ECCO
EFCCA
PATIENT
GUIDELINES

ECCO-EFCCA Pacientu vadlīnijas par Krona slimību (KS)

Marc Dudley*[1], Martin Kojinkov*[2], Dusan Baraga[3], Xavier Donnet[4], Evelyn Groß[5], Sofia Lantzanaki[6], Tineke Markus de Kwaadsteniet[7], Tricia McArdle[8], Malgorzata Mossakowska[9], Marko Perovic[10], Cornelia Sander[11], Helen Ludlow[12], Gerassimos J Mantzaris[13], Axel Dignass**[14], Francisca Murciano**[15]

* Šie autori ir devuši vienlīdzīgu ieguldījumu kā autori, kas kā pirmie rakstījuši šo darbu.

* Šie autori ir devuši vienlīdzīgu ieguldījumu kā autori, kas kā pēdējie rakstījuši šo darbu.

[1]LMF — Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, Postboks 808 Sentrum, 0104 Oslo, Norvēģija; [2]Bulgārijas Krona slimības un čūlainā kolīta asociācija, Druzba 2, bl. 212, entr. V, apt. 66 Sofija, 1582 Bulgārija; [3]KVCB — Društvo za kronično vnetno črevesno bolezen, Ljubljanska ulica 5, p.p. 640, 2000 Maribora, Slovēnija; [4]A.S.B.L Association Crohn-RCUH, Rue de la Forêt de Soignes 17, 1410 Vaterlo, Beļģija; [5]ÖMCCV — Österreichische Morbus Crohn — Colitis ulcerosa Vereinigung, Obere Augartenstraße 26-28, 1020 Vīne, Austrija; [6]HELLESCC — Grieķijas Krona slimības un čūlainā kolīta pacientu biedrība, Filis 232, Atēnas, Grieķija; [7]CCUVN — Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland, Houttuinlaan 4b, 3447 GM Vordena, Nīderlande; [8]ISCC — Īrijas kolīta un Krona slimības biedrība, Carmichael Centre for Voluntary Groups, North Brunswick Street, Dublina 7, Īrija; [9]Polijas Asociācija iekaisīgo zarnu slimību pacientu atbalstam "J-elita", ul. Ks. Trojdena 4, 02 109 Varšava, Polija; [10]UKUKS — Udruzenje obolelih od Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa Srbije, Pere Cetkovica 23, 11060 Belgrada, Serbija; [11]DCCV e.V. — Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung, Inselstraße 1, 10179 Berlīne, Vācija; [12]University Hospital Llandough, Penlan Road, Llandough, South Wales, CF64 2XX, Velsa; [13]Evangelismos Hospital, Department of Gastroenterology, 45-47 Ypsilandou Street, 10676 Atēnas, Grieķija; [14]Department of Medicine I Gastroenterology, Hepatology, Oncology and Nutrition, Agaplesion Markus Hospital, Goethe University, DE 60431 Frankfurte, Vācija; [15]Hospital del Mar, Department of Gastroenterology, Passeig Maritim 25-29, 08003 Barselona, Spānija

Organizatoriskās un korespondējošās biedrības: Eiropas Krona slimības un kolīta organizācija, Ungargasse 6/13, 1030 Vīne, Austrija; Eiropas Krona slimības un čūlainā kolīta asociāciju federācija, Rue Des Chartreux, 33-35 Brisele B 1000 Beļģija

Ievads

Krona slimība (KS) un čūlainais kolīts (ČK) pieder pie hronisku zarnu iekaisuma slimību grupas, kuras dēvē par iekaisīgajām zarnu slimībām (IZS). IZS ir imunoloģiskas slimības, kas attīstās pacientos ar ģenētisku dispozīciju, kad viņi tiek pakļauti attiecīgu, bet joprojām nenoteiktu vides faktoru ietekmei.

Šajās vadlīnijās ir aplūkota KS diagnosticēšana un ārstēšana. Termins KS (Krona slimība) ir lietots viscaur šajās vadlīnijās. Tās ir rūpīgi izstrādātas, pamatojoties uz starptautiskajām vadlīnijām par Krona slimību, iesaistot procesā vadošos medicīnas ekspertus Eiropā un izvērtējot visus pašlaik pieejamos pierādījumus par to, kā vislabāk ārstēt KS pacientus, lai pacienti labāk izprastu to, kā medicīnas profesionāļi diagnosticē un ārstē KS. Daudzi termini ir pasvītroti; šie termini ir atrodami glosārijā, lai vadlīnijas būtu labāk izprotamas. Ja jums ir interese par ČK, lūdzu skatīt citas uz pacientu orientētas vadlīnijas, kas ir izstrādātas vienlaicīgi ar šīm.

KS ir slimība, kas skar tievo un resno zarnu, un retāk tā skar arī citas kuņģa un zarnu trakta daļas. Tā var arī ietekmēt citus orgānus un audus ārpus zarnām — parasti ādu, locītavas un acis.

Parasti KS skar tievās zarnas galu un resno zarnu. Tomēr KS var skart jebkuru visa kuņģa un zarnu trakta daļu, sākot ar muti un beidzot ar anālu atveri. Zarnu iekaisums parasti ir „pārtraukts", un iekaisušās daļas („slimības skarto zarnu daļas") ir pamīšus ar veselajām zarnu daļām („bez bojājumiem"). Atkarībā no iekaisuma smaguma pakāpes visapslēptākā zarnu sieniņas daļa („gļotāda") var būt apsārtusi („eritematoza") un uztūkusi („edematoza") ar dažāda lieluma un formas čūlām (aftām, virspusējām čūlām, dziļām čūlām, garenvirziena čūlām), un gļotāda var izskatīties līdzīgi „bruģim". Šie bojājumi ietekmē vispārējo zarnu sieniņas biezumu un var izraisīt komplikācijas, piemēram, lumena stenozi un/vai iespiešanos, kuras rezultātā veidojas abscesi (zarnu lumena satura izšķīšana vēdera dobumā) vai fistulas (trakti, kuri izdalās un novada zarnu lumena saturu uz ādu vai blakusesošajiem orgāniem, piemēram, pūsli vai citām zarnu cilpām). Turklāt lielai daļai KS pacientu slimība var skart arī citas ķermeņa daļas ārpus zarnām, biežāk ādu, locītavas un acis. Minētās slimības izpausmes ārpus zarnām var parādīties pirms tipiskākajiem KS simptomiem, kas skar zarnas (skat. tālāk tekstā), un dažkārt tie ir mokošāki un grūtāk ārstējami nekā zarnu simptomi.

Tā kā KS ir polimorfiska slimība, zarnu bojājumi ir jāattēlo ar piemērotu diagnostisko izmeklējumu palīdzību un jāiedala smaguma pakāpēs diagnosticēšanas laikā. Turklāt, tā kā KS ir neārstējama slimība visas dzīves garumā, terapijas mērķis ir samazināt slimības skarto zarnu un vietu ārpus zarnām (ja ir) iekaisumu, saglabāt zarnu funkciju, novērst komplikācijas un piedāvāt pacientiem normālu personīgās, profesionālās un sociālās dzīves kvalitāti bez invaliditātes. Terapeitiskā iejaukšanās paredz smēķēšanas izbeigšanu, diētas ievērošanu un medikamentu daudzveidību, kurus lieto atsevišķi vai vairākus kopā atkarībā no slimības skartās vietas un smaguma pakāpes.

Krona slimības (KS) diagnosticēšana

KS simptomi

KS simptomi var būt dažādi. Bieži vien tie izpaužas kā vēdergraizes, svara zudums un caureja, kas ilgst vairāk par četrām nedēļām. Ja šie simptomi parādās jo īpaši gados jauniem pacientiem, ārstam jāizvērtē KS iespējamība. Vispārējie simptomi ietver diskomforta sajūtu, nogurumu, apetītes zudumu vai drudzi.

Simptomi var parādīties pēkšņi, un dažreiz KS var kļūdaini diagnosticēt kā akūtu apendicītu. Simptomi var līdzināties arī kairinātu zarnu sindromam (KZS). Daudziem pacientiem ir vēdergraizes un svara zudums pirms diagnosticēšanas. Asiņu un gļotu piejaukums fēcēm ir retāk sastopams nekā ČK pacientiem. KS simptomi ārpus zarnām — parasti locītavās — parādās arī pirms ar zarnām saistītajiem simptomiem.

Diagnostiskie izmeklējumi

KS norise pacientiem atšķiras atkarībā no pacienta vecuma slimības sākumā, slimības skarto zarnu daļas un slimības gaitas.

KS diagnozi nevar noteikt, pamatojoties tikai uz vienu izmeklējumu. Diagnozi nosaka, pamatojoties uz klīnisko simptomu novērtējuma, asins analīžu, attēlveidošanas, endoskopijas un zarnu biopsiju histoloģiskā novērtējuma apvienojumu (skat. glosāriju). Ģenētisko testu veikšanu parastajā KS diagnosticēšanas gaitā šobrīd neiesaka.

Pacienta vēsture

Ārstam jāuzdod jums daudzi detalizēti jautājumi, piemēram, kad parādījās pirmie simptomi, vai jūs esat ceļojis pēdējā laikā, vai jums ir pārtikas nepanesamība, vai jūs lietojat vai esat iepriekš lietojis medikamentus (tostarp, antibiotikas un NSPL, pretiekaisuma un pretsāpju zāles kā aspirīnu, ibuprofēnu vai diklofenaku) un to, vai jums ir veikta apendektomija. Ārsts pievērš īpašu uzmanību labi zināmajiem KS riska faktoriem tādiem kā smēķēšana, ģimenes locekļa saslimstība ar KS un gremošanas trakta infekcija pēdējā laikā.

Smēķēšana, ģimenes vēsture attiecībā uz IZS un iepriekš dzīves laikā veikta apendektomija ir KS riska faktori. Kuņģa vai zarnu bakteriāla vai vīrusu infekcija palielina KS izveidošanās risku. Pētījumiem par NSPL kā riska faktoru nav tik pārliecinošu rezultātu.

KS simptomi, kas nav saistīti ar zarnām (ārpus zarnu)

Pastāv daudzi simptomi, kas ir saistīti ar KS, un ne visi no tiem attiecas tieši uz zarnām. Kā jau tika minēts, KS var skart dažādus orgānus un audus ārpus zarnām.

Ārstam ir jāpajautā par simptomiem nakts laikā un simptomiem un/vai pazīmēm ārpus zarnām (piemēram, muti, ādu, acīm un locītavām), abscesiem ap anālo atveri vai anālās atveres plīsumu (t.i. saplaisājušu ādu). Vispārēja veselības pārbaude ietver:

- vispārējo labsajūtu
- pulsa ātrumu
- asinsspiedienu
- temperatūru
- vēdera sāpīgumu un uztūkumu
- veidojumus, kurus var sataustīt
- starpeni (vietu starp anālo atveri un dzimumorgāniem) un muti
- taisnās zarnas pārbaudi ar pirkstu
- ķermeņa masas indeksa rādītāju.

Fiziskā izmeklēšana un laboratoriskie izmeklējumi

Ārsts pārbauda, vai jums nav akūta un/vai hroniska iekaisuma pazīmes, anēmija, dehidrācija, kā arī nepietiekama uztura vai malabsorbcijas pazīmes. Sākotnējie laboratoriskie izmeklējumi ietver CRP un pilnu asins ainu. Var izmantot arī citus iekaisuma marķierus tādus kā kalprotektīnu fēču paraugā vai ESR. Dažos gadījumos ārstam jāveic izmeklējums, vai nav infekciozā caureja, tostarp *Clostridium difficile* baktērijas izraisīta infekcija. Var rasties nepieciešamība veikt detalizētākus fēču izmeklējumus, jo īpaši, ja esat bijis ārvalstīs.

Anēmija un trombocitoze (kad ķermenis ražo pārāk daudz trombocītu) ir izplatītākie KS simptomi, kurus uzrāda asins analīzes. CRP un ESR uzrāda iekaisuma (ne)esamību; CRP plaši korelē ar slimības aktivitāti, bet ESR ir neprecīzāks. Kalprotektīns fēču paraugā labi korelē ar slimības aktivitāti zarnās.

Tomēr neviens no šiem izmeklējumiem nav pietiekami specifisks, lai diagnosticētu KS vai atšķirtu to no ČK.

