

Kronične vnetne črevesne bolezni[®]

Publikacijo so pripravili:

doc. dr. Rok Orel, dr. med.

prim. Marjeta Sedmak, dr. med., svetnica

asist. Jernej Breclj, dr. med.

Tina Kamhi, dr. med.

asist. mag. Matjaž Homan, dr. med.

Jure Mikolič, mag. farm.



Spoštovani bolniki in starši, pred vami je knjižica, ki smo jo za vas napisali v Službi za gastroenterologijo Pediatrične klinike Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani. V njej smo vam poskušali podati nekaj osnovnih informacij o vaši bolezni: o vzrokih za njen nastanek, kako postavimo diagnozo in o tem, kakšno je njeno zdravljenje.

Zavedamo se, da bolezen pri vsakem izmed vas ubira drugačno pot, zato je pristop k vsakemu bolniku poseben in osebni. Čeprav pri obravnavi vseh bolnikov sledimo najsodobnejšim mednarodnim diagnostičnim in terapevtskim smernicam, pa se hkrati zavedamo, da moramo vsakega izmed vas obravnavati drugače in upoštevati posebnosti bolezni pri posamezniku, njegove odločitve in izbor preiskav in zdravljenja, ki mu najbolj ustreza.

V knjižici boste nasli veliko, a ne vseh odgovorov na vprašanja, ki se vam zastavljajo. Nobena pisna informacija ne more nadomestiti osebnega pogovora z zdravnikom, ki vas zdravi. Zato bomo veseli vseh vaših vprašanj, kajti le dobro znanje o vaši bolezni vam bo omogočilo, da boste pri svojih odločitvah ravnali tako, da vam bo vaša bolezen prinesle kar najmanj nevšečnosti.

Veselimo se, da vam bomo lahko prisluhnili, vam svetovali pri vaših odločitvah in vam pomagali, da boste lahko kljub neprijetni bolezni dosegli cilje, ki ste si jih zastavili v življenju. Življenju, ki pred nas postavlja ovire, zato da jih premagamo in nadaljujemo svojo pot še močnejši.

V imenu avtorjev,
doc. dr. Rok Orel, dr. med.



Kaj so kronične vnetne črevesne bolezni?

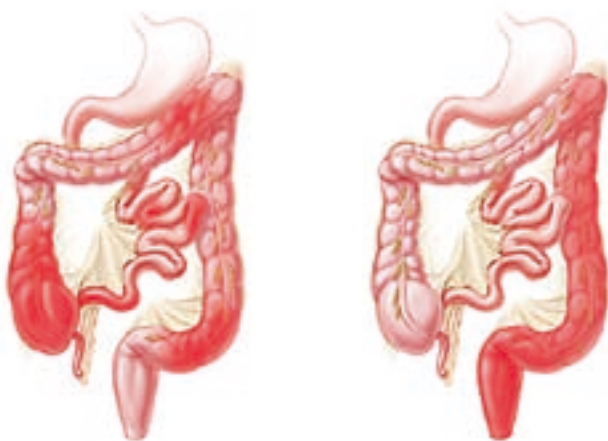
Za kronične vnetne črevesne bolezni (v nadaljevanju **KVČB**) je značilno kronično vnetje črevesa neznanega vzroka. Ločimo **Crohnovo bolezen**, **ulcerozni kolitis** in **neopredeljeni (neterminirani) kolitis**.

Crohnova bolezen lahko prizadene kateri koli del prebavil, od ust do zadnjika. Najpogosteje je vnet končni del ozkega in široko črevo. Vneti predeli črevesa se izmenjujejo z zdravimi. Pri nekaterih bolnikih zaradi vnetja in brazgotinjenja nastanejo zožitve črevesa, ki lahko ovirajo pretok črevesne vsebine. Vnetje, ki zajame celo debelino črevesne stene lahko povzroči predrtnje črevesa, še večkrat pa nastane bolezenska povezava med sosednjima črevesnima vijugama, črevesom in drugim votlim organom (mehurjem, nožnico...) ali črevesom in kožo.

