ECCO
EFCCA
PATIENT
GUIDELINES

ECCO-EFCCA Pacientu vadlīnijas par čūlaino kolītu (ČK)

Salvatore Leone*[1], Alejandro Samhan-Arias*[2], Itamar Ben-Shachar[3], Marc Derieppe[4], Filiz Dinc[5], Isabella Grosu[6], Charlotte Guinea[7], Jarkko Lignell[8], Gediminas Smailys[9], Sigurborg Sturludóttir[10], Seth Squires[11], Paolo Gionchetti[12], Rami Eliakim**[13], Janette Gaarenstroom**[14]

* 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]AMICI Onlus — Associazione Nazionale Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, Via A. Wildt, 19/4, 20131 Milāna, Itālija; [2]ACCU ESPAÑA — Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España. C/ Enrique Trompeta 6, Bajo 1. C.P. 28045. Madride, Spānija; [3]CCFI — Izraēlas Krona slimības un čūlainā kolīta fonds (*the Israel Foundation for Crohn's Disease and Ulcerative Colitis*), POB 39957, Telaviva 61398; [4]AFA — Association Francois Aupetit, 32 rue de Cambrai, 75019 Parīze, Francija; [5]inflamatuvar barsak hastalıkları dayanışma ve Yardımlaşma Derneği, Caferağa Mah. Moda Caddesi No: 20 Borucu Han. K:1 Büro No: 103 Kadıköy, Stambula, Turcija; [6]ASPIIR — Asociaţia Persoanelor cu Boli Inflamatorii Intestinale din România (Rumānijas Asociācija IZS pacientu atbalstam), Calea Mosilor 268, Bukareste, Rumānija; [7]Crohns & Colitis UK — CCUK, 45 Grosvenor Road, St Albans, Hertfordšīra AL1 3AW, Apvienotā Karaliste; [8]CCAFIN — Crohn ja colitis ry, Kuninkaankatu 24 A, 33210 Tampere, Somija; [9]Klaipeda University Hospital, Department of Pathology, Liepojos g. 41, LT-92288 Klaipēda, Lietuva; [10]Crohn´s og Colitis Ulcerosa samtökin á Island, P.o. Box. 5388, 125 Reikjavika, Islande; [11]Royal Alexandra and Vale of Leven Hospitals, Department of Gastroenterology, Corsebar Road, Paisley, Skotija, Apvienotā Karaliste, PA2 9PN; [12]Boloņas Universitāte, Medicīnas un ķirurģijas zinātņu fakultāte, Via Massarenti, 9, 40138 Boloņa, Itālija; [13]Gastroenterology and Hepatology, Sheba Medical Center, 52621 Tel Hashomer, Izraēla; [14]University Medical Center Utrecht, Department of Gastroenterology, Heidelberglaan 100, P.O. Box 85500, 3584 GX Utrehta, Nīderlande (līdz 2015. gada septembrim)

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

Eiropas Krona slimības un kolīta organizācija (ECCO) ir lielākā asociācija, kas apvieno iekaisīgu zarnu slimību (IZS) speciālistus visā pasaulē. Papildus izglītībai un izpētei organizācijas mērķis ir arī jaunatklājumi. Izstrādājot praktiskās vadlīnijas attiecībā uz IZS, ECCO apkopo dažādu disciplīnu labāko speciālistu zināšanas un pieredzi, lai izstrādātu šos atsauces dokumentus kooperatīvi un saskaņoti.

2006. gadā ECCO publicēja pirmās vadlīnijas par Krona slimības (KS) diagnosticēšanu un ārstēšanu[1,2]. Kopš tā laika, pateicoties pastāvīgai interesei par kopējas perspektīvas izveidi attiecībā uz IZS Eiropā, ir publicētas kopumā piecpadsmit ECCO vadlīnijas, kas aptver dažādus tematus saistībā ar čūlaino kolītu (ČK), sākot no vispārējas ārstēšanas[3] līdz ļoti specifiskām tēmām kā ČK pediatrijā[4].

Papildus tam Eiropas Krona slimības un čūlainā kolīta asociāciju federācijas (EFCCA) galvenais mērķis kopš tās dibināšanas ir pacientu dzīves kvalitātes uzlabošana, iepazīstinot pacientus un viņu ģimenes ar labas prakses piemēriem, tostarp īstenojot izglītojošu iejaukšanos, veicinot izpratni sabiedrībā, veicinot zinātnisko izpēti un jaunu medicīnisko līdzekļu izstrādi ārstēšanai.

Ar iniciatīvas palīdzību, kas paredz uzlabot uzskatu vienprātības ietekmi uz IZS, ECCO un EFCCA ir veikušas sinerģistiska rakstura pasākumus, lai izstrādātu šīs vadlīnijas pacientiem, kas slimo ar čūlaino kolītu.

Šajā dokumentā ietvertie ieteikumi pamatojas uz visvērtīgāko atziņu par ČK diagnosticēšanu un ārstēšanu apkopojumu. Vadlīniju mērķis ir veicināt izpratni par to, kā medicīnas profesionāļi diagnosticē un ārstē ČK. Vadlīnijas sastāv no piecām tematiskām sadaļām, kuras attiecas uz: diagnosticēšanu, akūtu saslimšanu, remisiju, ķirurģisku iejaukšanos, kolorektālo jeb zarnu vēzi un zarnu blakus komplikācijām. Dokumentam ir pievienots glosārijs, lai nodrošinātu labāku terminoloģijas izpratni. Turklāt šīs vadlīnijas ir noformētas pacientam draudzīgā formātā, lai lielāks pacientu skaits varētu tās izlasīt un vieglāk saprast.

Čūlainā kolīta (ČK) diagnosticēšana

Mums būs vieglāk izlemt, kāda ārstēšana jums ir nepieciešama, ja zināsim, cik lielu daļu no resnās zarnas slimība ir skārusi (t.i., slimības pakāpe). Ārstēšanas veids ir atkarīgs no tā, cik lielā mērā slimība ir izplatījusies, un, zinot izplatības pakāpi, ārsts vai medmāsa nosaka to, vai jūs saņemsiet iekšķīgu un/vai vietēju ārstēšanu. Slimības pakāpe ietekmē slimības uzraudzības uzsākšanas laiku un biežumu. Tādējādi jūsu saslimšana ar ČK ir iedalīta grupās atkarībā no tā, cik lielā mērā slimība ir skārusi resno zarnu.

Endoskopija ir visieteicamākais veids ČK grupas noteikšanai, jo ar tās palīdzību var noteikt zarnu iekaisuma pakāpi. ČK iedalās šādās grupās: proktīts, kreisās puses kolīts un totāls jeb plašais kolīts.

Eksperti atzīst, ka vislabākā metode ČK klasificēšanai ir kolonoskopija. ČK var iedalīt proktītā, kreisās puses kolītā un totālajā jeb plašajā kolītā (ārpus liesas pamatnes izliekuma).

Pastāv divi plaši skaidrojami iemesli, kādēļ ČK pacienti ir jāiedala grupās atkarībā no slimības pakāpes; 1. iemesls: tas ietekmē ārstēšanas veidu; un 2. iemesls: tas nosaka pacienta uzraudzības intensitāti. Attiecībā uz ārstēšanu proktīta ārstniecības sākuma stadija bieži lieto svecītes. Klizmas izmanto kreisās puses kolīta ārstēšanai, bet iekšķīgo terapiju (bieži vien apvienojumā ar lokālo terapiju) lieto plašā kolīta ārstēšanai.

Attiecībā uz uzraudzību ir svarīgi zināt slimības pakāpi, lai varētu paredzēt kolorektālā vēža izveidošanos. Proktīta slimniekiem nav jāveic kolonoskopija uzraudzības nolūkā, bet tas ir nepieciešams pacientiem, kas slimo ar kreisās puses kolītu vai plašo kolītu.

Ārstiem ir nepieciešams iedalīt ČK grupās arī pēc slimības smaguma. Šāds iedalījums palīdz ārstam izvēlēties vispiemērotāko ārstēšanu. Saslimšanas smagums ietekmē to, vai ārstēšana ir vietēja, sistēmiska, ķirurģiska vai vispār tiek uzsākta. Slimības smaguma rādītāji nav vēl apstiprināti pienācīgi. Klīniskie, laboratoriskie, attēlveidošanas un endoskopiskie izmeklējumi, tostarp biopsija, palīdz ārstiem noteikt vislabāko ārstēšanas veidu. Par remisijas definīciju vēl nav panākta pilnīga vienošanās. Remisiju vislabāk raksturo dažādu klīnisko izmeklējumu apkopojums (t.i., zarnu darbības izraisīšanas skaits ≤3 bez asiņošanas) un slimības pazīmju neesamība endoskopijā. Akūta iekaisuma pazīmju neesamība biopsijā arī ir noderīga informācija.

Pacienta ārstēšanu daļēji nosaka slimības smagums. Iekaisuma smaguma pakāpe nosaka to, vai pacientu nav nepieciešams ārstēt, vai arī pacients saņem iekšķīgo, intravenozo vai ķirurģisko ārstēšanu. Ir ierosinājums noteikt vairākus slimības smaguma rādītājus, bet neviens no tiem nav vēl apstiprināts (t.i., nav pierādīts, ka tie ir precīzi un lietderīgi). Pastāv vispārēja vienošanās, ka klīnisko pazīmju, laboratorisko izmeklējumu (C reaktīvā olbaltuma jeb CRO līmenis asinīs vai fēču paraugu ņemšana kalprotektīna noteikšanai), attēlveidošanas (piemēram, rentgena) un endoskopisko izmeklējumu (tostarp biopsiju) apvienojums palīdz ārstiem pacientu ārstēšanā.

Eksperti nav vēl pilnībā vienojušies par remisijas definīciju. Mūsdienās visatbilstīgākajā remisijas definīcijā tiek ņemti vērā pacienta simptomi un kolonoskopijā iegūtie konstatējumi. Var uzskatīt, ka pacientam ir iestājusies remisija, ja dienas laikā tiek noņemti ne vairāk kā trīs fēču paraugi bez asiņošanas un ja kolonoskopijas dati neuzrāda iekaisumu. Būtu ieteicams, lai arī biposijā netiktu konstatēts nekāds iekaisums.

