

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Ulcerative Colitis (UC)

 Bulgarian



European  
Crohn's and Colitis  
Organisation



United We Stand

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



## Насоки за пациента за улцерозен колит (УК) на ECCO-EFCCA

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

\* Тези автори са допринесли по-равно като първи автори

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

<sup>1</sup>AMICI Onlus - Associazione Nazionale Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, Via A. Wildt, 19/4, 20131 Милано, Италия; <sup>2</sup>ACCU ESPAÑA - Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España. C/ Enrique Trompeta 6, Bajo 1. C.P. 28045. Мадрид, Испания; <sup>3</sup>CCFI - The Israel Foundation for Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, POB 39957, Tel Aviv 61398; <sup>4</sup>AFA - Association Francois Aupetit, 32 rue de Cambrai, 75019 Париж, Франция; <sup>5</sup>inflatuvar barsak hastalıkları dayanışma ve Yardımlaşma Derneği, Caferağa Mah. Moda Caddesi No: 20 Borucu Han. K:1 Büro No: 103 Kadıköy, Истамбул, Турция; <sup>6</sup>ASPIIR - Asociația Persoanelor cu Boli Inflamatorii Intestinale din România (Romanian Association of People with IBD), Calea Mosilor 268, Букурещ, Румъния; <sup>7</sup>Crohns & Colitis UK – CCUK, 45 Grosvenor Road, St Albans, Hertfordshire AL1 3AW, Обединеното кралство; <sup>8</sup>CCAFIN - Crohn ja colitis ry, Kuninkaankatu 24 A, 33210 Тампере, Финландия; <sup>9</sup>Klaipeda University Hospital, Department of Pathology, Liepojos g. 41, LT-92288 Клайпеда, Литва; <sup>10</sup>Crohn's og Colitis Ulcerosa samtökin á Island, P.o. Box. 5388, 125 Reykjavik Iceland; <sup>11</sup>Royal Alexandra and Vale of Leven Hospitals, Department of Gastroenterology, Corsebar Road, Пейсли, Шотландия, Обединеното кралство, PA2 9PN; <sup>12</sup>University of Bologna, Department of Medical and Surgical Sciences, Via Massarenti, 9, 40138 Болоня, Италия; <sup>13</sup>Gastroenterology and Hepatology, Sheba Medical Center, 52621 Тел Ашомер, Израел; <sup>14</sup>University Medical Center Utrecht, Department of Gastroenterology, Heidelberglaan 100, P.O. Box 85500, 3584 GX Утрехт, Нидерландия (until September 2015)

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

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

## 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.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



## 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

Европейската организация по Крон и колит е най-голямата асоциация за специалисти по възпалителни чревни заболявания (ВЧЗ) в света. В допълнение към обучението и проучванията, създаването на нови познания, също е включено сред целите ѝ. Като разработва практически насоки, свързани с ВЧЗ, ECCO събира експертната на най-добрите специалисти в различни дисциплини, за да генерира тези справочни документи по кооперативен и консенсусен начин.

През 2006 г. ECCO публикува първите си насоки, които покриват диагностиката и поведението при болестта на Крон<sup>1,2</sup>. От този момент след непрекъснат интерес за промотирането на обща европейска перспектива, свързана с ВЧЗ, общо петнадесет насоки на ECCO вече са били публикувани, като са покрити различни теми, свързани с улцерозния колит (УК) от общото контролиране<sup>3</sup> до много тесни въпроси, като педиатричния УК<sup>4</sup>.

Колатерално и от основаването си, основната цел на Европейската федерация по болест на Крон и асоциацията по улцерозен колит (EFCCA) е била да подобри качеството на живот на пациента, като разпространява добри практики за пациентите и техните семейства, включително образователни инициативи, повишаване на публичното съзнание, насърчаването на изследванията и разработването на нови средства за лекарствено лечение.

Чрез инициатива за подобряване на въздействието, което консенсусите за ВЧЗ имат, ECCO и EFCCA са положили синергични усилия да доставят следните насоки на пациентите, които страдат от улцерозен колит.

Препоръките, включени в този документ са сбор от най-ценните постулати за диагностиката и лечението на УК. Целта на тези насоки е да се предостави по-добро разбиране за това, как се диагностицира УК и как се лекува от здравните специалисти. Насоките са разделени в 5 основни тематични блока, свързани с:

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



диагностика, активно заболяване, ремисия, оперативни интервенции, колоректален карцином и извънчревни усложнения. В края на документа е разположен речник за по-добро разбиране на използваната терминология. В допълнение, за да се постигне по-висок брой на пациенти читатели и да се гарантира лесното разбиране от тяхна страна, тези насоки са адаптирани в удобен за пациентите формат.

## Диагностика на улцерозния колит (УК)

Това каква част от Вашия колон е засегнат (т.е. разпространеността на заболяването) ще помогне да се прецени какво лечение трябва да провеждате. Типът на лечението зависи от това колко разпространено е заболяването и спомогат на лекаря или на сестрата да решат дали трябва да приемате перорално и/или локално лечение. Разпространението на заболяването има значение за определяне на това кога трябва да започне наблюдението на Вашето заболяване и колко често трябва да се провежда то. Следователно, Вашият УК се групира на базата на това, каква част от вашите черва са засегнати. Предпочитаният начин за групиране на УК се определя чрез ендоскопия, която позволява потвърждаване на степента на възпаление на червата Ви. УК може да бъде групиран в проктит, левостранен колит и разпространен колит.

Експертите са съгласни, че най-добрият метод за класифициране на УК е чрез колоноскопия. УК трябва да се раздели на проктит, левостранен колит и разпространен колит (отвъд спленалната флексура).

Има две големи причини защо пациентите с УК трябва да бъдат класифицирани според разпространението на заболяването; 1. Това повлиява типа на лечение и 2. Това определя обемът на наблюдение, което човек получава. По отношение на лечението, първата линия на лечение за проктита, често са свещички. За левостранния колит се използват клизми и перорална терапия (често пъти комбинирана с локална терапия) за разпространен колит.

По отношение на наблюдението, разпространението на заболяването е важно за предвиждането на това кой може да развие колоректален карцином. Пациентите с проктит нямат нужда от колоноскопия за наблюдение, но тези с левостранен колит или с разпространен колит имат нужда.

Полезно е за лекарите да групират УК на базата на тежестта му. Такъв тип групи помагат на лекаря да прецени кое е най-доброто лечение. Тежестта има ефект върху това дали лечението трябва да бъде локално, системно, хирургическо или дали изобщо трябва да започва. Индексите за тежест на заболяването все още не са валидирани по подходящ начин. Клиничните, лабораторните, образните и ендоскопските мерки, включително биопсии, помагат на лекарите да решат кое е най-доброто лечение. За определението за ремисия все още няма пълно съгласие. Ремисията най-добре се дефинира, като се използва комбинация от клинични показатели (т.е. брой на изхождания  $\leq 3$  през деня без кръв) и без признаци на заболяването при ендоскопия. Липсата на признаци на остро възпаление при биопсията също е от значение.

Лечението на пациента отчасти се определя от това колко е тежко заболяването. Тежестта на възпалението определя това дали пациентът да не получава лечение, да получава перорално лечение, интравенозно лечение или оперативно лечение. Много индекси за тежест на заболяването да предложени, но нито един не е валидиран (т.е. доказано точен и полезен) все още. Общо прието е че комбинация от клинични характеристики, лабораторни находки (кръвни нива на С-реактивен протеин или изследване за фекален калпротектин в изпражнения), образна находка (например,



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



рентгенови лъчи), техники и ендоскопски находки (включително биопсии) подпомагат лекарите при контролирането на пациентите им. Определението за ремисия все още предстои да получи пълно съгласие от експертите. В наши дни най-доброто определение за ремисия съчетава симптомите на пациента и находката от колоноскопията. Тези пациенти, за които се счита че са в ремисия ще имат три или по-малко изхождания за деня без кървене и без възпаление при колоноскопията. За предпочитане те също няма да имат и микроскопско възпаление в биопсиите си.

## Симптоми на УК

Симптомите на УК зависят от това до колко е възпален колана и колко тежко е заболяването. Кръвта в изпражненията, диарията, ректалното кървене, тенезмите и/или нуждата от спешно посещение на тоалетната са най-честите симптоми. Пациентите с УК също така често имат нужда да се изхождат през нощта. Общото неразположение, загубата на апетит, повишената температура, са признаци, че имате тежък пристъп.

Симптомите на тежкия УК, като цяло съвпадат с тези на тежко възпаление на колона и с това каква част от колона е засегната; възпалението на колона се измерва, като се използва колоноскопия и биопсия.