Za razliko od Crohnove bolezni najdemo pri ulceroznem kolitisu samo vnetje širokega črevesa. Od tod tudi njegovo ime (ulkus = rana, čir, kolitis = vnetje širokega črevesa). Lahko je vnet le del, ali pa celo široko črevo. Skoraj vedno je vnet končni del črevesa, danka.

Neopredeljeni kolitis imenujemo tiste oblike bolezni, ki ne ustrezajo niti sliki Crohnove bolezni niti sliki ulceroznega kolitisa.

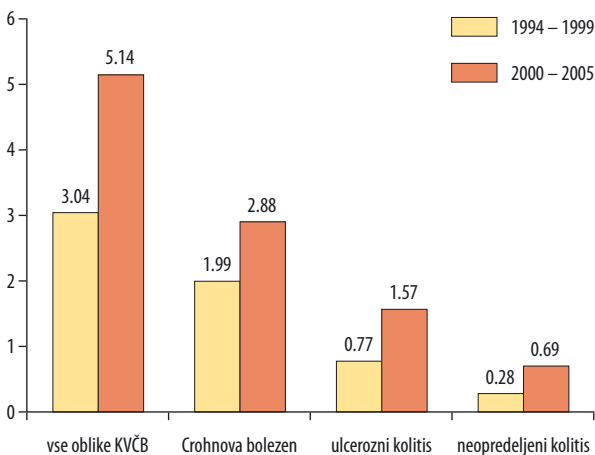
Slika 1: Najpogostejša mesta vnetja pri: Crohnovi bolezni (levo) in pri ulceroznem kolitisu (desno)



Kakšni so vzroki za nastanek kroničnih vnetnih črevesnih bolezni?

Točnih vzrokov za nastanek bolezni ne poznamo. Vemo, da se pogosteje pojavljajo med sorodniki. Znanstveniki so že odkrili celo vrsto genov, ki so povezani z dednim nagnjenjem za nastanek KVČB. Vendar enake gene najdemo tudi pri veliko ljudeh, ki nikoli ne obolijo za KVČB. Poleg tega pogostnost KVČB v vseh razvitih delih sveta naglo narašča, kar govori za velik pomen dejavnikov iz okolja. Večina znanstvenikov meni, da je pri nastanku in vzdrževanju vnetja v črevesu ključen nenormalen odziv črevesnega imunskega sistema na črevesne mikroorganizme. Kljub trudu, da bi odkrili morebitne mikrobne povzročitelje teh bolezni, se zdi, da bolezni ne povzročata neka določena bakterija ali virus. Mnogi povezujejo porast pogostnosti KVČB, kot tudi porast drugih bolezni, ki jih povezujejo z nenormalnim imunskim odzivom, kot so alergije in avtoimunske bolezni, s spremembami v prehrani, pretirano rabo zdravil, razkužil in drugih kemikalij v vsakdanjem življenju, kar vse vpliva tudi na t.i. črevesno mikrofloro (črevesne bakterije).

Slika 2: Porast pogostnosti pojavljanja kroničnih vnetnih črevesnih bolezni pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji v zadnjih letih. Graf prikazuje primerjavo povprečne letne incidence v osrednji in zahodni Sloveniji na 100.000 otrok in mladostnikov do 18. leta starosti za obdobji 1994 – 1999 in 2000 – 2005. (Povzeto po Orel in sod.: Raziskava epidemiologije KVČB pri otrocih v osrednji in zahodni Sloveniji)

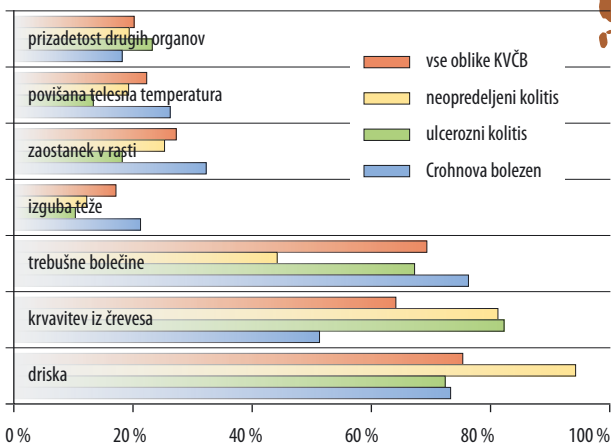




Kakšni so simptomi in znaki kroničnih vnetnih črevesnih bolezni?