Endoskopija

Ja ārsts uzskata, ka jums varētu būt KS, ir nepieciešama ileokolonoskopija un biopsijas no tievās zarnas gala un katras resnās zarnas daļas, lai mikroskopiski varētu pārbaudīt, vai jums nav KS, pirms diagnozes noteikšanas. Neatkarīgi no rezultātiem ir ieteicams veikt papildu izmeklējumus, lai noteiktu KS vietu un pakāpi tievajā zarnā. Nav pilnībā noskaidrots, vai gremošanas trakta augšējās daļas endoskopija caur muti būtu ieteicamākā metode pieaugušiem pacientiem bez simptomiem.

Kolonoskopija un biopsijas ir galvenā procedūra, lai diagnosticētu iekaisumu resnajā zarnā. Vairumā kolonoskopiju ir iespējams noņemt biopsijas arī no tievās zarnas. Endoskopiskās KS pazīmes ietver nevienmērīgu, plankumainu iekaisumu, anālās atveres bojājumus un zarnu sieniņu izskatu, kas atgādina bruģi. KS smaguma pakāpi resnajā zarnā var labi novērtēt kolonoskopijas laikā, bet, ja KS ir skārusi tievās zarnas galu, ileoskopija kopā ar attēlveidošanas tehnikām ir efektīvāka diagnozes noteikšanai. Tādas attēlveidošanas tehnikas kā ultrasonogrāfija, DT skenēšana vai MRI vienas pašas nevar skaidri noteikt KS diagnozi.

Attēlveidošanas izmeklējumi

Attēlveidošanas izmeklējumi (MRI un DT) zarnām un ultraskaņas izmeklējums vēderam sniedz papildu informāciju endoskopijas rezultātiem. Tie palīdz atklāt un noteikt KS radītā iekaisuma pakāpi, nosprostojumus un fistulas. Jāņem vērā arī radiācijas ietekme, jo īpaši izvēloties tehnikas slimības gaitas kontrolēšanai. Vispārpieņemtie radioloģiskie pētījumi, kuros izmanto bāriju (t.i., kontrastvielu), ir nekvalitatīvāki un ar lielu radiācijas devu, tādēļ vajadzētu izvēlēties citas metodes, ja iespējams.

DT un MRI pašlaik ir standarta izmeklējumi, lai apskatītu tievo zarnu. Abos izmeklējumos var redzēt KS pakāpi un aktivitāti atkarībā no zarnu sieniņu biezuma, tūskas un čūlām. Abiem izmeklējumiem ir līdzīga precizitāte, bet DT ir vieglāk pieejama un patērē mazāk laika nekā MRI. Tā kā DT izmanto radiāciju, pēc iespējas vairāk vajadzētu izvēlēties MRI.

Vēdera izmeklēšana ar ultraskaņu var sniegt informāciju par slimības aktivitāti un vietu, jo īpaši tievajā zarnā. Turklāt tā ir plaši pieejama un nav dārga, kā arī nepakļauj pacientu radiācijai. Tomēr ar šo metodi var rasties grūtības saskatīt dziļos zarnu segmentus, un izmeklēšanas metodes var izvēlēties atkarībā no tā, ko ar tām var apskatīt.

Tievās zarnas endoskopija

Tievās zarnas kapsulas endoskopiju (TZKE) var izmantot tikai, ja ileokolonoskopijas un attēlveidošanas izmeklējumi ir negatīvi, bet ārstam joprojām ir pamatotas aizdomas, ka tā varētu būt KS. Šādā gadījumā TZKE varētu palīdzēt apstiprināt, ka jums nav KS. Enteroskopiju var veikt eksperts, ja ir nepieciešama biopsija. To var arī izmantot, ja endoskopiskā terapija tāda kā sašaurinājumu paplašināšana (lumena paplašināšana), iesprūdušas kapsulas izņemšana vai asiņošanas apturēšana ir nepieciešama.

TZKE ir jauna metode, kas ļauj ārstam saskatīt tievās zarnas bojājumus, kuri varētu būt nesaskatāmi kolonoskopijas vai attēlveidošanas izmeklējumu laikā. Tas ir efektīvs diagnostiskais instruments gadījumā, ja KS ir skārusi tievo zarnu, bet to nevar izmantot, ja pacientam ir zarnu nosprostojumi, sašaurinājumi vai fistulas, implantētas elektro-medicīnas ierīces (piem., elektrokardiostimulatori) vai ir rīšanas traucējumi.

Endoskopiskās biopsijas

Lai noteiktu pareizu KS diagnozi, ir jānoņem biopsijas. Jānoņem vismaz divas biopsijas no piecām vietām resnajā zarnā (tostarp taisnajā zarnā) un no tievās zarnas gala.

Biopsiju, kas paņemtas no visas resnās zarnas, sēriju analīze visprecīzāk diagnosticē KS. Biopsijas jāņem gan no slimības skartajiem, gan neskartajiem laukumiem. Papildu pārbaudēs var izmantot mazāku biopsiju daudzumu diagnozes apstiprināšanai, un papildu pārbaudēs pēc ķirurģiskas iejaukšanās biopsijas ir jānoņem, ja ir aizdomas par slimības recidīvu. Pacientiem ar ileo-anālo maisiņu biopsijas ir jānoņem no centripetālās zarnu cilpas (t.i., tievās zarnas daļas, kura izbeidzas maisā), ja ir aizdomas par KS. Ja ir aizdomas par agrīnām vēža stadijām, ir jānoņem daudzkārtīgas biopsijas.

Slimības gaitas prognoze

Ņemot vērā diagnosticēšanas laikā novērotos klīniskos faktorus un/vai endoskopiskos konstatējumus, var paredzēt KS gaitu. Prognoze ir jāņem vērā, nosakot ārstēšanas veidu.

Pētījumos ir konstatēts, ka šādi faktori liek domāt par smagāku slimības formu tuvāko piecu gadu laikā pēc diagnozes noteikšanas:

- anālās atveres bojājumi,
- slimība ir skārusi tievās zarnas galu un resnās zarnas sākumu,
- diagnosticēšanas laikā pacients ir jauna gadagājuma, un/vai
- nepieciešamībā ārstēt pirmo saasinājumu ar steroīdiem.

Ir arvien vairāk pierādījumu tam, ka agrīna intensīvā terapija ar imūnmodulatoriem un/vai bioloģiskajiem preparātiem var veicināt gļotādas ārstēšanu un agrīnu, nepārtrauktu remisiju bez steroīdiem. Tomēr agrīna intensīvā terapija būtu jāizmanto tikai smagos gadījumos imūnsupresoru terapijas radītā riska dēļ.

Slimības gaitas kontrolēšana un ārstēšanās panākumi

Terapijas kontrolēšanai var izmantot CRP un marķierus fēcēs (tādus kā kalprotektīns fēču paraugā vai laktoferīns). Tos var izmantot neilgu laiku ārstēšanas turpinājumā un recidīva prognozēšanai. Kalprotektīns fēču paraugā arī var palīdzēt noteikt, vai jums ir KS vai kairinātu zarnu sindroms (KZS).

Endoskopija joprojām tiek izmantota kā standarta metode, lai novērtētu ārstēšanas rezultātus zarnās, bet tā ir agresīva un dārga metode. Vieglāk ir noteikt kalprotektīna fēču paraugā un laktoferīna līmeni. Šie abi uzrāda iekaisuma (ne)esamību zarnās jebkura iemesla dēļ, pēc tiem var prognozēt KS aktivitāti un tie labāk nosaka zarnām specifisko iekaisumu nekā CRP mērījumi.

Aktīvas Krona slimības medicīniskā ārstēšana, ietverot alternatīvās terapijas

Vispārēji apsvērumi

Pirms medicīniskās ārstēšanas uzsākšanas vai izmaiņām ir jāapstiprina fakts, ka pacientam ir KS radīts aktīvs iekaisums.

Sastādot KS ārstēšanas plānu, jāņem vērā slimības aktivitāte, atrašanās vieta un gaita, un plāns vienmēr ir jāapspriež ar pacientu. Dažkārt, jo īpaši smagos gadījumos, lēmumi par ārstēšanu jāpieņem, nezinot to, cik lielā mērā slimība ir izplatījusies. Ārsti ne vienmēr var novērtēt slimības aktivitāti, tādēļ ar dažādu izmeklējumu palīdzību ir jāiegūst objektīvi slimības aktivitātes marķieri (piem., biopsijas, kalprotektīns fēču paraugā) pirms terapijas uzsākšanas vai izmaiņām.

Piemērotu terapiju nosaka, atrodot līdzsvaru starp zāļu iedarbību un iespējamām blakusparādībām, iepriekšējo reakciju uz ārstēšanu, kā arī ņemot vērā iespējamās komplikācijas vai simptomi ārpus zarnām.

Mēreni aktīva KS

Mēreni aktīvu KS, kas ir skārusi tievās zarnas galu un resnās zarnas sākumu, ārstē ar budezonīdu vai tādiem sistēmiskajiem kortikosteroīdiem kā prednizolons vai metilprednizolons. Anti-TNF terapiju piemēro pacientiem, uz kuriem iepriekš nav iedarbojušies steroīdi vai kuri tos nepanes. KS pacientiem, kuriem recidīvs iestājas reti, būtu piemēroti uzsākt atkārtotu steroīdu lietošanu kopā ar imūnsupresoriem. Pacientiem, uz kuriem neiedarbojas steroīdi un/vai anti-TNF, būtu piemērota vedolizumaba lietošana.

Budezonīds un prednizolons ir piemēroti mēreni aktīvas KS sākotnējai terapijai. Prednizolons ir ļoti efektīvs un lētāks, bet tas izraisa vairāk blakusparādību nekā budezonīds. Kortikosteroīdu lietošanai KS ārstēšanā jābūt minimālai, jo tie nav efektīvi remisijas uzturēšanā.

Steroīdu terapiju var efektīvi samazināt, agri uzsākot anti-TNF terapiju. Noteiktas pacientu grupas, kā no steroīdiem atkarīgie pacienti vai uz kuriem steroīdi neiedarbojas, var iegūt vairāk labuma no anti-TNF terapijas.

Ir konstatēts, ka uz pacientiem agrīnās slimības stadijās infliksimaba un azatioprīna apvienojums iedarbojas labāk nekā tikai infliksimabs atsevišķi remisijas panākšanā un uzturēšanā.

Aktīva KS smagā formā

Aktīvu KS smagā formā, kas ir skārusi tievās zarnas galu un resnās zarnas sākumu, vispirms ārstē ar sistēmiskajiem kortikosteroīdiem. Anti-TNF terapija ir piemērota pacientiem, kuriem ir iestājies recidīvs. Pacientiem, uz kuriem neiedarbojas steroīdi un/vai anti-TNF, būtu piemērota vedolizumaba lietošana. Dažiem KS pacientiem, kuriem recidīvs iestājas reti, būtu piemēroti uzsākt atkārtotu steroīdu lietošanu kopā ar imūnsupresoriem. Ķirurģiskas iejaukšanās iespējas ir jāpārrunā ar pacientiem, kuri nereaģē un medikamentozo ārstēšanu.

Lai arī prednizolons vai intravenozais hidrokortizons joprojām tiek lietots kā sākotnējā ārstēšana smagas formas KS tievās zarnas galā, pēdējos gados ir pazeminājies slieksnis anti-TNF terapijas uzsākšanai pacientiem ar sliktām izredzēm. Saskaņā ar pētījumiem KS nepārtraukta ārstēšana ar tādiem anti-TNF preparātiem kā infliksimabs vai adalimumabs samazina ķirurģiskas iejaukšanās un hospitalizācijas risku.

Anti-TNF terapiju bieži izmanto pacientiem, kuri nereaģē uz sākotnējo terapiju un kuriem nav nepieciešama ķirurģiska iejaukšanās. Ķirurģiskas iejaukšanās slieksnis ir zemāks KS, kas ir skārusi tievās zarnas galu un resnās zarnas sākumu, nekā KS, kas ir izplatījusies citur, jo īpaši, ja slimība ir lokalizēta tievajā zarnā, jo liela apjoma vai atkārtots tievās zarnas zaudējums var izraisīt uztura nepietiekamību. Daži speciālisti dod priekšroku operācijai, nevis anti-TNF terapijai, ja slimība ir skārusi šo vietu, turpretī citi dod priekšroku operācijai tad, ja medikamentozā terapija nesniedz pietiekami ātru rezultātu vai izraisa neciešamas blakusparādības.