ČK simptomi

ČK simptomi ir atkarīgi no tā, cik lielā mērā resnā zarna ir iekaisusi un kāda ir slimības smaguma pakāpe. Plašāk izplatītie simptomi ir asiņu piejaukums fēcēs, caureja, zarnu asiņošana, tenesms jeb nepilnīgas defekācijas sajūta un/vai vajadzība steigšus doties uz tualeti. ČK pacientiem ir bieža defekācijas nepieciešamība arī naktī. Vispārēji slikta pašsajūta, apetītes zudums vai drudzis ir pazīmes, kas liecina, ka jums ir smags slimības uzliesmojums.

Smagi ČK simptomi parasti ir saistīti ar stipru resnās zarnas iekaisumu un to, cik lielā mērā slimība ir skārusi resno zarnu; resnās zarnas iekaisuma pakāpi var noteikt, veicot kolonoskopiju un biopsiju.

Visbiežāk sastopamais ČK simptoms pacientiem ir redzams asiņu piejaukums fēcēs. To atzīst vairāk nekā 90% pacientu. ***Pacientiem ar plašu un akūtu ČK*** ir hroniska caureja

parasti ar zarnu asiņošanu vai vismaz ar redzamu asiņu piejaukumu fēcēs. Pacienti ir sūdzējušies arī par steidzamas defekācijas nepieciešamību, tenesmu, gļotu vai asiņu izvadīšanu, nepieciešamību pēc defekācijas nakts laikā, konvulsīvām vēdergraizēm vai sāpēm (parasti vēdera kreisās puses lejasdaļā) pirms defekācijas un kuras pāriet pēc defekācijas. Turklāt, ja pacientam ir smags iekaisums, bieži ir novērojams drudzis, ātra sirdsdarbība, svara zudums, vēdera pietūkums vai klusāki zarnu trokšņi. Turpretim ***proktīta pacienti*** parasti sūdzas par zarnu asiņošanu, defekācijas steidzamību, tenesmu un dažkārt par stipru aizcietējumu.

Pacienta vēsture

Pilnīga medicīniskā vēsture ietver daudz jautājumu. Piemēram, ārstam ir jāpajautā, kad parādījās slimības simptomi un kāds ir simptomu veids. Norādāmie simptomi ir šādi:

- asiņu piejaukums fēcēm
- defekācijas steidzamība
- fēču konsistence un biežums
- tenesms
- vēdergraizes
- nespēja kontrolēt zarnu darbību
- nepieciešamība iet uz tualeti naktī
- simptomi, kas nav tieši saistīti ar zarnu darbību (piemēram, locītavu sāpes).

Ārsts uzdod arī jautājumus par:

- to, vai ir bijuši ceļojumi pēdējā laikā
- to, vai ir bijusi saskare ar infekcijas slimībām, kuras varētu ietekmēt zarnas
- medikamentu lietošanu (piemēram, antibiotiku un nesteroīdo pretiekaisuma līdzekļu (NSPL))
- smēķēšanas paradumiem
- seksuālo dzīvi
- to, vai kāds no ģimenes locekļiem nav slimojis ar KS, ČK vai zarnu vēzi
- iepriekšēju apendektomiju.

Aizdomas par ČK diagnozi rodas no tādiem klīniskiem simptomiem kā asiņu piejaukums fēcēs, defekācijas nepieciešamība, biežums, tenesms jeb nepilnīgas defekācijas sajūta, vēdergraizes, nespēja kontrolēt zarnu darbību un nepieciešamība iet uz tualeti naktī. Ārsts vai medmāsa iztaujā par ģimenes vēsturi gan attiecībā uz IZS, gan zarnu vēzi. Pacients ir jāiztaujā par ar acīm, muti, locītavām vai ādu saistītiem simptomiem. Kolīts, kuru izraisījusi infekcija (piemēram, baktērijas no ārzemju ceļojumiem) vai medikamenti (piemēram, tādi NSPL kā ibuprofēns), ir jāapsver un jāizslēdz.

Ir pierādījumi, ka apendektomija, kas veikta apstiprinātam apendicītam, samazina risku saslimt ar ČK vēlāk dzīvē. Apendektomija arī samazina saslimšanas ar ČK smagumu, ja tā ir veikta „īstam" apendicītam agrīnā vecumā.

Jums pastāv lielāks risks saslimt ar ČK, ja kādam no jūsu ģimenes locekļiem ir bijusi KR vai ČK.

Pētījumi liecina, ka gadījumā, ja personai veikta apendektomija apstiprinātam apendicītam agrīnā vecumā, šai personai ir mazāks risks saslimt ar ČK; riska samazinājums ir novērojams pat par 69%. Ja pēc apendektomijas tomēr notiek saslimšana ar ČK, tā ir

daudz vieglāka. Ir jāatzīmē, ka apendektomija nenovērš PSH veidošanos. Vēl nav noskaidrots, vai apendektomijas veikšana pēc saslimšanas ar ČK ietekmē slimības gaitu.

ČK slimnieku pirmās pakāpes radiniekiem pastāv 10-15 reizes lielāks risks saslimt ar ČK. Tomēr, tā kā risks ir tik zems, pirmās pakāpes radiniekam ir par 2% lielāks risks saslimt ar ČK. Tādēļ paaugstinātais risks nav tik svarīgs, lai ČK pacientam vajadzētu lemt par pēcnācēju radīšanas aizliegumu.

Fiziskā izmeklēšana

Fiziskā izmeklēšana ietver vairākas pārbaudes:
- vispārējā labsajūta
- sirdsdarbības ātrums
- ķermeņa temperatūra
- asinsspiediens
- svars
- auguma garums
- vēdera uztūkuma un sāpīguma pārbaude
- anorektālā pārbaude.

Ārsta vai medmāsas veiktās fiziskās izmeklēšanas laikā iegūtie konstatējumi ir atkarīgi no ČK smaguma un izplatības pakāpes. Ja slimība ir vieglā vai mērenā formā, pacienta pārbaudes laikā neatklāsies īpaši simptomi, izņemot asinis anorektālās izmeklēšanas laikā. Ja pacientam ir smags iekaisums, var būt novērojams drudzis, ātra sirdsdarbība, svara zudums, sāpīgums resnajā zarnā, vēdera pietūkums vai klusāki zarnu trokšņi.

Diagnostiskie izmeklējumi

Sākotnējie izmeklējumi ietver pilnu asins ainu, seruma urīnvielas, kreatinīna, elektrolītu, aknu enzīmu, D vitamīna līmeņa un dzelzs daudzuma noteikšanu un C reaktīvais olbaltumu (CRP). Kalprotektīns fēču paraugā ir precīzs iekaisuma klātbūtnes resnajā zarnā marķieris. CRP un eritrocītu grimšanas ātrums (ESR) ir noderīgi rādītāji tam, lai noteiktu ķermeņa reakciju uz ārstēšanu smagas slimības gadījumos. Ārstam jāveic izmeklējums, vai nav infekciozā caureja, tostarp Clostridium difficile baktērijas izraisīta infekcija. Ārstam ir jāzina, vai pacients ir potēts pret daudzām vīrusu slimībām un vai pacients neslimo ar tuberkulozi.

Ideālā variantā diagnosticēšanas laikā katram pacientam ir jābūt veiktiem pilnas asins ainas, iekaisuma marķieru (CRP un ESR), elektrolītu, aknu funkciju un fēču paraugu izmeklējumiem. Kalprotektīns fēču paraugā, ko iegūst fēču izmeklējuma laikā, ir precīzs rādītājs tam, vai resnajā zarnā ir iekaisums. Izmeklējumi, kas nosaka iekaisumu, var būt normas robežās vieglas vai mērenas formas kreisās puses kolītam. Pilna asins aina var uzrādīt (a) augstu trombocītu līmeni, ko rada pastāvīgs iekaisums, (b) anēmiju un mazu dzelzs daudzumu, kas norāda uz to, ka slimība ir hroniska vai smaga, un (c) palielinātu balto asins šūnu daudzumu, kas norāda uz infekcijas klātbūtnes iespējamību.

Izņemot saslimšanas ar proktītu gadījumus, CRP līmenis parasti ir augstāks, ja pacienta simptomi liecina par smagu saslimšanu. Augsts CRP līmenis parasti sakrīt ar augstu ESR, zemu dzelzs un zemu albumīna līmeni. Šos marķierus var izmantot arī, lai noteiktu, vai personai ar akūtu, smagas formas kolītu ir nepieciešama ķirurģiska iejaukšanās.

Paaugstināts CRP un ESR līmenis var arī norādīt uz infekcijas klātbūtni. Tas nozīmē, ka šos rādītājus nedrīkst izmantot vienus pašus, lai atšķirtu ČK no citiem simptomu iemesliem. Tādēļ ārstam vai medmāsai vajadzētu izslēgt citus iespējamos iemeslus tādus kā baktērijas (piemēram, Clostridium difficile baktērija, kampilobaktēriju vai zarnu nūjiņu jeb E. coli baktēriju) vai parazītus (piemēram, amēbas).

Kolonoskopija

Ja ir aizdomas par ČK, vislabākās metodes diagnozes apstiprināšanai un slimības smaguma pakāpes noteikšanai ir kolonoskopija (vēlams ar ileoskopiju) un biopsijām vairākos zarnu posmos (tostarp taisnajā zarnā). Smaga slimības saasinājuma gadījumā jāveic vēdera rentgenizmeklēšana, un slimības aktivitāti vispirms apstiprina ar sigmoidoskopijas palīdzību.

Visiem pacientiem, kuru saslimšana atbilst smaga kolīta kritērijiem, tiek garantēta tūlītēja hospitalizācija, lai novērstu novēlotu lēmumu pieņemšanu, kas var izraisīt paaugstinātu pirms-operācijas saslimstības risku un mirstību.

Kolonoskopija ar intubāciju tievajā zarnā un kopā ar vairākām biopsijām ir vislabākā metode aizdomu par ČK apstiprināšanai. Tā ļauj ārstam vai medmāsai labāk novērot resno zarnu un ir efektīvāka nekā sigmoidoskopija. Tomēr jāņem vērā arī resursu pieejamība un iespējamās slimības smaguma pakāpe. Pacientiem ar smagas pakāpes kolītu nav ieteicams veikt kolonoskopiju un zarnu sagatavošanu, lai nezaudētu laiku un izvairītos no resnās zarnas plīsuma.