Pri večini bolnikov so najizrazitejši simptomi, ki kažejo na bolezen črevesa: driska (pogosto s primesmi krvi in sluzi), bolečine v trebuhu, neprijeten stalni občutek tiščanja na blato, redkeje zaprtje in bruhanje. Včasih se jim pridružijo splošno slabo počutje, utrujenost, zmerno povišana telesna temperatura, bledica zaradi slabokrvnosti. Bolniki pogosto hujšajo, pri otrocih pa pogosto zasledimo tudi zastoj v rasti in v pubertetnem razvoju. Kljub temu, da je večinoma najbolj prizadeto črevo, pa so lahko v sklopu KVČB zajeti tudi drugi organi: sklepi, koža, jetra, žolčni vodi, ledvica, oči in drugi organi.

Slika 3: Najpogostejši simptomi in znaki kroničnih vnetnih črevesnih bolezni pri otrocih in mladostnikih (Povzeto po Orel in sod.: Raziskava epidemiologije KVČB pri otrocih v osrednji in zahodni Sloveniji)





Kako postavimo diagnozo KVČB?

Vsakega otroka, pri katerem osebni zdravnik postavi sum na kronično vnetno črevesno bolezen, mora pregledati pediater – gastroenterolog.

Po priporočilih evropskega združenja za pediatrično gastroenterologijo, hepatologijo in prehrano (ESPGHAN) poteka diagnostika po kriterijih, ki so bili sprejeti v mestu Porto na Portugalskem leta 2005, zato se imenujejo »Portski kriteriji«.

Prvo stopnjo diagnostike predstavlja natančen **pogovor** z večjim otrokom, ki sam najbolj pove svoje težave, oziroma pri manjšem otroku z njegovimi starši. Sledi **pregled** otroka. S pogovorom in pregledom ugotavimo vse pomembne simptome in znake bolezni. Potrebne so **laboratorijske preiskave blata** in **krvi**, ter **ultrazvočni pregled trebuha**. Pri otrocih s KVČB večinoma odkrijemo slabokrvnost, t.i. kazalce vnetja (zvišano koncentracijo levkocitov v krvi, pospešeno sedimentacijo eritrocitov, povišane koncentracije trombocitov in C-reaktivnega proteina), določene značilne skupine protiteles (ASCA, ANCA). S temi preiskavami poskušamo izključiti druge bolezni s podobnimi kliničnimi simptomi in znaki, kot so npr. nekater črevesne okužbe in prehranske alergije. Po potrebi se odločamo tudi za genetske preiskave.

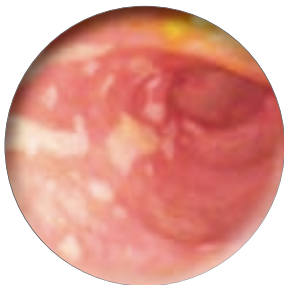


Druga stopnja diagnostike KVČB so **endoskopske preiskave**. Potrebne so endoskopske preiskave zgornjega in spodnjega dela prebavil. Endoskopska preiskava zgornjih prebavil vsebuje pregled požiralnika, želodca in dvanajstnika, kar imenujemo **ezofagogastroduodenoskopija**. Endoskopska preiskava spodnjega dela prebavil pa vsebuje pregled širokega črevesa s končnim delom ozkega črevesa, kar imenujemo **ileokolonoskopija**. Pred endoskopskimi preiskavami otrok dobi sredstvo za pomiritev v žilo (sedacijo), le redko je preiskave potrebno opraviti v anesteziji. Endoskopska ekipa, ki jo sestavljajo zdravnik - gastroenterolog ter dve ali več medicinskih sester, izvede običajno obe preiskavi istočasno.

