

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Ulcerative Colitis (UC)

 Estonian



European
Crohn's and Colitis
Organisation



United We Stand

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



ECCO-EFCCA patsiendijuhend: haavandiline koliit

Salvatore Leone*¹, Alejandro Samhan-Arias*², Itamar Ben-Shachar³, Marc Derieppe⁴, Filiz Dinc⁵, Isabella Grosu⁶, Charlotte Guinea⁷, Jarkko Lignell⁸, Gediminas Smailys⁹, Sigurborg Sturludóttir¹⁰, Seth Squires¹¹, Paolo Gionchetti¹², Rami Eliakim**¹³, Janette Gaarenstroom**¹⁴

* Need autorid panustasid esimestena kirjutatud autoritena võrdselt

** Need autorid panustasid viimasena kirjutatud autoritena võrdselt

¹AMICI Onlus - Associazione Nazionale Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, Via A. Wildt, 19/4, 20131 Milano, Itaalia; ²ACCU ESPAÑA – Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España. C/ Enrique Trompeta 6, Bajo 1. C.P. 28045. Madrid, Hispaania; ³CCFI – The Israel Foundation for Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, POB 39957, Tel Aviv 61398; ⁴AFA – Association Francois Aupetit, 32 rue de Cambrai, 75019 Paris, Prantsusmaa; ⁵inflatuvar barsak hastalıkları dayanışma ve Yardımlaşma Derneği, Caferağa Mah. Moda Caddesi No: 20 Borucu Han. K:1 Büro No: 103 Kadıköy, Istanbul, Türgi; ⁶ASPIIR – Asociația Persoanelor cu Boli Inflamatorii Intestinale din România (Romanian Association of People with IBD), Calea Mosilor 268, Bucharest, Rumeenia; ⁷Crohns & Colitis UK – CCUK, 45 Grosvenor Road, St Albans, Hertfordshire AL1 3AW, Ühendkuningriik; ⁸CCAFIN - Crohn ja colitis ry, Kuninkaankatu 24 A, 33210 Tampere, Soome; ⁹Klaipeda University Hospital, Department of Pathology, Liepojos g. 41, LT-92288 Klaipeda, Leedu; ¹⁰Crohn's og Colitis Ulcerosa samtökin á Island, P.o. Box. 5388, 125 Reykjavik Island; ¹¹Royal Alexandra and Vale of Leven Hospitals, Department of Gastroenterology, Corsebar Road, Paisley, Šotimaa, Ühendkuningriik, PA2 9PN; ¹²University of Bologna, Department of Medical and Surgical Sciences, Via Massarenti, 9, 40138 Bologna, Itaalia; ¹³Gastroenterology and Hepatology, Sheba Medical Center, 52621 Tel Hashomer, Iisrael; ¹⁴University Medical Center Utrecht, Department of Gastroenterology, Heidelberglaan 100, P.O. Box 85500, 3584 GX Utrecht, Holland (kuni septembrini 2015)

Autorid: European Crohn's and Colitis Organisation, Ungargasse 6/13, 1030 Vienna, Austria; European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations, Rue Des Chartreux, 33-35 Brussels B 1000 Belgia

Tänuavaldused

ECCO ja EFCCA tänavad kõiki, kes on ECCO-EFCCA patsiendijuhendite koostamisele kaasa aidanud. ECCO ja EFCCA tunnustavad meditsiinivaldkonnale pühendunud autoreid Sanna Lonnforsi ja Andrew McCombie't suure panuse eest ECCO-EFCCA patsiendijuhenditesse.

Levitamise kord

ECCO-EFCCA patsiendijuhendid põhinevad ECCO kliinilistel juhenditel Crohni tõve ja haavandilise koliidi kohta. ECCO kliinilised juhendid leiate sellelt lingilt: <https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html>

ECCO-EFCCA patsiendijuhendid on mõeldud vabaks levitamiseks. Palun pange tähele, et kõik ECCO-EFCCA patsiendijuhendite tõlked peavad olema ECCO-lt ja EFCCA-lt heakskiidu saanud.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Vastutuse välistamine

ECCO-EFCCA patsiendijuhendid on koostatud patsientide harimise ja jõustamise eesmärgil ning mõeldud Euroopas kasutusel olevate parimate ravimeetodite tutvustamiseks. Kuna erinevates riikides kasutatakse erinevat ravi, võivad mõned soovitused riigiti erineda. Mis tahes raviotsused teeb konkreetne raviarst ja need ei tohi põhineda üksnes ECCO-EFCCA patsiendijuhendite sisul. Euroopa Crohni tõve ja koliidi organisatsiooni ega Euroopa Crohni tõve ja koliidi ühingute liitu ja/või nende liikmeid ja/või juhendite koostajaid ei saa võtta vastutusele ECCO-EFCCA patsiendijuhendites heas usus avaldatud teabe eest.

ECCO reegel huvide konflikti käsitlemiseks

ECCO järgib järjekindlalt võimaliku huvide konflikti avalikustamise reeglit. Huvide konflikti deklaratsioon põhineb vormil, mida kasutab meditsiiniajakirjade toimetajate rahvusvaheline komitee (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE). Huvide konflikti avaldust säilitatakse ECCO büroos ja JCC toimetuses, lisaks on see põhjalikuks tutvumiseks kättesaadav ka avalikkusele ECCO veebisaidil (<https://www.ecco-ibd.eu/about-ecco/ecco-disclosures.html>) ja võimaldab saada igakülgse ülevaate autorite võimalikest huvide konfliktidest.

Sissejuhatus

Euroopa Crohni tõve ja koliidi organisatsioon on maailma suurim põletikulise soolehaiguse spetsialiste koondav ühendus. Peale koolitamise ja teadustöö on organisatsiooni üks eesmärk ka uute teadmiste genereerimine. Et need juhendid oleksid koostatud ühiselt ja üksmeelselt, kogub ECCO põletikulise soolehaiguse praktiliste juhendite väljatöötamiseks kokku erinevate erialade parimate spetsialistide teadmised ja kogemused.

ECCO avaldas oma esimese Crohni tõve diagnoosimist ja ravi käsitleva juhendi 2006. aastal.^{1, 2} Kuna pidev huvi Euroopas ühtse põletikulise soolehaiguse käsitlemise edendamise vastu püsib, on sellest alates praeguseks avaldatud juba 15 ECCO juhendit haavandilise koliidi üldisest käsitlesest³ kuni väga spetsiifiliste teemadeni, näiteks haavandiline koliit lastel.⁴

Sellega paralleelselt on Euroopa Crohni tõve ja haavandilise koliidi ühingute liidu (European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations, EFCCA) peamine eesmärk asutamisest saadik olnud patsientide elukvaliteedi parandamine, levitades patsientidele ja nende peredele suunatud häid tavasid, sealhulgas koolitamine, avalikkuse teadlikkuse suurendamine ning uute ravimite teadus- ja arendustöö edendamine.

