

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Ulcerative Colitis (UC)

 Russian



European  
Crohn's and Colitis  
Organisation



United We Stand

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Рекомендации Европейской организации по изучению болезни Крона и колита (European Crohn's and Colitis Organisation, ECCO) и Европейской федерации ассоциаций пациентов с болезнью Крона и язвенным колитом (European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations, EFCCA) для пациентов с язвенным колитом (ЯК)

Сальваторе Леоне (Salvatore Leone)\*, <sup>1</sup>, Алехандро Самхан-Ариас (Alejandro Samhan-Arias)\*, <sup>2</sup>, Итамар Бен-Шахар (Itamar Ben-Shachar)<sup>3</sup>, Марк Дериеппе (Marc Derieppe)<sup>4</sup>, Филиц Динк (Filiz Dinc)<sup>5</sup>, Изабелла Гросс (Isabella Grosu)<sup>6</sup>, Шарлотта Гвинеа (Charlotte Guinea)<sup>7</sup>, Яркко Лигнелл (Jarkko Lignell)<sup>8</sup>, Гедиминас Смайлис (Gediminas Smailys)<sup>9</sup>, Сигурборг Стурлудоттир (Sigurborg Sturludóttir)<sup>10</sup>, Сет Сквайрс (Seth Squires)<sup>11</sup>, Паоло Гиончетти (Paolo Gionchetti)<sup>12</sup>, Рами Элиаким (Rami Eliakim)\*\*, <sup>13</sup>, Жаннет Гааренстром (Janette Gaarenstroom)\*\*, <sup>14</sup>.

\* Эти авторы внесли свой равный вклад в качестве первого автора.

\*\* Эти авторы внесли свой равный вклад в качестве последнего автора.

<sup>1</sup> AMICI Onlus – Associazione Nazionale Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, Via A. Wildt, 19/4, 20131 Милан, 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, Тель-Авив 61398; <sup>4</sup> AFA – Association Francois Aupetit, 32 rue de Cambrai, 75019 Париж, Франция; <sup>5</sup> inflamatuvar barsak hastalıkları dayanışma ve Yardımlaşma Derneği, Caferağa Mah. Moda Caddesi No: 20 Borucu Han. K:1 Büro No: 103 Kadıköy, Стамбул, Турция; <sup>6</sup> ASPIIR – Asociația Persoanelor cu Boli Inflamatorii Intestinale din România (Romanian Association of People with IBD), Calea Mosilor 268, Бухарест, Румыния; <sup>7</sup> Crohns & Colitis UK – CCUK, 45 Grosvenor Road, St Albans, Хартфордшир AL1 3AW, Великобритания; <sup>8</sup> CCAFIN – Crohn ja colitis ry, Kuninkaankatu 24 A, 33210 Тампере, Финляндия; <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 Рейкьявик, Исландия; <sup>11</sup> Royal Alexandra and Vale of Leven Hospitals, Department of Gastroenterology, Corsebar Road, Пейсли, Шотландия, Великобритания, PA2 9PN; <sup>12</sup> University of Bologna, Department of Medical and Surgical Sciences, Via Massarenti, 9, 40138 Болонья, Италия; <sup>13</sup> Gastroenterology and Hepatology, Sheba Medical Center, 52621 Tel Hashomer, Израиль; <sup>14</sup> University Medical Center Utrecht, Department of Gastroenterology, Heidelberglaan 100, P.O. Box 85500, 3584 GX Утрехт, Нидерланды (до сентября 2015 г.).

Организаторы и корреспондентские общества: Европейская организация по изучению болезни Крона и колитов (European Crohn's and Colitis Organisation), Ungargasse 6/13, 1030 Вена, Австрия; Европейская федерация ассоциаций пациентов с болезнью Крона и язвенным колитом (European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations), Rue Des Chartreux, 33-35 Брюссель В 1000, Бельгия.



## Выражение признательности

Европейская организация по изучению болезни Крона и колита (ECCO) и Европейская федерация ассоциаций пациентов с болезнью Крона и язвенным колитом (EFCCA) хотели бы поблагодарить всех, кто внес свой вклад в создание рекомендаций ECCO-EFCCA для пациентов. ECCO и EFCCA выражают свою признательность авторам медицинского текста, Санне Лоннфорс и Эндрю МакКомби, которые внесли значительный вклад в создание рекомендаций ECCO-EFCCA для пациентов.

## Политика распространения

Рекомендации ECCO-EFCCA для пациентов основаны на клинических рекомендациях, выпущенных ECCO, по диагностике и лечению болезни Крона и язвенного колита. Чтобы перейти к клиническим рекомендациям по диагностике и лечению ECCO, воспользуйтесь этой ссылкой: <https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html>.

Вы можете свободно распространять рекомендации ECCO-EFCCA для пациентов. Обратите внимание, что перевод рекомендаций ECCO-EFCCA для пациентов требует утверждения в ECCO и EFCCA.

## Отказ от ответственности

Рекомендации ECCO-EFCCA для пациентов предназначены для того, чтобы упростить просвещение пациентов, расширить их возможности и дать представление о передовых технологиях на общеевропейском уровне. Любые терапевтические решения должны приниматься каждым клиницистом отдельно, они не должны основываться исключительно на содержании рекомендаций ECCO-EFCCA для пациентов. Европейская организация по изучению болезни Крона и колита (ECCO), Европейская федерация ассоциаций пациентов с болезнью Крона и язвенным колитом (EFCCA) и/или любой из их сотрудников и/или кто-либо, кто внес свой вклад в создание рекомендаций, не могут привлекаться к ответственности за любую информацию, опубликованную с наилучшими намерениями в рекомендациях ECCO-EFCCA для пациентов.

## Политика ECCO в отношении конфликтов интересов (КИ)

ECCO неустанно проводит политику раскрытия потенциальных конфликтов интересов (КИ). Декларация о конфликте интересов основывается на форме, используемой Международным комитетом редакторов медицинских журналов (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE). Заявление об отсутствии конфликта интересов не только хранится в офисе ECCO и в офисе редакционного отдела журнала по вопросам болезни Крона и ЯК (The Journal of Crohn's and Colitis, JCC), но также открыто для общественного контроля на веб-странице ECCO (<https://www.ecco-ibd.eu/about-ecco/ecco-disclosures.html>), где представлен всесторонний обзор потенциальных конфликтов интересов авторов.



## Введение

Европейская организация по изучению болезни Крона и колита — это самая крупная ассоциация, объединяющая специалистов по воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК) во всем мире. Помимо образовательных и исследовательских целей ее целью также является накопление новых знаний. Разрабатывая практические рекомендации по ВЗК, ECCO собрала лучших специалистов разных специальностей для создания этих справочных документов в духе сотрудничества и согласования.

В 2006 г. были опубликованы первые рекомендации ECCO по диагностике и ведению болезни Крона<sup>1, 2</sup>. За прошедшее с тех пор время в связи с непрекращающимся интересом к созданию общей европейской концепции в отношении ВЗК опубликовано в общей сложности пятнадцать рекомендаций ECCO на разные темы, связанные с язвенным колитом (ЯК) — от общего ведения болезни<sup>3</sup> до узкоспециализированных тем, например ЯК у детей<sup>4</sup>.

Кроме того, с момента создания Европейской федерации ассоциаций пациентов с болезнью Крона и язвенным колитом (EFCCA) ее основной целью является повышение качества жизни пациентов путем распространения знаний о надлежащих практиках для пациентов и их семей, включая образовательные мероприятия, повышение осведомленности общественности, содействие научным исследованиям и разработке новых средств медикаментозного лечения.

Инициатива ECCO и EFCCA по усилению воздействия общей концепции по ВЗК привела к объединению усилий для создания следующих рекомендаций для пациентов, страдающих язвенным колитом.

Рекомендации, включенные в настоящий документ, являются собранием самых доказательных положений по диагностике и лечению ЯК. Назначение этих рекомендаций — дать лучшее понимание того, как врачи-специалисты диагностируют и лечат ЯК. Рекомендации разделены на 5 основных тематических блоков, связанных с диагностикой, активной стадией заболевания, ремиссией, хирургическим лечением, колоректальным раком и внекишечными осложнениями. В конце документа приводится словарь для лучшего понимания используемой терминологии. Кроме того, чтобы сделать эти рекомендации доступными для возможно большего числа пациентов и обеспечить наилучшее понимание, рекомендации адаптированы и имеют формат, удобный для пациента.

## Диагностика язвенного колита (ЯК)

Определение того, насколько сильно поражена ваша ободочная кишка (т. е. протяженности заболевания), поможет решить, какое лечение вам назначить. Тип лечения зависит от протяженности заболевания; это поможет доктору или медсестре определить, какое лечение вы будете получать — препараты для перорального приема и/или топическое лечение. Протяженность заболевания оказывает влияние на решение о том, когда должно начаться наблюдение вашего заболевания и как часто оно должно проводиться. Поэтому ЯК классифицируется в зависимости от того, какая часть ободочной кишки затронута патологическим процессом.

Отнесение ЯК к определенной группе определяется преимущественно методом эндоскопии, которая позволяет установить степень воспаления в кишечнике. ЯК можно разделить на проктит, левосторонний колит и распространенный колит.

Эксперты придерживаются единого мнения о том, что наилучший способ классификации ЯК — это колоноскопия. ЯК можно разделить на проктит,



левосторонний колит и распространенный колит (распространенный далее левого изгиба ободочной кишки).

Есть две основных причины, почему следует классифицировать пациентов с ЯК в соответствии с протяженностью заболевания: 1) это влияет на тип лечения и 2) это определяет объем наблюдения за ходом болезни. Что касается лечения, то первоочередным средством лечения проктита часто являются суппозитории. Для лечения левостороннего колита используют клизмы, а для лечения распространенного колита — препараты для перорального приема (часто в комбинации с топической терапией).

Что касается наблюдения, протяженность заболевания важна для прогнозирования того, у кого может развиваться колоректальный рак. Пациенты с проктитом не требуют наблюдения методом колоноскопии, в отличие от пациентов с левосторонним колитом или распространенным колитом.

Для врача важна классификация ЯК на основании критерия степени тяжести. Такая классификация помогает врачу определить наилучшее лечение. Степень тяжести влияет на то, будет ли лечение топическим, системным, хирургическим, или будет ли оно вообще начато. Показатели тяжести заболевания до настоящего времени пока не получили надлежащей валидации. Клинические, лабораторные, визуализационные и эндоскопические исследования, в т. ч. биопсия, помогают врачу определить наилучшее лечение. Пока не существует полного согласования термина ремиссия. Ремиссия наилучшим образом определяется по комплексу клинических параметров (т. е. число актов дефекации  $\leq 3$  в день без кровотечения) и отсутствию признаков заболевания при эндоскопии. Также полезным диагностическим признаком будет отсутствие острого воспаления в образцах для биопсии.

Ведение пациента частично определяется тем, насколько тяжелым является заболевание. Степень тяжести воспаления определяется, когда пациент не получает лечения, препаратов для перорального применения, препаратов для применения внутривенно или хирургического лечения. Были предложены многочисленные показатели тяжести заболевания, но на данный момент ни один из них не был валидирован (т. е. пока не доказана его точность и полезность). Общепринято, что терапевту при ведении пациента помогает комбинация клинических признаков, результатов лабораторных анализов (уровень С-РБ в крови или анализы на уровень фекального кальпротектина в кале), методов визуализации (например, рентгенографии) и эндоскопии (в т. ч. биопсии).

Определение ремиссии еще не прошло полное согласование экспертами. В настоящее время наилучшие определения ремиссии включают симптомы пациента и результаты колоноскопии. Считается, что пациенты находятся в ремиссии, если у них в день бывает три акта (или меньше) дефекации без кровотечения и если колоноскопия не показывает признаков воспаления. Предпочтительным диагностическим признаком также является отсутствие микроскопических признаков воспаления в образцах для биопсии.

## Симптомы ЯК

Симптомы ЯК зависят от того, насколько сильно воспалена ободочная кишка и насколько тяжело протекает заболевание. Кровь в кале, диарея, ректальные кровотечения, тенезмы и/или настоятельные позывы к дефекации представляют собой наиболее общие симптомы. У пациентов с ЯК также часто возникает потребность к опорожнению кишечника в ночное время. Общее плохое самочувствие, потеря аппетита или лихорадка являются признаками того, что у вас серьезное обострение.



Серьезные симптомы ЯК обычно соответствуют тяжелому воспалению толстого кишечника и степени поражения ободочной кишки; воспаление ободочной кишки определяется методами колоноскопии и биопсии.