Slika 4: Zdravnik pediater – gastroenterolog izvaja endoskopsko preiskavo pri otroku

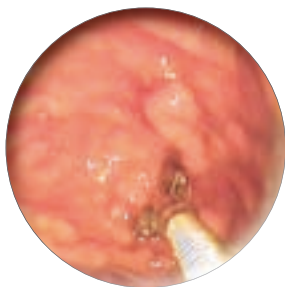


Slika 5: Značilna endoskopska slika kroničnega vnetja sluznice širokega črevesa pri Crohnovi bolezni

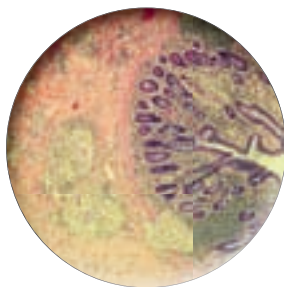


Pri endoskopskih preiskavah zdravnik vselej s posebnimi kleščicami odvzame drobcene koščke sluznice (biopsija) za tako imenovani **patohistološki pregled**. Odvzemke sluznice pregleda pod mikroskopom zdravnik patolog. Najdba značilnih mikroskopskih sprememb pomembno vpliva na postavitev točne diagnoze bolezni.

Slika 6: Jemanje biopsijskih vzorcev s kleščicami v končnem delu ozkega črevesa



Slika 7: Značilna slika patohistološke preiskave sluznice širokega črevesa pri otroku s Crohnovo boleznijo



Ker z endoskopskimi inštrumenti dosežemo le zgornje in spodnje dele prebavil, medtem, ko večine ozkega črevesa ne moremo pregledati, so za ugotavljanje bolezenskih sprememb v ozkem črevesu na voljo **rentgenske kontrastne preiskave prebavil**. Po potrebi jih lahko dopolnimo z računalniško tomografijo ali magnetnoresonančnim slikanjem prebavil. Za pregled tankega črevesa zdravnik naredi posebno endoskopsko preiskavo, ki jo imenujemo **kapsulna endoskopija**. Preiskava poteka tako, da otrok zaužije majhno kapsulo, ki vsebuje drobno kamero s pomočjo katere dobimo sliko sluznice prebavil bolnega otroka. Mesta najbolj intenzivnega vnetja lahko vidimo s **scintigrafijo prebavil z označenimi levkociti**.

Slika 8: Endoskopska kapsula za pregled ozkega črevesa





Kako zdravimo KVČB?

Kronične vnetne črevesne bolezni zdravimo z zdravili, z dietno prehrano in kirurško. Vrsta zdravljenja in izbira zdravil je odvisna od tipa in teže bolezni, mesta vnetja, morebitne dodatne prizadetosti drugih organov, splošnega stanja in starosti bolnika, pa tudi od odziva bolezni na zdravljenje, neželenih stranskih učinkov zdravil, zapletov bolezni in nenazadnje od bolnikovih osebnih odločitev.

Ločimo dve fazi zdravljenja: zdravljenje zagonov aktivne bolezni in vzdrževalno zdravljenje. Cilj prvega je odpraviti bolezenske znake in simptome ter po možnosti doseči umiritev črevesnega vnetja. Cilj vzdrževalnega zdravljenja pa je preprečiti oziroma zmanjšati možnosti ponovnega zagona bolezni.


Kortikosteroidi

Kortikosteroidi (KTS) so hormoni, ki jih v telesu proizvaja nadledvična žleza. Kot zdravila za zdravljenje KVČB se uporabljajo že skoraj 60 let. Uporabljamo jih pri zdravljenju srednje težkih in težkih oblik Crohnove bolezni, ulceroznega kolitisa in neopredeljenega kolitisa. Učinkovati začnejo v 5-10 dneh. S kortikosteroidi pozdravimo vnetje črevesne sluznice v 80% primerov. Čeprav so KTS zelo učinkoviti pri zdravljenju aktivnega črevesnega vnetja, pa niso uspešni pri preprečevanju ponovnega zagona vnetja.