Най-честият симптом, демонстриран от пациентите с УК е видимата кръв в изпражненията. Повече от 90% от пациентите съобщават за това. **Пациенти с екстензивен и активен УК**, демонстрират хронична диария, обикновено с кървене от ректума или поне с видима кръв в изпражненията. Пациентите също така са съобщавали за позиви за дефекация, тенезми, изхождане на слюз или на кръв, имат нужда да се изхождат през нощта, спастична коремна болка (често в лявата страна на долната част на корема) преди изхождане и облекчаваща се след изхождане. Още повече, ако човек има тежко възпаление, често има повишена температура, ускорен пулс, загуба на тегло, подуване на корема и отслабена перисталтика. За разлика от тях, **пациентите с проктит**, обикновено съобщават за ректално кървене, позиви за дефекация, тенезми и понякога тежък запек.

## Анамнеза на пациента

Пълната анамнеза трябва да включва много въпроси. Например лекарят трябва да попита кога са започнали симптомите и кои тип симптоми. Такива симптоми включват:

- кръв в изпражненията
- позиви за дефекация
- консистенция на изпражненията и честота
- тенезми
- коремна болка
- липса на контрол върху дефекацията
- нужда от нощно ходене до тоалетната
- някои симптоми, които не са пряко свързани с червата (например болките по ставите)

Лекарят трябва да ви попита също за:

- скорошни пътувания
- контакт със заразни болести, които могат да засегнат червата
- лекарства (например антибиотици и НСПВЛ)
- навици на тютюнопушене
- сексуално поведение

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



- наличие на член на семейството с БК, УК или рак на дебелото черво
- предходна апендектомия.

Диагнозата на УК трябва да се подозира според клиничните симптоми, като кръв в изпражненията, позиви за дефекация, честота, тенезми, коремна болка, липса на контрол на дефекацията и нужда за ходене до тоалетната през нощта. Лекарят или сестрата трябва да разпитат за фамилната анамнеза, както за ВЧЗ, така и за рак на дебелото черво. Пациентите трябва да бъдат разпитани за симптоми от страна на очите, устата, ставите или кожата. Трябва да се обмислят и изключат инфекциозен (например бактерии от задгранични пътувания) или лекарствено индуциран (например НСПВЛ, като ибупрофен) колит.

Апендектомията за потвърден апендицит е демонстрирано, че понижава риска от развитие на УК, по-късно в живота. Също така, апендектомията, прави УК по-малко тежък, ако бъде проведена за "истински" апендицит в по-млада възраст. Ако имате член на семейството с БК или УК, самият вие сте изложен на по-висок риск да развиете УК.

Изпитванията са демонстрирали, че в случай че човек е претърпял апендектомия за потвърден апендицит в ранна възраст, той е по-малко вероятно да развие УК; това понижение на риска се съобщава да достига до 69%. В допълнение, ако развиете УК след апендектомия, е по-малко вероятно той да бъде тежък. Трябва да се отбележи, че апендектомията не предотвратява развитието на ПСХ. Към настоящия момент не е известно дали апендектомията след развиването на УК повлиява хода на заболяването.

Първостепенните роднини на хората с УК е 10-15 пъти по-вероятно да развият УК от своя страна. Тъй като рискът първоначално е толкова нисък обаче, първостепенният роднина ще има 2% повишение на риска за развитие на УК. Следователно това повишение на риска не трябва да има значимо влияние върху пациент с УК, който се колебае дали да има или не деца.

## Физикален преглед

Физикалният преглед трябва да включва няколко неща:

- общо състояние
- пулсова честота
- телесна температура
- кръвно налягане
- тегло
- ръст
- коремен преглед за подуване и възпаление
- ано-ректално изследване

Когато лекар или сестра провежда физикален преглед, находката ще зависи от това колко тежък е УК и от разпространеността на заболяването. Ако човек има лека или умерена активност на заболяването, прегледът им няма да разкрие много освен от кръвта от ано-ректалното изследване. Ако човек има тежко възпаление, може да има повишена температура, учестена сърдечна дейност, болезненост по хода на колона, подуване на корема или отслабена перисталтика.

## Диагностични изследвания

Ранните изследвания трябва да включват пълна кръвна картина, урея в серум, креатинин, електролити, чернодробни ензими, нива на витамин D, изследвания на

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



желязото и CRP. Фекалният калпротектин е точен маркер за наличието на възпаление в колона. CRP и СУЕ са полезни за измерване на отговора към терапията при тежко заболяване. Лекарят трябва да проведе изследване за инфекциозна диария, включително инфекция с Clostridium difficile. Лекарят трябва да провери дали пациентът е ваксиниран срещу множество видове вирусни заболявания и дали няма туберкулоза.

В идеалния случай при диагнозата всеки пациент трябва да има пълна кръвна картина, маркери за възпаление (CRP или СУЕ), електролити, чернодробни функционални изследвания и проведени изследвания с проби от изпражнения. Фекалният калпротектин, получен от изследване на изпражнения ще измери точно дали има възпаление в колона. Изследванията, които измерват възпалението обаче, могат да бъдат нормални при лек или умерен левостранен УК. Пълната кръвна картина може да разкрие (а) високи нива на тромбоцитите, като резултат на персистиращото възпаление, (б) анемия и ниски нива на желязо, посочващи хроничния характер на болестта или тежестта и (в) повишен левкоцитен брой, повдигащ въпроса за наличието на инфекция.

Освен при проктита, нивата на CRP обикновено са по-високи, когато пациентът има тежки симптоми. Високото ниво на CRP обикновено съвпада с висока стойност на СУЕ, ниско желязо и ниски нива на албумина. Тези маркери могат да бъдат използвани също, за да се види дали човек с остър тежък колит има нужда от оперативна интервенция. Когато са повишени CRP и СУЕ могат също да представят наличието на инфекция. Това означава, че те не трябва да се използват самостоятелно за отличаването на УК от други причини за симптомите. Следователно лекарят или сестрата трябва също да изключат други възможни причини, като бактерии (например Clostridium difficile, Campylobacter, или E. coli) или паразити (например амеби).

## Колоноскопия

Когато се подозира УК, колоноскопията (по възможност с илеоскопия) и многократните биопсии от много точки в червата (включително от ректума) са най-добрите методи за потвърждаване на диагнозата и тежестта. В случай на тежки пристъпи трябва да бъдат проведени коремни рентгенографии и трябва да бъде потвърдено активното заболяване чрез сигмоидоскопия като метод на първи избор.

За всички пациенти, които изпълняват критериите за тежък колит е оправдано незабавното приемане в болница, за да се предотврати забавеното вземане на решение, което може да доведе до повишена периоперативна заболеваемост и смъртност.

Колоноскопията с поставяне на тръбичка в тънкото черво, заедно с множество биопсии, е най-добрият метод за потвърждаване на подозирана диагноза УК. Това позволява на лекаря или на сестрата да наблюдават по-голяма част от колона и може да бъде по-ефективно от сигмоидоскопията. Наличието на ресурси обаче, както и тежестта на подозираното заболяване трябва да бъдат обмислени. Колоноскопия и биопсирането на червата трябва да се избягват при пациенти с тежък колит, поради потенциалната загуба на време и рискът от перфорация на колона.

При пациент с подозиран УК, който има тежко заболяване, може първоначално да се приложи обикновена коремна рентгенография, въпреки че тя не гарантира

диагнозата. При тези случаи може за потвърждаването на това може да се използва сигмоидоскопия вместо колоноскопия.

Ако УК не е активна, находката по време на ендоскопията може да помогне да се предвиди бъдещето на заболяването. Повтарянето на ендоскопията е полезно, ако и когато УК стане активна отново. Тя е полезна също така, ако пациентът трябва да взема стероиди, за да остане в ремисия, или ако не може да влезе в ремисия, дори когато приема стероиди. И последно, ендоскопията е от полза, ако се обмисля колектомия.

Изпитванията демонстрират, че в случай че няма признаци на възпаление по време на колоноскопията, е по-малко вероятно пациентът да рецидивира или да има нужда от колектомия в бъдеще. Те също така е по-вероятно да бъдат без симптоми през годината след колоноскопията. Локализацията на заболяването, определена чрез колоноскопия, също е важна за предвиждането на бъдещите резултати, оценката на риска от рак и определянето на това какво лечение да се приложи. Въпреки очевидната важност на колоноскопията за определяне на локализацията на заболяването, никога не е имало изпитване, което да изследва рутинните колоноскопии след първоначалната колоноскопия при диагнозата.

При наличието на стеноза (т.е. стеснение) на колона, лекарят трябва да изключи рак, като причина за това. Трябва да се вземат многократни биопсии от колона и да се обмисли оперативна интервенция. Понякога ендоскопската интубация на целия колон не е възможна. При тези случаи, могат да бъдат използвани образни изследвания, като двойноконтрастната бариева клизма или колонографията.

