

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Crohn's Disease (CD)



ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



ECCO-EFCCA smernice za pacijente o Kronovoj bolesti (KB)

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

* Ovi autori su podjednako doprineli kao prvopotpisani autori

** Ovi autori su podjednako doprineli kao drugopotpisani autori

¹LMF - Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, Postboks 808 Sentrum, 0104 Oslo, Norveška; ²Bulgarian Crohn's and Ulcerative Colitis Association, Druzba 2, bl. 212, entr. V, apt. 66 Sofija, 1582 Bugarska; ³KVCB - Društvo za kronično vnetno črevesno bolezen, Ljubljanska ulica 5, p.p. 640, 2000 Maribor, Slovenija; ⁴A.S.B.L Association Crohn-RCUH, Rue de la Forêt de Soignes 17, 1410 Vaterlo, Belgija; ⁵ÖMCCV – Österreichische Morbus Crohn - Colitis ulcerosa Vereinigung, Obere Augartenstraße 26-28, 1020 Beč, Austrija; ⁶HELLESCC - Hellenic Society of Crohn's Disease's and Ulcerative Colitis' Patients, Filis 232, Atina, Grčka; ⁷CCUVN - Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland, Houttuinlaan 4b, 3447 GM Vurden, Holandija; ⁸ISCC - Irish Society for Colitis and Crohn's Disease, Carmichael Centre for Voluntary Groups, North Brunswick Street, Dublin 7, Irska; ⁹Polish Association Supporting People with Inflammatory Bowel Disease "J-elita", ul. Ks. Trojdena 4, 02 109 Varšava, Poljska; ¹⁰UKUKS - Udruženje obolelih od Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa Srbije, Pere Četkovića 23, 11060 Beograd, Srbija; ¹¹DCCV e.V. - Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung, Inselstraße 1, 10179 Berlin, Nemačka; ¹²University Hospital Llandough, Penlan Road, Llandough, Južni Vels, CF64 2XX, Vels; ¹³Evangelismos Hospital, Department of Gastroenterology, 45-47 Ypsilandou Street, 10676 Atina, Grčka; ¹⁴Department of Medicine I Gastroenterology, Hepatology, Oncology and Nutrition, Agaplesion Markus Hospital, Goethe University, DE 60431 Frankfurt, Nemačka; ¹⁵Hospital del Mar, Department of Gastroenterology, Passeig Maritim 25-29, 08003 Barcelona, Španija

Organizovanje i odgovarajuća društva: European Crohn's and Colitis Organisation, Ungargasse 6/13, 1030 Beč, Austrija; European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations, Rue Des Chartreux, 33-35 Brisel B 1000 Belgija

Zahvalnost

ECCO i EFCCA bi želeli da zahvale svima koji su doprineli izradi ECCO-EFCCA smernica za pacijente. ECCO i EFCCA bi želeli da odaju priznanje radu autora, Sane Lonfors i Endrjua Mekombija koji su značajno doprineli izradi ECCO-EFCCA smernicama za pacijente.

Politika širenja

Smernice ECCO-EFCCA za pacijente zasnovane su na kliničkim smernicama za Kronovu bolest i ulcerozni kolitis koje je pripremio ECCO. ECCO kliničkim smernicama možete pristupiti preko linka: <https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html>

Molimo Vas da pomognete u informisanju pacijenata o ECCO-EFCCA smernicama za pacijente. Za svaki prevod ECCO-EFCCA smernica za pacijente, potrebno je odobrenje ECCO i EFCCA.



Odricanje od odgovornosti

ECCO-EFCCA vodič za pacijente treba da omogući edukaciju i osnaživanje pacijenta i ima za cilj da obezbedi smernice o najboljoj praksi na evropskom nivou. Zbog toga, neke preporuke mogu da variraju na nacionalnom nivou, kao što i data terapija varira od zemlje do zemlje. Bilo koja odluka u lečenju je stvar ličnog izbora lekara i ne bi trebalo da bude bazirana samo na osnovu sadržaja ovih smernica. Evropska organizacija Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa, Evropska federacija za Kronovu bolest i ulceroznog kolitisa i/ili bilo koji njihov zaposleni i/ili bilo koji saradnik za smernice ne mogu biti odgovorni za bilo koju informaciju dobronamerno objavljenu u ECCO-EFCCA smernicama za pacijente.

ECCO politika sukoba interesa

ECCO je brižljivo zadržala podržava politiku objavljivanja potencijalnih sukoba interesa. Deklaracija o sukobu interesa je zasnovana na pravilniku Internacionalnog komiteta urednika medicinskih časopisa (ICMJE). Izjava o sukobu interesa nije samo vezana za ECCO i uridnički tim JCC (Journal of Crohn's and Colitis), već je otvorena za javnost na ECCO internet stranici (<https://www.ecco-ibd.eu/about-ecco/ecco-disclosures.html>) na kojoj se može videti da li postoji konflikt interesa autora.

Uvod

Kronova bolest i ulcerozni kolitis, skraćeno KB i UK, pripadaju grupi hroničnih inflamatornih bolesti creva, koje se zovu inflamatorne (zapaljenske) bolesti creva (IBC). IBC su bolesti uzrokovane poremećajem imunološkog sistema, koje se javljaju kod pacijenata sa genetskom predispozicijom kada su izloženi uticajima određenih, ali još uvek neidentifikovanih faktora spoljašnje sredine.

Ovaj vodič bavi se dijagnostikovanjem i lečenjem KB. Skraćenica KB će biti korišćena u daljem tekstu ovog vodiča. Izveden je iz internacionalnog vodiča o Kronovoj bolesti koji je razvijen u saradnji vodećih evropskih stručnjaka uzimajući u obzir sva trenutna saznanja o KB, kako bi pacijenti što bolje razumeli kako se KB dijagnostikuje i leči od strane lekara. Mnogi termini su podvučeni; ovo su termini koji se pojavljuju u rečniku stručnih izraza kao pomoć da bolje razumete ovaj vodič. U vezi sa UK, možete pogledati drugi vodič za pacijente koji se objavljuje paralelno sa ovim vodičem.

KB je bolest koja zahvata tanko i debelo crevo, ređe i druge delove organa za varenje. Takođe može zahvatiti i druge organe i tkiva van stomaka, najčešće kožu, zglobove i oči. KB najčešće zahvata završni deo tankog i debelo crevo. Međutim, KB može zahvatiti bilo koji deo sistema organa za varenje počevši od usta, pa sve do anusa. Upala creva je najčešće 'isprekidana' i upaljeni delovi ('delovi upaljenog creva') smenjuju se sa zdravim tkivom creva ('preskok lezije'). Zavisno od stepena upale, unutrašnji sloj zida creva ('sluzokoža') može se videti kao crven ('eritematozno') i otečen ('edematozno') sa čirevima različite veličine i oblika (aftozni, površni, duboki, uzdužni) i sluzokoža može izgledati poput 'kaldrme'. Ove lezije zahvataju zid creva čitavom debljinom i mogu dovesti do komplikacija, kao što su stenozne lumena i/ili proboj, što za rezultat ima formiranje apscesa (širenje sadržaja creva u trbušnoj duplji) ili fistula (prostor koji komunicira i odvodi sadržaj creva



do kože, ili do susednih organa, kao što je bešika, ili do drugih delova creva). Dodatno, kod značajnog procenta pacijenata KB može obuhvatiti razne delove tela van stomaka, najčešće kožu, zglobove i oči. Ovi simptomi van organa za varenje mogu se pojaviti pre razvoja simptoma na crevima koji su tipični za KB (videti kasnije u tekstu) i ponekad su teži po pacijenta, a teži i za lečenje od crevnih simptoma.

Pošto je KB polimorfna bolest, lezije koje se javljaju u stomaku moraju biti locirane odgovarajućim dijagnostičkim testovima i razvrstane po ozbiljnosti u trenutku dijagnoze. Dodatno, zato što što za KB trenutno još uvek nema definitivnog izlječenja već se sa ovom bolešću živi, cilj terapije je da olakša stomačnu i vanstomačnu (ukoliko je prisutna) upalu, očuva funkciju creva, spreči komplikacije i omogući pacijentima normalan kvalitet ličnog, profesionalnog i društvenog života bez invaliditeta. Terapeutske intervencije uključuju prestanak pušenja, dijetetski režim i razne lekove koji se koriste ili pojedinačno ili u kombinaciji sa drugim lekovima zavisno od lokalizacije i težine oboljenja.

Dijagnoza Kronove bolesti (KB)

Simptomi KB

Simptomi KB mogu biti raznovrsni. Česti su bol u stomaku, gubitak telesne težine i dijareje u trajanju dužem od četiri nedelje. Ako se ovi simptomi javljaju, pogotovo kod mlađih pacijenata, doktor bi trebao da razmotri mogućnost oboljevanja od KB. Opšti simptomi kao što su osećaj nelagodnosti, umor, gubitak apetita ili povišena telesna temperatura su uobičajeni.

Simptomi mogu nastati iznenada, pa se ponekad KB može pomešati sa akutnim apendicitisom (upalom slepog creva). Simptomi takođe mogu biti slični sa sindromom nervoznih creva (IBS). Većina pacijenata pre dijagnoze oseća bol u stomaku i gubitak telesne težine. Krv i sluz u stolici se javlja ređe nego kod pacijenata sa UK. Simptomi povezani sa KB van creva, najčešće u zglobovima, mogu se pojaviti pre simptoma u crevima.

Dijagnostički testovi

KB varira od slučaja do slučaja zavisno od pacijentovog uzrasta u početku bolesti, lokalizacije bolesti u crevima i ponašanja bolesti.

Ne postoji jedinstveni test za dijagnozu KB. Dijagnoza se postavlja kombinacijom procene kliničkih simptoma, analize krvi, nalaza na snimcima, endoskopijom i histološkom procenom biopsije creva (objašnjeno u rečniku stručnih izraza). Genetski testovi se trenutno ne preporučuju za standardnu dijagnozu KB.

Anamneza (istorija bolesti)

Kod postavljanja dijagnoze, doktor bi trebalo pacijenta da pita brojna pitanja vrlo detaljno, o tome kada su počeli simptomi, da li su putovali u skorije vreme, da li ne podnose neke namirnice, da li uzimaju ili su uzimali lekove (uključujući antibiotike i NSAIL, lekove za upalu i bol kao što su aspirin, ibuprofen ili diklofenak) ili da li su imali apendektomiju (operaciju) slepog creva. Doktor bi trebalo posebnu pažnju da posveti faktorima koji povećavaju rizik za KB kao što su pušenje, prisustvo KB kod drugog člana porodice i skorašnja infekcija u organima za varenje.