Algatuse raames, millega soovitakse tugevdada põletikulise soolehaiguse ühtse käsitlemise soodsat mõju, on ECCO ja EFCCA omavahelises sünergistlikus koostöös teinud selle juhendi haavandilist koliiti põdevatele patsientidele kättesaadavaks.

Sellesse dokumenti on kogutud kõige väärtuslikumad soovitused haavandilise koliidi diagnoosimiseks ja raviks. Juhendi eesmärk on aidata paremini aru saada, kuidas meditsiinitöötajad haavandilist koliiti diagnoosivad ja ravivad. Juhend on jagatud lõikudeks, mis käsitlevad viit põhiteemat: diagnoosimine, aktiivne haigus, remissioon, operatsioon, jämesoolevähk ja soolevälised tüsistused. Juhendi lõpus on sõnastik, mis aitab kasutatud mõistetest paremini aru saada. Lisaks on juhend koostatud patsiendile sobivas vormis, et see jõuaks suurema hulga patsientidest lugejateni ja oleks kergesti arusaadav.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Haavandilise koliidi (ehk ultseratiivne koliit ehk haavandiline jämesoolepõletik) diagnoosimine

Ravi valikul otsustatakse selle järgi, kui suur osa jämesoolest on haigusest haaratud (s.t haiguse ulatus). Ravi tüüp sõltub haiguse ulatusest. Seda teades saab arst või õde otsustada, kas kasutada suukaudset ja/või paikset ravi. Haiguse ulatusest oleneb, millal tuleb alustada haiguse järelevalvet ja kui sageli tuleb kontrollil käia. Seepärast liigitatakse haavandilist koliiti selle järgi, kui suur osa jämesoolest on haigusest haaratud. Parim viis haavandilise koliidi liigitamiseks on endoskoopia, mis võimaldab kindlaks määrata soolepõletiku raskusastme. Haavandiline koliit liigitatakse proktiidiks, vasakpoolseks koliidiks ja ulatuslikuks koliidiks.

Ekspertide arvates on koloskoopia parim meetod haavandilise koliidi klassifitseerimiseks. Haavandiline koliit liigitatakse proktiidiks, vasakpoolseks koliidiks ja ulatuslikuks koliidiks (ulatub kaugemale põrnanurgast ehk vasakust käärsoolekoolust).

On kaks peamist põhjust, miks haavandilise koliidiga patsientidel tuleb haigust ulatuse järgi liigitada: esiteks mõjutab see ravitüübi valikut ja teiseks oleneb sellest, kui palju vajab patsient järelevalvet. Mis puutub ravisse, siis proktiidi korral on esmavaliku raviks sageli suposiidid (ravimküünlad). Vasakpoolse koliidi korral kasutatakse klistiire ehk klüsmes ja ulatusliku koliidi korral suukaudset ravi (sageli kombinatsioonis paikse raviga). Haiguse ulatuse hindamine on tähtis järelevalve aspektist, et oleks võimalik prognoosida, kellel võib tekkida jämesoolevähk. Proktiidiga patsientide järelevalveks ei ole koloskoopiat vaja teha, kuid vasakpoolse või ulatusliku koliidiga patsientide järelevalveks on.

Arstidel on vaja haavandilist koliiti raskusastme järgi liigitada. Selline liigitus aitab arstil otsustada, milline on sobivaim ravi. Raskusastmest oleneb, kas ravi peab olema paikne, süsteemne või kirurgiline või kas üldse on vaja ravi alustada. Haiguse raskusastme indeksid ei ole veel korralikult valideeritud. Arstil aitavad sobivaimat ravi valida kliinilised, laboratoorsed, piltagnostilised ja endoskoopilised meetodid ning uuringud, sealhulgas biopsiad. Remissiooni definitsiooni suhtes ei ole veel täielikule üksmeelele jõutud. Kõige parem on remissiooni määratleda, kasutades kombinatsiooni kliinilistest näitajatest (s.t kõht käib läbi ≤ 3 korra ööpäevas ja veritsust ei esine) ja puuduvatest haigustunnustest endoskoopial. Abiks on ka ägedale põletikule viitava leiu puudumine biopsial.

Patsiendi käsitus sõltub osaliselt sellest, kui raske on haigus. Põletiku raskusastmest sõltub, kas patsient ei saa üldse ravi või saab suukaudset või veenisest ravi või tehakse hoopis operatsioon. On välja pakutud palju haiguse raskusastme indekseid, kuid ükski neist ei ole veel valideeritud (s.t tõestatud selle täpsust ja kasulikkust). Üldiselt on kokku lepitud, et arstid toetuvad patsiendi käsitusel kliiniliste nähtude, laboratoorsete leidude (C-reaktiivne valk veres või kalprotektiin roojas), piltagnostika leidude (nt röntgenuuring) ja endoskoopilise uuringu tulemuste (sealhulgas biopsiad) kombinatsioonile.

Remissiooni kindlas definitsioonis tuleb ekspertidel aga alles kokkuleppele jõuda. Käesoleval ajal on kõige parem remissiooni määratleda kui patsiendi sümptomite ja koloskoopialeiu kombinatsiooni. Remissioonis olevaks peetakse patsienti, kellel kõht käib ööpäeva jooksul läbi kolm korda või vähem, ilma et esineks veritsust, ja koloskoopial ei ole näha põletikutunnuseid. Eelistatavalt ei tohiks ka biopsiatel leiduda mikroskoopilist põletikku.

Haavandilise koliidi sümptomid

Haavandilise koliidi sümptomid sõltuvad sellest, kui suur osa jämesoolest on põletikus ja kui raske on haigus. Kõige sagedamini esinevad sümptomid on veri väljaheites,

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



kõhulahtisus, veritsus pärasoolest, tenesm ja/või vajadus kiiresti WC-sse minna. Haavandilise koliidiga patsientidel käib kõht sageli läbi ka öösiti. Üldine halb enesetunne, isutus või palavik viitavad sellele, et tegemist on raske ägenemisega.

Raske haavandilise koliidi sümptomid langevad üldiselt kokku raske jämesoolepõletikuga ja jämesoole suure haaratusega; jämesoolepõletikku hinnatakse koloskoopia ja biopsia abil.

