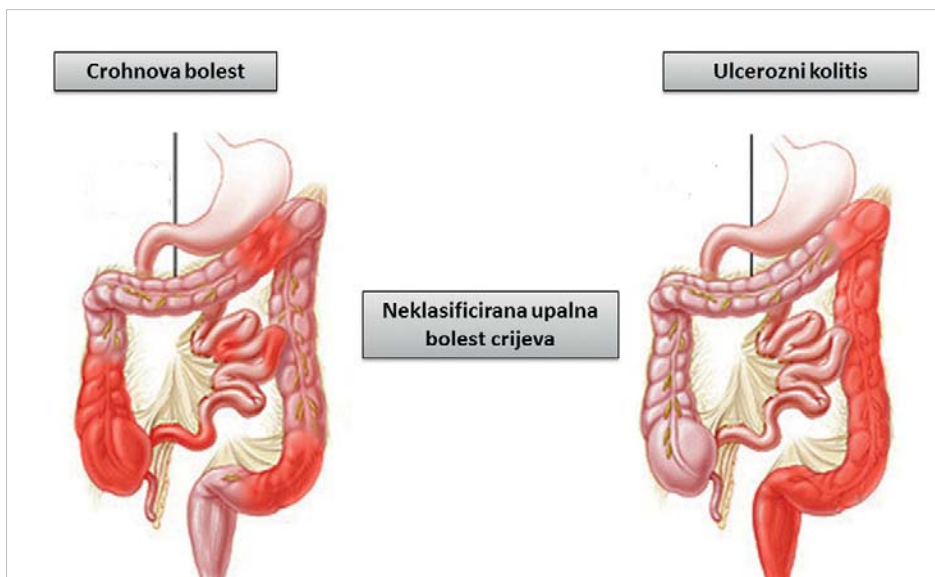
Kako se razlikuje Crohnova bolest od ulceroznoga kolitisa?

Osnovne razlike između Crohnove bolesti i ulceroznoga kolitisa prikazane su u tablici 3. Prema podacima iz te tablice čini se da ih je lako razlikovati, ali, nažalost, obje bolesti u djece mogu zahvatiti velike crijevne površine i stoga imaju teži tijek i sličnu kliničku sliku, pa je i njihovo razlikovanje teže nego li u odraslim bolesnika.

Tablica 2. Razlike između Crohnove bolesti i ulceroznoga kolitisa.

	Crohnova bolest	Ulcerozni kolitis
Upala	Upala može zahvatiti bilo koji dio probavnoga sustava – od ustiju do anusa Upala zahvaća sve slojeve crijevne stijenke, od unutrašnjeg do vanjskoga sloja Oštećenja na crijevu su „preskakujuća“, odnosno, između upaljenih dijelova nalazi se normalna sluznica	Upala je ograničena samo na debelo crijevo Upala zahvaća samo unutarnji sloj crijevne stijenke Crijevo je zahvaćeno kontinuirano, s time da upala kreće od rektuma (završnoga dijela debelog crijeva) i može zahvatiti cijelo debelo crijevo. Između upaljenih dijelova nema normalne sluznice
Najčešće zahvaćeno mjesto u dječjoj dobi	Završni dio tankog crijeva (terminalni ileum) i dio debelog crijeva	Cijelo debelo crijevo
Striktura (suženja) crijeva	Mogu biti prisutne	Nema ih
Fistule	Mogu biti prisutne	Nema ih
Najčešći simptomi	Bolovi u truhu, proljev, gubitak na tjelesnoj masi, zastoj u rastu	Krvavi proljev, lažni pozivi na defekaciju (stolicu)
Upalni parametri (CRP, SE)	Najčešće povišeni	Vrlo često normalni

Postoji i treći oblik bolesti – neklasificirana upalna bolest crijeva (slika 2), gdje se, na temelju kliničke slike, pregleda i cjelokupne dijagnostičke obrade, ne može sa sigurnošću reći ima li oboljeli Crohnovu bolest ili ulcerozni kolitis. Do konačne dijagnoze ponekad se dolazi tek dugotrajnim praćenjem bolesnika. Najčešće se, ipak, u dječjoj dobi neklasificirana upalna bolest crijeva razvije ili u ulcerozni kolitis ili u Crohnovu bolest.



Slika 2. Razlike u zahvaćenosti crijeva između Crohnove bolesti i ulceroznog kolitisa.

Zašto nastaju upalne bolesti crijeva?

Točan uzrok IBD-a do danas nije u cijelosti poznat, odnosno, još uvijek ne znamo što uzrokuje bolest, zato je ne možemo spriječiti niti trajno izliječiti. Ono što znamo je da u bolesnika s IBD-om dolazi do neodgovarajućeg (najčešće pretjeranog) imunološkog odgovora na crijevni sadržaj. Taj pretjerani imunološki odgovor uzrokuje razaranje vlastitoga tkiva – u ovome slučaju crijevne stijenke.

Nekoliko je važnih čimbenika za nastanak bolesti:

- **nasljedna predispozicija** – do danas je pronađeno nekoliko gena koji utiru put nastanku bolesti, no, IBD se ne prenosi jednostavno s generacije na generaciju, nego se, s povećanim rizikom, češće javlja unutar pojedinih obitelji
- **poremećeni imunološki odgovor** koji sadržaj našega crijeva, poglavito našu crijevnu floru (crijevne bakterije) doživljava kao štetnu i nastoji je uništiti, što dovodi do upale koja uništava crijevnu stijenku
- **okolišni čimbenici** – s obzirom na to da je proteklih nekoliko desetljeća obilježeno naglim porastom broja oboljelih, gotovo je sigurno postojanje okolišnih čimbenika koji povećavaju rizik obolijevanja; nažalost, brojna ispitivanja usmjerena na različite okolišne čimbenike, nisu uspjela utvrditi što to iz naše okoline doprinosi razvoju bolesti, osim pušenja, koje nedvojbeno povisuje rizik nastanka Crohnove bolesti.

Koji su simptomi IBD-a?

Najčešći simptomi IBDa su: kronični (dugotrajan) proljev s pojavom krvi u stolici ili bez nje, bolovi u trbuhu, lažni bolni nagoni na defekaciju (tzv. tenezmi), noćne stolice, mršavljenje.

Simptomi u Crohnovoj bolesti i ulceroznom kolitisu razlikuju se, i prikazani su u tablici 3.

Budući da je klinička slika ulceroznog kolitisa u prvi mah puno izraženija (najčešći simptom je krvavi proljev), u odnosu na Crohnovu bolest (bol u trbuhu, povišena temperatura, proljevaste stolice, najčešće bez krvi, gubitak na tjelesnoj masi), dijagnoza ulceroznog kolitisa postavlja se puno prije. Često se dogodi da bolesnici s Crohnovom bolešću imaju izražene znakove bolesti i do nekoliko mjeseci prije postavljene dijagnoze.

Tablica 3. Učestalost pojedinih simptoma u Crohnovoj bolesti i ulceroznome kolitisu (podaci Referentnog centra za dječju gastroenterologiju i prehranu).

	Crohnova bolest (%)	Ulcerozni kolitis (%)
Kronični proljev	85%	80%
Krvavi proljev	20%	90%
Bol u trbuhu	75% (najčešće nakon jela)	60% (najčešće prije stolice)
Gubitak na tjelesnoj masi	75%	20%
Niži rast	35%	3%
Vrućica	60%	20%
Odgođeni pubertet	30%	10%

Može li IBD uzrokovati upalu i izvan probavnoga sustava?

Može! Već kod postavljanja dijagnoze, 6–20% djece (u našem centru 10%) imat će izvancrijevne manifestacije bolesti, od kojih su najčešće:

- bolest jetre i žučnih vodova (očituju se povišenim vrijednostima jetrenih enzima)
- otok i bolnost zglobova
- promjene na koži (najčešće nodozni eritem – promjene koje izgledaju kao hematomi, modrice, i najčešće se javljaju na potkoljnicama).

Što IBD radi crijevu?

Upala crijeva

IBD uzrokuje upalu crijeva – u ulceroznome kolitisu ta je upala ograničena samo na unutarnji sloj stijenke, a u Crohnovoj bolesti može zahvatiti punu debljinu crijevne stijenke. Upala uzrokuje otok (zadebljanje) crijevne stijenke, male i veće ulceracije (ranice) na crijevu koje mogu biti sitne, ali i okom vidljive, što dovodi do krvavoga proljeva. U ulceroznome kolitisu bolest je ograničena samo na debelo crijevo, dok Crohnova bolest može zahvatiti bilo koji dio probavnoga sustava, od usne šupljine do čmara.