Pušenje, porodična istorija IBC i apendektomija u ranom uzrastu su sve faktori rizika za KB. Bakterijska ili virusna infekcija želuca ili creva povećava rizik od razvoja KB. Istraživanja o NSAIL kao faktoru rizika nisu dala značajne odgovore.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Simptomi KB van organa za varenje

Postoje brojni simptomi koji se mogu javiti sa KB i nisu svi direktno vezani za creva. Kao što je i ranije navedeno, KB može uticati na različite organe i tkiva van stomaka.

Doktor bi trebalo da Vas pita o noćnim simptomima i simptomima i/ili znacima izvan creva (npr. u ustima, na koži, očima ili zglobovima), apscesima oko anusa ili analnoj fisuri (tj. pukotini na koži anusa). Opšti pregled treba da obuhvati:

- opšte stanje
- broj otkucaja srca
- krvni pritisak
- temperaturu
- osetljivost ili natečenost u predelu stomaka
- kvržice koje možete da osetite
- perineum (regija između anusa i genitalija) i usta
- rektalni pregled pomoću prsta
- merenje indeksa telesne mase

Fizička merenja i laboratorijski testovi

Vaš doktor bi trebalo da proveri da li imate znake akutne i/ili hronične upale, anemije, dehidracije i znake pothranjenosti ili male apsorpcije hrane. Rani laboratorijski nalazi treba da sadrže kompletnu krvnu sliku i CRP. Drugi pokazatelji upale, kao što su fekalni kalprotektin ili sedimentacija, takođe mogu da se koriste. U nekim slučajevima, doktor bi trebalo da uradi test na infektivnu dijareju, uključujući bakteriju klostridiju (Clostridium difficile). Detaljniji nalazi stolice mogu biti potrebni posebno ako ste putovali u inostranstvo.

Anemija i trombocitoza (kada telo proizvodi previše trombocita ili krvnih pločica) su najčešći pokazatelji KB u krvi. CRP i sedimentacija pokazuju da li je upala prisutna; CRP je široko povezan sa aktivnošću bolesti, dok je sedimentacija manje precizna. Fekalni kalprotektin je povezan sa aktivnošću bolesti u crevima.

Ipak, nijedan od ovih testova nije dovoljno specifičan da bi se postavila dijagnoza KB ili da bi se razlikovala od UK.

Endoskopija

Ako Vaš doktor misli da imate KB, da bi se došlo do dijagnoze neophodna je ileokolonoskopija i biopsije sa kraja tankog creva i svih delova kolona da bi se videli mikroskopski dokazi KB. Bez obzira kakvi su nalazi, dalji testovi se preporučuju da bi se utvrdila lokacija i rasprostranjenost KB u tankom crevu. Nije potvrđeno da li bi endoskopija gornjih delova organa za varenje kroz usta trebala da bude rutinska metoda kod odraslih pacijenata koji nemaju simptome.

Kolonoskopija i biopsije je primarna procedura za dijagnozu upale debelog creva (kolona). Kod kolonoskopije, najčešće je moguće uraditi i biopsije tankog creva. Endoskopski znaci KB uključuju isprekidane, zakrpaste upale, analne lezije i izgled zida creva koji liči na kaldrmu. Ozbiljnost KB u kolonu može se dobro proceniti kolonoskopijom, ali u slučaju kada je KB locirana na kraju tankog creva, ileoskopija u kombinaciji sa tehnikama snimanja je efektivnija za dijagnozu. Izolovanim dijagnostičkim metodama kao što su ultrazvuk, CT skener ili magnetna rezonanca, ne može se sa sigurnošću postaviti dijagnoza KB..

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Testovi snimanja

Testovi snimanja creva (magnetna rezonanca i CT skener) i ultrazvuk trbuha su dopunski nalazi endoskopiji. Oni pomažu u otkrivanju i definisanju kog su obima upala, opstrukcije i fistule prouzrokovane KB. Izloženost zračenju treba uzeti u obzir pogotovu kada su tehnike odabrane da bi se pratio tok bolesti. Kako uobičajene radiološke metode gde se barijum (tj. kontrastni agens) upotrebljava imaju lošiji kvalitet i značajno veće zračenje, treba odabrati druge metode ako je to moguće.

CT skener i magnetna rezonanca su trenutno standardi za procenjivanje tankog creva. Oba mogu pokazati stepen i aktivnost KB na osnovu debljine zida creva, edema i ulceracija. Oba su slične preciznosti, ali je CT skener pristupačniji i zahteva manje vremena od magnetne rezonance. Zbog toga što CT skener zahteva zračenje, magnetnu rezonancu treba uzeti u obzir gde je to moguće.

Ultrazvuk stomaka može dati informacije o aktivnosti bolesti i njenoj lokaciji, posebno u tankom crevu. Uz to, ova metoda je široko zastupljena i nije skupa, a i ne izlaže pacijenta zračenju. Međutim, može biti poteškoća da se vide dublji delovi creva i različiti lekari mogu imati različita mišljenja o tome šta vide.

Endoskopija tankog creva

Kapsularna endoskopija tankog creva (KETC) treba da se razmotri samo onda kada su ileokolonoskopija i snimajući testovi bili negativni, a Vaš doktor još uvek jako sumnja na KB. U tom slučaju, KETC može pomoći da se potvrdi da nemate KB. Enteroskopiju pomoću uređaja može uraditi stručno lice ako je biopsija potrebna. Takođe se može koristiti kada je potrebna endoskopska terapija, kao što je dilatacija (proširenje lumena) suženja, vađenje zaglavljene kapsule ili zaustavljanje krvarenja.

KETC je nova metoda koja omogućava lekaru da direktno vidi lezije tankog creva koje se možda nisu videle na kolonoskopiji ili snimajućim tehnikama pregleda. To je efikasna dijagnostička metoda kod KB tankog creva, ali se ne može koristiti ukoliko pacijent ima crevnu blokadu, suženja ili fistule, ugrađen elektromedicinski aparat (npr. pejsmejker) ili poremećaje gutanja

Endoskopske biopsije

Za pouzdanu dijagnozu KB, trebaju da se uzmu biopsije tkiva. Pod tim se podrazumeva najmanje dve biopsije sa pet mesta duž debelog creva (uključujući rektum) i sa kraja tankog creva.

Analiza nekoliko biopsija uzetih iz celog debelog creva daje najsigurniju dijagnozu KB. Biopsije trebaju da se uzmu iz delova tkiva zahvaćenog oboljenjem, ali i iz zdravog tkiva. Na kontrolnim pregledima, manji broj biopsija se može koristiti za potvrđivanje dijagnoze, a na kontrolama posle operacije, biopsije se trebaju raditi kada se sumnja na ponovno javljanje bolesti. Kod pacijenata sa hirurški odstranjenim debelim crevom biopsija se uzima sa završnog dela tankog creva koji je spojen sa ostatkom debelog creva ili anusa, ako se sumnja na KB. Ako se sumnja na rani stadijum karcinoma, treba uzeti veći broj biopsija.

Predviđanje toka bolesti

Klinički faktori u dijagnozi i/ili endoskopski nalazi mogu predvideti tok KB. Ovo treba uzeti u obzir kada se odlučuje koja će se terapija koristiti.



Istraživanja pokazuju da sledeći faktori predviđaju napredovanje bolesti u roku od pet godina posle postavljanja dijagnoze:

- perianalne lezije,
- prisustvo bolesti na kraju tankog creva i početku kolona,
- ako je bolest dijagnostikovana u mlađem dobu, i/ili
- potreba da se prvo pogoršanje leči steroidima.

Sve je više dokaza da rana intenzivna terapija sa imunomodulatorima i/ili biološkim lekovima može podstaći lečenje sluzokože i ranu trajnu remisiju bez steroida. Rana intenzivna terapija bi trebala biti razmatrana u ozbiljnim slučajevima zbog rizika koje nosi imunosupresivna terapija.

Kontrola bolesti i uspešnost lečenja

CRP i nalazi u stolici (kao što su fekalni kalprotektin ili laktoferin) mogu biti korišćeni kao vodič u terapiji. Takođe se mogu koristiti za kontrole na kraći rok i za predviđanje ponovnog javljanja bolesti. Fekalni kalprotektin takođe može pomoći u razlikovanju da li imate KB ili sindrom nervoznog creva (IBS).

Endoskopija se još uvek smatra standardnim načinom procene lečenja u crevima, ali je invazivna i skupa. Fekalni kalprotektin i laktoferin se lakše mere. Oba pokazuju upalu creva zbog nekog uzroka, mogu veoma dobro predvideti aktivnu KB, i bolje su za merenje upala specifičnih za stomak nego CRP vrednost.

Medicinsko zbrinjavanje aktivne Kronove bolesti uključujući alternativne terapije

Opšta razmatranja

Potrebno je da se potvrdi da je aktivno zapaljenje nastalo usled KB pre nego što se počne sa terapijom ili se terapija promeni.

U određivanju terapije treba uzeti u obzir aktivnost bolesti, lokalizaciju, ponašanje, a o samoj terapiji bi uvek trebalo prodiskutovati sa pacijentom. Ponekad, posebno u ozbiljnim slučajevima, odluke o lečenju se možda moraju doneti bez svih podataka za procenu rasprostranjenosti bolesti u organizmu. Doktori ponekad ne mogu da procene aktivnost bolesti, pa se objektivni pokazatelji (npr. biopsije, fekalni kalprotektin) bolesti moraju pribaviti različitim pregledima pre nego što se počne sa terapijom ili se terapija promeni. Kada se odlučuje o odgovarajućoj terapiji, mora se voditi računa o balansu između delotvornosti leka i potencijalnih neželjenih efekata, prethodnoj uspešnosti terapije, kao i pojavi potencijalnih komplikacija ili simptoma van creva.

Umereno aktivna KB

Umereno aktivnu KB, koja se nalazi na kraju tankog creva i početku kolona, trebalo bi lečiti budesonidom ili sistemskim kortikosteroidima kao što su prednizolon ili metil-prednizolon. Anti TNF terapiju treba koristiti kod pacijenata koji nisu odreagovali na terapiju steroidima u prošlosti ili su netolerantni na steroide. Kod pacijenata kod kojih se javlja relaps bolesti, može se ponovo započeti lečenje steroidima zajedno sa imunosupresivnim lekovima. Kod pacijenata koji ne reaguju na steroidne i/ili na anti TNF terapiju, lek vedolizumab je podgovarajuća opcija.

Budesonid i prednizolon su prikladne početne terapije za umereno aktivnu KB. Prednizolon je veoma efikasan i jeftiniji, ali obično prouzrokuje više neželjenih efekata od budesonida.



Izlaganje kortikosteroidima bi trebalo biti minimalno u lečenju KB, zato što nisu efikasni u održavanju remisije bolesti.

Lečenje steroidima može biti minimizovano ako se rano počne sa anti TNF terapijom. Određene grupe pacijenata, kao što su oni zavisni od steroida ili oni koji ne reaguju na njih, mogu imati više koristi od anti TNF terapije.