Наиболее частый симптом у пациентов с ЯК — это видимая кровь в стуле. Об этом сообщает более 90 % пациентов. **Пациенты с распространенным и активным ЯК** страдают хронической диареей, обычно с ректальными кровотечениями или как минимум с видимой кровью в кале. Пациенты также жалуются на неотложные позывы к дефекации, тенезмы, слизь или кровь в кале, необходимость опорожнения кишечника в ночное время, судорожную или тупую боль в животе (обычно слева внизу живота) перед дефекацией, которая проходит после дефекации. Кроме того, при тяжелом воспалении у пациентов часто бывает лихорадка, учащенное сердцебиение, потеря веса, вздутие живота или сниженный кишечный шум. В отличие от этого, **пациенты с проктитом** обычно жалуются на ректальные кровотечения, неотложные позывы к дефекации, тенезмы, иногда на тяжелый запор.

## История болезни

Полный анамнез должен включать многие вопросы. Например, врач должен спросить о том, когда начались симптомы и какие именно. Такие симптомы включают:

- кровь в кале,
- неотложные позывы к дефекации,
- консистенция и частота стула,
- тенезмы,
- боль в животе,
- недостаточный контроль за опорожнением кишечника,
- необходимость посещения туалета в ночное время,
- некоторые симптомы, не связанные непосредственно с кишечником (например боль в суставах).

Врач также должен спросить про следующее:

- недавние поездки,
- контакты с носителями инфекционных заболеваний, которые могут поражать кишечник,
- прием лекарственных препаратов (например антибиотиков и НПВС),
- курение,
- сексуальное влечение,
- наличие у членов семьи таких заболеваний, как БК, ЯК или рак кишечника,
- аппендэктомия в прошлом.

Диагноз ЯК предполагается на основании клинических симптомов, таких как кровь в кале, неотложные позывы к дефекации, частота стула, тенезмы, боль в животе, недостаточный контроль за опорожнением кишечника и необходимость посещения туалета в ночное время. Врач или медсестра должны задать вопросы о наличии ВЗК и рака кишечника у членов семьи пациента. Пациента должны спросить о наличии симптомов со стороны глаз, рта, суставов или кожи. Необходимо рассмотреть и исключить инфекционный колит (например, вызванный бактериями после дальних путешествий) или колит в связи с приемом медикаментов (например НПВС, таких как ибупрофен).

Показано, что аппендэктомия при подтвержденном аппендиците снижает риск заболевания ЯК в дальнейшем. Она также уменьшает степень тяжести ЯК, если была сделана по поводу «фактического» аппендицита в молодом возрасте.

Если у вас есть члены семьи с БК или ЯК, риск заболеть ЯК у вас выше.



Исследования показали, что у пациента вероятность заболевания ЯК меньше, если он перенес в молодом возрасте аппендэктомию при подтвержденном аппендиците; сообщается о снижении риска на 69 %. Кроме того, если пациент заболевает ЯК после аппендэктомии, то вероятность того, что болезнь будет тяжелой, ниже. Следует заметить, что аппендэктомия не предотвращает развитие первичного склерозирующего холангита (ПСХ). В настоящее время неизвестно, влияет ли аппендэктомия после начала ЯК на протекание заболевания.

Если у родственников первой степени родства наблюдается ЯК, то у вас вероятность развития ЯК выше в 10–15 раз. Однако, поскольку риск изначально очень низок, повышение риска развития ЯК для родственников первой степени составляет 2 %. Поэтому этот повышенный риск не должен оказывать существенного влияния на решение пациента с ЯК о том, иметь ли ему детей.

## Физикальное обследование

Физикальное обследование должно включать ряд параметров:

- общее самочувствие,
- частота сердечных сокращений,
- температура тела,
- артериальное давление,
- вес,
- рост,
- обследование живота для определения вздутия и болезненности,
- анально-ректальное обследование.

Когда врач или медсестра выполняет физикальное обследование, его результаты будут зависеть от того, насколько тяжелым и распространенным является ЯК. Если у пациента активность заболевания низкая или умеренная, обследование обычно не выявляет симптомов, кроме крови при анально-ректальном обследовании. Если у пациента тяжелое воспаление, у него может быть лихорадка, учащенное сердцебиение, потеря веса, чувствительность в ободочной кишке, вздутие живота или сниженный кишечный шум.

## Диагностические тесты

Анализы на ранней стадии должны включать клинический анализ крови, сывороточную мочевины, креатинин, электролиты, ферменты печени, уровень витамина D, содержание железа и С-РБ. Фекальный кальпротектин — это точный маркер наличия воспаления в ободочной кишке. С-РБ и СОЭ являются значимыми маркерами для определения ответа на лечение при тяжелой стадии заболевания. Врач должен провести анализ на инфекционную диарею, в том числе вызванную *Clostridium difficile*. Врач должен выяснить, иммунизирован ли пациент от различных вирусных заболеваний и не болен ли он туберкулезом.

В идеальном случае для постановки диагноза каждому пациенту необходимо провести клинический анализ крови, анализ на маркеры воспаления (С-РБ или СОЭ), электролиты, функциональные пробы печени и анализы кала. Фекальный кальпротектин, полученный при анализе кала, точно показывает, есть ли воспаление в ободочной кишке. Однако результаты анализов, указывающих на тяжесть воспаления, могут быть нормальными при левостороннем ЯК легкой или умеренной степени тяжести. Клинический анализ крови может продемонстрировать (а) высокий уровень тромбоцитов в результате персистирующего воспаления, (б) анемию и низкий уровень железа, что указывает на хроническое или тяжелое заболевание, и (в)



повышение числа белых кровяных клеток, свидетельствующее о большей вероятности наличия инфекции.

Уровень С-РБ у пациентов с тяжелыми симптомами обычно выше, чем у пациентов с проктитом. Высокий уровень С-РБ обычно бывает одновременно с высокой СОЭ, низким уровнем железа и низким уровнем альбумина. Эти маркеры можно также использовать для определения того, нуждается ли пациент с острым тяжелым колитом в хирургическом лечении. Если уровни С-РБ и СОЭ повышены, это может также свидетельствовать о наличии инфекции. Это означает, что их не следует рассматривать отдельно для дифференциации ЯК и других возможных причин симптомов. Поэтому врач или медсестра должны исключить другие возможные причины, такие как бактерии (например, *Clostridium difficile*, *Campylobacter* или *E. coli*) и паразиты (например, амебы).

## Колоноскопия

Когда подозревается ЯК, лучшими методами обследования для подтверждения диагноза и степени тяжести являются колоноскопия (предпочтительно с илеоскопией) и взятие образцов для биопсии в нескольких местах кишечника (в т. ч. в прямой кишке). В случае тяжелого обострения следует выполнить рентгенологическое исследование органов брюшной полости и подтвердить активное заболевание при помощи сигмоидоскопии как метода первой линии.

Все пациенты, симптомы которых соответствуют критериям тяжелого колита, должны быть немедленно госпитализированы для предотвращения задержки при принятии решения, что может привести к увеличению риска периоперационных осложнений и смертности.

Колоноскопия с интубацией в тонкую кишку, наряду со взятием нескольких образцов для биопсии из нескольких точек — это лучший метод подтверждения подозреваемого диагноза ЯК. Она позволяет врачу или медсестре осмотреть большую часть ободочной кишки и может быть более эффективной, чем сигмоидоскопия. Однако необходимо учитывать доступность ресурсов и тяжесть предполагаемого заболевания. Следует избегать колоноскопии и подготовки кишечника к этой процедуре у пациентов с тяжелым колитом, так как существует вероятность потери времени и риск перфорации ободочной кишки.

Если у пациента с подозрением на ЯК тяжелая степень заболевания, вначале можно использовать обзорную рентгенографию брюшной полости, хотя она не гарантирует постановки диагноза. Для его подтверждения потом можно сделать сигмоидоскопию, а не колоноскопию.

Если ЯК неактивен, прогнозировать будущее развитие заболевания могут результаты эндоскопии. Повторение эндоскопии может быть целесообразным, когда ЯК снова активизируется. Она также целесообразна, если пациенту нужно принимать стероиды, чтобы ремиссия продолжалась, или если невозможно достичь ремиссии даже при приеме стероидов. Кроме того, эндоскопия также целесообразна при рассмотрении вопроса о колэктомии.

Исследования показали: в случае когда при колоноскопии не обнаруживаются признаки воспаления, у пациента меньше вероятность обострения или потребности в колэктомии в будущем. У таких пациентов также выше вероятность того, что в течение года после колоноскопии не возникнет симптомов. Локализация заболевания, определенная методом колоноскопии, также важна для прогнозирования будущего





исхода, при оценке риска рака и определении того, какое лечение следует назначить. Однако, несмотря на явную/кажущуюся важность колоноскопии для определения локализации заболевания, до сих пор нет научного исследования, в котором рассматривалась бы рутинная колоноскопия после первичной колоноскопии при постановке диагноза.

При наличии стеноза (т. е. сужения) ободочной кишки врач должен исключить рак как его причину. Необходимо взять несколько образцов для биопсии из ободочной кишки, можно рассмотреть вопрос о хирургическом лечении. Иногда эндоскопическая интубация всей ободочной кишки бывает невозможной. В этих случаях можно использовать методы визуализации, например бариевую клизму с двойным контрастированием или колонографию.

При длительном язвенном колите стеноз ободочной кишки (т. е. стриктура/сужение) является потенциальным признаком рака кишечника и требует тщательной проверки с использованием методов колоноскопии и биопсии. Если колоноскопия проведена не полностью в связи со стенозом, можно использовать двойную или однократную бариевую клизму для прохода через сужение и в следующую часть ободочной кишки. КТ-колонография может определить структуру ткани вблизи стеноза ободочной кишки, а также внекишечную патологию (т. е. патологию тканей, которые находятся не в кишечнике), и поэтому она становится обследованием выбора в этой ситуации.

Термин недифференцированный колит (НК) следует использовать только для образцов, полученных при резекции. Если после проведения всех возможных исследований врач не может выяснить, какое заболевание — БК или ЯК — у пациента, тогда болезнь называется неклассифицированным ВЗК (НВЗК).

Неклассифицированное ВЗК — это термин, который лучше всего подходит для случаев, когда невозможно однозначно дифференцировать язвенный колит, болезнь Крона или другие причины колита. Этот термин применяется, когда невозможно выполнить дифференциацию даже после рассмотрения медицинского анамнеза, эндоскопического исследования, гистопатологии нескольких образцов слизистой оболочки и соответствующего рентгенологического обследования. Недифференцированный колит — это термин, которым пользуются патоморфологи для описания образцов, полученных при колэктомии и обладающих пересекающимися признаками как ЯК, так и БК.

## Медикаментозная терапия активного язвенного колита

### Проктит

Суппозитории 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК) по 1 г один раз в сутки — это предпочтительное ранее лечение слабо выраженного или умеренного проктита. Также можно использовать клизмы с пеной 5-АСК. Суппозитории могут доставлять в прямую кишку большее количество препарата, и пациенты отдают им предпочтение перед клизмами. Комбинация топической 5-АСК с 5-АСК для перорального приема или топическим стероидом эффективнее при лечении заболевания, чем эти препараты по отдельности. 5-АСК перорально в отдельности действует при лечении этого заболевания хуже, чем в комбинации. Для лечения более устойчивого проктита могут понадобиться иммуносупрессоры и/или препараты, направленные против фактора некроза опухолей (анти-ФНО).



Если у пациента проктит, вариантом выбора будет топическая 5-АСК; это было показано в многочисленных исследованиях, в которых сообщалось, что 5-АСК снижает проявление симптомов и улучшает результаты колоноскопии и биопсии. Кроме того, суппозитории более эффективны по сравнению с клизмами, так как они целенаправленно действуют в метях воспалений и обнаруживаются в прямой кишке большего числа пациентов через 4 часа (40 % по сравнению с 10 %). Не обнаружено повышение эффективности 5-АСК при назначении дозы более одного грамма в сутки, и однократное применение дает такой же эффект, что и несколько раз в день.

Многочисленные исследования показали, что топический месалазин эффективнее, чем топические стероиды, снижает проявление симптомов и результаты колоноскопии и биопсии. Топические стероиды следует назначать пациентам с непереносимостью топической 5-АСК.

Топическая 5-АСК эффективнее, чем 5-АСК для перорального приема, при использовании только этого препарата для лечения проктита. Комбинированное применение топической 5-АСК и 5-АСК для перорального приема, представляется в настоящее время более эффективным, чем назначение по отдельности, если заболевание поражает менее чем 50 см кишки от края ануса. Помогает также комбинация топической 5-АСК с топическими стероидами. Если комбинация топической 5-АСК или 5-АСК для перорального приема с топическими кортикостероидами не дает результата, следует добавить преднизолон перорально. Если все остальные средства не помогают, следует использовать лечение иммуносупрессорами или анти-ФНО.