Ako je zahvaćeno debelo crijevo (i u ulceroznome kolitisu i u Crohnoj bolesti) upala će uzrokovati proljev, često s pojavom krvi u stolici. Budući da Crohnova bolest zahvaća bilo koji dio crijeva, uključujući, vrlo često, i tanko crijevo, puno se češće javlja poremećaj apsorpcije hranjivih tvari, uključujući i vitamine i minerale, te posljedično mršavljenje i zastoj rasta.

Suženja crijeva / strikture

Bolesnici s Crohnovom bolešću mogu imati i strikture (suženja) crijeva. Ova suženja mogu nastati kao posljedica upale, ali, ponekad, kronična upala može dovesti i do stvaranja ožiljkastoga tkiva što dovodi do suženja crijevnog lumena, a ponekad i do potpune opstrukcije (neprohodnosti) crijeva. U dječjoj dobi strikture se, ipak, javljaju nešto rjeđe no u odraslih bolesnika.

Striktore se ne javljaju u ulceroznome kolitisu.

Fistule

Fistule nastaju samo u bolesnika s Crohnovom bolešću.

Riječ je o, upalom stvorenim, kanalima koji najčešće nastaju između rektuma (završnog dijela debeloga crijeva) i kože perianalne regije (regije oko čmara). Puno rjeđe, fistule mogu nastati i između različitih vijuga tankoga crijeva, crijeva i rodnice, crijeva i kože te crijeva i mokraćnoga mjehura. Fistule mogu biti neaktivne (odnosno neupaljene) i tada ne izazivaju jasne simptome, ali upaljene uzrokuju bol, otok, crvenilo okolnoga područja i sekreciju (curenje gnojnoga sadržaja).

Fistule se ne javljaju u ulceroznome kolitisu.

Kako se postavlja dijagnoza IBD-a?

Na temelju uzetih podataka i kliničkog pregleda, liječnik posumnja na IBD. Prilikom prvog posjeta, dječji će vam gastroenterolog postaviti niz pitanja o mogućim simptomima, njihovom trajanju, vremenu kada se javljaju, promjenama u tjelesnoj masi i rastu, pojavi znakova puberteta itd. Nakon toga slijedi detaljan pregled koji uključuje pregled kože, palpaciju trbuha te, naposljetku, pregled perianalne regije (regije oko čmara). Pored pregleda perianalne regije, liječnik može učiniti i digitorektalni pregled. Digitorektalni pregled izvodi se uvođenjem kažiprsta, sa zaštitnom rukavicom, kroz anusni otvor u anusni kanal i utvrđuje se prisutnost mogućih tvorbi, krvarenja ili suženja.

Pregled neizostavno uključuje mjerenje tjelesne mase i visine, a što radi medicinska sestra.

Kojim se dijagnostičkim pretragama postavlja dijagnoza?

U cilju postavljanja dijagnoze, ali i kasnije, za praćenje tijeka bolesti, rade se određene dijagnostičke pretrage i testovi.

Oni uključuju vađenje krvi (iz prsta i iz vene) radi određivanja upalnih parametara (CRP, sedimentacija) i cjelokupne krvne slike. Uzorkovanjem i pregledima stolice isključuju se bakterijske, virusne i parazitarne infekcije te određuje upalni biljeg u stolici - kalprotektin. Pored toga, krv se uzima i za neke druge specifične testove koje je nužno učiniti radi određene terapije i zbog mogućih komplikacija.

U početnom dijagnostičkom postupku može se učiniti i ultrazvuk (UZV) trbušnih organa kojim će se, između ostalog, pogledati i crijevna stijenka te moguće postojanje nekih komplikacija, kao što je apsces (nakupina gnojnog sadržaja u trbušnoj šupljini ili maloj zdjelici), puknuća crijeva itd. Osim toga UZV se koristi i u ocjeni i prepoznavanju aktivne upale. Ultrazvuk se može, budući da nema neželjenih komplikacija, raditi i više puta tijekom praćenja bolesti, ali ne predstavlja obavezni dio dijagnostičkoga postupnika.

Dijagnostičke pretrage bez kojih se ne može postaviti dijagnoza IBD-a su gornja (ezofagogastroduodenoskopija) i donja (kolonoskopija s ileoskopijom) endoskopija. Navedne pretrage ponavljaju se i u određenim fazama praćenja bolesti (npr.

pogoršanja, promjena terapije...), o čemu odlučuje vaš liječnik. Kako bi se umanjila nelagoda, bol i strah, u dječjoj se dobi endoskopske pretrage najčešće rade ili u sedaciji ili u općoj anesteziji. Tijekom endoskopije liječnik će uzeti i male uzorke tkiva (biopate) koje će poslati na patohistološku analizu, ponovno u cilju postavljanja / potvrđivanja dijagnoze.

Konačna dijagnoza postavlja se na temelju kliničke slike, tipičnog endoskopskog i patohistološkog nalaza.

Za potvrdu proširenosti bolesti, u Crohnoj bolesti potrebno je pregledati i tanko crijevo. Tanko crijevo može se pregledati RTG pasažom, MR enterografijom (s kolonografijom) ili endoskopskom videokapsulom. RTG pasaža tankoga crijeva, danas je, zbog nedovoljne osjetljivosti i zračenja, uvelike zamijenjena sofisticiranijom metodom, MR enterografijom. MR enterografija (s kolonografijom), osim pregleda tankoga crijeva, daje uvid i u debelo crijevo, a jedini je postupak kojime se može točno utvrditi postojanje različitih gnojnih kolekcija izvan crijeva i postojanje fistula između crijevnih vijuga.

U daljnjem tekstu pobliže se pojašnjavaju pojedini dijagnostički postupci.



Što je gornja endoskopija i kako se izvodi?

Gornja endoskopija ili ezofagogastroduodenoskopija izvodi se savitljivim endoskopskim aparatom (gastroskopom) kojime se pregledava gornji dio probavnog sustava (jednjak, želudac i dvanaesnik).

Na dan zahvata dijete mora biti natašte (ne smije ništa ni jesti ni piti) i ne smije biti u akutnom infektu. Pretraga se izvodi na lijevome boku, uz blago savinutu glavu prema prsima i savijenim koljenima. Aparat se uvodi kroz usnu šupljinu u jednjak, želudac i na kraju dvanaesnik. Za cijelo vrijeme trajanja pretrage može se normalno disati kroz nos ili usta. Tijekom pretrage uzimaju se uzorci tkiva (biopate) za patohistološku analizu što je sasvim bezbolno. Ova se pretraga najčešće dobro podnosi, premda može uzrokovati određeni stupanj nelagodnosti, a vrlo rijetko i bol. Češće se javi osjećaj pritiska ili nadutosti, a posljedica je primjene zraka tijekom pretrage kako bi se proširila probavna cijev i time omogućio sigurniji prolaz aparata i bolji uvid u stanje sluznice. Nakon pretrage može se javiti osjećaj nelagodnosti ili boli u grlu, ali to je najčešće kratkotrajno i te tegobe ubrzo nestaju.

U slučaju da je dijete tijekom pretrage primilo sedativ, mora se u bolnici zadržati 3 sata na promatranju, a dva sata nakon pretrage može mu se ponuditi obrok. Izvodi li se pretraga u općoj anesteziji, liječnik će odlučiti kada bolesnika može otpustiti kući.

Moguće komplikacije ove pretrage vrlo su rijetke. Može se javiti krvarenje (nakon biopsije ili odstranjenja polipa), upala, a izuzetno rijetko perforacija (prokidanje jednjaka, želuca i dvanaesnika) s posljedičnom upalom potrbušnice. Nalaz izvršene pretrage dobije se odmah, a nalaz patohistološke analize biopata sluznice gotov je za otprilike tjedan dana.

Što je kolonoskopija i kako se izvodi?

Kolonoskopija je endoskopska pretraga debelog crijeva i završnog dijela tankog crijeva (terminalnog ileuma). Izvodi se savitljivim endoskopskim aparatom (kolonoskopom). Budući da crijevo za pretragu mora biti prazno i očišćeno, pripreme mogu potrajati i nekoliko dana. Počinje se uvođenjem hrane bez ostalih tvari koju dijete uzima 2 dana, a dan prije pretrage provodi se čišćenje oralnim laksativom i/ili klizmama. Umjesto laksativa i/ili klizme, crijevo je moguće očistiti i pijenjem oralnih otopina spravljenih za tu namjenu (1-2 litre). Pretraga se izvodi na lijevome boku uz blago savinuta koljena prema prsima.

Aparat se uvodi kroz završni dio debelog crijeva. Ova se pretraga najčešće izvodi uz kratkotrajnu anesteziju. Za vrijeme pretrage moguće je uzeti uzorak tkiva za analizu što je pacijentu bezbolno. Ponekad se, poglavito kod veće djece i starijih adolescenata, ovu pretragu odlučujemo provoditi bez anestezije, uz analgeziju i sedaciju. Pretraga se dobro podnosi. Najčešće izaziva nelagodu, a ponekad i bol.