Kod pacijenata koji su u ranom stadijumu bolesti, uočeno je da je kombinacija lekova infliksimab i azatioprin efektivnija u postizanju i održavanju bolesti u remisiji, nego kada se uzima samo infliksimab.

Jako aktivna KB

Jako aktivna KB, koja se nalazi na kraju tankog creva i početku kolona, treba prvo da bude lečena sistemskim kortikosteroidima. Anti TNF terapija je pogodna za one kod kojih se bolest vratila. Kod pacijenata koji ne reaguju na steroidne i/ili na anti TNF terapiju, lek vedolizumab je podgovarajuća opcija. Za neke pacijente kod kojih se bolest retko ponovo javlja, može biti prikladno ponovno počinjanje steroidima u kombinaciji sa imunosupresivnim lekovima. O operaciji se može razgovarati sa pacijentima koji ne reaguju na terapiju lekovima.

Iako se prednizolon ili intravenozni hidrokortizon još uvek koriste kao početna terapija jako aktivne KB na kraju tankog creva, poslednjih nekoliko godina vremenski prag za počinjanje anti TNF terapije je smanjen kod pacijenata sa lošom prognozom. Sudeći po istraživanjima, neprekidna terapija anti TNF lekovima infliksimab ili adalimumab smanjuje rizik od operacije i hospitalizacije kod KB.

Anti TNF terapija se često primenjuje kod pacijenata koji ne reaguju na početno lečenje i koji nisu kandidati za operaciju. Vremenski prag za operaciju je niži kod KB koja je locirana na kraju tankog creva i početku debelog creva nego kod bolesti koja je locirana negde drugde, posebno u tankom crevu zato što veliki ili ponovljeni gubici delova tankog creva mogu prouzrokovati pothranjenost. Neki stručnjaci daju prednost operaciji u odnosu na anti TNF terapiju za bolest koja je locirana u ovom području, dok se drugi odlučuju za operaciju ako terapija lekovima ne deluje dovoljno brzo ili izaziva nepodnošljive neželjene efekte.

KB kolona (debelog creva)

Aktivnu KB u kolonu trebalo bi lečiti sistemskim kortikosteroidima. Za one pacijente koji imaju relaps bolesti, tiopurini, anti TNF terapija ili vedolizumab su odgovarajuće opcije. Kod pacijenata koji ne reaguju na prvu anti TNF terapiju, vedolizumab može biti dobar izbor.

Jako aktivna KB u kolonu se lakše i ranije potvrđuje nego KB u tankom crevu. Ovo može biti razlog zbog kog se čini da KB u kolonu bolje reaguje na anti TNF terapiju nego kod KB u tankom crevu. Sistemski kortikosteroidi, kao što je prednizolon, su efikasni, ali budesonid nema efekta u lečenju KB kolona.

Ukoliko pacijenti ne reaguju ili prestanu da reaguju na anti TNF ili terapiju vedolizumabom, obično se razgovara o operaciji. Ipak, o operaciji uvek treba razgovarati kada se počinje ili menja imunosupresivna terapija.

Ekstenzivna KB

Ekstenzivna KB u tankom crevu bi prvo trebala biti lečena sistemskim kortikosteroidima. Istovremeno, treba razmotriti rano lečenje anti TNF terapijom. Za ozbiljno bolesne pacijente, koji imaju relaps bolesti, anti TNF terapija je odgovarajuća.



Posledice stalne upale creva, kao što su smanjena apsorpcija hranljivih materija, razvijanje crevnih suženja i blokada su ozbiljnije kod slučajeva gde je CD opsežna u poređenju sa KB koja je lokalizovana u tankom crevu. Zbog toga se lečenje steroidima u kombinaciji sa ranim početkom lečenja imunomodulatorima smatra pravim izborom kod ovih pacijenata.

Imunosupresivna terapija

Čini se da rano lečenje imunosupresivnim lekovima najviše odgovara pacijentima koji imaju simptome i znake koji sugerišu loš ishod. Ranu terapiju anti TNF lekovima treba započeti kod pacijenata koji imaju veoma aktivnu bolest i znake i simptome koji upućuju na loš ishod.

Nekoliko istraživanja pokazalo je da je anti TNF terapija efikasnija kada se počne u ranim fazama bolesti, a pogotovo kod onih sa određenim faktorima rizika za loš ishod. Faktori rizika obuhvataju ekstenzivnu bolest, dijagnozu kod mlađih ljudi, potrebu za steroidnom terapijom na samom početku bolesti i perianalnu bolest.

Čini se da su sve vrste anti TNF terapije koje su trenutno dostupne podjednako efikasne u lečenju KB unutar creva. Takođe, sve imaju slične neželjene posledice. Izbor terapije zavisi od toga šta je dostupno, kako se lek primenjuje, šta pacijent preferira i koliko košta lečenje.

Primarno nereagovanje na lečenje anti TNF terapijom treba utvrditi u roku od 12 nedelja.

Ukoliko i posle 12 nedelja nema poboljšanja verovatno je da i neće biti pozitivnog efekta lečenja, pa bi pacijenta trebalo prebaciti na novi režim lečenja koji bi mogao dovesti do smirivanja bolesti.

Postoji rizik od ozbiljne infekcije kada se koriste imunosupresivni lekovi, a to uključuje i anti TNF terapiju. Ovaj rizik bi trebalo uzeti u obzir.

Svi imunosupresivni lekovi uključujući steroide, tiopurine, metotreksat i anti TNF lekove smanjuju aktivnost i odbrambenu sposobnost imunološkog sistema. Ovo može povećati rizik dobijanja raznih infekcija koje mogu prouzrokovati ozbiljne, pa čak i fatalne bolesti. Kombinovana terapija sa dva ili više imunosupresivnih lekova značajno povećava rizik od infekcije. Zbog toga, dugoročnu kombinovanu imunosupresivnu terapiju treba izbegavati kad god je to moguće. S druge strane, kombinovana imunosupresivna terapija se pokazala efikasnijom pogotovo kod ozbiljne bolesti.

Dopunska i alternativna medicina

Doktor bi trebao da Vas pita da li se lečite dopunskom i alternativnom medicinom. Uprkos činjenici da nema naučnih dokaza da ovi preparati imaju efekta, postoji širok spektar ovih proizvoda koji mogu biti i veoma skupi. Ako ste zainteresovani da ih probate, trebalo bi prvo da se konsultujete sa Vašim lekarom.

Korišćenje dopunske i alternativne medicine (DAM) je uobičajeno kod pacijenata sa IBC. Dopunske terapije se koriste kao dodatak konvencionalnoj medicini, dok se alternativne terapije koriste umesto konvencionalne medicine. Ne postoje dovoljni/konačni naučni dokazi o efikasnosti i sigurnosti DAM terapija, pa gastroenterologu može biti teško da informiše pacijenta u pravoj meri. Pored toga, postoji širok spektar proizvoda koji mogu biti skupi. Iz ovih razloga ukoliko ste veoma zainteresovani da ih probate ili da napustite konvencionalan način lečenja u korist DAM, trebalo bi da prvo pitate doktora za savet u



vezi s korišćenjem DAM. Pošto pacijenti sa IBC često pate od pothranjenosti, dijeta (ishrana) bi mogla biti glavna dopunska terapija.

Održavanje remisije bolesti

Opšte činjenice

Ukoliko više nemate simptome (tj. u remisiji ste) pomoću sistemskih kortikosteroida, dalje lečenje tiopurinima ili metotreksatom treba uzeti u razmatranje. Neki pacijenti mogu ostati u remisiji bez ikakvog daljeg lečenja.

Pošto neki pacijenti mogu postići remisiju bez ikakvog daljeg lečenja, za te pacijente postoji mogućnost da ne koriste nikakvu terapiju.

Steroide ne treba koristiti za održavanje bolesti u remisiji, pošto se pokazalo da izazivaju brojne neželjene posledice i nemaju efekta u dozama koje se mogu podneti. Postoje samo ograničeni dokazi da je mesalazin koristan u održavanju remisije postignute lekovima. Neki smatraju da da nije potrebno održavanje remisije posle prvog pogoršanja bolesti. Uzimajući u obzir visok rizik ponovnog javljanja bolesti i zavisnosti od steroida, a i veće uspešnosti kada se koristi u ranoj fazi, azatioprin je prvi izbor ukoliko je remisija postignuta sistemskim steroidima. Merkaptopurin se može probati kod pacijenata netolerantnih na azatioprin osim ako imaju pankreatitis ili citopeniju (tj. smanjen broj krvnih ćelija). Metotreksat se takođe može koristiti, posebno kod pacijenata netolerantnih na tiopurine.

Ukoliko Vam se bolest ponovo javila, treba razmotriti pojačavanje terapije održavanja kako bi se sprečilo pogoršanje bolesti. Operaciju uvek treba razmotriti kod pacijenata kod kojih je bolest lokalizovana.

Ukoliko imate relaps bolesti, treba razmotriti azatioprin. Kortikosteroidi (uključujući budesonid) nisu podesni i efikasni za održavanje remisije, a i njihova dugoročna upotreba često prouzrokuje teške neželjene posledice, kao što je osteoporoza (tj. gubitak koštane mase) i posledične prelome kostiju, a takođe prouzrokuju kataraktu i glaukom.

Održavanje kod ekstenzivne bolesti

Ukoliko imate ekstenzivnu bolest, tiopurini se preporučuju da bi se sprečilo dalje pogoršanje bolesti. Ukoliko se bolest brzo širi ili je teškog oblika ili je loša prognoza bolesti, treba razmotriti anti TNF terapiju.

S obzirom na rizik od ponovnog javljanja bolesti i veći procenat uspešnosti kada se rano počne sa azatioprinom, ovaj lek se preporučuje pacijentima sa ekstenzivnom bolešću.

KB zavisna od terapije kortikosteroidima

Pacijente koji još uvek nisu lečeni imunosupresivnim lekovima i kojima su potrebni kortikosteroidi da se simptomi bolesti ne bi vratili (tj. da budu u remisiji), trebalo bi lečiti tiopurinom, metotreksatom ili anti TNF lekom. Takođe, treba razmotriti operaciju.

Imunosupresivni lekovi (azatioprin/merkaptopurin, metotreksat) su efikasni kod KB zavisne od terapije kortikosteroidima. Resekcija ileuma (dela tankog creva) je opcija za neke pacijente sa lokalizovanom bolešću. Veoma efikasan pristup da bi se sprečila potreba za steroidima je rano korišćenje anti TNF terapije. Pacijenti zavisni od kortikosteroida mogu imati veće koristi od ranog uvođenja anti TNF terapije. Ustanovljeno je da je kombinacija infliksimaba i azatioprina efikasnija nego korišćenje samo infliksimaba za održavanje



remisije bez steroida kod pacijenata koji su u ranoj fazi bolesti. Takođe, kod ovih pacijenata može se koristiti lek vedolizumab.