При улцерозния колит с голяма давност, стенозата на колона (т.е. стриктура/стесняване) е потенциален признак на рак на дебелото черво и изисква внимателна оценка с колоноскопия и биопсии. Ако колоноскопията е непълна поради стеноза, може да се използва бариева клизма с единичен или с двоен контраст, за да се оцени стеснението и прилежащият към него колон. КТ колонографията може да оцени вида на тъканта в близост до стенозата на колона, както и извънчревната (т.е. тъкан, която не е в червото) патология и следователно се превръща в изследването на избор при тази ситуация.

Терминът неопределен колит (НК) трябва да се използва само за проби от резекция. Ако лекарят не знае дали имате БК или УК след като са проведени всички възможни изследвания, тогава състоянието ви трябва да бъде наречено ВЧЗ неклассифицирано (ВЧЗН).

ВЧЗ неклассифицирано е терминът, който най-добре подхожда на случаите, където не може да бъде направено дефинитивно отграничение между улцерозен колит, болест на Крон или други причини за колит. Този термин се прилага, когато не може да се направи разграничение дори след като са взети предвид анамнезата, ендоскопският изглед, хистопатологията на многократни лигавични биопсии и подходящите рентгенологични изследвания. Неопределеният колит е термин, запазен за патолозите, за да опишат проба от колектомия, която има междинни характеристики между УК и БК.

## Лекарствена терапия на активния улцерозен колит

### Проктит

5-ASA 1g свещичка веднъж дневно, е предпочитаният начин за ранно лечение на лек до умерен проктит. Могат да се използват също и клизми с пяна от 5-ASA.



Свещичките могат да доставят повече от лекарството в ректума и пациентите, сякаш ги предпочитат пред клизмите. Комбинирането на локален 5-ASA с перорален 5-ASA или с локален кортикостероид е по-добро за лечение на заболяването от всеки агент по отделно. Пероралният прием на 5-ASA самостоятелно не е толкова добър вариант за лечение на заболяването. По-резистентните проктити може да имат нужда от лечение с имуносупресанти и/или анти-TNF агенти.

Ако даден пациент има проктит, локалното лечение с 5-ASA е най-доброто лечение; това е демонстрирано в многобройни изпитвания, които съобщават, че 5-ASA понижава симптомите и подобрява находката в колоноскопията и в биопсията. Освен това, свещичките са по ефективни от клизмите, тъй като те таргетират мястото на възпалението и се откриват в ректума на повече пациенти след 4 часа (40% срещу 10%). Не се наблюдава повишение в ефективността на 5-ASA при доза от над един грам на ден и еднократният дневен прием е толкова ефективен, колкото и многократният дневен прием.

Множество изпитвания демонстрират, че локалният месалазин е по-ефективен от локалните стероиди по отношение на намаляване на симптомите, както и на подобряване на находката в колоноскопията и биопсията. Топикалните стероиди трябва да бъдат запазени за пациенти, които имат непоносимост към топикално приложение на 5-ASA.

Локално приложената 5-ASA е по-ефективна от пероралната 5-ASA приложена самостоятелно за проктит. Комбинирането на локално и перорално приложение на 5-ASA, междувременно, изглежда по-ефективно от всяко едно по отделно, в случай че пациентът има заболяване, което се простира на по-малко от 50 cm от аналното отворствие. Комбинирането на локално приложение на 5-ASA с локални стероиди също помага. Ако комбинацията от орално или локално приложение на 5-ASA с локални кортикостероиди не лекува успешно състоянието, трябва да се добави перорален преднизолон. Ако всичко останало не успее, трябва да се използва анти-TNF лечение.

## Левостранен колит

Рано в лечението, активният лек-умерен левостранен колит трябва да бъде лекуван с 1 g на аминосалицилатна клизма на ден комбинирана с поне 2,4 g орален месалазин на ден. Комбинираното лечение с перорално плюс локално лечение с 5-ASA е по-добър вариант от използването на локални стероиди или самостоятелно аминосалицилати. Също така е по-добро от самостоятелно прилаганите аминосалицилати. Локалното лечение с 5-ASA е по-добро за лечението на заболяването от локалните стероиди. Вземането на дози от 5-ASA веднъж дневно е толкова добре, колкото вземането на 5-ASA в отделни дози. Ако 5-ASA не функционира, могат да бъдат предписани системни кортикостероиди. Пациентът трябва да бъде приет в болница за интензивно лечение, когато заболяването е тежко.

Има ясни доказателства от изпитванията, че както пероралният, така и локалният прием на 5-ASA е ефективен за левостранен УК. Следователно лечението на първа линия за лек до умерено активен левостранен колит е комбинирано орално и локално лечение с 5-ASA; демонстрирано е, че е по-ефективно и по-бързо като настъпване на ефект да се прилага комбинирано перорално и локално лечение, отколкото всяко приложено по отделно. Резултатите от множество изпитвания демонстрират, че ректалното приложение на 5-ASA е по-ефективно от ректалните кортикостероиди, въпреки че няколко изпитвания демонстрират, че ректалния

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



беклометазон дипропионат (стероидно лекарство) е толкова ефективно, колкото ректално приложената 5-ASA.

Няколко изпитвания демонстрират, че няма предимство от разделянето на дозата и по този начин 5-ASA може да се приема веднъж дневно. Повишаването на дозата обаче е демонстрирано, че води до по-добри резултати при пациентите, а минималната препоръчана дневна доза за левостранен колит е 2,4 g дневно.

Понякога, когато 5-ASA не е ефективна или не се понася добре при пациенти с левостранна УК, трябва да се обмислят перорални кортикостероиди. Пероралните кортикостероиди могат да започват да действат бързо, но имат потенциал да предизвикват повече нежелани лекарствени реакции. 5-ASA отнема средно 9 - 16 дни да започне да действа и отговорът би бил по-бърз при комбинирано лечение, в сравнение с пероралното лечение, приложено самостоятелно. Ако даден пациент на 5-ASA се влоши по отношение на симптоми, има ректално кървене повече от 10-14 дни от започването на лечението или няма подобрене на всички симптоми в рамките на 40 дни, трябва да се започне допълнителна терапия (обикновено перорални кортикостероиди).

## Разпространен колит

Рано в хода на терапията, разпространеният колит с лека до умерена тежест трябва да бъде лекуван с повече от 2,4 g перорална 5-ASA дневно. Това трябва да бъде в комбинация с локален 5-ASA, ако се понася, за да се повиши шанса за постигане на ремисия. Вземането на дози от 5-ASA веднъж дневно е толкова добре, колкото вземането на 5-ASA в отделни дози. Ако някой не отговаря на 5-ASA, трябва да се дават системни кортикостероиди. Тежкият разпространен колит се нуждае от хоспитализация за интензивно лечение.

Перорално приложената 5-ASA е ефективна за индуциране на ремисия за леко до умерено активен разпространен УК. В допълнение, комбинацията от перорално и локално приложена 5-ASA е по-ефективна от пероралната 5-ASA, прилагана самостоятелно; клинично изпитване, демонстрира, че комбинираното лечение постига ремисия при 64% от пациентите, в сравнение с 43%, които приемат самостоятелно перорален 5-ASA. Прилагана веднъж дневно 5-ASA е толкова ефективна, колкото разделените дози при пациенти с разпространен колит.

Пероралните стероиди трябва да бъдат започнати, ако лекото или умерено активно заболяване не отговаря на 5-ASA. По сходен начин, ако пациентът вече получава повече от 2 грама на ден от 5-ASA или имуномодулатори, като поддържаща терапия и има рецидив, те трябва да започнат стероиди. Стероидите е демонстрирано, че са ценни при индуцирането на ремисия в поне две изпитвания. Ако човек има тежък, разпространен УК, трябва да бъде хоспитализиран, тъй като това е потенциално животозастрашаващо състояние.

## Тежък колит

При наличието на кървава диария повече от шест пъти на ден и някакви признаци на системна токсичност (т.е. сърдечна дейност с честота от повече от 90 удара в минута, температура от повече от 37,8C, нива на хемоглобина от по-малко от 10,5 g/dl или СУЕ от повече от 30 mm/h или нива на CRP от повече от 30 mg/l), пациентът има тежък УК и трябва да бъде приет в болницата за интензивно лечение.

Около един на всеки шест пациента с УК има тежко обостряне в някакъв момент на хода на тяхното заболяване. Тежкият УК трябва да се третира сериозно. Въпреки напредъка, реализиран в лечението през последния век, 2,9% от пациентите приети в Обединеното кралство с остър тежък УК загиват, въпреки че по-малко от 1%

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



загиват в специализираните центрове. Поради риска от смъртност от тежък УК е важно да се разпознае, когато настъпва тежко обостряне. Тежко обостряне на УК има, когато пациентът има шест или повече кървави изхождания на ден в допълнение към едно от следните: (а) ускорена сърдечна дейност (повече от 90 удара в минута), (б) повишена температура, (в) анемия или (г) повишени нива на СУЕ или на CRP.