Oblike KTS zdravil:

- **ampule** (za intravenozno uporabo), ki jih uporabljamo le pri najtežjih oblikah KVČB.
- **tablete** in sicer poznamo dve vrsti KTS za peroralno uporabo. **Sistemske KTS** se resorbirajo v ozkem črevesu v krvni obtok in na ta način pridejo do celic črevesa na katere delujejo. Takšno zdravilo je metilprednizolon (Medrol®), ki





ga v lekarnah dobimo v obliki 4, 16 in 32 mg tablet. **Topični KTS** pa delujejo predvsem lokalno na vnetno spremenjeno črevo. Večji del zdravila se inaktivira že ob prvem prehodu v jetrih, zato je stranskih učinkov precej manj kot v primeru uporabe starejših KTS. Uporabljajo se predvsem v primerih Crohnove bolezni, če je vnetje omejeno na zadnji del ozkega in začetni del širokega črevesa. Poznamo 3 mg kapsule budenozida (Budenofalk®).

- **klizme, pene in svečke** (za rektalno uporabo). Delujejo lokalno na obolelo sluznico črevesa. Steroidne klizme dajemo 1-2 krat na dan in so učinkovite, če vnetje zajema le zadnji del širokega črevesa in sicer do začetka esastega dela črevesa. Peno bolnik lažje zadrži, vendar pa deluje pena na krajši odsek črevesa kot klizma. KTS svečka deluje le na zadnjih 10 cm črevesa.

Otrok naj tablete zaužije z obrokom hrane, saj so grenkega okusa in lahko povzročijo prebavne težave.

Možni stranski učinki KTS so: povišan krvni pritisk, vnetje sluznice želodca, prekomeren apetit, zabuhel obraz, akne, povišan krvni sladkor, motnje spanja, spremembe v obnašanju, otekline nog, upočasnitev rasti, redčenje kostnine. Pogostost stranskih učinkov je odvisna od velikosti odmerka in trajanja zdravljenja, zato poskušamo KTS zdravila ukiniti v nekaj tednih.

Nesteroidna protivnetna zdravila (aminosalicilati)

Mesalazin (Asacol®, Pentaza®, Salofalk®, Samezil®) in sulfasalazin (Sulfasalazin®) zmanjšujeta vnetje črevesne sluznice. Mesalazin je aktivni del sulfasalazina. Predpisujemo predvsem mesalazin, saj ima manj stranskih učinkov kot sulfasalazin. Slednjega priporočamo le bolnikom, ki imajo v sklopu KVČB vnete tudi sklepe.

Obe zdravili učinkovito zmanjšata vnetje pri blagi do zmerni obliki aktivne KVČB. Učinkoviti sta pri preprečevanju ponovnih zagonov ulceroznega kolitisa, pri preprečevanju ponovnih zagonov Crohnove bolezni pa sta manj učinkoviti.

Mesalazin izdelujejo v obliki tablet, ki naj jih bolniki jemljejo uro pred obrokom, običajno 3-krat dnevno z veliko tekočine in granulata, katerega jemanje je neodvisno od prehrane. Za zdravljenje vnetja zadnjega dela črevesa lahko uporabljamo svečke, ki jih dajemo v danko 3-krat dnevno in klizme, ki jih apliciramo običajno zvečer pred spanjem.

Stranski učinki mesalazina, kot so glavobol, slabost in bolečine v trebuhu, so redki. Opisani so posamezni primeri vnetja osrčnika, trebušne slinavke ali ledvic. Pri sulfasalazinu so stranski učinki pogostejši. Dodatno opisujejo pri nekaterih bolnikih izpuščaji. Sulfasalazin vpliva na vsrkavanje vitamina B12, kar lahko privede do pomanjkanja.

Imunosupresivna zdravila

Azatioprin (Imuran®) in **6-merkaptopurin** (Puri-nethol®) delujeta na imunski sistem tako, da zavirata sintezo nukleinskih kislin. Uporabljamo jih pri bolnikih s KVČB, pri katerih se kljub jemanju kortikosteroidnih zdravil vnetje ne umiri, pri tistih, pri katerih se vnetje ponovi ob zniževanju dnevnega odmerka kortikosteroidov in pri bolnikih, ki imajo pogoste zagone črevesnega vnetja kljub rednemu prejemanju 5-aminosalicilatov. Delovati začnejo šele po 2-4 mesecih. Dolgotrajno in redno dajanje imunosupresivnih zdravil prepreči zagon KVČB pri otrocih v polovici primerov. Imuran® in Puri-nethol® poznamo v obliki 50 mg tablet.