Patsientidel kõige sagedamini esinev haavandilise koliidi sümptom on nähtav veri väljaheites. Sellest sümptomist teatab rohkem kui 90% patsientidest. **Ulatusliku ja aktiivse haavandilise koliidiga patsientidel** on krooniline kõhulahtisus, tavaliselt koos veritsusega pärasoolest või vähemalt nähtava verega väljaheites. Patsiendid on teatanud ka roojapakitsusest, tenesmist, lima- või vereeritusest, öisest roojamisvajadusest, roojamiseelsest spastilisest või hootisest kõhuvalust (sageli vasakul alakõhus), mis pärast roojamist leeveneb. Raske põletiku korral tekib inimesel peale selle sageli palavik, kõhupuhitus, kiireneb südametöö, väheneb kehakaal või vähenevad soolehelid. **Proktiidiga patsientidel**, vastupidi, esineb tavaliselt veritsus pärasoolest, roojapakitsus, tenesm ja aeg-ajalt raske kõhukinnisus.

Patsiendi anamnees

Täielik haiguse anamnees hõlmab palju küsimusi. Näiteks küsib arst, millal sümptomid algasid ja millised need sümptomid on. Sümptomid on:

- veri väljaheites;
- roojapakitsus;
- väljaheite konsistents ja roojamissagedus;
- tenesm;
- kõhuvalu;
- roojapidamatus;
- vajadus käia öösel WC-s;
- soolega otseselt mitteseotud sümptomid (nt liigesevalu).

Arst peab küsima ka järgmiste asjade kohta:

- hiljutised reisirid;
- kokkupuuted soolenakkustega;
- ravimid (nt antibiootikumid ja MSPVA-d);
- suitsetamine;
- seksuaaltegevus;
- Crohni tõve, haavandilise koliidi või jämesoolevähiga pereliikmed;
- varasem apendektoomia.

Haavandilise koliidi diagnoosi tuleb kahtlustada, kui esinevad kliinilised sümptomid, näiteks veri väljaheites, roojapakitsus, roojamise sageduse suurenemine, tenesm, kõhuvalu, roojapidamatus ja vajadus käia öösel WC-s. Arstil või õel tuleb küsitleda nii põletikulise soolehaiguse kui ka jämesoolevähhi esinemise kohta perekonnas. Patsiendilt tuleb küsida ka silmade, suu, liigeste või nahaga seotud sümptomite kohta. Kaaluda tuleb infektsiooset ehk nakkuslikku (nt välisreisil bakteriga nakatumisest) või ravimitest tingitud (nt MSPVA-d, näiteks ibuprofeen) koliiti ning need välistada.

On leidnud tõestust, et kinnitatud apenditsiidi diagnoosi korral tehtud apendektoomia vähendab haavandilisse koliiti haigestumise riski hilisemas elus. Kui operatsioon „tõelise“ apenditsiidi tõttu on tehtud nooremas eas, on haavandiline koliit ka kergema kuluga. Kui mõnel teie pereliikmel on Crohni tõbi või haavandiline koliit, on ka teil suurem risk haavandilise koliidi tekkeks.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Uuringud on näidanud, et juhul, kui inimesele on noores eas tehtud kinnitatud apenditsiidi korral apendektoomia, on tal väiksem tõenäosus haavandilise koliidi tekkeks; on teatatud, et see risk on koguni 69% väiksem. Lisaks sellele ei ole pärast apendektoomiat tekkinud haavandiline koliit tõenäoliselt raske. Tuleb märkida, et apendektoomia ei hoia ära primaarse skleroseeriva kolangiidi teket. Praegu ei ole teada, kas pärast haavandilise koliidi teket tehtud apendektoomia mõjutab haiguse kulgu. Haavandilise koliidiga inimeste esimese astme sugulastel on 10–15 korda suurem tõenäosus, et neil tekib haavandiline koliit. Aga kuna selle haiguse risk on juba algselt väike, on haavandilise koliidi tekkerisk esimese astme sugulasel 2% suurem. Seepärast ei peaks suurem risk oluliselt mõjutama haavandilise koliidiga patsiendi otsust lapsi saada või mitte saada.

Füüsiline läbivaatus

Füüsiline kontroll hõlmab tervet hulka asjaolusid:

- üldine enesetunne;
- südame löögisagedus (südamelöökide arv minutis);
- kehatemperatuur;
- vererõhk;
- kehakaal;
- pikkus;
- kõhu komplemine puhituse ja helluse väljaselgitamiseks;
- pärakukaudne läbivaatus sõrme abil.

Kui arst või õde teeb füüsilist läbivaatust, sõltuvad leiud sellest, kui raske ja kui ulatuslik haavandiline koliit on. Kui inimesel on kerge või mõõdukalt aktiivne haigus, ei leita läbivaatusel tavaliselt midagi rohkemat kui sõrmele jääv veri pärakukaudsel läbivaatusel. Kui inimesel on raske põletik, võib tal olla palavik, suur südame löögisagedus, vähenenud kehakaal, hellus jämesoole piirkonnas, kõhupuhitus või vähenenud soolehelid.

Diagnostilised uuringud

Kõigepealt tehtavad uuringud on hemogramm, uurea seerumis, kreatiniin, elektrolüüdid, maksaensüümid, D-vitamiini sisaldus, raua analüüsid ja CRV. Kalprotektiin roojas on täpne marker, mis näitab, et jämesooles on põletik. Raske haiguse korral on CRV ja ESR kasulikud ravivastuse hindamiseks. Arstil tuleb teha analüüsid ka nakkusliku kõhulahtisuse tuvastamiseks, sealhulgas Clostridium difficile. Arstil tuleb välja selgitada, kas patsienti on paljude viirushaiguste vastu immuniseeritud või kas tal on tuberkuloos.

Ideaalne on, kui diagnoosimisel tehakse igale patsiendile hemogramm, määratakse põletikumarkerid (CRV või ESR), elektrolüüdid, maksafunktsiooni analüüsid ja võetakse roojaproov. Roojaproovist määratud kalprotektiin näitab täpselt, kas jämesooles on põletik. Kerge või mõõduka vasakpoolse haavandilise koliidi korral võib põletikuanalüüsi tulemus olla normaalne. Hemogramm võib näidata (a) püsiva põletiku tagajärjel tekkinud trombotsüütide suurt arvu; (b) haiguse raskusele ja kroonilisusele viitavat aneemiat ja väikest rauasisaldust; (c) suuremat leukotsüütide arvu, mis tähendab suuremat võimalust, et tegemist on põletikuga.