Neodgovarajuća terapija održavanja tiopurinima (KB aktivna uprkos terapiji održavanja tiopurinima)

Ako se lečite tiopurinima i bolest Vam se ponovo javi, doktor bi trebao da utvrdi da li pravilno sledite dogovoreni plan lečenja. Takođe bi trebalo potražiti znake upale. Optimizovanje doze leka može ubrzati vreme reakcije. Ukoliko je moguće, lečenje treba promeniti na metotreksat ili anti TNF terapiju. Operaciju uvek treba razmotriti kao opciju kod lokalizovane bolesti.

Pacijentima na azatioprinu ili merkaptopurinu kod kojih se ponovo javi bolest, može se povećavati doza leka dok broj belih krvnih zrnaca ne počne da pada ili 6-TGN (metabolit tiopurina koji se može meriti u krvi) ne dostigne odgovarajući nivo. Druge opcije lečenja su metotreksat, anti TNF terapija i vedolizumab.

Nastavljanje terapije održavanja

Ako pacijent koji se prethodno nije lečio uđe u remisiju (tj. nema simptoma bolesti) kombinacijom anti TNF terapije i tiopurina, isti plan lečenja se preporučuje i za održavanje stanja bez simptoma bolesti. Za neke pacijente, opcija može biti i samo terapija tiopurinima. Ako je remisija postignuta samo sa anti TNF terapijom, ona se može nastaviti i za održavanje stanja. Ako je remisija postignuta sa vedolizumabom, on se može nastaviti i za održavanje stanja.

Trajanje terapije održavanja stanja

Za pacijente koji su u dugotrajnoj remisiji i koji su na terapiji održavanja sa tiopurinima, prestanak lečenja se može razmotriti kada više nema znakova upale. Ne može se dati preporuka trajanja terapije metotreksatom. Produženo trajanje anti TNF terapije može se razmotriti ukoliko je to potrebno.

KB je bolest koja obično traje do kraja života sa periodima remisije i različitog stepena aktivnosti bolesti. Cilj terapije je da se postigne i održava produžena remisija. Ne postoji saglasnost šta konkretno znači produžena remisija i uopšte postoje samo ograničeni podaci da bi se dala preporuka kada zaustaviti ili promeniti lečenje, pošto većina kliničkih ispitivanja ne prati pacijente duže od 1-3 godine.

Jedno istraživanje je otkrilo da prestanak davanja azatioprina pošto su ga ljudi uzimali više od tri i po godine povećava šanse ponovnog javljanja bolesti posle 18 meseci po prestanku terapije u poređenju sa ljudima koji su ga nastavili uzimati (21% u odnosu na 8% onih koji su nastavili terapiju). Isto istraživanje je uradilo kontrolu posle dužeg vremena i otkrilo da među onima koji su prestali uzimati azatioprin, kod 53% bolest se ponovo javila nakon 3 godine, a kod 63% se ponovo javila nakon 5 godina. Na sreću, od 23 koji su ponovo počeli terapiju azatioprinom, svi sem jednog su ponovo došli do remisije bolesti (tj. 95,7% su ušli u remisiju pomoću azatioprina).



Prestanak delovanja anti TNF terapije

Ukoliko je terapija anti TNF lekovima prestala delovati, Vaš doktor bi prvo trebao pokušati prilagoditi dozu leka. Povećavanje doze leka ili skraćivanje intervala između terapija su podjednako dobre strategije. Ukoliko prilagođavanje doze leka nije pomoglo, preporučuje se da se pređe na drugi anti TNF lek. Merenja nivoa anti TNF u krvi pre sledeće doze i antitela na lek, ukoliko je to moguće, mogu pomoći u odluci kako prilagoditi terapiju.

Rizik od neoplazije i imunosupresivne terapije

Pacijenti koji se leče tiopurinima mogu imati povećan rizik od limfoma, karcinoma kože i cervikalne displazije (promena na grliću materice). Pacijenti lečeni anti TNF terapijom imaju veću verovatnoću da dobiju karcinom kože. U ovom trenutku nije poznato da li pacijenti lečeni samo anti TNF terapijom imaju veću šansu da obole od limfoproliferativnih poremećaja ili čvrstih tumora, ali anti TNF terapija i tiopurini u kombinaciji povećavaju rizik od limfoproliferativnih poremećaja. Čak i sa povećanim rizikom dobijanja karcinoma, šansa da dobijete karcinom je i dalje veoma mala. Zbog toga, rizik uvek treba pažljivo proceniti u odnosu na korisnost lečenja i o tome treba da porazgovarate sa Vašim lekarom.

Iako se azatioprin u više navrata dokazao efikasan u lečenju, povezuje se sa blago povećanim rizikom za dobijanje ne-Hodžkinovog limfoma, koji je ozbiljan tip karcinoma imunološkog sistema. Zbog toga treba proceniti koristi i rizike njegovog korišćenja. Ipak, istraživanje koje je analiziralo rizik (uključujući karcinom) i koristi (uključujući smanjivanje simptoma) azatioprina došlo je do zaključka da koristi daleko nadmašuju rizike, čak i kada se rizik od ne-Hodžkinovog limfoma preceni konzervativnom metodom; ovo je posebno tačno kod mladih ljudi koji sami po sebi imaju manji procenat obolelih od limfoma. Dugotrajna terapija anti TNF lekovima takođe nosi nešto veći rizik za pojavu karcinoma kože ili grlića materice kod žena. Prema tome, pažljivo praćenje svih pacijenata pod ovim terapijama je obavezno.

Hirurško lečenje KB

Opstruktivna ileocekalna KB

Operacija je preporučena opcija ukoliko se kod Vas KB nalazi na kraju tankog creva i početku debelog creva i imate opstruktivne simptome, ali nema značajnih dokaza da postoji aktivna upala.

Ako pacijent (a) ima KB ograničenu na kraj tankog creva i početak debelog creva, (b) ne reaguje na steroide, i (c) ima uporne opstruktivne simptome, on/ona bi trebalo da budu operisani. Takođe, pacijenti sa opstrukcijom bez upale (tj. oni koji imaju normalan nivo CRP) mogu biti lečeni hirurški. Ako je pacijent ipak imao prethodnu ileocekalnu resekciju i ako se pojavilo suženje na anastomozi (tj. suženje resekcionih spojeva), endoskopska dilatacija (otvaranje suženja širenjem) može se pokušati sa endoskopskom dilatacijom (otvaranje suženja širenjem) pre nego što se donese odluka o operativnom lečenju.

Trbušni apsces

Aktivnu KB u tankom crevu može pratiti trbušni apsces. Prvo ga treba staviti pod kontrolu antibioticima, drenirati hirurški ili punktirati iglom. Ukoliko je potrebno može uslediti resekcija posle izlečenja apscesa.

Postoje različita mišljenja da li resekcija uvek treba da prati drenažu.



Faktori koji pomažu u proceni povećanog rizika od prve i narednih operacija kod KB

Određeni faktori povećavaju rizik od operacije kod KB. Odnose se na:

- trenutno pušenje
- pojavu fistula i suženja tokom bolesti
- rano uzimanje steroida (uzimanje steroida za lečenje prvog pogoršanja)
- prisustvo bolesti na kraju tankog creva (tj. ileumu)
- prisustvo bolesti na srednjem delu tankog creva (tj. jejunumu), i
- mlad uzrast u vreme dijagnoze.

Nekoliko istraživanja je imalo za cilj da otkrije potencijalne faktore rizika za ponovno javljanje bolesti posle operacije KD. Pušenje, prethodna operacija creva (uključujući operaciju slepog creva), probojno ponašanje bolesti, perianalna lokacija i obimna resekcija tankog creva predviđaju rano post-operativno ponovno javljanje bolesti u najvećem broju istraživanja. Održavanje lekovima je pokazalo efikasnost u brojnim istraživanjima. Ne zna se da li životno doba u početku bolesti, pol, trajanje bolesti, obim resekcije ili tip operacije utiču na rizik od ponovnog javljanja bolesti. Do sada, nije razvijen nijedan sistem grupisanja u nisku-srednju-visoku kategoriju rizika, iako bi ovakav sistem bio veoma koristan.

Smanjivanje rizika od operacije lekovima

Postoji manji rizik za operaciju kod pacijenata koji rano počnu lečenje tiopurinima. Lečenje anti TNF lekovima smanjuje rizik od operacije.

Praćenje bolesti posle operacije

Ileokolonoskopija je najbolji dijagnostički metod za utvrđivanje da li se bolest vratila posle operacije. Pomaže u definisanju da li se bolest vratila, koliko je ozbiljna i kakav će joj biti dalji tok. Treba je uraditi u roku od godinu dana posle operacije kada može uticati na odluke o daljem lečenju.

Preporuka je da se ileokolonoskopija uradi u roku od godinu dana posle operacije kada može uticati na odluke o daljem lečenju. Razlog za ovo je što je nekoliko istraživanja pokazalo da je kolonoskopija najosetljivija alatka za prepoznavanje ponovnog javljanja bolesti. Ponovno javljanje bolesti može biti otkriveno kolonoskopijom i biopsijom u roku od nekoliko nedelja do nekoliko meseci, najdalje do godinu dana posle operacije. Ponovno javljanje bolesti se obično vidi kolonoskopijom pre nego što pacijent oseti simptome. Ukoliko su nalazi kolonoskopije ozbiljni, lečenje treba pojačati da bi se sprečilo razvijanje ranih post-operativnih komplikacija kao što su apscesi ili opstrukcije.

Postoje nove, manje invazivne dijagnostičke metode koje pomažu u otkrivanju povratka bolesti posle operacije. Ove metode uključuju fekalni kalprotektin, ultrazvuk trbuha, MR enterografiju sa kontrastom i kapsularnu endoskopiju tankog creva (KETC).

Radiologija i snimanje (UZ, MR i CT) se procenjuju kao nezavisne dijagnostičke metode za otkrivanje post-operativnog vraćanja bolesti. Kapsularna endoskopija tankog creva urađena 6 ili 12 meseci posle operacije izgleda podjednako tačna kao ileokolonoskopija u dijagnozi post-operativnog ponovnog javljanja bolesti. Ipak, nije istraženo da li magnetna rezonanca, CT enterografija ili kapsularna endoskopija tankog creva mogu dijagnostikovati ponovno javljanje bolesti u ileumu ili jejunumu.



Sprečavanje naknadne operacije posle ileokolonske resekcije

Za pacijente koji imaju najmanje jedan faktor rizika za ponovno vraćanje bolesti, preporučuje se preventivna terapija posle ileokolonske resekcije (tj. uklanjanja zadnjeg dela tankog creva i početnog dela debelog creva). Najbolja preventivna terapija je tiopurinima ili anti TNF lekovima. Mesalazin u velikim dozama je opcija za pacijente kod kojih je uklonjen samo zadnji deo tankog creva. Antibiotici su efikasni posle ileokolonske resekcije, ali se ne podnose tako dobro.

