

Zdravstvena njega bolesnika sa upalnim bolestima crijeva

Mihalic, Marina

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:284082>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-24**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1430/SS/2021

Zdravstvena njega bolesnika sa upalnim bolestima crijeva

Marina Mihalic, 3017/336

Varaždin, kolovoz 2021. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1430/SS/2021

Zdravstvena njega bolesnika sa upalnim bolestima crijeva

Student

Marina Mihalic, 3017/336

Mentor

Dr. sc. Melita Sajko, v. pred.

Varaždin, kolovoz 2021. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestринство		
STUDIJSKI PROGRAM	prediplomski studij na studij Sestrinstva		
PREDAVAČ	Marina Mihalic	IBROB	0336025813
DATA	07.07.2021.	NAZIV	Zdravstvena njega odraslih I
NAZIV TEMA	Zdravstvena njega bolesnika sa upalnim bolestima crijeva		
NAZIV TEMA NA ENGLJEZKOM	Health care of patients with inflammatory bowel disease		
MENTOR	dr. sc. Melita Sajko	STARIJE	visi predava
ZASTUPNIK PREDSTAVNIKA	1. doc. dr. sc. Duško Kardum, predsjednik		
	2. dr. sc. Melita Sajko, v. pred. mentor		
	3. Valentina Novak, pred. član		
	4. Ivana Herak, pred. zamjenski član		
	5.		

Zadatak završnog rada

BR. 1430/SS/2021

OPIS

Dvije najpoznatije i najčešće upalne bolesti crijeva su Chronova bolest i ulcerozni kolitis, koje se uglavnom razlikuju po lokaciji upale. Upala kod ulceroznog kolitisa ograničena je na debelo crijevo dok kod Chronove bolesti može biti zahvaćen cijeli gastrointestinalni trakt. Uzroci nastanka UBC-a nisu do kraja poznati. Veliku ulogu imaju nasljedna predispozicija, čimbenici okoliša, psihološki čimbenici ali i infekcije s određenim štetnim mikroorganizmima. S obzirom na učestale hospitalizacije bolesnika s UBC-a, važnu ulogu ima medicinska sestra koja sa svojim stručnim znanjem i vještinama kroz zdravstvenu njegu i edukaciju pomaže bolesniku u rješavanju njegovih problema. U radu je potrebno, uz anatomiju i fiziologiju probavnog sustava, etiologiju i patogenezu UBC-a, kliničke slike i postavljanje dijagnoze, opisati i liječenje UBC-a specifičnom prehranom i biološkom terapijom, navesti sestriinske dijagnoze i intervencije medicinske sestre kod bolesnika s UBC-a, te prikazati slučaj bolesnika s ulceroznim kolitom.

ZADATOK UPISAN

21.07.2021

POTPIŠ MENTORA

Melita Sajko



Predgovor

Zahvaljujem se mentorici dr.sc. Meliti Sajko, v. pred., na savjetima i pomoći kod biranja teme završnog rada, te svim uputama i korisnim savjetima prilikom izrade rada. Veliko hvala kolegici Mariji Korpar, mag. med. techn., na pomoći u pisanju ovog rada i prenesenom znanju. Zahvaljujem i svim profesorima studija sestinstva koji su se silno trudili prenijeti svoje znanje i vještine svim studentima u protekle tri godine.

Također se zahvaljujem mojoj užoj obitelji, posebice kćeri Luciji i suprugu, na velikoj podršci tijekom cjelokupnog školovanja na ovom studiju.

Hvala mojim kolegicama i kolegama na predivnom druženju tijekom studiranja, kao i svim kolegicama na poslu koje su mi izlazile u susret kad mi je trebalo.

“Dok izražavamo svoju zahvalnost, ne smijemo zaboraviti da je najveće priznanje ne samo izgovarati riječi nego i živjeti po njima.”

John F. Kennedy

Sažetak

Dvije najpoznatije i najčešće upalne bolesti crijeva (engl. Inflammatory bowel disease – IBD) su ulcerozni kolitis i Crohnova bolest. Manji broj slučajeva ne pripada ni jednoj od navedenih bolesti, a naziva se nedeterminirani kolitis ili neklasificirana upalna bolest crijeva. Uglavnom se navedene bolesti razlikuju po lokaciji upale. Upala kod ulceroznog kolitisa ograničena je na debelo crijevo, dok kod Crohnove bolesti upalom može biti zahvaćen cijeli gastrointestinalni trakt. Isto tako, jedna od značajnijih razlika je što kod ulceroznog kolitisa je zahvaćena samo sluznica i eventualno podsluznica debelog crijeva, dok je glavna karakteristika Crohnove bolesti transmuralnost upale. IBD je idiopatska bolest, no smatra se da veliku ulogu imaju nasljedna predispozicija, čimbenici okoliša, psihološki čimbenici te infekcije s određenim štetnim mikroorganizmima.

Rano postavljanje dijagnoze IBD-a je od velike važnosti zbog boljeg terapijskog učinka. Glavni ciljevi terapije su ublažavanje simptoma, postizanje remisije bolesti i sprječavanje egzacerbacije bolesti, te omogućiti bolesniku kvalitetan život. Terapijski postupci koji se koriste su medikamentozna terapija, terapija prehranom, kirurško liječenje i danas sve zastupljenija biološka terapija.

S obzirom na učestale hospitalizacije bolesnika s IBD-om, važnu ulogu ima medicinska sestra koja sa svojim stručnim znanjem i vještinama kroz zdravstvenu njegu i edukaciju pomaže bolesniku u rješavanju njegovih problema. Dobro educirana i empatična medicinska sestra pruža bolesniku emocionalnu i psihološku potporu koja mu je ponekad potrebna. Kako bi se zadovoljile potrebe bolesnika za dobrom zdravstvenom njegom, od velike je važnosti osigurati kvalitetu i kontinuitet u praćenju bolesnika i u tome pomaže vođenje sestrinske dokumentacije (sestrinska anamneza, postavljanje dijagnoze, postavljanje ciljeva, intervencije i evaluacija uz usku suradnju s bolesnikom).

U radu je prikazan slučaj bolesnika s ulceroznim kolitisom, klinička slika i tijek njegove bolesti (faze remisije i relapsa) a sa ciljem da se prikaže kako stres i drugi vanjski čimbenici mogu utjecati na egzacerbaciju bolesti unatoč terapijskim postupcima.

Ključne riječi: Ulcerozni kolitis, Crohnova bolest, terapijski postupci, značajnost medicinske sestre/tehničara

Summary

The two best known and most common inflammatory bowel diseases (IBD) are ulcerative colitis and Crohn's disease. A small number of cases do not belong to any of these diseases, and are called indeterminate colitis or unclassified inflammatory bowel disease. These diseases generally differ in the location of the inflammation. Inflammation in ulcerative colitis is limited to the colon, whereas in Crohn's disease the inflammation can affect the entire gastrointestinal tract. Also, one of the more significant differences is that in ulcerative colitis only the mucosa and possibly the submucosa of the colon are affected, while the main feature of Crohn's disease is transmural inflammation. IBD is an idiopathic disease, but hereditary predisposition, environmental factors, psychological factors, and infections with certain harmful microorganisms are thought to play a major role.

Early diagnosis of IBD is of great importance for better therapeutic effect. The main goals of therapy are to alleviate the symptoms, achieve remission of the disease and prevent the exacerbation of the disease, and to enable the patient a quality life. Therapeutic procedures used are drug therapy, diet therapy, surgical treatment and today the increasingly prevalent biological therapy.

Given the frequent hospitalizations of patients with IBD, an important role is played by the nurse who with her professional knowledge and skills through health care and education helps the patient in solving his problems. A well-educated and empathetic nurse provides the patient with the emotional and psychological support he or she sometimes needs. In order to meet patients' needs for good health care, it is important to ensure quality and continuity in patient follow-up and to help keep nursing records (nursing history, diagnosis, goal setting, interventions and evaluation in close collaboration with the patient).

The paper presents the case of a patient with ulcerative colitis, the clinical picture and the course of his disease (stages of remission and relapse) in order to show how stress and other external factors can affect the exacerbation of the disease despite therapeutic procedures.

Key words: Ulcerative colitis, Crohn's disease, therapeutic procedures, the importance of the nurse / technician

Popis korištenih kratica

IBD	Inflammatory bowel diseases – upalne bolesti crijeva
UC	Ulcerozni kolitis
CB	Crohnova bolest
ECCO	European evidence-based Consensus - Europsko društvo za Crohnovu bolest i kolitis
CDAI	The Crohn's disease activity indeks
IBDU	IBD unclassified - neklasificirana upalna bolest crijeva
IC	Indeterminate colitis – ideterminirani kolitis
SE	sedimentacija eritrocita
CRP	C – reaktivni protein
KKS	kompletna krvna slika
MR	Magnetska rezonanca
CT	Kompjuterizirana tomografija
UZV	Ultrazvuk
PHD	Patohistološka dijagnoza
EIM	ekstraintestinalne manifestacije
GI	gastrointestinalni trakt
CDED	Crohn's Disease Exclusion Diet – eliminacijska dijeta za Crohnovu bolest
WHO	World Health Organization – Svjetska zdravstvena organizacija
TT	tjelesna težina
TV	tjelesna visina
BMI	Body Mass Indeks – indeks tjelesne mase
CVI	cerebrovaskularni inzult
L	leukociti
E	eritrociti
Tr	trombociti

CRP	C – reaktivni protein
Fe	željezo
TIBC	ukupni kapacitet vezivanja željeza
GUK	glukoza u krvi (razina šećera)
TSH	tiroidni stimulirajući hormon
IBSEN	stalna populacijska, perspektivna, početna kohortna studija u geografski dobro definiranom području (jugoistočna Norveška)

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Anatomija i fiziologija probavnog sustava	3
3.	Upalne bolesti crijeva.....	5
3.1.	Epidemiologija	5
3.2.	Čimbenici rizika	5
3.3.	Ulcerozni kolitis	6
3.4.	Crohnova bolest.....	8
3.5.	Intermedijalni oblik bolesti (nedeterminirani kolitis)	10
3.6.	Dijagnostičke metode kod upalnih bolesti crijeva	11
4.	Terapijski postupci kod upalnih bolesti crijeva	12
4.1.	Konvencionalno liječenje.....	13
4.1.1.	Medikamentozna terapija.....	13
4.1.2.	Prehrana kao suportivna i/ili osnovna terapija.....	13
4.1.3.	Kirurško liječenje.....	15
4.2.	Biološka terapija.....	15
4.2.1.	Odabir kandidata za biološku terapiju	16
4.2.2.	Prekid uzimanja bioloških lijekova.....	16
4.2.3.	Biološka terapija u Općoj bolnici Varaždin.....	16
5.	Prognoza bolesti.....	18
6.	Značajnost medicinske sestre/tehničara u liječenju bolesnika s upalnim bolestima crijeva.....	19
7.	Prikaz slučaja	20
7.1.	Anamnestički podaci	20
7.2.	Klinička slika i tijek liječenja.....	20
7.3.	Proces zdravstvene njege.....	22
7.3.1.	Sestrinske dijagnoze kod bolesnika s ulceroznim kolitisom.....	23
8.	Zaključak.....	26
9.	Literatura.....	28

1. Uvod

Pod upalnim bolestima crijeva (engl. Inflammatory bowel disease, IBD) podrazumijevaju se ulcerozni kolitis (UC), Crohnova bolest (CB) i intermedijalni oblik bolesti (nedeterminirani kolitis). One su idiopatske, imunosne, kronične i inflamatorne bolesti gastrointestinalnog trakta, nepredvidiva tijeka, a razlikuju se prema stupnju zahvaćenosti gastrointestinalnog sustava i značajkama upale [1]. IBD je smatran problemom u industrijski urbaniziranim društvima i uglavnom se pripisuje zapadnjačkom načinu života i ostalim povezanim čimbenicima okoliša. Njegova učestalost i prevalencija u zemljama u razvoju kontinuirano raste i pripisuje se brzoj modernizaciji i zapadnjačenju stanovništva [2]. Ulcerozni kolitis je kronična upalna bolest crijeva koja zahvaća rektum i širi se u kontinuitetu proksimalno, a obilježena je ponavljajućim epizodama aktivne bolesti [3]. Crohnova bolest je definirana kao kronična, izrazito heterogena, granulomatozna upala probavnog trakta. Može se pojaviti u bilo kojem dijelu probavnog sustava, a najčešće zahvaća terminalni dio tankoga crijeva, proksimalni kolon i rektum. Kod Crohnove bolesti je zahvaćena cijela širina crijevne stijenke upalnim promjenama (transmuralnost), za razliku od ulceroznog kolitisa kod kojeg je upala ograničena samo na sluznicu i nikada ne pogađa tanko crijevo [1].

