

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Crohn's Disease (CD)

 Bulgarian



European
Crohn's and Colitis
Organisation



ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



ЕССО-ЕFCCA (Европейска организация Крон и Колит - Европейска федерация на асоциациите на пациентите с болест на Крон и с улцерозен колит) Насоки за пациента за болестта на Крон (БК)

Marc Dudley*¹, Martin Kojinkov*², Dusan Baraga³, Xavier Donnet⁴, Evelyn Groß⁵, Sofia Lantzanaki⁶, Tineke Markus de Kwaadsteniet⁷, Tricia McArdle⁸, Malgorzata Mossakowska⁹, Marko Perovic¹⁰, Cornelia Sander¹¹, Helen Ludlow¹², Gerassimos J Mantzaris¹³, Axel Dignass**¹⁴, Francisca Murciano**¹⁵

* Тези автори са допринесли по-равно като първи автори

** Тези автори са допринесли по-равно като последни автори

¹LMF - Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, Postboks 808 Sentrum, 0104 Осло, Норвегия; ²БАБКУК –Българска асоциация болест на Крон и улцерозен колит, ж.к. Дружба 2, блок 212, вход В, ап. 66, София, ПК 1582, България; ³KVCB - Društvo za kronično vnetno črevesno bolezen, Ljubljanska ulica 5, p.p 640, 2000 Марибор, Словения; ⁴A.S.B.L Association Crohn-RCUH, Rue de la Forêt de Soignes 17, 1410 Ватерло, Белгия; ⁵ÖMCCV – Österreichische Morbus Crohn - Colitis ulcerosa Vereinigung, Obere Augartenstraße 26-28, 1020 Виена, Австрия; ⁶HELLESCC - Hellenic Society of Crohn´s Disease´s and Ulcerative Colitis´ Patients, Filis 232, Атина, Гърция; ⁷CCUVN - Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland, Houwtuinlaan 4b, 3447 GM Воерден, Нидерландия; ⁸ISCC - Irish Society for Colitis and Crohn´s Disease, Carmichael Centre for Voluntary Groups, North Brunswick Street, Дъблин 7, Ирландия; ⁹Polish Association Supporting People with Inflammatory Bowel Disease "J-elita", ul. Ks. Trojdena 4, 02 109 Варшава, Полша; ¹⁰UKUKS - Udruzenje obolelih od Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa Srbije, Pere Cetkovica 23, 11060 Белград, Сърбия; ¹¹DCCV e.V. - Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung, Inselstraße 1, 10179 Берлин, Германия; ¹²University Hospital Llandough, Penlan Road, Llandough, South Wales, CF64 2XX, Wales; ¹³Evangelismos Hospital, Department of Gastroenterology, 45-47 Ypsilandou Street, 10676 Атина, Гърция; ¹⁴Department of Medicine I Gastroenterology, Hepatology, Oncology and Nutrition, Agaplesion Markus Hospital, Goethe University, DE 60431 Франкфурт, Германия; ¹⁵Hospital del Mar, Department of Gastroenterology, Passeig Maritim 25-29, 08003 Барселона, Испания

Организатори и съответни общества: Европейска организация Крон и колит, Ungargasse 6/13, 1030 Виена, Австрия; Европейска федерация на пациентите с болест на Крон и с улцерозен колит, Rue Des Chartreux, 33-35 Брюксел В 1000 Белгия

Благодарности

ЕССО и EFCCA биха искали да благодарят на всеки, който е допринесъл за насоките за пациента на ЕССО-ЕFCCA. ЕССО и EFCCA биха желали да благодарят за работата на медицински автори, Sanna Lonnfors and Andrew McCombie, които са с голям принос за насоките за пациента на ЕССО-ЕFCCA.



Политика за разпространение

Насоките за пациента на ECCO-EFCCA са базирани на клиничните насоки на ECCO за болестта на Крон и улцерозния колит. За достъп до клиничните насоки на ECCO, моля да последвате следния линк: <https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html>

Чувствайте се свободни да разпространявате насоките за пациента на ECCO-EFCCA. Моля да забележите, че всеки превод на насоките за пациента на ECCO-EFCCA трябва да бъде одобрен от ECCO и EFCCA.

Отказ от отговорност

Насоките за пациент на ECCO-EFCCA трябва да подпомагат образованието и овластяване на пациентите и са предназначени да предоставят насоки от най-добрите практики на европейско ниво. Ето защо, някои препоръки могат да бъдат различни на национално ниво, тъй като предлаганото лечение в една държава се различава с това в друга държава. Всички решения за лечение са предмет на отделния клиницист и трябва да са базирани само на съдържанието на насоките за пациента на ECCO-EFCCA. Европейската организация Крон и колит, Европейската федерация на пациентите с болест на Крон и с улцерозен колит и/или всеки от техния персонал и/или всеки, който е допринесъл за насоките, не може да носи отговорност за всякаква информация, публикувана на добра воля в насоките за пациента на ECCO-EFCCA.

Политика за конфликт на интереси (КоИ) на ECCO

ECCO спазва прилежно политика за оповестяване на потенциални конфликти на интереси (КоИ). Декларацията за конфликт на интереси се основава на формуляра, използван от международния комитет на редакторите на медицински списания (ICMJE). КоИ заявлението, не се съхранява само в офиса на ECCO и в редакторския офис на JCC, но също така е обект на обществен контрол на уебсайта на ECCO (<https://www.ecco-ibd.eu/about-ecco/ecco-disclosures.html>) като предоставя задълбочен преглед на потенциалните конфликти на интереси на авторите.

Въведение

Болестта на Крон и улцерозният колит, на кратко БК и УК съответно, принадлежат към групата на възпалителните заболявания на червата, наречени Възпалителни чревни заболявания (ВЧЗ). ВЧЗ са имунно-медирирани заболявания, които се развиват при пациенти, които имат генетично предразположение, когато бъдат изложени на влиянието на подходящи, но все още неразпознати фактори на средата.

Тези насоки са за диагностиката и лечението на БК. В рамките на тези насоки ще се използва терминът БК. Тези насоки са съставени на базата на международни насоки за болестта на Крон, които са разработени чрез процес, включващ водещите европейски лекарски експерти и оценяващи всички настоящи доказателства за най-доброто проследяване на пациентите с БК, така че те да разбират по-добре как най-добре се диагностицира БК и как се лекува най-добре от медицинските специалисти. Много термини са подчертани; тези термини могат да бъдат открити в речника, за да



Ви улеснят по-добре да разберете тези насоки. По-отношение на УК можете да видите в други насоки, ориентирани към пациента, които са издадени заедно с настоящите насоки.

БК е заболяване, което засяга тънкото и дебелото черво и по-рядко други части от стомашно-чревния тракт. То може също така да засегне различни органи и тъкани извън червата, най-често кожата, ставите и очите.

БК най-често засяга края на тънкото черво и дебелото черво. БК обаче може да засегне всяка част от целия стомашно-чревен тракт, като се започне от устата и се достигне до ануса. Възпалението на червото обикновено е "прекъснато" и зони на възпаление ("участъци от болно черво"), които се редуват с участъци на нормално черво ("пропуски на лезиите"). Според тежестта на възпалението най-вътрешният слой на чревната стена ("лигавица") може да изглежда червен ("еритематозен") и подут ("отточен") с язви с различен размер и форма (афтозни, повърхностни, дълбоки, надлъжни) и лигавицата може да изглежда като "паваж". Тези лезии засягат цялата дебелина на чревната стена и могат да доведат до усложнения, като стеноза на стената и/или перфорация, която води до формиране на абсцеси (дифундиране на съдържимо на чревния лумен в коремната кухина) или фистули (трактове, които комуникират и извличат съдържимото на чревния лумен към кожата или съседни органи, като мехура или до други чревни бримки). В допълнение, при значителна част от пациентите БК може да засяга различни части на тялото извън храносмилателната система, най-често кожата, ставите и очите. Тези извънчревни прояви могат да се появят преди развитието на типичните чревни симптоми на БК (вижте по-надолу) и понякога са по-проблемни и по-трудни за лечение от чревните симптоми.

Тъй като БК е полиморфно заболяване, лезиите в червата трябва да бъдат картографирани чрез подходящи диагностични тестове и да бъдат оценени за тежест към момента на диагнозата. В допълнение, тъй като БК е заболяване за цял живот без възможност за окончателно излекуване към настоящия момент, методите за лечение целят да облекчат възпалението на червото и на извън-чревните локализации (ако има такива), да се запази функцията на червата, да се предотвратят усложненията и да се предложи на пациентите нормално качество на личен, професионален и социален живот без инвалидизация. Терапевтичните интервенции включват прекратяване на пушенето, диетични интервенции и набор от лекарства, които да се използват самостоятелно или в комбинация според локализацията и тежестта на заболяването.

Диагностика на болестта на Крон (БК)

Симптоми на БК

Симптомите на БК могат да бъдат разнообразни. Те често включват коремна болка, загуба на тегло и диария за повече от четири седмици. Ако тези симптоми се наблюдават, особено при млади пациенти, е необходимо лекарят да допусне и разгледа възможността за БК. Чести са общите симптоми на усещания на дискомфорт, умора, загуба на апетит или температура.

Симптомите могат да започнат внезапно и понякога БК може да бъде сбъркана с остър апендицит. Симптомите могат също така да бъдат сходни на синдрома на раздразненото дебело черво (СРДЧ). Повечето пациенти изпитват коремна болка и загуба на тегло преди диагнозата. Наличието на кръв и слюз в изпражненията се среща по-рядко, от колкото при пациентите с УК. Симптомите, свързани с БК извън



дебелото черво, най-често в ставите, могат да бъдат наблюдавани преди симптомите от страна на дебелото черво.

Диагностични изследвания

БК варира между пациентите в зависимост от възрастта на пациента към началото на заболяването, локализацията на заболяването в дебелото черво и поведението на заболяването.

Няма самостоятелно изследване, което да поставя диагнозата на БК. Диагнозата се поставя посредством комбинация от оценка на клиничните симптоми, кръвните изследвания, находката в образните изследвания, ендоскопията и хистологичното изследване на биопсиите от дебелото черво (което ще бъде обяснено в речника). Към настоящия момент не се препоръчват генетични изследвания за рутинна диагноза на БК.