## Левосторонний колит

В начале лечения активный левосторонний колит от легкой до умеренной степени следует лечить клизмами с аminosалицилатом (в дозировке 1 г в сутки) в комбинации с месалазином перорально (в дозировке более 2,4 г в сутки). Комбинированное лечение топической 5-АСК и 5-АСК для перорального приема дает лучшие результаты, чем топические стероиды или аминсалицилаты по отдельности. Кроме того, результаты такого лечения лучше, чем результаты лечения только аминсалицилатами перорально. Топическая 5-АСК дает лучшие результаты лечения, чем топические стероиды. Результаты приема дозы 5-АСК один раз в сутки такие же хорошие, как и при делении этой дозы 5-АСК на несколько приемов. Системные кортикостероиды можно использовать тогда, когда 5-АСК не действует. При тяжелой форме заболевания пациента необходимо направить в больницу для интенсивного лечения.

В исследованиях получены убедительные доказательства того, что при левостороннем ЯК 5-АСК эффективна как при топическом применении, так и при пероральном приеме. Поэтому первой линией лечения активного левостороннего колита от легкой до умеренной степени является комбинация топической 5-АСК и 5-АСК для перорального приема; показано, что она эффективнее, чем их применение по отдельности, и действует быстрее, чем при применении по отдельности. Результаты многочисленных исследований показали, что применение 5-АСК ректально эффективнее, чем прием кортикостероидов ректально, хотя результаты нескольких исследований показали, что ректальное применение беклометазона дипропионата (стероидный препарат) эффективнее, чем ректальное применение 5-АСК.

В некоторых исследованиях было показано, что деление дозы 5-АСК не дает преимуществ, поэтому препарат можно принимать один раз в сутки. Однако оказалось, что повышение дозы приводит к лучшему результату для пациентов, и минимально рекомендованная доза для левостороннего колита составляет 2,4 грамма в день.



Иногда, если 5-АСК неэффективна или плохо переносится пациентами с левосторонним ЯК, следует рассмотреть назначение кортикостероидов перорально. Стероиды при приеме перорально могут действовать быстрее, но также могут вызывать больше побочных явлений. Чтобы 5-АСК подействовала, необходимо в среднем 9–16 дней; ответ будет быстрее при комбинированном лечении, по сравнению лечением исключительно перорально. Если у пациента, который принимает 5-АСК, наступает ухудшение симптомов, появляется ректальное кровотечение более чем через 10–14 дней после начала лечения или не наступает улучшение всех симптомов в течение 40 дней, следует начать дополнительную терапию (обычно кортикостероидами перорально).

### Распространенный колит

В начале лечения распространенный колит степени от слабой до умеренной следует лечить 5-АСК перорально в дозе более 2,4 г в день. Его следует сочетать с топической 5-АСК, если он хорошо переносится, чтобы повысить вероятность продления ремиссии. Результаты приема дозы 5-АСК один раз в сутки такие же хорошие, как и при делении этой дозы 5-АСК на несколько приемов. Если у пациента нет ответа на 5-АСК, следует назначать системные кортикостероиды. При тяжелом распространенном колите необходима госпитализация для интенсивного лечения.

5-АСК в пероральной форме эффективна для индукции ремиссии активного распространенного ЯК степени от слабой до умеренной. Кроме того, комбинация топической 5-АСК и 5-АСК для перорального приема более эффективна, чем только 5-АСК для перорального приема; клинические исследования показали, что при комбинированном лечении ремиссия была достигнута у 64 % пациентов по сравнению с 43 % в группе приема только 5-АСК перорально. У пациентов с распространенным колитом прием 5-АСК один раз в сутки так же эффективен, как и разделенная доза. Если активная форма заболевания легкой или умеренной степени не дает ответа на 5-АСК, следует назначать стероиды перорально. Аналогично, если пациент уже принимает 5-АСК или иммуномодуляторы в дозе более 2 граммов в день в качестве поддерживающей терапии и у него начинается обострение, необходимо начать лечение стероидами. Как минимум в двух исследованиях показано, что стероиды помогли достигнуть ремиссии. Если у пациента тяжелый обширный ЯК, необходима госпитализация, так как это состояние является потенциально угрожающим для жизни пациента.

### Тяжелый колит

При наличии диареи с кровью более чем шесть раз в день и признаков системной токсичности (т. е. частота пульса более 90 ударов в минуту, лихорадка с температурой выше 37,8 °С, уровень гемоглобина ниже 10,5 г/дл, или СОЭ выше 30 мм/час, или уровень С-РБ выше 30 мг/л) у пациента можно предположить тяжелый ЯК и его нужно направить в больницу для интенсивной терапии.

Приблизительно у одного из каждых шести пациентов с ЯК в какой-то момент заболевания бывают тяжелые обострения. Тяжелый ЯК требует серьезного лечения. Несмотря на прогресс, достигнутый в лечении в прошлом веке, 2,9 % пациентов, госпитализированных в Великобритании с острым тяжелым ЯК, умирают, хотя в специализированных центрах смертность составляет менее 1 %. Вследствие риска смертельного исхода при тяжелом ЯК важно распознать тяжелое обострение. Тяжелое обострение ЯК возникает, когда у пациента происходит дефекация с кровью шесть и более раз в день и одновременно есть один из следующих признаков: (а) учащенное

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



сердцебиение (более 90 ударов в минуту), (б) лихорадка, (в) анемия или (г) высокий уровень СОЭ или С-РБ.

Всех пациентов с тяжелым обострением необходимо госпитализировать для интенсивного лечения, которое поначалу будет включать кортикостероиды для внутривенного введения, с дальнейшим переходом на циклоспорин, такролимус или инфликсимаб, если в течение трех дней пациент не дает ответа на кортикостероиды для внутривенного введения. В случаях когда пациент не реагирует на медикаментозное лечение, потребуются хирургическое вмешательство. Решения в отношении высокой интенсивности медикаментозного лечения и необходимости хирургического вмешательства необходимо принимать быстро, но тщательно взвешенно. Если откладывать операцию слишком долго, во время операции может быть больше осложнений.

Тяжелый активный ЯК следует лечить стероидами для внутривенного введения. Можно применять отдельно циклоспорин для внутривенного введения. Необходимо давать гепарин с низким молекулярным весом для снижения риска образования кровяных сгустков. Пациентом должна заниматься объединенная команда, состоящая из гастроэнтеролога и хирурга-колопроктолога.

Реакцию на стероиды для внутривенного введения можно оценить лабораторными анализами на третий день. Если тяжелый активный ЯК не реагирует на стероиды для внутривенного введения, необходимо обсудить другие возможности лечения, в том числе хирургическую операцию. Циклоспорин, или инфликсимаб, или такролимус могут подойти в качестве второй линии лечения. Если в течение 4–7 дней терапии спасения улучшение не наступает, рекомендуется колэктомия.

Решение, когда пациенту с ЯК следует рекомендовать/советовать колэктомию, — одно из самых сложных решений, которые должен принять гастроэнтеролог. Тем не менее гастроэнтеролог совместно с хирургом должны играть главенствующую роль при принятии решения и не должны позволять пациенту повлиять на это решение вполне понятным желанием отложить хирургическую операцию. Если хирургическую операцию откладывать слишком долго, это может увеличить вероятность осложнений или даже смерти во время колэктомии.

Необходимы объективные критерии (т.е. критерии, на которые не действуют эмоции пациента или врача), которые могут помочь гастроэнтерологу при принятии важного решения: лечить тяжелый ЯК путем колэктомии или медикаментами, такими как циклоспорин, инфликсимаб или такролимус. Клинические (например, большая частота стула), биохимические (например, высокий уровень С-РБ) и рентгенологические (например, дилатация ободочной кишки) маркеры являются объективными критериями, которые могут помочь в процессе принятия решения. При принятии решения важно также учитывать индивидуальные обстоятельства пациента. Например, следует избегать применения циклоспорина внутривенно у пациентов с низким уровнем холестерина или магния вследствие повышенного риска неврологических побочных явлений в этой группе пациентов.



## Медикаментозное лечение для поддержания ремиссии

На выбор поддерживающего лечения влияют многие факторы:

- насколько поражен кишечник (т. е. протяженность заболевания),
- как часто происходят обострения,
- оказалось ли неудачным прежнее поддерживающее лечение,
- насколько тяжелым было последнее обострение,
- какое лечение применялось для достижения ремиссии во время последнего обострения,
- безопасность поддерживающего лечения,
- предотвращение рака.

Выбор правильного лечения для поддержания ремиссии у пациента зависит от многих факторов. Более вероятно, что пациентам с проктитом требуется только топическое лечение, а пациентам с левосторонним или распространенным ЯК потребуются терапия препаратами для перорального приема. Кроме того, если промежуток между обострениями у пациента небольшой, для него предпочтительной будет более интенсивная терапия, так как она может увеличить длительность ремиссии между обострениями. Если ранее лекарственные средства не помогали поддерживать ремиссию, не следует пытаться применять их снова. Если последнее обострение было более тяжелым, следует назначать более интенсивную терапию. Степень тяжести обострения в данный момент определяет вероятность обострения в будущем. Если пациенту для достижения ремиссии нужны стероиды, то вероятность того, что для поддержания ремиссии ему понадобится интенсивная терапия, выше. Необходимо взвесить побочные явления медикаментозной терапии и ее пользу при обострении и для предотвращения рака.

### Аминосалициловая кислота

Прием 5-АСК перорально — это первая линия поддерживающего лечения пациентов, отвечающих на лечение 5-АСК или стероидами (при применении перорально или ректально). Применение 5-АСК ректально — это поддерживающее лечение первой линии для проктита, оно также может быть использовано для левостороннего колита. Комбинированное применение 5-АСК перорально и ректально может применяться как поддерживающее лечение второй линии.

Многочисленные исследования показали, что 5-АСК при пероральном приеме эффективна для поддержания ремиссии. Кроме того, в двух исследованиях сообщалось о пользе 5-АСК для ректального применения для успешного поддержания ремиссии у пациентов с левосторонним ЯК. Оказалось, что одновременное лечение 5-АСК перорально и 5-АСК в клизме более эффективно для поддержания ремиссии, чем только 5-АСК перорально. Обзор пациентов Великобритании показал, что 80 % предпочитали только лечение препаратами для перорального приема; поэтому представляется, что прием препаратов перорально более приемлем для пациентов, чем лечение препаратами для ректального применения.



5-АСК при пероральном приеме не действует, если доза ниже 1,2 г в день. При лечении препаратами для ректального применения для поддержания ремиссии достаточно общей дозы 3 г в неделю с разделением на однократные дозы. Дозу можно изменить в зависимости от результата. В некоторых случаях полезны более высокие дозы с топической 5-АСК или без нее. Прием 5-АСК один раз в сутки не увеличивает числа побочных явлений. Следует предпочитать другие препараты 5-АСК для перорального приема, а не сульфасалазин (даже если сульфасалазин окажется немного более эффективным), так как они вызывают меньше побочных явлений. Все имеющиеся препараты 5-АСК для перорального приема эффективны. Не имеется веских доказательств того, что какие-либо из 5-АСК лучше для поддерживающего лечения, чем другие.

Минимальная эффективная доза 5-АСК для перорального приема составляет 1,2 г/сутки. Учитывая, что при повышении дозы 5-АСК не происходит усиления побочных явлений, в некоторых случаях следует назначать и более высокие дозы. Также нет разницы, будете ли вы принимать 5-АСК один или несколько раз в сутки. Прием один раз в сутки предпочтительнее, так как это позволяет последовательнее соблюдать рекомендации врача. Эффективность препаратов 5-АСК при приеме перорально сопоставима с эффективностью сульфасалазина, однако препараты 5-АСК предпочтительнее, так как они вызывают меньше побочных явлений. В целом, нет веских доказательств того, что какой-то определенный препарат 5-АСК лучше остальных.

Рекомендуется длительное поддерживающее лечение 5-АСК, так как оно может снизить риск развития рака кишечника.

Исследование показало, что обычное лечение препаратами 5-АСК снижает риск заболеть раком кишечника на 75 %. Поэтому следует серьезно рассмотреть прием этого препарата в качестве поддерживающего лечения.

## Тиопурины

Если для поддержания ремиссии необходимы стероиды, пациента следует лечить тиопуринами.

Для уменьшения выраженности симптомов и воспаления (при оценке по колоноскопии) азатиоприн эффективнее, чем 5-АСК, у пациентов, которым необходимы стероиды для поддержания ремиссии. Более того, примерно половина стероидозависимых пациентов при приеме азатиоприна поддерживает ремиссию без стероидов в течение трех лет. Поэтому пациентам, у которых наблюдается обострение при постепенной отмене стероидов, следует начать принимать азатиоприн.