Всички пациенти, които имат тежко обостряне имат нужда да бъдат приети в болница за интензивно лечение, което първоначално ще включва iv. кортикостероиди и след това ще премине постепенно на циклоспорин, такролимус или инфликсимаб, ако пациентът не отговаря на iv кортикостероиди в рамките на три дни. При случаите, при които пациентът не отговаря на лекарственото лечение, пациентите имат нужда от оперативна интервенция. Решенията, по отношение на лекарственото лечение с висока интензивност и оперативното лечение трябва да бъдат вземани бързо, но също така и внимателно. Ако оперативната интервенция бъде отлагана прекалено дълго, могат да настъпят още повече усложнения по време на оперативната интервенция.

Тежкият активен УК трябва да бъде лекуван с iv стероиди. Може да се използва самостоятелно венозен циклоспорин. Трябва да се дава хепарин с ниско молекулуно тегло, за да се понижи риска от кръвни съсиреци. Общ екип от гастроентеролог и колоректален хирург трябва да се погрижат за пациента.

Отговорът към iv стероиди, най-добре се оценява, като се използват медицинските изследвания около третия ден. В случай на тежък активен УК, който не отговаря на iv стероиди, трябва да се обмислят други възможности за лечение, включително оперативна интервенция. Като втора линия лечение могат да бъдат подходящи циклоспоринът или инфликсимаб или такролимус. Ако няма подобрение в рамките на 4 - 7 дни от спасителната терапия, се препоръчва колектомия.

Преценката за това, кога да се препоръча колектомия на пациент с УК, е едно от най-трудните решения, които гастроентерологът трябва да вземе. Гастроентерологът в комбинация с хирурга, обаче, трябва да бъде възможно най-решителен и да не замъглява преценката си по разбираемото нежелание на пациента да забави операцията си. Ако операцията бъде забавена прекалено много, това повишава рисковете от усложнения или дори смърт по време на колектомията.

Необходими са обективни мерки (т.е. мерките, които не са повлияни от емоциите на пациента или на лекаря), за да се подпомогне гастроентеролога при важните вземания на решение по отношение на това дали да се третира тежкият УК с колектомия или с лекарства, като циклоспорин, инфликсимаб или такролимус. Клинични (например висока честота на изхожданията), биохимични (например високи нива на CRP) и рентгенографски (например дилатация на колона) маркери са обективни мерки, които могат да бъдат използвани, за да се подпомогне процесът на вземане на решение. Важно е също така да се вземат предвид индивидуалните особености на пациента, когато се взема решение. Например интравенозният циклоспорин трябва да бъде избягван при пациенти с нисък холестерол и магнезии поради повишен риск от неврологични нежелани лекарствени реакции при тази група пациенти.

## Лекарствено лечение за поддържане на ремисия

Изборът на лекарствено лечение се определя от множество фактори:

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



- каква част от дебелото черво е засегната (т.е. разпространението на заболяването)
- колко често настъпват обострения
- дали предходното поддържащо лечение е било неуспешно
- колко тежко е било най-скорошното обостряне
- какво лечение е било използвано, за да се достигне ремисия при последното обостряне
- безопасност на поддържащото лечение
- превенция на рак.

Изборът на правилното лечение, за да се задържат пациентите в ремисия зависи от група фактори. Пациентите с проктит са по-склонни да имат нужда само от локално лечение, докато тези, с левостранен или разпространен УК ще имат нужда от перорална терапия. Още повече, ако човек има анамнеза за кратки интервали между обостренията, той ще спечели повече от интензивна терапия, тъй като това може да увеличи интервала между обостренията. Ако дадено лекарство не е функционирало за поддръжка в миналото, не трябва да се опитва отново. Ако скорошно обостряне е било по-тежко, трябва да се предприеме по-интензивна терапия. Тежестта на настоящето обостряне ще предвиди вероятността за бъдещо обостряне. Ако даден пациент се нуждае от стероиди, за да постигне ремисия, той е по-склонен да има нужда от интензивна терапия, за да постигне ремисия. Нежеланите реакции на лекарствата трябва да бъдат претеглени спрямо потенциалните ползи по отношение на обострения и превенция на рак.

## Аминосалицилова киселина

Пероралната 5-ASA е първа линия на поддържащо лечение, ако пациентите отговарят на 5-ASA или на стероиди (перорални или ректални). Ректално приложената 5-ASA е първата линия на поддържащо лечение за проктит и може да се използва за левостранен колит. Пероралната и ректална 5-ASA в комбинация могат да бъдат използвани, като втора линия поддържащо лечение.

Множество изпитвания са демонстрирали, че пероралните 5-ASA са ефективни за поддържане на ремисия. В допълнение към това, две изпитвания съобщават, че приложението на ректална 5-ASA успешно поддържа ремисия при пациентите с левостранен УК. Едновременното лечение с перорална 5-ASA и клизми с 5-ASA е демонстрирало повече ефикасност от самостоятелното перорално приложение на 5-ASA за поддържането на ремисия. Изпитване при пациентите в Обединеното кралство съобщават, че 80% предпочитат пероралното лечение самостоятелно; така че изглежда, че пероралното лечение е по-приемливо за пациентите от ректалното лечение.

Пероралната 5-ASA не функционира при доза под 1,2 г дневно. За ректално лечение, 3 г дневно в разделени дози е достатъчно, за да се поддържа ремисия. Дозата може да бъде променена/изменена на базата на това до колко функционира. При някои случаи са от полза по-високите дози с или без локална 5-ASA. Няма да получите повече нежелани лекарствени реакции, от това да вземате 5-ASA веднъж дневно. Други перорални лекарства с 5-ASA се предпочитат пред сулфасалазин (въпреки че сулфасалазинът може да бъде малко по-ефективен), тъй като те имат по-малко нежелани лекарствени реакции. Всички налични перорални 5-ASA са ефективни. Няма силни доказателства, че някой препарат с 5-ASA е по-добър от останалите за поддържащото лечение.



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Минималната ефективна доза за перорална 5-ASA е 1,2 г дневно. Като се вземе предвид, че няма повишение в нежеланите лекарствени реакции при по-високи дози от 5-ASA, по-високите дози трябва да бъдат давани само при определени случаи. Също така няма разлика дали вземате 5-ASA веднъж дневно или по няколко пъти на ден. Вземането веднъж дневно се предпочита, тъй като подобрява придържането към терапията. Въпреки, че пероралните препарати с 5-ASA имат сходна ефективност със сулфасалазин, 5-ASA агентите се предпочитат, тъй като причиняват по-малко нежелани лекарствени реакции. Като цяло, няма ясни доказателства, че някой определен 5-ASA агент е по-добър от останалите.

Продължителното поддържащо лечение с 5-ASA се препоръчва, тъй като може да понижи риска от развитие на рак на дебелото черво.

Изпитване демонстрира, че редовното лечение с 5-ASA понижава риска от развитие на рак на дебелото черво с 75%. Следователно трябва да се обмисли сериозно като поддържащо лечение.

## Тиопурины

Ако са необходими стероиди за оставане в ремисия, пациентът трябва да бъде лекуван с тиопурин.

Азатиопринът е по-ефективен от 5-ASA за понижаване на симптомите и на възпалението (както е отчетено при колоноскопия) при пациенти, които имат нужда от стероиди, за да останат в ремисия. Още повече около половината от пациентите, зависими от стероиди на азатиоприн ще задържат ремисия без стероиди за три години. Следователно, лицата, които имат обостряне при намаляването на стероидите, трябва да започнат да приемат азатиоприн.

Пациентите с умерено активен УК, които не отговарят на тиопурины, трябва да бъдат лекувани с терапия с анти-TNF лекарства или с такролимус. Формите на лечение, които не функционират трябва да бъдат спрени и оперативната интервенция трябва също да бъде разглеждана като алтернатива.

Пациентите с УК, който е зависим от стероиди, които не отговарят на тиопурины, трябва в идеалния случай да бъдат оценени повторно с колоноскопия и биопсия, за да се потвърди диагнозата и да се гарантира, че няма други усложнения. Трябва да се обсъди с пациента стратегия с цел да се спрат стероидите и да се обмисли анти-TNF терапия. Има значителни доказателства, че анти-TNF терапията е ефективна за умерен до тежък УК, който не отговаря на кортикостероиди или на имуномодулатори. Такролимус също може да влезе в съображение, но доказателствата за този тип лечение са по-малко убедителни.