Анамнеза на пациента

Вашият лекар би трябвало да ви зададе множество подробни въпроси, като този кога са започнали симптомите ви, дали сте пътували наскоро, дали имате непоносимост към храни, дали сте вземали лекарства или дали сте вземали преди лекарства (включително антибиотици и нестероидни противовъзпалителни лекарства), противовъзпалителни лекарства и лекарства за болка като аспирин, ибупрофен или диклофенак) или дали сте претърпели отстраняване на апендикса. Лекарят трябва да прояви особено внимание за добре познатите рискови фактори за БК, като тютюнопушене, наличие на член на семейството с БК и скорозна инфекция в храносмилателния тракт.

Тютюнопушене, фамилната анамнеза за ВЧЗ и отстраняване на апендикса в по-ранна възраст са все рискови фактори за БК. Бактериалните или вирусните инфекции на стомаха или тънкото черво също повишават риска от развитие на БК. Проучванията за НСПВЛ, като рисков фактор имат по-малко еднозначни доказателства.

Симптоми на БК, които не са свързани с храносмилателния тракт (извън червата)

Има множество симптоми, които се наблюдават при БК и не всички от тях засягат пряко червата. Както беше споменато преди, БК може да засегне също и различни органи и тъкани извън храносмилателната система.

Вашият лекар трябва да ви попита за симптоми през нощта и симптоми и/или признаци извън червата (например, устата, кожата, очите или ставите), абсцеси около ануса, или анална фисура (т.е. пукнатина в кожата). Общият преглед трябва да включва:

- общо състояние
- пулсова честота
- кръвно налягане
- температура
- болезненост или подуване в корема
- бучки, които можете да напипате
- перинеум (областта между ануса и гениталите) и устата
- ректално изследване с пръст
- измерване на индекса на телесната маса (BMI)



Физикално изследване и лабораторни изследвания

Вашият лекар трябва да провери за белези на остро и/или хронично възпаление, анемия, дехидратация и белези на малнутриция или малабсорбция. Ранните лабораторни изследвания трябва да включват CRP и пълна кръвна картина. Могат също да се използват и други маркери за възпаление, като фекален калпротектин или СУЕ. При някои случаи лекарят трябва да проведе изследване за инфекциозна диария, включително инфекция с Clostridium difficile. Може да бъдат необходими допълнителни изследвания на изпражнения, особено ако сте пътували в чужбина.

Анемията и тромбоцитозата (когато организмът произвежда прекалено много тромбоцити или кръвни плочици) са най-честите находки при БК в кръвта. CRP и СУЕ показват дали има налично възпаление; CRP широко корелира с активността на заболяването, докато СУЕ е по-малко точно. Фекалният калпротектин корелира добре с активността на заболяването в червата.

Никой от тези тестове обаче не е достатъчно специфичен за да постави диагнозата БК или за да я отграничи от УК.

Ендоскопия

Ако Вашият лекар мисли, че можете да имате БК, са необходими илеоколоноскопия и биопсии от края на тънкото черво и от всяка част от колона, за да се търсят микроскопски данни за БК, за да се достигне до диагноза. Независимо какви са резултатите, се препоръчват допълнителни тестове, за да се открие местоположението и степената на БК в тънкото черво. Не е ясно дали ендоскопията на горната част на храносмилателната система през устата, трябва да бъде рутинен метод при възрастни пациенти, които нямат симптоми.

Колоноскопията и биопсиите са първата линия процедури за диагностициране на възпаление в дебелото черво. При повечето колоноскопии, могат да бъдат взети също и биопсии от тънкото черво. Ендоскопските признаци на БК включват прекъснати на участъци възпаления, анални лезии и изглед като паваж на стената на червото. Тежестта на БК в дебелото черво може да бъде оценена добре при колоноскопия, но в случаите на БК, с локализация в края на тънкото черво, илеоскопията в комбинация с образни техники е по-ефикасна за диагнозата. Образни техники като ултразвука, КТ скенера или ЯМР използвани самостоятелно не могат да диагностицират окончателно БК.

Образни изследвания

Образните изследвания на червата (ЯМР и КТ) и коремната ехография на корема допълват към находката от ендоскопията. Те спомагат да се открият и определят степента на възпаление, обструкциите и фистулите, причинени от БК. Излагането на радиация трябва да бъде взето предвид, особено, когато се подбират техники за наблюдение на курса на Вашето заболяване. Тъй като конвенционалните рентгенографски изпитвания, при които се използва барий (т.е. контрастно вещество), имат по-ниско качество и значително лъчево натоварване, трябва да се подберат други методи, ако такива са налични.

КТ и ЯМР са актуалните стандарти за оценка на тънкото черво. И двете могат да демонстрират степента и активността на БК на базата на дебелината на чревната стена, оттока и разязвявания. И двете са със сходна точност, но КТ изследването е по-лесно достъпно и отнема по-малко време от ЯМР. Тъй като КТ налага



използването на радиация, обаче, винаги когато е възможно трябва да се обмисли приложението на ЯМР.

Ултразвуковото изследване на корем може да предостави информация относно активността на заболяването и локализацията му, особено в тънкото черво. Освен това то е широко разпространено, не е скъпо и не излага пациента на радиация. Обаче може да бъде трудно да се видят дълбоките чревни сегменти и мнението на отделните медицински специалисти може да варира по отношение на това какво се вижда.

Ендоскопия на тънкото черво

Ендоскопията на тънкото черво с капсула (SBCE) трябва да се обмисля, само когато илеоколоноскопията и образните изследвания са били отрицателни, но Вашият лекар все още силно подозира БК. В такъв случай SBCE може да спомогне да се потвърди, че нямате БК. Ако е необходима биопсия, експерт може да проведе ентероскопия чрезмедицинско изделие. Такава може да се извърши също, когато са необходими ендоскопска терапия, като например дилатация (разширяване на лумена) на стриктури, изваждане на заседнала капсула или лечение на кървене.

SBCE е нов метод, който позволява на лекаря да види пряко лезиите на тънкото черво, които може да не бъдат видени при колоноскопско изследване или образните изследвания. Това представлява ефективно диагностично средство при БК в тънкото черво, но не може да бъде използвано, ако пациентът има чревни обструкции, стриктури или фистули, имплантирани електромедицински изделия (например пейсмейкъри) или нарушения в гълтането

Ендоскопски биопсии

За надеждна диагноза на БК трябва да бъдат вземани биопсии. Те трябва да включват поне две биопсии от поне пет участъка по хода на колона (включително ректума) и в края на тънкото черво.

Анализ на серия от биопсии от цялото дебело черво води до най-надеждната диагноза на БК. Биопсиите трябва да се вземат, както от зони, които са засегнати, така и от такива, които не са засегнати от заболяването. При последващи изследвания, може да се използва по-малък брой биопсии, за да се потвърди диагнозата, а при проследяването след оперативни интервенции, трябва да се вземат биопсии, когато се подозира рецидив на заболяването. При пациентите с колостомна торбичка, биопсиите трябва да се вземат от аферентната чревна бримка (т.е. участъкът от тънкото черво, който свършва в торбичката), ако се подозира БК. Ако се подозират ранни стадии на рак, трябва да бъдат взети многократни биопсии.

Прогнозиране на хода на заболяването.

Клиничните фактори при диагнозата и/или ендоскопските находки могат да предвидят курса на БК. Това трябва да се вземе предвид, когато се взема решение какво лечение да се използва.

Изпитванията сочат, че следните фактори предразполагат към по-тежко заболяване в рамките на пет години след диагнозата:

- перианални лезии,
- заболяване в края на тънкото черво и в началото на дебелото черво,
- млада възраст в момента на диагностицирането, и/или



- необходимост за лечение на първото обостряне със стероиди. Съществува увеличаващо се количество доказателства, че ранната интензивна терапия с имуномодулатори и/или биологични агенти може да доведе до заздравяване на лигавицата и ранна трайна ремисия без стероиди. Ранната интензивна терапия, трябва обаче да се взема предвид само при тежките случаи поради рисковете от имуносупресивната терапия.

Проследяване на активността на заболяването и на успеха от лечението

CRP и маркери в изпражненията (като фекален калпротектин и лактоферин) могат да бъдат използвани за насочване на терапията. Те могат да бъдат използвани също така за проследяване в краткосрочна перспектива и за предвиждане на рецидива. Фекалният калпротектин може също така да спомогне за преценката дали имате БК или синдром на раздразненото дебело черво (СРДЧ).

Все още ендоскопията се счита за стандартния начин за оценяване на заздравяването на дебелото черво, но тя е инвазивна и скъпа. Фекалният калпротектин и лактоферинът се измерват по-лесно. И двете демонстрират чревно възпаление породено от всякаква причина, могат да предвидят добре активната БК и са по-добри маркери за измерване на специфичното за червата възпаление от нивата на CRP.

Медицинско третиране на активната болест на Крон, включително алтернативни терапии

Общи съображения

Наличието на активно възпаление, причинено от БК трябва да бъде потвърдено преди да бъде започнато лечение или преди то да бъде променено.

Планът за лечение на БК трябва да взема предвид активността на заболяването, локализацията и поведението на заболяването, а планът на лечение винаги трябва да бъде обсъждан с пациента. Понякога, особено при тежките случаи, решенията за лечението може да трябва да бъдат направени без да се знае пълният обхват на заболяването. Лекарите може да не бъдат способни винаги да преценят активността на заболяването и обективните маркери (например биопсии, фекален калпротектин) за активността на заболяването трябва да бъдат взети чрез разнообразни изследвания преди да се започне или да се промени терапията.

Когато се взема решение за подходящата терапия трябва да се вземат предвид балансът между силата на лекарството и възможните нежелани реакции, предходния отговор към терапията и възможните усложнения или симптоми извън червата.

Умерено активна БК

Умерено активната БК, която е локализирана в края на тънкото черво и в началото на дебелото черво трябва да бъде лекувана с будезонид или със системни кортикостероиди, като преднизолон или метилпреднизолон. При пациенти, при които терапията със стероиди не е повлияла в миналото или не ги понасят трябва да се използва лечение с анти-TNF терапия. При пациентите със заболяване, което рядко рецидивира, може да бъде уместно да се започнат отново стероиди заедно с имуносупресант. При пациентите, които не отговарят на стероиди и/или анти-TNF, ведолизумаб е подходяща алтернатива.