Ja pastāv aizdomas, ka pacientam ir smagas pakāpes ČK, sākotnēji var veikt vienkāršu vēdera dobuma radiogrāfiju, kaut arī tā negarantē precīzu diagnozes noteikšanu. Tādā gadījumā diagnozes apstiprināšanai kolonoskopijas vietā var veikt sigmoidoskopiju.

Ja ČK nav aktīvs, endoskopijas laikā iegūtie konstatējumi var palīdzēt prognozēt slimības turpmāko gaitu. Endoskopijas atkārtota veikšana ir nepieciešama, ja ČK atkal kļūst aktīvs. Tā ir arī nepieciešama, ja pacientam jālieto steroīdi, lai paliktu remisijā, vai ja pacients nevar panākt remisijas stāvokli, pat lietojot steroīdus. Visbeidzot endoskopija ir nepieciešama, ja tiek apsvērta iespēja veikt kolektomiju.

Pētījumi liecina, ka gadījumā, ja kolonoskopija neuzrāda nekādas iekaisuma pazīmes, pastāv mazāka varbūtība, ka slimība pacientam var atkārtoties vai būtu nepieciešams veikt kolektomiju nākotnē. Pastāv lielāka iespējamība, ka šiem pacientiem nebūs nekādu slimības simptomu nākamā gada laikā pēc kolonoskopijas. Slimības skarto vietu noteikšana ar kolonoskopijas palīdzību arī ir svarīga, lai varētu noteikt ārstēšanas iznākumu, novērtējot audzēja rašanās risku un nosakot ārstēšanas veidu. Par spīti acīmredzamajai/šķietamajai kolonoskopijas nozīmei slimības skarto vietu noteikšanā, nav veikts neviens pētījums par rutīnas kolonoskopijām, kas tiek veiktas pēc sākotnējās kolonoskopijas diagnosticēšanas nolūkā.

Ja resnajai zarnai ir stenoze (t.i., sašaurinājums), ārstam jāizslēdz audzēja kā tās iemelsa iespējamība. Resnajai zarnai veic vairākas biopsijas, un tiek apsvērta ķirurģiska iejaukšanās. Dažkārt visas resnās zarnas endoskopiskā intubācija nav iespējama. Šādos gadījumos var izmantot attēlveidošanas procedūras, piemēram, bārija klizmu ar dubulto pildījumu vai kolonogrāfiju.

Ilgstošas slimošanas ar čūlaino kolītu gadījumā resnās zarnas stenoze (t.i., sašaurinājums) ir iespējama zarnu vēža pazīme, un tādēļ ir nepieciešams rūpīgs novērtējums, izmantojot kolonoskopiju un biopsijas. Ja stenozes dēļ kolonoskopiju nevar veikt pilnībā, izmanto gaisa kontrasta bārija klizmu vai parastā kontrasta bārija klizmu, lai novērtētu sašaurinājumu un tā tuvumā esošo resnās zarnas daļu. Datortomogrāfijas (DT) kolonogrāfijas laikā var novērtēt audu struktūru resnās zarnas stenozes tuvumā, kā arī ārpuszarnu (t.i., audu, kas neatrodas zarnā) patoloģiju, tādēļ tas ir izmeklējums pēc izvēles šajā situācijā.

Terminu nenoteiktais kolīts (NK) lieto tikai attiecībā uz rezekcijas paraugiem. Ja ārsts nezina, vai jums ir KS vai ČK arī pēc visu iespējamo izmeklējumu veikšanas, tad to dēvē par neklasificēto IZS vai NIZS.

Neklasificētais kolīts ir piemērotākais termins gadījumos, kad nevar skaidri noteikt, vai tas ir čūlainais kolīts, Krona slimība vai citi kolīta cēloņi. Šo terminu piemēro tad, ja nevar noteikt slimības veidu pat pēc tam, kad ir ņemta vērā medicīniskā vēsture, endoskopiju rezultāti, vairāku gļotādas biopsiju histopatoloģija un radioloģiskie izmeklējumi. Nenoteiktais kolīts ir termins, kuru izmanto patologi, lai aprakstītu kolektomijas paraugu, kurā pārklājas ČK un KS pazīmes.

Medicīniskā terapija čūlainā kolīta gadījumā

Proktīts

5-ASA 1g svecītes vienreiz dienā ir ieteicamā agrīnā ārstēšana viegla un mērena proktīta gadījumos. Var lietot arī 5-ASA putu klizmas. Ar svecīšu palīdzību taisnajā zarnā nonāk vairāk zāļu, un pacienti dod tām priekšroku salīdzinājumā ar klizmām. Lai slimības ārstēšana būtu efektīgāka, labāk ir apvienot lokālā 5-ASA ar iekšķīgā 5-ASA vai lokālā steroīda lietošanu, nekā lietot kādu no tiem atsevišķi. Iekšķīgais 5-ASA efektīvāk ārstē slimību apvienojumā ar citu medikamentu nekā viens pats. Noturīgāka proktīta ārstēšanai noder imūnsupresori un/vai anti-TNF jeb anti-audzēja nekrozes faktora preparāti.

Ja persona slimo ar proktītu, labākais ārstniecības līdzeklis ir 5-ASA; tas ir pierādīts vairākos pētījumos, kuros ir norādīts, ka 5-ASA samazina simptomus un uzlabo kolonoskopijā un biopsijā iegūtos konstatējumus. Turklāt svecītes ir efektīvākas par klizmām, jo tās nokļūst tieši iekaisuma vietā un ir atrodamas taisnajā zarnā vairumam pacientu arī pēc četrām stundām (40% pret 10%). Ir noskaidrots, ka nav novērojama 5-ASA iedarbīguma pastiprināšanās, lietojot to vairāk nekā vienu gramu dienā, un tā lietošana vienreiz diena ir tikpat efektīva kā vairākas reizes dienā.

Vairākos pētījumos tiek konstatēts, ka lokālais mesalazīns ir iedarbīgāks par lokālajiem steroīdiem, samazinot simptomus un uzlabojot kolonoskopijas un biopsijas rezultātus. lokālos steroīdus vajadzētu lietot pacientiem, kas nepanes lokālo 5-ASA.

lokālais 5-ASA ir iedarbīgāks nekā iekšķīgais 5-ASA viens pats proktīta ārstēšanā. Pagaidām izskatās, ka lokālā un iekšķīgā 5-ASA apvienojums ir efektīvāks, nekā lietojot vienu no tiem atsevišķi, ja pacientam slimības izplatība ir mazāk nekā 50 cm no anālās atveres malas. lokālās 5-ASA apvienojums ar lokālajiem steroīdiem arī palīdz. Ja iekšķīgā vai lokālā 5-ASA apvienojums ar lokālajiem kortikosteroīdiem slimību sekmīgi neārstē, jāpievieno iekšķīgais prednizolons. Ja tas viss nepalīdz, jālieto imūnsupresori vai anti-TNF preparāti.

Kreisās puses kolīts

Aktīvs vieglas vai mērenas formas kreisās puses kolīts agrīnā stadijā jāārstē ar 1g aminosalicilāta klizmu dienā apvienojumā ar vairāk nekā 2,4g iekšķīgā mesalazīna dienā. Kombinētā terapija, kas ietver iekšķīgā un lokālā 5-ASA lietošanu, ir labāka nekā lokālo steroīdu vai aminosalicilāta atsevišķa lietošana. Tā ir arī labāka par iekšķīgā aminosalicilāta atsevišķu lietošanu. Lokālais 5-ASA efektīvāk ārstē slimību nekā lokālie steroīdi. 5-ASA devas lietošana vienreiz dienā ir tikpat iedarbīga kā 5-ASA lietošana sadalītās devās. Ja 5-ASA nepalīdz, var lietot sistēmiskos kortikosteroīdus. Ja slimība ir smagā formā, pacientu hospitalizē intensīvai ārstēšanai.

Pētījumu laikā ir iegūti nepārprotami pierādījumi, ka gan iekšķīgā, gan vietēja 5-ASA lietošana efektīvi ārstē kreisās puses ČK. Tādēļ vispirms vieglas un mērenas formas aktīvs kreisās puses kolīts tiek ārstēts, apvienojot iekšķīgo un lokālo 5-ASA; ir pierādīts, ka tas iedarbojas efektīvāk nekā viena vai otra šo divu medikamentu atsevišķa lietošana. Iekšķīgās un lokālās ārstēšanas apvienojums ir gan daudz efektīvāks, gan iedarbojas ātrāk nekā minēto medikamentu atsevišķa lietošana. Vairāku pētījumu rezultāti liecina, ka rektālais 5-ASA ir efektīvāks nekā rektālie kortikosteroīdi. Tomēr dažos pētījumos ir atklāts, ka rektālais beklometazona dipropionāts (steroīdu medikaments) ir tikpat iedarbīgs kā rektālais 5-ASA.

Vairākos pētījumos ir pierādīts, ka devas sadalīšanai nav nekādu priekšrocību, tādēļ 5-ASA var lietot vienu reizi dienā. Turpretim ir pierādīts, ka devas palielināšana ir pacientiem labvēlīga, un minimālā ieteicamā deva kreisās puses kolītam ir 2,4 grami dienā.

Dažreiz 5-ASA nav efektīvs, vai kreisās puses ČK pacienti to nepanes, tādēļ var apsvērt iespēju lietot iekšķīgos kortikosteroīdus. Iekšķīgie steroīdi var iedarboties ātrāk, bet tie var izraisīt vairāk blakusparādību. 5-ASA iedarbībai ir nepieciešamas vidēji 9-16 dienas, un tā būs ātrāka kombinētās ārstēšanas gadījumā, salīdzinot tikai ar iekšķīgo ārstēšanu. Ja pacientam, kurš lieto 5-ASA, pastiprinās simptomi, ir taisnās zarnas asiņošana pēc tam, kad ir pagājušas 10-14 dienas no ārstēšanas sākuma, vai nepazūd visi simptomi 40 dienu laikā, ir jāuzsāk papildu terapija (parasti ar iekšķīgajiem kortikosteroīdiem).

Plašais kolīts

Sākotnēji vieglas vai mērenas formas plašo kolītu ārstē ar vairāk nekā 2,4g lielu iekšķīgā 5-ASA devu dienā. To apvieno ar lokālo 5-ASA (ja pacients panes), lai palielinātu iespējas palikt remisijā. 5-ASA devas lietošana vienreiz dienā ir tikpat iedarbīga kā 5-ASA lietošana sadalītās devās. Sistēmiskie kortikosteroīdi pacientam jālieto, ja 5-ASA neiedarbojas. Pacientiem ar plašo kolītu smagā formā ir nepieciešama hospitalizācija intensīvai ārstēšanai.