KS resnajā zarnā

Aktīvu KS resnajā zarnā ārstē ar sistēmiskajiem kortikosteroīdiem. Ārstēšana ar tiopurīniem, anti-TNF vai vedolizumabu ir vēlama pacientiem, kuriem ir iestājies recidīvs. Pacientiem, kuri nereaģē uz pirmreizēju anti-TNF terapiju, būtu piemērots vedolizumabs.

Aktīva, smagas formas KS resnajā zarnā ir vieglāk un agrīnāk diagnosticējama nekā KS tievajā zarnā. Tas varētu būt par iemeslu šķietamībai, ka anti-TNF terapija iedarbojas labāk uz KS resnajā zarnā nekā uz KS tievajā zarnā. Sistēmiskie kortikosteroīdi tādi kā prednizolons ir efektīvi, bet budezonīdam nav nekādas ārstnieciskas iedarbības uz KS resnajā zarnā.

Ja pacienti nereaģē vai zaudē saikni ar anti-TNF vai vedolizumaba terapiju, parasti tiek pārrunātas ķirurģiskas iejaukšanās iespējas. Ķirurģiskas iejaukšanās iespējas būtu jāpārrunā vienmēr, kad tiek uzsākta vai mainīta imūnsupresoru terapija.

Plaša KS

Plašu KS tievajā zarnā vispirms ārstē ar sistēmiskajiem kortikosteroīdiem. Jāizvērtē arī agrīna ārstēšana ar anti-TNF terapiju. Pacientiem ar slimību smagā formā, kuriem ir iestājies recidīvs, ir piemērota uz anti-TNF balstīta terapija.

Sekām, kas rodas no nepārtraukta zarnu iekaisuma, kā nepietiekams uzturs, zarnu sašaurinājumu un nosprostojumu veidošanās, ir lielāka veidošanās varbūtība plašās KS gadījumā salīdzinājumā ar lokalizēto KS tievajā zarnā. Tādēļ šiem pacietiem būtu piemērota ārstēšana ar steroīdiem kopā ar agrīnu imūnmodulatoru lietošanas uzsākšanu.

Imūnsupresoru terapija

Agrīna ārstēšana ar imūnsupresoriem labāk derētu pacientiem, kuri uzrāda simptomus un pazīmes, kas liecina par sliktu prognozi. Agrīna ārstēšana ar anti-TNF būtu jāuzsāk pacientiem, kuriem ir ļoti aktīva slimība un kuri uzrāda simptomus un pazīmes, kas liecina par sliktu prognozi.

Vairākos pētījumos ir pierādīts, ka anti-TNF terapija ir efektīvāka, ja tā tiek uzsākta slimības agrīnajās stadijās, jo īpaši tiem, kuriem ir konkrēti riska faktori sliktai prognozei. Šādi riska faktori ietver plašu slimību, agrīnu vecumu diagnosticēšanas laikā, sākotnējo nepieciešamību pēc steroīdu terapijas un anālās atveres bojājumus.

Visi šobrīd pieejamie anti-TNF preparāti šķiet vienlīdz efektīvi, ārstējot KS zarnu iekšpusē. Tiem ir arī līdzīgas blakusparādības. Ārstēšanas veida izvēle ir atkarīga no tā, kas ir pieejams, kā medikamenti tiek piegādāti, kam pacients dod priekšroku un kādas ir izmaksas.

To, vai anti-TNF terapija sākotnēji iedarbojas, nosaka 12 nedēļu laikā.

Ja 12 nedēļu laikā terapijas iedarbība nav bijusi pietiekoša, maz ticams, ka no tās ir iespējams pozitīvs ārstnieciskais efekts, un ārsts pacientam nozīmē jaunu terapeitisko režīmu, ar kura palīdzību varētu iestāties remisija.

Pastāv nopietns inficēšanās risks, ja pacientu ārstē ar imūnsupresoriem, tostarp anti-TNF. Šis risks ir jāņem vērā.

Visi imūnsupresori, tostarp steroīdi, tiopurīni, metotreksāts un anti-TNF preparāti, samazina imūnsistēmas aktivitāti un aizsargspējas. Tas var palielināt inficēšanās risku, kas var izraisīt smagas un pat letālas slimības. Iekļaujot terapijā vairāk nekā vienu imūnsupresoru, inficēšanās risks palielinās vēl vairāk. Tādēļ ir pēc iespējas vairāk jāizvairās no ilgstošas imūnsupresoru apvienojuma terapijas. No otras puses, ir pierādīts, ka imūnsupresoru apvienojuma terapija ir iedarbīgāka un var būt nepieciešama, jo īpaši smagas slimības formas gadījumā.

Papildinošā un alternatīvā medicīna

Ārsts pajautās, vai jūs izmantojat papildinošo un alternatīvo medicīnu. Šo preparātu iedarbība nav zinātniski pierādīta, ir ļoti plašs preparātu klāsts un tie var būt dārgi. Ja jums ir interese tos pamēģināt, vispirms konsultējieties ar savu ārstu.

Papildinošās un alternatīvās medicīnas (PAM) izmantošana ir izplatīta IZS pacientu vidū. Papildinošo terapiju izmanto papildus tradicionālajai medicīnai, bet ar alternatīvo terapiju aizstāj tradicionālo medicīnu. Zinātniskie pierādījumi par PAM terapiju efektivitāti un drošumu ir nepietiekami/ierobežoti, un gastroenterologam var rasties grūtības adekvātā savu pacientu informēšanā. Turklāt šo preparātu klāsts ir ļoti plašs, un tie var būt dārgi. Šo iemeslu dēļ, ja jums ir interese tos pamēģināt vai aizstāt tradicionālo medicīnu ar PAM, vispirms jautājiet savam ārstam pēc padoma par PAM izmantošanu. Tā kā IZS pacientiem ir nepietiekams uzturs, uztura bagātināšanu var uzskatīt par svarīgu papildinošo terapiju.

Remisijas uzturēšana

Vispārēji apsvērumi

Ja ārstēšana ar sistēmiskajiem kortikosteroīdiem novērš simptomus (t.i., remisija), vajadzētu apsvērt ārstēšanu ar tiopurīniem vai metotreksātu. Daži pacienti saglabā remisiju bez ārstēšanas.

Tā kā daži pacienti saglabā remisiju bez ārstēšanas, šiem pacientiem ir iespēja ir iztikt bez jebkādas terapijas.

Steroīdus nevajadzētu lietot, lai saglabātu slimību remisijā, jo tiem ir konstatēts daudz blakusparādību un iedarbības trūkums remisijas saglabāšanā ar paciešamu devu.

Pastāv ļoti ierobežots pierādījumu skaits tam, ka mesalazīns palīdz saglabāt medikamentozi izraisītu remisiju. Daži uzskata, ka nepastāv nekādas uzturošās terapijas iespējas pēc pirmā saasinājuma. Ņemot vērā augsto recidīva un atkarības no steroīdiem risku un augstāku ārstnieciskā efekta rādītāju, ja to sāk lietot agrīni, azatioprīnam tiek dota priekšroka, ja remisija ir panākta ar sistēmiskajiem steroīdiem. Merkaptopurīnu var lietot pacienti, kas nepanes azatioprīnu, izņemot gadījumus, kad pacientam ir pankreatīts vai citopēnija (t.i., samazināts asins šūnu skaits). Var lietot arī metotreksātu, jo īpaši pacienti, kuri nepanes tiopurīnus.

Ja jums ir iestājies recidīvs, jāapsver uzturēšanas terapijas pastiprināšana, lai slimība neprogresētu. Pacientiem ar lokalizētu slimību vienmēr jāapsver ķirurģiskas iejaukšanās iespējas.

Ja iestājas recidīvs, jāapsver azatioprīna lietošana. Kortikosteroīdi (tostarp budezonīds) nav ne efektīvi, ne piemēroti remisijas saglabāšanai, un ilgstoša kortikosteroīdu lietošana bieži izraisa nepieņemamas blakusparādības, jo īpaši osteoporozi (t.i., kaulu masas samazināšanos) un tai sekojošus lūzumus, kā arī kataraktu un glaukomu.

Uzturēšana plašas slimības gadījumā

Ja jums ir plaša slimība, ir ieteicams lietot tiopurīnus, lai stāvoklis nepasliktinātos. Ja slimība ir agresīva vai smagā formā, vai ja tās prognoze ir slikta, jāapsver anti-TNF terapijas izmantošana.

Ņemot vērā recidīva risku un augstāku ārstnieciskā efekta rādītāju, ja to sāk lietot agrīni, azatioprīns tiek ieteikts pacientiem ar plašu Krona slimību.

No steroīdiem atkarīgā KS

Pacientus, kuri vēl nav ārstēti ar imūnsupresoriem un kuriem ir nepieciešami kortikosteroīdi, lai nebūtu simptomu (t.i., atrastos remisijā), vajadzētu ārstēt ar tiopurīnu, metotreksātu vai anti-TNF preparātu. Jāpārrunā arī iespēja iejaukties ķirurģiski.

Imūnsupresori (azatioprīns/merkaptopurīns, metotreksāts) ir efektīvi no steroīdiem atkarīgas KS ārstēšanā. Līkumainās zarnas rezekcija ir alternatīva noteiktiem pacientiem ar lokalizēto slimību. Ļoti efektīva metode, kā izvairīties no nepieciešamības pēc steroīdiem, ir agrīna anti-TNF preparātu lietošana. No steroīdiem atkarīgie pacienti arī gūs lielāku labumu, ja uzsāks agrīnu anti-TNF terapiju. Ir pierādīts, ka kombinētā ārstēšana ar infliksimabu un azatioprīnu ir efektīvāka nekā infliksimabs viens pats, lai uzturētu no steroīdiem brīvu remisiju pacientiem agrīnā slimības stadijā. Šie pacienti var lietot arī vedolizumabu.

Nepiemērota uzturēšanas terapija ar tiopurīniem (ar tiopurīniem grūti ārstējama KS)

Ja jūs ārstējaties ar tiopurīniem un jums ir recidīvs, ārstam vajadzētu izvērtēt, vai jūsu ārstēšana noris atbilstoši saskaņotajam ārstēšanas plānam. Ir arī jāpārbauda, vai nav iekaisuma pazīmju. Piemērotākas zāļu devas izvēle var uzlabot reakcijas rādītājus. Ja iespējams, ārstēšanu vajadzētu mainīt, sākot lietot metotreksātu vai anti-TNF. Lokalizētu slimības gadījumā vienmēr jāapsver ķirurģiskas iejaukšanās iespējas.

Pacienti, kuri lieto azatioprīnu vai merkaptopurīnu un kuriem iestājas recidīvs, lietojot parastās uzturēšanas devas, var palielināt savu zāļu devu, līdz asins analīzes uzrāda balto asins šūnu samazinājumu vai 6-TGN (tiopurīnu metabolīts, kura daudzumu var noteikt asinīs) līmenis ir paaugstinājies līdz normai. Metotreksātu, anti-TNF terapiju un vedolizumabu arī var lietot ārstēšanā.

Uzturēšanas terapijas turpinājums

Ja pacientam, kuram nav bijusi iepriekšēja ārstēšana, pazūd simptomi (t.i., iestājas remisija) no anti-TNF un tiopurīna apvienojuma, tieši tāds pats medikamentozais plāns tiek ieteikts uzturēšanas terapijai. Dažiem pacientiem labi iedarbojas tiopurīni atsevišķi. Ja remisija tiek panākta tikai ar anti-TNF preparātiem, to pašu var turpināt lietot uzturēšanas terapijā. Ja remisija tiek panākta tikai ar vedolizumabu, to pašu var turpināt lietot uzturēšanas terapijā.

Uzturēšanas terapijas ilgums

Pacientiem, kuri ilgstoši atrodas remisijā un kuri uzturēšanas terapijai lieto tiopurīnus, var apsvērt terapijas izbeigšanu, ja nav nekādu iekaisuma pazīmju. Nav ieteikumu par to, cik ilgstoša ir ārstēšana ar metotreksātu. Ja nepieciešams, var paildzināt anti-TNF terapiju.

KS parasti ir neizārstējama slimība visas dzīves garumā ar remisijas epizodēm un dažādām aktivitātes pakāpēm. Terapijas mērķis ir ilgstošas remisijas panākšana un uzturēšana. Nav panākta vispārēja vienošanās, kas ir domāts ar terminu „ilgstoša remisija", un kopumā ir ierobežota informācija, pamatojoties uz kuru, varētu ieteikt ārstēšanas apturēšanu vai izmaiņas, jo lielākā daļa kontrolēto klīnisko pētījumu neseko pacienta slimības gaitai ilgāk par 1-3 gadiem.