Sve pacijente sa KB treba informisati o rizicima povezanim sa pušenjem. Treba savetovati i podržavati prestanak pušenja.

Pušenje je jedan od najvećih faktora za ponovno javljanje bolesti i potrebe za operacijom u slučaju Kronove bolesti. Zato, svi oboleli od Kronove bolesti treba da daju sve od sebe da prestanu sa pušenjem.

Vođenje KB praćene fistulama

Dijagnostičke strategije

Prva metoda za procenjivanje perianalne fistule kod KB je magnetna rezonanca karlice. Ukoliko je potvrđeno da ne postoji rektalna striktura (tj. suženje), endoskopski ultrazvuk rektuma je dobra opcija. Obe metode su preciznije kada se kombinuju sa pregledom u anesteziji (PUA). Fistulografija se ne preporučuje. Ukoliko se otkrije fistula u analnoj regiji, pregled u anesteziji koji obavlja iskusen hirurg je najbolja metoda.

Ukoliko je to moguće, prvo treba koristiti magnetnu rezonancu, jer ona ima preciznost 76-100%. Ukoliko magnetna rezonanca nije dostupna odmah, treba što pre uraditi pregled u anesteziji sa dreniranjem apscesa ili fistule da bi se izbegle opasnosti nedrenirane infekcije; pregled u anesteziji ima tačnost od 90% i omogućuje hirurgu da drenira apsces u toku pregleda.

Hirurška obrada nekomplikovane fistule

U slučaju nekomplikovane niske analne fistule, može se razgovarati o jednostavnoj fistulotomiji. Treba utvrditi postoji li apsces u analnoj regiji, pa ako postoji, treba uraditi drenažu.

Ako osoba ima nekomplikovanu nižu analnu fistulu, može se razgovarati o jednostavnoj fistulotomiji (tj. operativnom otvaranju fistulnog kanala). Zbog toga što se kao potencijalna komplikacija operacije može javiti nemogućnost zadržavanja stolice, fistulotomiju treba raditi veoma selektivno. Ukoliko se u analnoj regiji nalazi apsces (tj. gnojna kolekcija), važno je drenirati ga i pravilno lečiti zato što nelečeni apscesi mogu biti štetni po tkivo koje okružuje perianalna suženja uključujući mišiće koji kontrolišu pomeranje creva.

Lečenje jednostavne fistule

Jednostavne fistule (tj. one koje imaju jedan kanal) u analnoj regiji koje izazivaju simptome zahtevaju lečenje. Plasiranje setona (tj. najlonskog konca ili konca od lateksa) u kombinaciji sa antibioticima (metronidazol i/ili ciprofloksacin) je preporučeni metod lečenja. Ako se bolest praćena fistulama koja izaziva jednostavne fistule vraća i ne reaguje na antibiotike, tiopurini ili anti TNF lekovi se mogu koristiti kao drugi izbor u lečenju.



Ukoliko jednostavna perianalna fistula (tj. fistula sa samo jednim kanalom) ne izaziva simptome, nema potrebe za bilo kakvim intervencijama. Međutim, ako ipak uzrokuje simptome treba uraditi operaciju u kombinaciji sa lekovima; antibiotici, dreniranje apscesa i plasiranje setona su preporučeni plan lečenja.

Ukoliko se fistula ponovo javlja i ne reaguje na antibiotike, tiopurini ili anti TNF lekovi se mogu koristiti kao drugi izbor u lečenju. Zbirni rezultati pet istraživanja su pokazali da tiopurini efikasno zatvaraju fistule i drže ih zatvorenim. U međuvremenu, istraživanja su pokazala da infliksimab zatvara fistule, drži ih zatvorenim i dodatno smanjuje potrebu za bolničkim lečenjem i operacijom.

Lečenje kompleksne perianalne fistule

Ako KB praćena fistulama u analnom predelu uzrokuje kompleksne fistule (tj. fistule sa više kanala), infliksimab ili adalimumab mogu se koristiti kao prvi plan lečenja nakon što su fistule hirurški drenirane, ukoliko je to potrebno. Kombinovano lečenje ciprofloksacinom i anti TNF lekovima poboljšava kratkoročni ishod.

Da bi se poboljšao rezultat anti TNF lečenja KB praćene kompleksnim fistulama (tj. fistulama sa više kanala), treba razmotriti anti TNF lečenje u kombinaciji sa tiopurinima.

Održavanje stanja kod KB praćene fistulama

Tiopurine, infliksimab ili adalimumab, seton drenažu (tj. korišćenje najlonskog ili konca od lateksa), ili njihovu kombinaciju treba koristiti za održavanje stanja.

Ne postoje podaci o efikasnosti tiopurina kao terapije održavanja za fistule nakon uvođenja infliksimaba, ili u toku terapije održavanja infliksimabom. Samo je terapija održavanja infliksimabom pokazala smanjenje broja hospitalizacija i operacija. Čini se da adalimumab uspešno održava fistule zatvorenim, ali nije poznato da li smanjuje broj hospitalizacija i operacija.

Uopšte, preko 90% gastroenterologa se slaže da je terapija održavanja obavezna nakon uspešnog prestanka dreniranja fistule. Preporučeni lekovi su tiopurini ili anti TNF lekovi i njih treba koristiti najmanje godinu dana.

Van crevne manifestacije bolesti (VCM, simptomi van creva povezani sa KB)

Problemi sa zglobovima

Dijagnoze bolesti zglobova koje se povezuju sa IBC se donose klinički na osnovu tipičnih simptoma, i isključujući druge tipične oblike artritisa.

Postoje dve široke grupe oboljenja zglobova povezanih sa IBC, periferna i aksijalna artropatija. Periferni artritis ima 2 tipa, tip 1 i tip 2. Tip 1 pogađa velike zglobove (npr. kolena, laktove i ramena), poklapa se sa crevnom upalom i pogađa 4-17% obolelih od KB. S druge strane, tip 2 pogađa male zglobove (npr. u šaci) i javlja se kod samo 2,5% obolelih od KB.

Dijagnoza artritisa se donosi uočavanjem bolnih, otečenih zglobova, a druge bolesti koje treba isključiti su osteoartritis, reumatoidni artritis i artritis povezan sa bolestima vezivnog tkiva (npr. lupus). Zatim, lekovima prouzrokovani slučajevi koje treba isključiti su artralgiya (tj. bolovi u zglobu) prouzrokovana prekidom uzimanja steroida, osteonekroza (tj.



smanjenje dotoka krvi u zglobu) prouzrokovana steroidima i lupus prouzrokovana infliksimabom.

U međuvremenu, aksijalna artropatija uključuje sakroiliitis (koji se javlja kod 25-50% obolelih od KB) i spondilitis (koji se javlja kod 4-10% obolelih). Ankilozirajući spondilitis se karakteriše hroničnim bolovima u leđima, jutarnjom ukočenošću, ograničenom sposobnošću savijanja kičme i u kasnim stadijumima smanjenim širenjem grudnog koša. Zlatni standard za dijagnozu ankilozirajućeg spondilitisa je magnetna rezonanca zato što može otkriti upale pre nego što nastanu koštane lezije.

Periferni artritis najčešće pogađa velike zglobove u ekstremitetima. Može se lečiti fizioterapijom, NSAIL (nesteroidni antiinflamatorni lekovi) na kratke staze i lokalnim steroidnim injekcijama. Naglasak treba da bude na lečenju osnovne bolesti - KB. Sulfasalazin može pomoći u lečenju upornog perifernog artritisa.

Preporuke za lečenje artropatija (tj. bolesti zglobova) uzrokovanih KB se baziraju na istraživanjima spondiloartropatija (tj. bolesti zglobova), prvenstveno ankilozirajućeg spondilitisa (tj. artritisa u kičmi). Ne postoje dobro osmišljena istraživanja u oblasti IBC, pa su i preporuke u ovoj oblasti preuzete iz drugih bolesti.

Kod perifernog artritisa, lečenje osnovne KB upotrebom kortikosteroida, imunomodulatora i anti TNF lekova bi trebalo da dovede do olakšanja simptoma. Ako lečenje osnovne KB ne dovede do olakšanja od bolova u zglobovima pacijent bi trebalo da razmotri kratkoročno uzimanje NSAIL; dok NSAIL mogu potencijalno pogoršati osnovnu KB, čini se da je rizik od ovoga mali. Fizioterapija i odmor mogu doneti olakšanje ili smanjenje simptoma. Upotreba COX-2 inhibitora (npr. etorikoksib i celekoksib) se čine sigurnijim sa manjim rizikom od pogoršanja bolesti nego uobičajeni NSAIL. Sulfasalazin može biti koristan kod artropatije velikih zglobova. Najzad, infliksimab može imati vrlo povoljan efekat na periferni artritis.

Aksijalni artritis prouzrokuje bol i ukočenost u zglobovima donjeg dela leđa. Intenzivna fizioterapija i NSAIL se preporučuju, ali dugoročno lečenje NSAIL treba izbegavati zbog sigurnosnih razloga. Anti TNF terapija je primarni izbor za lečenje ankilozirajućeg spondilitisa ukoliko pacijent ne toleriše NSAIL ili na njih ne reaguje. Sulfazalin, metotreksat i tiopurini nemaju efekta.

Preporuke za lečenje aksijalnog artritisa prouzrokovano KB su bazirane na istraživanjima ankilozirajućeg spondilitisa (tj. artritisa kičme). Intenzivna fizioterapija i NSAIL se mogu koristiti, iako treba izbegavati dugoročno korišćenje NSAIL. Lokalne injekcije kortikosteroida mogu biti razmotrene. Sulfasalazin, metotreksat i azatioprin nemaju efekta kod ankilozirajućeg spondilitisa sa aksijalnim simptomima. Kod pacijenata sa aktivnim ankilozirajućim spondilitisom koji ne reaguju ili ne podnose NSAIL, preporučuju se anti TNF lekovi. Adalimumab i infliksimab su dokazano dovoljno bezbedni i efikasni za lečenje ankiloznog spondilitisa.

Koštani poremećaji

Pacijenti koji koriste kortikosteroide ili oni sa smanjenom gustinom kostiju treba da primaju suplemente kalcijuma i vitamina D. Vežbe za jačanje mišića i prestanak pušenja su od pomoći. Pacijente sa frakturama treba lečiti bisfosfonatima, ali nije dokazana njihova efikasnost u sprečavanju fraktura. Rutinska dopunska hormonska terapija kod žena u postmenopauzi se ne preporučuje zbog rizika od neželjenih dejstava. Muškarci sa smanjenim nivoom testosterona mogu imati koristi od uzimanja lekova sa testosteronom.