Iekšķīgais 5-ASA ir efektīvs, lai iestātos remisija viegla vai mērena aktīva plašā ČK gadījumā. Turklāt iekšķīgā un lokālā 5-ASA apvienojums ir iedarbīgāks nekā iekšķīgā 5-ASA atsevišķa lietošana; klīniskajā pētījumā ir noskaidrots, ka kombinētā ārstēšana palīdz sasniegt remisiju 64% pacientu salīdzinājumā ar 43%, kas lietoja tikai iekšķīgo 5-ASA. Pacientiem ar plašo kolītu viena 5-ASA vienreiz dienā iedarbojas tikpat labi kā dalītas devas.

Iekšķīgo steroīdu lietošanu uzsāk, ja 5-ASA neiedarbojas uz vieglas vai mērenas formas aktīvu slimību. Tāpat, ja pacients jau lieto vairāk nekā 2 gramus 5-ASA dienā vai imūnmodulatorus kā uzturošo terapiju un slimība atgriežas, jāsāk lietot steroīdus. Vismaz divos pētījumos ir pierādīts, ka steroīdi sekmē remisijas iestāšanos. Ja personai ir plašs ČK smagā formā, ir nepieciešama hospitalizācija, jo šāds stāvoklis apdraud dzīvību.

Kolīts smagā formā

Ja pacientam ir asiņaina caureja vairāk nekā sešas reizes dienā un sistēmiskas toksicitātes pazīmes (t.i., sirdsdarbības ātrums ir vairāk nekā 90 sitieni minūtē, drudzis ar temperatūru virs 37,8°C, hemoglobīna līmenis mazāks par 10,5g/dL vai ESR vairāk nekā 30mm/h, vai CRP līmenis augstāks par 30mg/l), pacientam ir ČK smagā formā un ir nepieciešama hospitalizācija intensīvai ārstēšanai.

Apmēram vienam no katriem sešiem ČK pacientiem ir smagas formas saasinājums slimības laikā. Smagas pakāpes ČK ir jāārstē nopietni. Par spīti panāktajam progresam ārstniecībā pēdējā gadsimta laikā, 2,9% no Apvienotajā Karalistē (AK) slimnīcā uzņemtajiem pacientiem ar akūtu ČK smagā formā mirst, tomēr specializētajos centros mirst mazāk par 1%. Smagas formas ČK izraisītā mirstības riska dēļ ir svarīgi atpazīt smagas formas saasinājuma iestāšanos. Smagas formas ČK saasinājums ir iestājies, ja pacientam izdalās asiņainas fēces sešas vai vairāk reizes dienā un ir vēl kāds no šādiem simptomiem: (a) paātrināta sirdsdarbība (vairāk nekā 90 sitieni minūtē), (b) drudzis, (c) anēmija vai (d) augsts ESR vai CRP līmenis.

Visi pacienti ar smagu slimības saasinājumu jāhospitalizē intensīvai ārstēšanai, kuras sākumā tiek lietoti IV kortikosteroīdi, pakāpeniski pārejot uz ciklosporīnu, takrolimu vai infliksimabu, ja IV kortikosteroīdi neiedarbojas uz pacienta slimību trīs dienu laikā. Gadījumos, kad medikamentu terapiju neiedarbojas uz pacienta slimību, ir nepieciešama ķirurģiska iejaukšanās. Lēmumi par augstas intensitātes medikamentozo ārstēšanu un ķirurģisku iejaukšanos ir jāpieņem ātri, bet uzmanīgi. Ja ķirurģiska iejaukšanās tiek atlikta pārāk ilgi, tās laikā var būt vairāk sarežģījumu.

Aktīvs ČK smagā formā ir jāārstē ar IV steroīdiem. Var lietot arī IV ciklosporīnu vienu pašu. ir jālieto zema molekulārā svara heparīns, lai samazinātu asins trombu veidošanās risku. Gastroenterologs kopā ar kolorektālo ķirurgu ārstē pacientu.

Reakciju uz IV steroīdiem vislabāk var novērtēt, veicot medicīniskos izmeklējumus apmēram trešajā dienā. Ļoti smagas formas aktīva ČK gadījumā, kad nepalīdz IV steroīdi, jāapsver citas ārstēšanas iespējas, tostarp ķirurģisku iejaukšanos. Ciklosporīns *vai* infliksimabs, *vai* takrolims var noderēt kā otrās pakāpes ārstēšanas līdzekļi. Ja glābšanas terapijā 4-7 dienu laikā nav uzlabojumu, ir ieteicams veikt kolektomiju.

Viens no grūtākajiem lēmumiem, kas gastroenterologam jāpieņem, ir brīdī, kad jāiesaka ČK pacientam veikt kolektomiju. Tomēr gastroenterologam kopā ar ķirurgu jābūt pēc iespējas izlēmīgiem, un viņi nedrīkst ļaut saprotamajai pacienta vēlmei atlikt operāciju ietekmēt savu lēmumu. Ja ķirurģiskā iejaukšanās tiek atlikta pārāk ilgi, tas palielina sarežģījumu un pat nāves iespējamību kolektomijas laikā.

Gastroenterologam ir nepieciešami objektīvi rādītāji (t.i., rādītāji, kurus neietekmē pacienta vai ārsta emocijas), kas palīdz pieņemt svarīgu lēmumu par to, vai ārstēt smagas formas ČK ar kolektomiju vai tādiem medikamentiem kā ciklosporīns, infliksimabs vai takrolims. Klīniskie (piem., bieža fēču izdalīšanās), bioķīmiskie (piem., augsts CRP līmenis) un radioloģiskie (piem., resnās zarnas dilatācija) marķieri ir objektīvi rādītāji, kuru izmantošana var palīdzēt lēmumu pieņemšanas procesā. Ir svarīgi arī ņemt vērā pacienta individuālos apstākļus, pieņemot lēmumu. Piemēram, nevajadzētu lietot intravenozo ciklosporīnu pacientiem ar zemu holesterīna vai magnija līmeni, jo šai pacientu grupai ir paaugstināts neiroloģisko blakusparādību risks.

Medicīniskā terapija remisijas uzturēšanai

Uzturēšanas terapijas izvēli nosaka vairāki faktori:
- cik lielu zarnu daļu slimība ir skārusi (t.i., slimības pakāpe)
- cik bieži ir slimības saasinājumi
- vai iepriekšējā uzturēšanas terapija bija veiksmīga
- cik smags bija pēdējais saasinājums
- kāda bija ārstēšana, lai panāktu remisijas iestāšanos pēdējā saasinājuma laikā
- uzturēšanas terapijas drošums
- audzēja veidošanās novēršana.

Pareizās ārstēšanas izvēle pacientu uzturēšanai remisijā ir atkarīga no virknes faktoru. Proktīta slimniekiem visdrīzāk vajag tikai lokālo ārstēšanu, kamēr kreisās puses kolīta un plašā ČK pacientiem vajadzētu iekšķīgo terapiju. Ja personas medicīniskā vēsture uzrāda īsus starplaikus starp saasinājumiem, uz šo pacientu labāk iedarbosies intensīvāka terapija tāpēc, ka tā var samazināt starplaiku starp saasinājumiem. Ja kāds medikaments nav iedarbojies iepriekšējās uzturēšanas terapijas laikā, to nevajadzētu lietot atkal. Ja pēdējais saasinājums ir bijis smagāks, jāpiemēro intensīvāka terapija. Pēc pašreizējā saasinājuma smaguma pakāpes var prognozēt, kāds būs nākamais saasinājums. Ja pacientam vajadzīgi steroīdi remisijas panākšanai, visticamāk, viņam būs nepieciešama intensīvā terapija remisijas uzturēšanai. Medikamentu blakusparādību nozīmību izsver attiecībā pret to sniegto pozitīvo efektu uz saasinājumiem un audzēja novēršanu.

Aminosalicilskābe (ASA)

Iekšķīgā 5-ASA tiek izmantota kā pirmais medikaments uzturēšanas terapijā, ja pacients reaģē labvēlīgi uz 5-ASA vai steroīdiem (iekšķīgiem vai rektāliem). Rektālā 5-ASA tiek izmantota kā pirmais medikaments uzturēšanas terapijā proktīta gadījumā, un to var lietot kreisās puses kolīta slimnieki. Iekšķīgās un rektālās 5-ASA apvienojumu var izmantot kā otrās pakāpes medikamentus uzturēšanas terapijā.

Vairākos pētījumos ir pierādīts, ka iekšķīgā 5-ASA ir efektīva remisijas uzturēšanā. Divos pētījumos ir konstatēts, ka rektālās 5-ASA lietošana veiksmīgi uztur remisiju pacientiem

ar kreisās puses ČK. Ārstēšana gan ar iekšķīgo 5-ASA, gan 5-ASA klizmām ir izrādījusies efektīvāka remisijas uzturēšanā nekā iekšķīgā 5-ASA viena pati. AK veiktajā aptaujā 80% pacientu norādīja, ka dod priekšroku tikai iekšķīgajai terapijai; tādēļ izskatās, ka pacientiem šķiet pieņemamāka iekšķīga terapija, nevis rektālā ārstēšana.

Iekšķīgā 5-ASA neiedarbojas, ja tās deva ir mazāka par 1,2g dienā. Rektālajā terapijā 3g nedēļā sadalītās devās ir pietiekami, lai uzturētu remisiju. Devu var mainīt, pamatojoties uz tās iedarbīgumu. Dažos gadījumos lielākas devas ar lokālo 5-ASA vai bez tās ir iedarbīgas. Viena 5-ASA deva dienā nerada vairāk blakusparādību. Citiem iekšķīgajiem 5-ASA medikamentiem tiek dota priekšroka salīdzinājumā ar sulfasalzīnu (lai arī sulfasalzīns ir nedaudz efektīvāks) tāpēc, ka tiem ir mazāk blakusparādību. Visi pieejamie iekšķīgie 5-ASA preparāti ir efektīvi. Nav objektīvu pierādījumu tam, ka daži 5-ASA preparāti ir labāki par citiem uzturēšanas terapijā.