Kao što je spomenuto, bolest je idiopatska, odnosno etiologija još nije do kraja razjašnjena unatoč brojnim istraživanjima. Glavnu ulogu u razvoju upalnih bolesti crijeva imaju genetski faktori, ali i okolišni čimbenici. Najznačajniji faktor okoliša je pušenje, koje smanjuje rizik od nastanka UC-a i povećava rizik od pojave CB-a.

UC i CB mogu imati sličnu kliničku sliku koja ovisi o segmentu zahvaćenosti i aktivnosti bolesti. Klinička slika kod UC i CB je izrazito varijabilna s razdobljima relapsa i remisije bolesti, te je stoga veoma važno definirati aktivnost bolesti, posebno zato jer o tome uvelike ovisi terapijski pristup. Glavni klinički simptomi su proljev, rektalno krvarenje, bolovi u trbuhu i tenezmi, smanjen apetit i nenamjeren gubitak tjelesne težine, nejasni povremeni febriliteti, umor i anksioznost. Nedeterminirani kolitis (intermedijalni oblik IBD-a) se javlja u 10-15 % bolesnika i njih na temelju kliničkih i dijagnostičkih kriterija ne može se sa sigurnošću svrstati ni u Crohnov kolitis ni u UC. To su bolesnici s kliničkom slikom teškog ili čak fulminantnog kolitisa [1]. Ključnu ulogu u zbrinjavanju bolesnika ima pravilno uzeta anamneza i dijagnostičke pretrage, te klinička procjena bolesti. U rutinskoj dijagnostici ovih bolesti jesu sljedeće pretrage: laboratorijske (SE, CRP, trombociti, fibrinogen), endoskopske (ezofagogastroduodenoskopija, rektoskopija, kolonoskopija, pasaža tankog crijeva, enteroskopija) i radiološke (nativna snimka abdomena, UZV abdomena, CT, MR), te patohistološka analiza bioptičkog ili kirurškog materijala. Liječenje IBD-a obuhvaća medikamente, kiruršku, nutritivnu i simptomatsku terapiju, a osnovni cilj liječenja je smanjenje

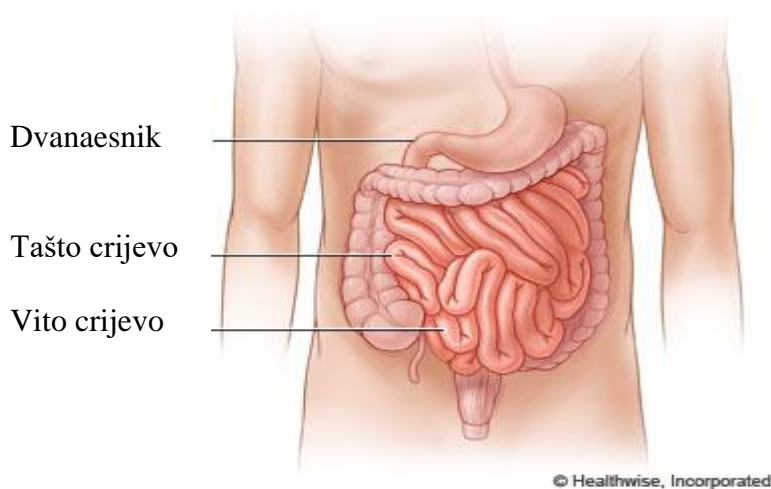
upale koja aktivira simptome bolesti. Klasični lijekovi koji se upotrebljavaju u liječenju IBD-a su aminosalicilati, imunomodulatori, kortikosteroidi i antibiotici. U novije vrijeme sve se više koristi biološka terapija, a za sada registrirani i klinički primjenjivi lijekovi iz te skupine lijekova su infliksimab, adalimumab i ustekinumab [1]. Kirurško liječenje: apsolutne indikacije za operaciju uključuju nekontrolirano krvarenje, perforaciju i kolorektalni karcinom ili displastične lezije koje nisu podložne endoskopskom uklanjanju [4]. Važnu ulogu u liječenju ima timski rad gastroenterologa i kirurga, liječnika obiteljske medicine, te medicinske sestre/tehničara. Nužan je individualizirani klinički pristup prema svakom bolesniku [1].

Medicinska sestra u zbrinjavanju bolesnika s upalnim bolestima crijeva ima mnogobrojnu ulogu. Važnost pravilno uzete anamneze i provedenih dijagnostičkih postupaka ima daljnju ulogu u zbrinjavanju bolesnika. Prilikom uzimanja sestrinske anamneze važno je obratiti pažnju na smetnje vezane uz probavni trakt: grčevi, dijareja, mučnine [5]. Sestrinske dijagnoze osiguravaju temelj za izbor intervencija čije će provođenje dovesti do postignuća cilja koji smo si zadali. Može se reći da su sestrinske dijagnoze ključ za uspješnu budućnost, na dokazima utemeljenu i profesionalno vođenu zdravstvenu njegu kojoj je cilj što učinkovitije zadovoljiti sve bolesnikove potrebe. Isto tako, medicinska sestra pruža bolesniku i psihološku potporu, koja je od velike važnosti, jer se kod bolesnika često javlja depresija i anksioznost [4].

2. Anatomija i fiziologija probavnog sustava

Probavni sustav, apparatus digestorius, je sustav organa koji se proteže od usne šupljine do anusa a sastoji se od: usne šupljine, ždrijela, jednjaka, želuca, tankog i debelog crijeva, stražnjeg crijeva i čmara te priključnih žlijezda: slinovnica, jetre i gušterače [6]. Zadaća probavnog sustava je unošenje hranjivih i drugih potrebnih tvari iz okoliša u organizam. Glavni izvor energije za mnoge stanične funkcije u ljudskom tijelu je hrana koju je potrebno preraditi u oblike koji će moći ući u stanicu i tamo izravno osloboditi svoju energiju. Najduži dio probavnog sustava čine crijeva. Crijeva dijelimo na tanko i debelo, a razlikuju se po svojoj građi i svojim funkcijama [7].

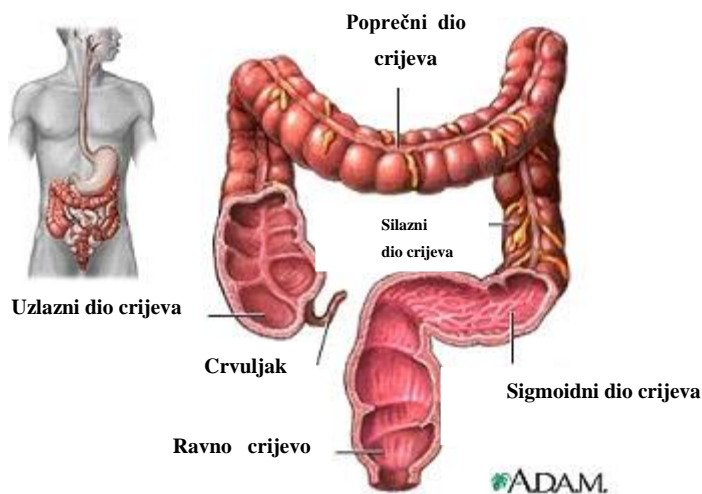
Tanko crijevo, *intestinum tenue*, se sastoji od tri dijela: dvanaesnik (*duodenum*), tašto crijevo (*jejunum*) i vito crijevo (*ileum*). Ukupno dužina im je 5 do 6 metara, a da bi se mogla smjestiti u trbušnu šupljinu imaju mnogo vijuga, *ansae*. Dvanaesnik, *duodenum*, je nalik slovu C, dužine oko 25-30 centimetara, a od velike je važnosti spomenuti *descendentni* ili 2. odsječak u kojem se nalazi *papila Vateri* preko koje se u crijevo prazne bilijarno i pankreatično stablo [8]. Histološku osnovu probavne cijevi, a time i tankog crijeva, čini sloj glatkih mišića poredan u dva sloja, unutarnji kružni i vanjski uzdužni sloj. Crijevna je stjenka iznutra obložena sluznicom, koja je naborana u poprečne nabore, *plicae*. Za vrijeme probave hrana se miješa s probavnim sokovima pomoću posebnih kretnji crijeva koje se nazivaju *segmentacijom*. Za upravljanje gibanjem crijeva, ali i cijelog probavnog sustava, važan je njegov unutarnji živčani sustav (*crijevni živčani sustav*) koji se nalazi u *stijenci* crijeva (počinje u jednjaku a proteže se sve do anusa). U taštom i vitom crijevu otopljeni se dijelovi hrane resorbiraju putem crijevnih resica (*vilusi*), a nabori crijevne sluznice (*Kerkringovi nabori*) povećavaju doticajnu plohu između crijevnog sadržaja i crijeva. Primarna funkcija tankoga crijeva jest završetak probavljanja hrane, apsorpcija hranjivih sastojaka i vode te prijenos elektrolita [7].



Slika 2.2. Anatomija tankog crijeva

Izvor: http://www.jungodaily.com/kuka_kr5/ileum-tanko-crijevo (06.08.2021.)

Debelo crijevo, *intestinum crassum*, se proteže od ileuma do anusa i dužine je oko 1,5 do 1,8 metara. Čine ga cekum s apendiksom, kolon i rektum. Kolon, obodno crijevo, dijelimo na četiri dijela: uzlazni dio (*colon ascendens*), poprečni dio (*colon transversum*), silazni dio (*colon descendens*) i sigmoidni dio (*colon sigmoideum*) [6]. Histološka građa debelog crijeva jednaka je građi tankog crijeva. Debelo crijevo je makroskopski drugačije od tankog po tome što je izvana naborano i šire je, odnosno ima uzdužne trake (*taeniae*) i vrećasta proširenja (*haustre*) [7]. Apsorpcija vode, oblikovanje fekalne mase i proizvodnja sluzi fiziološka je uloga debelog crijeva. U *colon descendensu* se nakupljaju neprobavljivi ostaci i tvore fekalnu masu koja se povremeno prazni kroz anus, te taj proces se naziva defekacija, *defecatio* [6].



Slika 2.3. Anatomija debelog crijeva

Izvor: <https://hr.healthandmedicineinfo.com/dickdarm-VIZ> (06.08.2021.)

3. Upalne bolesti crijeva

Ulcerozni kolitis, Crohnova bolest i nedeterminirani kolitis su bolesti koje se ubrajaju u skupinu bolesti poznatu pod nazivom IBD (engl. Inflammatory bowel disease). Kombinacija studija kliničkih ispitivanja, udruživanja gena i laboratorijskih pokusa na miševima zaslužni su za trenutno znanje o IBD-u. Vrhunac pojavnosti ulceroznog kolitisa i Crohnove bolesti u osoba je najčešće između 15 i 30 godine života, iako je moguće sekundarno povišenje incidencije između 60 i 80 godine [9]. Pacijenti s Crohnovom bolešću (CB) i ulceroznim kolitisom (UC) pate od kronične recidivirajuće upale crijeva, s periodima smirivanja bolesti (remisija) i ponovne aktivacije bolesti (relaps). To dakako negativno utječe na njihovu kvalitetu života, ali i živote njihove obitelji [10].