Ако УК не отговори или спре да отговаря на всяка от тези форми на лечение, трябва да се обмисли оперативна интервенция. Колектомията въпреки че не е без риск има възможност да премахне болният колон и по този начин да "излекува" УК. Лечението с имunosупресори или имуномодулираща терапия е безпредметно и ирационално, ако заболяването не се подобрява, поради повишения риск от усложнения по време на и след хирургията поради забавянето.

Всички пациенти трябва да получават поддържащо лечение. Възможно е да се приема лечението на ежедневна база само ако имат ограничено по разпространение заболяване (например проктит).

Важно е да продължите да вземате лекарствата си дори и да се чувствате по-добре. Това е така, защото тези, които спазват приема на лекарствата си имат много по-

малка вероятност да развият обостряне от тези, които не го спазват. На практика, придържането към терапията изглежда е най-важният фактор за определянето на това дали даден човек ще остане в ремисия или не. Например едно изпитване, демонстрира, че лицата, които са взели по-малко от 80% от техните рецепти за поддържаща терапия с 5-ASA, са с 5 пъти по-голям шанс да получат рецидив от тези, които са взели повече от 80% от рецептите си.

Тиопурините могат да бъдат използвани в случаи на лека до умерена активност на заболяването с ранен или чест рецидив, докато вземат 5-ASA при оптимална доза, в случай на непоносимост към 5-ASA, в случай че са необходими стероиди, за да остане пациентът в ремисия или когато ремисията е постигната с циклоспорин (или такролимус). След отговор към анти-TNF лечение, пациентът има две опции, за да остане в ремисия. Първата е да взема някой вид тиопурин. Втората е да остане на лечение с анти-TNF агент с или без тиопурин. Ако имате тежък колит, който отговаря на интравенозни стероиди, циклоспорин или инфликсимаб, трябва да обмислите тиопурини като поддържащо лечение. Ако обаче отговаряте на инфликсимаб е уместно да продължите на инфликсимаб. Ако тиопурините не са ви действали в миналото, трябва да опитате да останете в ремисия, като използвате анти-TNF лечение. При пациентите, които са наивни на тиопурини, с тежък колит, отговарящ на стероиди, циклоспорин или такролимус, тиопурините са подходящи за поддържане на ремисия.

Няколко изпитвания са демонстрирали, че тиопурините са ефективни за поддържането на пациентите с УК в ремисия, въпреки че доказателствата за употребата им при УК са по-малко, отколкото при БК. Скорошно изпитване демонстрира, че азатиопринът е по-добър за поддържането на ремисия без стероиди на шестия месец от 5-ASA (53% остават в ремисия с азатиоприн спрямо 21% от пациентите на 5-ASA). Още повече, че тиопурините могат да бъдат използвани след като бъде постигната ремисия с циклоспорин (или такролимус); ако това бъде направено се понижават шансовете да има нужда от колектомия както в краткосрочен план (т.е. 1 година) така и в дългосрочен план (т.е. 5 години).

Има също така възможност за приемане на анти-TNF лечение. Изпитванията демонстрират, че приложението на инфликсимаб спомага пациентът да постигне и да задържи ремисия, както и да спре стероидите; вероятно също така помага да се избегне колектомията. Демонстрирано е, че адалимумаб помага на пациентите с умерен до тежък УК да постигнат и да задържат ремисия, да се намалят симптомите им, понижава възпалението в дебелото черво и помага да спрат стероидите.

Друг вариант е да се комбинират тиопурини с анти-TNF лечение. Това може да понижи шансът за това анти-TNF да реагира зле или да загуби ефективността си, когато се образуват анти-TNF антитела. Изпитване доказва, че комбинирането на инфликсимаб с азатиоприн е по-ефективно по отношение на спирането на стероидите при пациентите, отколкото всяко по отделно. Комбинирането на двете вероятно също така спомага за предотвратяването на колектомията. Още повече, че е възможно азатиопринът да бъде спрял след първите шест месеца на комбинирана терапия, тъй като антителата, които пречат на функционирането на инфликсимаб и които са инхибирани от тиопурините се срещат по-често през първите месеци след анти-TNF лечението.

## Оперативни интервенции при УК

По-вероятно е да настъпят хирургични усложнения, когато оперативната интервенция бъде отложена.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



В острата фаза трябва да бъде преведена процедура на етапи (първо колектомия), когато липсва отговор към лекарствената терапия или при пациент, който взема 20 mg дневно или повече преднизолон за повече от шест седмици.

Ако това е достъпно, пациентът може да спечели от провеждането на оперативната интервенция от хирург с възможности за лапароскопска хирургия.

В случаите с остър тежък УК, е важно старши хирурзи и гастроентеролози да работят заедно, за да се осигури безопасната работа върху заболяването. При все, че е важно да се опита лекарствена терапия, преди да се премине към оперативна интервенция, е също толкова важно, решението за операция да не бъде излишно забавяно. Забавянето на оперативната интервенция, когато е необходима, често пъти ще доведе до по-лоши резултати по време на и след оперативната интервенция. Следователно, когато лекарствената терапия се е провалила, пациентът трябва да премине към оперативна интервенция.

Оперативната интервенция трябва да бъде проведена в два до три етапа (т.е. колектомия и илеостомия първо), когато пациентът има остър тежък УК или когато е получил много стероиди. Това е така, тъй като тя ще отстрани болната част от колона, като по този начин, пациентите ще могат да възстановят здравето си и да започнат да се хранят пълноценно отново. След колектомията, пациентът може да обмисли дали иска да се подложи на ИРАА или да продължи с илеостома. Провеждането първо на колектомията, също така позволява да бъде изключена диагнозата болест на Крон; ако бъде установена болест на Крон в пробата от колона, това ще означава, че ИРАА не е уместна интервенция. И накрая, може да има предимство от провеждането първо на колектомията по лапароскопски метод, тъй като това може да доведе до по-бързо възстановяване и по-малко усложнения.

ИРАА трябва да се провежда в специализирани референтни центрове с опит при провеждането на процедурата. Това предполага намаляването на усложненията и по-добрата възможност да се спаси ИРАА, когато настъпят усложнения.

ИРАА е много сложна оперативна интервенция. Следователно има тенденция хирурзите и болниците, които провеждат много от тях, да достигат по-добри резултати и по-малко усложнения от тези, които провеждат само по няколко от тях. Освен това, по-опитните хирурзи и болници третират усложненията по-добре и има по-голям шанс да "спасят" ИРАА, ако настъпят сериозни усложнения. По този начин е по-добре ИРАА да бъде проведена в специализиран център, където се провеждат много ИРАА, спрямо центрите, където не се провеждат много.

Пациентите от женски пол във фертилна възраст трябва да обсъдят други хирургични възможности, както с гастроентеролог, така и с колоректален хирург, тъй като има риск да не бъдат в състояние да имат деца след ИРАА. Такива други възможности включват субтотална колектомия и терминална илеостомия или илеоректална анастомоза.

Една от две жени, които се подложат на ИРАА става неспособна да има деца и ИРАА утроява риска от инфертилитет, в сравнение с лекарственото третиране на УК (ниво на безплодие 48% при реципиентите на ИРАА оперативна интервенция спрямо 15% при пациентите с УК на лекарствена терапия). Това вероятно се дължи на образуването на сраствания по фалопиевите тръби в резултат на операцията. Следователно, трябва да се търсят алтернативни възможности от жените, които се надяват да заченат, като постоянна илеостомия или илеоректална анастомоза. Предимството на илеоректалната анастомоза е, че изглежда, че не понижава фертилитета. Недостатъкът е, че възпаленият колон остава (и респективно свързаният с него риск от рак на дебелото черво).

Илеоректалните анастомози трябва да се обмислят при специални случаи. Ако бъдат проведени, запазеният ректум трябва да бъде проследяван от вашия гастроентеролог.

Илеоректалната анастомоза, като цяло не е добър вариант, тъй като тя не елиминира УК и по този начин симптомите на УК е вероятно да се запазят, поради запазеният ректум. Въпреки това, един от двама души, които имат илеоректална анастомоза, ще продължи да я има след десет години и качеството на живот е приемливо в сравнение с ИРАА. Следователно, трябва да се обмисля при определени пациенти с УК, особено при жени, които се надяват да забременеят в бъдещето. Ректумът обаче ще има нужда от наблюдение поради риска от рак на дебелото черво в останалата част от ректума.

Вземането на 20 mg преднизолон или повече на ден (или еквивалент) за повече от шест седмици повишава риска от хирургични усложнения. Следователно дозата на кортикостероидите, трябва да бъде постепенно намалена, преди оперативната интервенция да бъде възможна.