Minimālā efektīvā iekšķīgā 5-ASA deva ir 1,2g dienā. Ņemot vērā to, ka blakusparādības nepalielinās pie lielākām 5-ASA devām, dažos gadījumos ir pieļaujamas lielākas devas. Nepastāv atšķirība tam, vai 5-ASA tiek lietots vienreiz dienā vai vairākas reizes dienā. Ir labāk lietot to vienreiz dienā, jo tādējādi uzlabojas iedarbība. Lai arī iekšķīgajiem 5-ASA preparātiem ir salīdzinoši mazāka efektivitāte nekā sulfasalzīnam, priekšroka tiek dota 5-ASA preparātiem, jo tie izraisa mazāk blakusparādību. Kopumā nav objektīvu pierādījumu tam, ka daži 5-ASA preparāti ir labāki par citiem.

Ir ieteicama ilgtermiņa uzturēšanas terapija ar 5-ASA, jo tā samazina zarnu vēža veidošanās risku.

Pētījumā tika noskaidrots, ka regulāra ārstēšana ar 5-ASA samazina zarnu vēža veidošanās risku par 75%. Tādēļ ir nopietni jāapsver iespēja izmantot to kā uzturēšanas terapiju.

Tiopurīni

Ja steroīdu lietošana ir nepieciešama remisijas uzturēšanai, pacients ir jāārstē ar tiopurīnu.

Azatioprīns ir efektīvāks par 5-ASA simptomu un iekaisuma mazināšanai (kā redzams kolonoskopijā) pacientiem, kuri lieto steroīdus, lai paliktu remisijā. Turklāt apmēram puse no steroīdiem atkarīgu pacientu, kuri lieto azatioprīnu, uztur remisiju bez steroīdiem trīs gadus. Tādēļ slimniekiem, kuriem rodas saasinājumi laikā, kad viņi cenšas atradināties no steroīdiem, ir jāsāk lietot azatioprīns.

Mēreni aktīva ČK pacienti, kuri nereaģē uz tiopurīniem, ir jāārstē ar anti-TNF preparātiem vai takrolimu. Medikamentozā ārstēšana, kas neiedarbojas, ir jāpārtrauc, un jāapsver ķirurģiskās iejaukšanās iespēja.

ČK pacientus, kas ir atkarīgi no steroīdiem un nereaģē uz tiopurīniem, būtu vēlreiz jāizmeklē, veicot kolonoskopiju un biopsiju, lai apstiprinātu diagnozi un pārliecinātos, ka nav citu komplikāciju. Ar pacientu būtu jāpārrunā ārstēšanas stratēģija, kuras mērķis ir atteikties no steroīdiem, un jāapsver anti-TNF terapijas iespēja. Ir pierādīts, ka anti-TNF terapija ir efektīva mērenas līdz smagas formas ČK ārstēšanai, uz kuru neiedarbojas kortikosteroīdi vai imūnmodulatori. Var lietot arī takrolimu, bet pierādījumi šādai terapijai ir mazāk pārliecinoši.

Ja neviena no šīm terapijām neiedarbojas vai pārstāj iedarboties uz ČK, jāapsver iespēja veikt ķirurģisku iejaukšanos. Lai arī pastāv risks, kolektomijas laikā tiek izņemta slimības skartā resnā zarna, tādējādi "ārstējot" ČK. Ārstēšana ar imūnsupresoriem vai imūnmodulatoru terapija ir bezjēdzīga un iracionāla, ja slimnieka stāvoklis neuzlabojas, jo kavēšanās dēļ palielinās risks saskarties ar komplikācijām gan operācijas laikā, gan pēc tās.

Visiem pacientiem ir nepieciešama uzturēšanas terapija. Ārstēšanu pēc nepieciešamības var veikt tikai, ja slimības izplatība ir ierobežota (piem., proktīts).

Ir svarīgi turpināt medikamentu lietošanu pat tad, ja jūtaties labāk. Tas tā ir tādēļ, ka pacientiem, kuri atrodas medikamentu iedarbībā, ir mazāka saasinājumu rašanās iespēja, nekā tiem pacientiem, kuri medikamentus nelieto. Faktiski medikamentu iedarbība ir vissvarīgākais faktors tam, vai persona paliek remisijā vai nē. Piemēram, vienā no pētījumiem tika konstatēts, ka pacientiem, kuri izmantoja mazāk nekā 80% no viņiem parakstītajiem 5-ASA medikamentiem uzturēšanai, bija piecas reizes lielāka recidīva iespējamība, nekā tiem, kuri lietoja vairāk nekā 80% no viņiem parakstītajām zālēm.

Tiopurīnus var lietot vieglas vai mērenas slimības aktivitātes gadījumā ar agrīnu vai biežu recidīvu, lietojot 5-ASA optimālo devu, 5-ASA nepanesamības gadījumā, gadījumā, ja ir nepieciešami steroīdi remisijas saglabāšanai, vai remisija iestājas, lietojot ciklosporīnu (vai takrolimu). Iedarbojoties anti-TNF terapijai, pacientam ir divas iespējas, kā palikt remisijā. Pirmā iespēja paredz kāda no tiopurīniem lietošanu. Otrā iespēja paredz anti-TNF terapijas turpināšanu ar tiopurīniem vai bez tiem. Ja jums ir kolīts smagā formā, uz kuru iedarbojas IV steroīdi, ciklosporīns vai infliksimabs, uzturēšanas terapijā vajadzētu lietot tiopurīnus. Tomēr, ja uz slimību iedarbojas infliksimabs, vajadzētu turpināt lietot infliksimabu. Ja tiopurīni neiedarbojās uz jums iepriekš, jums vajadzētu censties saglabāt remisiju, lietojot anti-TNF preparātus. Tiopurīnus nelietojušiem pacientiem ar kolītu smagā formā, kurš pakļaujas steroīdu, ciklosporīna vai takrolima terapijai, tiopurīni ir piemēroti remisijas uzturēšanai.

Dažos pētījumos ir konstatēts, ka tiopurīni ir efektīvi ČK pacientu noturēšanai remisijā, kaut arī pierādījumi liecina, ka tiopurīnu iedarbība ČK gadījumā ir vājāka nekā KS. Nesen veikts pētījums liecina, ka azatioprīns ir efektīvāks remisijas uzturēšanā bez steroīdiem pēc sešiem mēnešiem, nekā 5-ASA (53% palika remisijā, lietojot azatioprīnu, pret 21%, kas lietoja 5-ASA). Turklāt tiopurīnus var lietot pēc tam, kad ir iestājusies remisija no ciklosporīna (vai takrolima); tādējādi samazinot nepieciešamību pēc kolektomijas gan īstermiņā (t.i., viens gads), gan ilgtermiņa (t.i., pieci gadi).

Pastāv vēl iespēja lietot anti-TNF terapiju. Pētījumos ir konstatēts, ka infliksimaba lietošana palīdz pacientam panākt un uzturēt remisiju, kā arī atradināties no steroīdiem; iespējams, ka tas arī palīdz novērst nepieciešamību pēc kolektomijas. Ir pierādījumi, ka arī adalimumabs palīdz pacientiem ar mērenas līdz smagas formas kolītu panākt un uzturēt remisiju, samazināt simptomus, samazināt resnās zarnas iekaisumu un atradināties no steroīdiem.

Vēl ir iespējams apvienot tiopurīnus ar anti-TNF terapiju. Tā tiek samazināta iespēja, ka anti-TNF varētu kaitēt vai zaudēt savu efektivitāti, kad izdalās anti-TNF antivielas. Pētījumā tika konstatēts, ka infliksimaba apvienojums ar azatioprīnu labāk iedarbojas uz cilvēkiem, kuri cenšas atradināties no steroīdiem, nekā to atsevišķa lietošana. Abu minēto

medikamentu apvienojums, iespējams, palīdz novērst nepieciešamību pēc kolektomijas. Turklāt pastāv iespēja, ka var pārstāt lietot azatioprīnu pēc kombinētās terapijas pirmajiem sešiem mēnešiem, tādēļ, ka antivielas, kas traucē infliksimaba iedarbībai un kuras nomāc tiopurīns, parasti parādās pirmajos anti-TNF terapijas mēnešos.

Ķirurģija ČK gadījumā

Ķirurģiskās komplikācijas visbiežāk rodas tad, ja tiek novēlota ķirurģiskā iejaukšanās.

Procedūra, kas sastāv no vairākām stadijām (vispirms kolektomija), ir veicama akūtas slimības gadījumā, kad neiedarbojas nekādi medikamenti, vai gadījumā, ja pacients katru dienu lieto 20mg prednizolona ilgāk par sešām nedēļām.

Ja iespējams, pacientam būtu labāk, ja operāciju veic ķirurgs ar laparoskopiskām prasmēm.

Akūta ČK smagā formā gadījumos ir svarīgi, lai pieredzējuši ķirurgi un gastroenterologi darbotos kopā procedūras drošuma nodrošināšanai. Lai arī ir svarīgi izmēģināt medikamentozo terapiju, pirms tiek apsvērta iespēja iejaukties ķirurģiski, ir tikpat svarīgi, lai lēmums par operāciju netiktu neattaisnoti novēlots. Neveicot operāciju, kad tā ir nepieciešama, bieži izraisa sliktāku iznākumu operācijas laikā un pēc tās. Tādēļ, ja medikamentozā terapija neiedarbojas, pacients ir jāvirza tālāk un jāveic ķirurģiska iejaukšanās.

Ķirurģiskā iejaukšanās notiek divos vai trīs posmos (t.i., vispirms kolektomija un ileostoma), ja pacientam ir akūts ČK smagā formā vai pacients ir lietojis daudz steroīdu. Tādējādi tiks izoperēta slimības skartā resnā zarna, ļaujot pacientam atveseļoties un sākt atkal pilnvērtīgi ēst. Pēc kolektomijas veikšanas, pacients var izvēlēties, vai veikt līkumaināās zarnas maisa anālās anastomozes (IPAA) operāciju vai turpināt ar ileostomu. Kolektomijas veikšana vispirms ļauj izslēgt Krona slimības diagnozi; ja resnās zarnas paraugā tiek atrasta Krona slimība, tas nozīmē, ka IPAA nav piemērota. Visbeidzot, būtu vēlams kolektomiju veikt laparoskopiski, jo tas nodrošina ātrāku atveseļošanos un mazāk komplikāciju.