3.1. Epidemiologija

U visoko industrijaliziranim zemljama incidencija IBD-a je viša, dok je manje razvijenim zemljama značajno manja [11]. Slične razlike u incidenciji se opisuju u sjevernijim zemljama Europe i Amerike nasuprot onima u južnijim dijelovima kontinenta, što se naziva gradijent „sjever-jug“ [12]. U Hrvatskoj je incidencija IBD-a ispitana za Primorsko-goransku županiju i za ulcerozni kolitis iznosi 4,3 na 100 000 stanovnika a za Crohnovu bolest 7,0 na 100 000 stanovnika [13]. Za Vukovarsko-srijemsku županiju je 3,5 na 100 000 stanovnika za ulcerozni kolitis te 0,95 na 100 000 stanovnika za Crohnovu bolest, a za Zadarsku županiju incidencija ulceroznog kolitisa iznosi 8,2 na 100 000 stanovnika, a Crohnove bolesti 8,4 na 100 000 stanovnika [14].

3.2. Čimbenici rizika

U radu je već navedeno da patogeneza upalnih bolesti crijeva do sada nije do kraja razjašnjena, no identificirano je nekoliko čimbenika rizika. Mnogobrojne studije su dokazale da su jedan od vodećih čimbenika rizika za nastanak IBD-a upravo geni koji utječu na prirođeni imunski sustav. Uz genetičke čimbenike i imunološkog odgovora organizma, veliku ulogu u nastanku upalnih bolesti crijeva imaju upravo okolišni čimbenici. Danas je poznati veliki broj faktora rizika iz okoliša, no spoznaje o djelovanju istih još su uvijek ograničene (Tablica 3.2.1.). Pušenje je jedini faktor čije je djelovanje sa sigurnošću dokazano, smanjuje rizik od nastanka UC-a i povećava rizik od pojave CB-a [11].

Pušenje
Oralni kontraceptivi
Faktori ranog djetinjstva
➤ Higijena, infekcije, rani prekid dojenja, pasivno pušenje
Infekcije
➤ Virus ospica, vakcina protiv ospica, mycobacterium paratuberculosis, virus rubeole
Operacije slijepog crijeva
Prehrana
➤ Čokolada, rafinirani šećeri, kvasac, margarin, Cola-pića

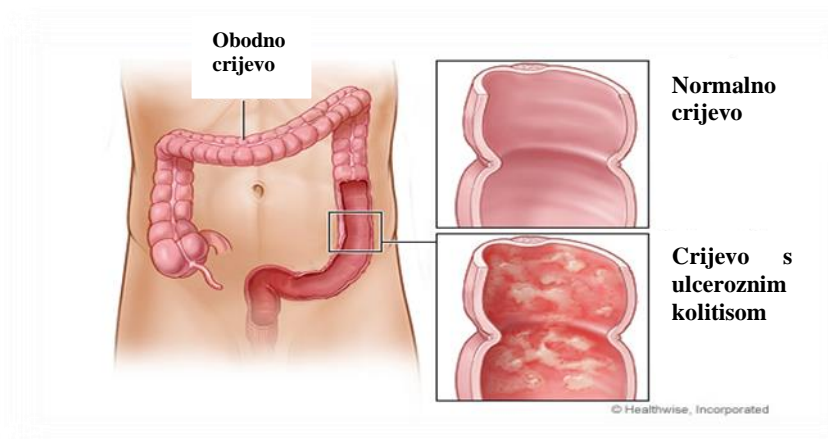
Tablica 3.2.1. Faktori rizika iz okoliša

Izvor: <https://hrcak.srce.hr/123330>

U nastavku rada definirati će se pojmovi ulcerozni kolitis, Crohnova bolest i nedeterminirani kolitis te će se više reći o njihovoj kliničkoj slici, dijagnostičkim metodama, kompleksnim terapijskim postupcima, sestrinskim dijagnozama, te će biti prikazan slučaj pacijenta oboljelog od ulceroznog kolitisa.

3.3. Ulcerozni kolitis

Ulcerozni kolitis (lat. Colitis ulcerosa, UC) je bolest koja isključivo zahvaća debelo crijevo, sam početak rektuma i širi se u kontinuitetu proksimalno u cekum. Karakterizirana je kroničnom negranulomatoznom upalom sluznice i podsluznice kolona, a karakteristično za UC je da se vidi oštra granica između normalne i upaljene sluznice (Slika 3.3.1.) [15].



Slika 3.3.1. Prikaz kontinuiteta upale i prikaz sluznice kod UC

Izvor: <https://hucuk.hr/ulcerozni-kolitis/> (10.08.2021.)

Klinička slika ulceroznog kolitisa ovisi o proširenosti upale, ali i o intenzitetu iste. Glavni klinički simptom su krvave stolice često pomiješane sa gnojem i sluzi, te iste često prate tenezmi i „lažni pozivi“. Mogu se pojaviti bol u truhu i proljevi ukoliko se upala proširuje u oralnije dijelove debelog crijeva. Od velike je važnosti definirati aktivnost bolesti, jer o tome ovisi terapijski pristup. Prije same definicije aktivnosti, potrebno je ustanoviti proširenost bolesti. Montrealskom se klasifikacijom iz 2005. godine, koju je podržalo i Europsko društvo za Crohnovu bolest i kolitis (ECCO European evidence-based Consensus), ustanovljuje proširenost ulceroznog kolitisa (Tablica 3.3.2.) [15].

Oznaka	Proširenost	Opis
E1	Proktitis	Zahvaćen je samo rektum
E2	Lijevostrani kolitis	Proširen je na kolon distalnije od lijenalne fleksure
E3	Prošireni (ekstenzivni) kolitis	Proširen je i proksimalnije od lijenalne fleksure, uključujući i pankolitis

Tablica 3.3.2. Proširenost ulceroznog kolitisa (Montrealski konsensus)

Izvor: <https://hrcak.srce.hr/111460>

Aktivnost UC-a se klasificira u tri oblika: blaga, umjerena i teška bolest, a za procjenu aktivnosti bolesti se koristi Mayo kliničko-endoskopski indeks u kojem se prate četiri varijable: broj stolica, krv u stolici, sluznica crijeva i procjena općeg stanja (Tablica 3.3.3.) [15].

Mayo index	0	1	2	3
Broj stolica	Normalan	1-2/dan > normalnog	3-4/dan > normalnog	5/dan >normalnog
Krv u stolici	Nema	Tragovi	Povremeno	Uglavnom
Sluznica crijeva	Normalan nalaz	Blaga vulnerabilnost	Srednje izražena vulnerabilnost	Spontano krvarenje
Procjena općeg stanja	Normalno	Blago poremećeno	Srednje poremećeno	Teško poremećeno

Tablica 3.3.3. Aktivnost ulceroznog kolitisa (Mayo indeks)

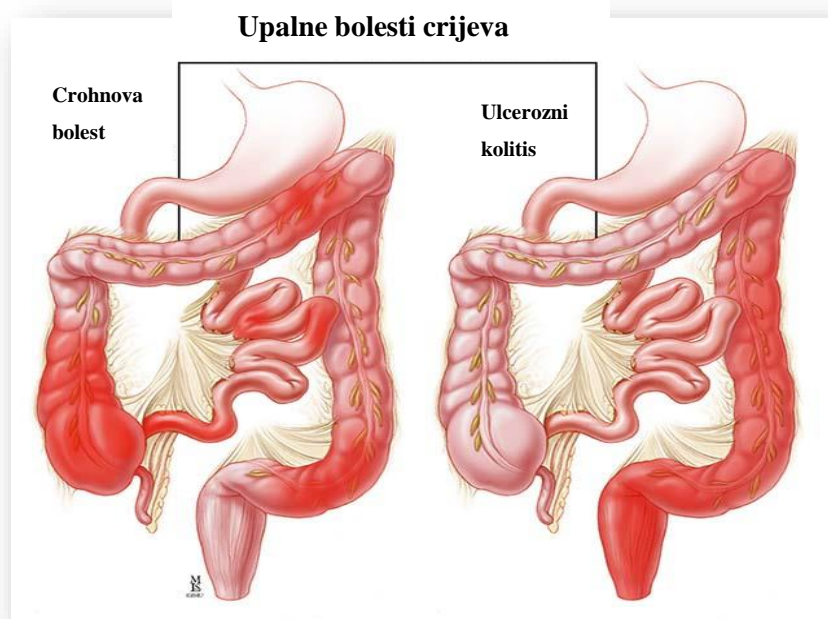
Izvor: <https://hrcak.srce.hr/111460>

Ulcerozni kolitis je karakteriziran intermitentnim tijekom bolesti kod kojih svaki relaps dovodi do dodatnih komplikacija, intestinalnih i ekstraintestinalnih. Intestinalne komplikacije su masivno

krvarenje, perianalna bolest, suženje kolona i perforacija kolona, toksični megakolon, pseudopolipi i kolorektalni karcinom[16]. Dok očne bolesti, promjene na zglobovima, kožne promjene, upale mokraćnog sustava, hematološke komplikacije, komplikacije jetre i žući, nutritivne i metaboličke komplikacije ubrajamo u ekstraintestinalne komplikacije [17].

3.4. Crohnova bolest

Za razliku od ulceroznog kolitisa, Crohnova bolest (lat. Morbus Crohn, CB) je karakterizirana kroničnom upalom bilo kojeg dijela probavnog sustava od usne šupljine do anusa (Slika 3.4.1.), no najčešće lokalizacije su terminalni dio tankog crijeva, proksimalni dio kolona i rektum [15].



*Slika 3.4.1. Razlike u zahvaćenosti crijeva između Crohnove bolesti i ulceroznog kolitisa
Izvor: https://www.hopkinsmedicine.org/inflammatory_bowel_disease_center/about_ibd/
(12.08.2021.)*

Iako su simptomi ove bolesti opisani još 850. godine prije Krista i kroz povijest se ponavljaju, tek 1932. godine je postala poznata kao CB kada su je američki liječnici Crohn, Ginscerg i Oppenheimer opisali u časopisu Journal of American Medical Association (JAMA) [18]. Transmuralnost upale je glavna karakteristika CB-a, a bolest se širi segmentalno, u diskontinuitetu. Upravo ta upala cijele debljine stijenke crijeva dovodi do nastanka fistula između crijevnih vijuga (enteroenteralne fistule), između crijeva i susjednih organa (mokraćni mjehur - enterovezikalne,

rodnica - rektovaginalne ili prema koži - enterokutane). Najranija promjena u Crohnovoj bolesti je kriptalna upala i apscesi, zatim slijede aftozne promjene i granulomi. Vrlo su različite kliničke manifestacije ove bolesti, a ovise o lokalizaciji, zahvaćenosti i aktivnosti upalnih promjena. Jedan od osnovnih simptoma bolesti je proljev (bez primjesa gnoja i krvi, ako nije zahvaćen rektum), zatim grčevita bol u desnom donjem kvadrantu abdomena (oponašajući apendicitis), povišena temperatura i gubitak na tjelesnoj težini, ali mogu biti i afte u usnoj šupljini i bol te oteklina zubnog mesa [19]. Danas je Montrealska klasifikacija internacionalni standard fenotipske klasifikacije CB-a, dok je to ranije bila Bečka klasifikacija (Slika 3.4.2.). Od nje su ostala tri osnovna kriterija: dob kod postavljanja dijagnoze, lokalizacija i predominantni fenotip, a unutar tih kriterija učinjene su izmjene. Iskustvo im je pokazalo da je takva klasifikacija praktična za kliničku uporabu. Ovakva klasifikacija omogućuje uz pomoć određenih kliničkih parametara donošenje odluka o vrsti terapije, već u vrijeme postavljanja dijagnoze.

Bečka i Montrealska klasifikacija Crohnove bolesti

	klasifikacija	
	Bečka	Montrealska
Dob kod dijagnoze	A1 ispod 40 god.	A1 ispod 16 god.
	A2 iznad 40 god.	A2 između 17 i 40 god.
		A3 iznad 40 god.
Lokalizacija	L1 ileum	L1 ileum
	L2 kolon	L2 kolon
	L3 ileum i kolon	L3 ileum i kolon
	L4 gornji GI trakt	L4 samo gornji GI trakt*
Predominantni fenotip	B1 nestrikturirajući, nepenetrirajući	B1 nestrikturirajući, nepenetrirajući
	B2 strikturirajući	B2 strikturirajući
	B3 penetrirajući	B3 penetrirajući
		p perianalna bolest promjenjena†

Slika 3.4.2. "Montrealska revizija" Bečke klasifikacije

Izvor: <https://hrcak.srce.hr/111460> (12.08.2021.)