Пациентов с умеренно активным ЯК, которые не реагируют на лечение тиопуринами, следует лечить препаратами анти-ФНО или такролимусом. Терапию, которая оказывается неэффективной, следует прекратить; одним из вариантов дальнейшего лечения может быть хирургическая операция.

Пациенты со стероидозависимым ЯК, которые не реагируют на лечение тиопуринами, должны в идеальном случае пройти повторное обследование — колоноскопию и биопсию, чтобы подтвердить диагноз и убедиться, что нет других осложнений. Следует обсудить с пациентом стратегию лечения с целью отказа от стероидов и рассмотреть возможности терапии препаратами анти-ФНО. Существуют достоверные доказательства того, что лечение препаратами анти-ФНО эффективно для ЯК степени от умеренной до тяжелой, не отвечающей на лечение кортикостероидами или



иммуномодуляторами. Также можно рассмотреть применение такролимуса, однако доказательства для лечения этим препаратом менее убедительны.

Если ЯК не реагирует на эти препараты или если эффективность ответа снижается, необходимо рассмотреть возможность хирургической операции. Нельзя утверждать, что колэктомия не связана с риском, но при этой операции удаляется пораженная ободочная кишка, в результате чего ЯК «излечивается». Лечение иммуносупрессорами или иммуномодуляторами не имеет смысла и нерационально, если в ходе заболевания не наступает улучшение, так как повышается риск осложнений при хирургической операции и после нее в результате ее откладывания.

Все пациенты должны получать поддерживающее лечение. Лечение по необходимости возможно, только при заболевании ограниченной протяженности (например, проктит).

Важно продолжать принимать лекарства, даже если вы чувствуете себя лучше. Это необходимо потому, что пациенты, продолжающие принимать свои препараты, подвергаются значительно меньшему риску обострения, чем те, кто их не принимает. Фактически строгое соблюдение рекомендаций является наиболее важным фактором определения того, продлится у пациента ремиссия или нет. Например, одно из исследований показало, что у пациентов, которые получили менее 80 % прописанных препаратов 5-АСК для поддерживающего лечения, риск обострения был в пять раз выше, чем у тех, кто получил более 80 % прописанных препаратов.

Тиопурины можно применять в случае заболевания активности от низкой до умеренной с ранними или частыми обострениями одновременно с приемом 5-АСК в оптимальной дозе, в случае непереносимости 5-АСК, в случае необходимости приема стероидов для продолжения ремиссии или если ремиссия вызвана приемом циклоспорина (или такролимуса). Если пациент реагирует на лечение препаратами анти-ФНО, у него есть две возможности оставаться в фазе ремиссии. Первая: принимать один из тиопуринов. Вторая возможность: продолжать лечение препаратами анти-ФНО с тиопуринами или без них. Если у вас тяжелый колит, который реагирует на лечение стероидами для внутривенного введения, циклоспорином или инфликсимабом, следует рассмотреть возможность приема тиопуринов в качестве поддерживающего лечения. Если наблюдается ответ на лечение инфликсимабом, то можно также продолжать принимать инфликсимаб. Если тиопурины не действовали на вас в прошлом, вам следует попробовать продлить ремиссию, принимая препараты анти-ФНО. Если пациент с тяжелым колитом, который ранее не принимал тиопурины, реагирует на лечение стероидами, циклоспорином или такролимусом, то тиопурины подходят для поддержания ремиссии.

В нескольких исследованиях было продемонстрировано, что тиопурины эффективны для поддержания ремиссии у пациентов с ЯК, хотя доказательства их полезности при ЯК слабее, чем при БК. Недавнее исследование показало, что азатиоприн лучше подходил для поддержания ремиссии в течение шести месяцев без стероидов, чем 5-АСК (у 53 % пациентов ремиссия продолжалась при приеме азатиоприна по сравнению с 21 % при приеме 5-АСК). Более того, тиопурины могут использоваться после достижения ремиссии приемом циклоспорина (или такролимуса); так можно снизить вероятность того, что пациенту понадобится колэктомия и в короткой (т. е. в течение 1 года), и в длительной (т. е. в течение 5 лет) перспективе.

Существует также возможность лечения препаратами анти-ФНО. Исследования показали, что применение инфликсимаба помогает пациенту достичь ремиссии и поддерживать ее, а также прекратить прием стероидов; по-видимому, он также помогает предотвратить колэктомию. Было показано, что адалимумаб также помогает пациентам с ЯК степени тяжести от умеренной до тяжелой добиться ремиссии и



поддерживать ее, уменьшает симптомы и воспаление в ободочной кишке и делает ненужным прием стероидов.

Еще одна возможность — это комбинирование тиопуринов с препаратами анти-ФНО. Так можно снизить вероятность отрицательной реакции на анти-ФНО или утраты эффективности анти-ФНО препаратов вследствие выработки антител к анти-ФНО. В исследовании было показано, что комбинация инфликсимаба с азатиоприном была более эффективной для того, чтобы отменить стероиды, чем их использование по отдельности. По всей вероятности, комбинирование этих двух препаратов помогает также избежать колэктомии. Более того, вероятно, что прием азатиоприна можно прекратить по истечении первых шести месяцев комбинированной терапии, так как ингибируемые тиопуринами антитела, которые блокируют действие инфликсимаба, появляются в первые несколько месяцев лечения препаратами анти-ФНО.

## Хирургическое лечение ЯК

Хирургические осложнения более вероятны, если хирургическую операцию выполняют с запозданием.

В остром случае, когда нет ответа на медикаментозную терапию, или в случае, когда пациент принимал ежедневно 20 мг или более преднизолона в течение более шести недель, следует выполнить поэтапную процедуру (сначала колэктомию).

Следует отдавать предпочтение хирургической операции, выполненной лапароскопическим методом, если хирург владеет этой техникой.

В случаях острого тяжелого ЯК важно, чтобы ведущие хирурги и гастроэнтерологи работали совместно для обеспечения правильного ведения пациента. Прежде чем переходить к рассмотрению такой возможности лечения, как хирургическая операция, важно испробовать все возможности медикаментозной терапии, но в равной степени важно не затягивать с решением сверх необходимого. Откладывание хирургической операции, когда она нужна, часто приводит к худшим результатам во время и после хирургической операции. Поэтому, если медикаментозная терапия не принесла результатов, пациенту следует предложить хирургическую операцию.

Если у пациента острый тяжелый ЯК или если он получал много стероидов, хирургическое лечение должно выполняться в два или три этапа (т. е. сначала колэктомия и илеостомия). Это необходимо для того, чтобы удалить пораженную ободочную кишку, что поможет пациенту окрепнуть и снова начать есть, как полагается. После колэктомии пациент может выбрать проведение в дальнейшем операции по созданию илеоанального резервуарного анастомоза или продолжение лечения с илеостомией. Выполнение колэктомии в первую очередь также поможет исключить диагноз болезни Крона; если в образцах ободочной кишки обнаруживается болезнь Крона, это означает, что операция создания илеоанального резервуарного анастомоза не является адекватным решением. Кроме того, возможно выполнение колэктомии лапароскопическим способом, что имеет свои преимущества, так как выздоровление происходит скорее и с меньшими осложнениями.

Операции по созданию илеоанального резервуарного анастомоза должны проводиться в специализированной клинике, где хирурги имеют опыт проведения таких операций. Это необходимо для того, чтобы уменьшить вероятность осложнений и лучше подготовить пациента к операции по созданию илеоанального резервуарного анастомоза, если осложнения все же возникнут.

Создание илеоанального резервуарного анастомоза — это очень сложная хирургическая операция. Поэтому хирурги и больницы, которые проводят много таких операций, обычно обеспечивают лучший исход и меньше осложнений, чем хирурги,





выполняющие такие операции редко. Кроме того, более опытные хирурги и больницы умеют лучше справляться с осложнениями, они скорее рискнут «сохранить» илеоанальный резервуарный анастомоз, если возникнут серьезные осложнения. Следовательно, лучше, если операция по созданию илеоанального резервуарного анастомоза будет выполнена в специализированном центре, где делается много таких операций, чем в больнице, в которой они делаются редко.

Фертильные пациентки-женщины должны обсудить с гастроэнтерологом и хирургом-колопроктологом другие возможности, так как существует риск того, что они утратят возможность иметь детей после операции по созданию илеоанального резервуарного анастомоза. Такими другими возможностями являются субтотальная колэктомия и концевая илеостомия или илеоректальный анастомоз.

Одна из каждых двух женщин, которым сделана операция по созданию илеоанального резервуарного анастомоза, теряет возможность родить ребенка; операция по созданию илеоанального резервуарного анастомоза в три раза увеличивает риск бесплодия по сравнению с медикаментозным лечением ЯК (процент бесплодия составляет 48 % после хирургической операции по созданию илеоанального резервуарного анастомоза по сравнению с 15 % у пациентов, получающих медикаментозное лечение при ЯК). Вероятно, это связано с тем, что после хирургической операции в фаллопиевых трубах образуются спайки. Поэтому женщинам, которые надеются зачать ребенка, следует подумать об альтернативных возможностях, таких как перманентная илеостомия или илеоректальный анастомоз. Преимущество илеоректального анастомоза заключается в том, что он не приводит к видимому снижению фертильности. Недостатком этого метода является то, что воспаленная ободочная кишка не удаляется (и остается связанный с этим риск рака кишечника).

В некоторых отдельных случаях следует рассмотреть возможность выполнения илеоректального анастомоза. Если выполняется эта операция, ваш гастроэнтеролог должен наблюдать за состоянием сохраненной прямой кишки.

Обычно илеоректальный анастомоз не является лучшим вариантом, так как он не устраняет ЯК, и симптомы ЯК с большей вероятностью могут сохраниться, так как сохранена прямая кишка. Тем не менее, у одного из двух пациентов, которым была сделана операция илеоректального анастомоза, анастомоз сохраняется в течение более чем десяти лет, и качество жизни является более приемлемым по сравнению с операцией по созданию илеоанального резервуарного анастомоза. Поэтому для некоторых пациентов с ЯК, особенно женщин, которые хотят иметь возможность зачатия в будущем, можно рассматривать эту операцию. Однако необходимо будет постоянное наблюдение за прямой кишкой в связи с риском рака кишечника в сохраненной прямой кишке.

Прием 20 мг или более преднизолона (или эквивалентных препаратов) в сутки в течение более чем шести недель повышает риск хирургических осложнений. Поэтому, если возможно, кортикостероиды перед хирургической операцией необходимо постепенно отменять.

Многочисленные исследования показали, что у пациентов, которые принимают преднизолон по 20 мг (или более) в сутки в течение более чем шести недель, риск хирургических осложнений выше. Поэтому по возможности стероиды перед хирургической операцией необходимо постепенно отменять.



Более того, если стероиды постепенно отменяются после операции, важно, чтобы не произошел кризис, связанный с отменой стероидов, который характеризуется низким артериальным давлением и низким уровнем натрия и сахара в крови.

Прием тиопуринов или циклоспорина перед хирургической операцией не повышает риск осложнений после операции. Прием инфликсимаба перед хирургической операцией может повышать риск осложнений после операции.

Прием тиопуринов или циклоспорина перед хирургической операцией, по-видимому, не повышает риск послеоперационных осложнений после колэктомии. Некоторые исследования показали, что инфликсимаб, видимо, повышает риск осложнений немедленно после хирургического вмешательства, и, похоже, эти осложнения связаны с повышенным риском инфекции в результате подавления иммунитета. С другой стороны, некоторые другие исследования не показали, что инфликсимаб повышает риск послеоперационных осложнений, поэтому такие факты нельзя считать доказанными. Неизвестно, повышает ли такролимус риск послеоперационных осложнений, так как недостаточно исследований, в которых рассматривался бы этот вопрос.

### *Хирургические осложнения — резервуарный илеит*

Диагностика резервуарного илеита включает рассмотрение симптомов и определенных эндоскопических и гистологических аномалий. Резервуарный илеит возникает тем чаще, чем большая часть ободочной кишки была поражена до операции, или если имелись внекишечные проявления заболевания (т. е. ПСХ), если пациент не курит, если у него p-ANCA-положительные результаты серологии или если он принимал НПВС.