IPAA jāveic speciālistu norīkojuma centrā, un ārstam ir nepieciešama pieredze šīs procedūras veikšanā. Rezultātā ir mazāk komplikāciju un ir iespēja sekmīgi veikt IPAA, ja komplikācijas tomēr rodas.

IPAA ir ļoti sarežģīta operācija. Tādēļ ķirurgi un slimnīcas, kas veic to bieži, sasniedz labāku rezultātu un rodas mazāk komplikāciju nekā tad, ja to veiktu nepieredzējis speciālists. Turklāt pieredzējuši ķirurgi un slimnīcas labāk tiek galā ar komplikācijām un spēj "izglābt" IPAA, ja rodas smagas komplikācijas. Tādēļ ir labāk veikt IPAA speciālistu centros, kur tiek veiktas daudzas IPAA, nekā tur, kur tās veic reti.

Auglīgas sievietes var apspriest citas ķirurģiskās iespējas gan ar gastroenterologu, gan ar kolorektālo ķirurgu tāpēc, ka pastāv risks nespējai radīt bērnu pēc IPAA. Citas iespējas ietver subtotālo kolektomiju un ileostomu ar saglabātu taisnās zarnas galu vai ileorektālo anastomozi.

Vienai no divām sievietēm, kam veikta IPAA operācija, vairs nevar būt bērni, un IPAA trīskāršo neauglības risku salīdzinājumā ar medikamentozi ārstētu ČK (neauglības rādītājs

ir 48% no IPAA saņēmušajiem pacientiem pret 15% no medikamentozi ārstētajiem ČK pacientiem). Iespējams, ka tas ir tādēļ, ka gametas caurules salīp operācijas rezultātā. Tāpēc sievietēm, kuras vēlas radīt bērnus, ir jāmeklē alternatīvas iespējas tādas kā pastāvīgā ileostoma vai ileorektālā anastomoze. Ileorektālās anastomozes priekšrocība ir tāda, ka tā šķietami nesamazina auglību. Tās trūkums ir tāds, ka iekaisusī resnā zarna paliek (un ar to saistītais risks zarnu vēža attīstībai).

Ileorektālās anastomozes veikšanu apsver īpašos gadījumos. Ja to veic, gastroenterologam jākontrolē atstātā taisnā zarna.

Ileorektālā anastomoze kopumā nav labākā izvēle, jo tā nelikvidē ČK, un tādējādi ČK simptomi paliek aktīvi atstātajā taisnajā zarnā. Par spīti tam, vienam no diviem cilvēkiem, kam ir veikta ileorektālā anastomoze, tā joprojām saglabājas pēc desmit gadiem, un dzīves kvalitāte ir pieņemama attiecībā pret IPAA. Tādēļ konkrēti ČK pacienti, jo īpaši sievietes, kas vēlas radīt bērnus nākotnē, var apsvērt tās veikšanu. Tomēr taisnajai zarnai būs nepieciešama kontrole, jo pastāv zarnu vēža attīstības risks saglabātajā taisnajā zarnā.

Lietojot 20mg vai vairāk prednizolona (vai līdzvērtīga preparāta) dienā vairāk nekā sešas nedēļas, palielinās ķirurģisko komplikāciju risks. Tādēļ, ja iespējams, pirms operācijas atradinieties no kortikosteroīdu devas.

Vairākos pētījumos ir pierādīts, ka pacientiem, kas dienā lieto 20mg vai vairāk prednizolona ilgāk nekā sešas nedēļas, ir lielāka ķirurģisko komplikāciju varbūtība. Tādēļ, ja iespējams, pirms operācijas atradinieties no steroīdiem.

Turklāt, ja atradināšanās no steroīdiem notiek pēc operācijas, svarīgi ir neizraisīt steroīdu atradināšanās krīzi, kuru raksturo zems asinsspiediens, zems nātrija un glikozes līmenis.

Tiopurīnu vai ciklosporīna lietošana pirms operācijas nepalielina komplikāciju risku pēc operācijas. Infliksimaba lietošana pirms operācijas var palielināt komplikāciju risku pēc operācijas.

Tiopurīnu vai ciklosporīna lietošana pirms operācijas nepalielina komplikāciju risku pēc kolektomijas. Dažos pētījumos ir norādīts, ka infliksimabs palielina komplikāciju risku uzreiz pēc operācijas, un ir iespējams, ka šīs komplikācijas ir saistītas ar paaugstināto infekcijas risku no imūnsupresijas. No otras puses, vairākos citos pētījumos netiek konstatēts, ka infliksimabs palielina komplikāciju risku pēc operācijas, tādēļ šis jautājums nav vēl līdz galam noskaidrots. Nav zināms, vai takrolims palielina pēcoperācijas komplikāciju risku, jo nav veikti pētījumi šajā sakarā.

Ķirurģiskās komplikācijas — paučīts

Paučīta diagnozi var noteikt pēc simptomiem, kā arī pēc konkrētām endoskopiskām un histoloģiskām novirzēm. Paučīts rodas biežāk, ja slimība ir skārusi lielāko daļu resnās zarnas pirms operācijas vai ir slimība ārpus zarnām (t.i., PSH), pacients nesmēķē, pacientam ir pANCA (perinukleārās antineitrofilās antivielas) pozitīva seroloģija vai ir lietoti nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi (NSPL).

Paučīta simptomi ietver pastiprinātu fēču izdalīšanās biežumu, šķidras fēces, krampjus vēderā, steidzamību, tenesmu un diskomforta sajūtu iegurnī. Var būt taisnās zarnas asiņošana, drudzis vai slimīgas izpausmes ārpus zarnām. Paučītu nevar noteikt tikai pēc

simptomiem. Piemēram, cuffitis, kas ir taisnās zarnas atlieku aproces iekaisums, var radīt līdzīgus simptomus. Tāpat pauča Krona slimība un kairināta pauča sindroms (kurš ir līdzīgs kairinātu zarnu sindromam) var izraisīt līdzīgus simptomus. Tādēļ ir jāveic paučoskopija, kas ir IPAA endoskopija, diagnozes apstiprināšanai. Paučīta radīts iekaisums atšķiras no ČK radīta iekaisuma, jo tās ir dažādas slimības. Paučoskopijas laikā jānoņem biopsijas, lai pārliecinātos, ka tas patiešām ir paučīts, nevis cita saslimšana kā Krona slimība vai *C. diff*.

Ar paučītu ir saistīti noteikti riska faktori. Paučīta rašanās varbūtība palielinās, ja ČK pirms operācijas ir skāris lielāku daļu orgānu, ja ir ileīts (t.i., termināla līkumainās zarnas iekaisums), slimība ārpus zarnām (jo īpaši PSH), ja pacients nesmēķē un regulāri tiek lietoti NSPL. Kaut arī šiem riska faktoriem nevajadzētu atturēt personu no IPAA veikšanas, par tiem ir jārunā ar pacientu.

Biežāk sastopamie paučīta simptomi ietver palielinātu daudzumu šķidru fēču, defekācijas steidzamību, krampjus vēderā un diskomforta sajūtu iegurņa rajonā (t.i., vēdera lejasdaļā un ap anālo atveri). Drudzis un asiņošana ir reti. Ja nav nekādu simptomu, paučoskopija nav jāveic.

Paučīta simptomi ietver pastiprinātu fēču izdalīšanās biežumu, šķidras fēces, krampjus vēderā, defekācijas steidzamību, tenesmu un diskomforta sajūtu iegurņa rajonā. Var būt taisnās zarnas asiņošana, drudzis vai slimīgas izpausmes ārpus zarnām. Taisnās zarnas asiņošana ir biežāk saistīta ar taisnās zarnas aproces iekaisumu nekā paučītu. Ekskrementu nesaturēšana var sākties pēc IPAA, arī ja nav paučīta, bet tā ir biežāk sastopama pacientiem ar paučītu.

Metronidazols vai ciprofloksacīns palīdz vairumam pacientu ar paučītu, lai gan vislabākā ārstēšanas metode vēl nav noskaidrota. Ciprofloksacīns izraisa mazāk blakusparādību. Pretcaurejas zāles (piemēram, loperamīds) ir zāles, kas samazina šķidro fēču izejas biežumu (gan paučīta esamības, gan neesamības gadījumā).

Antibiotikas ir visefektīvākais veids paučīta ārstēšanai. Metronidazols un ciprofloksacīns ir biežāk lietotās antibiotikas. Izrādās, ka ciprofloksacīns iedarbojas vislabāk, samazinot simptomus, uzlabojot paučoskopijas rezultātus un izraisot mazāk blakusparādību. Pretcaurejas zāles (piemēram, loperamīds) var lietot arī IPAA pacienti tādēļ, ka tās ievērojami samazina šķidro fēču izejas biežumu neatkarīgi no tā, vai personai ir paučīts.

Kad ar antibiotiku palīdzību ir panākta paučīta remisija, VSL#3 var palīdzēt saglabāt remisiju. VSL#3 var arī novērst paučīta sākumu, ja to sāk lietot uzreiz pēc IPAA operācijas pabeigšanas.

Tiklīdz tiek panākta remisija hroniska paučīta gadījumā, ārstēšana ar koncentrētu probiotisko mikstūru VSL#3 palīdz uzturēt remisiju. Ir pierādīts, ka profilaktiska VSL#3 lietošana var novērst akūta paučīta sākumu pirmajā gadā pēc operācijas; tikai 10% pacientu, kas lietoja VSL#3, saslima ar paučītu, salīdzinot ar 40%, kuri lietoja placebo. Kopumā ņemot, nav zināms, kāpēc VSL#3 iedarbojas, bet pastāv pieņēmums, ka tā iedarbīgums pamatojas uz bakteriālās daudzveidības palielināšanu un sēnīšu daudzveidības samazināšanu IPAA.

Komplikācijas — kolorektālais vēzis

Pacientiem, kuri ilgstoši slimo ar plašu ČK, ir lielāka nosliece saslimt ar zarnu vēzi.

Risks, ka ČK pacientam attīstās zarnu vēzis, ir 2% 10 gados, 8% 20 gados un 18% 30 gados. Turklāt pacienti ar pankolītu ir vislielākā riska grupā, pacienti ar kreisās puses kolītu ir vidējā riska grupā, un proktīta pacientiem nav paaugstināta riska. Tādējādi jo ilgāk persona slimo ar ČK, un jo plašāk slimība skar zarnas, jo lielāka ir iespējamība saslimt ar zarnu vēzi.