Možni stranski učinki so: zavora kostnega mozga, slabost, izpadanje las, vnetje trebušne slinavke, bolečina v sklepih, okvara jeter in ledvic, driska.

Metotrexat je antagonist folne kisline in se uporablja pri bolnikih, ki zaradi stranskih učinkov ne morejo prejemati azatioprina in 6-merkaptopurina ali pa le ta nista učinkovita pri vzdrževanju remisije bolezni. Daje se v obliki tablet ali injekcije enkrat tedensko. Delovati začne hitreje kot ostala imunosupresivna zdravila in sicer v 1-2 mesecih. Uporabljajo se 2,5 in 10 mg tablete.

Med stranske učinke spadajo: zavora kostnega mozga, slabost, bruhanje, driska, izpadanje las, okvara jeter, ledvic in pljuč.

Ciklosporin je močan zaviralec limfocitov T in makrofagov. Uporablja se za umiritev zagona vnetja predvsem pri ulceroznem kolitisu, če so druge vrste zdravljenja neuspešne. Pri otrocih se uporablja zelo redko zaradi številnih stranskih učinkov in ker se ob ukinitvi zdravila vnetje zelo pogosto ponovi. Zdravljenje se ponavadi začne z injekcijami, nadaljuje pa s kapsulami (Sandimmun neoral®) po 25mg, 50mg in 100mg.





Antibiotiki

Antibiotike predpisujemo predvsem pri akutnem zagonu Crohnove bolezni, fistulah, ognojkih, in pri t.i. toksičnem megakolonu, ki je možen zaplet ulceroznega kolitisa. Največ uporabljamo **metronidazol** (Efloran®, Metronidazol®) in **ciprofloksacin** (Bactiflox®, Ciprinol®, Ciprobay®, Ciprofloksacin®, Ciprum®). Pri sistemskih okužbah, ki so lahko posledica same bolezni ali nastopijo kot zaplet zdravljenja (zaradi zavore imunskega sistema), predpisujemo antibiotike širokega spektra.

Metronidazol najbolj učinkuje proti bakterijam, ki živijo v okolju brez kisika. Priporočamo jemanje vsakih 8 ur skupaj s hrano, da preprečimo bolečine v trebuhu in slabost. Pri dolgotrajni uporabi lahko privede do okvare prevajanja po živcih, ki se po prekinitvi zdravljenja le počasi popravi. Redko povzroči vnetje trebušne slinavke. Ne smemo ga uživati skupaj z alkoholom. Seč lahko obarva rdeče-rjavo.

Ciprofloksacin je učinkovit proti številnim po Gramu pozitivnim in negativnim bakterijam. Bolniki ga jemljejo 2-krat dnevno. Bolnikom v obdobju rasti ga predpisujemo le, kadar nimamo na voljo drugega ustreznega zdravila, saj lahko vpliva na rastni hrustanec. Ostali možni stranski učinki so še slabost, bruhanje, driska, ki pa se pojavljajo izjemoma.

Prehransko zdravljenje

Kronične vnetne črevesne bolezni, ki se začnejo v otroškem obdobju, pogosto povzročijo zaostanek v rasti, po čemer se bistveno razlikujejo od bolezni, ki se začnejo v odraslem obdobju.

Zaostanek v rasti je posledica zmanjšane teka in slabega počutja bolnikov, ki ne zaužijejo dovolj hrane. Poleg tega imajo bolniki zaradi kroničnega vnetja večje energetske potrebe, vsrkavanje telesu potrebnih snovi iz hrane pa je preko vnetega črevesa slabo, zaradi pogostih drisk pa so možne še dodatne izgube hranilnih snovi. Tudi vnetni mediatorji ob akutnem vnetnem dogajanju zavirajo rast, kasneje pa je zaostanek v rasti lahko tudi posledica neugodnega delovanja protivnetnih zdravil (zlasti kortikosteroidov).

Pri otrocih s KVČB se poleg zastoja rasti lahko pojavi tudi splošna podhranjenost ali pa samo specifični prehranski primanjkljaji (pomanjkanje beljakovin, železa, vitaminov ipd.).