Симптомы, связанные с резервуарным илеитом, включают учащенную дефекацию, жидкий стул, спазмы в брюшной полости, неотложные позывы к дефекации, тенезмы и дискомфорт в тазовой области. Может наблюдаться ректальное кровотечение, лихорадка или внекишечные проявления. Сами по себе эти симптомы не определяют резервуарный илеит. Например, воспаление остатка ректальной манжеты также может приводить к подобным симптомам. Точно так же, подобные симптомы могут возникать при болезни Крона в резервуаре и при синдроме раздраженного резервуара (который эквивалентен синдрому раздраженного кишечника). Поэтому для подтверждения диагноза необходимо выполнить резервуароскопию, которая представляет собой эндоскопию созданного илеоанального резервуарного анастомоза. Воспаление при резервуарном илеите отличается от воспаления при ЯК, так как это разные заболевания. Во время резервуароскопии необходимо выполнить забор образцов для биопсии, чтобы подтвердить, что это резервуарный илеит, а не какое-либо другое заболевание, например болезнь Крона или инфекция (*C. diff.*).

С резервуарным илеитом связаны некоторые факторы риска. Вероятность резервуарного илеита повышается при более распространенном ЯК перед операцией, ретроградном илеите (т. е. воспалении конечного участка подвздошной кишки), внекишечных проявлениях (особенно ПСХ), у некурящих и у лиц, регулярно принимающих НПВС. Чтобы эти факторы риска не помешали пациенту выздороветь после операции по созданию илеоанального резервуарного анастомоза, их необходимо включить в обсуждение предстоящей операции с пациентом.



Наиболее частые симптомы резервуарного илеита — это увеличенное количество дефекаций жидким калом, неотложные позывы к дефекации, спазмы в брюшной полости и дискомфорт в тазовой области (т. е. в нижней части живота и в области заднего прохода). Лихорадка и кровотечение возникают нечасто. Резервуароскопия не требуется, если симптомов нет.

Симптомы резервуарного илеита включают повышенную частоту дефекации, жидкий стул, спазмы в брюшной полости, неотложные позывы к дефекации, тенезмы и дискомфорт в тазовой области. Может наблюдаться ректальное кровотечение, лихорадка или внекишечные проявления. Ректальное кровотечение чаще связано с воспалением ректальной манжеты, чем с резервуарным илеитом. Недержание кала может случиться в отсутствии резервуарного илеита после операции по созданию илеоанального резервуарного анастомоза, однако оно чаще встречается у пациентов с резервуарным илеитом.

Метронидазол или ципрофлоксацин эффективны у большинства пациентов с резервуарным илеитом, хотя наилучший метод лечения пока не найден. Ципрофлоксацин вызывает меньше побочных явлений. Противодиарейные препараты (например, лоперамид) могут уменьшить число актов дефекации с жидким калом (при наличии или отсутствии резервуарного илеита).

Наиболее эффективными средствами лечения резервуарного илеита являются антибиотики. Наиболее часто используемые антибиотики — метронидазол и ципрофлоксацин. По-видимому, ципрофлоксацин наиболее эффективен для уменьшения выраженности симптомов, улучшения результатов резервуароскопии, он также вызывает меньше побочных явлений. Также у пациентов с илеоанальным резервуарным анастомозом следует рассмотреть возможность приема противодиарейных препаратов (например, лоперамида), так как они могут значительно уменьшить количество дефекаций жидким калом, независимо от того, действительно ли у пациента резервуарный илеит.

Когда ремиссия резервуарного илеита достигнута с антибиотиками, препарат VSL-3 может помочь в поддержании ремиссии. VSL-3 может также предотвратить начало резервуарного илеита, если его начать применять сразу после окончания операции по созданию илеоанального резервуарного анастомоза.

После достижения ремиссии хронического резервуарного илеита поддерживать ремиссию помогает концентрированная пробиотическая смесь VSL-3. Показано, что упреждающее применение VSL-3 может предотвратить возникновение острого резервуарного илеита в первый год после хирургической операции: только у 10 % пациентов, которые получали VSL-3, развился резервуарный илеит, по сравнению с 40 % пациентов, которые получали плацебо. В основном неизвестно, как действует VSL-3, однако считается, что этот препарат может действовать путем увеличения разнообразия бактериальной флоры и снижения разнообразия грибов в илеоанальном резервуарном анастомозе.

### *Осложнения — колоректальный рак*

Пациенты, длительное время страдающие распространенным ЯК, более предрасположены к раку кишечника.

Риск того, что у пациента с ЯК разовьется рак кишечника, составляет 2 % в течение 10 лет, 8 % в течение 20 лет, 18 % в течение 30 лет. Кроме того, у пациентов с панколитом этот риск самый высокий, у пациентов с левосторонним колитом риск



средний, у пациентов с проктитом повышение риска не зафиксировано. Поэтому, чем дольше пациент страдает ЯК и чем обширнее возникшее/распространившееся поражение кишечника, тем выше для него риск рака кишечника.

Некоторые из пациентов с ЯК имеют большую предрасположенность к раку кишечника, чем остальные.

Пациенты с:

- ПСХ,
- полипами, появившимися после воспаления,
- наличием у членов семьи рака кишечника,
- более тяжелым или персистирующим воспалением.

Сообщается о следующих наиболее серьезных факторах риска для рака кишечника: первичный склерозирующий холангит (ПСХ) и гистологическая или клиническая активность заболевания. Пациенты с ПСХ на протяжении всей жизни имеют риск рака кишечника до 31 %. Обнаружено, что полипы, появившиеся после воспаления, также являются сильным фактором риска, хотя возможно, что причиной такого повышения риска могут быть диспластические нарушения, которые ошибочно принимают за полипы, появившиеся после воспаления. Наличие в семье рака кишечника также связывают с повышенным риском, хотя различные исследования не привели к выработке единого мнения.

Врач должен определить риск рака кишечника во время скрининговой колоноскопии или при первой колоноскопии наблюдения через шесть-восемь лет после появления первых признаков ЯК. Уровень риска в большой степени зависит от того, насколько сильно поражена ободочная кишка и насколько тяжелым является воспаление.

Уровень риска рака кишечника для пациента можно определить во время скрининговой колоноскопии или первой колоноскопии наблюдения через восемь лет после начала заболевания. Факторами риска являются (а) панколит, (б) эндоскопические и/или гистологические признаки воспаления, (в) псевдополипы и (г) наличие в семье колоректального рака; если у пациента есть три или более из этих факторов риска, уровень риска для него высок, если факторов риска у него два или менее, риск рака низок.

Если риск для пациента высокий и у пациента распространенный или левосторонний ЯК, ему следует делать колоноскопию каждые 1–2 года начиная с восьмого года после постановки диагноза, но если риск низкий, пациенту нужно делать колоноскопию раз в 3–4 года. Если микроскопических признаков рака или эндоскопических и/или гистологических признаков воспаления во время двух последовательных колоноскопий наблюдения не выявлено, интервал между наблюдениями можно увеличить (например, с одного раза в 1–2 года до одного раза в 3–4 года).

5-АСК может снижать риск заболевания раком кишечника. При наличии ПСХ необходимо принимать урсодезоксихолевую кислоту для снижения риска рака кишечника. Неизвестно, способны ли тиопурины снизить риск рака кишечника и следует ли применять их с этой целью.

Химиопрофилактические вещества используются для подавления, отсрочки или обращения формирования и прогрессирования рака. 5-АСК представляют собой пример химиопрофилактического вещества при ЯК. В многочисленных исследованиях было показано, что препараты 5-АСК снижают риск рака кишечника у пациентов с ЯК; при приеме 5-АСК риск может даже снизиться вдвое. С другой стороны, добавки с фолиевой кислотой, кальций, мультивитамины или статины не снижают риск рака



кишечника при ЯК, и пока нет данных об эффективности тиопуринов в этом отношении.

Иногда у пациентов с ЯК также бывает ПСХ, и у таких пациентов значительно повышен риск развития рака кишечника; пожизненный риск у таких пациентов может составлять до 31 %. К счастью, было доказано, что урсодезоксихолевая кислота снижает заболеваемость раком кишечника у пациентов с ЯК и ПСХ, поэтому ее назначение таким пациентам должно стать обычной практикой.

### *Прочие осложнения*

На течение ЯК могут оказывать влияние психологические факторы. У пациентов, страдающих от стресса или депрессии, может быть повышенный риск обострения заболевания. Те, кто часто находится в депрессии, имеют низкое качество жизни в связи с болезнью, а пациенты, испытывающие тревогу, менее последовательно выполняют назначения врача.

Многочисленные исследования, проведенные на пациентах с ЯК, показали, что психологический стресс и активность заболевания коррелируют друг с другом. В исследованиях было продемонстрировано, что ощущение сильного стресса, тревога и депрессия могут провоцировать обострение, хотя в одном из исследований было показано, что вероятность обострения у пациентов с депрессией не более высока, чем у других пациентов. Поэтому данные в этом отношении несколько разнородные. Тем не менее показано, что депрессия и невротизм (личностная особенность, которая характеризуется эмоциональной нестабильностью, тревогой, страхом и беспокойством) связаны с более низким качеством жизни. Тревога и изменения настроения, по-видимому, связаны с невыполнением предписаний по лечению ЯК.

Врач и пациент должны обсудить психологические эффекты заболевания и качество жизни в связи со здоровьем. Врач должен предоставить пациенту адаптированную (т. е. индивидуализированную) информацию о ЯК и соответствующие пояснения. Улучшить контроль хода ЯК можно, комбинируя самоконтроль и приемы у врача, сосредоточенные на пациенте.

Восприятие пациентом его состояния здоровья оказывает влияние на его опыт болезни. Пациенты в состоянии психологического стресса могут столкнуться с трудностями при осознании важной информации об их заболевании. Обращение их внимания на этот момент может привести к повышению качества коммуникации пациента и врача или медсестры/медика. Важно, чтобы пациент получал индивидуальную информацию о своем состоянии и эмоциональную поддержку. Это важно, так как пациенты, которые хуже понимают свое заболевание, склонны к большим сомнениям и волнениям.

Использование ресурсов здравоохранения в значительной степени зависит от психологических факторов. Невыполнение медицинских указаний наблюдалось более чем у 40 % пациентов, а в этой ситуации ключевым моментом являются взаимоотношения между пациентом и врачом или медсестрой. Улучшить контроль заболевания пациентом могут руководства по навыкам самоуправления и консультации, сосредоточенные на пациенте. Информационные буклеты сами по себе, по-видимому, не слишком полезны и могут даже ухудшить исход болезни для пациентов. Кроме того, образовательные программы для пациентов, видимо, оказывают недостаточное влияние на ход болезни и на психологическое состояние пациентов, а часто вообще не оказывают никакого влияния.



## Внекишечные осложнения — кости и суставы

При ЯК иногда может возникать артрит (т. е. боль и опухание суставов) в суставах рук и ног (т. н. «периферический артрит») или в пояснице (т. н. «аксиальный артрит»). Когда артрит возникает в крупных суставах рук и ног, лечение ЯК обычно ослабляет симптомы. Если симптомы не проходят вместе с симптомами ЯК, можно кратковременно применять НПВС. Целесообразными при лечении периферических артритов являются также инъекции стероидов и физиотерапия. Если симптомы периферического артрита не ослабляются, можно применять сульфасалазин. Существуют более надежные доказательства того, что для лечения артрита поясницы необходима интенсивная физиотерапия с НПВС. Однако следует избегать приема НПВС, так как эти препараты небезопасны при ЯК. При аксиальном артрите сульфасалазин, метотрексат и азатиоприн обычно не помогают или помогают только незначительно. Анти-ФНО хорошо помогают в лечении анкилозирующего спондилита и в тех случаях, когда пациенты не переносят лечение НПВС или не реагируют на него.

Рекомендации по лечению связанных с ЯК артропатий (т. е. заболеваний суставов) основываются на исследованиях спондилоартропатии (т. е. заболевания суставов), преимущественно анкилозирующего спондилита (т. е. артрита позвоночника). До настоящего времени не выполнялись исследования с правильным дизайном для изучения ВЗК, поэтому рекомендации в этой сфере представляют собой перенос данных по другим заболеваниям.

При периферическом артрите лечение обуславливающего его ЯК с использованием кортикостероидов, иммуномодуляторов и анти-ФНО препаратов должно также ослаблять симптомы периферического артрита. Если лечение обуславливающего ЯК не облегчает боль в суставах, пациенту следует подумать о кратковременном приеме НПВС; хотя НПВС могут потенциально усугублять обуславливающий артрит ЯК, представляется, что риск этого невысок. Физиотерапия может способствовать облегчению симптомов. Более безопасным представляется использование ингибиторов ЦОГ-2 (например, эторикоксиба и целекоксиба) с меньшим риском обострения заболевания, чем у обычных НПВС. Сульфасалазин может быть полезен при артропатии крупных суставов. Инфликсимаб также может оказывать положительное действие на периферический артрит.