Dažiem ČK pacientiem ir lielāka nosliece saslimt ar zarnu vēzi nekā citiem.

Pacienti ar:
- primāro sklerozējošo holangītu (PSH)
- polipiem pēc iekaisuma
- ģimenes locekļiem, kas ir slimojuši ar zarnu vēzi
- ar smagākas formas un pastāvīgāku iekaisumu.

Visaugstākie riska faktori saslimšanai ar zarnu vēzi ir primārais sklerozējošais holangīts (PSH) un histoloģiskā vai klīniskā slimības aktivitāte. PSH pacientiem ir risks saslimt ar zarnu vēzi visas dzīves garumā līdz 31%. Pēciekaisuma polipi arī ir atzīti par spēcīgiem riska faktoriem, kaut arī pastāv iespēja, ka paaugstināto risku rada displastiskie bojājumi, kurus kļūdaini nosaka kā pēciekaisuma polipus. Ģimenes locekļu saslimstība ar zarnu vēzi arī ir saistīta ar paaugstinātu risku, kaut arī ne visi pētījumi to pierāda.

Ārsts nosaka riska pakāpi saslimstībai ar zarnu vēzi, veicot skrīninga kolonoskopiju vai pirmo novērošanas kolonoskopiju sešus līdz astoņus gadus pēc pirmajām ČK pazīmēm. Riska līmenis ir atkarīgs no tā, cik lielā mērā resnā zarna ir skarta un kāda ir iekaisuma smaguma pakāpe.

Riska pakāpi pacienta saslimstībai ar zarnu vēzi var noteikt, veicot skrīninga kolonoskopiju vai pirmo novērošanas kolonoskopiju astoņus gadus pēc slimības sākuma. Riska faktori ir (a) pankolīts, (b) endoskopiskais un/vai histoloģiskais iekaisums, (c) pseidopolipi un (d) saslimstības ar kolorektālo vēzi vēsture ģimenē. Ja uz personu attiecas trīs un vairāk no šiem riska faktoriem, saslimstības risks ir augsts, bet, ja uz personu attiecas līdz diviem riska faktoriem, saslimstības risks ir zems.

Ja persona atrodas augsta riska grupā un slimo ar plašo vai kreisās puses ČK, viņam/viņai jāveic kolonoskopija ik pēc 1-2 gadiem, sākot ar astoto gadu pēc diagnozes noteikšanas, bet, ja persona ir zema riska grupā, kolonoskopija jāveic ik pēc 3-4 gadiem. Ja divu secīgu novērošanas kolonoskopiju laikā netiek atklātas nekādas mikroskopiskas vēža vai endoskopiska un/vai histoloģiska iekaisuma pazīmes, novērošanas intervālu var pagarināt (piem., ik pēc 3-4 gadiem 1-2 gadu vietā).

5-ASA var samazināt risku saslimt ar zarnu vēzi. Ja pacients slimo ar PSH, ārstēšana jāveic ar ursodeoksiholskābi, lai samazinātu risku saslimt ar zarnu vēzi. Nav zināms, vai var un vajag lietot tiopurīnus, lai samazinātu risku saslimt ar zarnu vēzi.

Ķīmiski profilaktisko līdzekļu lietošana ierobežo, attālina vai izbeidz vēža veidošanos un progresiju. 5-ASA ir viens no ķīmiski profilaktisko līdzekļu piemēriem ČK. Vairākos pētījumos ir pierādīts, ka 5-ASA samazina zarnu vēža risku ČK pacientiem; lietojot 5-ASA,

risks var samazināties pat par pusi. No otras puses, folijskābes piedevas, kalcijs, multivitamīni vai statīni nesamazina zarnu vēža risku ČK gadījumā, un nav zināms vai tiopurīni ir efektīvi šajā ziņā.

Dažreiz ČK pacientiem ir arī PSH, un šiem pacientiem pastāv daudz lielāks risks saslimt ar zarnu vēzi; 31% šo pacientu pastāv risks visas dzīves garumā. Par laimi, ir konstatēts, ka ursodeoksiholskābe samazina zarnu vēža attīstības risku ČK un PSH pacientiem, tādēļ ar to parasti ārstē šos pacientus.

Citas komplikācijas

ČK gaitu var ietekmēt psiholoģiskie faktori. Pacientiem, kuri ir pakļauti stresam vai slimo ar depresiju, var būt paaugstināts slimības recidīva risks. Personām, kas cieš no depresijas, ir zema ar veselību saistītā dzīves kvalitāte, un personas, kuras māc nemiers, mazāk seko savai ārstēšanai.

Daudzos pētījumos par ČK pacientiem ir pierādīts, ka psiholoģiskais stress un slimības aktivitāte ir savstarpēji atkarīgi. Pētījumos ir konstatēts, ka augsts stresa līmenis, trauksme un depresija var paātrināt saasinājumu iestāšanos, lai arī vienā pētījumā tika norādīts, ka depresijas slimniekiem nepastāv lielāka recidīva varbūtība. Tādējādi pierādījumi šajā sakarā nav viennozīmīgi. Neatkarīgi no tā ir pierādīts, ka depresija un neirotisms (rakstura iezīme, ko raksturo emocionāla nestabilitāte, nemiers, bailes un uztraukums) ir saistīti ar zemāku dzīves kvalitāti. Nemiers un slikts garastāvoklis ir saistīti ar nesekošanu līdzi medicīniskajai ČK ārstniecībai.

Pacientam un ārstam jāpārrunā slimības psiholoģiskie aspekti un ar veselību saistītās dzīves kvalitātes jautājumi. Pacientam būtu jāsaņem viņa vajadzībām pielāgota (t.i., individualizēta) informācija un skaidrojumi par ČK. Paškontroles apvienošana ar uz pacientu orientētiem ārsta apmeklējumiem var uzlabot ČK kontroli.

Ar veselību saistīto jautājumu uztvere ietekmē pacienta attieksmi pret slimību. Psiholoģiski nomāktiem pacientiem var rasties grūtības uztvert svarīgu informāciju par savu slimību. Vēršot uzmanību uz to, var uzlaboties pacienta saziņa ar ārstu vai medmāsu/profesionāļiem. Ir svarīgi, lai katrs pacients tiktu informēts par savu slimību individuāli un saņemtu emocionālo atbalstu. Tas ir tādēļ, ka pacientiem, kuriem ir sliktāka izpratne par slimību, ir tendence vairāk bažīties un uztraukties.

Veselības aprūpe ir cieši saistīta ar psiholoģiskajiem faktoriem. Ir konstatēts, ka vairāk nekā 40% pacientu neievēro mediķu ieteikumus, un tādā situācijā attiecības starp pacientu un ārstu vai medmāsu ir izšķirošas. Paškontroles ceļveži kopā ar uz pacientu orientētām konsultācijām uzlabo pacienta slimības kontroli. Izglītojošie bukleti vieni paši nepalīdz un var pasliktināt pacienta stāvokli. Turklāt pacientus izglītojošās programmas neietekmē vai ietekmē nedaudz pacientu slimības gaitu vai psiholoģisko pašsajūtu.

Komplikācijas ārpus zarnām — kauli un locītavas

Slimojot ar ČK, artrīts (t.i., sāpes locītavās ar uztūkumu) var dažkārt izveidoties roku un kāju locītavās (perifērais artrīts) vai muguras lejasdaļā (aksiālais artrīts). Ja artrīts izveidojas lielajās roku un kāju locītavās, ČK ārstēšana parasti atvieglo simptomus. Ja simptomi paliek arī tad, kad pazūd ČK simptomi, neilgu laiku var lietot NSPL. Perifērā artrīta ārstēšanā labi palīdz lokālās steroīdu injekcijas un fizioterapija. Ja perifērais artrīts nepāriet, jālieto sulfasalzīns. Ir pārliecinoši pierādījumi, ka intensīva fizioterapija kopā ar NSPL ārstē artrītu muguras lejasdaļā. Tomēr būtu labāk izvairīties no NSPL drošuma trūkuma dēļ. Aksiālā artrīta gadījumā sulfasalzīns, metotreksāts un azatioprīns parasti neiedarbojas vai iedarbojas nedaudz. Anti-TNF ir labs ārstniecības līdzeklis ankilozējošam spondilītam, kā arī tad, kad pacienti nepanes vai uz viņiem neiedarbojas NSPL.

Ieteikumi par to, kā ārstēt ar ČK 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 ir izsecināti no citām slimību jomām.

Perifērā artrīta gadījumā pamatā esošā ČK ārstēšanai ar kortikosteroīdiem, imūnmodulatoriem un anti-TNF vajadzētu izārstēt arī perifēro artrītu. Ja pamatā esošā ČK ārstēšana nemazina locītavu sāpes, tad pacientam vajadzētu apsvērt īslaicīgu NSPL lietošanu; kaut arī NSPL var potenciāli saasināt pamatā esošo ČK, šāds risks ir neliels. Fizioterapija 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. Infliksimabs var dziednieciski iedarboties uz perifēro artrītu.

Attiecībā uz aksiālo artropātiju ČK gadījumā ārstēšana lielākoties pamatojas uz pierādījumiem no pētījumiem par ankilozējošo spondilītu. 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.

Osteopēnija var liecināt par osteoporozes attīstību nākotnē, bet tai nav liela tieša riska. Tomēr, ja tiek sasniegts noteikts kritērijs (t.i., T-raksturlielums ir mazāks par -1,5), jālieto kalcijs un D vitamīns. Osteoporoze ir jāārstē, ja iepriekš ir bijis lūzums (pat ja T raksturlielums ir normāls).

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.

Visstabilākais rādītājs turpmākiem lūzumiem ir iepriekšējs skriemeļa lūzums arī tiem, kam ir normāls kaulu blīvums. Tādēļ visi pacienti, kam ir bijuši iepriekšēji lūzumi, ir atbilstoši jāārstē.

Āda

Anti-TNF terapija var izraisīt ādas iekaisumu. Tas parasti pazūd, tiklīdz tiek pārtraukta medikamenta lietošana. Ja ir neskaidrs ādas iekaisuma cēlonis, pacients ir jānosūta pie dermatologa. Šajā sakarā ārstēšana pamatā balstās uz citu hronisko slimību gaitu. Šie ārstniecības līdzekļi ietver lokālos steroīdus, lokālos keratolītiskos preparātus, D vitamīnu, metotreksātu vai anti-TNF terapijas izmainīšanu vai pārtraukšanu.