Uzimanje kalcijuma (500-1000 mg/dan) i vitamina D (800-1000 i.j./dan) povećava gustinu kostiju kod pacijenata sa IBC iako nije istraženo da li sprečavaju frakture kod pacijenata



sa IBC. Zbog toga, nije moguće dati zvaničnu preporuku za lečenje bisfosfonatima na osnovu smanjene gustine kostiju. Treba reći i to da će ženama u postmenopauzi ili onima sa osteoporozom izazvanom steroidima svakako pomoći. Uopšte, kod pacijenata sa sniženom gustinom kostiju i dodatnim faktorima rizika lečenje treba uzeti u obzir.

Pacijente sa hroničnom aktivnom bolešću treba lečiti imunosupresivnim lekovima, kao što je azatioprin i anti TNF lekovi, kako ne bi koristili steroide i kako bi smanjili negativan uticaj zapaljenja na gustinu kostiju; pokazano je da mnogi pacijenti sa KB mogu vratiti normalan nivo gustine kostiju posle 3 godine stabilne remisije bolesti.

Ispoljavanje na koži

Lečenje erythema nodosum (crveni, bolni čvorovi obično na potkolenicama) se obično svodi na lečenje osnovnog oboljenja, odnosno KB. Sistemske steroidi su obično neophodni. Pyoderma gangrenosum (neinfektivno zapaljenje kože) se u početku leči sistemskim steroidima, anti TNF lečenjem ili kalcineurinskim inhibitorima.

Erythema nodosum (tj. crveni čvorovi na koži potkolenica, butina i podlaktica) su obično lako uočljivi i javljaju se kod 5-10% pacijenata sa KB. Obično se javlja kad je KB aktivna. Dijagnoza se obično može potvrditi bez potrebe za biopsijom. Obično je potrebno lečenje osnovne bolesti oralnim steroidima, a ako oni nemaju efekta ili se bolest ponovo javlja, mogu se dodati azatioprin i/ili infliksimab; retko kad je ipak potrebno uključiti azatioprin ili infliksimab.

Pyoderma gangrenosum (tj. veliki bolni čirevi na koži) se može javiti bilo gde na telu, uključujući genitalije, ali se najčešće javlja na potkolenicama i blizu stoma. Ranice na koži su obično površne u početku, ali s vremenom postaju dublje. Između 0.6 i 2.1% pacijenata sa KB dobijaju ovu bolest povremeno i može ali i ne mora da se podudara sa aktivnošću KB. Pyoderma gangrenosum je dijagnoza isključivanja, što znači da se ona postavlja kada se ne može pronaći nikakav drugi razlog za čireve; biopsija može pomoći u isključivanju drugih bolesti kože. Brzo isceljenje treba da bude cilj lečenja jer ovo može biti teška bolest. Kortikosteroide treba prvo koristiti pre nego se probaju kalcineurinski inhibitori. Infliksimab se koristi sve češće i pokazalo se da je efikasan u jednom velikom i dva manja istraživanja. Još uvek nijedno istraživanje nije međusobno uporedilo sistemske steroide, anti TNF terapiju i kalcineurinske inhibitore. Hirurške intervencije treba izbegavati kao i kod drugih ulceracija kože.

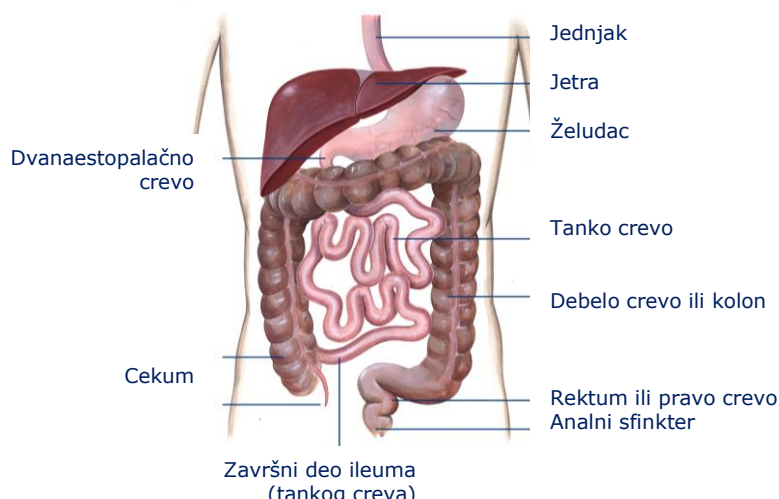
Tromboembolijske komplikacije

Prevenciju tromboze (tj. formiranja krvnih ugrušaka) treba imati na umu kod svih hospitalizovanih pacijenata i onih na vanbolničkom lečenju sa teškom bolešću. Lečenje pacijenata sa IBC koji imaju vensku tromboemboliju (tj. imaju krvni ugrušak koji blokira venu) treba da prate standardne terapeutske opcije protiv tromboze.

Zbog uglavnom nepoznatih razloga, pacijenti sa KB imaju povećan rizik od stvaranja krvnih ugrušaka u venama, zvanih venska tromboembolija. Važno je da se spreči njihov nastanak i da se oni izleče jer mogu dovesti do komplikacija ili čak smrti. Takve krvne ugruške treba dijagnostikovati odgovarajućim tehnikama snimanja, kao što su ultrazvuk ili venografija. Što se tiče lečenja, treba koristiti razređivače krvi (zvani antikoagulansi) za sprečavanje nastanka i lečenje krvnih ugrušaka. Ukoliko se osobi ponovo jave krvni ugrušci, treba razmotriti dugoročno lečenje. Izgleda da pacijenti sa IBC nemaju veći broj komplikacija krvarenja uzrokovanih lekovima koji razređuju krv nego ljudi koji nemaju IBC. Na kraju, pacijenti sa KB treba da se čuvaju dugih putovanja kao i oralnih kontraceptivnih lekova pošto oni dodatno povećavaju rizik od krvnih ugrušaka i treba da razmisle o preventivnoj antikoagulantnoj terapiji pod određenim okolnostima.

Rečnik stručnih izraza

Ilustracija anatomije organa za varenje



© Hendrik Jonas für Agentur BAR M Berlin

Termin	Na šta se termin odnosi	Definicija
5-ASA ili 5-aminosalicilna kiselina ili mesalazin	Lek	Ovo je lek koji deluje lokalno, koristi se za lečenje IBC, prevashodno UK i pod određenim okolnostima KB. Takođe se može zvati mesalazin i može se uzimati oralno ili rektalno u vidu klistira, pene ili čepića.
6-TGN	Lek	Aktivni metabolit azatioprina ili merkaptopurina.
Apsces	Komplikacij a KB	Apsces je inkapsulirana tkivna tečnost, odnosno gnoj, koja se nalazi negde u telu. Rezultat je odbrambene reakcije organizma na strano telo.
Adalimumab	Lek	Anti TNF lek koji se obično koristi za lečenje IBC, pripada grupi bioloških (biotehnoški proizvedenih) lekova. Pacijent ili medicinska sestra ga ubrizgava ispod kože (subkutano).
Adhezije (priraslice)	Komplikacij a posle operacije	Delovi creva spojeni inflamatornim reakcijama. Mogu izazvati opstrukciju i bol.
Aminosalicilat	Lek	Ovo je lek koji se koristi za lečenje IBC, koji se još zove 5-ASA.
Anemija	Bolest	Stanje u kom nemate dovoljno crvenih krvnih zrnaca ili hemoglobina. Ukoliko imate anemiju možete se osećati umorno i slabo.
Anemija kod hronične bolesti	Bolest povezana sa IBC ili	Ovo je anemija koja nastaje kao posledica hronične bolesti kao što je IBC ili nekih drugih inflamatornih procesa.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



	inflamatorni m stanjima	
Ankilozirajući spondilitis	Oboljenje povezano sa IBC	Vid artritisa koji se karakteriše hroničnom upalom koja primarno zahvata kičmu, prouzrokujući bol i ukočenost leđa, a širi se ka grudima i vratu.
Anti TNF lekovi	Lek	Biološki (biotehnološki proizvedeni) lekovi koji se obično koriste za lečenje inflamatornih bolesti creva. Najčešće se koriste infliksimab, adalimumab, certolizumab i golimumab.
Antibiotici	Lek	Lekovi koji se koriste za lečenje bakterijskih infekcija. Ne deluju protiv virusa.
Antidijaroik	Lek	Lek koji olakšava simptome dijareje. Najčešće se koristi loperamid.
Apendektomija	Operacija	Uklanjanje apendiksa (slepog creva) od strane hirurga. Obično se radi zbog apendicitisa.
Apendicitis	Bolest	Upala apendiksa (slepog creva) koji je ekstenzija kolona. Pored drugih stvari, apendicitis može uzrokovati bol, gubitak apetita i groznicu ili perforaciju.
Artritis	Oboljenje povezano sa IBC	Upala zglobova koja prouzrokuje bolove i oticanje zglobova.
Artropatija		Bilo koja bolest ili abnormalno stanje koje pogađa zglob.
Auto-imuna	Opisivač bolesti	Auto-imuna bolest je bolest kod koje imuni sistem napada zdrave ćelije u telu.
Aksijalni artritis	Oboljenje povezano sa IBC	Bolest zglobova, može pogoditi kičmu i kukove
Azatioprin	Lek	Vidi tiopurini
Biološki lekovi	Lek	Obično IG (imunoglobulinski) proteini koje prave genetski modifikovane ćelije, npr. anti TNF lekovi ili vedolizumab.
Barijum (kontrast)	Dijagnostički test	Supstanca koja se koristi kod određenih radioloških metoda da bi se poboljšala vidljivost anatomskih struktura.
Biopsija, biopsije	Dijagnostički test	Biopsija je uzorak tkiva uzet iz tela da bi se mogao pažljivije pregledati. Biopsije se uzimaju sa zida creva za vreme kolonoskopije.
Bisfosfonati	Lek	Jedinjenja koja usporavaju gubitak kostiju i povećavaju gustinu kosti.
Karcinom creva	Bolest vezana sa KB/UK ili lečenje	Takođe se zove kolorektalni karcinom. To je karcinom creva koji oboleli od IBC imaju povećan rizik da dobiju. Pored ostalog, može prouzrokovati simptome kao što su krv u stolici, promenu stanja creva, bol u trbuhu, izrasline u trbuhu i gubitak telesne težine.
Budesonid	Lek	Lek koji pripada grupi kortikosteroida. Budesonid ima anti-inflamatorno dejstvo i koristi se u vidu klistira za lečenje akutnih pogoršanja kod