Može se osjetiti pritisak, nadutost te bolnost u trbuhu koja se može zadržati i kratko poslije pretrage. Nakon pretrage svi simptomi nestaju. Komplikacije su moguće, poglavito u bolesnika s teškim oblicima bolesti i jako izraženom upalom, ali su, nasreću, rijetke. Može se javiti krvarenje, kao posljedica biopsije ili same pretrage, istezanje i, vrlo rijetko, prsnuće crijeva.

Nakon pretrage moguće je i prolazni osjećaj nelagode, nadutosti s nagonom na defekaciju, a rijetko i prolazno povišenje temperature. Ukoliko je pretraga učinjena u anesteziji, do potpunoga razbuđivanja dolazi za otprilike 2 sata. Nalaz izvršene pretrage dobije se odmah (slike 3 i 4). Nalaz patohistološke analize biopтата sluznice gotov je za tjedan dana.



Slika 3. Endoskopski izgled sluznice u Crohnovoj bolesti



Slika 4. Endoskopski izgled sluznice u ulceroznom kolitisu

Što je magnetska enterografija i kako se izvodi?

Magnetskom enterografijom pregledavaju se tanko i debelo crijevo uređajem za magnetsku rezonancu. Pretraga je bezbolna, a u usporedbi s RTG pasažom puno bolje prikazuje crijeva i nema ionizirajućega zračenja. Bolesnici podvrgnuti MR enterografiji, 45 min prije pregleda moraju popiti do 1 litru kontrasta. Da bi se usporila peristaltika crijeva i ublažio spazam, neposredno prije pregleda, intravenski se daje lijek koji usporava peristaltiku. Za vrijeme pretrage jako je važno da bolesnik što mirnije leži. Pretraga je u potpunosti bezbolna. Moguće komplikacije vrlo su male, a najčešće uključuju grčeve ili bol u trbuhu, te proljev (zbog primjene kontrastnog sredstva). Magnetska rezonanca ne smije se raditi djeci koja u tijelu imaju ugrađene metale, međutim, o svemu navedenom pravodobno ćete biti obaviješteni i zamoljeni popuniti upitnik.

Što je endoskopska videokapsula i kako se pregled izvodi?

Endoskopska pretraga videokapsulom služi za pregled sluznice tankog crijeva. Kako bi se postupak mogao pravilno izvesti, bolesnik se mora pridržavati određenih pravila: uzima li preparate željeza, treba ih prestati uzimati dva tjedna prije postupka;

ne uzimati krutu hranu dan prije postupka; potrebno je, dan prije pregleda, popiti dosta vode ili bistre neobojane tekućine; ne uzimati hranu ni tekućinu poslije ponoći na dan pretrage. Ujutro, na dan pretrage, bolesnik stavlja u usta kapsulu (u male djece može se postaviti u anesteziji endoskopskim putem - gastrokopijom) i proguta je gutljajem vode pazeći, pri tome, da je ne zagrije. Nakon 4 sata bolesnik može popiti svoje lijekove i može jesti. Naime, to je vrijeme potrebno za prolazak kapsule iz želuca u dvanaesnik i početne dijelove tankoga crijeva. Pretraga obično traje 8 sati. Ova pretraga sigurna je metoda s malo mogućih komplikacija. Najčešća je komplikacija zastoj (retencija) kapsule unutar tankoga crijeva, obično na mjestu suženja crijeva a što je posljedica bolesti ili prethodnog kirurškoga zahvata. Zbog navedenoga, u rizičnih se bolesnika, prije same pretrage preporuča učiniti rentgenski ili MR pregled tankoga crijeva. Dogodi li se da je kapsula zaostala u nekome dijelu crijeva, potrebno ju je kirurški ukloniti.

Što je sedacija, a što opća anestezija?

Provođenje nužnih dijagnostičkih i terapijskih postupaka kod djece, često prate strah i nelagoda. Budući da želimo ove pretrage učiniti što bezbolnijima i podnošljivijima, dijagnostičke i terapijske intervencije u djece uglavnom radimo u sedaciji ili općoj anesteziji. No, i sedacija i anestezija imaju svoje rizike (navedene u daljnjem tekstu), pa se stoga nastoje izbjeći nesvrshodni postupci, odnosno pribjeći onom dijagnostičkom i terapijskom algoritmu koji će, uz najmanje rizika i nepotrebnih postupaka, dovesti do dijagnoze.

Sedacija je postupak kojime se, najčešće intravenski (rjeđe peroralno), primjenjuju lijekovi koji vašem djetetu pomažu opustiti se i uspavati, te će se zbog toga osjećati ugodnije, i smanjit će se osjećaj straha i boli. Osim toga, neki sedativi, kao što je midazolam, osiguravaju vašem djetetu privremenu amneziju, pa se postupka uopće neće sjećati. Učinak ovih lijekova različitog je trajanja, od više minuta do nekoliko sati. Svako dijete različito reagira na sedaciju, a svi učinci lijeka gotovo u potpunosti popuste 2 sata po primjeni.

Koji su rizici sedacije? Iako je medicinsko osoblje osposobljeno za nadzor i provođenje sedacije, ovaj postupak sa sobom nosi određene rizike. Neželjeni učinci ovise o primijenjenom lijeku, a uključuju alergijske reakcije, pad krvnoga tlaka, promjene u srčanom ritmu, otežano disanje te, vrlo rijetko i zastoj disanja. Upravo zato, tijekom cijele pretrage vaše ćemo dijete pažljivo nadgledati – promatra se disanje, srčani ritam i zasićenost krvi kisikom.

Opća anestezija provodi se u posebno opremljenoj sali, a provodi je anesteziolog. Tijekom opće anestezije bolesnik je u potpunosti nesvjestan svojih osjeta. Za vrijeme opće anestezije, u nazočnosti anesteziologa, pacijentu se kontroliraju sve vitalne funkcije kako bi se, primjenom lijekova i drugih metoda, bolesnikov organizam održavao u optimalnome stanju. Cijeli postupak prije opće anestezije i sve rizike što ih ona sa sobom nosi, objasnit će vam anesteziolog na pregledu prije samoga zahvata.

Kako se liječi IBD?

Liječenje Crohnove bolesti i ulceroznoga kolitisa u mnogočemu se razlikuje, premda su lijekovi što se koriste i načini na koji se primjenjuju često istovjetni.

U liječenju obiju bolesti valja razlikovati radi li se o akutnoj fazi bolesti koja zahtijeva jedan obrazac liječenja, ili o održavanju stanja u kojemu bolest miruje, odnosno održavanju remisije, što najčešće zahtijeva primjenu drugih vrsta lijekova.

Liječenje ulceroznoga kolitisa

U liječenju ulceroznoga kolitisa koriste se aminosalicilati (mesalazinski pripravci) i, rjeđe, stariji oblik terapije - sulfasalazin, koji se primjenjuju kao peroralna terapija (tablete, granule) i lokalna terapija (čepići ili klizma). Aminosalicilati su u liječenju ulceroznoga kolitisa vrlo učinkoviti i prva su linija terapije u blagom i umjerenom aktivnom ulceroznom kolitisu. Međutim, kod teškog

oblika ulceroznoga kolitisa, ili u slučaju da se simptomi ne mogu smiriti aminosalicilnim pripravkom, koriste se kortikosteroidi. Kortikosteroidno liječenje se primjenjuje samo za uvođenje bolesti u remisiju, a ne rabi se kao dugotrajna (trajna) terapija održavanja. Puna se doza lijeka primjenjuje tijekom 2-4 tjedna, a nakon toga se, sljedećih 7-8 tjedana, postupno smanjuje. U težem obliku ulceroznoga kolitisa potrebna je i imunomodulatorna terapija, odnosno terapija koja smanjuje imunološki odgovor. U tu svrhu koristi se azatioprin (Imuran), koji se, kao dugotrajna terapija, primjenjuje jednom dnevno.

U slučaju jako teških simptoma ulceroznoga kolitisa, koji su popraćeni brojnim krvavim stolicama, jakom anemijom, vrućicom i lošim općim stanjem, svakako je potrebno bolničko liječenje i intenzivan nadzor. Tijekom takve faze bolesti postoji rizik da crijevo neće odgovoriti na primjenu kortikosteroidne terapije, stoga se primjenjuje tzv. druga linija liječenja koju čine ciklosporin, takrolimus ili, danas najčešće, biološka terapija.

U daljnjem tekstu navodimo značajke i najčešće nuspojave terapije koja se rutinski koristi u liječenju ulceroznoga kolitisa.

Liječenje Crohnove bolesti

U liječenju Crohnove bolesti sa svrhom postizanja remisije, rabi se:

- isključiva eneralna prehrana
- kortikosteroidi
- biološka terapija.