Много изпитвания демонстрират, че пациентите, които приемат 20 mg преднизон или повече на ден за повече от шест седмици са по-склонни да развият хирургически усложнения. Следователно дозата на стероидите, трябва да бъде постепенно намалена, преди оперативната интервенция да бъде възможна.

Още повече, когато стероидите се намаляват след оперативната интервенция, е важно да не се предизвика криза на стероидното отнемане, която се характеризира с ниско кръвно налягане, нисък натрий и ниски нива на глюкозата в кръвта.

Вземането на тиопурины или циклоспорин преди оперативната интервенция, не повишава риска от усложнения след оперативната интервенция. Вземането на инфликсимаб преди оперативната интервенция може да понижи риска от усложнения след операцията.

Вземането на тиопурины или циклоспорин преди оперативната интервенция, не изглежда да повишава риска от следоперативни усложнения след колектомията. Някои изпитвания демонстрират, че инфликсимаб не изглежда да повишава риска от развиване на усложнения непосредствено след оперативната интервенция и е вероятно тези усложнения да са свързани с повишен риск от инфекция от имunosупресанта. От друга страна, няколко други изпитвания не са демонстрирали че инфликсимаб повишава риска от следоперативни усложнения и поради това, това не е сигурно. Не е известно дали такролимус повишава риска от следоперативни усложнения, поради липсата на изпитвания, които да изследват това.

## Хирургични усложнения - паучит

Диагнозата паучит, включва симптоми, както и определени ендоскопски и хистологични абнормни находки. Паучитът е по-чест, ако е била засегната по-голяма част от колона, преди операцията или ако има заболяване извън червата (т.е. ПСХ), пациентът е непущач, има p-ANCA позитивна серология или е използвал НСПВЛ.

Симптомите, свързани с паучит, включват повишена честота на изхожданията, течни изпражнения, болки в корема, позиви за дефекация, тенезми и тазов дискомфорт. Могат да се наблюдават ректално кървене, повишена температура или извънчревни прояви. Самостоятелните симптоми не определят дали е паучит. Например, куфитът, което представлява възпаление на останалия ректален маншон, може да предизвика сходни симптоми. По сходен начин болестта на Крон в пауча и синдрома на раздразнения пауч (който е равносилен на синдрома на раздразненото дебело



черво) могат да предизвикат сходни симптоми. Следователно трябва да се използва паучоскопия, което представлява ендоскопия на IPAA, за да се потвърди диагнозата. Възпалението, предизвикано от паучит изглежда по различен начин от възпалението, предизвикано от УК, тъй като това е различно заболяване. Биопсиите трябва да се вземат по време на паучитоскопията, за да се гарантира, че е паучит, а не нещо друго като болест на Крон или C. diff.


Определени фактори са свързани с получаването на паучит. Това да е налице по-разпространен УК преди оперативната интервенция, илеитът с водна диария (т.е. възпаление на терминалния илеум), заболяването извън дебелото черво (особено ПСХ), статуса на непушач и редовната употреба на НСПВЛ, повишават вероятността за развитието на паучит. Въпреки че рисковите фактори не трябва да отказват човек от това да се проведе IPAA, те трябва да се включат в дискусията с пациента.

Най-честите симптоми на паучит са повишеният брой на течни изпражнения, позивите за дефекация, коремните болки и тазовият (т.е. около долната част на корема и ануса) дискомфорт. Повишената температура и кървенето са редки. Не е необходима паучитоскопия, когато няма симптоми.

Симптомите, свързани с паучит, включват повишена честота на изхожданията, течни изпражнения, болки в корема, позиви за дефекация, тенезми и тазов дискомфорт. Могат да се наблюдават ректално кървене, повишена температура или извънчревни прояви. Ректалното кървене е свързано по-често с възпаление на ректалния маншон, отколкото с паучит. Може да се наблюдава фекална инконтиненция при отсъствие на паучит след IPAA, но това е по-често при пациентите с паучит.

Метронидазолът или ципрофлоксацинът помагат на повечето пациенти с паучит, въпреки че най-добрият метод на лечение не е ясен. Ципрофлоксацинът може да предизвика по-малко нежелани реакции. Антидиаричните лекарства (например лоперамид) могат да намалят броя на течните изпражнения (при наличие или отсъствие на паучит).

Антибиотиците са най-ефективния начин да се лекува паучитът. Метронидазолът и ципрофлоксацинът са най-често използваните антибиотици. Изглежда, че ципрофлоксацинът е най-ефективен при намаляването на симптомите, подобряването на находката от паучитоскопията и предизвикването на по-малко нежелани лекарствени реакции. Антидиаричните лекарства (например лоперамид) също трябва да бъдат обмисляни при пациентите с IPAA, тъй като те могат значително да намалят броя на течни изхождания, независимо от това дали пациентът има паучит.

Когато бъде достигната ремисия на паучита чрез антибиотици, **VSL#3**  може да помогне за задържането на ремисията. **VSL#3** може също така да предотврати началото на паучита, когато бъде започнат веднага след приключването на оперативната интервенция за IPAA.

След като бъде постигната ремисия при хроничния паучит, лечението с концентрираната пробиотична смес **VSL#3** спомага за поддържането на ремисия. Демонстрирано е, че превантивното приложение на **VSL#3** може да предотврати първата проява на остър паучит през първата година след оперативната интервенция, като само 10% от пациентите, които са вземали **VSL#3**, развиват паучит, в сравнение с 40% от тези, които са вземали плацебо. В голяма степен не е известно защо **VSL#3** действа, но се счита, че може да действа, като повишава разнообразието на бактериалната флора и понижава разнообразието на гъбичната флора в IPAA.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



## Усложнения - колоректален карцином

Пациентите с УК с голяма давност и разпространение имат по-голяма склонност към рак на дебелото черво.

Рискът за пациент с УК да развие рак на дебелото черво е 2% на 10-тата година, 8% на 20-тата и 18% на 30-тата. Освен това тези пациенти, които са с панколит имат най-голям риск, тези с левостранен колит имат среден риск, а тези с проктит нямат увеличение на риска. Следователно, колкото по-дълго време даден човек е имал УК и колкото по-голяма част от дебелото черво е ангажирана, толкова по-вероятно е да развие рак на дебелото черво.

Някои пациенти с УК са по-склонни да развият рак на дебелото черво от други:

Пациентите с:

- ПСХ
- полипи след възпаление
- членове на семейството, които имат или са имали рак на дебелото черво
- по-тежко и по-продължително възпаление.

Най-постоянните рискови фактори за развитие на рак на дебелото черво, за които се съобщава са първичният склерозиращ холангит (ПСХ) и хистологичната или клиничната активност на заболяването. Пациентите с ПСХ имат пожизнен риск от развитие на рак на дебелото черво до 31%. Полипите след възпаление също е установено, че са силни рискови фактори, въпреки че е възможно този повишен риск да е причинен от диспластични лезии, които са объркани за полипи след възпаление. Фамилната анамнеза за рак на дебелото черво е свързана с повишен риск, въпреки че не непрекъснато и във всички изпитвания.

Лекарят трябва да уточни риска от рак на дебелото черво при скрининг колоноскопията или при първата колоноскопия за проследяване шест до осем години след първите признаци на УК. Нивото на риск основно зависи от това каква част от колона е засегната и колко тежко е възпалението.

Нивото на риск от рак на дебелото черво за пациента може да бъде определено при скрининг колоноскопията или при първата колоноскопия за проследяване осем години след началото на заболяването. Рисковите фактори са (а) панколит, (б) ендоскопски и/или хистологични данни за възпаление, (в) псевдополипи и (г) фамилна анамнеза за колоректален карцином; ако човек има три или повече от тези рискови фактори, той/тя е изложен на висок риск, докато ако имат два или по-малко, са изложени на нисък риск.

Ако човек е изложен на висок риск и има разпространен или левостранен УК, те трябва да провеждат колоноскопия на всеки 1-2 години от осмата година след диагнозата, нататък, но ако са с нисък риск, трябва да провеждат колоноскопия на всеки 3-4 години. Ако няма микроскопски признаци на рак или ендоскопско и/или хистологично възпаление при две поредни колоноскопии за проследяване, интервалът за проследяване може да бъде повишен (например от на всеки 1-2 години до на всеки 3-4 години).

5-ASA може да понижи риска от развитието на рак на дебелото черво. При наличие на ПСХ, трябва да се дава урзодезоксихолева киселина, за да се понижи риска от развитие на рак на дебелото черво. Не е известно дали тиопурините, могат или трябва да бъдат използвани за редуциране на риска от рак на дебелото черво.