Будезонидът и преднизолонът са подходящи първоначални терапии за умерено активна БК. Преднизолонът е много ефективен и по-евтин, но обикновено предизвиква повече нежелани реакции от будезонида. Излагането на кортикостероиди обаче, трябва да бъде ограничено до минимум при лечението на БК, тъй като то не е ефективно за поддържането на ремисия.

Стероидната терапия може ефективно да бъде сведена до минимум, като се започне анти-TNF терапия по-рано. Определени групи пациенти, като тези, които са зависими към стероидите или които не отговарят на лечението с тях, могат да спечелят повече от лечението с анти-TNF терапия.

При пациентите в ранни стадии на заболяването, е установено, че комбинацията от инфликсимаб и азатиоприн е по-ефективна от самостоятелното приложение на инфликсимаб при достигането и поддържането на ремисия.

Силно активна БК

Силно активната БК, която е локализирана в края на тънкото черво и в началото на дебелото черво трябва първоначално да бъде лекувана със системни кортикостероиди. Лечението с анти-TNF терапия е подходящо за тези, при които е настъпил рецидив. При пациентите, които не отговарят на стероиди и/или анти-TNF, ведолизумаб е подходяща алтернатива. За някои от пациентите, които имат рядко рецидивиращо заболяване, може да бъде уместно повторното започване на стероид в комбинация с имуносупресант. При пациентите, които не отговарят на лечение с лекарства, трябва да се обсъди оперативно лечение.

Въпреки че преднизолонът или интравенозният хидрокортизон все още се използват при първоначалното лечение на тежка БК в края на тънкото черво в последните години прагът за започване на анти-TNF терапия е понижен при пациенти с негативна прогноза. Според изпитванията, продължителното лечение с анти-TNF агентите инфликсимаб или адалимумаб понижава риска от оперативна интервенция и хоспитализация поради БК.

Анти-TNF терапията често се използва при пациенти, които не отговарят на първоначалното лечение и които не са кандидати за оперативна интервенция. Прагът за оперативна интервенция е по-нисък при БК, локализирана в края на тънкото черво и в началото на дебелото черво, отколкото за заболяване, локализирано, където и да е било другаде, особено ако заболяването е локализирано в тънкото черво, тъй като широките и многократни интервенции, водещи до загуба на тънко черво, могат да доведат до малнутриция. Някои експерти предпочитат оперативната интервенция пред анти-TNF терапията за заболяването при тази локализация, докато други предпочитат оперативната интервенция, ако лекарственото лечение не работи достатъчно бързо или предизвиква непоносими нежелани реакции.

БК в дебелото черво

Активната БК в колона трябва да бъде лекувана със системни кортикостероиди. За тези пациенти, при които е настъпил рецидив, подходящите варианти за лечение включват тиопурины, лечение с анти-TNF или ведолизумаб. При пациентите, които не се повлияват от първото лечение с анти-TNF агент, ведолизумаб може да бъде подходящ.

Активната, тежка форма на БК в дебелото черво е по-лесна за потвърждаване и се доказва по-рано от БК в тънкото черво. Това може да е причината, поради която изглежда, че БК в дебелото черво, отговаря по-добре на лечение с анти-TNF,



отколкото БК в тънкото черво. Системните кортикостероиди, като преднизолон, са ефективни, но будезонида няма ефект при лечението на БК в дебелото черво. Ако пациентите, не се повлияват или загубят отговора към лечението с анти-TNF агент или с ведолизумаб, обикновено се обсъжда оперативна интервенция. Оперативната интервенция, обаче, трябва да се обсъжда винаги при започване или променяне на имunosупресивна терапия.

Разпространена БК

Разпространената БК в тънкото черво трябва да бъде лекувана първоначално със системни кортикостероиди. Трябва също да се прецени за ранно лечение с анти-TNF. За пациентите с тежко заболяване, при които е настъпил рецидив, лечението, базирано на анти-TNF може да бъде подходящо.

Последиците от непрекъснатото чревно възпаление, като лошо хранене, развитие на чревни стриктури и обструкция са по-големи при разпространената форма на БК, в сравнение с локализираната тънкочревна форма. Следователно лечението със стероиди в комбинация с ранно започване на имуномодулатори се счита за подходящо при тези пациенти.

Имуносупресивна терапия

Ранното лечение с имуносупресанти изглежда, че е най-подходящо за пациенти, които имат признаци и симптоми, които предполагат лош изход. Ранното лечение с анти-TNF терапия трябва да бъде започнато при пациенти, които имат силно активно заболяване и признаците и симптомите предполагат лош изход.

Няколко изпитвания демонстрират, че анти-TNF терапията е по-ефективна, когато бъде започната рано в хода на заболяването, особено при тези с определени рискови фактори за лош изход. Тези рискови фактори включват разпространеното заболяване, младата възраст при диагноза, първоначалната нужда за стероидна терапия и перианалното заболяване.

Всички видове анти-TNF лечение, които се предлагат в момента изглеждат еднакво ефикасни при лечението на БК в червата. Те също така имат сходни нежелани реакции. Изборът на лечение зависи от това какво е налично, как се поставя лекарството, какво предпочита пациентът и цената.

Първичната липса на отговор към анти-TNF базираната терапия трябва да бъде определена в рамките на 12 седмици.

След 12 седмици на недостатъчен отговор е малко вероятно да настъпи положителен терапевтичен ефект и пациентите трябва да бъдат превключени на нов терапевтичен режим, който може да бъде в състояние да индуцира ремисия.

Има риск от сериозни инфекции, когато пациент се лекува с имуносупресивни средства, включително анти-TNF агенти. Този риск трябва да бъде взет предвид.

Всички имunosупресанти, включително стероиди, тиопурины, метотрексат и анти-TNF понижават активността и компетентността на имунната система. Това може да повиши риска от придобиване на различни инфекции, които могат да предизвикат тежки и дори летални заболявания. Съпътстващата терапия с повече от един имunosупресант повишава риска от инфекции значително.



Следователно винаги, когато това е възможно трябва да се избягва продължителната комбинирана имunosупресивна терапия. От друга страна е демонстрирано, че комбинираната имunosупресивна терапия е по-ефективна и може да бъде необходима, особено при тежка форма на заболяване.

Допълнителна и алтернативна медицина

Вашият лекар трябва да ви попита дали използвате допълнителна и алтернативна медицина. Няма научни доказателства дали тези продукти функционират, съществува голямо разнообразие от продукти и някои от тях могат да бъдат скъпи. Ако се интересувате от това да ги опитате, трябва първо да го обсъдите с Вашия лекар.

Употребата на допълнителна и алтернативна медицина (ДАМ) е обичайна сред пациентите с ВЧЗ. Допълнителните терапии се използват в допълнение към конвенционалната медицина, докато алтернативните терапии се използват вместо конвенционалната медицина. Налице са недостатъчни/ограничени доказателства за ефикасността и безопасността на ДАМ и е възможно да бъде трудно за гастроентеролога да информира пациентите си адекватно за тях. Освен това има голямо разнообразие от продукти, които могат да бъдат скъпи. По тези причини, ако се интересувате от опитването на тези методи на лечение или ако желаете да изоставите конвенционалната медицина за сметка на ДАМ трябва да попитате Вашия лекар за консултация относно приложението на ДАМ. Тъй като пациентите с ВЧЗ, често страдат от малнутриция, храненето може да се приеме за съществена допълнителна терапия.

Поддържане на ремисията

Общи съображения

Ако сте постигнали безсимптомно състояние (т.е. ремисия) със системни кортикостероиди, трябва да се обмисли лечение с тиопурины или метотрексат. Някои пациенти могат да останат в ремисия без никаква терапия.

Тъй като някои пациенти могат да останат в ремисия без терапия, липсата на терапия е вариант за някои пациенти.

Стероидите не трябва да се използват за поддържане на ремисия на заболяването, тъй като е демонстрирано, че предизвикват многобройни странични ефекти и липса на ефикасност за поддържането на ремисия при поносима доза.

Съществуват само ограничени доказателства, че месалазинът е от полза за поддържането на лекарствено индуцираната ремисия. Някои считат, че поддържащото лечение е възможен вариант след първото обостряне на заболяването. Като се вземе предвид високият риск от рецидив и стероидна зависимост и по-високият успех при ранното му започване, азатиопринът се предпочита, ако е постигната ремисия със системни кортикостероиди. При пациенти, които имат непоносимост към азатиоприн, може да се опита меркаптопурин, освен ако имат панкреатит или цитопения (т.е. понижение в броя на кръвните клетки). Може да се използва също така и метотрексат, особено ако пациентите имат непоносимост към тиопурины.



Ако имате рецидив трябва да се обмисли повишение в поддържащата терапия, за да се спре влошаването на заболяването. При пациентите с локализирано заболяване винаги трябва да се обмисля оперативна интервенция.

Ако настъпи рецидив трябва да се обмисли азатиоприн. Кортикостероидите (включително будезонид) не са ефективни или подходящи за поддържане на ремисия и продължителното приложение на кортикостероиди често причинява неприемливи нежелани реакции, особено остеопороза (т.е. загуба на костна маса) и последващи фрактури, но също така и катаракта и глаукома.

Поддържане при разпространено заболяване

Ако имате разпространено заболяване, се препоръчват тиопурины, за да се спре влошаването на заболяването. Ако заболяването е агресивно или тежко или ако е вероятно изходът да бъде лош, трябва да се обмисли лечение с анти-TNF терапия.

Като се вземат предвид рисковете от рецидив и по-високото ниво на успех, когато се започне рано, азатиопринът се препоръчва за пациентите с разпространена болест на Крон.

Зависима от стероиди БК

Пациентите, които все още не са били лекувани с имуносупресанти и които се нуждаят от кортикостероиди, за да останат без симптоми (т.е. в ремисия) трябва да бъдат лекувани с тиопурин, метотрексат или анти-TNF агент. Трябва да се обмисля и оперативна интервенция.

Имуносупресантите (азатиоприн/меркаптопурин, метотрексат) са ефективни при зависимата от стероиди БК. Резекцията на илеума е алтернатива за определени пациенти с локализирано заболяване. Много ефективен подход за предотвратяване на необходимостта от кортикостероиди е приложението на анти-TNF агент рано. Пациентите, които са зависими от стероиди, също така могат да получат по-голяма полза от започването по-рано на анти-TNF агент. Сега вече е известно, че комбинираното лечение с инфликсимаб и азатиоприн е по-ефективно от самостоятелното приложение на инфликсимаб, за поддържането на ремисия без стероиди при пациенти в ранен стадий на заболяването. При тези пациенти може да се използва също и ведолизумаб.