Kao prva linija terapije koriste se isključivo enteralna prehrana i kortikosteroidna terapija koje su jednako uspješne, međutim, enteralna prehrana nema nuspojave i uzrokuje bolje cijeljenje crijevne sluznice, te joj se u pedijatrijskoj dobi daje prednost u liječenju. Biološka terapija, zbog svojih je nuspojava, rezervirana samo za teške oblike bolesti i kod kojih prethodno opisani lijekovi nisu bili učinkoviti.

Kao terapija održanja remisije koristi se:

- azatioprin
- metotreksat
- biološka terapija.

Enteralna prehrana

Isključiva enteralna prehrana sastoji se od uzimanja isključivo enteralnih pripravaka, uz koje bolesnik smije piti samo vodu i lijekove. Enteralni pripravci posebna su tekuća hrana koja u sebi sadrži sve hranjive tvari, vitamine i minerale što podmiruju sve prehrambene potrebe (uključujući i potrebe za rast i razvoj). Enteralni pripravci izgledaju poput čokoladnog mljeka, vrlo rijetkog pudinga, odnosno mliječnog "shakea". Pripravci su različitoga okusa (čokolada, vanilija, jagoda...), ali mogu biti i bez dodatka okusa.

Isključiva enteralna prehrana koristi se jer je, dokazano, učinkovita u liječenju Crohnove bolesti, odnosno, brzo uvodi bolest u remisiju, ali i smanjuje gubitak tjelesne mase i zaostajanje u djetetovom rastu.

Osim u cilju liječenja aktivne Crohnove bolesti, enteralni se pripravci, kako bi pospiješili rast, primjenjuju i kao dodatak prehrani. U tu se svrhu rabe i kod ulceroznoga kolitisa i mnogih drugih stanja i bolesti.

Kako enteralna prehrana djeluje i kako je provoditi?

Enteralna prehrana osigurava "odmor" crijevima, mijenja crijevnu floru i aktivno smanjuje imunološku reakciju i posljedičnu upalu, što rezultira prestankom simptoma bolesti (proljevi, bolovi, temperatura...). S druge strane, enteralna prehrana može zadovoljiti sve nutritivne potrebe te osigurati djetetov normalni rast i razvoj.

Potrebnu dnevnu količinu enteralnog pripravka određuje liječnik ili nutricionist, sukladno djetetovoj dobi i tjelesnoj masi.

Tijekom uzimanja enteralne prehrane, dijete ne bi trebalo biti gladno, pa ako količina nije dostatna, ona se, u dogovoru s nadležnim liječnikom, može povećati.

Već prvih nekoliko dana, a posebice nakon postizanja ukupnog volumena, bolesnik se osjeća bolje, ima više energije, simptomi se smanjuju te dolazi do postupnog pada upalnih parametara. Vrlo je mali broj bolesnika (15% - 20%) kod kojih enteralna prehrana ne djeluje, i tada se mora primijeniti kortikosteroidno liječenje.

Većina djece i adolescenata može uzimati enteralnu prehranu kroz usta (peroralno), međutim, ukoliko je ne mogu piti, ona se može dati i nazogastričnom sondom. Važno je da dijete svakoga dana uzme propisanu mu količinu. Kod uvođenja enteralne prehrane najčešće se počinje s manjim količinama koje se tijekom sljedećih nekoliko dana postupno povećavaju, sve dok se ne dosegne preporučeni dnevni unos. Enteralna prehrana može se piti tijekom cijeloga dana, ali ju je najbolje rasporediti na obroke (najčešće 5-6 obroka dnevno), jer se na taj način smanjuje osjećaj gladi.

Enteralne je pripravke najbolje konzumirati ohlađene, jer su tako najboljega okusa. Preporuča se koristiti slamku jer se smanjuje zadržavanje hrane u ustima. Osim toga, enteralni se pripravak može i zamrznuti, kao sladoled, što je dobar način povećanja obujma unesene hrane, a daje i osjećaj konzumacije pravoga obroka. Da bi pripravak ostao hladan, pri odlasku iz kuće rabi se termosica. Za hladnih mjeseci, enteralni se pripravak možete i zagrijati, ali ne i prokuhati.

Isključiva enteralna prehrana uzima se 6-8 tjedana, nakon kojih se postupno, prema točno određenom redosljedu / jelovniku, uvodi "normalna" hrana. Tek potom, nakon sljedećih 6 tjedana, bolesnik će uzimati hranu koju je i ranije konzumirao.

Važno je još jednom istaknuti da se, tijekom isključive enteralne prehrane sa svrhom liječenja aktivne Crohnove bolesti, ne smije uzimati nikakva druga hrana ni piće, izuzev vode zbog žeđi, pa čak ni žvakača guma.



Kortikosteroidi

Kortikosteroidi služe u liječenju ulceroznoga kolitisa i Crohnove bolesti. Isključivo se koriste kao privremena terapija koja bolest uvodi u remisiju i ne primjenjuju se kao trajna terapija. Riječ je o hormonima identičnim onima što ih proizvode naše nadbubrežne žlijezde. Kortikosteroidi su uključeni u široki spektar fizioloških funkcija, kao što su: odgovor na stres, regulacija imunološkog odgovora, metabolizam šećera, bjelančevina, regulacija razine elektrolita u krvi itd.

Zašto se kortikosteroidi koriste kao lijekovi?

Kortikosteroidi primarno djeluju imunomodulatorno, tako da smanjuju upalu, zbog čega se koriste u liječenju brojnih bolesti koje u podlozi imaju upalu, na primjer kronične upalne bolesti crijeva (Crohnova bolest i ulcerozni kolitis), ali i različitih drugih autoimunih bolesti, u liječenju astme itd.

Što je najvažnije znati o ovome lijeku?

Kratkotrajna uporaba (maksimalno 1-2 tjedna) najčešće ne izaziva ozbiljne nuspojave. Nuspojave nastaju kod dugotrajnog uzimanja lijeka ili kod ponavljano kratkotrajnog korištenja. Što je doza viša, to je veća opasnost od težih nuspojava, pa se zato kortikosteroidi daju u najnižoj dozi koja ima terapijski učinak, posebice ako je za kontrolu bolesti nužno njihovo dugotrajno uzimanje.

Najčešće je liječenje potrebno započeti većom dozom, koja se nakon smirivanja simptoma vrlo postupno smanjuje. Duljina liječenja različita je za pojedine bolesti, o čemu će vas detaljno izvijestiti vaš liječnik.

Kortikosteroidi imaju dosta nuspojava, no njihova je učinkovitost u liječenju i kontroli bolesti veća od mogućih nuspojava zbog čega se i dalje često primjenjuju. Također, većina nuspojava, što bolesnike najviše zabrinjava (debljanje, akne, pojačana dlakavost, promjena izgleda), postupno nestaje, uz smanjenje doze lijeka i gubi se po ukidanju terapije.

Najčešće nuspojave su sljedeće:

- osteopenija/osteoporoza (smanjena mineralizacija kostiju)
- debljanje, najviše pojasasto, zatim u licu i na gornjem dijelu leđa; tijekom terapije kortikosteroidima pojačava se apetit, stoga je tijekom terapije jako važno zdravo se hraniti, izbjegavati rafinirane šećere i izrazito masnu hranu
- povećana sklonost infekcijama, jer steroidi smanjuju sposobnost obrane organizma od infekcije; konkretno, postoji opasnost težeg tijeka infekcije nego li u zdravih osoba
- povećanje krvnog tlaka; potrebno je redovito provjeravati krvni tlak
- visoki šećer u krvi; navedeno može posebice izazvati teškoće djeci koja imaju šećernu bolest, osim toga, ponekad dugotrajno uzimanje steroida može izazvati šećernu bolest
- problemi s kožom, kao što su akne, sporije cijeljenje rana nakon ozljeda, koža može postati tankom i sklonom nastanku modrica; ponekad se mogu razviti i strije
- slabost mišića
- pojačana dlakavost
- promjene ponašanja; iako postoje ljudi koji se tijekom uzimanja kortikosteroida osjećaju bolje, kod nekih ljudi mogu izazvati osjećaj tuge, anksioznosti, a vrlo rijetko i depresivni poremećaj; navedene nuspojave najčešće se javljaju prvih tjedana terapije i češće kod djece na viskim dozama steroida
- povećani rizik za razvoj katarakte (očne mreže)
- povećani rizik za razvoj ulkusa želuca (želučani čir ili vried); ako se javi jaki bolovi u gornjem dijelu trbuha ili povraćanje, svakako je na to potrebno upozoriti liječnika.

Navedene su samo najčešće nuspojave, ali treba napomenuti da se one, ipak, javljaju sporadično i ne kod svih. Važno je naglasiti da će prije primjene kortikosteroida, u dogovoru s vama, liječnik razmotriti sve mogućnosti i procijeniti je li njihova korist u liječenju veća od mogućih nuspojava.