Что касается аксиальной артропатии при ЯК, большинство видов лечения основываются на результатах исследований анкилозирующего спондилита. Можно применять интенсивную физиотерапию и НПВС, хотя следует избегать применения НПВС в течение длительного срока. Можно рассмотреть вопрос о местных инъекциях кортикостероидов. Сульфасалазин, метотрексат и азатиоприн неэффективны в случае анкилозирующего спондилита с аксиальными симптомами. Для пациентов с активным анкилозирующим спондилитом без ответа на НПВС или с непереносимостью НПВС рекомендуются анти-ФНО препараты. Адалimumаб и инфликсимаб доказали свою достаточную безопасность и эффективность при лечении анкилозирующего спондилита.

Остеопения может помочь определить вероятность остеопороза в будущем, но ее непосредственная опасность невелика. Однако если выполняются определенные критерии (т. е. T-показатель ниже  $-1,5$ ), следует принимать кальций и витамин D. Остеопороз необходимо лечить при наличии в анамнезе переломов (даже при нормальных T-показателях).

Лечение кальцием в дозировке 500–1000 мг/день и витамином D (в дозировке 800–1000 МЕ/день) повышает плотность костей у пациентов с ВЗК, хотя нет исследований,



подтверждающих, что они предотвращают переломы у пациентов с ВЗК. Поэтому общая рекомендация лечения бисфосфонатами при сниженной плотности костей не обоснована. Как было указано, они принесут пользу женщинам в период постменопаузы или женщинам, страдающим остеопорозом, вызванным приемом стероидов. В общем, необходимо рассматривать возможность такого лечения у отдельных пациентов с низкой плотностью костей и дополнительными факторами риска.

Наиболее сильный фактор прогнозирования переломов в будущем — это перенесенный перелом позвоночника, в том числе при нормальной плотности костей. Поэтому всех пациентов с предшествующими переломами необходимо соответственно лечить.

## Кожа

Лечение препаратами анти-ФНО может приводить к кожным воспалениям. Воспаление обычно проходит, когда прекращается прием препаратов. Если неясно, какова причина воспаления кожи, пациента следует направить к дерматологу. В этом отношении выбор применяемого лечения в большой степени основывается на том, как протекают остальные хронические заболевания. Такое лечение может включать топические стероиды, топические кератолитические средства, витамин D, метотрексат, прекращение приема препаратов анти-ФНО или смену препарата.

Лечение пациентов с ЯК препаратами анти-ФНО иногда может вызывать поражения кожи, такие как псориаз и экзема; эти поражения возникают примерно у 22 % пациентов, принимающих препараты анти-ФНО. Поражения кожи не коррелируют с симптомами ВЗК, но чаще они встречаются у женщин. Топическая терапия кортикостероидами, кератолитиками (например, салициловой кислотой, мочевиной), смягчительными средствами, аналогами витамина D и ультрафиолетовая терапия (УФ) (УФА или узкополосная УФВ) приводит к частичной или полной ремиссии почти у половины пациентов. В целом 34 % пациентов с проблемами кожи пришлось в конечном итоге прервать прием анти-ФНО, так как не удавалось справиться с кожными проблемами. К счастью, обычно проблемы с кожей исчезают сразу после прекращения приема препаратов анти-ФНО.

## Глаза

Если у пациента появляются проблемы с глазами, его необходимо направить к офтальмологу. Эписклерит (т. е. воспаление глаз) может не требовать системного лечения, обычно он поддается лечению топическими стероидами или НПВС. Увеит лечится стероидами, топическими или системными. Иммуномодуляторы, в т. ч. анти-ФНО, могут помочь в большинстве персистирующих случаев.

Увеит и эписклерит — это наиболее часто встречающиеся симптомы со стороны глаз, причиной которых является ВЗК. Эписклерит может протекать безболезненно, проявляясь только покраснением глаз, но может также ощущаться зуд и жжение. Воспаление может пройти само по себе без лечения, но обычно реагирует на лечение топическими стероидами, НПВС или простыми анальгетиками вместе с лечением ЯК, вызвавшего воспаление глаз.

Увеит (т. е. воспаление сосудистой оболочки глаза) встречается реже, но его последствия могут быть более тяжелыми. Вызванный ЯК увеит часто встречается в обоих глазах, развивается постепенно без явных симптомов и длится долго. Пациенты жалуются на боль в глазах, затуманенное зрение, чувствительность к свету и головную боль. Это серьезное заболевание, которое может привести к потере зрения,



поэтому пациент с увеитом должен немедленно обратиться к офтальмологу (т. е. специалисту по глазным заболеваниям). Обычно лечение заключается в применении топических и системных стероидов. Сообщалось, что азатиоприн, метотрексат, инфликсимаб и адалимумаб давали хорошие результаты в устойчивых случаях.

## *Печень и желчный пузырь*

Иногда при ЯК возникают нарушения функции печени, желчного пузыря, желчных протоков или желчи; их называют гепатобилиарными расстройствами. В случае отклонения от нормы результатов функциональных проб печени врач должен проверить эти органы. Для поиска аутоиммунных и инфекционных причин используются ультразвуковое исследование и серология. Одно из возможных гепатобилиарных расстройств — это ПСХ, и лучшим способом его диагностики является магнитно-резонансная холангиография (МРХГ). У пациентов с ПСХ повышен риск рака.

При ВЗК функциональные пробы печени обычно показывают отличные от нормы результаты. ПСХ — это наиболее часто встречающееся состояние, которое приводит к патологии печени у пациентов с ВЗК, хотя при ВЗК также имеют место и другие состояния (например, цирроз, камни в желчном пузыре и хронический гепатит). Некоторые препараты (например, азатиоприн), применяемые при ВЗК, также могут приводить к отличным от нормы результатам функциональных тестов печени. Обычно отклонения функциональных параметров печени от нормы обнаруживаются в ходе рутинных анализов еще до того, как проявятся симптомы.

Если результаты ультразвукового исследования нормальные, побочные явления медикаментов маловероятны, серологические анализы по другим основным заболеваниям печени отрицательные, то, похоже, причиной отклонений в результатах функциональных проб печени является ПСХ. Обычное диагностическое исследование для определения ПСХ — это МРХГ; если есть ПСХ, на снимках проявится неравномерность желчных протоков с участками как сужения, так и расширения. Если МРХГ ничего не показывает, тогда следует сделать биопсию печени. Важно убедиться в наличии или отсутствии ПСХ, так как он повышает риск развития рака кишечника у пациентов с ЯК. Поэтому за пациентами с ПСХ необходимо внимательное наблюдение.

## *Кровь и свертываемость*

Риск формирования кровяных сгустков и смерти в связи с формированием кровяных сгустков у пациентов с ЯК в два раза выше по сравнению с людьми, не страдающими ЯК. Если есть риск образования кровяных сгустков в кровеносных сосудах, можно принимать механические меры предотвращения (например, компрессионные чулки) и принимать лекарства (например, гепарин). Лечение состояния, при котором образуются кровяные сгустки на фоне ЯК, должно следовать установленным схемам разжижения крови с учетом потенциально повышенного риска кровотечения.

У пациентов с ЯК по неизвестным пока причинам повышен риск образования кровяных сгустков в венах, т. е. венозной тромбоземболии. Очень важно лечить это состояние, так как эти сгустки могут приводить к осложнениям и даже смерти. Такие кровяные сгустки необходимо диагностировать с использованием соответствующих методов визуализации, например ультразвука и флебографии.

По показаниям для лечения состояния, при котором образуются кровяные сгустки, следует использовать средства для разжижения крови (т. н. антикоагулянты). Если у пациента наблюдается второй эпизод образования кровяных сгустков, следует рассмотреть назначение длительного лечения. Неизвестно, бывает ли у пациентов с ВЗК больше осложнений в связи с кровотечениями при приеме препаратов для





разжижения крови по сравнению с людьми, не страдающими ВЗК. Пациенты с ЯК должны быть осторожны в отношении дальних поездок и приема оральных контрацептивов, так как они увеличивают риск формирования кровяных сгустков.

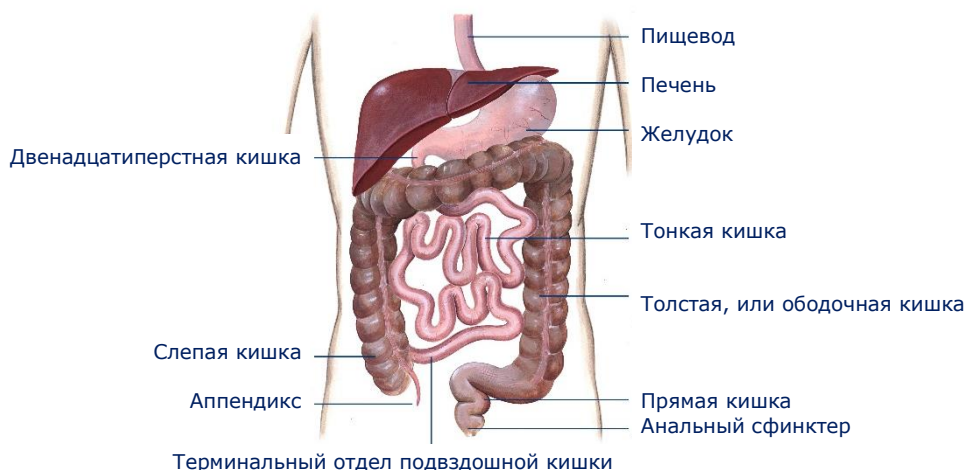
В случае железодефицитной анемии необходимы препараты железа. Их необходимо принимать также и в случае железодефицита без анемии. Внутривенное введение препаратов железа дает лучшие результаты и лучше переносится, чем прием препаратов железа перорально. При наличии тяжелой анемии, непереносимости железа при пероральном приеме или при отсутствии хорошего ответа на прием препаратов железа перорально, следует назначать внутривенное введение препаратов железа. Если необходимы быстрые результаты, следует вводить препараты железа внутривенно вместе с эритропоэтическим препаратом.

Если есть анемия и подтвержден дефицит железа, необходимо назначать добавки железа. В случае железодефицита без анемии необходим индивидуальный подход. Основная цель терапии при железодефицитной анемии — обеспечить достаточное поступление железа для повышения уровня гемоглобина. В идеале уровень гемоглобина необходимо поднять до 2 г/дл и выше или до нормальных значений в течение 4 недель, пополнить запасы железа (насыщение трансферрина выше 30 %), облегчить симптомы, связанные с анемией, и повысить качество жизни. Уровень насыщения трансферрина выше 50 % и уровень ферритина выше 800 г/л считаются токсическими, их следует избегать.

Добавки железа можно назначать для приема перорально, внутримышечно или внутривенно; какой способ лучше использовать, определяется симптомами, причинами, степенью тяжести и наличием у пациента других патологий, кроме ЯК. Терапия препаратами для перорального приема, которую традиционно предпочитают гастроэнтерологи, часто приводит к желудочно-кишечным симптомам, таким как тошнота, метеоризм и диарея. Кроме того, 90 % железа не всасывается, что может привести к обострению ВЗК. Поэтому внутривенные инфузии препаратов железа становятся все более популярными, хотя они еще не применяются как основная терапия, пусть и обеспечивают скорейшие результаты и являются более безопасными, чем прием препаратов железа орально при той же эффективности. В общем, пациентам, которым необходимо внутривенное введение препаратов железа — это пациенты с непереносимостью или отсутствием ответа при приеме железа перорально, пациенты с тяжелой анемией, с сильным воспалением и получающие препараты для стимуляции образования красных кровяных клеток.