Хемопревантивните агенти се използват, за да инхибират, забавят или променят образуването на рака и прогресията. 5-ASA са пример за хемопревантивен агент при

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



УК. Множество изпитвания демонстрират, че 5-ASA препаратите понижават риска от рак на дебелото черво при пациентите с УК; рискът дори може да бъде намален наполовина, като се вземат 5-ASA. От друга страна добавките с фолиева киселина, калций, мултивитаминови или статини, не понижават риска от рак на дебелото черво при УК, докато се знае, че тиопурините са ефективни в това отношение.

Понякога пациентите с УК имат също така и ПСХ и тези пациенти имат много по-голям риск от развитие на рак на дебелото черво; пожизненият риск за тези пациенти може да достигне до 31%. За щастие урзодезоксихолеватата киселина е демонстрирано, че намалява честотата на рака на дебелото черво при пациентите с УК и ПСХ и респективно трябва да се използва рутинно при тези пациенти.

## Други усложнения

Курса на УК може да бъде повлиян от психологически фактори. Пациентите, които страдат от стрес или депресия могат да имат повишен риск от рецидив на заболяването. Тези, които често са депресирани, имат ниско здравно-адаптирано качество на живота и тези, които имат тревожност са по-малко склонни да спазват лечението си.

Множество изпитвания при пациенти с УК демонстрират, че психологичният стрес и активността на заболяването съвпадат едно с друго. Изпитванията демонстрират, че високото ниво на възприемания стрес, тревожност и депресия могат да предизвикат обостряния, въпреки че едно изпитване демонстрира, че тези с депресия не са по-склонни да развият рецидив. Следователно доказателствата в това отношение са в известен смисъл смесени. Въпреки това депресията и невротизма (личностна характеристика, характеризираща се с нестабилност, тревожност, страх и тревога) е демонстрирано, че са свързани с по-ниско качество на живот. Тревожността и промените към ниско настроение изглежда са свързани с неспазването на лекарствената терапия за УК.

Психосоциалните ефекти на заболяването и здравно-адаптираното качество на живота трябва да бъдат обсъдени между пациента и лекаря. Трябва да се предоставя приспособена (т.е. индивидуализирана) информация и обяснения относно УК. Комбинирането на самоконтрол и прегледи фокусирани върху пациента, може да подобрят контрола на УК.

Здравните възприятия влияят на усещането на пациента за заболяването. Психологически разтревожените пациенти могат да имат трудности при обработването на важна информация относно тяхното заболяване. Повишаването на информираността на за това може да доведе до подобро ниво на комуникация между пациентът и лекаря или сестрата/професионалистите. Важно е пациентите да бъдат информирани индивидуално за тяхното състояние и да получават емоционална подкрепа. Това е така, защото пациентите, които имат по-малко разбиране за заболяването си са по-склонни да имат по-големи притеснения и тревоги.

Използването на здравните грижи е силно свързано с психологически фактори. Неспазването на медицинските препоръки е съобщавано при над 40% от пациентите и е ситуация, при която отношенията между пациента и лекаря или сестрата могат да бъдат от ключово значение. Насоките за самоконтрол, заедно с консултации фокусирани върху пациента, подобряват контрола на заболяването при пациента. Образователните книжки самостоятелно не изглежда да са от полза и могат да влошат резултатите за пациентите. В допълнение, програмите за обучение на пациенти изглежда, че имат малко или никакво влияние върху хода на заболяването им или на психологическото им благосъстояние.

## Извънчревни усложнения - кости и стави

При УК артритът (т.е. болки в ставите и подуване) може понякога да се наблюдава при ставите на ръцете и краката (наречен "периферен артрит") или в долната част на гърба (наречен "аксиален артрит"). Когато се наблюдава артрит в големите стави на краката и ръцете, лечението на УК, обичайно подобрява симптомите. Ако симптомите персистерат, когато симптомите на УК отзвучат, могат да се използват краткосрочно НСПВЛ. Локалните стероидни инжекции и физиотерапията също са от полза за лечението на периферния артрит. Ако периферният артрит персистира, може да се взема сулфасалазин. Има по-добри доказателства, че интензивната физиотерапия с НСПВЛ може да бъде използвана за лечение на артрит на долната част на гърба. Най-добре е обаче НСПВЛ да се избягват поради липса на безопасност. При аксиалния артрит, сулфасалазин, метотрексат и азатиоприн, обикновено не функционират или функционират слабо. Анти-TNF агентите са добро лечение за анкилозиращия спондилит, когато пациентите не понасят или не отговарят на НСПВЛ.

Препоръките за лечението на свързаната с УК 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 са извлечени от областта на други заболявания.

При периферния артрит лечението на подлежащата УК, като се използват кортикостероиди, имуномодулатори и анти-TNF агенти трябва също да облекчи периферния артрит. Ако лечението на подлежащата УК не облекчи болката в ставите, пациентът трябва да обмисли да приема за кратко НСПВЛ; въпреки че НСПВЛ могат потенциално да влошат подлежащата УК, рискът от това изглежда нисък. Физиотерапията може да доведе до облекчение в симптомите. Приложението на COX-2 инхибитори (например еторикоксиб и целококсиб) 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. Инфликсимаб може също да има благоприятен ефект върху периферния артрит.

По отношение на аксиалната артропатия при УК повечето видове лечение се основават на доказателствата от изпитванията при анкилозиращ спондилит. 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.

Остеопенията може да спомогне да се предвиди бъдеща остеопороза, но представлява малък пряк риск. Ако обаче е изпълнен определен критерий (т.е. резултатът по T-скалата е по-малко от -1,5) трябва да бъдат давани калций и витамин D. Остеопорозата трябва да бъде лекувана при случаи на предходна фрактура (дори ако резултатът по T-скалата е нормален).

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,



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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.

Най-силният прогностичен фактор за бъдеща фрактура е предходна фрактура на прешлен, включително при тези с нормална костна плътност. Следователно всички пациенти с предходни фрактури трябва да бъдат третирани по съответен начин.

## Кожа

Анти-TNF лечението може да предизвика възпаление на кожата. Това обичайно изчезва след като приложението на лекарството се спре. Когато не е ясно какъв е източникът, който предизвиква кожно възпаление, пациентът трябва да бъде насочен към дерматолог. По отношение на това лечението, което трябва да се използва е базирано основно на това, което се е случило при други хронични заболявания. Тези видове лечение могат да включват локални стероиди, локални кератолитични агенти, витамин D, метотрексат или превключване или спиране на лечението с анти-TNF агент.

Анти-TNF лечението при пациентите с УК понякога може да предизвика кожни нарушения, наречени псориазис и екзема; приблизително 22% от пациентите на анти-TNF агент ще изпитат тези нарушения. Кожните лезии не съвпадат със симптомите на ВЧЗ, но са по-чести при жени. Локалната терапия с кортикостероиди, кератолитици (например салицилова киселина, урея), емолиенти, аналози на витамин D и терапия с ултравиолетова светлина (УВ) (УВА или тесноспектърна УВБ) води до частична или пълна ремисия при почти половината от пациентите. Като цяло 34% от хората с кожни проблеми е трябвало да спрат да вземат анти-TNF агенти, тъй като не са могли да поставят кожните проблеми под контрол. За щастие кожните проблеми обичайно отзвучават след като анти-TNF терапията бъде преустановена.

## Очи

Пациент с очни проблеми трябва да бъде насочен към офталмолог. Еписклеритът (т.е. възпаление на окото) може да не налага системно лечение и обикновено отговаря на локални стероиди или НСПВЛ. Увеитът се лекува със стероиди, локални или системни. Имуномодулаторите, включително анти-TNF агентите могат да бъдат от полза при по-упоритите случаи.

Увеитът и еписклеритът са най-честите симптоми, свързани с окото, причинени от ВЧЗ. Еписклеритът може да бъде безболезнен, да се представя само със зачервени очи, но може да има и сърбеж и чувство за парене. Възпалението може да се излекува само без лечение, но обикновено ще отговори на локални стероиди, НСПВЛ или прости аналгетици заедно с лечение на подлежащия УК.

Увеитът (т.е. възпаление на увеята) е по-рядко срещан, но има потенциално по-сериозни последици. Когато е свързан с УК, често се наблюдава и в двете очи, има коварно начало и е продължителен. Пациентите се оплакват от болка в окото, замъглено зрение, чувствителност към светлина и главоболия. Тъй като е сериозно и може да предизвика загуба на зрение, лицето с увеит трябва да посети офталмолог (т.е. медицински специалист по очите) незабавно. Лечението обикновено се състои едновременно от локални и системни кортикостероиди. Всички измежду азатиопринът, метотрексатът, инфликсимабът и адалимумабът е съобщено, че са ценни при резистентните случаи.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



## Черен дроб и жлъчен мехур

Понякога при УК се наблюдават нарушения на черния дроб, жлъчния мехур, жлъчните пътища или жлъчката; тези нарушения се наричат хепатобилиарни. Лекарят трябва да провери за тях, в случаи на абнормни чернодробни функционални проби. Използват се ултразвуково сканиране и серология, за да се провери за автоимунни и инфекциозни причини. Едно възможно хепатобилиарно нарушение е ПСХ и най-добрият начин за диагностицирането му е магнитно-резонансната холангиопанкреатография. Пациентите с ПСХ са по-склонни да развият рак.