Неподходяща поддържаща терапия с тиопурины (Рефрактерна на тиопурины БК)

Ако сте били лекувани с тиопурины и сте имали рецидив, лекарят трябва да оцени дали спазвате уговорения план на лечение. Трябва да се търсят също така признаци на възпаление. Оптимизирането на дозата може да подобри нивата на отговор. Ако това се приеме за удачно, лечението трябва да бъде променено на метотрексат или анти-TNF. При локализирано заболяване винаги трябва да се обмисля като възможност оперативна интервенция.

Пациентите, които приемат азатиоприн или меркаптопурин, които имат рецидив, докато са на стандартни поддържащи дози могат да получат повишение на дозата си, докато кръвните изследвания покажат понижени нива на белите кръвни клетки или докато покажат повишение на 6-TGN (метаболит на тиопурините, който може да бъде измерен в кръвта) до подходящи нива. Метотрексатът, анти-TNF терапията и ведолизумаб също са възможни варианти.



Продължаване на поддържащата терапия

При пациент, който е постигнал състояние на липса на симптоми (т.е. ремисия) чрез комбинация от анти-TNF агент и тиопурин, без да е получавал преди това лечение с други медикаменти, същият план на лечение би бил препоръчан и за поддържащото лечение. За някои пациенти самостоятелното приложение на тиопурини също може да бъде вариант. Ако бъде постигната ремисия с анти-TNF терапия самостоятелно, това може да бъде продължено и при поддържащото лечение. Ако бъде постигната ремисия с ведолизумаб, това може да бъде продължено и при поддържащото лечение.

Продължителност на поддържащото лечение

За пациентите, които са в продължителна ремисия и които са на поддържаща терапия с тиопурини, може да се обмисли прекратяването на терапията, ако няма признаци на възпаление. Не може да се направи препоръка за продължителността на лечението с метотрексат. Ако е необходимо може да се обмисли продължителното приложение на лечение с анти-TNF агент.

БК обикновено е заболяване за цял живот с епизоди на ремисия и разнообразни степени на активност. Целта на терапията е да се постигне и поддържа продължителна ремисия. Няма общ консенсус какво означава продължителна ремисия и като цяло е налице само ограничено количество данни, за да се направят препоръки кога да се спре или промени лечението, тъй като повечето контролирани клинични изпитвания не проследяват пациентите за повече от 1-3 години.

Изпитване съобщава, че снемането на хора от лечение с азатиоприн след като са го приемали за повече от три години и половина повишава рискът им за настъпване на рецидив 18 месеца след като бъдат снети от тази терапия в сравнение с тези, които продължават да го приемат (рецидиви 21% спрямо 8%, съответно). Същото изпитване провежда продължително проследяване и съобщава, че сред тези пациенти, при които е спрял азатиопринът, при 53% се наблюдава рецидив след 3 години, а 63% получават рецидив след 5 години. За щастие от 23-мата, които са започнали отново да приемат азатиоприн, всички без един са възвърнали ремисия (т.е. 95,7% постигат отново ремисия с азатиоприн).

Загуба на отговор към анти-TNF терапията

Ако не отговаряте повече на лечението с анти-TNF агенти, Вашият лекар първо ще се опита да оптимизира дозата. Повишаването на дозата или скъсяването на интервала на лечение са еднакво добри стратегии. Ако оптимизирането на дозата не помага, се препоръчва да се превключи на друга анти-TNF терапия. Измерването на анти-TNF нивата в кръвта преди следващата доза и анти-лекарствените антитела, ако е възможно, може да спомогне да се реши как да се оптимизира лечението.

Риск от неоплазия и имunosупресивна терапия

Пациентите, които са лекувани с тиопурины могат да имат повишен риск от лимфом, различни видове рак на кожата и цервикална дисплазия. Пациентите, които са лекувани с анти-TNF агент са по-склонни към развитието на рак на кожата. Към настоящия момент не е известно дали пациентите, които са лекувани самостоятелно с анти-TNF терапия, са по-склонни да развият лимфопрлиферативни нарушения или солидни тумори, но анти-TNF агентите и тиопурините заедно повишават риска от лимфопрлиферативни нарушения. Дори при повишения риск от рак, честотата на развитие на рак, все пак остават много ниски. Следователно, рисковете винаги трябва да бъдат претеглени внимателно спрямо ползите от лечението и трябва да ги обсъдите с Вашия лекар.

Въпреки че азатиопринът многократно е бил демонстриран като ефективно лечение, той се свързва с леко увеличен риск от неходжкинов лимфом, което представлява сериозен вид рак на имунната система. Следователно ползите и рисковете от употребата му трябва да бъдат преценявани. Въпреки това, изпитване, което анализира рисковете (включително рак) и ползите (включително намаляване на симптомите) на азатиопринът водят до заключението, че ползите силно превишават рисковете, дори когато рискът от неходжкинов лимфом е надценен по консервативен начин; това е особено вярно при млади хора, които по начало имат ниски нива на развитие на лимфом. При пациентите, лекувани с анти-TNF агенти са наблюдавани също и други ракови лезии, като повишен риск от рак на кожата и цервикална дисплазия при жени. Поради тези причини стриктното наблюдение на всички пациенти, приемащи тези видове терапия е задължително.

Оперативни интервенции при БК

Обструктивна илеоцекална БК

Оперативното лечение е предпочитаната възможност, ако Вашата БК е разположена в края на тънкото черво и в началото на колона и ако имате обструктивни симптоми, но без значими доказателства за активно възпаление.

Ако даден пациент (а) има БК, ограничена в края на тънкото черво и в началото на дебелото черво, (б) не се повлиява от стероиди и (в) има упорити обструктивни симптоми, той/тя трябва да претърпи операция. Аналогично пациентите, които се представят с обструкция без възпаление (например нормални нива на CRP), също могат да бъдат лекувани оперативно. Ако пациентът, обаче, е имал предходна резекция на илеоцекална резекция и е настъпила стеноза на анастомозата (например стеснение на съчленението на изрязания участък), може да се опита ендоскопска дилатация (т.е. разширяване на стенозата, за да се отвори), преди да се премине към чревна резекция.

Абдоминален абсцес

Активната БК в тънкото черво може да бъде придружена от абдоминален абсцес. Той трябва да бъде третиран първо с антибиотици, да бъде дрениран хирургически или чрез пункция с игла. Ако е необходимо това може да бъде последвано от резекция след излекуване на абсцеса.

Мненията относно това дали винаги след дренаж трябва да се прави резекция варират.



Прогностични фактори за повишен риск от първа или последваща оперативна интервенция при БК

Определени фактори повишават риска от оперативни интервенции при БК Те включват:

- настоящо тютюнопушене
- поведение на заболяването – образуване с образуване на фистули и стриктури
- ранно приложение на стероиди (медицинска необходимост от стероиди за лечение на първото обостряне)
- заболяване в края на тънкото черво (т.е. илеум)
- заболяване в средната част на тънкото черво (т.е. иеюлум) и
- млада възраст към момента на поставяне на диагнозата.

Няколко изпитвания са разглеждали потенциалните рискови фактори за рецидив след оперативна интервенция при БК. Тютюнопушенето, предходната чревна хирургия (включително отстраняване на апендикса), поведението на заболяването с пенетрации, перианалната локализация и широката тънкочревна резекция, е демонстрирано, че предвиждат ранни следоперативни рецидиви в повечето изпитвания. Поддържащата лекарствена терапия е демонстрирала ефективност в множество изпитвания. Не е известно дали възрастта към началото на заболяването, полът, продължителността на заболяването, полето на резекция или типа на оперативната интервенция повлияват риска от рецидив. Въпреки че това би било много полезно, към настоящия момент, не е разработена система за стратифициране на пациентите в рискови категории от нисък-междинен-висок риск.

Понижаване на риска от оперативна интервенция чрез лекарствено лечение

Пациенти, които са лекувани от рано с тиопурины могат да бъдат по-малко склонни да претърпят оперативни интервенции. Лечението с анти-TNF агенти, понижава риска от оперативна интервенция.

Проследяване след оперативна интервенция

Илеоколоноскопията е най-добрият метод за диагностициране на връщането на заболяването след оперативна интервенция. Тя спомага да се дефинира дали заболяването е рецидивирало, колко е тежко и да се предвиди клиничният му ход. Трябва да бъде проведена в първата година след оперативната интервенция, когато това може да повлияе на решенията за лечението.

Препоръчва се илеоколоноскопията да бъде проведена в първата година след оперативната интервенция, когато това може да повлияе на решенията за лечението. Това е така, тъй като, няколко изпитвания са демонстрирали, че колоноскопията е най-прецизното средство за документиране на рецидива на заболяването. Рецидивът може да бъде открит, като се използва колоноскопия и биопсия в рамките на няколко седмици до няколко месеца след оперативната интервенция и трябва да се проведе колоноскопия в рамките на една година след оперативната интервенция. Рецидивът обикновено е очевиден при колоноскопията преди пациентът да развие симптоми. Ако находките по време на колоноскопията са тежки, лечението трябва да бъде интензифицирано, за да се предотврати развитието на ранни следоперативни усложнения, като абсцеси или обструкции.



Има нови, по-малко инвазивни, диагностични методи, които помагат за разпознаването на връщането на заболяването след оперативна интервенция. Тези методи включват фекалния калпротектин, коремната ехография, МР ентерографията с контрастен агент и тънкочревната капсулна ендоскопия (ТЧКЕ).

Рентгенографията и образната диагностика (Ултразвук, МР и КТ) се оценяват като независими диагностични методи за следоперативен рецидив. Тънкочревната капсулна ендоскопия, проведена 6 или 12 месеца след оперативната интервенция изглежда приблизително толкова точна, колкото е и илеоколоноскопията при диагностицирането на следоперативните рецидиви. Не е проучвано, обаче, дали ЯМР, КТ ентерографията или тънкочревната капсулна ендоскопия са способни да диагностицират рецидив в илеума или йеюума.