## Словарь

### Анатомическая иллюстрация желудочно-кишечного тракта



© Хендрик Йонас для агентства BAR M, Берлин

Термин	С чем связан термин	Определение
5-АСК, или 5-аминосалициловая кислота, или месалазин	Лекарственный препарат	Это топический лекарственный препарат, который используется для лечения ВЗК, преимущественно ЯК, а в определенных обстоятельствах также БК. Он может также называться месалазин, его принимают орально или ректально в виде клизмы, пены или суппозиториев
6-тигуанин-нуклеотид	Лекарственный препарат	Активный метаболит азатиоприна или меркаптопурина
<i>Clostridium difficile</i>	Заболевание	Бактерия, которая может вызывать симптомы, подобные симптомам ВЗК
С-РБ (С-реактивный белок)	Исследование	Анализ крови, который помогает измерить степень воспаления в организме. Он полезен для определения воспаления в организме, однако высокий уровень С-РБ не обязательно означает, что воспаление локализовано в кишечнике. Поэтому необходимо выполнить также и другие анализы, чтобы определить, находится ли источник воспаления в кишечнике пациента с ВЗК
p-ANCA	Исследование	p-ANCA — это перинуклеарные антинейтрофильные цитоплазматические антитела. Они определяются в крови
Т-показатель	Исследование	Т-показатель является мерой плотности костей



VSL-3	Лекарственный препарат	Это пробиотик (живые микроорганизмы, при приеме в правильном количестве оказывающие положительное воздействие на здоровье организма-хозяина), считающийся перспективным для лечения резервуарного илеита
Абсцесс	Осложнение БК	Абсцесс — это окруженное капсулой скопление жидких остатков ткани (гной), которое может возникать в разных частях тела. Абсцесс является результатом защитной реакции организма на проникновение инородных материалов
Адалимумаб	Лекарственный препарат	Препарат анти-ФНО, который обычно используется для лечения ВЗК, относится к группе биологических препаратов (произведенных биотехнологическими методами). Вводится под кожу пациентом или медсестрой
Азатиоприн	Лекарственный препарат	См. тиопурины
Аксиальный артрит	Заболевание, связанное с ВЗК	Заболевание сустава (суставов), может затрагивать позвоночник и тазобедренные суставы
Аминосалицилат	Лекарственный препарат	Это лекарственный препарат, используемый для лечения ВЗК, также называется 5-АСК
Анемия	Заболевание	Состояние, при котором у пациента недостаточно здоровых красных клеток крови или гемоглобина. При анемии пациент чувствует утомление и слабость
Анемия при хронических заболеваниях	Заболевание, связанное с ВЗК или воспалительными процессами	Это анемия, которая является результатом хронического заболевания, например ВЗК или других воспалительных процессов
Анкилозирующий спондилит	Заболевание, связанное с ВЗК	Это форма артрита, которая характеризуется хроническим воспалением, в основном поражающим позвоночник и приводящим к боли и тугоподвижности спины, распространяющимся затем на грудную клетку и шею
Антибиотики	Лекарственный препарат	Препараты, которые используются для лечения инфекций, вызванных бактериями. Они неэффективны против вирусов
Аппендицит	Заболевание	Воспаление аппендикса, который является отростком слепой кишки (начальная часть толстой кишки). Среди прочего, аппендицит может вызывать боль, потерю аппетита, лихорадку или перфорацию

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Аппендэктомия	Хирургическая операция	Удаление аппендикса хирургом в ходе хирургической операции. Обычно выполняется при аппендиците
Артрит	Заболевание, связанное с ВЗК	Воспаление сустава (суставов), приводящее к боли в суставах и их опуханию
Артропатия		Любое заболевание или патологическое состояние, действующее на сустав
Аутоиммунный	Описание заболевания	Аутоиммунное заболевание — это заболевание, при котором иммунная система атакует здоровые клетки организма
Бариевая клизма с двойным контрастированием	Исследование	Это процедура, при которой делается рентгеновский снимок ободочной и прямой кишки после введения в прямую кишку жидкости с содержанием бария. Барий показывает контуры ободочной и прямой кишки на рентгеновском снимке и помогает увидеть аномалии
Барий (контрастное вещество)	Диагностический тест	Вещество, используемое в определенных рентгенологических исследованиях для улучшения визуализации анатомических структур
Биологические препараты	Лекарственный препарат	Обычно белки Ig (иммуноглобулины), производящиеся генетически модифицированными клетками, например препараты анти-ФНО или ведолизумаб
Биопсия, образцы для биопсии	Диагностический тест	Биопсия — это образец ткани, взятой из организма для более тщательного изучения. Образцы для биопсии берутся из стенки кишечника во время колоноскопии
Бисфосфонаты	Лекарственный препарат	Составы, которые замедляют потерю костной массы и повышают плотность костей
БК или болезнь Крона	Описание заболевания	Это воспалительное заболевание кишечника. Болезнь Крона может поражать любую часть желудочно-кишечного тракта; часто она поражает тонкую кишку (в отличие от ЯК)
Будезонид	Лекарственный препарат	Лекарственный препарат, который относится к группе кортикостероидов. Будезонид обладает противовоспалительной активностью и используется в виде клизм для лечения острых обострений у пациентов с илеоцекальной БК и ЯК с поражением конечной части ободочной кишки. Кортикостероиды также являются гормонами, которые в норме вырабатываются в организме человека в надпочечниках

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Валидированный	Исследование	Если что-либо называют валидированным, это означает, что была доказана точность измерения показателя. Например, показатель тяжести заболевания валидирован, если доказано, что он точно измеряет степень тяжести заболевания
ВВ или внутривенно	Лекарственный препарат	Способ введения препаратов в кровоток через вену
Ведолизумаб	Лекарственный препарат	Биологический препарат (произведенный биотехнологическими методами), используемый для лечения ВЗК. Его вводят пациентам непосредственно в кровоток при помощи капельницы
ВЗК	Заболевание	Сокращение термина «воспалительное заболевание кишечника», это собирательный термин для болезни Крона и язвенного колита
Визуальная диагностика	Исследование	Создание фото или изображения части тела с использованием различных методов, например рентгенографических, ультразвука, КТ или МРТ. Методы визуализации часто необходимы для определения того, какой орган поражен ВЗК
Гангренозная пиодермия	Заболевание	Воспаление кожи, которое приводит к болезненным язвам, вызванное аутоиммунным механизмом, а не инфекцией, иногда случается у пациентов с ВЗК
Гастроэнтеролог	Прочее	Это врач, специализирующийся на лечении гастроэнтерологических заболеваний, таких как ВЗК
Гепарин с низким молекулярным весом	Лекарственный препарат	Это препарат, который обычно используется для предотвращения образования кровяных сгустков
Гистологически	Исследование	При гистологическом исследовании клеточная ткань, взятая при биопсии, исследуется под микроскопом
Дисплазия шейки матки	Заболевание	Рост аномальной ткани в шейке матки
Железодефицит	Заболевание	Это недостаток железа в крови
Железодефицит без анемии	Заболевание	Состояние, при котором количество железа в крови снижено, но не в такой степени, чтобы развивалась анемия
Железодефицитная анемия	Заболевание	Состояние, при котором в крови недостаточно красных кровяных клеток из-за дефицита железа

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Илеоанальный резервуарный анастомоз	Хирургическая операция	Это хирургическая операция, которую часто делают пациентам с ЯК и при которой из конца тонкой кишки создается резервуар, выполняющий роль толстой кишки после ее удаления
Илеоколоноскопия	Исследование	Эндоскопия, используемая для осмотра ободочной и подвздошной кишки
Илеоректальный анастомоз	Хирургическая операция	Это операция, при которой сохраняется прямая кишка, и подвздошная кишка присоединяется к прямой. Эта операция отличается от операции создания илеоанального резервуарного анастомоза, когда прямая кишка не сохраняется
Илеоскопия	Исследование	Это использование эндоскопии для осмотра подвздошной кишки, которая представляет собой нижний отдел тонкой кишки
Иммунизированный	Прочее	Пациент является иммунизированным, если он/она получил (-а) нечувствительность к инфекции. Обычно иммунизация проводится против таких болезней, как корь, свинка и столбняк, но существуют прививки и против других заболеваний.
Иммуномодулятор	Лекарственный препарат	Иммуномодуляторы ослабляют или стимулируют активность иммунной системы. Иммуносупрессоры — это иммуномодуляторы, часто используемые при лечении ВЗК, так как считается, что ВЗК как минимум частично вызывается чрезмерной активностью иммунной системы
Иммуносупрессор	Лекарственный препарат	Группа лекарственных препаратов, используемых для замедления работы иммунной системы, включает стероиды, тиопурины, метотрексат, препараты анти-ФНО и ведолизумаб. Так как ВЗК, возможно, вызывается чрезмерной активностью иммунной системы, иммуносупрессоры могут быть полезны при лечении
Ингибиторы кальцинейрина	Лекарственный препарат	Иммуносупрессоры, используемые для лечения ВЗК и предотвращения отторжения органов у пациентов после трансплантации
Ингибиторы ЦОГ-2	Лекарственный препарат	Это более специфические НПВС с меньшим числом побочных явлений и лучшей переносимостью при ВЗК
Инструментальная ассистированная энтероскопия	Исследование	Исследование тонкой кишки при помощи специального эндоскопа

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Инфликсимаб	Лекарственный препарат	Биологический препарат анти-ФНО, который часто используется для лечения ВЗК. Его вводят пациентам непосредственно в кровоток при помощи капельницы
Капсульная эндоскопия тонкой кишки (КЭТК)	Исследование	Исследование, при котором пациент глотает капсулу, в которой находится крошечная камера. Камера делает снимки желудочно-кишечного тракта
Кератолитическое средство	Лекарственный препарат	Это препарат, используемый для удаления бородавок и других патологических изменений
Клизма	Лекарственный препарат	Вливание жидкости в нижний отдел кишечника через прямую кишку. Ее могут делать для того, чтобы помочь врачу провести исследование или для введения лекарственных препаратов
Колонография	Исследование	Может выполняться при помощи аппаратов КТ или МРТ. Это метод визуализации внутренней части ободочной кишки без использования эндоскопа
Колоноскопия	Исследование	Это исследование, при котором в прямую кишку и во всю ободочную кишку вводится эндоскоп с камерой, чтобы определить активность заболевания и выполнить биопсию
Колэктомия	Хирургическая операция	Удаление ободочной кишки хирургом во время хирургической операции. Предшествует операции создания илеоанального резервуарного анастомоза у пациентов с ЯК
Концевая илеостомия	Хирургическая операция	Операция, при которой конечная часть тонкой кишки отделяется, выводится наружу через брюшную полость и пришивается к коже для формирования стомы. Пациент с концевой илеостомией носит на животе калоприемник, в который собирается кал
Кортикостероиды (или стероиды)	Лекарственный препарат	Группа лекарственных препаратов, которые имитируют действие гормонов, в норме вырабатываемых надпочечниками, и действуют как иммуносупрессоры. Гидрокортизон и преднизолон — это два наиболее часто используемых препарата при лечении ВЗК
Креатинин	Исследование	Анализ крови на креатинин помогает определить, насколько хорошо работают почки
КТ (компьютерная томография)	Исследование	Это форма рентгенологического обследования, которое выполняется в сканере
Лактоферрин	Исследование	Белок, который выделяется в кишечник при воспалении. Пациент должен сдать образец кала для исследования



Лапароскопический	Хирургическая операция	Лапароскопическая хирургия — это способ выполнения хирургического вмешательства, при котором выполняются небольшие разрезы тканей пациента, в которые вводятся камеры, чтобы получить обзор операционного поля. Благодаря малым разрезам обычно достигается скорейшее выздоровление, чем при обычных операциях
Левосторонний колит	Описание заболевания	Это ЯК, который поражает левую сторону ободочной кишки, но не выходит за ее пределы и эффективно поддается лечению топическими средствами
Лимфопролиферативные заболевания (ЛПЗ)	Заболевание	Группа заболеваний с чрезмерным образованием лимфоцитов (белых кровяных телец). ЛПЗ включают различные лейкозы и лимфомы
Локализованное заболевание	Описание заболевания	Заболевание, ограниченное одной системой органов или определенным участком кишки
Лоперамид	Лекарственный препарат	Типичный противодиарейный препарат, см. «противодиарейные средства»
Мальабсорбция	Осложнение БК	Аномальное всасывание питательных веществ в желудочно-кишечном тракте
Месалазин	Лекарственный препарат	Препарат, используемый для лечения ВЗК. Его можно принимать перорально или ректально
Метотрексат	Лекарственный препарат	Препарат, который относится к группе иммуносупрессоров, обычно используется для лечения БК. Менее эффективен при ЯК
Метронидазол	Лекарственный препарат	Это антибиотик, который часто используется для лечения резервуарного илеита и фистулизирующей БК
МР (магнитно-резонансная) энтерография	Исследование	Исследование, в котором используются магнитные волны для получения диагностических изображений тонкой кишки при помощи контрастного вещества, принимаемого перорально. Излучение не используется
МРТ, или магнитно-резонансная томография	Исследование	Исследование, в котором используются магнитные волны для получения диагностических изображений различных частей тела. Излучение не используется
МРХГ, или магнитно-резонансная холангиография	Исследование	Это специальное исследование на аппарате МРТ для проверки гепатобилиарных расстройств