Нарушенията в чернодробните изследвания са чести при ВЧЗ. ПСХ е най-честото усложнение, което предизвиква чернодробни нарушения при пациентите с ВЧЗ, въпреки че някои други състояния (например цироза, жлъчни камъни и хроничен хепатит) също се наблюдават заедно с ВЧЗ. Някои лекарства (например азатиоприн) използвани за ВЧЗ могат също така да предизвикат нарушения в чернодробните изследвания. Обикновено чернодробните нарушения ще се появят в рутинните изследвания преди да се появят симптоми.

Ако ултразвуковото изследване е нормално, нежелани лекарствени реакции на медикаментите се считат за малко вероятни, серологичните изследвания за други първични чернодробни заболявания са отрицателни, тогава вероятно ПСХ предизвиква абнормните чернодробни изследвания. Обичайното диагностично изследване за ПСХ е МРХП; ако има наличен ПСХ това ще покаже неправилни жлъчни канали със зони, както на стесняване, така и на разширяване. Ако МРХП не открива нищо, тогава трябва да се проведе чернодробна биопсия. Важно е да се гарантира, че има наличен ПСХ, тъй като това повишава риска на пациента с УК да развие рак на дебелото черво. Следователно тези с ПСХ имат нужда от по-стриктно наблюдение.

## Кръв и кръвосъсирване

Рискът от кръвни съсиреци и смърт, свързана с кръвни съсиреци е удвоен при пациентите с УК, в сравнение с пациентите без УК. При наличен риск от кръвни съсиреци в кръвоносните съдове, превенцията може да бъде проведена механично (например компресивни чорапи) и като се използват лекарства (например хепарин). Лечение на кръвните съсиреци при УК трябва да следва установени възможности за разреждане на кръвта, като се вземе предвид потенциално повишеният риск от кървене.

По голяма степен по неизвестни причини пациентите с УК имат повишен риск от кръвни съсиреци, наречени венозна тромбоемболия във вените. Тези състояния са важни за 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 лекуват кръвните съсиреци. Ако даден човек има повторна поява на кръвни съсиреци, те трябва да обмислят продължително лечение. Дали пациентите с ВЧЗ имат повече усложнения, свързани с кървене, в резултат на лекарства за разреждане на кръвта от хората без ВЧЗ, не е ясно. Пациентите с УК 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.

В случаите на желязодефицитна анемия са необходими желязни добавки. Те трябва да влязат в съображение също и ако има железен дефицит без анемия.

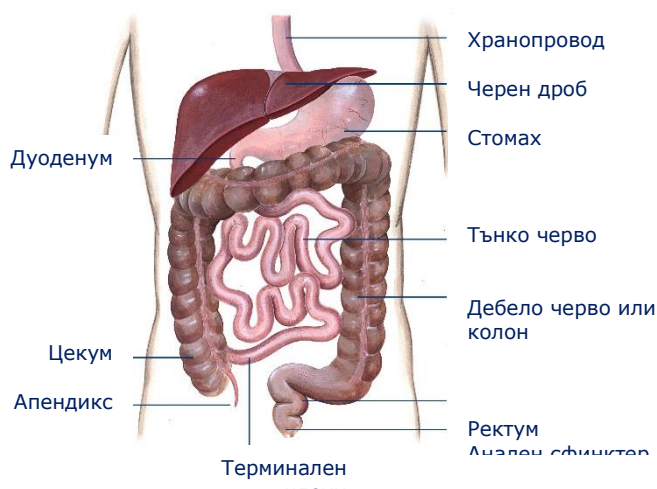
Интравенозното желязо има по-добър ефект и се понася по-добре от пероралното желязо. При наличие на тежка анемия, непоносимост към перорално желязо или липса на добър отговор към пероралното желязо, трябва да се даде интравенозно желязо. Когато са необходими бързи резултати, трябва да се използва iv желязо, заедно с еритропоетичен агент.

Ако има анемия и бъде доказан железен дефицит, трябва да се започне заместване с желязо. При случаи на тежък железен дефицит без анемия, трябва да се предприеме индивидуален подход. Основната цел на терапията за желязодефицитната анемия е да се набави достатъчно количество желязо, за да се повиши хемоглобинът. В идеалният случай нивата на хемоглобина трябва да се покачат с повече от 2 g/dl или до нормални стойности в рамките на 4 седмици, депата на желязо да се попълнят (сатурация на трансферина над 30%), да се облекчат симптомите, свързани с анемията и да се подобри качеството на живота. Нивата на насищане на трансферина от над 50% и нива на феритина от над 800 g/l се считат за токсични и трябва да се избягват.

Заместването с желязо може да се прилага перорално, интрамускулно или интравенозно; като методът се избира според симптомите, причините, тежестта и дали имат други състояния освен УК при пациента. Пероралната терапия, въпреки, че традиционно се предпочита от гастроентеролозите, често води до стомашночревни симптоми, като гадене, флатуленция и диария. Освен това, 90% от желязото не се абсорбира и може да доведе до обостряне на ВЧЗ. Респективно, интравенозните инфузии на желязо печелят популярност, въпреки че не са все още основната терапия, въпреки че са еднакво ефективни, водят до по-бързи резултати и са по-безопасни от пероралното желязо. Като цяло пациентите, които трябва да вземат IV желязо са тези, които не могат да понасят или не отговарят на перорално желязо, с тежка анемия с висока степен на възпаление и които са на лекарства за стимулиране на производството на червени кръвни клетки.

## Речник


### Анатомична илюстрация на стомашночревния тракт



© Hendrik Jonas für Agentur BAR M Berlin

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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 реструктурира, като торбичка и извършва функцията на дебелото черво, която 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 антинеутофилни цитоплазмени 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 втечнена 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 от медицинска сестра.
Адхезии	Усложнение на оперативна	Части от червото срастват заедно поради възпалителни реакции. Може да причини обструкция и болка.



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



	та интервенция	
Азатиоприн	Лекарство	Вижте тиопурины
Аксиален артрит	Заболяване, свързано с ВЧЗ	Заболяване на става(и), което може да засегне гръбнака 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 гръбнака, като причинява болка и схващане в гърба, прогресиращи към гърдите и врата.
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 голимуаб.
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.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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.
Валидирано	Изследване	Ако нещо е валидирано, това означава, че е доказано, че 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 накапване директно в кръвотока.
ВЧЗ	Заболяване	Съкращение за Възпалително чревно заболяване, това е сборно понятие за Болестта на Крон и улцерозния колит.
ВЧЗН или ВЧЗ неклассифицирано	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 стомашночревни 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)

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		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 дефицит без анемия	Заболяване	Това е състояние, при което желязото е 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.
Изпражнение или изпражнения	Друг	Изпражнението 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, имunosупресантите 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 обикновено за лечение на ВЧЗ. Прилага се на пациента под формата на накапване директно в кръвотока.
Калциневринови инхибитори	Лекарство	Имunosупресивните агенти, които са използвани за лечение на ВЧЗ и за предотвратяване на отхвърляне на органи при трансплантирани пациенти.
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 имunosупресант. Хидрокортизонът и преднизолонът са два обикновено използвани стероида при лечението на ВЧЗ.



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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, отколкото 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 (lpds)	Заболяване	Група заболявания, при които лимфоцитите (белите кръвни клетки) се произвеждат в прекомерно количество. LPDs включват 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	Усложнение на БК	Абнормна абсорбция на хранителни вещества от стомашночревния тракт.
Малнутриция	Усложнение 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) ентоерография	Изследване	Изследване, което използва магнитни вълни, за да направи диагностични образи на тънкото черво с помощта на перорална контрастна боя. Не се използва радиация.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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 неопределен колит	Описание на заболяване	В случаите, когато не е възможно да се каже 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 счтено 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	Усложнение	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 гангренозум	Заболяване	Възпаление на кожата, което води до болезнени 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 (разпространение 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.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Ректум	Телесна част	Това е последната част от дебелото черво. Завършва с ануса.
Ремисия	Описание на заболяване	Ремисият 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 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,



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		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	Болестни 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 защит 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 стомашночревния тракт.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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.
Урзодезоксихоле ва 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, която е физически способен да има деца.
Фистула, фистули	Усложнени е на БК	Язва, която 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.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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.