Kādā no pētījumiem ir konstatēts, ka pacientiem, pārtraucot lietot azatioprīnu pēc tam, kad viņi to ir lietojuši vairāk nekā trīsarpus gadus, palielinās recidīva iespējamība 18 mēnešus pēc tam, kad zāļu lietošana ir pārtraukta, salīdzinājumā ar tiem pacientiem, kuri turpina zāles lietot (recidīva iespējamība attiecīgi 21% pret 8%). Tā paša pētījuma ilgtermiņa turpinājumā tika konstatēts, ka no tiem pacientiem, kuri pārtrauca azatioprīna lietošanu, 53% iestājās recidīvs pēc trim gadiem un 63% iestājās recidīvs pēc pieciem gadiem. Par laimi no tiem 23 pacientiem, kas atkal uzsāka lietot azatioprīnu, visi, izņemot vienu, atkal atguva remisiju (t.i., 95,7% atguva remisiju ar azatioprīnu).

Saiknes ar anti-TNF terapiju zaudēšana

Ja anti-TNF terapija vairs neiedarbojas uz jums, ārstam vispirms ir jāmēģina pielāgot zāļu devu. Devas palielināšana vai terapijas starplaika paildzināšana ir vienādi labas metodes. Ja devas pielāgošana nepalīdz, ir ieteicams pāriet uz citu anti-TNF preparātu. Lai izlemtu par to, kā uzlabot terapiju, vispirms ir ieteicams izmērīt anti-TNF līmeni asinīs pirms nākamās devas un antivielu pret zālēm līmeni.

Neoplāzijas risks un imūnsupresoru terapija

Pacientiem, kuri lieto tiopurīnus, var būt paaugstināts limfomas, ādas vēža un dzemdes kakla displāzijas risks. Pacientiem, kurus ārstē ar anti-TNF, ir lielāks risks saslimt ar ādas vēzi. Pašlaik nav vēl noskaidrots, vai pacientiem, kurus ārstē tikai ar anti-TNF, ir lielāks limfoproliferatīvo traucējumu vai solīdo audzēju risks, bet ir zināms, ka anti-TNF kopā ar tiopurīniem palielina limfoproliferatīvo traucējumu risku. Par spīti tam, ka ir palielināts vēža risks, saslimstības ar vēzi rādītāji ir ļoti zemi. Tādēļ riski vienmēr uzmanīgi jālīdzsvaro ar ārstēšanas sniegto labumu, un tas jums ir jāpārrunā ar savu ārstu.

Kaut arī azatioprīns ir atkārtoti pierādījies kā efektīvs ārstniecības līdzeklis, tas ir saistīts ar nedaudz paaugstinātu ne-Hodžkina limfomas risku, kas ir smagas formas imūnsistēmas vēzis. Tādēļ ir jāizsver tā lietošanas labumi un risks. Tomēr pētījuma, kurā tika analizēts azatioprīna risks (tostarp vēža risks) un ieguvumi (tostarp simptomu samazināšanās), rezultātā tika secināts, ka tam ir daudz vairāk labumu nekā riska pat tad, ja ne-Hodžkina limfomas risks tiek novērtēts par augstu konservatīvā veidā; tas jo īpaši attiecās uz jauniem cilvēkiem, kuru saslimstības ar limfomu rādītājs ir zems. Ir novērots arī citu vēža radīto bojājumu, kā ādas vēža un dzemdes kakla displāzijas, paaugstināts risks sievietēm, kā arī pacientiem, kurus ārstē ar anti-TNF preparātiem. Tādēļ ir obligāta intensīva novērošana visiem pacientiem, kurus ārstē ar kādu no šīm terapijām.

Ķirurģija KS gadījumā

Ileocekāla KS ar nosprostojumiem

Ķirurģiska iejaukšanās ir vēlamā ārstēšanas metode, ja KS atrodas tievās zarnas galā un resnās zarnas sākumā un ir nosprostojumu simptomi, bet nav pārliecinošu pierādījumu par aktīvu iekaisumu.

Ja pacientam (a) ir KS tievās zarnas galā un resnās zarnas sākumā, (b) uz pacientu neiedarbojas ārstēšana ar steroīdiem, un (c) pacientam ir nepakļāvīgi nosprostojumu simptomi, pacientam jāveic operācija. Tāpat ar ķirurģisku iejaukšanos var ārstēt pacientus ar nosprostojumiem bez iekaisuma (piem., normāls CRP līmenis). Tomēr, ja pacientam ir iepriekš veikta ileocekāla rezekcija un ir iestājusies anastomozes stenoze (t.i., rezekcijas savienojuma vietas sašaurinājums), ir jāmēģina veikt endoskopiskā paplašināšana (t.i., stiepšana sašaurinājuma atvēršanai) pirms zarnu rezekcijas.

Vēdera abscess

Aktīvai KS tievajā zarnā var pievienoties vēdera abscess. Vispirms to jāmēģina ārstēt ar antibiotikām un drenēt ķirurģiski vai ar adatas dūrienu. Ja nepieciešams, pēc tam var veikt rezekciju pēc abscesa ārstēšanas.

Viedokļi atšķiras par to, vai vienmēr pēc drenēšanas jāveic rezekcija.

Prognostiskie faktori palielinātam riskam, kas saistīts ar pirmo un sekojošajām operācijām KS

Noteikti faktori palielina ķirurģisko risku KS. Tie ietver:
- pašreizēju smēķēšanu
- fistulizējošo slimības gaitu, kas ietver arī sašaurinājumus
- agrīna steroīdu lietošana (medicīniska nepieciešamība pēc steroīdiem jau pirmā saasinājuma ārstēšanā)
- slimība ir skārusi tievās zarnas galu (t.i., līkumaino zarnu)
- slimība ir skārusi tievās zarnas vidusdaļu (t.i., tukšo zarnu) un
- pacients ir jauns diagnosticēšanas laikā.

Vairākos pētījumos ir apskatīti iespējamie slimības atkārtošanās riska faktori pēc KS ķirurģiskas ārstēšanas. Vairākos pētījumos ir konstatēts, ka smēķēšana, iepriekšēja zarnu operācija (tostarp apendektomija), slimības izplatīšanās, anālās atveres bojājumi un plaša tievās zarnas rezekcija norāda uz agrīnu slimības atkārtošanos pēc operācijas. Daudzos pētījumos ir pierādījumi tam, ka medikamentozā uzturēšanas terapija ir efektīva. Nav noskaidrots, vai pacienta vecums slimības sākumā, dzimums, slimības ilgums, rezekcijas robežas vai operācijas veids palielina atkārtošanās risku. Pagaidām nav izstrādāta neviena sistēma, kas iedalītu pacientus zema, vidēja vai augsta riska kategorijās, kaut arī tā būtu ļoti vajadzīga.

Ķirurģiskā riska samazināšana ar medikamentozo terapiju

Pacientiem, kuri agri uzsāk ārstēšanu ar tiopurīniem, pastāv mazāka nepieciešamība veikt ķirurģisku iejaukšanos. Ārstēšana ar anti-TNF samazina nepieciešamību pēc operācijas.

Ārstēšanas turpinājums pēc ķirurģiskas iejaukšanās

Ileokolonoskopija ir vislabākā metode, lai diagnosticētu slimības atkārtošanos pēc operācijas. Tā palīdz noteikt, vai slimība ir atgriezusies, tās smaguma pakāpi un to, kāda varētu būt klīniskā slimības gaita. Tas būtu jādara pirmā gada laikā pēc operācijas, kad var ietekmēt lēmumus par ārstēšanu.

Ir ieteicams veikt ileokolonoskopiju pirmā gada laikā pēc operācijas, kad var ietekmēt lēmumus par ārstēšanu. Vairākos pētījumos ir konstatēts, ka kolonoskopija ir visprecīzākais instruments, ar kuru var dokumentēt slimības atkārtošanos. Recidīvu var atklāt, izmantojot kolonoskopiju un biopsijas, laikā no pāris nedēļām līdz mēnešiem pēc operācijas, un tas ir jāpaveic viena gada laikā pēc operācijas. Recidīvs parasti ir redzams kolonoskopijā, pirms pacientam parādās simptomi. Ja kolonoskopijas rezultāti ir slikti, ārstēšana jāpadara intensīvāka, lai novērstu agrīnu pēcoperācijas komplikāciju tādu kā abscesi vai nosprostojumi veidošanos.

Ir pieejamas arī jaunas, mazāk agresīvas diagnostiskās metodes, kas palīdz noteikt slimības atgriešanos pēc operācijas. Šīs metodes ietver kalprotektīna fēču paraugā noteikšanu, vēdera dobuma izmeklēšanu ar ultraskaņu, MR eterogrāfiju ar kontrastvielu un tievās zarnas kapsulas endoskopiju (TZKE).

Radioloģija un attēlveidošana (US, MRI un DT) tiek uzskatītas par neatkarīgām diagnostikas metodēm pēcoperācijas laikā. Ir konstatēts, ka tievās zarnas kapsulas

endoskopija, ja tā tiek veikta no 6-12 mēnešiem pēc operācijas, ir tikpat precīza kā ileokolonoskopija slimības atgriešanās diagnosticēšanā pēc operācijas. Tomēr nav veikti pētījumi par to, vai ar MRI, DT enterogrāfijas vai tievās zarnas kapsulas endoskopijas palīdzību var diagnosticēt recidīvu līkumainajā zarnā vai tukšajā zarnā.

Ileokoloniskai rezekcijai sekojošas turpmākas ķirurģiskās iejaukšanās novēršana

Pacientiem, kuriem ir vismaz viens riska faktors slimības recidīvam, ir ieteicama profilaktiskā ārstēšana pēc ileokoloniskās rezekcijas (t.i., tievās zarnas gala un resnās zarnas sākuma daļas izoperēšanas). Vislabāk profilaktiskajai ārstēšanai noder tiopurīni vai anti-TNF. Mesalazīns lielās devās ir piemērots pacientiem, kuriem ir izoperēts tikai tievās zarnas gals. Antibiotikas ir efektīvas pēc ileokoloniskās rezekcijas, bet tām ir izteikta nepanesamība.

Visiem KS pacientiem jābūt informētiem par risku, kas saistās ar smēķēšanu. Smēķēšanas izbeigšana ir veicināma un atbalstāma.

Smēķēšana ir viens no lielākajiem riska faktoriem recidīvam un pastiprinātai nepieciešamībai pēc ķirurģiskas rezekcijas, slimojot ar Krona slimību. Tādēļ visiem Krona slimības pacientiem jādara viss iespējamais, lai atteiktos no smēķēšanas.

Fistulizējošās KS ārstēšana

Diagnostiskās stratēģijas

MRI iegurņa rajonam ir pirmā metode, ko lieto anālās atveres fistulu novērtēšanai KS. Ja tiek izslēgta taisnās zarnas sašaurinājuma iespējamība, laba metode ir endoskopiskais ultraskaņas izmeklējums taisnajai zarnai. Abas metodes ir precīzākas, ja tiek apvienotas ar pārbaudi ar anestēziju (EUA). Fistulogrāfija nav ieteicama. Ja anālās atveres rajonā tiek atrasta fistula, vislabākā metode ir pieredzējuša ķirurga veikta EUA.

Ja iespējams, sākotnēji vajadzētu izmantot MRI, jo tās precizitāte ir 76-100%. Tomēr, ja MRI nav uzreiz pieejama, pēc iespējas ātrāk jāveic pārbaude ar anestēziju kopā ar abscesa vai fistulas drenēšanu, lai izvairītos no nenovadītas infekcijas; pārbaudes ar anestēziju precizitāte ir 90%, un tās laikā ķirurgs var nodrenēt abscesu.

Nekomplicētas fistulas ķirurģiskā ārstēšana

Nekomplicētās, zemas anālās fistulas gadījumā var pārrunāt vienkāršas fistulotomijas iespēju. Tādā gadījumā jāizslēdz abscesa esamība anālajā rajonā, bet, ja tas tur atrodas, abscesu vajag drenēt.