Kui patsiendil on rasked sümptomid, on CRV sisaldus enamasti suurem, välja arvatud proktiidi korral. Suur CRV sisaldus veres esineb tavaliselt koos kõrge ESR-i näitajaga, väiksema rauasisalduse ja väikese albumiinisaldusega. Neid markereid saab kasutada ka selleks, et hinnata, kas ägeda raske koliidiga inimene vajab operatsiooni. CRV ja ESR-i suurenenud kontsentratsioon võib näidata ka infektsiooni olemasolu. See tähendab, et ainult neid näitajaid ei saa kasutada haavandilise koliidi eristamiseks muudest põhjustest tingitud sümptomitest. Seega tuleb arstil või õel välistada teised võimalikud põhjused,

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



näiteks bakterid (nt *Clostridium difficile*, *Campylobacter* või *E. coli*) või parasiidid (nt amööbid).

Koloskoopia

Kui kahtlustatakse haavandilist koliiti, on kõige paremad meetodid haiguse diagnoosi ja raskusastme kinnitamiseks koloskoopia (soovitavalt koos ileoskoopiaga) ning biopsiate võtmine mitmest kohast jämesooles (sealhulgas pärasooles). Raske ägenemise korral tuleb teha kõhu röntgenuuring ja aktiivse haiguse kinnitamiseks kasutada esmavaliku meetodina sigmoidoskoopiat.

Kõik patsiendid, kes vastavad raske koliidi kriteeriumidele, tuleb kohe haiglaravile saata, et vältida raviotsuste edasilükkumist, mille tõttu võib suureneada perioperatiivne (operatsioonieelne, -aegne ja -järgne periood) haigestumus ja suremus.

Haavandilise koliidi kahtlusel on parim meetod diagnoosi kinnitamiseks koloskoopia koos peensooleuuringu ja mitme biopsiaga. See võimaldab arstil või õel vaadelda ka jämesoole kaugemaid osi ja võib olla efektiivsem kui sigmoidoskoopia. Arvestada tuleb siiski kättesaadavate võimalustega, samuti kahtlustatava haiguse raskusega. Raske koliidiga patsientidel tuleb koloskoopiat ja soole ettevalmistust vältida, sest nii võidakse aega kaotada, lisaks kaasneb sellega jämesoole perforatsiooni (s.t mulgustumine) risk.

Kui haavandilise koliidi kahtlusega patsiendil on raske haigus, võib esialgu kasutada kõhu röntgeniülesvõtet, kuigi see ei garanteeri diagnoosini jõudmist. Seejärel võib kinnitamiseks kasutada koloskoopia asemel sigmoidoskoopiat.

Kui haavandiline koliit ei ole aktiivne, võib endoskoopialeid aidata haiguse kulgu prognoosida. Haavandilise koliidi taasaktiveerumisel on kasulik endoskoopiat korrata. Seda on kasulik teha ka siis, kui patsient peab remissioonis püsimiseks võtma glükokortikoide, või siis, kui remissiooni ei õnnestu saavutada ka glükokortikoide võttes. Lisaks on endoskoopia kasulik ka siis, kui kaalutakse kolektoomiat.

Uuringud on näidanud, et kui koloskoopial põletikutunnused puuduvad, on patsiendil väiksem tõenäosus retsidiivi või hiljem kolektoomia vajaduse tekkeks. Samuti on suurem tõenäosus, et koloskoopiale järgneval aastal sümptomeid ei esine. Koloskoopial kindlaks tehtud haiguse asukoht on tähtis ka tulevikuprognosi ja vähiriski hindamiseks, samuti selleks, et otsustada, millist ravi kasutada. Vaatamata sellele, et haiguse asukoha kindlakstegemisel on koloskoopia ilmselt/arvatavasti tähtis, ei ole siiski kunagi uuritud võimaliku rutiinse koloskoopia kasutamist pärast esimest, diagnoosimiseks tehtud koloskoopiat.

Kui jämesooles on stenoos (s.t kitsenemus), tuleb arstil välistada selle põhjusena vähkkasvaja olemasolu. Jämesooles tuleb võtta palju biopsiaid ja võidakse kaaluda operatsiooni. Mõnikord ei ole võimalik kogu jämesoolt endoskoopiliselt uurida. Sellistel juhtudel võidakse kasutada piltagnostika protseduure, näiteks kaksikkontrasteerimisega baariumiklistiiri ehk kolograafiat.

Pikka aega kestnud haavandilise koliidi korral võib jämesoole stenoos (s.t striktuur/kitsenemus) olla jämesoole vähkkasvaja tunnus ning see nõuab hoolikat kontrollimist koloskoopia ja biopsiate abil. Kui stenoosi tõttu ei ole võimalik koloskoopiat teha, võidakse kitsenemuse ja ümbritseva jämesoole uurimiseks kasutada kaksik- või lihtkontrasteerimisega kolograafiat. KT-kolograafial saab hinnata jämesoole stenoosi lähedal olevate kudede välimust, samuti soolestikuväliseid (s.t mitte sooles asuvate

kudede) haigustunnuseid. Seetõttu on nimetatud uuring muutumas selles olukorras valikmeetodiks.

Mõistet „täpsustamata koliit“ tuleks siiski kasutada ainult resektsioonil võetud proovide kohta. Kui arst pärast kõigi võimalike uuringute tegemist ei tea, kas teil on Crohni tõbi või haavandiline koliit, siis tuleb seda nimetada klassifitseerimata põletikuliseks soolehaiguseks.

Klassifitseerimata põletikuline soolehaigus on kõige sobivam mõiste siis, kui ei ole võimalik täie kindlusega eristada, kas tegemist on haavandilise koliidi, Crohni tõve või muudel põhjustel tekkinud koliidiga. Mõistet kasutatakse siis, kui ka pärast haiguse anamneesi uurimist, endoskoopilist vaatlust, limaskestast mitmel biopsial võetud materjali histoloogilist uurimist ja sobivate radioloogiliste uuringute tulemuste arvestamist ei ole võimalik haigustel kindlalt vahet teha. Täpsustamata koliit on mõiste, mida kasutavad patoloogid kolektoomial võetud koeproovi kirjeldamiseks, kui sellel esinevad nii haavandilise koliidi kui ka Crohni tõve tunnused.