Kao i kod ulceroznog kolitisa, da bi se mogla odrediti težina bolesti a time i sam tijek terapijskih postupaka, potreban nam je klinički indeks. Indeks aktivnost CB-a koji se najčešće koristi i smatra se „zlatnim“ standardom je CDAI - The Crohn's disease activity indeks (Slika 3.4.3.). Definirane su tri kategorije aktivnosti: blaga bolest (150 – 220), umjereno aktivna (220 – 450) i teška (>450) i na taj način se pokušava odrediti stupanj aktivnosti bolesti. Danas ima mnogo različitih indexa aktivnosti, svi se uspoređuju s CDAI, a cilj je pojednostaviti donošenje odluka o terapiji i praćenje bolesnika oboljelog od CB-i [3,20].

CDAI - stupnjevi aktivnosti bolesti

Blaga bolesti	Umjereno aktivna bolest	Teška bolest
CDAI 150 – 220	CDAI 220 – 450	CDAI > 450
Ambulantna obrada, jelo i piće - < 10% gubitka težine - Bez nalaza opstrukcije, povišene temperature, rezistencije u trbuhu ili napinjanja stjenke, - CRP najčešće povišen iznad donje granice	- Intermitentno povraćanje - Gubitak težine > 10% - Nedjelotvorno liječenje za blagu bolest - Nema znakova opstrukcije - CRP najčešće povišen iznad donje granice	- Kaheksija, BMI<18kg/m ² ili nalaz opstrukcije ili apscesa - Perzistiranje tegoba unatoč intenzivnom liječenju - Povišen CRP
Upozorenje: simptomi opstrukcije nisu uvijek vezani uz upalnu aktivnost i trebaju biti vrednovani kao dodatni parameter		

Slika 3.4.3. CDAI - The Crohn's disease activity indeks – tri kategorije aktivnosti

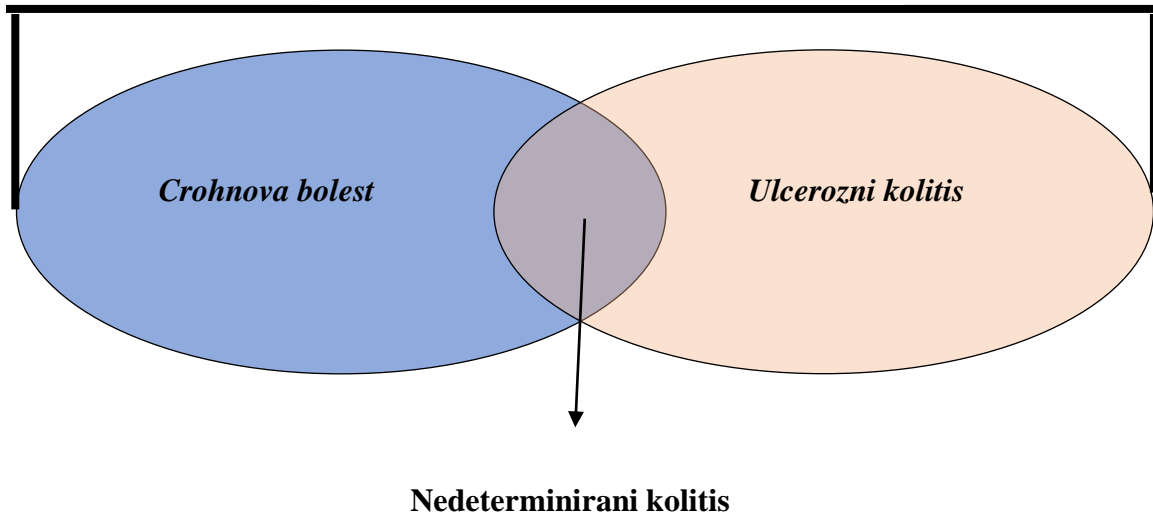
Izvor: <https://hrcak.srce.hr/111460> (12.08.2021.)

Crohnova bolest, kao i ulcerozni kolitis, ima mnogobrojne komplikacije, lokalne i izvancrijevne. Od lokalnih komplikacija najznačajnije su: opstrukcija, fistule (koje su već ranije spomenute), krvarenje i perianalna bolest (fisura, fistule i apscesi). Ekstraintestinalne komplikacije koje se mogu pojaviti u Crohnovoj bolesti su malnutricija i malapsorpcija, te hepatobilijarne komplikacije (kolelitijaza) [16,21].

3.5. Intermedijalni oblik bolesti (nedeterminirani kolitis)

Ranije je već spomenuto da 10% do 15% slučajeva upalnih bolesti crijeva ne pripada ni jednoj od spomenutih i opisanih bolesti. Često se naziva i neklasificirana upalna bolest crijeva (eng. IBD unclassified - IBDU). Takva se dijagnoza postavlja kod bolesnika gdje se sa sigurnošću ne može dijagnosticirati ulcerozni kolitis ili Crohnova bolest, ni nakon ponavljanih kolonoskopija i biopsija. Promjene se javljaju na kolonu i imaju karakteristike obje bolesti (Slika 3.5.1.), a termin koji se učestalo koristi je nedeterminirani kolitis (eng. indeterminate colitis - IC). Većina bolesnika s IBDU vremenom se reklasificira kao ulcerozni kolitis, rjeđe kao Crohnova bolest. Kao kod UC i CB-i, od velike je važnosti što ranije postaviti dijagnozu kako bi terapijski postupci bili učinkovitiji [22].

Upalne bolesti crijeva



Slika 3.5.1. Nedeterminirani kolitis

*Izvor: https://www.hopkinsmedicine.org/inflammatory_bowel_disease_center/about_ibd
(14.08.2021.)*

3.6. Dijagnostičke metode kod upalnih bolesti crijeva

Kao i kod drugih bolesti, tako i kod IBD-a, dijagnoza se postavlja na temelju detaljno uzete osobne i obiteljske anamneze, kliničkih znakova i simptoma bolesti ali i, specifično, na temelju procjene aktivnosti i proširenosti upale. Nema „zlatnog“ standarda kod postavljanja dijagnoze IBD-a i zato predstavlja veliki financijski i vremenski izazov [23].

Osim detaljno uzete anamneze, važan je i fizikalni pregled s inspekcijom. Nadalje se radi laboratorijska dijagnostika koja uključuje upalne parametre (SE, CRP, KKS - trombociti, fibrinogen) i pretrage stolice (Haemocult test – test stolice na okultno krvarenje, parazitološka i mikrobiološka pretraga stolice) [15]. Danas se još često radi pretraga stolice na fekalni kalprotektin, proteinski marker. On nam omogućuje razlikovanje IBD-a od neupalnih crijevnih procesa, te se tim testom može pratiti sam tijek liječenja bez invazivnih metoda [24].

Ključne pretrage u dijagnostici IBD-a su endoskopske metode (ezofagogastroduodenoskopija i kolonoskopija) uz biopsiju i patohistološku analizu materijala. U akutnoj fazi bolesti je kontraindicirana endoskopija i ona se radi nakon smirivanja akutne upale. Nadalje se koriste i radiološke pretrage (nativna snimka abdomena, irigografija i pasaža tankog crijeva), ultrazvučni pregled abdomena (UZV), kompjuterizirana tomografija (CT) i magnetska rezonanca abdomena (MR) a najčešće u svrhu otkrivanja ranije već navedenih komplikacija [25].

4. Terapijski postupci kod upalnih bolesti crijeva

Liječenje IBD-a je složeno i po pravilu zahtjeva individualni pristup svakom bolesniku. Terapijska strategija IBD-a sastoji se od nekoliko koraka: ranog postavljanja dijagnoze, određivanje fenotipa bolesti, ocjene aktivnosti i proširenosti bolesti, vrste bolesti, prisutnost ekstraintestinalnih komplikacija, ocjena odgovora dosadašnje terapije i tijeka bolesti. Da bi terapija bila uspješna od velike je važnosti bolesnikova aktivna uloga u svemu tome, a dobiti ćemo je ukoliko je bolesnik dobro upućen i informiran [26].

Terapijski postupci kod IBD-a su dugotrajni i osnovni cilj im je ublažiti simptome, održavati remisiju bolesti, spriječiti egzacerbaciju bolesti ali i omogućiti bolesniku kvalitetan život. Pod remisijom bolesti podrazumijeva se i endoskopska remisija, odnosno mukozno cijeljenje sluznice. IBD je bolest koja je karakterizirana oštećenjem intestinalnog epitela i upravo cijeljenje vidljivih ulceracija je jedan od kriterija poboljšanja. Nadalje, dokazano je da kod bolesnika kod kojih je postignuto cijeljenje ulceracija zabilježen je manji broj i kirurških zahvata i hospitalizacija, a time je poboljšana sama kvaliteta života bolesnika [27].

Dugi niz godina se upotrebljavao takozvani „*step-up*“ pristup u kojem se u ranoj fazi bolesti koristila terapija s najmanjom toksičnošću, a tek kad ona nije dala očekivane rezultate se koristila sljedeća terapija. Takav pristup često nije davao dobre rezultate, javljale su se progresije bolesti s čestim hospitalizacijama i kirurškim zahvatima. Danas se koristi se tzv. akcelerirani „*step-up*“ pristup koji zagovara korištenje najdjelotvornije terapije rano, ubrzo nakon što prethodna terapija nije dala očekivane rezultate. Postoji i takozvani „*top-down*“ pristup, koji se za sada ne koristi, a kod kojeg se već u najranijoj fazi bolesti započinje s najdjelotvornijim lijekovima (anti-TNF lijekovima) [28].

Postoje dvije metode liječenja IBD-a, odnosno dva terapijska modela: terapija indukcije remisije i terapija održavanja. Za terapiju indukcije, nakon postavljanja dijagnoze aktivne bolesti, preporuča se enteralna prehrana koja je učinkovita kao i kortikosteroidi a nema nuspojava, dok u terapiji održavanja remisije postoji nekoliko mogućnosti. U toj fazi bolesti najčešće se koristi farmakoterapija [29].

U nastavku rada slijedi opis navedenih metoda liječenja upalnih bolesti crijeva, te biti će opisana biološka terapija koja nije novost u medicini ali svakako predstavlja veliki napredak u ovom području medicine, gastroenterologiji.

4.1. Konvencionalno liječenje

U većine bolesnika oboljelih od IBD-a bolest se može dobro kontrolirati metodama konvencionalne terapije. Ona uključuje medikamentozna sredstva (farmakoterapiju), terapiju prehranom (dijetoterapiju) i kirurško liječenje, a sve uz psihološku potporu i savjetovanje bolesnicima u svim fazama bolesti [30].

4.1.1. Medikamentozna terapija

Lijekovi koji se koriste u liječenju IBD-a su: aminosalicilati, imunomodulatori, kortikosteroidi i antibiotici.

- **Aminosalicilati** se koriste kod blagih i umjerenih oblika IBD-a, a najznačajniji su sulfasalazin, olsalazin, balsalazid i različiti oblici mesalazina.
- **Imunomodulatori** se koriste u terapiji održavanja bolesti, učinak im je spor i imaju mnoge nuspojave poput oportunističkih infekcija, pankreatitisa i hepatotoksični su. Stoga ih bolesnici trebaju uzimati uz strogu kontrolu liječnika specijaliste. Najviše se koriste azatioprin i 6-merkaptopurin, te metotreksat.
- **Kortikosteroidi** su vrlo snažni protuupalni lijekovi koji brzo dovode do remisije bolesti, no imaju mnogobrojne nuspojave te ih je potrebno koristiti restriktivno. Najviše se koriste prednizon, prednizolon i hidrokortizonske klizme. U ovu skupinu lijekova pripada i glukokortikoid budesonid koji ima malu toksičnost a djeluje ciljano na gastrointestinalni trakt (GI).
- **Antibiotici** (metronidazol i ciprofloksacin) se indiciraju kod upalnih komplikacija kao što su perianalne bolesti. Do danas nije utvrđena njihova učinkovitost u postizanju remisije IBD-a, pa se sve manje koriste [22].