Ja personai ir nekomplicēta, zema anālā fistula, jāpārrunā fistulotomijas (t.i., fistulas trakta ķirurģiskas atvēršanas) veikšanas iespēja. Tomēr fistulotomiju veic izlases veidā, jo tā izraisa iespējamu urīna nesaturēšanas komplikāciju. Ja anālajā rajonā ir abscess (t.i., strutu pūslis), ir svarīgi to nodrenēt un pienācīgi ārstēt, jo neizārstēti abscesi var būt kaitīgi audiem, kas atrodas ap anālās atveres sašaurinājumiem, tostarp muskuļiem, kuri kontrolē zarnu darbību.

Vienkāršas fistulas medikamentozā ārstēšana

Vienkārša fistula (t.i., ar vienu traktu) anālās atveres rajonā, kas izraisa simptomus, ir jāārstē. Setona (t.i., zīda vai lateksa saites) ievietošana un antibiotiku (metronidazola un/vai ciprofloksacīna) lietošana ir vēlamais ārstēšanas veids. Ja fistulizējošā slimība, kas izraisa vienkāršas fistulas, atkārtojas vai uz to neiedarbojas antibiotikas, var lietot tiopurīnus vai anti-TNF preparātus kā sekundāru ārstēšanu.

Ja vienkārša fistula (t.i., fistula ar vienu traktu) anālās atveres rajonā nerada simptomus, nekas nav jādara. Tomēr, ja tā rada simptomus, jāpiemēro medikamentozās un ķirurģiskās iejaukšanās apvienojums: antibiotikas, abscesa drenēšana un setona diega ievietošana ir vēlamais ārstēšanas plāns.

Ja fistula veidojas atkārtoti vai uz to neiedarbojas antibiotikas, var lietot tiopurīnus vai anti-TNF preparātus kā sekundāru ārstēšanu. No pieciem pētījumiem apkopotie rezultāti liecina, ka tiopurīni ir efektīvi fistulu aizvēršanā un saglabā tās aizvērtas. Tajā pašā laikā pētījumos tiek konstatēts, ka infliksimabs ir efektīvs fistulu aizvēršanā un saglabā tās aizvērtas, kā rezultātā samazinās nepieciešamība pēc hospitalizācijas un ķirurģiskas iejaukšanās.

Komplicētas fistulas anālās atveres rajonā ārstēšana

Ja fistulizējošā KS anālās atveres rajonā rada komplicētas fistulas (t.i., ar vairākiem traktiem), infliksimabu vai adalimumabu var lietot kā pirmo ārstniecības līdzekli pēc tam, kad fistula ir ķirurģiski nodrenēta, ja norādīts. Ārstēšana ar ciprofloksacīna un anti-TNF preparātu apvienojumu uzlabo rezultātus īsākā laika posmā.

Lai uzlabotu anti-TNF terapijas iedarbību fistulizējošās KS gadījumā, kad veidojas komplicētās fistulas (t.i., ar vairākiem traktiem), var apsvērt anti-TNF terapijas apvienojumu ar tiopurīniem.

Uzturēšanas terapija fistulizējošā KS

Tiopurīnus, infliksimabu vai adalimumabu, drenēšanu ar setonu (t.i., izmantojot zīda vai lateksa diegu), vai to apvienojumu izmanto uzturēšanas terapijā.

Nav nekādu datu par tiopurīnu iedarbību uzturēšanas terapijā fistulām pēc tam, kad ir sākotnēji lietots infliksimabs, vai uzturēšanas terapijas ar infliksimabu laikā. Tikai uzturēšanas terapija ar infliksimabu ir pierādījusi, ka tā samazina nepieciešamību pēc hospitalizācijas un ķirurģiskas iejaukšanās. Ir novērots, ka adalimumabs iedarbojas uz fistulām, saglabājot tās aizvērtas, bet nav zināms, vai tas samazina nepieciešamību pēc hospitalizācijas un ķirurģiskas iejaukšanās.

Kopumā vairāk nekā 90% gastroenterologu piekrīt tam, ka uzturēšanas terapija pēc veiksmīgas fistulas drenēšanas pabeigšanas ir obligāta. Vēlamie medikamenti ir tiopurīni vai anti-TNF, un tie ir jālieto vismaz vienu gadu.

Izpausmes ārpus zarnām (ar KS saistītie simptomi ārpus zarnām)

Problēmas ar locītavām

Ar IZS saistīto locītavu slimību diagnozi nosaka, pamatojoties uz klīniski pierādītiem tipiskajiem simptomiem un izslēdzot citas artrīta specifikās formas.

Ir divi plaši ar IZS saistīto locītavu slimību veidi, proti, perifērā un aksiālā artropātija. Perifērais artrīts ir iedalīts divos tipos: 1. tips un 2. tips. 1. tips skar lielās locītavas (piem., elkoņus, ceļgalus un plecus), sakrīt ar iekaisumu zarnās, un ar to saslimst no 4-17% KS pacientu. No otras puses, 2. tips skar mazās locītavas (piem., rokai), un ar to saslimst tikai 2,5% KS pacientu.

Artrīta diagnozi nosaka, novērojot sāpīgas, uztūkušas locītavas un citas slimības, kas ir jāizslēdz, kā osteoartrīts, reimatoīdais artrīts un artrīts, kas ir saistīts ar saistaudu slimībām (piem., sarkanā vilkēde). Tāpat arī jāizslēdz medikamentu izraisīti traucējumi, kā artralģija (t.i., locītavu sāpes), kas sākas, beidzot lietot steroīdus, osteonekroze (t.i., samazināta asins plūsma locītavās), ko izraisa steroīdi, un infliksimaba izraisīta sarkanā vilkēde.

Aksiālā artropātija ietver sacroiliitis (ar ko saslimst 25-50% KS pacientu) un spondilītu (ar ko saslimst 4-10%). Ankilozējošo spondilītu var noteikt pēc hroniskām muguras sāpēm, stīvuma no rīta, ierobežotas spējas saliekt muguru un vēlīnākās stadijās — samazinātas krūškurvja izplešanās. Vislabākā standarta metode ankilozējošā spondilīta diagnosticēšanai ir MRI, jo ar to var atklāt iekaisumu, pirms rodas kaulu bojājumi.

Perifērais artrīts parasti skar locekļu galvenās locītavas. To var ārstēt ar fizioterapiju, NSPL uz neilgu laiku un lokālām steroīdu injekcijām. Galvenokārt jāārstē pamatā esošā KS. Sulfasalzīns var palīdzēt nepārejoša perifērā artrīta ārstēšanā.

Ieteikumi par to, kā ārstēt ar KS saistītu artropātiju (t.i., locītavu slimību), balstās uz pētījumiem par spondiloartropātiju (t.i., locītavu slimību), galvenokārt, ankilozējošo spondilītu (t.i., muguras artrītu). IZS jomā nav veikti labi projektēti pētījumi, tādēļ ieteikumi šajā sfērā ir izsecināti no citām slimībām.

Perifērā artrīta gadījumā pamatā esošās KS ārstēšanai ar kortikosteroīdiem, imūnomodulatoriem un anti-TNF vajadzētu mazināt arī simptomus. Ja pamatā esošā KS ārstēšana nemazina locītavu sāpes, tad pacientam vajadzētu apsvērt īslaicīgu NSPL lietošanu; kaut arī NSPL var potenciāli saasināt pamatā esošo KS, šāds risks ir neliels. Fizioterapija un atpūta var nodrošināt simptomu mazināšanu. COX-2 inhibitoru (piem., etorikoksiba un celokoksiba) lietošana ir drošāka un ar mazāku slimības saasinājuma risku, nekā lietojot parastos NSPL. Sulfasalzīns var ārstēt lielo locītavu artropātiju. Visbeidzot, infliksimabs var dziednieciski iedarboties uz perifēro artrītu.

Aksiālais artrīts izraisa sāpes un stīvumu locītavās muguras lejasdaļā. Ir ieteicama intensīva fizioterapija un NSPL, bet ir jāizvairās no ilgstošas NSPL lietošanas drošuma nolūkā. Ir vēlams ārstēt ankilozējošo spondilītu ar anti-TNF, ja pacients nepanes NSPL vai ja tas neiedarbojas. Sulfasalzīns, metotreksāts un tiopurīni nav efektīvi.

Ieteikumi par to, kā ārstēt ar KS saistītu aksiālo artrītu balstās uz pētījumiem par ankilozējošo spondilītu (t.i., muguras artrītu). Var ārstēt ar intensīvo fizioterapiju un NSPL, tomēr jāizvairās lietot NSPL ilgstoši. Var apsvērt lokālo kortikosteroīdu injekciju veikšanu.

Sulfasalzīns, metotreksāts un azatioprīns neiedarbojas uz ankilozējošo spondilītu ar aksiāliem simptomiem. Ja pacienti ar aktīvu ankilozējošo spondilītu nereaģē uz NSPL vai nevar panest NSPL, ir ieteicams lietot anti-TNF līdzekļus. Ir pierādījumi, ka arī adalimumabs un infliksimabs ir pietiekami droši un efektīvi ankilozējošā spondilīta ārstēšanā.

Kaulu traucējumi

Pacientiem, kuri lieto kortikosteroīdus vai kuriem ir samazināts kaulu blīvums, jāsaņem kalcija un D vitamīna bagātinātāji. Labi palīdz arī muskuļu spēka treniņi un atteikšanās no smēķēšanas. Pacientus ar lūzumiem ārstē ar bisfosfonātiem, tomēr to spēja novērst lūzumus nav pierādīta. Pierastā hormonu aizstāšana nav ieteicama sievietēm pēc menopauzes blakusparādību riska dēļ. Vīriešiem ar zemu testosterona līmeni palīdzēs, ja viņi to saņems medikamentozi.

Ārstēšana ar kalciju 500–1000 mg/dienā un D vitamīnu (800–1000 IU/dienā) palielina kaulu blīvumu pacientiem ar IZS, kaut arī nav veikti pētījumi, vai šāda terapija novērš lūzumus IZS pacientiem. Tādēļ nav iespējams dot vispārēju ieteikumu ārstēšanai ar bisfosfonātiem, pamatojoties uz samazinātu kaulu blīvumu. Pastāv pieņēmums, ka sievietēm pēc menopauzes vai pacientiem ar steroīdu izraisītu osteoporozi minētais preparāts var palīdzēt. Kopumā atsevišķiem pacientiem ar zemu kaulu blīvumu un papildu riska faktoriem šāda veida ārstēšana ir jāapsver.

Pacientus ar hronisku, aktīvu slimību ārstē ar tādiem imūnsupresoriem kā azatioprīns un anti-TNF preparāti, lai viņiem nevajadzētu lietot steroīdus un lai samazinātu iekaisuma negatīvo ietekmi uz kaulu blīvumu; ir konstatēts, ka daudzi KS pacienti var atgūt normālu kaulu blīvumu pēc trim stabilas remisijas gadiem.

Slimības izpausmes uz ādas

Eritēmas nodosum ārstēšana parasti tiek veikta, pamatojoties uz KS ārstēšanu. Parasti lieto sistēmiskos steroīdus. Gangrenozo piodermiju vispirms ārstē ar sistēmiskajiem steroīdiem, anti-TNF terapiju vai kalcineirīna inhibitoriem.

Eritēma nodosum (t.i., sarkans pietūkums uz apakšstilbu, augšstilbu un apakšdelmu ādas) ir viegli pamanāma, un ar to saslimst aptuveni 5-10% KS pacientu. Saslimšana parasti notiek KS aktivitātes laikā. Diagnozi parasti var apstiprināt bez biopsiju noņemšanas. Parasti ir nepieciešama pamatslimības ārstēšana ar iekšķīgajiem steroīdiem, un, ja steroīdi neiedarbojas vai regulāri iestājas recidīvs, var pievienot azatioprīnu un/vai infliksimabu; tomēr nepieciešamība pēc azatioprīna vai infliksimaba rodas ļoti reti.

Gangrenozā piodermija (t.i., lielas, sāpīgas čūlas uz ādas) var parādīties jebkur uz ķermeņa, tostarp dzimumorgāniem, bet biežāk tās parādās uz apakšstilbiem un pie atverēm. Sākumā slimības izpausmes ir virspusējas, bet ar laiku tās kļūst smagākas. No 0,6% līdz 2,1% KS pacientu rodas šādas izpausmes, un tās var sakrist ar KS aktivitāti vai nesakrist ar to vispār. Gangrenozā piodermija ir izslēdzošā diagnoze, kas nozīmē to, ka šo diagnozi nosaka tad, kad nevar atrast čūlām citus iemeslus; biopsija var palīdzēt izslēgt citas ādas problēmas. Ārstēšanas mērķis ir ātrs rezultāts, jo šī var būt organismu novājinoša slimība. Vispirms mēģina ārstēt ar kortikosteroīdiem, pirms tiek izmantoti kalcineirīna inhibitori. Arvien biežāk sāk lietot infliksimabu, un tā efektivitāte ir pierādīta vienā lielā pētījumā un divu mazāku gadījumu izpētē. Nevienā no pētījumiem vēl nav

savstarpēji salīdzināti sistēmiskie steroīdi, anti-TNF terapija vai kalcineirīna inhibitori. Atšķirībā no citām ādas čūlām, ir jāizvairās no ķirurģiskas iejaukšanās.