Aktiivse haavandilise koliidi medikamentoosne ravi

Proktiit

Kerge kuni mõõduka proktiidi varajaseks raviks on soovitatav kasutada 5-ASA 1 g suposiite üks kord ööpäevas. Kasutada võib ka 5-ASA vahtklüsmi. Suposiitidena on võimalik viia pärasoolde suurem hulk ravimit ja patsiendid paistavad eelistavat neid klistiiridele ehk klüsmidele. Paikne 5-ASA kombinatsioonis suukaudse 5-ASA või paiksete glükokortikoididega on haiguse ravimiseks parem kui emb-kumb eraldi. Suukaudne 5-ASA üksi ei ole haiguse ravimiseks nii hea kui kombineerituna. Ravile raskemini alluv proktiit võib vajada ravi immunosupressantide ja/või TNF-i vastaste ravimitega.

Kui inimesel on proktiit, on parim ravi paikne 5-ASA; seda on näidanud mitmed uuringud, kus täheldati, et 5-ASA vähendas sümptomeid ning parandas koloskoopia ja biopsia tulemusi. Lisaks on suposiidid klüsmidest efektiivsemad, sest ravim jõuab põletikust haaratud piirkonda ja on nelja tunni möödudes pärasooles tuvastatav rohkematel patsientidel (40% võrreldes 10%). On leitud, et rohkem kui üks gramm 5-ASA-d ööpäevas ei ole efektiivsem ja selle manustamine üks kord ööpäevas on sama efektiivne kui mitu korda ööpäevas.

Mitu uuringut on näidanud, et paikne mesalasiin on nii sümptomite vähendamisel kui ka koloskoopia ja biopsia tulemuste parandamisel efektiivsem kui paiksed glükokortikoidid. Paiksed glükokortikoidid tuleb jätta nende inimeste raviks, kes paikset 5-ASA-d ei talu. Paikne 5-ASA on proktiidi ravis efektiivsem kui suukaudne 5-ASA üksi. Samas, kui patsiendil ulatub haigus pärakuavast vähem kui 50 cm kaugusele, paistab paikse ja suukaudse 5-ASA kombineerimine olevat efektiivsem kui emb-kumb eraldi. Samuti on abi paikse 5-ASA kombinatsioonist paiksete glükokortikoididega. Kui seda ei õnnestu ravida suukaudse või paikse 5-ASA ja paikse glükokortikoidi kombinatsiooniga, tuleb lisada suukaudne prednisoloon. Kui miski muu ei aita, tuleb kasutada immunosupressanti või TNF-i vastast ravi.

Vasakpoolne koliit

Ravi alguses tuleb aktiivset kergelt kuni mõõdukat vasakpoolset koliiti ravida 1 g aminosalitsülaadi klüsmiga ööpäevas, kombineerituna 2,4 g suukaudse mesalasiiniga ööpäevas. Suukaudse ja paikse 5-ASA kombinatsioonravi kasutamine on parem kui ainult paiksete glükokortikoidide või aminosalitsülaatide kasutamine. See on ka parem kui ainult suukaudsed aminosalitsülaadid. Paikne 5-ASA on haiguse raviks parem kui paiksed

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



glükokortikoidid. 5-ASA annuse võtmine üks kord ööpäevas on sama hea kui 5-ASA võtmine jagatud annustena. Kui 5-ASA ei toimi, võib kasutada süsteemseid glükokortikoide. Kui haigus on raske, vajab patsient haiglas intensiivset ravi.

Uuringutes on leitud selgeid tõendeid, et vasakpoolse haavandilise koliidi ravis on efektiivne nii suukaudne kui ka paikne 5-ASA. Seega on kerge kuni mõõduka aktiivsusega vasakpoolse koliidi esmavaliku ravi suukaudse ja paikse 5-ASA kombinatsioon; on tõendatud, et see on efektiivsem kui emb-kumb eraldi; suukaudse ja paikse ravi kombineerimine on efektiivsem ja ravitoime avaldub kiiremini kui emmakummaga eraldi. Mitme uuringu tulemused on näidanud, et rektaalne 5-ASA on efektiivsem kui rektaalsed glükokortikoidid, kuigi mitu uuringut on näidanud, et rektaalne beklometasondipropionaat (üks glükokortikoidravimitest) on sama efektiivne kui rektaalne 5-ASA.

Mitu uuringut on näidanud, et annuse jaotamine ei anna mingeid eeliseid, niisiis võib 5-ASA-d võtta üks kord ööpäevas. Ent annuse suurendamisel on leitud olevat patsientide prognoosi parandav mõju ja vasakpoolse koliidi korral on väikseim soovitatav annus 2,4 g ööpäevas.

Mõnikord, kui 5-ASA vasakpoolse haavandilise koliidiga patsiendil ei toimi või kui patsient seda hästi ei talu, tuleb kaaluda suukaudsete glükokortikoidide kasutamist. Suukaudsed glükokortikoidid võivad hakata kiiremini toimima, aga need võivad ka põhjustada rohkem kõrvaltoimeid. 5-ASA toime avaldamiseks kulub 9–16 päeva ja ravivastus on kombinatsioonravi korral kiirem kui ainult suukaudsel ravil. Kui 5-ASA-ga ravitava patsiendil sümptomid süvenevad, 10–14 päeva pärast ravi alustamist esineb pärasoole veritsust või 40 päeva jooksul ei leevene kõik sümptomid, tuleb alustada täiendavat ravi (tavaliselt suukaudsete glükokortikoididega).

Ulatuslik koliit

Ravi alguses tuleb kerge kuni mõõduka aktiivsusega ulatuslikku koliiti ravida suurema annusega kui 2,4 g suukaudset 5-ASA-d ööpäevas. Kui patsient talub, tuleb seda kombineerida paikse 5-ASA-ga, et suurendada remissiooni jäämise võimalust. 5-ASA annuse võtmine üks kord ööpäevas on sama hea kui 5-ASA võtmine jagatud annustena. Kui puudub ravivastus 5-ASA-le, tuleb anda süsteemseid glükokortikoide. Raske ulatusliku koliidiga patsient vajab intensiivset ravi haiglas.

Remissiooni esilekutsumiseks kerge kuni mõõduka aktiivsusega ulatusliku haavandilise koliidi korral on efektiivne suukaudne 5-ASA. Lisaks on suukaudse ja paikse 5-ASA kombinatsioon efektiivsem kui ainult suukaudne 5-ASA; üks kliiniline uuring näitas, et kombinatsioonraviga saavutas remissiooni 64% patsientidest võrreldes 43% patsientidega, kes võtsid ainult suukaudset 5-ASA-d. Ulatusliku koliidiga patsientidel on üks kord ööpäevas võetav 5-ASA sama efektiivne kui jagatud annustena võetav.