4.1.2. Prehrana kao suportivna i/ili osnovna terapija

Kronična upala sluznice crijeva ometa normalnu, fiziološku funkciju crijeva i stoga je prehrana od velike važnosti u životu i liječenju bolesnika s IBD-om. Na početku rada je spomenuto da su upalne bolesti crijeva idiopatska bolest, odnosno da danas nije razjašnjena etiologija. Brojna istraživanja su dokazala da prehrana, točnije određeni čimbenici prehrane, mogu predstavljati čimbenike rizika za nastanak IBD-a ali i čimbenike koji smanjuju rizik od nastanka bolesti [31,32]. Iako se u uobičajenim shemama liječenja IBD-a rijetko spominje dijetalna prehrana, ona je u liječenju simptoma ove bolesti od iznimne važnosti. Posebice enteralna i elementarna prehrana

koje su u terapiji IBD-a prijeko potrebne kao suportivna i/ili osnovna terapija. Ranije je navedeno da su manje - više svi bolesnici oboljeli od IBD-a pothranjeni, javljaju se znakovi malnutricije kao posljedica malapsorpcije. Stoga je danas, posebice kod UC, enteralna prehrana postala terapijom izbora u prvoj ataci bolesti, ali i u recidivima. Ponekad se koristi parenteralna prehrana. Posebice u akutnim fazama bolesti, kao priprema za operativni zahvat, kod opstrukcije crijeva. Važno je spomenuti da se enteralnoj prehrani daje prednost pred parenteralnom prehranom kako bi se očuvala funkcija GI trakta [33].

I u fazi remisije bolesti prehrana je veoma bitna. Treba biti energetska bogata, s puno vitamina i minerala, umjerenim količinama nezasićenih masti i visokim dozama kvalitetnih bjelančevina, a bez mnogo prehrambenih vlakana. Uz pravilnu prehranu, potrebno je unositi dodatke prehrani kako bi organizam dobio dovoljnu količinu hranjivih tvari. Od vitamina najvažniji su A, C, E i B12, od minerala: cink, magnezij, selen i kalcij, zatim kalij i folna kiselina [34].

Zbog individualnog pristupa bolesniku, često se koriste eliminacijske dijeta (Crohn's Disease Exclusion Diet - CDED). Karakteristika tih dijeta jest da se koriste namirnice koje organizam dobro prihvaća, a namirnice koje dovode do pogoršanja općeg zdravstvenog stanja se izbjegavaju [34].

Uz medicinske sestre/tehničare i liječnike, važnu ulogu u prehrani bolesnika s ulceroznim kolitisom i Crohnovom bolesti imaju nutricionisti i dijetetičari [32]. Na slici 4.1.2.1. prikazan je primjer jelovnika za oboljele od UC i CB, a dijetetičari su imali u vidu uz odgovarajuće namirnice i sam način pripreme istih.

DIJETA KOD ULCEROZNOG KOLITISA I CROHNOVE BOLESTI					
	ZAJUTRAK	DORUČAK	RUČAK	UŽINA	VEČERA
PONEDJELJAK	Čaj od kamilice svježi sir odstajali bijeli kruh	Kompot od jabuke	Juha od teletine kuhana teletina krumpir pire na vodi salata od cikle	Puding od vanilije	Tijesto s mljevenim mesom salata od mrkve
UTORAK	Čaj juha prežgana s jajima dvopek	Banana	Juha od rižine sluzi pirjana piletina riža kuhana mrkva kuhana	Jogurt s probiotikom dvopek	Žuti žganci jogurt tekući
SRIJEDA	Čaj tvrdo kuhano jaje, pureća šunka odstajali bijeli kruh	Jogurt tekući dvopek	Juha bistra junetina pirjana u umaku makaroni salata od cikle	Sok od cijedenog limuna	Ujušak od piletine s taranom dvopek
ČETVRTAK	Čaj svježi sir dvopek kefir	Pire od jabuke	Juha od mrkve puretina pirjana krumpir pire na vodi spinat	Tekući jogurt dvopek	Rižoto od piletine salata od mrkve
PETAK	Čaj margo light, pureća šunka odstajali bijeli kruh	Kompot od breskve	Juha od ribe oslić pirjani blitva s krumpirom lešo	Puding od vanilije	Krumpir varivo s junetinom i noklicama kruh odstajali
SUBOTA	Čaj 2 meda odstajali bijeli kruh	Sok od naranče	Juha od rižine sluzi pirjano meso kunića riža kuhana salata od mrkve	Pire od jabuke	Noklice sa jajima salata od cikle
NEDJELJA	Acidofil žuti žganci	Banana	Juha od junetine junetina pirjana mlinci salata cikla	Kompot od jabuke	Tijesto sa sirom jogurt s probiotikom

Slika 4.1.2.1. Primjer jelovnika za bolesnike s IBD-om

Izvor: <https://www.pozeska-bolnica.hr/dokumenti/> (19.08.2021.)

4.1.3. Kirurško liječenje

Jedan od terapijskog postupka u liječenju IBD-a je i kirurški zahvat. Čak 80% bolesnika oboljelih od Crohnove bolesti bude operirano tijekom života, a 20% bolesnika s ulceroznim kolitisom bude zahtijevalo operaciju. Ključno pitanje za pravilno liječenje bolesnika s IBD-om je svakako vrijeme operativnog zahvata. Operativni zahvat može biti hitni (perforacije crijeva, displazija, masivna krvarenja, megakolon, stenoze, apscesi) ili elektivni (slab odgovor na prethodnu terapiju). Bolesnicima je nakon operativnog zahvata napravljena stoma ili anastomoza. Danas se kirurški pristup abdomenu uvelike promijenio, na bolje. Radi se minimalna intenzivna kirurgija (laparoskopjska kirurgija) s manje komplikacija, na veliko zadovoljstvo bolesnika [35].

4.2. Biološka terapija

Biološki lijekovi inhibiraju upalu u IBD-u, te tako prilagođavaju tijek bolesti i zaustavljaju progresiju bolesti. Stoga uvođenje biološke terapije predstavlja napredak u liječenju upalnih bolesti crijeva [29,36].

Biološki lijekovi imaju jednu ili više aktivnih supstancija sintetiziranu ili izvedenu iz bioloških materijala (najčešće bakterija, gljivica ili stanica sisavaca). Postoji nekoliko vrsta bioloških lijekova, no danas su najzastupljeniji anti-TNF- α lijekovi. Njihova podjela je na: blokatore TNF- α receptora (Infliximab, Adalimumab, Certolizumab, Golimumab), te solubilne receptore za TNF- α (Etanercept i Onercept). Oni se koriste kod ulceroznog kolitisa i Crohnove bolesti (Slika 4.2.1.) [37].

Tablica 1. Podjela bioloških lijekova

Crohnova bolest			Ulcerozni kolitis			
Anti-TNF- α		Antiintegrinski lijek	Anti-IL-12/23	Anti-TNF- α	Antiintegrinski lijek	JAK-inhibitor
Blokatori TNF- α	Solubilni receptori za TNF	Natalizumab*	Ustekinumab	Infliximab	Vedolizumab	Tofacitinib
Infliximab	Etanercept*	Vedolizumab		Adalimumab		
Adalimumab	Onercept*			Golimumab		
Certolizumab*						

*Nisu registrirani u RH

Slika 4.2.1. Anti-TNF- α lijekovi korišteni za liječenje IBD-a

Izvor: <https://hrcak.srce.hr/237301> (17.08.2021.)

Trenutno je u Republici Hrvatskoj dostupno nekoliko bioloških lijekova koja se koriste u liječenju IBD-a. Najčešće se upotrebljavaju infliksimab (Remicade®), adalimumab (Humira®) i ustekinumab (Stelara®), koji su vrlo djelotvorni u liječenju bolesnika s IBD-om. Posljedica njihovog djelovanja je smanjeni broj prijema u bolnicu, kirurških zahvata, smanjuje se invaliditet, a kvaliteta života je značajno poboljšana. Glavna uloga anti-TNF- α lijekova je blokada citokina (TNF- α) kojeg izlučuju upalne stanice. On je ključan u patogenezi upale i oštećuje stanice organa [28,30,38].

4.2.1. Odabir kandidata za biološku terapiju

U većini slučajeva, kandidat za biološku terapiju je bolesnik kod kojeg konzervativna terapija nije dala zadovoljavajući učinak. Iako je dokazano da biološka terapija daje odlične rezultate, izrazito je skupa i mali broj bolesnika se odlučuje na ovu vrstu terapije zbog brojnih nuspojava koje mogu zahvatiti gotovo svaki organski sustav [30].

Prije uvođenja biološke terapije od velike je važnosti uzeti detaljnu anamnezu, bolesnik mora napraviti brojne pretrage (laboratorijske, kliničke preglede – neurologa, dermatologa, ginekologa, stomatologa) kako bi se isključilo postojanje infekcije, tumorskih bolesti ili virusne bolesti koje predstavljaju kontraindikaciju za uvađanje ovakvog oblika terapije [39].

4.2.2. Prekid uzimanja bioloških lijekova

Biološka terapija je dugotrajna i ne postoji jasan stav ili preporuka kada prestati s uzimanjem bioloških lijekova. Rizik od relapsa nakon prestanka uzimanja biološke terapije je velik, te je potreban povećani nadzor takvih bolesnika [22]. Prema smjernicama ECCO-a, terapija se može prekinuti nakon što je bolesnik godinu dana u fazi remisije bolesti, kad su mu svi laboratorijski nalazi uredni, nije na terapiji kortikosteroidima, te je endoskopski nalaz uredan - sluznica zacijeljena [40].

4.2.3. Biološka terapija u Općoj bolnici Varaždin

U sjeverozapadnom dijelu Hrvatske Opća bolnica Varaždin je jedina bolnica koja primjenjuje biološku terapiju u liječenju IBD-a. S ovim postupcima su krenuli prije tri godine, u ožujku 2018.g., i trenutno je na ovoj terapiji četrdesetak bolesnika koji boluje od IBD-a. Unatoč pandemiji

koronavirusom, kada je gotovo sve u zdravstvu stalo, uvedeno je novih 11 bolesnika u liječenje u tom periodu.

Prošle godine u razdoblju od siječnja do ožujka provedeno je istraživanje o ovoj tematici na Odjelu za gastroenterologiju, putem dnevne bolnice. Cilj istraživanja je bio istražiti kakav utjecaj ima na kvalitetu života standardna, tzv. konvencionalna terapija s jedne strane, a koliko se mijenja kvaliteta života i zadovoljstvo kad bolesnici budu uključeni u program biološke terapije. Da li uopće ima ikakve razlike? U istraživanje je uključeno 20 ispitanika. Rezultati koji su dobiveni govore u prilog tome da bolesnici koji su na biološkoj terapiji su zapravo oboljeli s teškim oblikom bolesti koji su dugi niz godina bili na konvencionalnoj terapiji ili su prošli niz operativnih zahvata koji nisu imali željeni učinak i postali su rezistentni na takvu vrstu terapije. Isto tako, dokazano je da bolesnici na biološkoj terapiji u manjem postotku trebaju paziti na odgovarajuću prehranu dok oni na konvencionalnoj terapiji većinu vremena moraju paziti na prehranu. Najbitnije od svih zaključaka, istraživanje je pokazalo da bolesnici imaju manje simptoma bolesti te su stoga manje depresivni i anksiozni, nemaju više problema s nesanicom i nervozom. Taj podatak govori u prilog da je bolesnicima na biološkoj terapiji poboljšana kvaliteta života. Iako je u istraživanju sudjelovao relativno mali broj ispitanika, rezultati ovog istraživanja potvrdili su rezultate drugih sličnih istraživanja, a to je da biološka terapija smanjuje broj hospitalizacija, produljuje faze remisije bolesti i konačno, poboljšana je kvaliteta zdravstvenog života bolesnika oboljelih od IBD-a. Bolesnik na biološkoj terapiji je zadovoljan bolesnik i to je najbitnije u zdravstvenoj skrbi [41].