Превенция на последваща оперативна интервенция след илеоколична резекция

При пациенти, които имат поне един рисков фактор за рецидив на заболяването, превантивното лечение се препоръчва след илеоколична резекция (т.е. отстраняване на края на тънкото черво и първата част на колона). Най-доброто превантивно лечение са тиопурините или анти-TNF агентите. Месалазинът във високи дози е възможен вариант за пациенти, при които само края на тънкото черво е бил отстранен. Антибиотиците са ефективни след илеоколична резекция, но не са толкова добре понасяни.

Всички пациенти с БК трябва да бъдат информирани за риска, свързан с тютюнопушенето. Прекратяването на тютюнопушенето трябва да бъде насърчавано и подкрепяно.

Тютюнопушенето е един от най-големите рискови фактори за рецидив и повишена нужда за хирургическа резекция при болестта на Крон. Следователно всички пациенти с болест на Крон трябва да положат най-големите си възможни усилия, за да откажат тютюнопушенето.

Контрол на фистулизиращата БК

Диагностични стратегии

ЯМР на таза е първият метод на оценка на перианалните фистули при БК. Ако бъдат изключени ректални стриктури (т.е. стесняване), ендоскопското ултразвуково изследване на ректума е добра възможност. И двата метода са по-точни, когато са комбинирани с изследване под анестезия (EUA). Не се препоръчва фистулография. Ако бъде открита фистула в аналната област, EUA (изследване под обща анестезия), проведено от опитен хирург, е най-добрият метод.

ЯМР ако е възможно, трябва да се използва в началото на заболяването, тъй като има точност от 76-100%. Въпреки това, ако няма бърз достъп до ЯМР, трябва да се проведе изследване под обща анестезия с дренаж на абсцеса или фистулата веднага щом това е възможно, за да се избегнат опасностите на недренирана инфекция; изследването под обща анестезия е 90% точно и позволява на хирурга да дренира абсцеса в момента на изследването.



Хирургическо лечение на неусложнена фистула

В случай на неусложнена анална фистула, може да се обсъди обикновена фистулотомия. Трябва да бъде изключено наличието на абсцес в аналната област и ако такъв е наличен, той трябва да бъде дрениран.

Ако даден пациент има неусложнена ниска анална фистула, може да се обсъди фистулотомия (т.е. хирургическо отваряне на тракта на фистулата). Фистулотомията, обаче, трябва да се провежда много селективно, поради потенциалното усложнение - инконтиненция, предизвикано от нея. Ако има абсцес (т.е. гнойна колекция) в аналната област, е важно да се дренира и лекува по подходящ начин, тъй като нелекуваните абсцеси могат да имат пагубно влияние за тъканта, която заобикаля перианалните стриктури, включително мускулите, които контролират изхожданията по голяма нужда.

Лекарствено лечение на проста фистула

Простите фистули (т.е. само един ход) в аналната област, които предизвикват симптоми, изискват лечение. Предпочитаното лечение е поставянето на сетон (т.е. копринена или латексова нишка) заедно с антибиотици (метронидазол и/или ципрофлоксацин). Ако заболяването, което образува прости фистули рецидивира и не отговаря на антибиотици, тиопурините или анти-TNF лекарствата могат да бъдат използвани като втора линия на лечение.

Ако проста перианална фистула (т.е. фистула само с един ход) не причинява симптоми, не е необходимо да се прави нищо. Ако обаче тя причинява симптоми, трябва да се проведе интервенция, съчетаваща комбинация от лекарствени и хирургически интервенции; антибиотици, дренаж на абсцеси и поставяне на сетонови шевове представляват предпочитания план на лечение.

Ако фистулата рецидивира и не отговаря на антибиотици, тиопурините или анти-TNF лекарствата могат да бъдат използвани като втора линия на лечение. Съвкупните резултати от пет изпитвания демонстрират, че тиопурините са ефективни за затварянето на фистулите и поддържането им в затворено състояние. Междувременно изпитванията демонстрират, че инфликсимаб е ефективен за затварянето на фистулата, задържането им затворени и в следствие за намаляване на нуждата от болничен престой и оперативни интервенции.

Контролиране на комплексните перианални фистули

Ако фистулизиращата БК в аналната област причинява комплексни фистули (т.е. с множество ходове) инфликсимаб или адалимумаб могат да бъдат използвани като лечение на първа линия след като фистулите са били дренирани хирургически, ако това е показано. Лечението с ципрофлоксацин и анти-TNF лекарства заедно подобрява краткосрочния резултат.

За да се подобри ефектът на анти-TNF лечението при фистулизиращата БК с комплексни фистули (т.е. с множество ходове) може да се обмисли комбинирано лечение с анти-TNF терапия и тиопурини.



Поддържащо лечение при фистулизиращата БК

Тиопурините, инфликсимаб или адалимумаб, дренажът със сетон (т.е. използването на нишка от коприна или латекс) или комбинацията от тях трябва да се използва като поддържащо лечение.

Няма данни за ефекта на тиопурините, като поддържаща терапия при фистули след индукционно лечение с инфликсимаб или по време на поддържаща терапия с инфликсимаб. Само поддържащата терапия с инфликсимаб е демонстрирала понижаване на хоспитализациите и оперативните интервенции. Адалимумаб изглежда работи при поддържането на фистулите затворени, но не е известно дали понижава честотата на хоспитализациите и на оперативните интервенции. Като цяло над 90% от гастроентеролозите са съгласни, че поддържащото лечение след успешното прекратяване на дренажа на фистулата е задължително. Предпочитаните лекарства са тиопурините или анти-TNF агентите и те следва да бъдат използвани за поне една година.

Извънчревни прояви (ИЧП, симптоми, свързани с БК извън червото)

Ставни проблеми

Диагностицирането на ставни заболявания, които са свързани с ВЧЗ се извършва на клинични основания на базата на типични симптоми и изключването на други специфични форми на артрит.

Има две широки групи от ставни заболявания, които са свързани с ВЧЗ, а именно периферна и аксиална артропатия. Периферният артрит има два типа, съответно тип 1 и тип 2. Тип 1 засяга големите стави (например колена, лакти и рамена), съвпада с възпаление в червата и се наблюдава при 4-17% от пациентите с БК. От друга страна тип 2 засяга малките стави (например на ръката) и се наблюдава само в 2,5% от пациентите с БК.

Диагнозата артрит се поставя чрез наблюдаването на болезнени, подути стави, а другите заболявания, които трябва да бъдат изключени са остеоартрит, ревматоиден артрит и артрит, свързан със заболяванията на съединителната тъкан (например лупус). Освен това, причините, свързани с лекарствата, които трябва да се изключат са артралгия (т.е. болка в ставите) предизвикана от оттеглянето на стероидите, остеонекроза (т.е. редуциран поток от кръв към ставите) предизвикан от стероидите и лупус, предизвикан от инфликсимаб.

Междувременно аксиалната артропатия включва сакроилеит (който се наблюдава при 25-50% от пациентите с БК) и спондилит (който се наблюдава при 4-10%). Анкилозиращият спондилит се характеризира с хронична болка в гърба, сутрешна скованост, ограничена възможност за огъване на гръбнака и в по-напредналите стадии, понижена способност за разгъване на гръдния кош. Златният стандарт за диагностицирането на анкилозиращия спондилит е ЯМР, тъй като това изследване може да отчете възпалението преди да настъпи възникването на костни лезии.

Периферният артрит обикновено засяга големите стави в крайниците. Може да бъде лекуван с физиотерапия, НСПВЛ в краткосрочни курсове и локални инжекции със стероиди. Акцентът трябва да бъде върху лечението на съществуващата БК. Сулфасалазинът може да спомогне за лечението на персистиращия периферен артрит.

Препоръките за лечението на свързаната с БК артропатия (т.е. заболяване на



ставите) са основани на изпитвания при спондилоартропатията (т.е. заболяване на ставите) основно анкилозиращ спондилит (т.е. артрит в гръбнака). Няма изпитвания с подходящ дизайн по отношение на ВЧЗ и по тази причина препоръките в тази област са извлечени от други заболявания.

При периферния артрит лечението на съществуващата БК, като се използват кортикостероиди, имуномодулатори и анти-TNF агенти трябва също да облекчи симптомите. Ако лечението на съществуващата БК не облекчи болката в ставите, пациентът трябва да обмисли да приема за кратко НСПВЛ; въпреки че НСПВЛ могат потенциално да влошат съществуващата БК, рискът от това изглежда нисък. Физиотерапията и почивката могат да доведат до облекчение в симптомите. Приложението на COX-2 инхибитори (например еторикоксиб и целекоксиб) изглежда по-безопасно с по-нисък риск от обостряне на заболяването от конвенционалните НСПВЛ. Сулфасалазинът може да бъде от полза за артропатия на големите стави. И накрая, инфликсимаб може да има много благоприятен ефект върху периферния артрит.

Аксиалният артрит предизвиква болка и вдървеност на ставите в долната част на гърба. Интензивната физиотерапия на НСПВЛ се препоръчват, но дългосрочното лечение с НСПВЛ трябва да бъде избягвано от съображения за безопасност. Анти-TNF терапията се предпочита за лечението на анкилозиращия спондилит, ако пациентът не понася НСПВЛ или ако няма отговор. Сулфасалазинът, метотрексатът и тиопурините не са ефективни.

Препоръките за лечението на свързания с БК аксиален артрит са основани на изпитвания при анкилозиращ спондилит (т.е. артрит в гръбнака). Интензивната физиотерапия и НСПВЛ могат да бъдат използвани, въпреки че в дългосрочна перспектива НСПВЛ трябва да бъдат избягвани. Могат да се обмислят локални кортикостероидни инжекции. Сулфасалазинът, метотрексатът и азатиопринът не са ефективни при анкилозиращия спондилит с аксиални симптоми. При пациентите с активен анкилозиращ спондилит, които не отговарят на или не могат да понасят НСПВЛ, се препоръчват анти-TNF агенти. И за адалимумаб и за инфликсимаб е доказано, че са достатъчно безопасни и ефективни при лечението на анкилозиращия спондилит.

Костни нарушения

Пациентите, които приемат кортикостероиди или тези с понижена костна плътност, трябва да приемат добавки с калций и с витамин D. Спомагат тренирането на мускулната сила и отказването на тютюнопушенето. Пациентите с фрактури трябва да бъдат лекувани с бисфосфонати, но тяхната способност да предотвратяват фрактури не е доказана. Рутинната хормонозаместителна терапия при жени в менопаузата не е препоръчана поради риска от нежелани реакции. Мъжете с нисък тестостерон могат да спечелят от това да го приемат, като лекарство.