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		pacijenata sa ileocekalnom KB i UK gde je zahvaćen zadnji deo kolona. Kortikosteroidi su isto hormoni prirodno sintetisani u nadbubrežnim žlezdama našeg tela.
Kalcineurinski inhibitori	Lek	Imunosupresantski lekovi koji se koriste za lečenje IBC i da spreče odbacivanje organa kod transplantacije.
Cervikalna displazija	Bolest	Stvaranje izmenjenih ćelija tkiva grlića materice.
KB ili Kronova bolest	Opisivač bolesti	Ovo je inflamatorna bolest creva. Kronova bolest može zahvatiti sve delove organa za varenje uključujući često i tanko crevo, a UK ne zahvata tanko crevo.
Hronične bolesti	Opisivač bolesti	Ovo su bolesti koje osoba ima duže vreme (često do kraja života). IBC su hronične bolesti.
Ciklosporin	Lek povezan sa UK	Kalcineurinski inhibitor je lek koji se koristi za usporavanje odgovora imunog sistema, pa se zato može koristiti za lečenje UK.
Ciprofloksacin	Lek	Antibiotik koji se takođe koristi za lečenje IBC i upale rezervoara ileo-analne anastomoze.
Clostridium difficile	Bolest	Bakterija koja prouzrokuje simptome slične IBC.
Kolektomija	Operacija	Uklanjanje kolona od strane hirurga. Prethodi ileo-analnoj anastomozi sa rezervoarom, operaciji kod pacijenata obolelih od UK.
Kolon (vidi sliku)	Deo tela	Drugačije se zove debelo crevo.
Kolonografija	Test	Može se uraditi pomoću CT skenera ili magnetne rezonance. To je metoda za pregled unutrašnjosti kolona bez potrebe za korišćenjem endoskopa.
Kolonoskopija	Test	To je test u kome se endoskop sa kamerom uvodi u rektum i ceo kolon s ciljem da se otkrije aktivnost bolesti i da se uzmu biopsije.
Kolorektalni hirurg	Drugo	Ovo je hirurg koji se specijalizuje za operacije rektuma, anusa i kolona.
Kortikosteroidi (ili steroidi)	Lek	Grupa lekova koji podražavaju efekat hormona koji se prirodno luče u nadbubrežnim žlezdama i deluju kao imunosupresanti. Hidrokortizon i prednizolon su dva kortikosteroida koji se najčešće koriste u lečenju IBC.
COX-2 inhibitori	Lek	Ovo su više specifični NSAID sa manje štetnih efekata i bolje se podnose u lečenju IBC.
Kreatinin	Test	Nivo kreatinina u krvi pokazuje koliko dobro funkcionišu bubrezi.
CRP (C-reaktivni protein)	Test	Test krvi koji se radi da bi se odredilo ima li upalnog procesa u telu. Koristan je da otkrije upalni proces u telu, ipak, visok nivo CRP-a ne mora da znači da je upala u crevima. Zbog toga, treba uraditi i druge testove da bi se utvrdilo da li je izvor upale u crevima kod pacijenta sa IBC.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



CT (kompjuterizovan a tomografija)	Test	Ovo je oblik rentgena koji se opavlja u skeneru.
Enteroskopija pomoću aparata	Test	Pregled tankog creva pomoću specijalnog endoskopa.
Stepen bolesti	Opisivač bolesti	Ovo se odnosi na to koliki je deo kolona zahvaćen UK ili KB. Ne treba ga mešati sa ozbiljnošću bolesti koja se odnosi na to koliko je duboka i obimna upala. Stepent bolesti je koristan za klasifikaciju UK na proktitis, distalni kolitis i ekstenzivni kolitis, a u odnosu na KB sa zahvaćenošću tankog creva, debelog creva i gornjeg dela sistema organa za varenje.
Indeksi ozbiljnosti bolesti	Test	Indeks ozbiljnosti bolesti je način za merenje ozbiljnosti bolesti baziran na simptomima pacijenta i određenim testovima (npr. kako creva izgledaju na endoskopiji). Obično, teža bolest je predstavljena višim rezultatima. Jedan primer ovoga je indeks aktivnosti ulceroznog kolitisa (UCDAI) ili indeks aktivnosti Kronove bolesti (CAI)
Barijumski klistir sa dvostrukim kontrastom	Test	Ovo je metoda pri kojoj se rentgenski snime kolon i rektum nakon što se tečnost koja sadrži barijum ubaci u rektum. Barijum ocrta kolon i rektum na rendgenskom snimku i tako pomaže u prikazivanju nepravilnosti.
Elektroliti	Test	Testiraju se preko krvi, ovo su minerali (npr. natrijum, kalijum, hloridi) u krvi i drugim telesnim tečnostima koji nose električni naboj. IBC može prouzrokovati poremećaj nivoa elektrolita.
Trajna ileostomija	Operacija	Operacija kada se kraj tankog creva podeli i izvede napolje preko trbuha i prišije za kožu da bi se formirala stoma. Osoba kojoj je urađena trajna ileostomija nosi kesu na njenom/njegovom stomaku u kojoj se prikuplja stolica.
Endoskopski	Test	Pridev od reči endoskopija.
Endoskopska intubacija	Test	Plasiranje cevčice u telo pomoću endoskopa.
Endoskopija	Test	Procedura u kojoj se kamera na kraju duge cevčice uvodi u telo da bi se direktno pregledao organ koji se pregleda. Najčešća endoskopija za pacijente IBC je (ileo)kolonoskopija.
Klistir	Lek	Tečnost koja se ubrizga u donji deo creva kroz rektum. Ovo se može raditi da bi se pomoglo lekaru da izvrši test ili da se plasira lek.
Erythema nodosum (nodozni eritem)	Oboljenje povezano sa IBC	Inflamatorno stanje kože.
Eritropoezni lek	Lek	Lek koji stimuliše proizvodnju crvenih krvnih zrnaca.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