Kui kerge või mõõduka aktiivsusega haigus ei allu 5-ASA-le, tuleb alustada ravi suukaudsete glükokortikoididega. Glükokortikoidravi tuleb alustada ka siis, kui patsient juba saab rohkem kui 2 g 5-ASA-d ööpäevas või säilitusraviks immunomodulaatoreid ja tal tekib retsidiiv. Vähemalt kahes uuringus on leitud, et glükokortikoidid aitavad remissiooni esile kutsuda. Kui inimesel on raske ulatuslik haavandiline koliit, tuleb ta saata haiglaravile, sest tegemist on potentsiaalselt eluohtliku seisundiga.

Raske koliit

Kui esineb verine kõhulahtisus, kõht käbi läbi rohkem kui kuus korda ööpäevas ja esinevad mis tahes süsteemse toksilisuse nähud (s.t südame löögisagedus üle 90 korra minutis, palavik üle 37,8 °C, hemoglobiin alla 105 g/l või ESR üle 30 mm/h või CRV üle

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



30 mg/l), on patsiendil raske haavandiline koliit ja ta tuleb paigutada haiglasse, et teda intensiivselt ravida.

Ligikaudu ühel kuuest haavandilise koliidiga patsiendist tekib haiguse kestel mingil hetkel raske ägenemine. Rasket haavandilist koliiti tuleb hoolikalt ravida. Vaatamata ravi edusammudele viimasel sajandil sureb Ühendkuningriigis ägeda raske haavandilise koliidiga haiglasse paigutatud patsientidest 2,9%, erialakeskustes sureb siiski vähem kui 1%. Raske haavandilise koliidiga seotud surmariski tõttu on tähtis raske ägenemine ära tunda. Haavandilise koliidi raske ägenemisega on tegemist siis, kui patsiendil esineb verist väljaheidet rohkem kui kuus korda ööpäevas lisaks ühele järgmistest sümptomitest: (a) kiire südame töö (üle 90 löögi minutis), (b) palavik, (c) aneemia või (d) suur ESR-i või CRV sisaldus.

Kõik raske ägenemisega patsiendid tuleb saata haiglaravile ja alustada aktiivset ravi veenisisesel (i.v.) glükokortikoididega. Kui kolme päeva jooksul ei saavutata patsiendil veenisisesel glükokortikoididega ravivastust, tuleb üle minna ravile tsüklosporiini, takroliimuse või infliksimabiga. Juhtudel, kui haigus ei allu medikamentoosel ravile, tuleb patsiendile teha operatsioon. Aktiivset medikamentooset ravi ja operatsiooni puudutavad otsused tuleb teha kiiresti, kuid hoolikalt kaaludes. Kui operatsiooni on liiga kaua edasi lükatud, võib operatsiooni ajal tekkida rohkem tüsistusi.

Rasket aktiivset haavandilist koliiti tuleb ravida veenisisesel (i.v.) glükokortikoididega. Võib kasutada ainult veenisisesel (i.v.) tsüklosporiini. Trombide tekkimise riski vältimiseks tuleb manustada madalmolekulaarset hepariini. Patsiendi ravimises osaleb meeskond, kuhu kuuluvad gastroenteroloog ja kolorektaalkirurg.

Ravivastust i.v. glükokortikoididele on meditsiiniliste uuringutega kõige parem hinnata kolmanda päeva paiku. Väga ägeda haavandilise koliidi korral, mis ei allu i.v. glükokortikoididele, tuleb arutada muid ravivõimalusi, sealhulgas operatsiooni. Teise valiku ravimitena võivad sobida tsüklosporiin või infliksimab või takroliimus. Kui nelja kuni seitsme päeva jooksul ei anna tulemust ka reservravi, on soovitatav teha kolektoomia.

Üks raskemaid otsuseid, mis gastroenteroloogil teha tuleb, on otsustada, millal soovitada haavandilise koliidiga patsiendile kolektoomiat. Kuid mõlemal, nii gastroenteroloogil kui ka kirurgil, tuleb olla võimalikult otsusekindel ning nad ei tohi patsiendi mõistetaval vastumeelsusel operatsiooni suhtes lasta oma otsust mõjutada. Kui operatsiooni lükatakse liiga kaua edasi, võib kolektoomia ajal suurendada risk tüsistuste tekkeks ja isegi surmaks.

Et võtta vastu tähtis otsus, kas ravida rasket haavandilist koliiti kolektoomiaga või ravimitega, nagu tsüklosporiin, infliksimab või takroliimus, vajab gastroenteroloog objektiivseid andmeid (s.t andmeid, mida ei mõjuta ei patsiendi ega arsti emotsioonid). Objektiivsed andmed, millele otsustusprotsessis tugineda, on kliinilised (nt suur roojamissagedus), biokeemilised (nt suur CRV sisaldus) ja radioloogilised (nt laienenud jämesool). Otsuse tegemisel on tähtis arvestada ka patsiendi individuaalseid asjaolusid. Näiteks tuleb intravenooset tsüklosporiini vältida patsientidel, kellel on veres väike kolesterooli- või magneesiumisisaldus, sest selles patsiendirühmas on suurem risk neuroloogiliste kõrvaltoimete tekkeks.

Medikamentoosne ravi remissiooni säilitamiseks

Säilitusraviks ravimeid valides arvestatakse paljude teguritega:

- kui suur osa soolest on haaratud (s.t haiguse ulatus);

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



- kui tihti tekivad ägenemised;
- kas varasem säilitusravi on ebaõnnestunud;
- kui raske oli viimane ägenemine;
- millist ravi kasutati viimase ägenemise ajal remissiooni saavutamiseks;
- säilitusravi ohutus;
- vähkkasvaja ennetamine.

Õige ravi valik patsientide remissioonis hoidmiseks sõltub hulgast teguritest. Proktiidiga patsiendid vajavad suurema tõenäosusega üksnes paikset ravi, samas vasakpoolse või ulatusliku haavandilise koliidiga patsiendid vajavad suukaudset ravi. Kui patsiendil on anamneesis ägenemised lühikese aja tagant, on kasulikum intensiivsem ravi, sest see võib ägenemiste vahelist aega pikendada. Kui ravim ei ole varem säilitusravina toimunud, ei peaks seda uuesti proovima. Kui viimane ägenemine oli raskem, tuleb alustada intensiivsemat ravi. Praeguse ägenemise raskusastme järgi saab prognoosida tulevaste ägenemiste tõenäosust. Kui patsient vajab remissiooni saavutamiseks glükokortikoide, vajab ta remissiooni säilitamiseks suurema tõenäosusega intensiivset ravi. Kaaluda tuleb ravimite kõrvaltoimeid ning kasu ägenemiste ja vähkkasvaja ennetamise seisukohalt.