Prekid terapije

Korištenje steroida NE SMIJE se prekinuti naglo ako se uzimaju dulje od dva tjedna. Prekine li naglo terapiju steroidima, vaše dijete može imati ozbiljne simptome! Iz istog je razloga iznimno važno redovito uzimanje terapije, tj. ne smiju se preskakati doze.

Već smo ranije napomenuli da se kortikosteroidi u našem tijelu i prirodno stvaraju, u nadbubrežnim žlijezdama. Jednom, kada se steroidi uzimaju u duljem vremenskom razdoblju, nadbubrežne žlijezde se „uspavaju“, odnosno, ne proizvode dovoljno vlastitog hormona. Ako naglo prekinete terapiju, zapravo ostajete bez tih hormona u tijelu. Postupno smanjivanje doze, koju vaš liječnik propisuje, omogućuje oporavak nadbubrežnih žlijezda. Stoga svaka promjena doze lijeka MORA biti u dogovoru s liječnikom. Smanjivanje doze lijeka obično se radi vrlo polako, tijekom više tjedana.

Simptomi koji mogu nastati kao posljedica brzog smanjivanja ili ukidanja uporabe kortikosteroida, mogu biti vrlo ozbiljni i uključuju: umor, slabost, povraćanje, proljev, bol u trbuhu, nizak šećer u krvi (hipoglikemiju) i nizak krvni tlak koji može uzrokovati vrtoglavicu, sinkopu i kolaps.

Smiju li se djeca tijekom terapije kortikosteroidima cijepiti?

Dok primaju visoke doze kortikosteroida djeca ne smiju primiti živa cjepiva, kao što su BCG, MoPaRu (u redovitom kalendaru cijepjenja za RH) ili npr. oralno cjepivo protiv poliovirusa, cjepivo protiv vodenih kozica i žute groznice (koja nisu u redovitom kalendaru cijepjenja za RH). Prije svakog cijepjenja posavjetujte se s liječnikom koji cijepi dijete.

Aminosalicilati (mesalazin, 5-ASA)

Aminosalicilati (Salofalk®, Pentasa®, Asacol®...) su lijekovi slični aspirinu, a sadrže 5-aminosalicilnu kiselinu (5-ASA) i koriste se u liječenju blagog i umjereno aktivnog ulceroznoga kolitisa i za uvođenje i održavanje remisije. Istu ulogu ima i sulfasalazin čija je kemijska struktura malo različita, ali je način djelovanja sličan mesalazinu. Njihova učinkovitost u Crohnoj bolesti vrlo je ograničena.

Aminosalicilati smanjuju upalu, slično kao i aspirin, ali ne smanjuju imunost organizma. Osim toga, aminosalicilati djeluju gotovo isključivo na debelo crijevo, pa je sistemski učinak mali.

Lijekovi se mogu primijeniti peroralno (u obliku tableta ili granula) i lokalno, u obliku klizmi, pjene ili čepića.

Koje su moguće nuspojave primjene aminosalicilata?

Aminosalicilati su sigurni lijekovi koji rijetko izazivaju nuspojave. Češće nuspojave aminosalicilata uključuju mučninu, grčeve, proljev, nadutost. Rjeđe se javlja glavobolja, reakcije preosjetljivosti (alergija), gubitak kose, a vrlo rijetko upala gušterače, upala jetre, bubrega i pluća, poremećaj u krvnoj slici, te vrućica.

Mogu li se djeca koja uzimaju aminosalicilate cijepiti?

Aminosalicilati ne djeluju na imunološki sustav, tako da djeca koja uzimaju aminosalicilate mogu primiti sva cjepiva.

Azatioprin

Azatioprin (Imuran®) je imunosupresivni lijek, odnosno lijek koji smanjuje djelovanje imunološkoga (obrambenog) sustava. Lijek djeluje na sintezu nekih tvari potrebnih za sintezu DNK (deoksiribonukleinske kiseline) od koje se sastoje naši geni. Rabi se u liječenju različitih bolesti koje su posljedica promijenjenog / hiperaktivnog imunološkog odgovora, u prvome redu autoimunih bolesti jer djeluje na imunološki sustav (obrambeni sustav u našem organizmu). Upravo zbog takvog djelovanja njegovoj uporabi treba oprezno pristupiti. Koristi se u liječenju upalnih bolesti crijeva (Crohnova bolest, ulcerozni kolitis), jetrenih bolesti (autoimuni hepatitis), te različitih reumatoloških bolesti.

Kako se uzima azatioprin i kada očekivati učinak?

Prije uzimanja lijeka posavjetujte se s liječnikom te pročitajte upute proizvođača. Uzimajte azatioprin točno onako kako vam je odredio liječnik. Uzimajte lijekove nakon obroka. Trudite se uzeti lijek uvijek u isto vrijeme kako bi osigurali najbolju razinu lijeka u organizmu tijekom cijeloga dana i izbjegli mogućnost preskočiti dozu. Ako ste zaboravili popiti lijek, uzmite ga čim se sjetite, ali nemojte istovremeno uzeti duplu dozu. Azatioprin ne djeluje odmah! Potrebna su i do 3 mjeseca da bi lijek postao učinkovit.

Koje su nuspojave?

Ovdje napominjemo najčešće i najozbiljnije nuspojave. Treba napomenuti da se one ne javljaju često, ali mogu biti ozbiljne. Važno je naglasiti, da je prije uporabe azatioprina vaš liječnik razmotrio sve mogućnosti, i da je korist ovoga lijeka u liječenju vašega djeteta mnogo veća od mogućih nuspojava.

- Najozbiljnija nuspojava uzimanja lijeka povećana je sklonost razvoju infekcija. Ukoliko se javi povišena temperatura,

grlobolja, pečenje prilikom mokrenja ili neki drugi znak infekcije, odmah se javite liječniku.

- Azatioprin može uzrokovati anemiju i niske trombocite, zato, ukoliko osjetite umor ili vam se pojavljuju modrice nakon manje traume ili bez nje, javite se liječniku. Važno je naglasiti da će vam upravo zbog tih nuspojava, vaš liječnik redovito kontrolirati nalaze.
- Ukoliko se tijekom liječenja razviju probavne smetnje (koje najčešće nastaju već početkom liječenja) – povraćanje, mučnina, bolovi u trbuhu, proljev ili žutica, morate se odmah javiti liječniku. I zbog ovih će vam mogućih nuspojava, liječnik (u početku vrlo često) kontrolirati nalaze (enzime jetre i gušterače).
- Postoje naznake povećane učestalosti limfoma i nekih drugih malignih bolesti u osoba koje su dugotrajno uzimale azatioprin.

Na što je potrebno posebno pripaziti; što je s cijepljenjem?

Redovito odlazite k liječniku na preporučene kontrole. Dok uzimate lijek potrebne su redovite krvne pretrage koje će ordinirati vaš liječnik. Izbjegavajte doticaj s osobama koje imaju vodene kozice ili herpes zoster. Ako niste preboljeli vodene kozice, a dođete u doticaj s oboljelijom osobom, javite se svom liječniku. Dok uzimate azatioprin izbjegavajte dugotrajni boravak na suncu te koristite kreme s visokim zaštitnim faktorom. Prije uzimanja bilo koje dodatne terapije, posavjetujte se sa svojim liječnikom.

Dok primaju azatioprin djeca ne smiju primiti živa cjepiva, kao što su BCG, MoPaRu (u redovitom kalendaru cijepljenja za RH) ili npr. oralno cjepivo protiv poliovirusa, cjepivo protiv vodenih kozica i žute groznice (koja nisu u redovitom kalendaru cijepljenja za RH). Prije svakog cijepljenja posavjetujte se s liječnikom koji cijepi dijete.



Metotreksat

Metotreksat je lijek koji djeluje inhibirajući metabolizam folne kiseline i na taj način djeluje na sintezu DNK (deoksiribonukleinske kiseline), od koje se sastoje naši geni. Na taj način prvenstveno djeluje na stanice koje se brzo dijele, kao što su stanice našeg imunološkog sustava. Zbog svojeg djelovanja na brzodijeleće stanice, rabi se u liječenju brojnih karcinoma, a u puno manjoj dozi u liječenju autoimunih/hiperimunih bolesti, kao što su upalne bolesti crijeva i brojne reumatološke bolesti.

U liječenju kroničnih upalnih bolesti crijeva, metotreksat se primjenjuje intramuskularno, odnosno injekcijom, jednom tjedno. Što se tiče peroralne primjene, dosadašnji podaci pokazuju da je djelotvornost lijeka uzimanog na usta nešto manja u usporedbi s intramuskularnom primjenom.

Koje su moguće nuspojave?

Ovdje navodimo najčešće i najozbiljnije nuspojave. Treba napomenuti da se one ne javljaju često, ali da mogu biti ozbiljne. Važno je naglasiti da je, prije uporabe metotreksata, vaš liječnik razmotrio sve mogućnosti i da je korist ovoga lijeka u liječenju vašeg djeteta puno veća nego li moguće nuspojave.