Pripravki t.i. enteralne prehrane (Modulen IBD®, Elemental Extra®, Ensure® in drugi) so ponavadi napitki, ki vsebujejo



optimalno količino hranilnih elementov (aminokislin, enostavnih ogljikovih hidratov in maščob) ter drugih telesu nujno potrebnih snovi (minerali, vitamini) ter se hitro in popolnoma vsrkajo v kri že v zgornjem delu ozkega črevesa. Pri bolnikih s KVČB se lahko uporabljajo kot dodatek k običajni hrani za hitrejše nadomeščanje izgubljenih kalorij ter specifičnih prehranskih primanjkljajev. Ker pripravki ne vsebujejo vlaknin, spodnji del ozkega črevesa in široko črevo »počivata«, kar je ključno za uspešnost tega zdravljenja.

Pri bolnikih s Crohnovo boleznijo se enteralna prehrana lahko uporablja kot način zdravljenja prvega izbora za doseganje umiritve vnetja, pri ostalih oblikah KVČB pa enteralno prehrano uporabljamo kot dodatek k drugim načinom zdravljenja.

Pripravke enteralne prehrane lahko bolniki normalno popijejo; kadar pa tega niso zmožni, jih lahko dobijo preko cevki - sond skozi usta ali nos.

V času zdravljenja aktivnega zagona Crohnove bolezni z enteralno prehrano sme bolnik uživati samo to. Zraven je dovoljeno le pitje vode, nesladkanega zeliščnega čaja ter žvečenje žvečilnega gumija brez sladkorja.

Dnevno količino enteralne prehrane, ki jo mora bolnik zaužiti, izračuna klinični dietetik na osnovi telesne teže, starosti in energetskih potreb bolnika. Popolno enteralno prehrano mora bolnik praviloma uživati štiri do osem tednov oziroma do izboljšanja bolezni, nato pa sledi postopno uvajanje normalne hrane, kar traja naslednjih nekaj tednov. Natančno shemo predvidenega zdravljenja z enteralno prehrano in postopnega prehoda nazaj na normalno prehrano bolnik prejme ob začetku zdravljenja.

Največja prednost zdravljenja Crohnove bolezni z enteralno prehrano je, da nima neželenih stranskih učinkov, kot jih ima zdravljenje z zdravili, na primer s kortikosteroidi.



Biolška zdravila

Biolška zdravila delujejo ciljno na ključne molekule, ki so udeležene pri nastanku vnetja (npr. molekule faktorja tumorske nekroze TNF- α , nekatere celične receptorje). Z njihovim specifičnim delovanjem učinkovito zmanjšajo znake vnetja in bolnikom pomagajo doseči in vzdrževati stanje umirjene bolezni. Za zdravljenje KVČB se uporabljata biološki zdravili **infliksimab** (Remicade®) in **adalimumab** (Humira®)

Zdravilo infliksimab je edino biološko zdravilo registrirano za zdravljenje hude, aktivne Crohnove bolezni tako pri odraslih kot tudi pri otrocih, starih od 6 do 17 let, pri katerih zdravljenje s kortikosteroidi in običajnimi imunosupresivnimi zdravili ni bilo uspešno, ter pri tistih, ki ne prenašajo teh zdravil oziroma imajo kontraindikacije zanje. Poleg tega je infliksimab tudi eno izmed najbolj uspešnih zdravil za zdravljenje fistul, ki nastanejo v sklopu Crohnove bolezni. Rezultati raziskav zadnjih let pa tudi lastne izkušnje pa kažejo, da je infliksimab učinkovit tudi pri zdravljenju aktivnih zagonov ulceroznega kolitisa, ki se slabo odzivajo na zdravljenje s kortikosteroidi.

Infliksimab se daje v obliki 2-urnih intravenskih infuzij v bolnišnici pod strokovnim nadzorom zdravnika in medicinske sestre. Ponavadi se za umiritev aktivnega vnetja dajo tri infuzije infliksimaba, druga 2 in tretja 6 tednov po prvi. Za preprečevanje ponovnih zagonov bolezni pa bolnik dobiva redne infuzije infliksimaba na 8 do 12 tednov, včasih tudi pogosteje.