5. Prognoza bolesti

Crohnova bolest je bolest praćena brojnim relapsima i remisijama bolesti, a gotovo nikad se ne izliječi. Kliničke manifestacije ove bolesti su vrlo različite, od opće slabosti do bolova, proljeva, gubitka na tjelesnoj težini. One se uspješno liječe zahvaljujući odgovarajućoj farmakološkoj, i kada je to potrebno, kirurškoj terapiji, te većina bolesnika uspješno funkcionira. Vodeći uzroci smrti kod Crohnove bolesti su GI karcinom, peritonitis ili sepsa, a stopa mortaliteta je veoma niska [16].

Za razliku od Crohnove bolesti, bolesnici s ulceroznim kolitisom nakon pojedinačnog napada mogu se u potpunosti opraviti (10% bolesnika). Prognoza ove bolesti ovisi o obliku bolesti, vrsti terapije i njezinoj učinkovitosti i o komplikacijama koje se mogu pojaviti. Najbolju prognozu imaju bolesnici s lokaliziranim proktitisom, dok bolesnici s toksičnim megakolonom, akutnim proširenim kolitisom i oni s brojnim komplikacijama imaju najlošiju prognozu bolesti. Danas oko 90% bolesnika s akutnoj fazi ulceroznog kolitisa uđe u fazu remisije, a sve zahvaljujući suvremenoj terapiji. Stopa mortaliteta u ovih bolesnika je jednaka onoj u općoj populaciji, prema rezultatima IBSEN studije [16].

6. Značajnost medicinske sestre/tehničara u liječenju bolesnika s upalnim bolestima crijeva

Dobro poznata definicija WHO organizacije o zdravlju glasi da je „Zdravlje stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i nemoći”. Svaka bolest, pa tako i IBD, narušava kvalitetu života, odnosno pojedincu nisu osigurani svi čimbenici koji su ranije navedeni. Jednu od glavnih uloga, osim liječnika, u liječenju IBD-a svakako ima medicinska sestra/tehničar koji su bolesnicima nekako najbliži „suradnici” zbog svoje kompetencije rada i na njih se najlakše oslone. Medicinske sestre/tehničari se kontinuirano usavršavaju svaki na svom polju rada, a N-ECCO (Europska organizacija medicinskih sestara za Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis) je omogućila gastroenterološkim sestrama edukaciju o IBD-u i o novoj terapiji današnjice – biološkoj terapiji. Svrha ovog usavršavanja je što bolja zdravstvena skrb bolesnika oboljelih od upalnih bolesti crijeva, ali i usavršavanje i olakšavanje rada medicinskih sestara. Medicinska sestra je odgovorna za procjenu i pružanje planiranja skrbi temeljene na dokazima i evaluaciju liječenja te pruža praktične informacije, obrazovanje i emocionalnu podršku pacijentima s IBD-om [42]. U cilju što bolje komunikacije s bolesnicima i njihove informiranosti koja je itekako od velike važnosti, medicinska sestra/tehničar mora posjedovati znanje o IBD-u, mora znati razliku između ulceroznog kolitisa i Crohnove bolesti, poznavati dijagnostičke postupke ali i postupke u liječenju IBD-a. Temelj dobre i učinkovite zdravstvene njege, osim dobre komunikacije, je i empatičnost medicinske sestre [43]. U IBD-u su česte EIM (ekstraintestinalne manifestacije) i od medicinskih sestara/tehničara se očekuje u pojedinim situacijama procjena istih. Stoga je važno znanje medicinske sestre o EIM-a i aktivno slušanje bolesnika, koje kod ovih slučajeva itekako dolazi do izražaja. Oboljeli od IBD-a, zbog učestalih egzacerbacija bolesti, pate od depresije, anksioznosti i emocionalne uznemirenosti [42]. Dobro educirana i empatična medicinska sestra „ulijeva“ bolesniku osjećaj sigurnosti, pruža mu psihološku i emocionalnu potporu. Nadalje, ona je bolesnikov „odvjetnik“, zastupa njegove interese, educira ga o njegovim pravima, podupire ga u njegovim odlukama i štiti njegove interese. Zaključno možemo reći da je holistički pristup bolesniku temelj suvremene zdravstvene njege bolesnika [44].

Medicinska sestra/tehničar pruža ključnu i važnu ulogu u skrbi o pacijentima s IBD-om. Mora raditi u okviru svojih kompetencija, podržanih smjernicama ili protokolima. Takvim uspješnim radom korištenje zdravstvene zaštite, broj hospitalizacija i teret bolesti značajno su se smanjili, što pokazuje financijske i kliničke koristi za pacijente, ali i za cijelo zdravstvo [43].

7. Prikaz slučaja

U ovom dijelu rada biti će prikazan slučaj bolesnika s ulceroznim kolitisom. Govorimo o trideset šest godišnjem bolesniku D. B. koji se liječi od arterijske hipertenzije unatrag 8 godina, a prvi simptomi ulceroznog kolitisa pojavili su se u veljači 2018. godine.

Cilj je ovog dijela rada da se kroz prikaz slučaja prikažu specifičnosti ulceroznog kolitisa, kako stres može izazvati relaps (pogoršanje simptoma) bolesti, ali i koliko je bitna prehrana i medikamentozna terapija u liječenju.

7.1. Anamnestički podaci

Iz anamneze saznajemo da se unatrag 8 godina liječi od arterijske hipertenzije, a do sada nije teže bolovao niti imao kakav operativni zahvat. Inače je dobrog zdravlja, a u veljači 2017. godine mu je na sistematskom pregledu naznačena mikrocitoza eritrocita i povišeni urati. Prvi simptomi, učestale proljevaste stolice s krvi i sluzi, pojavili su se u veljači 2018. godine kada se javio svom liječniku opće prakse koji ga upućuje na rektoskopiju. Lijekove koje uzima su: Ramed 10 mg ujutro, Tertensiv 1tbl. poslije ručka. Afebrilan. Appetit mu je dobar, gutanje bez tegoba, žgaravica nema. Tjelesna težina mu je u padu, 7-8 kilograma unatrag mjesec dana. Alergije negira, ne puši, a alkohol konzumira prigodno. Mokrenje je uredno, nikturije rijetke. TT 85 kg, TV 179 cm, BMI 26,5.

U obitelji je otac hipertoničar, jedan djed imao dijabetes i prebolio je CVI, dok je drugi hipertoničar. Negira pojavnost malignih bolesti u užoj obitelji.

7.2. Klinička slika i tijek liječenja

Prvi simptomi koji su se pojavili su učestale proljevaste stolice s primjesama krvi i sluzi, a bez bolova u trbuhu. Tada se prvi puta zbog tih simptoma javlja na pregled liječniku opće prakse koji ga upućuje na laboratorijsku obradu i rektoskopiju. Iz laboratorijskih nalaza izdvajam željezo koje je sniženih vrijednosti 10.6 $\mu\text{mol/l}$ (normalne vrijednosti 11-32 $\mu\text{mol/l}$), KKS je uredna, Haemocult test 3x negativan. 2/2018.g. rađena prva rektoskopija rigidnim anorektoskopom neuspješno zbog slabe vizualizacije, obilja tekuće stolice pomiješane sa sluzi i krvi. U terapiju mu kirurg dodaje Medazol 3x400 mg i naručuje na novu rektoskopiju uz posebne upute o pripremi (uz Mooviprep i 2 l Donat Mg vode). Na drugoj rektoskopiji vidi se mnogo sluzi, stijenka crijeva mrljasto hiperemična uz točkasta krvarenja. Postavlja se dijagnoza suspektnog IBD-a (Colitis ulcerosa susp.) i upućuje ga se na gastroenterološku obradu. U ožujku 2018. godine rađena je laboratorijska obrada u kojoj su značajnije promjene. U KKS su povišene vrijednosti trombocita

($470 \times 10^9/L$), CRP 5.1 mg/L, željezo sniženih vrijednosti 10.6 $\mu\text{mol/l}$, a fekalni kalprotektin u stolici 1488 $\mu\text{g/g}$ (ref. interval: negativno < 50; granično 50-200; pozitivno >200). Uz promjenu prehrane javlja se remisija tegoba i bolesnik se subjektivno bolje osjeća. Od sredine studenog 2018. godine ponovna pojava od 8 do 12 proljevastih stolica dnevno s primjesama krvi i sluzi. Sada se uz stolice pojavljuje akutna bol ili grčevi u donjem dijelu abdomena. Totalna kolonoskopija je rađena u prosincu 2018. godine i opisana je edematozna sluznica, mutna, hiperemična, bez vidljivog krvožilnog crteža, edematoznih haustri, prekrivena nepravilnim bjeličastim ulceracijama i krpičastim nakupinama fibrina. Takva sluznica se prostire tijekom cijelog debelog crijeva u kontinuitetu osim kratkog segmenta cekoascendensa koji je sjajne sluznice s uredno vidljivim krvožilnim crtežom. Uzete su biopsije za PHD iz cekoascendensa, transverzuma, descendensa i rektuma. Uz kolonoskopiju rađeni su i novi krvni nalazi: L 7,0; E 5,79; Hb 157; Trc 468; CRP 46,1, Fe 5,3, TIBC 40,7; urea, kreatinin, GUK, lipidi, hepatogram i TSH uredni. Postavljena je dijagnoza K51 Ulcerozni kolitis, te je preporučena dijetalna prehrana s više manjih laganijih obroka i paziti na primjeren unos tekućine (čaj od mente i stolisnika). Uz prijašnju terapiju uveden je Salofalk tbl. 3x1g dnevno. PHD: „Materijal je ukupno 6 komadića sluznice debelog crijeva koja su prožeta oskudnijim do srednje obilnim kroničnim upalnim infiltratom uz dosta neutrofilnih granulocita. U pojedinim komadićima je prisutna redukcija lučenja sluzi uz opsežne reparatorne promjene kriptalnog epitela. Nalaz u svim materijalima govori u prilog aktivne faze IBD (UC), srednji stupanj aktivnosti.“ Nakon dobivenog nalaza biopsije uvedena je u terapiju Salofalk rektalna suspenzija 4g uvečer kroz 2 mjeseca, te je obavezna kontrola KKS, hepatograma, ureje, kreatinina i urina nakon uvođenja terapije. Nakon tri mjeseca, došlo je do poboljšanja krvnih nalaza (KKS, urea, kreatinin, hepatogram uredni, CRP 4.0, kalprotektin 293 $\mu\text{g/g}$). Na gastroenterološkoj kontroli preporučeno je učiniti još željezo i feritin i po potrebi uvesti eventualno nadoknadu željeza, uz medikamentoznu terapiju kao i do sada te nastaviti s preporučenom prehranom sa smanjenim unosom soli. Sljedećih šest mjeseci se bolesnik subjektivno osjeća bolje. Tjelesna težina iznosi 86 kg, znači u porastu 1 kg. Stolice su redovite, formirane, 1-2 puta dnevno, bez primjesa sluzi i krvi. Laboratorijski nalazi su također vidno bolji (KKS, urea, kreatinin, hepatogram uredni, CRP 7.1, urati 460, kalprotektin < 22 $\mu\text{g/g}$). U 9 mjesecu 2020. godine hospitaliziran je peritonzilarnog apscesa i učinjena je incizija, te je kroz 10 dana primao antibiotike. Nakon toga, rođenje djeteta i promjena posla, te radovi na novoj kući koje dovodi do naglog pogoršanja uz pojavu simptoma. Ponovno je počeo uzimati klizme Salofalk uz remisiju, ali se javlja povratak simptoma nakon prestanka terapije klizmom. Na kontrolu gastroenterologu se javlja u veljači 2021. godine. Subjektivno se dobro osjeća, nema bolove u trbuhu i napuhnutosti, javlja se žurnost kod potrebe za stolicom. Nema ekstraintestinalnih simptoma. Tjelesna težina mu je u vidnom opadanju (sada 76 kg – deset kg manje od zadnje kontrole), BMI 23,6. Krvni nalazi

su trenutno uredni, a fekalni kalprotektin je 59 $\mu\text{g/g}$. Terapija koju trenutno uzima je: Salofalk 3x1g dnevno, klizma Salofalk 4g navečer, Moksaviv 0,2 mg uvečer, Biokult 2x dnevno, multivitamini Triplexam 1 tbl. ujutro, te mu je nanovo uvedena Bulardi cps. x1 prije podne. Savjet gastroenterologa je uzimanje Salofalk klizme još 2-3 tjedna a potom se mogu prestati uzimati.