- Kod nekih bolesnika može se javiti osjećaj slabosti, proljev, afte u ustima, glavobolja, gubitak kose i osip, što se puno češće javlja kod visokih doza lijeka; u IBD-u preporučena doza lijeka vrlo je mala.
- Uzimanje metotreksata može utjecati na krvnu sliku (jedan od učinaka je smanjenje broja krvnih stanica). Osim toga, povećava se mogućnost nastanka infekcija. Dobijete li upalu grla ili neku drugu infekciju, vrućicu, neobjašnjive modrice ili krvarenja, morate se javiti svojem liječniku.
- Metotreksat može uzrokovati oštećenje jetre, stoga će vam vaš liječnik redovito kontrolirati jetrene enzime u krvi.
- Rijetko, metotreksat može uzrokovati plućnu bolest. U slučaju nedostatka zraka ili jakoga kašlja, javite se liječniku.
- Jako je važno napomenuti da je metotreksat teratogen lijek, odnosno u trudnoći uzrokuje malformacije ploda. Stoga se tijekom terapije ne smije planirati trudnoća, a spolno aktivne djevojke moraju uzimati peroralnu kontracepciju.
- Nuspojave lijeka ublažavaju se uzimanjem folne kiseline koju će vam liječnik prepisati istodobno s početkom uzimanja metotreksata.

Na što je potrebno posebno pripaziti; što je s cijepljenjem?

- Redovito odlazite k liječniku na preporučene kontrole. Dok uzimate lijek potrebne će biti redovite krvne pretrage koje će ordinirati vaš liječnik.
- Izbjegavajte odlazak k osobama koje imaju vodene kozice ili herpes zoster. Ako niste preboljeli vodene kozice, a dođete u doticaj s oboljelijom osobom, javite se svojem liječniku.
- Dok uzimate metotreksat izbjegavajte dugotrajni boravak na suncu te koristite kreme s visokim zaštitnim faktorom.
- Prije uzimanja bilo koje dodatne terapije posavjetujte se sa svojim liječnikom.
- Djevojke koje uzimaju metotreksat, za vrijeme liječenja ne smiju zatrudnjeti.
- Mladići, prilikom upuštanja u spolne odnose, moraju rabiti kondom (prezervativ).

Dok primaju metotreksat djeca ne smiju primiti živa cjepiva, kao što su BCG, MoPaRu (u redovitom kalendaru cijepljenja za RH) ili npr. oralno cjepivo protiv poliovirusa, cjepivo protiv vodenih kozica i žute groznice (koja nisu u redovitom kalendaru cijepljenja za RH). Prije svakoga cijepljenja, posavjetujte se s liječnikom koji cijepi dijete.

Biolška terapija

Biolška terapija (infliksimab - Remicade®, Inflectra®, adalimumab - Humira®, ...) uključuje lijekove koji prepoznaju, vežu i blokiraju točno određenu molekulu s proupalnim djelovanjem. Kod infliksimaba ili adalimumaba to je faktor tumorske nekroze (TNF). TNF je molekula što je luče imunološke stanice u tijelu, a koja sudjeluje u upalnom odgovoru. Stvaranje TNF-a pojačano je kod nekih bolesti, kao što su upalne bolesti crijeva. Biolška terapija neće potpuno izliječiti bolest, ali blokirajući TNF, smanjit će upalu, a time i simptome bolesti.

Biolška se terapija rabi u liječenju umjerenom do jako aktivne upalne bolesti crijeva (Crohnova bolest i ulcerozni kolitis) te u liječenju reumatoidnog artritisa. U liječenju Crohnove bolesti daje se onim bolesnicima kojima drugo liječenje nije pomoglo. U ulceroznom kolitisu učinkovitost je manja, ali se biološki lijekovi ipak preporučuju u onih bolesnika koji su rezistentni na ostalu terapiju ili su nuspojave/komplikacije bile tako teške da se liječenje nije moglo dalje provoditi.

Koje su moguće nuspojave?

Biolška terapija, kao i drugi lijekovi koji djeluju na imunološki sustav, može izazvati ozbiljne nuspojave.

- S obzirom da smanjuje sposobnost organizma u borbi protiv infekcija, osobe koje se liječe biološkom terapijom znatno

su sklonije razvoju infekcija. Osim toga, infekcije koje nastaju mogu biti puno ozbiljnije nego li one u zdravih ljudi. Opisani su i smrtni slučajevi uzrokovani infekcijama kod osoba na biološkoj terapiji. Upravo je povećana sklonost infekcijama razlogom zbog kojeg bolesnici, prije početka terapije, prolaze probir na oportunističke infekcije. U slučaju povišene temperature, lošeg osjećanja, grlobolje, kašlja, pečenja prilikom mokrenja i drugih simptoma infekcije, odmah se javite svom liječniku.

- **Alergijske reakcije.** Opisani su slučajevi jake alergijske reakcije na biološku terapiju. Ove reakcije mogu nastati dok vaše dijete prima terapiju ili odmah nakon primjene lijeka. Simptomi uključuju urtikariju, teškoće disanja, bol u prsnom košu, sniženje krvnog tlaka. Zbog toga se lijek prima pod nadzorom. Ako se alergijske reakcije pojave, liječnik će zaustaviti primjenu terapije i primijeniti antialergijske lijekove. Neki bolesnici razvili su alergijske reakcije i 3-12 dana nakon infuzije lijeka. Njihovi simptomi bili su simptomi odgođene reakcije i uključivali su povišenu temperaturu, osp, glavobolju, bolove u mišićima i zglobovima. Ukoliko vam se ovakvi simptomi jave, odmah se javite liječniku.
- **Zatajenje srca.** Bolesnici s otplrije poznatim srčanim tegobama, moraju primati biološku terapiju pod strogim nadzorom, uključujući i kardiologa. Ukoliko razvijete nove simptome, kao što su kratak dah, osjećaj nedostatka zraka, otok nogu i zglobova, odmah se javite liječniku.
- **Smanjeno stvaranje krvnih stanica.** U nekih bolesnika koji uzimaju biološku terapiju smanjeno se stvaraju krvne stanice koje štite tijelo od infekcija ili koje zaustavljaju krvarenje. Do sada je nekoliko bolesnika umrlo od ove nuspojave. Ukoliko vaše dijete dobije visoku temperaturu, krvari ili mu se vrlo lako pojavljuju modrice, izgleda bljeđe no inače, odmah se javite liječniku.
- **Problemi središnjeg živčanog sustava.** Postoje, rijetko opisani, slučajevi kod kojih je uzimanje biološke terapije uzrokovalo neurološku bolest. Znakovi koji na to upućuju su sljedeći: promjene vida, slabost u rukama i/ili nogama, utrnucé ili trnci u nekome dijelu tijela.
- **Autoimune bolesti.** Postoje opisani slučajevi razvoja autoimune reakcije tijekom liječenja biološkim lijekovima, kao što je vaskulitis, ili kožne promjene (psorijaza). Veoma je mali broj bolesnika koji su razvili ove nuspojave.
- **Maligne bolesti.** Postoje opisani slučajevi nastanka teških oblika malignog limfoma u bolesnika koji su uzimali biološku terapiju. Riječ je o bolesti što se češće javlja u mlađih bolesnika muškoga spola koji su primali biološku terapiju u kombinaciji s azatioprinom. Međutim, jako je mali broj bolesnika s ovom komplikacijom.

Tko ne bi smio uzimati biološku terapiju?

- Srčani bolesnici. Osim ako vam to liječnik ne preporučí.
- Bolesnici koji su imali alergijsku reakciju na biološku terapiju.

Na što trebate upozoriti liječnika?

Prije prve doze učinité se probir na oportunističke infekcije, međutim, svakako upozorite liječnika:

- mislite li da vaše dijete trenutno ima neku infekciju koja može zahvatiti dio tijela (kao što su rane) ili cijelo tijelo (kao što je gripa)
- ima li infekciju koja ne prolazi ili se stalno vraća
- ima li tuberkulozu ili je bilo u doticaju s nekim tko ima tuberkulozu
- ako ste živjeli u tropskim krajevima, ili ste ih posjetili
- ima li srčanu bolest
- ima li neurološku bolest, kao što je multipla skleroza, Guillain-Barré sindrom, epilepsija
- ako je nedavno cijepljeno
- recite liječniku za sve lijekove koje vaše dijete uzima.

Kako se biološka terapija primjenjuje?