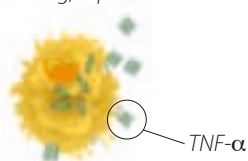
Zaradi načina uporabe zdravilo infliksimab omogoča zelo hitro olajšanje znakov bolezni, omogoča nadzor znakov vnetja in vzdrževanje stanja remisije bolezni ter v nekaterih primerih tudi dolgotrajno zacelitev sluznice črevesa. S tem se zmanjša tveganje za zaplete pri katerih je potrebno kirurško zdravljenje, poleg tega pa se zmanjša tudi poraba steroidov. Zaradi vsega tega se izboljša kvaliteta življenja bolnikov.

Adalimumab ima podobno delovanje kot infliksimab. Na voljo je v obliki podkožnih injekcij, ki si jih lahko bolnik aplicira doma.

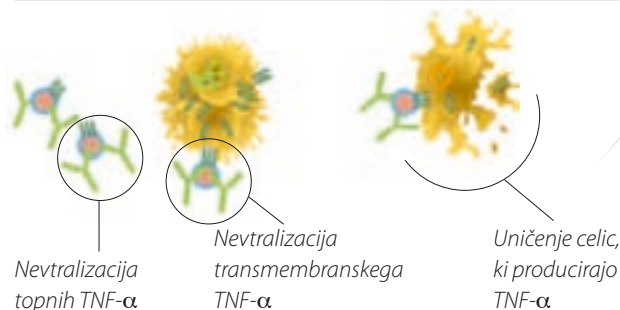
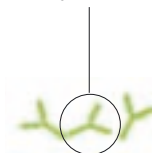
Mogoči stranski učinki bioloških zdravil so vezani po eni strani na njihov močan vpliv na imunski sistem in po drugi strani na dejstvo, da predstavljajo telesu tuje beljakovine, proti katerim lahko razvije bolnik imunski odziv.



Aktivirana T celica ali
Makrofag, ki producira TNF- α



Anti TNF- α



Nevtralizacija
topnih TNF- α

Nevtralizacija
transmembranskega
TNF- α

Uničenje celic,
ki producirajo
TNF- α

Zaradi vpliva na imunski sistem so bolniki, ki prejemajo biološka zdravila izpostavljeni večjemu tveganju za infekcije. V zelo redkih primerih je prišlo celo do razvoja tuberkuloze. Lastni imunski odziv na zdravilo samo pa se lahko kaže s klinično sliko alergijskih reakcij (anafilahtične reakcije, serumske bolezni), in/ali zmanjševanjem učinkovitosti zdravila ob ponovnih dajanjih.

Kirurško zdravljenje

Operativno zdravimo predvsem zaplete KVČB (npr. hude zožitve črevesa, ognjoke), redkeje pa bolezen samo.

Pri ulceroznem kolitisu, ki je vselej omejen le na široko črevo, lahko odstranitev črevesa (t.i. kolektomija), ki je hudo vneto navkljub zdravljenju zdravili, predstavlja hkrati ozdravitev. Po odstranitvi širokega črevesa kirurg pogosto iz dela ozkega črevesa naredi nekakšen »rezervoar« (pouch), ki sčasoma prevzame nalogo odstranjenega dela črevesa in omogoča bolniku takorekoč normalno življenje. Le pogostnost iztrebljanja blata je ponavadi nekaj večja.

Pri Crohnovi bolezni pa operacija ne predstavlja dokončnega zdravljenja, saj se lahko vnetje razvije na katerem koli delu prebavil. Večkratno operativno zdravljenje bi lahko privedlo do pomembnih skrajšav črevesa. Zato so kirurgi pri odločitvi za operacijo pri bolnikih s Crohnovo boleznijo zadržani in se zanjo odločajo predvsem v primeru zapletov bolezni. Izjemoma se lahko odločijo tudi za odstranitev obolelega dela črevesa, kadar je le ta kratek, dobro omejen, zdravljenje z drugimi sredstvi neučinkovito in otrok zaradi aktivne bolezni ne raste normalno.



Oblikovanje: Klemen Lavrih; Tisk: Celzija d.o.o.

Za pomoč pri izdaji publikacije
se zahvaljujemo podjetju

 Schering-Plough