Tromboemboliskās komplikācijas

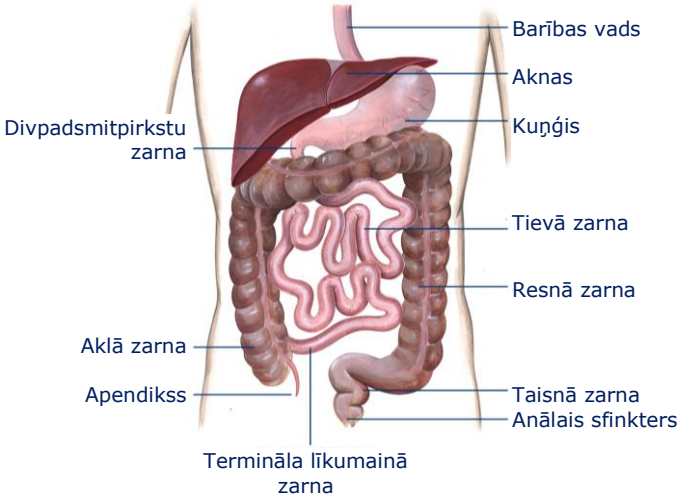
Ir jāapsver, kā novērst trombozi (t.i., trombu veidošanos) visiem hospitalizētajiem un ambulatoriem pacientiem ar smagas formas slimību. IZS pacientu ar venozo tromboemboliju (t.i., tromba veidots nosprostojums vēnā) ārstēšana jāveic saskaņā ar iedibinātajiem terapijas veidiem trombozes novēršanai.

Lielākoties nezināmu iemeslu dēļ KS pacientiem ir paaugstināts trombu veidošanās vēnās risks, ko dēvē par tromboemboliju. Ir svarīgi to novērst un ārstēt, jo šie traucējumi var izraisīt komplikācijas vai pat nāvi. Šādus trombus diagnosticē, izmantojot piemērotas attēlveidošanas tehnikas tādas kā ar ultraskaņu un venogrāfiju.

Attiecībā uz ārstēšanu trombu novēršanai un arī ārstēšanai izmanto asinis šķidrinošus medikamentus (antikoagulantus). Ja personai ir otrā trombu epizode, ir nepieciešama ilgstoša ārstēšanās. Nav konstatēts, ka IZS pacientiem būtu lielākas asiņošanas komplikācijas, ko izraisa asinis šķidrinošie medikamenti, nekā personām, kuras neslimo ar IZS. Visbeidzot, KS pacientiem jābūt piesardzīgiem attiecībā uz attālu ceļošanu, kā arī iekšķīgiem kontracepcijas līdzekļiem, jo tie vēl papildus palielina trombu veidošanās risku, kā arī jāapsver profilaktiskas antikoagulantu terapijas iespējas noteiktos apstākļos.

Glosārijs

Kuņģa un zarnu trakta anatomiska ilustrācija



© Hendrik Jonas für Agentur BAR M Berlin

Termins	Ar ko termins saistās	Definīcija
5-ASA vai 5-aminosalicilskābe vai mesalazīns	Medikaments	Tas ir lokāls medikaments IZS ārstēšanai, ar kuru ārstē galvenokārt ČK un zināmos apstākļos arī KS. To dēvē arī par mesalazīnu, un to var lietot vai nu iekšķīgi, vai lokāli taisnajā zarnā klizmas, putu vai svecīšu veidā.
6-TGN	Medikaments	Azatioprīna vai merkaptopurīna aktīvais metabolīts
Abscess	KS komplikācijas	Abscess ir nodalīts sašķidrinātu audu jeb strutu pūslis, kas var izveidoties jebkurā ķermeņa daļā. Tas ir ķermeņa aizsargreakcijas pret svešu materiālu rezultāts.

Adalimumabs	Medikaments	Anti-TNF medikaments, ko parasti lieto IZS ārstēšanai un kas pieder pie bioloģisko (ražots ar biotehnoloģijām) zāļu grupas. Pacients vai medmāsa injicē to zem ādas (zemādas).
Aksiālais artrīts	Ar IZS saistīta slimība	Locītavas(-u) slimība, kas var ietekmēt mugurkaulu un gūžas.
Aminosalicilāts	Medikaments	Šo medikamentu izmanto IZS ārstēšanai un dēvē arī par 5-ASA.
Anēmija	Slimība	Saslimšana, kad organismā nav pietiekams daudzums veselīgo sarkano asins šūnu vai hemoglobīna. Saslimšana ar anēmiju liek just nogurumu un vājumu.
Anēmija no hroniskas slimības	Slimība, kas ir saistīta ar IZS vai iekaisuma stāvokļiem	Šī ir anēmija, kas rodas tādu hronisku slimību kā IZS vai citu iekaisuma procesu rezultātā.
Ankilozējošais spondilīts	Ar IZS saistīta slimība	Tā ir artrīta forma, kuru raksturo hronisks iekaisums, kurš vispirms ietekmē mugurkaulu, radot mugurā sāpes un stīvumu, un progresē uz krūškurvi un kaklu.
Antibiotikas	Medikaments	Zāles, ko izmanto baktēriju izraisītu infekciju ārstēšanai. Tās neiedarbojas uz vīrusiem.
Anti-TNF preparāts	Medikaments	Bioloģiskās (ražotas ar biotehnoloģijām) zāles, kuras plaši lieto iekaisīgo zarnu slimību ārstēšanai. No šīs zāļu grupas biežāk tiek lietots infliksimabs, adalimumabs, certolizumaba un golimumabs.
Apendektomija	Operācija	Ķirurga veikta apendiksa izņemšana. Parasti veic apendicīta gadījumos.
Apendicīts	Slimība	Apendiksa, kas ir resnās zarnas pagarinājums, iekaisums. Papildus citiem simptomiem apendicīts var radīt sāpes, apetītes zudumu, drudzi un zarnas plīsumu.
Artrīts	Ar IZS saistīta slimība	Locītavas(-u) iekaisums, kas izraisa locītavu sāpes un uztūkumu.
Artropātija		Jebkura slimība vai anomālija, kas ietekmē locītavu.

Atradināšanās	Medikaments	Ja notiek atradināšanās no medikamentiem, to lietošana tiek pārtraukta pakāpeniski, nevis pēkšņi. Tas ir jādara, ja tiek lietoti steroīdi, jo pēkšņai steroīdu lietošanas pārtraukšanai ir nopietnas blakusparādības.
Attēlveidošana	Izmeklējums	Ķermeņa daļas attēla izveide, izmantojot kādu no tādām tehnikām kā rentgenstari, ultraskaņa, DT vai MRI. Attēlveidošanas tehnikas ir bieži nepieciešamas, lai noteiktu, kuru ķermeņa daļu ir skārusi IZS.
Auglīgs	Cits	Auglīga persona ir persona, kurai ir fiziskās spējas radīt bērnus.
Autoimūns	Slimības raksturotājs	Autoimūna slimība ir slimība, kad imūnsistēma iznīcina ķermeņa veselās šūnas.
Azatioprīns	Medikaments	Skatīt pie tiopurīniem
Bārija klizma ar dubulto pildījumu	Izmeklējums	Šīs procedūras laikā tiek uzņemtas resnās zarnas un taisnās zarnas rentgenogrammas pēc tam, kad taisnajā zarnā ir ievadīts bāriju saturošs šķidrums. Bārijs iezīmē resno zarnu un taisno zarnu rentgenogrammā, un tā kļūst redzamas anomālijas.
Bārijs (kontrastviela)	Diagnostisks izmeklējums	Viela, ko izmanto noteiktos radioloģiskos izmeklējumos, lai labāk vizualizētu anatomiskās struktūras.
Bioloģiskās zāles	Medikaments	Parasti IG (imūnglobulīna) proteīni, kurus veido ģenētiski modificētas šūnas, piemēram, anti-TNF preparāti vai vedolizumabs.
Biopsija, biopsijas	Diagnostisks izmeklējums	Biopsija ir audu paraugs, kuru paņem no ķermeņa, lai sīkāk to izmeklētu. Biopsijas noņem no zarnu sieniņas kolonoskopijas laikā.
Bisfosfonāti	Medikaments	Savienojumi, kas aizkavē kaulu masas zudumu un palielina kaulu blīvumu.
Blakusparādības	Medikaments	Medikamentu vai iejaukšanās radītas nevēlamas (kaitīgas) sekas.

Budezonīds	Medikaments	Zāles, kas pieder kortikosteroīdu grupai. Budezonīdam ir pretiekaisuma iedarbība, un to lieto klizmu veidā, lai ārstētu akūtus slimības saasinājumus pacientiem ar ileocekālu KS un ČK, kas ir skāris arī resnās zarnas galu. Kortikosteroīdi ir arī hormoni, kurus dabīgā veidā ražo mūsu ķermeņa virsnieru dziedzeri.
Ciklosporīns	Ar ČK saistīts medikaments	Kalcineirīna inhibitors ir zāles, ko lieto imūnsistēmas darbības palēnināšanai, un tādēļ tās ir izmantojamas ČK ārstēšanai.
Ciprofloksacīns	Medikaments	Antibiotikas, ko lieto arī IZS un paučīta ārstēšanai.
Clostridium difficile baktērija	Slimība	Baktērija, kas var izraisīt IZS līdzīgus simptomus.
COX-2 inhibitori	Medikaments	Tas ir specifiskākais NSPL ar mazākam blakusparādībām un labāku panesamību IZS pacientiem.
CRP (C-reaktīvais olbaltums)	Izmeklējums	Asins analīze, kuru veic, lai noteiktu iekaisuma pakāpi ķermenī. Ir nepieciešams noteikt iekaisuma pakāpi ķermenī, tomēr augsts CRP līmenis nenozīmē, ka iekaisums ir zarnās. Tādēļ ir jāveic citi izmeklējumi, lai noteiktu, vai iekaisuma cēlonis ir IZS pacienta zarnās.
ČK jeb čūlainais kolīts	Slimības raksturotājs	ČK ir viena no iekaisīgajām zarnu slimībām.
DT (datortomogrāfija)	Izmeklējums	Tas ir rentgenizmeklējuma veids, kuru veic ar skeneri.
Dzelzs trūkums	Slimība	Asinīs nav pietiekams dzelzs daudzums.
Dzelzs trūkums ar anēmiju	Slimība	Tā ir saslimšana, kad asinīs ir nepietiekams daudzums sarkano asins šūnu dzelzs trūkuma dēļ.
Dzelzs trūkums bez anēmijas	Slimība	Tā ir saslimšana, kad ir samazinājies dzelzs daudzums, bet ne tādā mērā, lai izraisītu anēmiju.
Dzemdes kakla displāzija	Slimība	Anomālu audu veidošanās dzemdes kaklā.
Elektrolīti	Izmeklējums	Tā ir asins analīze, kura uzrāda minerālus (piem., nātriju, kāliju un hlorīdu) asinīs un citus šķidruma veidus ķermenī, kuriem ir elektriskais lādiņš. IZS var izraisīt anomālu elektrolītu līmeni.