Bolesnik je trenutno (kolovoz 2021.g.) u fazi remisije bolesti. Subjektivno se osjeća dobro, ne gubi na tjelesnoj težini. Stolice su redovite, formirane i bez primjesa krvi i sluzi. Nema bolova u abdomenu. Laboratorijski nalazi su uredni, fekalni kalprotektin je 84 $\mu\text{g/g}$. Unatrag mjesec dana ne uzima Salofalk klizme, dok ostalu medikamentoznu terapiju uzima po zadnjoj preporuci gastroenterologa. I dalje je na posebnoj prehrani za bolesnike oboljele od ulceroznog kolitisa. Nedugo je posjetio nutricionistu kako bi dobio nove upute o prehrani, jer navodi pogoršanje simptoma prilikom uzimanja mliječnih proizvoda.

7.3. Proces zdravstvene njege

Kako bi medicinska sestra mogla organizirati zdravstvenu njegu i utvrditi prioritete, potreban joj je proces zdravstvene njege koji se provodi kroz četiri faze a one se nadovezuju jedna na drugu. Faze procesa su: utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom, planiranje zdravstvene njege, provođenje zdravstvene njege i evaluacija. Kod bolesnika s upalnim bolestima crijeva potrebno je utvrditi potrebu za zdravstvenom njegom i to prikupljanjem podataka koji su nam bitni za definiranje problema, a sve da bi mogli postaviti sestrinsku dijagnozu i izraditi plan zdravstvene njege. Ranije je spomenuto da je važan partnerski odnos između bolesnika i medicinske sestre/tehničara kako bi dobili što bolji prikaz bolesnikovog zdravstvenog stanja. Medicinska sestra uzima sestrinsku anamnezu koja obuhvaća, uz podatke o povijesti bolesti, i njegov subjektivni osjećaj, je li zabrinut kod pojava simptoma (proljevi, bolovi u abdomenu, gubitak na tjelesnoj težini,...). Isto tako, važni su podaci o prehrambenim navikama bolesnika, alergijama, konzumiraju li alkohol i kavu, puše li, jesu li pod stresom koji može dovesti do egzacerbacije bolesti. Kao i liječnik, medicinska sestra može pregledati bolesnika. Za UC je karakterističan osjetljiv i distendiran abdomen, te kao vodeći znak je rektalno krvarenje [45].

Potrebno je osigurati kontinuitet i kvalitetu u praćenju svakog bolesnika jer na taj način zadovoljavamo potrebe bolesnika za odgovarajućom zdravstvenom skrbi. U tome nam pomaže i od velike je važnosti vođenje sestrinske dokumentacije [45].

7.3.1. Sestrinske dijagnoze kod bolesnika s ulceroznim kolitisom

Sestrinska dijagnoza

Proljev u/s aktivnom upalom sluznice debelog crijeva što se očituje s više od 8 tekućih stolica dnevno

Ciljevi: Bolesnik će kroz dan imati 1 do 2 tekuće stolice.

Bolesnikove prehrabene potrebe će biti zadovoljene.

Intervencije:

- Osigurati bolesniku adekvatnu prehranu prema algoritmu
- Poticati bolesnika da pije čaj, negaziranu vodu
- Nadomjestiti tekućinu i elektrolite parenteralno po preporuci liječnika
- Voditi evidenciju o prometu tekućine kroz 24 sata
- Uočiti znakove dehidracije, izvijestiti o njima
- Educirati bolesnika o važnosti higijene perianalne higijene
- Mjeriti i evidentirati tjelesnu težinu svakodnevno
- Dokumentirati broj tekućih stolica kroz 24 sata

Evaluacija:

Cilj je postignut, bolesnik svakodnevno ima 1 do dvije tekuće stolice.

Cilj nije postignut, bolesnikove prehrabene potrebe nisu u potpunosti zadovoljene.

Sestrinska dijagnoza

Akutna bol u/s aktivnom fazom bolesti što se očituje bolesnikovom izjavom „Posljednjih nekoliko dana me kod defekacije jako boli donji dio trbuha.“

Cilj: Bolesnik će znati načine ublažavanja boli.

Bolesnik neće osjećati bol.

Intervencije:

- Ohrabriti bolesnika
- Primijeniti nefarmakološke postupke ublažavanja boli
- Objasniti bolesniku da zauzme položaj koji mu je ugodan
- Podučiti bolesnika tehnikama relaksacije
- Prepoznati strah kod bolesnika i razgovarati o tome

- Poticati bolesnika o verbalizaciji boli
- Zajedno s bolesnikom istražiti različite metode kontrole boli
- Ponovno procijeniti bol na VAS skali i dokumentirati

Evaluacija:

Bolesnik zna načine kojima će ublažiti bol, cilj je postignut.

Bolesnika ne boli, ne osjeća akutnu bol, cilj je postignut.

Sestrinska dijagnoza

Visok rizik za oštećenje sluznice perianalnog područja u/s učestalim tekućim stolicama

Cilj: Bolesnikova sluznica perianalnog područja neće biti oštećena.

Bolesnik će znati prepoznati čimbenike koji dovode do oštećenja sluznice perianalnog područja.

Intervencije:

- Uputiti bolesnika na važnost svakodnevne higijene perianalnog područja
- Educirati bolesnika o pravilnom provođenju higijene perianalnog područja
- Educirati bolesnika o kremama za zaštitu kože perianalnog područja
- Educirati bolesnika o pravilnoj prehrani
- Educirati bolesnika o važnosti uzimanja dovoljne količine tekućine
- Podučiti bolesnika o čimbenicima koji mogu dovesti do oštećenja sluznice

Evaluacija:

Cilj je postignut, bolesnikova sluznica perianalnog područja nije oštećena.

Cilj je postignut, bolesnik zna prepoznati čimbenike koji dovode do oštećenja perianalnog područja.

Sestrinska dijagnoza

Strah u/s ishodom bolesti što se očituje bolesnikovom izjavom „Bojim se da mi uskoro ni ovi lijekovi više neće odgovarati.“

Cilj: Bolesnik će primijeniti metode za ublažavanje straha.

Bolesnika neće biti u strahu.

Intervencije:

- Stvoriti empatijski odnos s bolesnikom
- Poticati bolesnika da verbalizira strah, da izrazi svoje osjećaje
- Govoriti umirujuće i njemu razumljivim jezikom
- Osigurati bolesniku dovoljno vremena za razgovor
- Podučiti bolesnika metodama distrakcije
- Usmjeravati bolesnika na pozitivno razmišljanje
- Objasniti bolesniku sve postupke koji se rade u njegovom liječenju
- Omogućiti bolesniku donošenje odluka
- Uključiti njegovu obitelj, ukoliko on želi

Evaluacija:

Bolesnik primjenjuje metode za ublažavanje straha, cilj je postignut.

Bolesnik je ponekad u strahu, cilj nije u cijelosti postignut.

Sestrinska dijagnoza

Anksioznost u/s dijagnostičkim postupcima što se očituje hipertenzijom, tahikardijom i verbaliziranjem straha

Cilj: Bolesnik će se pozitivno suočiti s anksioznošću i svojom bolesti.

Bolesnik će demonstrirati tehnike suočavanja s tjeskobom.

Intervencije:

- Stvoriti partnerski odnos s bolesnikom
- Pokazati empatiju prema njemu, biti uz bolesnika kada to želi
- Stvoriti osjećaj povjerenstva, stručnosti
- Informirati bolesnika o svim dijagnostičkim i terapijskim postupcima koji ga očekuju
- Omogućiti bolesniku da sudjeluje u donošenju odluka vezanih uz dijagnostiku i liječenje
- Potaknuti bolesnika da potraži pomoć kad osjeti da je anksiozan
- Podučiti pacijenta postupcima smanjivanja anksioznosti

Evaluacija:

Cilj je postignut, bolesnik se pozitivno suočava s bolesti i anksioznošću.

Cilj je postignut, bolesnik demonstrira tehnike suočavanja s tjeskobom.

8. Zaključak

Upalne bolesti crijeva koje čine ulcerozni kolitis, Crohnova bolest i nedeterminirani kolitis danas su u svijetu u značajnom porastu. Smatra se da tome pridonosi nezdravi način života, najčešće prisutne u velikim razvijenim zemljama, češće u gradovima nego u selima. Nadalje, brojna istraživanja govore o multifaktornom učinku razvoja IBD-a, a najznačajniji uzroci su genetika, okolišni čimbenici, psihološki čimbenici, ali i infekcije uzrokovane određenim štetnim mikroorganizmima koje dovode do „kvara“ imunološkog sustava ljudskog organizma.

Ulcerozni kolitis je obilježen kroničnom upalom sluznice i eventualno podsluznice debelog crijeva, a karakteristična je oštro ograničena razlika zdravog i upalom zahvaćenog dijela sluznice. Za razliku od ulceroznog kolitisa, upala se kod Crohnove bolesti može javiti u bilo kojem dijelu probavnog trakta od usne šupljine do anusa, te je specifična transmuralnost upale. Obje spomenute bolesti su kronične, praćene fazama relapsa i regresije bolesti.

Rano postavljanje dijagnoze je nužno kako bi terapijski učinci imali što bolji učinak. Ona se postavlja na temelju dobro uzete anamneze, fizikalnog pregleda, laboratorijskih pretraga, endoskopskih pretraga uz biopsiju materijala i radioloških pretraga. Kada govorimo o uzimanju anamneze, potrebno je spomenuti sestrinsku anamnezu i njenu značajnost u postavljanju sestrinskih dijagnoza. Tu je bitno obratiti pozornost na probavne smetnje koje se javljaju kod bolesnika, a to su mučnina, učestale tekuće stolice, tenezmi, ali i na psihološku stranu bolesnika.

Cilj liječenja IBD-a je postizanje remisije bolesti, sprječavanje relapsa bolesti, ali i bolja kvaliteta života svakog bolesnika. Postoje dva terapijska modela: terapija indukcije remisije i terapija održavanja bolesti, a svaki od tih modela sastoji se od različitih terapijskih postupaka. IBD se može liječiti medikamentozno, dijetoterapijom, kirurški i biološkom terapijom, ali je bitno pristupanje svakom bolesniku na individualni način. Danas je u velikom usponu biološka terapija koja uvelike ima utjecaj na poboljšanje zdravstvene kvalitete života samog bolesnika. Brojna istraživanja potkrepljuju ovu tvrdnju, kao i tvrdnju da biološka terapija pozitivno djeluje (smanjeni simptomi, produljene faze remisije, smanjene hospitalizacije) na bolesnike kod kojih standardna terapija nije dala zadovoljavajući učinak.

Značajni utjecaj u liječenju bolesnika s IBD-om, uz ostale članove tima, imaju medicinska sestra/tehničar koji su najbliži „suradnici“ svakog bolesnika. U tome je najbitnija empatija i dobra komunikacija koje rezultiraju partnerskim odnosom između bolesnika i medicinske sestre. Od velike je važnosti da medicinska sestra/tehničar budu educirani. Moraju znati razliku između UC i CB, moraju poznavati dijagnostičke i terapijske postupke, ali i simptome čestih EIM (ekstraintestinalne manifestacije). U fazi oporavka, remisije bolesti uloga medicinske sestre ne prestaje. Ona pomaže bolesniku u sastavljanju djeteta i jelovnika, te upućuje bolesnika na udruge

za oboljele od UC i CB. Oboljeli od IBD-a, zbog čestih recidiva bolesti, pate od anksioznosti, depresije i emocionalne uznemirenosti, te im medicinska sestra često bude psihološka potpora.