Лечението с калций 500 - 1 000 mg/дневно и витамин D (800 - 1 000 IU/дневно), повишава костната плътност при пациенти с ВЧЗ, въпреки че не е изпитано дали предотвратява фрактурите при пациентите с ВЧЗ. Следователно не е възможно да се даде обща препоръка за лечение с бисфосфонати на базата на понижената костна плътност. Независимо от това, жените след менопаузата или тези с остеопороза, предизвикана от стероидите, ще спечелят от тях. Като цяло при отделни пациенти с ниска костна плътност и допълнителни рискови фактори трябва да се обмисли лечение.

Пациентите с хронично активно заболяване трябва да бъдат лекувани с



имуносупресанти, като азатиоприн и анти-TNF, така че да могат да останат без стероиди и да се намалят отрицателните ефекти на възпалението върху тяхната костна плътност; демонстрирано е, че много от пациентите с БК, могат да възстановят нормална костна плътност след три години на стабилна ремисия.

Кожни прояви

Лечението на еритема нодозум обикновено се основава на това на съществуващата БК. Обикновено се налагат системни стероиди. Първоначално пиодерма гангренозум се лекува със системни стероиди, анти-TNF лечение или калциневринови инхибитори.

Еритема нодозум (т.е. червени бучки по кожата на прасците, бедрата и предмишниците) обикновено лесно се забелязва и се наблюдава при около 5-10% от пациентите с БК. Обикновено се наблюдава, когато БК е активна. Диагнозата обикновено може да се потвърди без нужда от биопсии. Обикновено е необходимо лечение на подлежащото заболяване и ако стероидите не функционират или ако заболяването рецидивира редовно, могат да се добавят азатиоприн и/или инфликсимаб; нуждата от азатиоприн или инфликсимаб е много рядка въпреки това. Пиодерма гангренозум (т.е. големи болезнени язви по кожата) могат да се появят навсякъде по тялото, включително по гениталиите, но най-честите локализации са подбедриците и около стомите. Те обикновено започват като повърхностни лезии, но с времето стават по-дълбоки. Между 0,6% и 2,1% от пациентите с БК развиват това на някакъв етап от еволюцията на заболяването и това може да съвпадне с активността на заболяването от БК или да не съвпадне изобщо. Пиодерма гангренозум е диагноза на изключване, което означава, че тя се диагностицира, когато останалите причини за язвите не могат да бъдат намерени; биопсията може да спомогне да се изключат други кожни нарушения. Целта на лечението трябва да бъде бързо излекуване, тъй като това може да бъде инвалидизиращо заболяване. Кортикостероидите трябва да бъдат използвани преди да се опитват калциневринови инхибитори. Инфликсимаб започва да се използва все по-често и е демонстрирано, че е по-ефективен в едно голямо изпитва и две малки изпитвания на случаи. Няма изпитвания, които да сравняват системните кортикостероиди, анти-TNF лечението или калциневриновите инхибитори едно с друго към настоящия момент. Оперативните интервенции, както останалите кожни разязвявания трябва да бъдат избягвани.

Тромбоемболични усложнения

При всички хоспитализирани пациенти и амбулаторно болни с тежко заболяване трябва да се обмисля превенция на тромбозата (т.е. образуването на кръвни съсиреци). Лечението на пациенти с ВЧЗ с венозна тромбоемболия (т.е. кръвен съсирек, които запушва вена) трябва да следва установените терапевтични възможности срещу тромбозата.

До голяма степен по неизвестни причини пациентите с БК са изложени на повишен риск от кръвни съсиреци, наречени венозна тромбоемболия. Тези състояния са важни за превенция и лечение, тъй като могат да доведат до усложнения и дори смърт. Такива кръвни съсиреци трябва да бъдат диагностицирани, като се използват подходящи техники за образна диагностика.

По отношение на лечението, лекарства за разреждане на кръвта (наречени антикоагуланти) трябва да бъдат давани, за да предотвратят и да лекуват кръвните съсиреци. Ако даден човек има повторна поява на кръвни съсиреци, следва да се

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



обмисли продължително лечение. Пациентите с ВЧЗ не изглежда да страдат от повече усложнения с кървене, предизвикани от лекарствата за разреждане на кръвта, от колкото хората без ВЧЗ. И на последно място, пациентите с БК трябва да бъдат предпазливи по отношение на пътуванията на големи разстояния и към приложението на перорални контрацептиви, тъй като те допълнително повишават риска от кръвни съсиреци и трябва да се обмисли превантивна антикоагулационна терапия при определени обстоятелства.

Речник

Анатомична илюстрация на стомашночревния тракт



© Hendrik Jonas für Agentur BAR M Berlin

Термин	С какво е свързан терминът	Определение
5-ASA или 5-аминосалицилов а киселина или месалазин	Лекарство	Това е локално действащо лекарство, което се използва за лечението на ВЧЗ, по-често на УК и при определени условия също и на БК. Може да се нарича също и месалазин и може да се приема перорално или ректално, под формата на клизма, пяна или свещичка.
6-TGN	Лекарство	Активният метаболит на азатиоприн или меркаптопурин.
Clostridium difficile	Заболяване	Бактерия, която може да предизвика симптоми, сходни на ВЧЗ.
CRP (С-реактивен протеин)	Изследване	Кръвно изследване, което се провежда, за да се измери възпалението в организма. Полезно е за откриването на възпалението в организма, въпреки това високите нива на CRP, не означават задължително че възпалението е в червото. Следователно също трябва да бъдат проведени и други изследвания, за да се види дали произходът на възпалението е в червото на пациента с ВЧЗ.
ИПАА или анална анастомоза с илеачна торбичка	Оперативна интервенция	Това е оперативна интервенция, която често се провежда на пациенти с УК, при която краят на тънкото черво се преструктурира, като торбичка и извършва функцията на дебелото черво, която

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		то е извършвало преди да бъде отстранено.
IV или интравенозно	Лекарство	Това е лекарство, което се прилага през вените и в кръвообращението.
p-ANCA	Изследване	p-ANCA означава Перинуклеарни антинеутрофилни цитоплазмни антитела. Те се откриват в кръвта.
VSL#3	Лекарство	Това е пробиотик (живи микроорганизми, които когато бъдат приложени в достатъчни количества, носят здравна полза на приемателя), който е демонстрирал обещаващи резултати при лечението на паучит.
Абсцес	Усложнение на БК	Абсцесът е ограничена колекция от втечнен тъкан, позната като гной, някъде в организма. Той представлява резултат от защитната реакция на организма към чуждия материал.
Автоимунен	Описание на заболяване	Автоимунно е заболяване, при което имунната система атакува здрави клетки в организма.
Адалимумаб	Лекарство	Анти-TNF лекарство, което обичайно се използва за лечение на ВЧЗ, принадлежи към групата на биологичните (биотехнологично произведени) лекарства. Инжектира се под кожата (подкожно) от пациента или медицинска сестра.
Адхезии	Усложнение на оперативната интервенция	Части от червото срастват заедно поради възпалителни реакции. Може да причини обструкция и болка.
Азатиоприн	Лекарство	Вижте тиопурины
Аксиален артрит	Заболяване, свързано с ВЧЗ	Заболяване на става(и), което може да засегне гърбнака и таза.
Аминосалицилат	Лекарство	Това е лекарство, което се използва за лечението на ВЧЗ, нарича се също 5-ASA.
Анемия	Заболяване	Състояние, при което нямате достатъчно здрави червени кръвни клетки или хемоглобин. Това да имате анемия може да ви накара да се чувствате уморени и слаби.
Анемия при хронично заболяване	Заболяване, свързано с ВЧЗ или с възпалителни заболявания	Това е анемия, която е в резултат на хронични заболявания като ВЧЗ или други възпалителни процеси.
Анкилозиращ спондилит	Заболяване, свързано с ВЧЗ	Форма на артрит, която се характеризира с хронично възпаление, което първоначално засяга гърбнака, като причинява болка и схващане в гърба, прогресиращи към гърдите и врата.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Анти-TNF лекарство	Лекарство	Биологично (биотехнологично произведени) лекарства, които обичайно се използват за лечение на възпалителни чревни заболявания. Най-често срещаните са инфликсимаб, адалимумаб, сертолизумаб и голимумаб.
Антибиотици	Лекарство	Лекарства, използвани за лечението на инфекции, причинени от бактерии. Те не са ефективни срещу вируси.
Антидиарични средства	Лекарство	Лекарство, което облекчава симптомите на диария. Най-често срещаното е лоперамид.
Апендектомия	Оперативна интервенция	Отстраняване на апендикса от хирург. Обикновено се прави при апендицит.
Апендицит	Заболяване	Възпалението на апендикса, който е продължение на дебелото черво. Освен останалите неща, апендицитът може да предизвика болка, загуба на апетит и повишена температура или перфорация.
Артрит	Заболяване, свързано с ВЧЗ	Възпаление на става(и), което предизвиква болки в ставите и подуване.
Артропатия		Всяко заболяване или абнормно състояние, което засяга става.
Барий (контраст)	Диагностично изследване	Вещество, което се използва при някои рентгенографски изпитвания, за да се улесни изобразяването на анатомични структури.
Биологични лекарства	Лекарство	Обикновено Ig (имуноглобулинови) белтъци, които са направени от генетично модифицирани клетки, например анти-TNF агентите или ведолизумаб.
Биопсия, биопсии	Диагностично изследване	Биопсията е проба от тъкан, взета от организма, за да се изследва по-подробно. Биопсиите се вземат от страната на червото по време на колоноскопия.
Бисфосфонати	Лекарство	Вещество, което забавя загубата на кост и повишава костната плътност.
БК или Болест на Крон	Описание на заболяване	Това представлява Възпалително чревно заболяване. Болестта на Крон може да засегне всички части на стомашночревния тракт, включително често тънкото черво, което УК не засяга.
Будезонид	Лекарство	Лекарство, което принадлежи към групата на кортикостероидите. Будезонидът има противовъзпалителни свойства и се използва за лечението на обостряния при пациенти с илеоцекална БК и УК със засягане на края на колона, приложен като клизма. Кортикостероидите също така са хормони, които естествено се произвеждат от надбъбречните жлези в нашия организъм.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Валидирано	Изследване	Ако нещо е валидирано, това означава, че е доказано, че е вярна мярка, на това, което твърди, че може да измерва. Например, индексът за тежест на заболяването, ще бъде валидиран след като бъде доказано, че измерва тежестта на заболяването правилно.
Ведолизумаб	Лекарство	Биологично (биотехнологично произведено) лекарство, което се използва за лечението на ВЧЗ. Прилага се на пациента под формата на на капване директно в кръвотока.
ВЧЗ	Заболяване	Съкращение за Възпалително чревно заболяване, това е сборно понятие за болестта на Крон и улцерозния колит.
ВЧЗН или ВЧЗ неklasифицирано	Описание на заболяване	Ако не може да се прецени дали даден човек има БК или УК след като бъдат проведени всички изследвания, трябва да се използва терминът ВЧЗН.
Гастроентеролог	Друг	Това е лекар, който специализира в лечението на стомашно-чревни заболявания като ВЧЗ.
Двойноконтрастна бариева клизма	Изследване	Това е процедура, при която се правят рентгенови снимки на колона и на ректума след като в ректума е въведена течност, която съдържа барий. Барият полепва по лигавицата на колона и ректума и на рентгеновата снимка очертава контура им, като по този начин, помага да се покажат абнормалностите.
Електролити	Изследване	Изследвани чрез кръвните изследвания, тези минерали (например натрий, калий и хлориди) във Вашия организъм и други телесни течности, които носят електричен заряд. ВЧЗ могат да причинят абнормни нива на електролити.
Ендоскопия	Изследване	Процедура, при която камера на края на дълга тръбичка бива въведена в организма, за да се огледат пряко органите, които се изследват. Най-често срещаната ендоскопия при пациентите с ВЧЗ е (илео) колоноскопията.
Ендоскопска интубация	Изследване	Това представлява поставянето на тръбичка в организма, като се използва ендоскоп.
Ендоскопски	Изследване	Това е наречието за ендоскопия
Ентероскопия асистирана от медицинско изделие	Изследване	Изследване на тънкото черво със специален ендоскоп.
Еритема нодозум	Заболяване, свързано с ВЧЗ	Възпалително състояние на кожата.
Еритропоетичен агент	Лекарство	Това е лекарство, което стимулира производството на червени кръвни клетки.
Железен дефицит	Заболяване	Това е състоянието, когато в кръвта няма достатъчно желязо.
Железен	Заболяване	Това е състояние, при което желязото е