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Наблюдение	Исследование	Наблюдение — это процесс регулярной проверки состояния пациента с ВЗК врачом, часто при помощи эндоскопа, чтобы проследить, не развивается ли рак кишечника. Наблюдение очень важно, так как у пациентов с ВЗК повышен риск развития рака кишечника
Насыщение трансферрина	Исследование	Это метод измерения связывающей способности железа в организме; уровень ниже 16 % указывает на железодефицит
НВЗК или неклассифицированное ВЗК	Описание заболевания	Если после всех выполненных обследований невозможно выяснить, какое заболевание — БК или ЯК — у пациента, используется термин НВЗК
Недостаточное питание	Осложнение БК	Недостаток надлежащего питания, что может быть следствием, например, невозможности потребления достаточного количества пищи, недостаточного потребления необходимых продуктов или мальабсорбции (см. «мальабсорбция»)
Непроходимость, непроходимый	Осложнение БК	При непроходимости воспаление, связанное с БК, утолщает стенку кишки, что приводит к сужению просвета кишечника или образованию спаек в кишечнике, вследствие чего блокируется движение содержимого пищеварительного тракта
НК или недифференцированный колит	Описание заболевания	В случаях когда невозможно определить, какая болезнь — БК или ЯК — у пациента, болезнь называют НК. Однако термин НК следует использовать только для образцов, полученных при резекции
НПВС, или нестероидные противовоспалительные препараты	Лекарственный препарат	Эти препараты могут помочь ослабить боль и уменьшить проявления лихорадки и внекишечного воспаления. Наиболее часто применяются ибупрофен и аспирин, у пациентов с ВЗК их следует избегать, так как они могут повышать риск обострения
ЯК, или язвенный колит	Описание заболевания	ЯК — это одно из воспалительных заболеваний кишечника
Ободочная кишка (см. рисунок)	Часть тела	Основная часть толстой кишки; может использоваться для обозначения толстой кишки
Обострение или рецидив	Описание заболевания	Это состояние активного заболевания, оно является противоположностью ремиссии заболевания. Пациент, у которого обострение, ощущает симптомы, также у него воспаление
Остеопения	Заболевание	Это ослабление костей, которое недостаточно выражено, чтобы считаться остеопорозом

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Остеопороз	Заболевание	Это медицинское состояние, при котором кости становятся слабыми и у пациента повышается риск переломов
Перелом	Прочее	Это трещина в кости, причиной которой является определенная травма или постоянная нагрузка на кость
Периферический артрит	Заболевание	Воспаление суставов, обычно затрагивающее крупные суставы конечностей
Пероральный, для перорального приема	Лекарственный препарат	Препараты для перорального приема — это препараты, принимаемые через рот
Побочные явления	Лекарственный препарат	Нежелательные (вредные) воздействия лекарственного препарата или вмешательства
Поддерживающее лечение	Лекарственный препарат	Это лечение, используемое для поддержания пациента в состоянии ремиссии
Показатели тяжести заболевания	Исследование	Показатель тяжести заболевания — это способ измерения тяжести заболевания на основании оценки симптомов пациента и результатов определенных обследований (например того, как выглядит кишечник при эндоскопии). Обычно более тяжелое заболевание имеет более высокий показатель в баллах. Примером является индекс активности язвенного колита (Ulcerative Colitis Disease Activity Index, UCDAI) или индекс активности болезни Крона (Crohn' disease activity index, CDAI)
Постепенная отмена	Лекарственный препарат	При постепенной отмене лекарственного препарата его принимаемое количество уменьшается не резко, а понемногу. Это необходимо делать в случае стероидов, так как внезапное прекращение приема стероидов может вызвать серьезные побочные явления
Препарат анти-ФНО	Лекарственный препарат	Биологические препараты (произведенные биотехнологическими методами), обычно используемые для лечения воспалительного заболевания кишечника. Наиболее часто используются инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаб и голimumаб
Противодиарейные средства	Лекарственный препарат	Препараты, которые приносят облегчение при симптомах диареи. Наиболее часто используется лоперамид
Протяженность (протяженность заболевания)	Описание заболевания	Протяженность заболевания указывает, насколько кишечник поражен ВЗК

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Протяженность заболевания	Описание заболевания	Указывает протяженность пораженной части ободочной кишки при ЯК или БК. Нельзя смешивать это понятие с понятием степени тяжести, которое показывает, насколько глубоко и обширно воспаление. Понятие степени протяженности заболевания полезно для классификации ЯК на проктит, левосторонний колит и распространенный колит подобно тому, как при БК различают поражение тонкой кишки, толстой кишки и верхних отделов ЖКТ
Прямая кишка	Часть тела	Это последний сегмент толстой кишки. Он заканчивается у ануса
Рак кишечника	Заболевание, связанное с БК/ЯК или лечением	Оно может также называться колоректальным раком. У пациентов с ВЗК повышен риск заболевания раком кишечника. Кроме прочего, он может вызывать такие симптомы, как кровь в кале, изменения ритма дефекации, боли в животе, объемные образования в брюшной полости и потеря массы тела
Распространенный колит	Описание заболевания	Это ЯК, поражающий всю ободочную кишку
Резекция	Хирургическая операция	Хирургическое удаление всего органа, его части или другой структуры организма
Резервуарный илеит	Осложнение	Воспаление илеоанального резервуара (см. илеоанальный резервуарный анастомоз)
Ректальный	Часть тела	Ректальный означает имеющий отношение к последнему сегменту толстой кишки, называемому «ректум» (прямая кишка). Например, препараты, которые вводятся в прямую кишку через задний проход, называются препаратами для ректального введения
Ремиссия	Описание заболевания	Ремиссия — это состояние, при котором заболевание пациента не активно; этот термин употребляется как противоположный терминам «обострение» или «рецидив», которые используются для описания состояния активного заболевания
Рецидив	Описание заболевания	Повторная активация болезни
Сакроилеит	Заболевание	Воспаление сустава между крестцом и подвздошными тазовыми костями

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Свищ, свищи	Осложнение БК	Язва, которая распространяется сквозь стенку кишечника, создавая ненормальный проход между кишечником и кожей либо между кишечником и другим органом. Одиночные свищи состоят из одного канала; сложные свищи имеют несколько каналов. Фистулизирующая БК — это форма БК
Серологический	Исследование	Серология изучает сыворотку крови и другие жидкости организма. Обычно она используется для определения наличия антител в сыворотке
Серология	Исследование	Это исследование сыворотки крови или других жидкостей организма
Сетон	Хирургическая операция	Нить, которая используется, чтобы канал свища оставался открытым и в абсцессе не скапливался гной
Сигмоидоскопия	Исследование	Исследование, подобное колоноскопии, но в отличие от нее осматривается только последняя часть ободочной кишки, а не вся ободочная кишка
Синдром раздраженного кишечника (СРК)	Заболевание	Часто встречающееся состояние с симптомами, подобными симптомам ВЗК, но без воспаления
Системный	Лекарственный препарат	Системный препарат воздействует на весь организм. Этим он отличается от топического препарата, который не распространяется по всему организму
Сосредоточение на пациенте	Прочее	Медицинская помощь с сосредоточением на пациенте включает обеспечение того, что индивидуальные потребности пациента уважаются и удовлетворяются и что ценности пациента лежат в основе всех клинических решений
СОЭ или скорость оседания эритроцитов	Исследование	Анализ крови, помогающий измерить степень воспаления в организме, подобный анализу на С-РБ
Спайкообразование	Осложнение после хирургического вмешательства	Части кишечника, «склеенные» друг с другом в результате воспалительных реакций. Могут вызывать непроходимость и боль
Стеноз	Заболевание	Это сужение, достаточно значительное, чтобы вызвать у пациента дискомфорт



Стероиды	Лекарственный препарат	Стероиды обычно используются для лечения ВЗК и действуют путем подавления иммунитета. Они могут быть топическими и системными. Из-за многочисленных побочных явлений использование стероидов следует как можно сильнее ограничить
Стриктурa	Одно из проявлений БК	Это сужение, достаточно значительное, чтобы вызвать у пациента дискомфорт
Стул	Прочее	Стул — это дефекация или кал
Субтотальная колэктомия	Хирургическая операция	В отличие от тотальной колэктомии это операция, при которой удаляется часть ободочной кишки, а не вся кишка
Сульфасалазин	Лекарственный препарат	Сульфасалазин — это препарат, используемый для лечения ВЗК. Сульфасалазин состоит из двух компонентов: 5-АСК (активной части) и антибиотика сульфапиридина. Сульфасалазин расщепляется бактериями в ободочной кишке и высвобождает 5-АСК
Суппозитории или суппозиторий	Лекарственный препарат	Это лекарственный препарат, который вводится в прямую кишку, расплавляется там и покрывает внутреннюю оболочку кишки для лечения воспаления
Сывороточная мочеви́на	Исследование	Мочевина — это вещество, которое обычно выводится почками из крови и выделяется с мочой. Анализ уровня сывороточной мочевины важен, так как отличные от нормы результаты могут указывать либо на поражение почек, либо на обезвоживание пациента
Такролимус	Лекарственный препарат	Это иммуносупрессор, подобный циклоспоруину, который можно применять перорально для лечения ЯК
Тенезмы	Описание заболевания	Болезненные спазмы или судороги прямой кишки/заднего прохода. Обычно сопровождаются непроизвольным натуживанием и внезапным позывом к опорожнению кишечника, когда в нем нет содержимого
Терапия спасения	Лечение	Терапия спасения — это лечение, которое используется, когда все традиционные виды лечения не дали результатов, она выступает в качестве последнего средства контроля заболевания
Тиопурины	Лекарственный препарат	Эти препараты относятся к иммуносупрессорам. Азатиоприн и меркаптопурин наиболее часто используются для лечения ВЗК
Топический	Лекарственный препарат	Это препарат, который лечит воспаление непосредственно на месте и не всасывается в организм

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Тромбоцитоз	Исследование	Повышенное количество кровяных пластинок (тромбоцитов)
Туберкулез	Заболевание	Это инфекционное заболевание, поражающее легкие и другие части тела и вызываемое микобактерией туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis</i> )
Увеит	Заболевание	Это воспаление сосудистой оболочки глаза
Узловатая эритема	Заболевание, связанное с ВЗК	Воспалительный процесс кожи
Ультразвуковое обследование	Исследование	Метод визуализации, при котором для оценки состояния органов используются звуковые волны
Уровень гемоглобина	Исследование	Уровень гемоглобина показывает, сколько гемоглобина у вас в крови. Гемоглобин отвечает за перенос кислорода в крови. Низкий уровень указывает на анемию
Уровень ферритина сыворотки крови	Исследование	Это анализ, который измеряет количество железа, имеющегося в организме
Урсодезоксихолевая кислота	Лечение	Это препарат для перорального приема, который прописывается пациентам с ПСХ (первичный склерозирующий холангит — хроническое заболевание печени, характеризующееся воспалением и фиброзом желчных протоков внутри печени и за ее пределами) для защиты печени и предотвращения рака кишечника
Фекальный кальпротектин	Исследование	Белок, который выделяется в кишечник при воспалении. Уровень фекального кальпротектина поднимается только при воспалении кишечника, поэтому фекальный кальпротектин больше подходит для оценки степени воспаления, чем С-РБ или СОЭ. Неспецифичен для ВЗК. Пациент должен сдать образец кала для исследования
Фертильный	Прочее	Фертильный означает «физически способный иметь детей»
Фистулография	Исследование	Рентгенологическое обследование свища
Фистулотомия	Хирургическая операция	Хирургическое вскрытие свища
Хирург-колопроктолог	Прочее	Это хирург, специализирующийся на операциях на прямой кишке, заднем проходе и ободочной кишке

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Хронические заболевания	Описание заболевания	Это заболевания, которыми пациент страдает в течение длительного времени (обычно в течение всей жизни). ВЗК являются хроническими заболеваниями
Циклоспорин	Лекарственный препарат, используемый при ЯК	Ингибитор кальцинейрина, который используется как лекарственный препарат для замедления работы иммунной системы, а потому может использоваться для лечения ЯК
Ципрофлоксацин	Лекарственный препарат	Антибиотик, использующийся для лечения ВЗК и резервуарного илеита
Электролиты	Исследование	Проверяются путем анализа крови, это минералы (например, натрий, калий и хлор) в крови и других жидкостях организма, которые несут электрический заряд. ВЗК может приводить к отклонениям уровня электролитов
Эндоскопическая интубация	Исследование	Это введение трубки в тело при помощи эндоскопа
Эндоскопический	Исследование	Это прилагательное от слова «эндоскопия»
Эндоскопия	Исследование	Процедура, при которой камера на конце длинной трубки вставляется в тело, чтобы непосредственно увидеть органы, которые нужно исследовать. Вид эндоскопии, которую наиболее часто делают пациентам с ВЗК, — это (илео) колоноскопия
Эритропоэтический препарат	Лекарственный препарат	Это препарат, стимулирующий выработку красных клеток крови