SE ili brzina sedimentacije eritrocita	Test	Test krvi kojim se meri stepen upale u telu, sličan CRP.
Ekstenzivni kolitis	Opisivač bolesti	To je oblik UK koji zahvata ceo kolon.
Stepen (stepen bolesti)	Opisivač bolesti	Stepen bolesti se odnosi na to koliko je creva zahvaćeno od strane IBC.
Fekalni kalprotektin	Test	Protein koji se luči u crevima tokom upale. Nivo fekalnog kalprotektina raste samo u slučaju upale creva, pa je zbog toga fekalni kalprotektin bolji za merenje upale od CRP ili sedimentacije (SE). Nespecifično za IBC. Pacijent mora doneti uzorak stolice na pregled.
Plodnost	Drugo	Plodna osoba je ona koja je fizički sposobna da ima decu.
Fistula, fistule	Komplikacija KB	Čir koji se pruža kroz zid creva, stvarajući neprirodan prolaz između creva i kože, ili između creva i drugog organa. Jednostavne fistule imaju jedan kanal; kompleksne fistule imaju više kanala. Fistulizirajuća KB je oblik KB.
Fistulografija	Test	Rendgenski snimak fistule.
Fistulotomija	Operacija	Hirurško otvaranje fistule.
Ponovno pogoršanje ili relaps	Opisivač bolesti	Stanje kada je bolest aktivna i suprotna je remisiji bolesti. Osoba kod koje se bolest pogorša imaće određene simptome i upalu.
Fraktura	Drugo	Prelom kosti prouzrokovan jednim događajem ili kontinuiranim delovanjem na kost.
Gastroenterolog	Drugo	Doktor koji se specijalizovao u lečenju bolesti organa za varenje kao što su IBC.
Nivo hemoglobina	Test	Nivo hemoglobina meri koliko hemoglobina imate u krvi. Hemoglobin nosi kiseonik u krvi. Nizak nivo ukazuje na anemiju.
Histološki	Test	Histološki pregled podrazumeva pregled pri kome se tkivo dobijeno biopsijom pregleda pod mikroskopom.
IBC	Bolest	Skraćenica za inflamatornu bolest creva, ovo je zajednički naziv za Kronovu bolest i ulcerozni kolitis
NIBC ili neklasifikovana IBC	Opisivač bolesti	Ako se ne može utvrditi da li osoba ima KB ili UK nakon što su urađeni svi testovi, treba koristiti termin NIBC.
NK ili neodređen kolitis	Opisivač bolesti	U slučajevima kada nije moguće utvrditi ima li osoba KB ili UK, može se zvati NK. Ipak, NK bi trebalo koristiti samo za uzorke resekcije.
Ileokolonoskopija	Test	Endoskopija koja se koristi u cilju pregleda kolona i ileuma.
Ileo-rektalna anastomoza	Operacija	Operacija u kojoj se rektum sačuva, a ileum se poveže na rektum. Ovo je suprotno ileo-analnoj anastomozi sa rezervoarom u kojoj se rektum ne sačuva.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Ileoskopija	Test	Korišćenje endoskopije da bi se pogledao ileum koji je najniži deo tankog creva.
Snimanje	Test	Izrada slike ili snimka dela tela koristeći neku od brojnih tehnika kao što su rendgen, ultrazvuk, CT ili magnetna rezonanca. Tehnike snimanja su često potrebne za procenu koji deo tela je zahvaćen IBC.
Vakcinisan	Drugo	Osoba je vakcinisana ako je on/ona učinjena imunom na infekciju. Česta vakcina je za male boginje, zauške i tetanus ali postoje i mnoge druge.
Imunomodulator	Lek	Imunomodulatori slabe ili stimulišu aktivnost imunog sistema. Imunosupresanti su uobičajeni imunomodulatori koji se koriste u lečenju IBC zato što se smatra da su IBC bar delimično uzrokovane preterano aktivnim imunim sistemom.
Imunosupresanti	Lek	Grupa lekova koji se koriste da uspore imuni sistem, uključujući steroide, tiopurine, metotreksat, anti TNF lekove i vedolizumab. Zbog toga što IBC mogu nastati usled preterano aktivne reakcije imunog sistema, imunosupresanti mogu biti korisni za njihovo lečenje.
Infliksimumab	Lek	Anti TNF biološki lek koji se uobičajeno koristi za lečenje IBC. Daje se pacijentu kapanjem direktno u krvotok.
Ileo-analna anastomoza sa rezervoarom	Operacija	Operacija koja se često radi kod pacijenata sa UK kod koje se kraj tankog creva preoblikuje u rezervoar i obavlja funkciju koju je obavljalo debelo crevo pre nego što je izvađeno.
Nedostatak gvožđa	Bolest	Kada nema dovoljno gvožđa u krvi.
Anemija usled nedostatka gvožđa	Bolest	Stanje kada ima manjak crvenih krvnih zrnaca usled nedostatka gvožđa.
Nedostatak gvožđa bez anemije	Bolest	Stanje kada je gvožđe u nedostatku, ali ne u tolikoj meri da bi se desila anemija.
Sindrom nervoznih creva (IBS)	Bolest	Često stanje sa simptomima sličnim IBC, ali bez upale.
IV ili Intravenozno	Lek	Kada se lek uzima kroz venu u krvotok.
Keratolitički preparat	Lek	Ovo je lek koji se koristi za uklanjanje bradavica i drugih lezija.
Laparoskopski	Operacija	Laparoskopska operacija je način izvođenja operacije kada se naprave mali rezovi kroz koje se plasiraju kamere da bi se videlo operativno polje. Zbog malih rezova obično je brži period oporavka nego kod uobičajene operacije.
Laktoferin	Test	Protein koji se luči u crevima tokom upale. Pacijent mora doneti uzorak stolice da bi se on izmerio.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Distalni kolitis	Opisivač bolesti	Ovo je oblik UK koji dolazi ali ne prelazi preko leve strane kolona i efikasno se može lečiti lokalnim delovanjem.
Loperamid	Lek	Uobičajeni antidijaroik, videti antidijaroik.
Niskomolekularni heparin	Lek	Ovo je lek koji se obično koristi za sprečavanje krvnih ugrušaka.
Lokalizovana bolest	Opisivač bolesti	Bolest ograničena na jedan sistem organa ili na lokalizovan deo creva.
Limfoproliferativne bolesti (LPB)	Bolest	Grupa bolesti gde se limfociti (bela krvna zrnca) prekomerno proizvode. LPB uključuju različite leukemije i limfome.
Terapija održavanja	Lek	Ovo je tretman koji se koristi da se pacijent zadrži u remisiji.
Malapsorpcija	Komplikacija KB	Smanjena apsorpcija hranljivih materija u organima za varenje.
Pothranjenost	Komplikacija KB	Nepravilna ishrana prouzrokovana, na primer, nesposobnošću da se dovoljno jede, nedovoljnim unosom adekvatnih namirnica ili nedovoljnom apsorpcijom hrane.
Mesalazin	Lek	Lek koji se koristi za lečenje IBC. Može se uzeti oralno ili rektalno.
Metotreksat	Lek	Lek koji priпада grupi imunosupresanata, obično se koristi za lečenje KB. Nije tako efikasan za lečenje ulceroznog kolitisa.
Metronidazol	Lek	Ovo je antibiotik koji se koristi kod upale rezervoara ileo-analne anastomoze i fistulizirajuće KB.
MR (magnetna rezonanca) enterografija	Test	Metoda pri kojoj se koriste magnetni talasi za dijagnostičko slikanje tankog creva uz pomoć oralno uzete kontrastne boje. Radijacija se ne koristi.
MRCP ili magnetno rezonancna holangiografija	Test	Ovo je specijalna metoda kojom se magnetnom rezonancom proveravaju jetreno-žučni poremećaji.
MRI ili Snimanje magnetnom rezonancom	Test	Metoda kojom se koriste magnetni talasi za snimanje dijagnostičkih slika različitih delova tela. Radijacija se ne koristi.
NSAIL ili nesteroidni anti inflamatorni lekovi	Lek	Ovi lekovi mogu smanjiti bol. Takođe sniziti telesnu temperaturu i vanstomačne upale. Najpoznatiji su ibuprofen i aspirin, a pacijenti sa IBC bi trebalo da ih izbegavaju jer mogu povećati rizik od pogoršanja bolesti.
Opstrukcija, opstruktivni	Komplikacija KB	Opstrukcija nastaje kada zapaljenje izazvano KB zadeblja zid creva prouzrokujući da se crevo suzi, ili kada delovi creva razviju izrasline pa je protok sadržaja creva blokiran.
Oralni	Lek	Oralni lekovi su lekovi koji se uzimaju na usta.
Osteopenija	Bolest	Slabljenje kostiju koje nije dovoljno značajno da bi se smatralo osteoporozom.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Osteoporoz	Bolest	Medicinsko stanje kod koga kosti postaju slabe i osoba ima povećan rizik od preloma.
p-ANCA	Test	p-ANCA znači perinuklearna anti-neutrofilna citoplazmatska antitela. Nalaze se u krvi.
Usmerena na pacijenta	Drugo	Nega usmerena na pacijenta podrazumeva da se prepoznaju i poštuju individualne potrebe pacijenta, kao i da se sve kliničke odluke donose u skladu sa interesima pacijenta.
Periferni artritis	Bolest	Upala zglobova koja obično zahvata velike zglobove ekstremiteta.
Upala rezervoara ileo-analne anastomoze	Komplikacija	Zapaljenje ilealnog rezervoara (videti ileo-analna anastomoza sa rezervoarom)
Pyoderma gangrenosum	Bolest	Zapaljenje kože koje rezultira bolnim čirevima koje su izazvali autoimuni mehanizmi, a ne infekcija, ponekad se javlja kod pacijenata sa IBC.
Rektalno	Deo tela	Nešto što je rektalno odnosi se na kraj kolona, koji se naziva rektum. Na primer, lek koji se plasira u rektum kroz anus se naziva rektalni lek.
Rektum ili pravo crevo	Deo tela	Ovo je zadnji deo kolona. Završava se anusom.
Relaps	Opisivač bolesti	Ponovno javljanje bolesti
Remisija	Opisivač bolesti	Remisija je kada osoba nema aktivnu bolest; suprotna je terminu „pogoršanje“ ili „relaps“ koji se upotrebljava da bi opisao kada osoba ima aktivnu bolest.
Resekcija	Operacija	Hirurški odstranjen ceo organ ili njegov deo ili neka druga telesna struktura.
Sakroilitis	Bolest	Zapaljenje zgloba između krsne (sacrum) i bedrene (ilium) kosti.
Terapija spasavanja	Lečenje	Terapija spasavanja je lečenje koje se primenjuje kada su svi konvencionalni načini lečenja neuspešni i koristi se kao poslednji pokušaj da se bolest stavi pod kontrolu.
Serološki	Test	Serologija proučava krvni serum i druge telesne tečnosti. Obično se koristi za detekciju antitela u serumu.
Serologija	Test	Ispitivanje seruma ili drugih telesnih tečnosti.
Nivo feritina u serumu	Test	Ovo je test koji meri nivo gvožđa uskladištenog u telu.
Urea u serumu	Test	Urea je jedinjenje koje normalno bubrezi čiste iz krvi u urin. Nivo uree u serumu je važno znati zato što nenormalne vrednosti mogu ukazati na promenjeno stanje bubrega ili na dehidraciju.
Seton	Operacija	Konac koji se koristi da bi kanal fistule ostao otvoren i da bi se izbeglo nakupljanje gnoja u apscesu.
Neželjeni efekti	Lek	Štetno dejstvo leka ili intervencije.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Sigmoidoskopija	Test	Slično kolonoskopiji, samo što se pregled radi za zadnji deo kolona umesto celog kolona.
Kapsularna endoskopija tankog creva (KETC)	Test	Pregled pri kome pacijent guta kapsulu koja sadrži malu kameru. Kamera snima slike unutrašnjosti organa za varenje.
Stenoza	Bolest	Suženje koje je dovoljno značajno da izazove neprijatnost pacijentu.
Steroidi	Lek	Steroidi se uobičajeno koriste za lečenje IBC i rade na principu smanjenja aktivnosti imunog sistema. Mogu biti lokalni ili sistemski. Zbog brojnih neželjenih efekata, njihova upotreba bi da bude ograničena koliko je god moguće.
Suženje	Posledica KB	Suženje koje je dovoljno značajno da izazove neprijatnost pacijentu.
Stolica ili stolice	Drugo	Stolica je sadržaj creva ili izmet.
Subtotalna kolektomija	Operacija	Suprotno kolektomiji, ovo je kolektomija koja podrazumeva uklanjanje dela kolona, a ne ceo kolon.
Sulfasalazin	Lek	Sulfasalazin je lek za lečenje IBC. Sulfasalazin se sastoji iz dva dela, 5-ASA aktivnog dela i antibiotika sulfapiridina. Bakterije podele sulfasalazin u kolonu i oslobađaju 5-ASA.
Čepić ili čepići	Lek	Lek koji se plasira u rektum gde se topi i prekriva unutrašnjost creva da bi lečio upalu.
Kontrola	Test	Kontrola se dešava kada doktor redovno kontroliše pacijenta sa IBC, često endoskopom zarad utvrđivanja da li se razvija karcinom creva. Kontrola je važna zato što pacijenti koji boluju od IBC imaju povećan rizik od dobijanja karcinoma creva.
Sistemski	Lek	Sistemski lek koji utiče na celo telo. Suprotno od lokalnog leka koji ne prolazi kroz celo telo.
T-vrednosti	Test	T-vrednosti mere gustinu kostiju.
Takrolimus	Lek	Imunosupresantski lek sličan ciklosporinu koji se uzima oralno za lečenje UK.
Tenezmus	Opisivač bolesti	Bolni grč u rektumu/anusu često praćen nevoljnim naprezanjima i željom za pražnjenjem creva bez sadržaja.
Tiopurini	Lek	Ovo su imunosupresantski lekovi. Azatioprin i merkaptopurin se najčešće koriste za lečenje IBC.
Trombocitoza	Test	Povećan broj krvnih pločica (trombocita).
Lokalni	Lek	Ovo je lek koji deluje na upalu direktno, bez apsorpcije u telo.
Saturacija transferina	Test	Merenje kapaciteta za vezivanje gvožđa u telu gde rezultat niži od 16% ukazuje na nedostatak gvožđa.
Tuberkuloza	Bolest	Infektivna bolest koja napada pluća i druge delove tela, a izaziva je mycobacterium tuberculosis.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



UK ili ulcerozni kolitis	Opisivač bolesti	UK je jedna od inflamatornih bolesti creva.
Ultrazvuk	Test	Metoda snimanja koja koristi zvučne talase da proceni organe u telu.
Ursodeoksiholna kiselina	Lečenje	Oralni lek koji se može dati pacijentima koji boluju od PSH (primarni sklerozirajući holangitis, hronična bolest jetre koja se karakteriše upalom i fibrozama žučnih puteva u i van jetre.) da zaštiti jetru i spreči karcinom creva.
Uveitis	Bolest	Upala uvee (srednjeg očnog omotača).
Provereno	Test	Ako je nešto provereno, smatra se da je dokazano da je sigurna mera onoga što treba da meri. Na primer, indeks ozbiljnosti bolesti će biti proveren kada bude dokazano da tačno meri ozbiljnost bolesti.
Vedolizumab	Lek	Biološki (biotehnološki proizveden) lek koji se koristi za lečenje IBC. Daje se pacijentu kapanjem direktno u krvotok. (intravenski).
VSL#3	Lek	Probiotik (živi mikroorganizmi koji kada se unesu u dovoljnoj količini povoljno utiču na zdravlje domaćina) koji je pokazao ohrabrujuće rezultate za lečenje upale rezervoara ileo-analne anastomoze.
Odvikavati	Lek	Ako se od leka odvikava, postepeno se ukida, a ne naglo. Ovo se radi kada se uzimaju steroidi, zato što nagli prekid uzimanja steroida može imati ozbiljne neželjene posledice.