Endoskopija	Izmeklējums	Procedūra, kuras laikā ķermenī ievieto garu cauruli ar kameru tās galā, lai varētu tiešā veidā aplūkot izmeklējamos orgānus. IZS pacientiem visbiežāk veiktā endoskopija ir (ileo) kolonoskopija.
Endoskopiskā intubācija	Izmeklējums	Izmeklējuma laikā ķermenī ievieto caurulīti ar endoskopa palīdzību.
Endoskopiski	Izmeklējums	Tas ir apstākļa vārds vārdam "endoskopija".
Enteroskopija	Izmeklējums	Tievās zarnas izmeklējums ar speciālu endoskopu.
Eritēma nodosum	Ar IZS saistīta slimība	Ādas iekaisums.
Eritropoēzes līdzekļi	Medikaments	Šīs zāles stimulē sarkano asins šūnu vairošanos.
ESR jeb eritrocītu grimšanas ātrums	Izmeklējums	Asins analīze, kuru veic, lai noteiktu iekaisuma pakāpi ķermenī, kas ir līdzīgi kā CRP.
Fēces	Cits	Fēces ir zarnu saturs jeb izkārnījumi
Fistula, fistulas	KS komplikācijas	Čūla uz zarnas sieniņas, veidojot anomālu kanālu starp zarnu un ādu vai starp zarnu un citu orgānu. Atsevišķa fistula sastāv no viena trakta; kompleksajai fistulai ir vairāki trakti. Fistulizējošā Krona slimība ir KS veids.
Fistulogrāfija	Izmeklējums	Fistulas rentgenizmeklēšana.
Fistulotomija	Operācija	Ķirurģiska fistulas atvēršana
Gangrenozā piodermija	Slimība	IZS pacientiem dažkārt novērojams ādas iekaisums, kā rezultātā veidojas sāpīgas čūlas, kuras izraisa autoimūnie mehānismi, nevis infekcija.
Gastroenterologs	Cits	Tas ir ārsts, kurš specializējas tādu kuņģa un zarnu trakta slimību kā IZS ārstēšanā.
Glābšanas terapija	Ārstēšana	Glābšanas terapija ir ārstēšanas veids, kuru izmanto kā pēdējo mēģinājumu apvaldīt slimību, kad visi konvencionālie ārstēšanas veidi ir izrādījušies neefektīvi.
Hemoglobīna līmenis	Izmeklējums	Ar hemoglobīna līmeni tiek noteikts, cik daudz hemoglobīna ir asinīs. Hemoglobīns pārnēsā skābekli asinīs. Zems līmenis norāda uz anēmiju.

Histoloģisks	Izmeklējums	Histoloģiska izmeklējuma laikā biopsijās iegūto šūnu audi tiek pētīti zem mikroskopa.
Hroniskas slimības	Slimības raksturotājs	Tās ir slimības, ar kurām persona slimo ilgstoši (bieži vien visu dzīvi). IZS ir hroniskas slimības.
Iekšķīgs	Medikaments	Iekšķīgi medikamenti tiek ievadīti caur muti.
Ileokolonoskopija	Izmeklējums	Endoskopija, kuras laikā apskata resno zarnu un līkumaino zarnu.
Ileorektālā anastomoze	Operācija	Šīs operācijas laikā tiek saglabāta taisnā zarna un līkumaino zarnu pievieno taisnajai zarnai. Tas ir pretstatā IPAA, kad taisnā zarna netiek saglabāta.
Ileoskopija	Izmeklējums	Tajā izmanto endoskopiju, lai redzētu līkumaino zarnu, kas ir tievās zarnas apakšējā daļa.
Ileostoma ar saglabātu taisnās zarnas galu	Operācija	Operācijas laikā tievās zarnas gals tiek atdalīts un izvilkts caur vēderu, un piešūts pie ādas, lai veidotu atveri. Persona, kurai ir veikta ileostoma ar saglabātu taisnās zarnas galu, nēsā uz vēdera maisiņu fēču savākšanai.
Imunizēts	Cits	Persona ir imunizēta, ja viņš/viņa ir padarīts(-a) imūns(-a) pret infekciju. Biežāk imunizācija tiek veikta pret masalām, cūciņu un tetānusu, kā arī citām infekcijām.
Imūnmodulators	Medikaments	Imūnmodulatori vājina vai veicina imūnsistēmas darbību. Imūnsupresori ir IZS ārstēšanā bieži izmantots imūnmodulators, jo tiek uzskatīts, ka IZS vismaz daļēji izraisa pārāk aktīva imūnsistēma.
Imūnsupresors	Medikaments	Zāļu grupa, kuru izmanto imūnsistēmas palēninināšanai, tostarp steroīdi, tiopurīni, metotreksāts, anti-TNF preparāti un vedolizumabs. Tādēļ, ka IZS var izraisīt pārāk aktīva imūnsistēma, imūnsupresori var palīdzēt to ārstēšanā.
Infliksimabs	Medikaments	Anti-TNF bioloģiskās zāles parasti lieto IZS ārstēšanai. Tās ievada pacientam tieši asinīs ar sistēmas palīdzību.

IPAA jeb līkumainās zarnas maisa anāla anastomoze	Operācija	Tā ir operācija, kuru bieži veic ČK pacientiem un kuras laikā tievās zarnas gals tiek pārveidots par maisu, kas veic resnās zarnas funkciju pēc tās izņemšanas.
IV vai intravenozs	Medikaments	Šos medikamentus ievada caur vēnām tieši asins plūsmā.
IZS	Slimība	Pilns saīsinājuma nosaukums ir iekšķīgās zarnu slimības, kas ir kopējs termins Krona slimībai un čūlainajam kolītam.
Kairinātu zarnu sindroms (KZS)	Slimība	Bieži sastopama slimība ar IZS līdzīgiem simptomiem, bet bez iekaisuma.
Kalcineirīna inhibitori	Medikaments	Imūnsupresoru preparāti, kurus lieto, lai ārstētu IZS un novērstu orgānu nepieņemšanu transplantācijas gadījumos.
Kalprotektīns fēču paraugā	Izmeklējums	Proteīns, kas atbrīvojas zarnā iekaisuma laikā. Kalprotektīna līmenis fēču paraugā paaugstinās tikai zarnu iekaisuma gadījumā, tādējādi tas labāk nosaka iekaisumu nekā CRP vai ESR. Nav specifiski IZS. Pacientam jāiesniedz fēču paraugs analīzes veikšanai.
Keratolītiskie preparāti	Medikaments	Šo medikamentu izmanto, lai novērstu kārpas un citus ievainojumus.
Klizma	Medikaments	Tas ir šķidrums, ko ievada zemākajā zarnā caur taisno zarnu. Klizmas izmanto, lai ārsti varētu veikt izmeklējumus vai lai ievadītu medikamentus.
Kolektomija	Operācija	Ķirurga veikta resnās zarnas izņemšana. To veic pirms IPAA operācijas ČK pacientiem.
Kolonogrāfija	Izmeklējums	To var veikt, izmantojot DT vai magnētiskās rezonanses aparātu. Ar šo metodi var apskatīt resnās zarnas iekšpusi, neizmantojot endoskopu.
Kolonoskopija	Izmeklējums	Šajā izmeklējumā endoskopu ar kameru ievieto taisnajā zarnā un visā resnajā zarnā, lai noteiktu slimības aktivitāti un noņemtu biopsijas.
Kolorektālais ķirurgs	Cits	Tas ir ķirurgs, kas specializējas taisnās zarnas, anālās atveres un resnās zarnas ķirurģijā.

Kortikosteroīdi (vai steroīdi)	Medikaments	Medikamentu grupa, kas imitē hormonu, kurus dabīgā veidā ražo virsnieru dziedzeri, iedarbību un darbojas kā imūnsupresori. Hidrokortizons un prednizolons ir divi biežāk lietotie medikamenti IZS ārstēšanai.
Kreatinīns	Izmeklējums	Kreatinīna asins analīze palīdz noteikt, kā darbojas nieres.
Kreisās puses kolīts	Slimības raksturotājs	Šis ir ČK veids, kad slimība skar resno zarnu līdz tās kreisajai pusei, bet nepārsniedzot to, un šo saslimšanu var efektīvi ārstēt ar lokālo terapiju.
KS vai Krona slimība	Slimības raksturotājs	Tā ir iekaisīga zarnu slimība. Krona slimība var skart visas kuņģa un zarnu trakta daļas, tostarp bieži vien arī tievo zarnu, kamēr ČK gadījumā tā nenotiek.
Laktoferīns	Izmeklējums	Proteīns, kas atbrīvojas zarnā iekaisuma laikā. Pacientam jāiesniedz fēču paraugs analīzes veikšanai.
Laparoskopisks	Operācija	Laparoskopiska operācija ir ķirurģijas veids, kad pacientam tiek veiktas nelielas incīzijas un tiek ievietotas kameras, lai redzētu operējamo vietu. Veicot mazākus iegriezumus, atveseļošanās notiek ātrāk nekā pēc parastas operācijas.
Limfoproliferatīvie traucējumi (LPT)	Slimība	Slimību grupa, kurā limfocīti (baltās asins šūnas) tiek vairotas pārmērīgi. LPT ietver dažādas leikēmijas un limfomas formas.
Lokalizēta slimība	Slimības raksturotājs	Slimības ierobežojums uz vienu orgānu sistēmu vai lokalizēta zarnu daļa.
Lokāls	Medikaments	Šīs ir zāles, kas ārstē iekaisumu tieši, bez uzsūkšanās organismā.
Loperamīds	Medikaments	Tipiskas pretcaurejas zāles, skat. pretcaurejas zāles.
Lūzums	Cits	Tas ir kaula lūzums, kuru izraisa vai nu atsevišķs negadījums, vai pastāvīga slodze uz kaulu.
Malabsorbcija	KS komplikācijas	Anomāla pārtikas vielu absorbcija kuņģa un zarnu traktā.
Mesalazīns	Medikaments	Zāles, ko izmanto IZS ārstēšanai. Tās var lietot iekšķīgi vai lokāli taisnajā zarnā.
Metotreksāts	Medikaments	Zāles, kas pieder imūnsupresoru grupai un ko bieži lieto KS ārstēšanai. Nav tik efektīvas čūlainā kolīta ārstēšanā.

Metronidazols	Medikaments	Šī ir antibiotika, kuru plaši lieto paučīta un fistulizējošās Krona slimības ārstēšanai.
MR (magnētiskā rezonanse) enterogrāfija	Izmeklējums	Izmeklējums, kas ar magnētisko viļņu palīdzību uzņem diagnostiskus tievās zarnas attēlus, izmantojot iekšķīgu kontrastvielu. Radiāciju nepielieto.
MR holangiogrāfija jeb magnētiskās rezonanses holangiogrāfija	Izmeklējums	Tas ir speciāls izmeklējums, kurā izmanto MRI aparātu, lai noteiktu žults izvades traucējumus.
MRI jeb magnētiskās rezonanses attēlveidošana	Izmeklējums	Izmeklējums, kurā izmanto magnētiskos viļņus, diagnostisko attēlu veidošanai dažādām ķermeņa daļām. Radiāciju nepielieto.
Nepietiekams uzturs	KS komplikācijas	Nepietiekama pārtikas vielu uzņemšana, kas rodas, piemēram, no nespējas pietiekami paēst, pietiekami neēdot nepieciešamo pārtiku vai no malabsorbcijas (skat. Malabsorbcija).
NIZS vai neklasificēta IZS	Slimības raksturotājs	Ja nevar noteikt, vai personai ir ČK vai KS pēc visu izmeklējumu veikšanas, lieto terminu NIZS.
NK vai nenoteiktais kolīts	Slimības raksturotājs	Gadījumos, kad nav iespējams noteikt, vai persona slimo ar KS vai ČK, to dēvē par NK. Terminu nenoteiktais kolīts (NK) lieto tikai attiecībā uz rezekcijas paraugiem.
Nosprostojums, nosprostojošs	KS komplikācijas	Nosprostojums rodas, kad KS iekaisums sabiezina zarnu sieniņas, tādējādi vai nu zarna kļūst šaura, vai vairākas zarnu daļas salīp, nosprostojot gremošanas trakta satura plūsmu.
Novērošana	Izmeklējums	Novērošanā ārsts regulāri pārbauda IZS pacientu, bieži vien ar endoskopu, lai redzētu, vai nav izveidojies zarnu vēzis. Novērošana ir nepieciešama, jo IZS pacientiem ir paaugstināts zarnu vēža izveidošanās risks.
NSPL vai nesteroīdās pretiekaisuma zāles	Medikaments	Šīs zāles atvieglo sāpes, kā arī samazina drudzi un iekaisumu ārpus zarnām. Biežāk lietotās šīs grupas zāles ir ibuprofēns un aspirīns, bet IZS pacientiem ir ieteicams izvairīties no to lietošanas, jo tās palielina slimības saasinājuma risku.