Aminosalitsüülhape

Kui patsient reageerib ravile 5-ASA või glükokortikoididega (suukaudsele või rektaalsele), on esmavaliku säilitusravim suukaudne 5-ASA. Proktiidi korral on esmavaliku säilitusravim rektaalne 5-ASA ja seda võidakse kasutada ka vasakpoolse koliidi korral. Suukaudse ja rektaalse 5-ASA kombinatsiooni võidakse kasutada teise valiku säilitusravina.

Paljud uuringud on näidanud suukaudse 5-ASA efektiivsust remissiooni säilitamisel. Lisaks on kahes uuringus teatatud vasakpoolse haavandilise koliidiga patsientidel remissiooni õnnestunud säilitamisest, kasutades rektaalset 5-ASA-d. Ravi suukaudse 5-ASA ja samaaegsete 5-ASA klistiiridega on leitud olevat remissiooni säilitamiseks efektiivsem kui ainult suukaudne 5-ASA. Ühendkuningriigi patsientide seas tehtud küsitlus näitas, et 80% eelistab ainult suukaudset ravi; niisiis paistab, et suukaudne ravi on patsientidele vastuvõetavam kui rektaalne.

Suukaudne 5-ASA ei toimi, kui annused on väiksemad kui 1,2 g ööpäevas. Rektaalse ravi korral piisab remissiooni säilitamiseks annusest 3 g nädalas, mis manustatakse jagatud annustena. Annust võib toime tugevuse alusel muuta. Mõnikord on kasu suurematest annustest kas koos paikse 5-ASA-ga või ilma. 5-ASA võtmine üks kord ööpäevas ei tekita rohkem kõrvaltoimeid. Sulfasalasiinile eelistatakse teisi suukaudseid 5-ASA-sid, sest neil on vähem kõrvaltoimeid (ehkki sulfasalasiin võib olla pisut efektiivsem). Efektiivsed on kõik olemasolevad suukaudsed 5-ASA-d. Ei ole kindlaid tõendeid, et ükskõik milline 5-ASA oleks säilitusraviks parem kui teised.

Suukaudse 5-ASA väikseim efektiivne annus on 1,2 g ööpäevas. Arvestades seda, et 5-ASA suuremate annustega kõrvaltoimed ei sagene, võib teatud juhtudel anda suuremaid annuseid. Samuti ei ole vahet, kas võtta 5-ASA-d üks kord või mitu korda ööpäevas. Eelistatav on ravimi võtmine üks kord ööpäevas, sest see parandab ravijärgimust. Suukaudse 5-ASA efektiivsus on võrreldav sulfasalasiini efektiivsusega, kuid eelistada tuleks 5-ASA-d (vähem kõrvaltoimeid). Üldiselt ei ole kindlaid tõendeid, et mõni konkreetne 5-ASA on parem kui teised.

Pikaajaline säilitusravi 5-ASA-ga on soovitatav, sest see võib vähendada jämesoolevähi tekkimise riski.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Üks uuring on näidanud, et regulaarne ravi 5-ASA-ga vähendab jämesoolevähki haigestumise riski 75%. Seetõttu tuleks tõsiselt kaaluda selle kasutamist säilitusraviks.

Tiopuriinid

Kui patsient vajab remissioonis püsimiseks glükokortikoide, tuleb teda ravida tiopuriiniga.

Patsientidel, kes vajavad remissioonis püsimiseks glükokortikoide, on sümptomite ja põletiku vähendamiseks (otsustades koloskoopia järgi) asatiopriin efektiivsem kui 5-ASA. Umbes pooltel glükokortikoidsõltuvatel patsientidel püsib asatiopriini võttes remissioon ilma glükokortikoidravita kolm aastat. Seega tuleb glükokortikoididest võõrutamisel tekkinud ägenemisega inimestel hakata võtma asatiopriini.

Mõõduka aktiivsusega haavandilise koliidiga patsiente, kelle haigus ei allu tiopuriinidele, tuleb ravida TNF-i vastaste preparaatide või takroliimusega. Toimetute ravimite võtmine tuleb lõpetada ja tuleb mõelda ka võimalikule operatsioonile.

Glükokortikoidsõltuva haavandilise koliidiga patsientidel, kelle haigus ei allu tiopuriinidele, tuleks diagnoosi kinnitamiseks ja muude tüsistuste puudumise kontrollimiseks teha uus koloskoopia ning võtta biopsia. Patsiendiga tuleb arutada ravistrateegiat, mille eesmärk on glükokortikoidravi lõpetamine, ja kaaluda tuleb TNF-i vastast ravi. On kaalukaid tõendeid, et mõõduka või raske haavandilise koliidi korral, mis ei allu ravile glükokortikoidide ega immunomodulaatoritega, on efektiivne TNF-i vastane ravi. Kaaluda võib ka takroliimuse kasutamist, aga tõendid selle ravimi kasulikkuse kohta on vähem veenvad.

Kui haavandiline koliit ei allu või enam ei allu ravile ühegi neist ravimitest, tuleb kaaluda operatsiooni. Üks võimalus on kolektoomia, mille korral eemaldatakse haige jämesool ja sel viisil „ravitakse“ inimene haavandilisest koliidist terveks, ent ka sellega kaasnevad riskid. Ravi immuunreaktsioone pärssivate või moduleerivate ravimitega siis, kui haigus neile ei allu, on mõttetu ja ebamõistlik, sest operatsiooni edasilükkumisega suureneb risk operatsiooniaegsete ja -järgsete tüsistuste tekkeks.

Kõik patsiendid peavad saama säilitusravi. Kui haiguse ulatus on piiratud (nt proktiit), võib ravimeid kasutada ainult vajaduse korral.

Tähtis on võtta ravimeid ka siis, kui enesetunne on parem. Seda seepärast, et raviskeemi järgivatel patsientidel on palju väiksem tõenäosus ägenemise tekkeks kui neil, kes raviskeemi ei järgi. Ravijärgimus ehk raviskeemi järgimine paistabki tegelikult olevat kõige määravam tegur selle juures, kas patsient püsib remissioonis või mitte. Üks uuring näiteks näitas, et inimestel, kes ostsid säilitusraviks 5-ASA-ga välja vähem kui 80% neile väljakirjutatud ravimitest, oli viis korda suurem tõenäosus retsidiivi tekkeks kui neil, kes ostsid välja rohkem kui 80% neile väljakirjutatud säilitusravimitest.