Anti-TNF terapija ČK pacientiem dažreiz var izraisīt ādas anomālijas tādas kā psoriāze un ekzēma; aptuveni 22% pacientu, kuri lieto anti-TNF, cieš no šīm anomālijām. Ādas bojājumi neatbilst IZS simptomiem, tomēr biežāk ar tiem saskaras sievietes. Lokālā terapija ar kortikosteroīdiem, keratolītiskajiem preparātiem (piem., salicilskābi, urīnvielu), D vitamīna analogiem un ultravioletā (UV) terapija (UVA vai šaurjoslas UVB) panāca daļēju vai pilnīgu remisiju gandrīz pusei pacientu. Kopumā 34% pacientu ar ādas problēmām nācās pārtraukt anti-TNF lietošanu, jo nebija iespējams kontrolēt viņu ādas problēmas. Par laimi, ādas problēmas parasti izzūd, tiklīdz tiek pārtraukta anti-TNF lietošana.

Acis

Pacients ar acu problēmām ir jānosūta pie oftalmologa. Episklerītam (t.i., acu iekaisumam) nav nepieciešama sistēmiska ārstēšana, un uz to parasti iedarbojas lokālie steroīdi vai NSPL. Uveītu ārstē vai nu ar lokālajiem vai sistēmiskajiem steroīdiem. Smagākos gadījumos var palīdzēt imūnmodulatori, tostarp anti-TNF.

Uveīts un episklerīts ir biežāk sastopamie simptomi saistībā ar acīm, ko izraisa IZS. Episklerīts var būt nesāpīgs, izraisot acu apsārtumu, kā arī var būt niezēšana un dedzinoša sajūta acīs. Iekaisums var pāriet pats no sevis bez ārstēšanas, bet uz to var iedarboties arī lokālie steroīdi, NSPL vai vienkārši sāpes remdinoši līdzekļi paralēli pamatā esošā ČK ārstēšanai.

Uveīts (t.i., iekaisums acs vidusslānī) ir retāk sastopams, bet tam ir iespējamas smagākas sekas. ČK gadījumā tas bieži ietekmē abas acis, sākumā ir nemanāms un vēlāk ilgstošs. Pacienti sūdzas par sāpēm acīs, neskaidru redzi, jutīgumu pret gaismu un galvassāpēm. Tā kā šī slimība ir nopietna un var izraisīt redzes zudumu, uveīta pacientam ir nekavējoties jāapmeklē oftalmologs (t.i., mediķis, kas ir acu speciālists). Ārstēšanā parasti izmanto gan lokālos, gan sistēmiskos steroīdus. Ir konstatēts, ka azatioprīns, metotreksāts, infliksimabs un adalimumabs palīdz smagos gadījumos.

Aknas un žultspūslis

Dažkārt ČK izraisa aknu, žultspūšļa, žultsvadu vai žults traucējumus; tos dēvē par žults izvades traucējumiem. Ja aknu funkcijas izmeklējumi norāda uz novirzēm, ārstam jāpārbauda iepriekšminētais. Skenēšanu ar ultraskaņu un seroloģiju izmanto, lai atrastu autoimūnos un inficējošos cēloņus. Viens no iespējamiem žults izvades traucējumu cēloņiem ir PSH, un vislabākais diagnozes noteikšanas veids ir MR holangiografija (MRCP). PSH pacientiem pastāv lielāks vēža risks.

Novirzes aknu izmeklējumos ir bieži sastopamas IZS gadījumos. PSH ir biežāk sastopamais iemesls, kas izraisa aknu anomālijas IZS pacientiem, lai gan IZS gadījumos ir vienlaikus iespējami arī citi traucējumi (piem., ciroze, žultsakmeņi un hronisks hepatīts). Daži IZS ārstēšanai lietotie medikamenti (piem., azatioprīns) var izraisīt novirzes aknu izmeklējumos. Parasti aknu darbības novirzes parādās kārtējos izmeklējumos pirms simptomu parādīšanās.

Ja skenēšana ar ultraskaņu nenorāda uz anomālijām, zāļu blakusiedarbības ietekme tiek izslēgta, un, ja seroloģiskie testi citām primārajām aknu slimībām ir negatīvi, tad visticamāk PSH izraisa novirzes aknu izmeklējumos. Parasti PSH diagnosticēšanai izmanto MRCP, ja ir notikusi saslimšana ar PSH, izmeklējumā tiks uzrādīti neregulāri žultsvadi un to sašaurinājumi un paplašinājumi. Ja MRCP neko neuzrāda, jāveic aknu biopsija. Ir svarīgi pārliecināties, vai ir notikusi saslimšana ar PSH, jo tā palielina ČK pacienta risku saslimt ar zarnu vēzi. Tādēļ PSH pacienti ir stingrāk jākontrolē.

Asinis un asins recēšana

Trombu veidošanās risks un asins trombu izraisīto nāves gadījumu skaits ir divreiz lielāks pacientiem ar ČK, salīdzinot ar cilvēkiem, kuri neslimo ar ČK. Ja pastāv risks, ka asinsvados veidojas trombi, to var novērst mehāniski (piem., ar kompresijas zeķēm) un lietojot medikamentus (piem., heparīnu). Trombu ārstēšana ČK gadījumā notiek, izvēloties kādu no pārbaudītajām ārstēšanas ar asins šķidrināšanu iespējām un ņemot vērā paaugstināto asiņošanas risku.

Lielākoties nezināmu iemeslu dēļ ČK pacientiem ir paaugstināts trombu veidošanās risks vēnās, ko dēvē par tromboemboliju. Ir svarīgi to 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 ārstēšanai izmanto asinis šķidrinošus medikamentus (antikoagulantus). Ja personai ir otrā trombu epizode, ir nepieciešama ilgstoša ārstēšanās. Nav noskaidrots, vai IZS pacientiem rodas vairāk asiņošanas komplikāciju no asinis šķidrinošajiem medikamentiem nekā cilvēkiem, kas neslimo ar IZS. ČK pacientiem jābūt piesardzīgiem attiecībā uz tālu ceļošanu, kā arī iekšķīgiem kontracepcijas līdzekļiem, jo tie vēl papildus palielina trombu veidošanās risku.

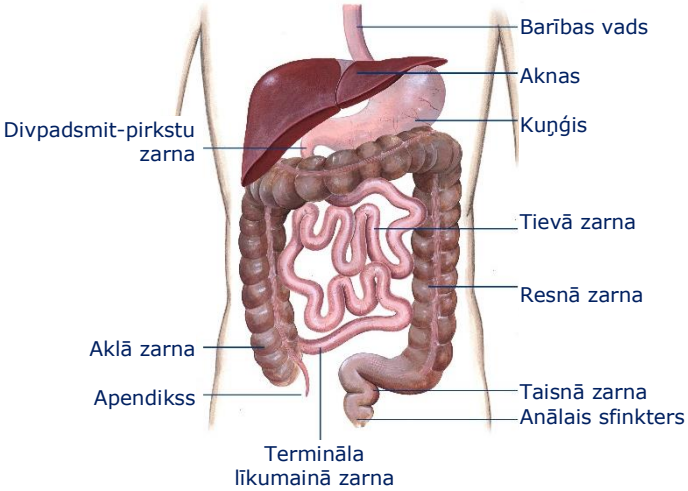
Dzelzs uztura bagātinātāji ir nepieciešami gadījumā, ja ir dzelzs trūkums ar anēmiju. To lietošana ir jāapsver arī gadījumā, ja ir dzelzs trūkums bez anēmijas. Intravenozais dzelzs preparāts iedarbojas labāk, un tam ir lielāka panesamība, nekā iekšķīgi lietojamām dzelzs tabletēm. Smagas anēmijas gadījumā, ja ir nepanesamība pret iekšķīgiem dzelzs preparātiem vai tie neiedarbojas, ir jālieto intravenozais dzelzs preparāts. Ja ir nepieciešams ātrs rezultāts, intravenozais dzelzs preparāts jālieto kopā ar eritropoēzes līdzekļiem.

Ja ir iestājusies anēmija un ir pierādīts dzelzs trūkums, jāsāk lietot dzelzs uztura bagātinātāji. Ja ir dzelzs trūkums bez anēmijas, pacientam ir nepieciešama individuāla pieeja. Galvenais mērķis dzelzs trūkuma ar anēmiju terapijai ir nodrošināt pietiekamu dzelzs daudzumu, lai palielinātu hemoglobīna līmeni. Ideālā variantā hemoglobīna līmenim jāpalielinās par vairāk nekā 2 g/dL vai līdz normai četru nedēļu laikā; dzelzs krājumiem papildinoties (transferīna piesātinājums vairāk nekā 30%), mazinās anēmijas simptomi un uzlabojas dzīves kvalitāte. Transferīna piesātinājuma līmenis, kas ir vairāk nekā 50%, un feritīna līmenis, kas ir lielāks par 800 g/L, tiek uzskatīts pat toksisku un no tā jāizvairās.

Dzelzs uztura bagātinātāju var uzņemt iekšķīgi, muskulī vai intravenozi; izmantojamo metodi nosaka atkarībā no simptomiem, cēloņiem, smaguma pakāpes un pacienta citām saslimšanām paralēli ČK. Iekšķīgā terapija, kurai gastroenterologi tradicionāli dod priekšroku, bieži izraisa tādus kuņģa un zarnu trakta simptomus kā slikta dūša, meteorisms un caureja. Turklāt 90% dzelzs neuzsūcas, un tas noved pie IZS saasināšanās. Tādēļ aizvien populārākas kļūst intravenozās dzelzs infūzijas, lai gan tā joprojām nav galvenā metode par spīti tam, ka tā ir efektīva, dod ātru rezultātu un ir drošāka par iekšķīgu dzelzs uzņemšanu. Kopumā intravenozā dzelzs ievadīšana tiek veikta pacientiem, kuri nepanes vai uz kuriem neiedarbojas iekšķīgā dzelzs uzņemšana, kuriem ir anēmija smagā formā vai stiprs iekaisums un kuri lieto medikamentus, lai stimulētu sarkano asins šūnu vairošanos.

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 stingumkrampjiem, 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.
Kolorektālķirurgs	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 uzņemšanai 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.