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



дефицит без анемия		изчерпано, но не до такава степен, че да предизвика анемия.
Желязодефицитна анемия	Заболяване	Това е състояние, при което в кръвта има недостиг на червени кръвни клетки поради дефицит на желязо.
Изпразнение или изпразнения	Друг	Изпразнението е фецес или изхождане.
Илеоколоноскопия	Изследване	Ендоскопия за оглеждане на колона и на илеума.
Илеоректална анастомоза	Оперативна интервенция	Това е оперативна интервенция, при която ректумът се запазва и илеумът бива прикачен към ректума. Това се различава от IPAA, при която ректумът не се запазва.
Илеоскопия	Изследване	Това означава ендоскопия за оглеждане на илеума, който е най-долната част от тънкото черво.
Имунизиран	Друг	Даден човек е имунизиран, ако той/тя е станала имунна към дадена инфекция. Обичайните имунизации, включват тези за заушка, паротид и тетанус, но има и много други.
Имуномодулатор	Лекарство	Имуномодулаторите отслабват или стимулират активността на имунната система. Имуносупресантите са обичайно използвани имуномодулатори при лечението на ВЧЗ, той като се счита, че ВЧЗ, поне от части се предизвиква от свръхреактивна имунна система.
Имуносупресант	Лекарство	Група лекарства, използвани да забавят имунната система, включително стероиди, тиопурины, метотрексат, анти-TNF лекарства и ведолизумаб. Тъй като ВЧЗ може да бъдат причинени от свръхреактивна имунна система, имуносупресантите могат да бъдат полезни за лечението им.
Индекси за тежест на заболяването	Изследване	Индексът за тежест на заболяването е начин за измерване на тежестта на заболяването на базата на симптомите на пациентите и определени изследвания (например как изглежда червото при ендоскопия). Обикновено по тежкото заболяване се представя с по-високи резултати по индексите. Един пример за това е Индексът за активност на заболяването при улцерозния колит (UCDAI) или индексът за активност на болестта на Крон (CAAI).
Инфликсимаб	Лекарство	Анти-TNF биологично средство, използвано обичайно за лечение на ВЧЗ. Прилага се на пациента под формата на накапване директно в кръвотока.
Калциневринови инхибитори	Лекарство	Имуносупресивните агенти, които са използвани за лечение на ВЧЗ и за предотвратяване на отхвърляне на органи при трансплантирани пациенти.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Кератолитичен агент	Лекарство	Това е лекарство, което се използва се отстраняване на брадавици и други лезии.
Клизма	Лекарство	Това е течност, която се въвежда в долната част на червото през ректума. Това може да се направи, за да се подпомогне лекаря да проведе изследвания или като път на въвеждане на лекарството.
Колектомия	Оперативна интервенция	Отстраняване на колона от хирург. Той предшества операцията тип IPAA при пациенти с УК.
Колон (вижте изображението)	Телесна част	Може да се нарече още дебело черво.
Колонография	Изследване	Това може да бъде проведено, като се използва КТ или ЯМР апарат. Това е метод за получаване на изображение от вътрешността на колона, без да е необходимо да се използва ендоскоп.
Колоноскопия	Изследване	Това е изследване, при която камера с ендоскоп бива въведена в ректума и целия колон, за да се изследва активността на заболяването и да се вземат биопсии.
Колоректален хирург	Друг	Това е хирург, който специализира хирургия на ректума, ануса и колона.
Кортикостероиди (или стероиди)	Лекарство	Група лекарства, които имитират ефектите на хормоните, които естествено се образуват от надбъбречните жлези и действат като имunosupresant. Хидрокортизонът и преднизолонът са два обичайно използвани стероида при лечението на ВЧЗ.
Креатинин	Изследване	Кръвното изследване за креатинин спомага да се определи, колко добре функционират бъбреците.
КТ (компютърна томография)	Изследване	Това е вид на рентгеново изследване, което се провежда в машина за сканиране.
Лактоферин	Изследване	Протеин, който се отделя в червата, когато са възпалени. Пациентът трябва да предостави проба от изпражнения, за да бъде измерен.
Лапароскопски	Оперативна интервенция	Лапароскопската хирургия е начин за провеждане на оперативни интервенции, при която се правят малки разрези на пациента и се въвеждат камери, за да се огледа хирургическото поле. Поради по-малките разрези това обикновено води до по-бързо възстановяване, от колкото обикновената оперативна интервенция.
Левостранен колит	Описание на заболяване	Това е форма на УК, която засяга до лявата половина на колона, но не е отвъд нея и може да бъде ефективно лекувана с локално лечение
Лимфопролиферативни нарушения	Заболяване	Група заболявания, при които лимфоцитите (белите кръвни клетки) се произвеждат в прекомерно количество. LPDs включват

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



(LPDs)		различни видове левкемии и лимфоми.
Локализирано заболяване	Описание на заболяване	Заболяване, локализирано до една система от органи или локализирана зона от червата.
Локално	Лекарство	Това е лекарство, което лекува възпалението директно без да бъде абсорбирано в организма.
Лоперамид	Лекарство	Типичен антидиаричен медикамент, виж антидиаричен.
Малабсорбция	Усложнени е на БК	Абнормна абсорбция на хранителни вещества от стомашночревния тракт.
Малнутриция	Усложнени е на БК	Липса на подходящо хранене, което е резултат например на неспособност да се храним достатъчно, невъзможност да се ядат достатъчно от правилните неща или малабсорбция (вижте малабсорбция).
Месалазин	Лекарство	Лекарство, което се използва за лечението на ВЧЗ. Може да се приема перорално или ректално.
Метотрексат	Лекарство	Лекарство, принадлежи към групата на имunosупресантите, които обичайно се използват за лечение на БК. Не е толкова ефективно при улцерозен колит.
Метронидазол	Лекарство	Това е антибиотик, който често се използва за лечение на паучит и фистулизираща форма на БК.
МР (Магнитно-резонансна) ентерография	Изследване	Изследване, което използва магнитни вълни, за да направи диагностични образи на тънкото черво с помощта на перорална контрастна боя. Не се използва радиация.
МРХГ или Магнитно-резонансна холангиография	Изследване	Това е специално изследване, което използва апарат за ЯМР, за да провери за жлъчно-чернодробни нарушения.
Наблюдение	Изследване	Наблюдението се осъществява, когато лекарят редовно проверява пациента с ВЧЗ, често с ендоскопия, за да види дали се е развил рак на червата. Наблюдението е важно, тъй като пациентите с ВЧЗ, са изложени на повишен риск от развитие на рак на червата.
Нежелани реакции	Лекарство	Нежелан (вреден ефект) на лекарство или на интервенция.
Нива на хемоглобина	Изследване	Нивата на хемоглобина измерват колко хемоглобин има във Вашата кръв. Хемоглобинът пренася кислород в кръвта. Ниските нива показват анемия.
Ниво на феритин в серума	Изследване	Това е изследване, което измерва количеството на желязо, съхранявано в организма.
Нискомолекулен хепарин	Лекарство	Това е лекарство, която обичайно се използва, за да се предотвратят кръвни съсиреци.
НК или	Описание	В случаите, когато не е възможно да се каже