Osteopēnija	Slimība	Tā nozīmē kaulu stipruma pavājināšanos, bet nav tik nozīmīga, lai to uzskatītu par osteoporozi.
Osteoporoze	Slimība	Šī saslimšana nozīmē kaulu izturības pavājināšanos, kas rada personai lielāku kaulu lūzuma risku.
Pakāpe (slimības pakāpe)	Slimības raksturotājs	Slimības pakāpe raksturo, cik lielā mērā IZS ir skārusi zarnu.
pANCA	Izmeklējums	pANCA nozīmē perinukleārās antineitrofilās antivielas (*Perinuclear Anti-Neutrophil Cytoplasmic Antibodies*). Tās tiek atklātas asinīs.
Paučīts	Komplikācija	Līkumainās zarnas maisa iekaisums (skat. IPAA).
Perifērais artrīts	Slimība	Locītavu iekaisums, kas parasti skar locekļu galvenās locītavas.
Plašais kolīts	Slimības raksturotājs	Šis ČK veids skar visu resno zarnu.
Pretcaurejas zāles	Medikaments	Zāles, kas atvieglo caurejas simptomus. Biežāk lietotais medikaments ir loperamīds.
Recidīvs	Slimības raksturotājs	Slimības atkārtota saasināšanās.
Rektāls jeb taisnās zarnas	Ķermeņa daļa	Apzīmējums „rektāls" attiecas uz resnās zarnas galu, ko sauc par taisno zarnu. Piemēram, medikamentus, kurus ievieto taisnajā zarnā caur anālo atveri, dēvē par rektāliem medikamentiem.
Remisija	Slimības raksturotājs	Remisija ir tad, kad personas slimība nav aktīva; tas ir pretstats terminiem „saasinājums" vai „recidīvs", ar kuriem apzīmē stāvokli, kad personas slimība ir aktīva.
Resnā zarna (skat. attēlu)	Ķermeņa daļa	Tā ir gremošanas sistēmas beigu daļa, kas lokveidā ietver tievo zarnu.
Rezekcija	Operācija	Visa orgāna vai tā daļas vai citas ķermeņa struktūras ķirurģiska izoperēšana.
Saasinājums vai recidīvs	Slimības raksturotājs	Tas ir aktīvas slimības stāvoklis un pretstats slimības remisijai. Persona, kurai ir slimības saasinājums, uzrāda simptomus, un tai ir iekaisums.
Sacroiliitis (sakroileīts)	Slimība	Krustu kaula un zarnu kaula locītavas iekaisums.

Salipšana	Ķirurģiska komplikācija	Zarnu daļu salipšana kopā iekaisuma reakcijas rezultātā. Var radīt obstipāciju un sāpes.
Sašaurinājums	Ar KS saistīta slimība	Tās rezultātā rodas pietiekami izteikts sašaurinājums, lai pacientam būtu diskomforta sajūta.
Seroloģija	Izmeklējums	Tajā pārbauda serumu un citus ķermeņa šķidrumus.
Seroloģisks	Izmeklējums	Seroloģija pēta serumu un citus ķermeņa šķidrumus. Parasti to izmanto antivielu diagnosticēšanai serumā.
Seruma feritīna līmenis	Izmeklējums	Šajā izmeklējumā nosaka ķermenī uzkrātā dzelzs daudzumu.
Seruma urīnviela	Izmeklējums	Urīnviela ir viela, kuru nieres parasti attīra no asinīm un izvada ar urīnu. Ir svarīgi pārbaudīt seruma urīnvielas līmeni, jo pēc rādījumu novirzes var noteikt, vai nieres nav skartas un vai pacientam nav dehidratācija.
Seton	Operācija	Diegs, kuru izmanto, lai turētu fistulas traktu atvērtu un neļautu strutām krāties abscesā.
Sigmoidoskopija	Izmeklējums	Tā ir līdzīga kolonoskopijai, izņemot to, ka tajā apskata tikai resnās zarnas nobeiguma daļu, nevis visu resno zarnu.
Sistēmisks	Medikaments	Sistēmiskas zāles iedarbojas uz ķermeni kopumā. Tās ir pretstatā lokālām zālēm, kuras necirkulē pa visu ķermeni.
Slimības pakāpe	Slimības raksturotājs	Tā raksturo, cik lielā mērā ČK vai KS ir skārusi resno zarnu. To nedrīkst sajaukt ar slimības smaguma pakāpi, kas nosaka iekaisuma smaguma formu un izplatību. Slimības pakāpi izmanto, lai iedalītu ČK proktītā, kreisās puses kolītā un plašajā kolītā un KS taisnās zarnas, resnās zarnas un kuņģa un zarnu trakta augšējās daļas saslimšanā.

Slimības smaguma rādītāji	Izmeklējums	Slimības smaguma rādītājs ir veids, kā noteikt slimības smaguma formu, pamatojoties uz pacienta simptomiem un noteiktiem izmeklējumiem (piem., kā zarna izskatās endoskopijas laikā). Parasti lielāki raksturlielumi norāda uz smagāku slimības formu. Viens no piemēriem ir Čūlainā kolīta slimības aktivitātes rādītājs (*Ulcerative Colitis Disease Activity Index* (UCDAI)) un Krona slimības aktivitātes rādītājs (*Crohn' disease activity index* (CDAI)).
Stenoze	Slimība	Tās rezultātā rodas pietiekami izteikts sašaurinājums, lai pacientam būtu diskomforta sajūta.
Steroīdi	Medikaments	Steroīdus parasti izmanto IZS ārstēšanai, un tie iedarbojas ar imūnsupresiju. Steroīdi var būt lokāli un sistēmiski. To lietošana ir jāierobežo, cik vien iespējams, jo tiem ir daudz blakusparādību.
Subtotālā kolektomija	Operācija	Pretstatā kolektomijai, šīs operācijas laikā tiek izņemta resnās zarnas daļa, nevis visa resnā zarna.
Sulfasalzīns	Medikaments	Sulfasalzīns ir zāles, ko izmanto IZS ārstēšanai. Sulfasalzīns sastāv no divām daļām: aktīvās daļas 5-ASA un antibiotikas sulfapiridīna. Sulfasalzīnu sadala baktērijas resnajā zarnā, un tiek piegādāta 5-ASA.
Svecītes vai svecīte	Medikaments	Tās ir zāles, ko ievieto taisnajā zarnā, kur tās izkūst un pārklāj zarnu iekšējās sieniņas iekaisuma ārstēšanai.
Taisnā zarna	Ķermeņa daļa	Resnās zarnas nobeiguma daļa. Tā beidzas pie anālās atveres.
Takrolims	Medikaments	Tas ir imūnsupresors, kas ir līdzīgs ciklosporīnam un kuru lieto iekšķīgi ČK ārstēšanai.
Tenesms	Slimības raksturotājs	Sāpīgas spazmas vai krampji taisnajā zarnā/anālajā atverē, kurām bieži pievienojas patvaļīgas zarnu kontrakcijas un steidzama vēlme pēc defekācijas, kaut arī zarnās nav satura, ko izvadīt.
Tievās zarnas kapsulas endoskopija (TZKE)	Izmeklējums	Izmeklējums, kura laikā pacients norij kapsulu, kurā atrodas maza kamera. Kamera uzņem kuņģa un zarnu trakta attēlus.

Tiopurīni	Medikaments	Šīs zāles ir imūnsupresori. Azatioprīns un merkaptopurīns ir visbiežāk lietotās zāles no šīs grupas IZS ārstēšanai.
T-raksturlielums	Izmeklējums	T-raksturlielums ir kaulu blīvuma rādītājs.
Transferīna piesātinājums	Izmeklējums	Tas ir dzelzs saistīšanas spējas rādītājs ķermenī, un, ja tā līmenis ir mazāks nekā 16%, tas norāda uz dzelzs trūkumu.
Trombocitoze	Izmeklējums	Palielināts daudzums trombocītu.
Tuberkuloze	Slimība	Tā ir infekcijas slimība, kas skar plaušas un citas ķermeņa daļas un kuru izraisa tuberkulozes mikobaktērija.
Ultraskaņa	Izmeklējums	Attēlveidošanas metode, kurā izmanto skaņas viļņus, lai novērtētu ķermeņa orgānu stāvokli.
Ursodeoksiholskābe	Ārstēšana	Tas ir iekšķīgs medikaments, kuru dod pacientiem ar PSH (primāro sklerozējošo holangītu, kas ir hroniska aknu slimība un kuru raksturo žultsvadu iekaisums un fibroze aknās un ārpus tām), lai aizsargātu aknas un novērstu zarnu vēzi.
Uveīts	Slimība	Tas ir iekaisums acs vidusslānī (*uvea*).
Uz pacientu orientēts	Cits	Uz pacientu orientēta aprūpe nodrošina, ka tiek respektētas un apmierinātas pacienta individuālās vajadzības un ka pacientam svarīgās vērtības nosaka visus klīniskos lēmumus.
Uzturēšanas terapija	Medikaments	Šo terapiju izmanto, lai noturētu pacientu remisijā.
Validēts	Izmeklējums	Validācija nozīmē to, ka ir pierādīts, ka validācijas objekts precīzi mēra to, uz kura mērīšanu pats pretendē. Piemēram, slimības smaguma rādītājs būs validēts, tiklīdz tiks pierādīts, ka tas mēra slimības smaguma pakāpi precīzi.
Vedolizumabs	Medikaments	Bioloģiskās (ražotas ar biotehnoloģijām) zāles, ko izmanto IZS ārstēšanai. Tās ievada pacientam tieši asinīs ar sistēmas palīdzību.
VSL#3	Medikaments	Tie ir probiotiķi (dzīvi mikroorganismi, kuri, lietojot pareizā daudzumā, dod labumu saimniekorganisma veselībai), ar kuriem varētu ārstēt paučītu.

Zarnu vēzis	Ar KS/ČK vai ārstēšanu saistīta slimība	To dēvē arī par kolorektālo vēzi. Tas ir zarnu vēzis, kura izveidošanās risks ir paaugstināts IZS pacientiem. Papildus citiem simptomiem tas var radīt asiņu piejaukumu fēcēs, defekācijas paradumu izmaiņas, vēdergraizes, vēdera uztūkumu un svara zudumu.
Zema molekulārā svara heparīns	Medikaments	Šo medikamentu parasti lieto trombu novēršanai.

Pateicība

ECCO un EFCCA vēlas pateikties visiem, kuri ir devuši ieguldījumu ECCO-EFCCA Pacientu vadlīniju tapšanā. ECCO un EFCCA atzinīgi vērtē medicīnas speciālistu Sanna Lonnfors un Andrew McCombie darbu, kas ir nozīmīgs devums ECCO-EFCCA Pacientu vadlīniju izstrādē.

Izplatīšanas politika

ECCO-EFCCA Pacientu vadlīnijas pamatojas uz ECCO Klīniskajām vadlīnijām par Krona slimību un čūlaino kolītu. Lai skatītu ECCO Klīniskās vadlīnijas, lūdzu, uzklikšķiniet uz saites: https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html.

ECCO-EFCCA Pacientu vadlīnijas var brīvi izplatīt. Lūdzu, ņemiet vērā, ka jebkuram ECCO-EFCCA Pacientu vadlīniju tulkojumam jāsaņem ECCO un EFCCA apstiprinājums.

Atsauce par saistību neatzīšanu

ECCO-EFCCA Pacientu vadlīnijas ir domātas tam, lai veicinātu pacientu izglītošanu un dotu viņiem lielākas iespējas. Jebkuri ar ārstniecību saistītie lēmumi ir atsevišķa ārsta ziņā, un tie netiek pieņemti, tikai pamatojoties uz ECCO-EFCCA Pacientu vadlīniju saturu. Eiropas Krona slimības un kolīta organizācija un Eiropas Krona slimības un čūlainā kolīta asociāciju

federācija un/vai to darbinieki, un/vai vadlīniju izstrādātāji nav atbildīgi par informāciju, kura labā ticībā ir publicēta ECCO-EFCCA Pacientu vadlīnijās.

ECCO Interešu konflikta (IK) politika

ECCO ir visu laiku centusies īstenot atklātības politiku attiecībā uz iespējamiem interešu konfliktiem (IK). Interešu konflikta deklarācijas pamatā ir forma, kuru izmanto Starptautiskā Medicīnas žurnālu redaktoru komiteja (ICMJE). IK paziņojums netiek uzglabāts tikai ECCO Birojā un JCC redakcijā, bet ir arī pieejams sabiedrības vērtējumam ECCO tīmekļa vietnē (https://www.ecco-ibd.eu/about-ecco/ecco-disclosures.html), sniedzot visaptverošu pārskatu pār iespējamiem autoru interešu konfliktiem.