Biološka se terapija primjenjuje kao intravenska infuzija ili subkutana (potkožna) injekcija. Tijekom primjene lijeka bitéte pod nadzorom liječnika ili posebno izučene medicinske sestre. O tome kako često i u kojoj ée se dozi lijek primjenjivati, izvijestité ée vas liječnik. Ako primete biološku terapiju – infliksimab (Remicade ili Inflectra) obično se poslije prve, sljedeća doza daje nakon dva,

te šest tjedana. Nakon toga, daje se svakih 8 tjedana, uvijek intravenskom infuzijom. Biološka terapija adalimumab (Humira) primjenjuje se potkožno, svaka dva tjedna. Nažalost, s vremenom terapijska učinkovitost biološke terapije može oslabjeti pa ée, kod većeg broja bolesnika, dozu trebati povećati ili smanjiti vremenski razmak između primjene lijeka.

Smiju li se djeca tijekom terapije ciječiti?

Za vrijeme biološke terapije djeca ne smiju primiti živa cjepiva, kao što su BCG, MoPaRu (u redovitom kalendaru cijepljenja za RH) ili npr. oralno cjepivo protiv poliovirusa, cjepivo protiv vodenih kozica i žute groznice (koja nisu u redovitom kalendaru cijepljenja za RH). Prije svakoga cijepljenja, posavjetujte se s liječnikom koji cijepi dijete.

Kirurško liječenje

U liječenju IBD-a cilj je uvijek sačuvati crijevo, međutim, postoje okolnosti kada je kirurško liječenje najbolja opcija ili jedina mogućnost u liječenju. Veliki je broj bolesnika s Crohnovom bolešću, a i dio bolesnika s ulceroznim kolitisom, koji ée tijekom života trebati operaciju.

Najčešći razlozi za kirurško liječenje:

- neodgovarajuća kontrola bolesti primjenom terapije lijekovima
- komplikacije koje uključuju perforaciju (puknuće) crijeva, pojavu apscesa (ograničene nakupine gnoja u trbuhu i maloju zdjelici), aktivne fistule, tešku bolest debeloga crijeva koja može uzrokovati njegovu perforaciju (prsnuće), strikture (suzenja) i opstrukcije crijeva (koje onemogućuju normalnu pasažu crijevnog sadržaja)
- u Crohnovoj bolesti u djece, kod koje je bolest lokalizirana samo na mali dio crijeva (najčešće terminalni ileum), odstranjenjem tog dijela crijeva može se ostvariti dugotrajna remisija i poboljšati rast
- teški oblik ulceroznoga kolitsa koji zahvaća veće površine debelog crijeva i koji ne odgovara na dostupnu terapiju.

U ulceroznome kolitisu odstranjenjem debelog crijeva (proktokolektomija) bolesnici ozdrave, odnosno, upala se ne širi na ostatak crijeva. Nakon odstranjenja debelog crijeva u bolesnika s ulceroznim kolitisom, od završnog dijela tankoga crijeva formira se rezervoar („pouch“) koji se spaja s anusom, tako da bolesnici nemaju doživotno stomu (vrećice), već imaju stolice kroz anus/čmar. Komplikacije ove operacije su rijetke, ako se izvode u centrima s velikim iskustvom i velikim brojem bolesnika. Dugoročno, bolesnici koji imaju pouch imaju češće stolice (najčešće 2-5 stolica/dan), a kod jednog dijela bolesnika može doći i do upale ovoga dijela crijeva, tzv. pouchitisa.

Za razliku od ulceroznoga kolitisa, u Crohnovoj bolesti niti jedan operativni zahvat neće dovesti do izliječenja / ozdravljenja. Međutim, u mnogih bolesnika odstranjenje zahvaćenog dijela crijeva dovodi do dugotrajne remisije u kojoj su bolesnici bez simptoma i osjećaju se zdravima. Nažalost, u bolesnika s Crohnovom bolešću, simptomi (odnosno upala) mogu se ponovno javiti, najčešće na mjestu operativnoga zahvata. Stoga je, u slučaju operativnog liječenja, jako važno odstraniti što manji dio crijeva i rabiti tehnike minimalno invazivne kirurgije, u centru koji godišnje ima veliki broj takvih operacija. Također, postoje različite metode kojima se nastoji smanjiti mogućnost brze, ponovne pojave bolesti, kao što je primjena enteralne prehrane prije i nakon zahvata, davanje određenih lijekova, itd.

Kirurško liječenje u Crohnovoj bolesti također uključuje i liječenje perianalne bolesti, prvenstveno apscesa te postavljanje setona kroz otvore fistula.



Postoji li posebna prehrana za bolesnike s IBD-om?

Budući da IBD zahvaća probavni sustav te da upala, posebice u Crohnovoj bolesti, može utjecati na apsorpciju hranjivih tvari te vitamina i minerala, od iznimne je važnosti osigurati uzimanje dovoljne količine zdrave hrane.

Tijekom relapsa, odnosno pojave simptoma, ponekad je jako teško nastaviti normalno se hraniti. Zato će vam, u tom razdoblju, svakako biti važno stručno vodstvo vašeg nadležnog liječnika i nutricionista, iskusnih u zbrinjavanju djece s IBD-om. To je ujedno i vrijeme kada će vam, možda, trebati nadopuna s enteralnim pripravcima ili isključiva enteralna prehrana u slučaju Crohnove bolesti. Između relapsa, kada bolest miruje, treba nastaviti s normalnim životom i s normalnom prehranom, bez ikakvih posebnih ograničenja. Naravno, treba pripaziti da dijete uzima raznovrsnu hranu, bez previše "nezdravih" namirnica. O tome što su to "nezdrave namirnice", više je podataka u daljnjem tekstu.

Iako sadašnji znanstveni dokazi ne upućuju na to da određena hrana izaziva relaps, odnosno pogoršava upalu, ipak neke vrste hrane mogu u pojedinim bolesnika pogoršati probavne simptome. Ti simptomi najčešće su: proljev, osjećaj nadutosti ili grčevi u trbuhu, te ih je ponekad teško razlikovati od simptoma bolesti. Važno je naglasiti da ista hrana ne pogoršava simptome kod svih bolesnika; kod nekoga je to veća količina mlijeka, kod drugoga uzimanje pekarskih proizvoda, poput bureka i pize, ili hrane poput graha i kiselog zelja. Stoga, jedini način kako možete otkriti koja vam hrana pogoršava simptome, je da o tome brinete, možda vodite i dnevnik prehrane, te da se o jelovniku posavjetujete s nutricionistom. Uloga kliničkog nutricionista koji se bavi djecom i mladima s IBD-om veoma je važna, jer za razliku od odraslih, u dječjem uzrastu i adolescenciji moraju se osigurati hranjive tvari neophodne za rast i razvoj. Nažalost, mnogi nutricionisti, pa i liječnici, u želji da pomognu bolesniku preporučuju raznovrsne eliminacijske dijetete. Budući da, zasad, ne postoje dokazi da određene dijetete uistinu pomažu održavanju remisije i liječenju bolesti, te da u dječjoj dobi mogu dovesti do razvoja deficitarnih stanja i poremećaja rasta, niti jedan ih relevantni terapijski postupnik trenutno ne preporuča.

Evo nekoliko savjeta o "zdravoj" i "nezdravoj" prehrana za dijete s IBD-om:

- nastojte jesti raznovrsne sezonske namirnice u više manjih dnevnih obroka
- izbjegavajte prženu i jako začinjenu hranu

- izbjegavajte velike količine konzervirane hrane i namirnica na bazi koncentriranih šećera (slatkiše...)
- ponekad hrana s puno ostataka (celuloze), kao što su grahorice, mahune, leća itd., pogoršava neke simptome, zato je probajte, ali ako vam uzrokuje nelagodu, nastojte je izbjegavati pogotovo u fazama aktivne bolesti
- primijetite li da vam mlijeko uzrokuje tegobe, nemojte ga izbaciti iz prehrane, već ga zamijenite fermentiranim mliječnim proizvodima ili mlijekom sa smanjenim udjelom laktoze; mlijeko i mliječni proizvodi sadrže veliku količinu kalcija, neophodnog za rast i razvoj djece, pa se ne smiju, bez odgovarajuće nadopune, u cijelosti izostaviti iz prehrane
- izbjegavajte zaslađene voćne sokove i kavu jer mogu uzrokovati proljev
- jedete li u restoranu, bolje je izabrati jednostavnu hranu, a izbjegavati masne umake i jake začine
- izbjegavajte veće količine pekarskih proizvoda od bijeloga brašna (pecivo, burek, pizza...) i nastojte uzimati manje količine priprava od integralnoga brašna
- koristite enteralne pripravke koje vam je propisao liječnik
- ne započinjte posebnu prehranu ili dijetu a da se o tome ne posavjetujete sa svojim liječnikom i nutricionistom.

Na kraju napominjemo da je važno nastaviti normalno živjeti, pogotovo u fazama kada je bolest u remisiji i, stoga, nisu primjerena ikakva teška ograničenja. Smijete jesti u restoranima, uzimati različite namirnice uključujući i gore navedene kao "nepoželjne", no, to mora biti povremeno i, zasigurno, ne u svakodnevnoj prehrani.