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



неопределен колит	на заболяване	дали даден човек има БК или УК, може да се каже, че има НК. НК, обаче, трябва да се използва само за резекционни проби.
НСПВЛ или нестероидни противовъзпалителни лекарства	Лекарство	Тези лекарства могат да осигурят облекчаване на болката и също така да понижат температурата и извънчревното възпаление. Най-често срещаните са ибупрофен и аспирин и е най-добре да бъдат избягвани от пациентите с ВЧЗ, тъй като могат да повишат риска от обостряне.
Обостряне или рецидив	Описание на заболяване	Това е състояние на активно заболяване и е обратното на това заболяването да бъде в ремисия. Човек, който е в обостряне ще изпитва симптоми и ще има възпаление.
Образно изследване	Изследване	Произвеждане на снимка или изображение на част от тялото, като се използват само няколко вида техники, като рентгенови лъчи, ултразвук, КТ или ЯМР. Образните техники, често са необходими, за да се оцени, коя част от тялото е засегната от ВЧЗ.
Обструкция, обструктивен	Усложнени е на БК	Обструкция се наблюдава, когато възпалението при БК задебели стената на червото, което води до стесняване на червото или когато части от червото образуват сраствания и се блокира потока на чревното съдържимо.
Обхват на заболяването	Описание на заболяване	Това се отнася до това каква част от колона е засегната от УК или БК. Това не трябва да се бърка с тежестта, което се отнася до това, колко дълбоко и разпространено е възпалението. Разпространението на заболяването е полезно, за да се групира УК в проктит, левостранен колит и разпространен колит, подобно на БК с тънкочревно, дебелочревно и засягане на ГИТ.
Ориентиран към пациента	Друг	Грижата ориентирана към пациента, включва осигуряване на това личните нужди на пациента да бъдат уважени и удовлетворени и на това ценностите на пациента да насочват клиничните решения.
Остеопения	Заболяване	Това представлява отслабване на костите, което не е достатъчно значимо, за да бъде сметено за остеопороза.
Остеопороза	Заболяване	Това е медицинско състояние, при което костите стават слаби и човек е изложен на по-висок риск от развитие на фрактура.
Паучит	Усложнени е	Възпаление на илеалният пауч (вижте ИПАА).
Периферен артрит	Заболяване	Ставно възпаление, което обикновено засяга големите стави на крайниците.
Перорален	Лекарство	Пероралните лекарства са лекарства, които се вземат през устата.
Пиодерма	Заболяване	Възпаление на кожата, което води до болезнени

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



гангренозум		разязвявания, причинени по автоимунни механизми, а не от инфекция, което понякога са наблюдава при пациентите с ВЧЗ
Поддържащо лечение	Лекарство	Това е лечение, което се използва, за да поддържа пациента в ремисия.
Постепенно спиране	Лекарство	Ако дадено лекарство се спира постепенно, то се спира постепенно, а не внезапно. Това трябва да се прави при случаите, в които се дават стероиди, тъй като внезапното спиране на стероидите, може да има тежки нежелани реакции.
Разпространен колит	Описание на заболяване	Това е УК, който засяга целия колон.
Разпространение (разпространени е на заболяване)	Описание на заболяване	Разпространение на заболяването се отнася до това каква част от червото е засегната от ВЧЗ.
Рак на червата	Заболяване, което е свързано с лечението на БК/УК	Може да се нарече още колоректален карцином. Това е рак на червата, който пациентите с ВЧЗ, е по-вероятно да развият. Освен останалите неща, може да предизвика симптоми като кръв в изпражненията, промяна в ритъма на изхождания, коремна болка, бучки в корема и загуба на тегло.
Резекция	Оперативна интервенция	Хирургично отстраняване на орган или на част от орган или друга част на тялото.
Ректален	Телесна част	Нещо, което е ректално се отнася до края на дебелото черво, която се нарича ректум. Например лекарство, което се поставя в ректума през ануса се нарича ректално лекарство.
Ректум	Телесна част	Това е последната част от дебелото черво. Завършва с ануса.
Ремисия	Описание на заболяване	Ремисията е състояние, когато даден човек няма активно заболяване; това е противоположното понятие на термините "обостряне" или "рецидив", които се използват, когато човек има активно заболяване.
Рецидив	Описание на заболяване	Повторно активиране на заболяване.
Сакроилеит	Заболяване	Възпаление на ставата между сакрума и илеачните тазови кости.
Свещички или свещичка	Лекарство	Това е лекарство, което се поставя в ректума и след това се стапя и покрива лигавицата на червото, за да лекува възпалението.
Серологичен	Изследване	Серологията изучава серума и останалите телесни течности. Обикновено се използва, за да се диагностицират антитела в серума.
Серология	Изследване	Това представлява изследване на серума или на

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		други телесни течности.
Серумна урея	Изследване	Уреята е вещество, което обичайно се очиства от кръвта чрез бъбреците в урината. Нивата на урея в серума са важни за изследване, тъй като абнормните отчитания могат да посочат дали бъбреците са засегнати или дали пациентът е дехидратиран.
Сетон	Оперативна интервенция	Нишка, която се използва, за да се поддържа хода на фистула отворен и да се избегне събирането на колекция в абсцес.
Сигмоидоскопия	Изследване	Това е сходно на колоноскопията, с изключение на това, че се изследва само последната част на колона, спрямо изследването на целия колон при колоноскопията.
Синдром на раздразненото дебело черво (СРДЧ)	Заболяване	Често състояние със симптоми, сходни на ВЧЗ, но без възпаление.
Системен	Лекарство	Системно лечение е това, което повлиява целия организъм. Понятието е противоположно на понятието локално лекарство- такова, което не преминава през цялото тяло.
СОХ-2 инхибитори	Лекарство	Това е лекарство, което е по-специфично от НСПВЛ с по-малко нежелани лекарствени реакции и по-добра поносимост при ВЧЗ.
Спасителна терапия	Лечение	Спасителното лечение представлява лечение, което се използва, когато всички конвенционални форми на лечение са претърпели неуспех и се използва, като последен опит да се постави заболяването под контрол.
Стеноза	Заболяване	Това е стесняване, което е достатъчно значимо, за да предизвика достатъчен дискомфорт на пациента.
Стероиди	Лекарство	Стероидите се използват обичайно за лечението на ВЧЗ и действат като имunosупресори. Могат да бъдат за системно или за местно приложение. Поради многобройните им нежелани реакции, тяхната употреба трябва да бъде възможно най-ограничена.
Стриктурa	Заболяване от БК	Това е стесняване, което е достатъчно значимо, за да предизвика достатъчен дискомфорт на пациента.
Субтотална колектомия	Оперативна интервенция	За разлика от колектомията, това е колектомия, която включва отстраняване на част от дебелото черво, не на цялото дебело черво.
СУЕ или скорост на утаяване на еритроцитите	Изследване	Кръвно изследване, което се използва, за да се прецени степента на възпаление в организма, сходно на CRP.



Сулфасалазин	Лекарство	Сулфасалазин е лекарство, което се използва за лечението на ВЧЗ. Сулфасалазинът се състои от две части, 5-ASA, активна част и антибиотик, сулфапиридин. Сулфасалазинът се разделя от бактериите в дебелото черво и доставя 5-ASA.
Такролимус	Лекарство	Това е имunosупресант, сходен на циклоспорин, който се използва перорално за лечение на УК.
Тенезми	Описание на заболяване	Болезнени спазми или крампи в ректума/ануса, обикновено придружени от неволеви напъни и позиви за дефекация, без реално отделен продукт.
Терминална илеостомия	Оперативна интервенция	Това е, когато края на тънкото черво бива отделен и изведен през коремната стена и зашит за кожата, така че да образува стома. Хората, които имат терминална илеостомия, носят торбичка на корема си, за да събират изпражненията си.
Тиопурины	Лекарство	Тези лекарства са имunosупресанти. Азатиопринът и меркаптопуринът са най-често използваните такива за лечението на ВЧЗ.
Трансфериново насищане	Изследване	Това е мярка за желязосвързващия капацитет на организма и нивата под 16% посочва желязен дефицит.
Т-резултат	Изследване	Т-резултатът измерва костната плътност.
Тромбоцитоза	Изследване	Повишен брой на тромбоцитите (кръвни плочици).
Туберкулоза	Заболяване	Това е инфекциозно заболяване, което засяга белите дробове и други части на организма, предизвикано от микобактериум туберкулозис.
Тънкочревната капсулна ендоскопия (ТЧКЕ)	Изследване	Изследване, при което пациентът поглъща капсула, която съдържа малка камера. Камерата записва изображения от стомашно-чревния тракт.
Увеит	Заболяване	Това е възпаление на съдовата обвивка на очите.
УК или улцерозен колит	Описание на заболяване	УК е едно от възпалителните чревни заболявания.
Ултразвук	Изследване	Образен метод за изследване, който използва звукови вълни, за да оценява органи в организма.
Урзодезоксихолева киселина	лечение	Това е перорално лечение, което може да се прилага при пациенти с ПСХ (Първичен склерозиращ холангит, хронично чернодробно заболяване, характеризиращо се с възпаление и фиброза на жлъчните пътища извън черния дроб.), за да се предпази черния дроб и да се предотврати рак на дебелото черво
Фекален калпротектин	Изследване	Протеин, който се отделя в червата, когато са възпалени. Нивата на фекалния калпротектин се повишават само при чревно възпаление, като по



		този начин фекалният калпротектин се оказва по-добър за измерване на възпалението от CRP или СУЕ (Не е специфично за ВЧЗ). Пациентът трябва да предостави проба от изпражнения, за да бъде измерен.
Фертилен	Друг	Фертилен е човек, който е физически способен да има деца.
Фистула, фистули	Усложнени е на БК	Абдомен канал, който се простира през чревната стена, като създава абнормен пасаж между червото и кожата или между червото и друг орган. Единичните фистули се състоят от самостоятелен фистулен ход; сложните фистули имат множество ходове. Фистулизиращата БК е форма на БК.
Фистулография	Изследване	Изследване с рентгенови лъчи на фистула.
Фистулотомия	Оперативна интервенция	Хирургическо отваряне на фистула.
Фрактура	Друг	Това представлява счупване на костта, което е причинено или от еднократно събитие или от продължителен стрес на костта.
Хистологично	Изследване	Хистологичното изследване се провежда, като тъканта от биопсия бъде изследвана под микроскоп.
Хронични заболявания	Описание на заболяване	Това са заболявания, които човек има за дълго време (обикновено за цял живот). ВЧЗ са хронични заболявания.
Цервикална дисплазия	Заболяване	Абнормно развитие в тъканта на шийката на матката.
Циклоспорин	Лекарство, свързано с УК	Калциневринов инхибитор, който представлява лекарство, използвано, за да се забави имунната система и респективно може да се използва за лечението на УК.
Ципрофлоксацин	Лекарство	Антибиотик, който също се използва за лечение на ВЧЗ и паучит.
ЯМР или Ядрено-магнитен резонанс	Изследване	Изследване, което използва магнитни вълни, за да направи диагностични образи на различни части от тялото. Не се използва радиация.