Prikazom slučaja bolesnika oboljelog od ulceroznog kolitisa željela se prikazati klinička slika i tijek bolesti, uz brojne regresije i relapse. Također se želio prikazati utjecaj vanjskih čimbenika na sam tijek bolesti, posebice stresa, za kojih se nekad smatralo da je jedan od uzroka bolesti a danas se zna da nije uzrok ali može pogoršati postojeće stanje. Ovim prikazom slučaja potvrđeni su rezultati brojnih istraživanja, da stres izaziva egzacerbaciju bolesti unatoč dosadašnjim uspješnim terapijskim postupcima. Čudotvorna terapija u liječenju IBD-a ne postoji, ali pravilna prehrana i zdrav način života (bez stresa) mogu pridonijeti poboljšanju zdravstvene kvalitete života takvih bolesnika.

9. Literatura

- [1] B. Vucelić: Upalne bolesti crijeva: Reumatizam, vol. 60, br. 2, 2013, str. 13-23.
- [2] A.E. M'Koma: Inflammatory bowel disease: an expanding global health problem, *Clinical medicine insights, Gastroenterology*, 6, 2013, str. 33–47.
- [3] M. Katičić: Indeksi aktivnosti upalnih bolesti crijeva, *Acta medica Croatica*, vol. 67, br. 2, 2013, str. 93-109.
- [4] R. Ungaro, S. Mehandru, P.B. Allen, L. Peyrin-Biroulet, & Colombel, J. F.: Ulcerative colitis. *Lancet (London, England)*, 389(10080), 2017, str. 1756–1770.
- [5] D. Petrač i suradnici: Interna medicina, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.
- [6] P. Keros, M. Pećina, M. Ivančić-Košuta: Temelji anatomije čovjeka, Medicinska biblioteka, Zagreb 1999.
- [7] I. Andreis, D. Jalšovec: Anatomija i fiziologija, Školska knjiga, Zagreb, 2009.
- [8] P. Keros, D. Chudy: Anatomski atlas, Mosta, Zagreb, 2002.
- [9] D. K. Podolsky: Inflammatory bowel disease, *The New England journal of medicine*, 2002, 347:417-29.
- [10] R. Pinjatela: Neke karakteristike kvalitete života osoba sa i bez malignog oboljenja, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 2008, vol. 44, br. 2, str. 79-98.
- [11] M. Marušić i sur.: Upalne bolesti crijeva: od etiologije do terapije, Monografija za liječnike, Zagreb, 2017.
- [12] A. Tragnone, G. Corrao, F. Miglio, R. Caprilli, G.A. Lanfranchi: Incidence of inflammatory bowel disease in Italy: a nationwide population-based study, *Int J Epidemiol.*, 1996., 25(5):1044-52
- [13] B.M. Sinčić, B. Vucelić, M. Peršić, N. Brnčić, D.J. Eržen, B. Radiković i sur: Incidence of inflammatory bowel disease in Primorsko-goranska County, Croatia, 2000-2004: a prospective population-based study, *Scand J Gastroenterol*, 2006, 41(4):437-44 41
- [14] D. Pezerovic, M. Žulj, I. Klarin, Lj. Majnarić, I. Včev, A. Včev: Clinical expression of inflammatory bowel disease: a retrospective population-based short study, *VukovarskoSrijemska County, Croatia*, 2010., *Coll Antropol*, 2013, 37(3):919-927
- [15] M. Katičić: Indeksi aktivnosti upalnih bolesti crijeva, *Acta medica Croatia*, br. 2, studeni 2013, str. 93-109
- [16] A. Včev: Bolesti debelog crijeva, *Grafika, Osijek*, 2002.
- [17] B. Vucelić: Današnja strategija liječenja upalnih bolesti crijeva: važnost mukoznog liječenja, *Medicus*, br. 2, 2013, str. 171-178

- [18] B.B. Crohn, L. Ginzberg, G.D. Oppenheimer: Regional enteritis: a pathological and clinical entity, *JAMA*, 1932, 99(16):1323-1329
- [19] B. Vrhovac i sur.: *Interna medicina*, Naklada Ljevak, Zagreb, 2003.
- [20] S.M. Silverberg SM, et al.: Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of IBD, *World Congress of Gastroenterology, Can J Gastroenterol.*, 2005, str. 5-36.
- [21] B. Vucelić i sur.: *Gastroenterologija i hepatologija*, Medicinska naklada, Zagreb, 2002.
- [22] B. Vucelić, S. Čuković - Čavka: *Upalne bolesti crijeva*, Medicus 2006, Vol. 15, No. 1, str. 53 – 62
- [23] S.C. Wei, T.H. Chang, T.H. Chao, J.S. Chen, J.W. Chou, Y.H. Chou, et al. Management of Crohn's disease in Taiwan: Consensus guideline of the Taiwan Society of Inflammatory Bowel Disease, *Intest Res*, 2017, 15(3):285–310.
- [24] I. Bjarnason: The Use of Fecal Calprotectin in Inflammatory Bowel Disease, *Gastroenterol Hepatol*, 2017, 13(1): 53–56.
- [25] L.M. Higuchi, H. Khalili, A.T. Chan, et al.: A prospective study of cigarette smoking and the risk of inflammatory bowel disease in women, *Am J Gastroenterol.*, 2012, 107:1399
- [26] D. Burger, S. Travis: Conventional medical management of inflammatory bowel disease, *Gastroenterology*, 2011, 140:1827-37.
- [27] Ž. Pušeljić: Utjecaj biološke terapije na kvalitetu života bolesnika oboljelih od upalnih bolesti crijeva, *Diplomski rad*, Osijek, 2017.
- [28] B. Vucelić, S. Čuković-Čavka, M. Banić, A. Bilić, V. Borzan, M. Duvnjak, et al.: Hrvatski konsenzus o liječenju upalnih bolesti crijeva biološkom terapijom, *Acta Med Croatica*. 2013, 67:75-87.
- [29] B. Vucelić B: Hrvatske smjernice za primjenu enteralne prehrane u Crohnoj bolesti, *Liječ Vjesn*, 2010, str. 132
- [30] D. Milaković, M. Crnčević Urek: Biološka terapija u liječenju kroničnih upalnih bolesti crijeva, *Medicina Fluminensis*, 2020, Vol. 56, No. 2, str. 137-146
- [31] M. Lukić, A. Včev: *Prehrana i upalne bolesti crijeva*. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera, Osijek, 2006.
- [32] P. Schreiner, M. Martinho-Grueber, D. Studerus i sur.: Nutrition in Inflammatory Bowel Disease, *Digestion*, 2020;101(suppl 1):120-135.
- [33] M. Peršić, B. Mijandrušić-Sinčić: Enteralna prehrana u bolesnika s kroničnim upalnim bolestima crijeva, *Medicina*, 2003, 42(39), str. 280 – 288
- [34] Ž. Krznarić, D. Vranešić Bender, S. Čuković-Čavka, B. Vucelić: Dijetoterapija upalnih bolesti crijeva, *Medicus* 2008, 17(1):133-139

[35] G.S. Sica, L. Biancone: Surgery for inflammatory bowel disease in the era of laparoscopy, *World J Gastroenterol*, 2013, 19(16): 2445–2448.

[36] W. Blonski, A.M. Buchner, G.R. Lichtenstein: Inflammatory bowel disease therapy: current state-of-the-art, *Curr Opin Gastroenterol*, 2011, 27(4):346–357.

[37] B. Mijandrušić Sinčić: Priprema bolesnika s upalnim bolestima crijeva za primjenu blokatora tumor-nekrotizirajućeg faktora alfa, *Medicina Fluminensis*, 2010, str. 29-36.

[38] J.K. MacDonald, T.M. Nguyen, R. Khanna, A. Timmer: Ustekinumab i briakinumab za liječenje aktivne Crohnove bolesti, *Cochrane Systematic Review*, 2016.

[39] N. Viget, G. Vernier-Massouille, D. Salmon-Ceron, Y. Yazdanpanah, J.F. Colombel: Opportunistic infections in patients with inflammatory bowel disease: prevention and diagnosis, *Gut*, 2008, 57:549-58.

[40] G.R. D'Haens, R. Panaccione, P.D. Higgins: World Congress with European Crohn's and Colitis Organisation: when to start, which drug to choose, and how to predict response?, *Am J Gastroenterol*, 2011, 106: 199-212.

[41] M. Korpar: Utjecaj terapijskog pristupa na kvalitetu života oboljelih od upalnih bolesti crijeva, Diplomski rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2020.

[42] K. Kemp, L. Dibley, U. Chauhan, K. Greveson, S. Jäghult, K. Ashton, P. Bager: 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*, 2010, 12(7), 760-776.

[43] D. Lučanin, J. Despot Lučanin: Komunikacijske vještine u zdravstvu, Naklada Slap, Zagreb, 2010, str. 37

[44] H. Priest: Uvod u psihološku njegu u sestriinstvu i zdravstvenim strukturama, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2014.

[45] J. Brljak i sur.: Zdravstvena njega u gastroenterologiji s endoskopskim metodama, Medicinska naklada, Zagreb, 2013

Popis slika

Slika 2.2. Anatomija tankog crijeva, *Izvor: http://www.jungodaily.com/kuka_kr5/ileum-tanko-crijevo (06.08.2021.)*

Slika 2.3. Anatomija debelog crijeva, *Izvor: <https://hr.healthandmedicineinfo.com/dickdarm-VIZ> (06.08.2021.)*

Slika 3.3.1. Prikaz kontinuiteta upale i prikaz sluznice kod UC, *Izvor: <https://hucuk.hr/ulcerozni-kolitis/> (10.08.2021.)*

Slika 3.4.1. Razlike u zahvaćenosti crijeva između Crohnove bolesti i ulceroznog kolitisa, *Izvor: https://www.hopkinsmedicine.org/inflammatory_bowel_disease_center/about_ibd/ (12.08.2021.)*

Slika 3.4.2. “Montrealska revizija” Bečke klasifikacije, *Izvor: <https://hrcak.srce.hr/111460> (12.08.2021.)*

Slika 3.4.3. CDAI - The Crohn’s disease activity indeks – tri kategorije aktivnosti, *Izvor: <https://hrcak.srce.hr/111460> (12.08.2021.)*

Slika 3.5.1. Nedeterminirani kolitis,

Izvor: https://www.hopkinsmedicine.org/inflammatory_bowel_disease_center/about_ibd (14.08.2021.)

Slika 4.1.2.1. Primjer jelovnika za bolesnike s IBD-om, *Izvor: <https://www.pozeska-bolnica.hr/dokumenti/> (19.08.2021.)*

Slika 4.2.1. Anti-TNF- α lijekovi korišteni za liječenje IBD-a, *Izvor: <https://hrcak.srce.hr/237301> (17.08.2021.)*

Popis tablica

Tablica 3.2.1. Faktori rizika iz okoliša, *Izvor: <https://hrcak.srce.hr/123330>6*

Tablica 3.3.2. Proširenost ulceroznog kolitisa (Montrealski konsensus),

Izvor: <https://hrcak.srce.hr/111460>.....7

Tablica 3.3.3. Aktivnost ulceroznog kolitisa (Mayo indeks),

Izvor: <https://hrcak.srce.hr/111460>.....7



Sveučilište Sjever



SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU

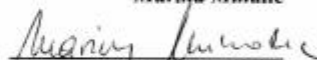
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Marina Mihalić, pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog rada pod naslovom Zdravstvena njega bolesnika sa upalnim bolestima crijeva te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

Marina Mihalic



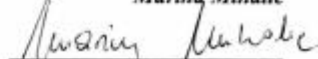
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Marina Mihalić, neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog rada pod naslovom Zdravstvena njega bolesnika sa upalnim bolestima crijeva čiji sam autor/ica.

Student/ica:

Marina Mihalic



(vlastoručni potpis)