Cijepljenje

Prilikom postavljanja dijagnoze, liječnik će vas podrobno ispitati o dosadašnjim cijepljenjima i zaraznim bolestima (posebice je li dijete preboljelo vodene kozice).

Ukoliko dijete nije preboljelo vodene kozice, preporuča se cijepljenje prije početka imunosupresivne terapije. Ako dijete nije cijepljeno protiv hepatitisa B, također se preporuča cijepljenje prije početka terapije. Osim toga, svake se godine preporuča i cijepljenje protiv gripe. Kod adolescentica u obzir dolazi i cijepljenje protiv HPV-a (Humanog papiloma virusa) o čemu se trebete posavjetovati sa svojim liječnikom.

Zapamtite, tijekom imunosupresivne terapije ne smijete se cijepiti živim cjepivima kao što su BCG, MoPaRu (u redovitom kalendaru cijepljenja za RH) ili npr. oralno cjepivo protiv poliovirusa, cjepivo protiv vodenih kozica i žute groznice (koja nisu u redovitom kalendaru cijepljenja za RH)! O tome je bilo više riječi u odjeljcima o lijekovima što se primjenjuju u IBD-u.

Kako IBD utječe na normalan život?

Većina bolesnika s IBD-om mora uzimati lijekove cijeloga života. Simptomi koji se javljaju variraju od blagih (povremena bol u trbuhu, proljevaste stolice) do teških (vrućica, jaki gubitak na tjelesnoj masi, jaka bol u trbuhu, krvarenje...). Međutim, najčešće u fazama remisije bolesnici nemaju simptoma (odnosno bolest se nalazi u stanju mirovanja – remisiji). Cilj je liječenja osigurati da ta razdoblja što duže potraju.

Pitanja koja najčešće muče djecu i adolescente su: hoću li moći nastaviti s normalnim životom – ići u školu, družiti se s prijateljima, izlaziti?

Odgovor na to pitanje je: DA. Nakon određenog razdoblja bolesnici se vraćaju svojim uobičajenim aktivnostima. Međutim, ponekad se planovi moraju prilagoditi trenutnom bolesnikovom stanju/simptomima. Važno je znati da ne treba dopustiti IBD-u da vlada vašim životom, stoga u fazi remisije treba nastaviti s uobičajenim aktivnostima. Međutim dijete/adolescent treba razviti svijest o simptomima koji upućuju na relaps, i na vrijeme ih prepoznati.

Kako smanjiti stres i emocionalnu napetost?

Stres i napetost dio su života svakog djeteta i adolescenta i ne mogu se izbjeći. Djeca s IBD-om izložena su dodatnome stresu vezanom uz njihovu bolest. Treba pokušati na najmanju moguću mjeru smanjiti stres, jer to pomaže i smanjenju simptoma. Ponekad je za to potrebna pomoć psihologa ili dječjeg psihijatra. Nemojte se sramiti ili ustručavati potražiti pomoć.

Kako si pomoći?

- uzimajte svoje lijekove redovito
- redovito perite ruke: prije i poslije toaleta, prije i poslije jela
- jedite redovito i pijte dosta tekućine
- održavajte tjelesnu aktivnost
- nosite sa sobom suhe i vlažne maramice, te dezinficijens za ruke
- slušajte vlastito tijelo – ukoliko se osjećate umorno ili malaksalo, usporite ritam
- prije dolaska k liječniku zapišite što želite pitati, jer se ponekad dogodi da se na pregledu toga ne možete sjetiti.

Smiju li adolescenti s IBD-om pušiti?

Pušenje je, ionako, po zdravlje štetna navika. Međutim, bolesnicima s Crohnovom bolešću pušenje znatno povećava rizik za pojavu relapsa. Stoga, već od ranog djetinjstva djeteta ili adolescenta treba upozoravati na rizike koje pušenje sa sobom nosi.

Može li se s IBD-om normalno putovati?

Može, ali prije putovanja važno je sve unaprijed isplanirati:

- ne zaboravite ponijeti lijekove
- ne zaboravite putno zdravstveno osiguranje i kratku medicinsku dokumentaciju
- na putu, posebice u egzotičnim mjestima, jedite samo hranu za koju ste sigurni da odgovara higijenskim standardima
- prilikom putovanja u daleke zemlje raspitajte se o potrebi cijepljenja (ako uzimate imunosupresivnu terapiju ne smijete se cijepiti živim cjepivima, kao što je žuta groznica, a cijepljenje je prije odlaska u neke zemlje obvezno).



Što će mi se dogoditi odrastanjem?

S odrastanjem dijete i adolescent mora znati preuzeti brigu o sebi, a s time i o vlastitome zdravlju. Na taj način, potpunim osamostaljenjem, mlada odrasla osoba može u cijelosti skrbiti i o svojoj bolesti. Važno je da dijete, ili adolescent, razumije svoju bolest, načine liječenja i dijagnostičke pretrage, naravno, u skladu s njegovim uzrastom. Zato dopustite djetetu da, od najranije dobi, postavlja pitanja i na njih dobija odgovore. Jednako tako, treba omogućiti djetetu da se samo brine o nekim aspektima svoga liječenja, što također ovisi o djetetovom uzrastu. Treba imati na umu da starije dijete i adolescent imaju pitanja koja možda ne žele (ili se srame) pred roditeljima postaviti liječniku. Zbog toga se savjetuje da, ukoliko je to potrebno, starije dijete ili adolescent dio pregleda obavi nasamo s liječnikom.

Prelaskom u odraslu dob, brigu o bolesniku preuzima internist - gastroenterolog, idealno preko tranzicijske klinike. Tranzicijska klinika uključuje zajedničke preglede pedijatra - gastroenterologa i internista - gastroenterologa, a nakon toga o bolesniku u potpunosti skrbi internist.

Nova istraživanja

Puno je bolesnika s kroničnim upalnim bolestima crijeva, dapače, svakim ih je danom sve više. Stoga se diljem svijeta provode brojna znanstvena istraživanja kojima je cilj otkriti uzroke, bolje razumijeti bolest, unaprijediti liječenje i smanjiti komplikacije. Nepobitno, nada u novi lijek svakim se danom povećava. Međutim, bez aktivnog uključivanja bolesnika s IBD-om, ova su istraživanja nemoguća. Stoga, pomozite sebi i drugima, uključite se!

Poruke za kraj

IBD nije posljedica samo neke hrane, virusa, bakterije... To je bolest složenog mehanizma nastanka koji nije do kraja razjašnjen. Stoga, za sada, ne postoji lijek koji može trajno izliječiti bolesnika.

IBD nije zarazan i ne može se prenijeti na druge osobe. Međutim, treba znati da se u obitelji u kojoj netko boluje od IBD-a, bolest češće javlja.

IBD se ne može izliječiti, međutim, većina bolesnika s IBD-om puno češće je zdrava no bolesna.

Ukoliko imate pitanja, potražite na njih odgovore, a pravo mjesto za to liječnik je koji vas liječi.

Nemojte biti sami, zatražite podršku obitelji i prijatelja, drugih bolesnika (preko udruge za IBD), psihologa i drugih zdravstvenih radnika.

Zapamtite, oko vas je puno uspješnih ljudi s IBD-om koji su ostvarili svoje snove, pa zato nimate razloga ne učiniti sve da ostvarite svoje ciljeve.

Kontakt

Na raspolaganju smo vam za sva dodatna pitanja, prijedloge i sugestije.

Referentni centar za dječju gastroenterologiju i prehranu

Klinika za dječje bolesti Zagreb

Klaićeva 16, 10000 Zagreb

Tel: 01/4600-111

Fax: 01/4600-160

e-mail: pedIBD.klaiceva@gmail.com

IMPRESSUM

AUTORI TEKSTA:

dr.sc. Iva Hojsak, dr.med.
prim.dr.sc. Zrinjka Mišak, dr.med.
prof.dr.sc. Sanja Kolaček, dr.med.

IZRADA PO PROJEKTU:

„I u bolesnom tijelu zdrav duh“

VODITELJI PROJEKTA:

Željko Gardlo
Perica Lajšić

IZDAVAČ:

Hrvatsko udruženje za Crohnovu bolest
i ulcerozni kolitis

GRAFIČKA PRIPREMA I TISAK:

Dizajn studio Ringeis d.o.o.

DONATORI:



MINISTARSTVO ZDRAVLJA REPUBLIKE HRVATSKE



HRVATSKA ELEKTROPRIVREDA d.d.

© HUCUK 2015.

Zagreb, Kralja Zvonimira 20
Telefon/Fax: +385 1 3764 058
E-mail: mail@hucuk.hr
Internet: www.hucuk.hr
IBAN: HR9623600001101554213
MB: 01513958
OIB: : 43805471123