Tiopuriine võib kasutada kerge kuni mõõduka aktiivsusega haiguse korral, kui optimaalses annuses 5-ASA-d kasutades tekivad kiiresti või sageli retsidiivid; kui patsient ei talu 5-ASA-d; kui remissioonis püsimiseks on vaja kasutada glükokortikoide või kui remissioon on saavutatud tsüklosporiiniga (või takroliimusega). Kui TNF-i vastase raviga saavutatakse ravivastus, on remissioonis püsimiseks kaks võimalust. Esimene võimalus on võtta tiopuriini. Teine võimalus on jätkata TNF-i vastast ravi koos tiopuriinidega või ilma. Kui teil on raske koliit, mis allub ravile veenisise glükokortikoidide, tsüklosporiini või infliksimabiga, tuleks säilitusravina kasutamiseks kaaluda tiopuriine. Kui haigus allub ravile infliksimabiga, sobib infliksimab kasutamiseks ka säilitusravina. Kui tiopuriinid ei ole teid varem aidanud, tuleb remissiooni hoidmiseks proovida TNF-i vastast ravi. Varem tiopuriine mittesaanud patsientidele, kellel on glükokortikoididele, tsüklosporiinile või takroliimusele alluv raske koliit, sobivad remissiooni säilitamiseks tiopuriinid.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Mitu uuringut on näidanud, et tiopuriinid on efektiivsed haavandilise koliidiga patsientide remissioonis hoidmiseks, ehkki nende kasutamise kohta haavandilise koliidi korral on tõendeid vähem kui Crohni tõve korral. Hiljutine uuring näitas, et kuue kuu pärast oli asatiopriin glükokortikoidravi abita remissiooni säilitamisel tõhusam kui 5-ASA-d (asatiopriiniga püsis remissioonis 53%, 5-ASA-ga 21%). Samuti võib tiopuriine kasutada pärast seda, kui remissioon on saavutatud tsüklosporiiniga (või takroliimusega); see võib vähendada kolektoomia vajadust nii lühemas (s.t üks aasta) kui ka pikemas (s.t viis aastat) perspektiivis.

On ka võimalus kasutada TNF-i vastast ravi. Uuringud on näidanud, et infliksimabi kasutamine aitab patsiendil remissiooni saavutada ja säilitada, samuti aidata glükokortikoidravi lõpetada; see aitab tõenäoliselt ka kolektoomiat ennetada. Mõõduka kuni raske haavandilise koliidiga patsientidel on kasu ka adalimumabist. See aitab remissiooni saavutada ja säilitada, vähendada sümptomeid ja põletikku jämesooles ning lõpetada glükokortikoidravi.

Üks võimalus on ka kombineerida tiopuriine TNF-i vastase raviga. See võib vähendada võimalust, et tekivad negatiivsed reaktsioonid TNF-i vastasele ravile või kaob ravimi efektiivsus, kui organismis moodustuvad TNF-i vastase ravimi toimet antikehad. Ühes uuringus on teatatud, et infliksimabi ja asatiopriini kombineerimine oli glükokortikoidravi lõpetamisel efektiivsem kui emb-kumb ravim eraldi. Nende kahe kombineerimine aitab tõenäoliselt ka kolektoomiat ennetada. Samuti on võimalik, et kuus kuud pärast kombinatsioonravi alustamist saab asatiopriini võtmise lõpetada, sest infliksimabi toimet takistavad antikehad, mille teket tiopuriinid pärsivad, kalduvad ilmuma esimestel kuudel pärast TNF-i vastase ravi alustamist.

Haavandilise koliidi kirurgiline ravi

Operatsiooni tüsistuste tekkimise tõenäosus on suurem, kui operatsiooni on edasi lükatud.

Ägeda juhtumi korral, kui puudub ravivastus medikamentoosle ravile või kui patsient on võtnud prednisolooni ööpäevas 20 mg või rohkem kauem kui kuus nädalat, tuleb opereerida mitmes järgus (kõigepealt kolektoomia).

Patsiendile võib olla kasulik, kui võimaluse korral teeks operatsiooni laparoskoopilist tehnikat valdav kirurg.

Ägeda raske haavandilise koliidi korral on seisundi ohutu käsitlemise tagamiseks tähtis kogenud kirurgide ja gastroenteroloogide koostöö. Kuigi enne operatsiooni kaalumist on tähtis proovida medikamentooset ravi, on samavõrd tähtis, et otsust asjatult edasi ei lükataks. Vajaliku operatsiooni edasilükkamine halvendab sageli operatsiooni tulemust ja operatsioonijärgset prognoosi. Seepärast tuleb siis, kui medikamentoosne ravi on ebaõnnestunud, teha patsiendile operatsioon.

Kui patsiendil on äge raske haavandiline koliit või ta on saanud palju glükokortikoide, tuleb operatsioon teha kahes kuni kolmes järgus (s.t kõigepealt kolektoomia ja ileostoomia). Seda seepärast, et haige jämesool tuleb eemaldada, et patsient saaks paraneda ja hakata uuesti korralikult sööma. Pärast kolektoomiat võib patsient kaaluda, kas ta tahab, et tehakse ileoanaalne anastomoos koos ileoanaalse reservuaari moodustamisega (ingl k lühend IPAA) või tahab ta elada edasi ileostoomiaga. Kui teha kõigepealt kolektoomia, võimaldab see välistada Crohni tõve diagnoosi; kui operatsiooni käigus eemaldatud jämesoolest võetud proovi täpsem uuring kinnitab Crohni tõbe, tähendab see, et ileoanaalne anastomoos koos ileoanaalse reservuaari moodustamisega ei ole sobiv. Võib olla parem, kui kolektoomia tehakse laparoskoopilisel meetodil, sest paranemine võib olla kiirem ja tüsistusi vähem.

Ileoanaalne anastomoos koos ileoanaalse reservuaari moodustamisega on operatsioon, mis tuleb teha erialakeskuses selle operatsiooni tegemises kogenud kirurgi poolt. Seda soovitatakse ilmselt seepärast, et tüsistusi on vähem, ja kui tüsistusi siiski peaks tekkima, on olemas paremad võimalused ileoanaalse anastomoosi ja ileoanaalse reservuaari päästmiseks.

Ileoanaalne anastomoos koos ileoanaalse reservuaari moodustamisega on väga keeruline operatsioon. Seepärast on kirurgidel ja haiglates, kus neid palju tehakse, paremad tulemused ja vähem tüsistusi kui seal, kus selliseid operatsioone tehakse vähe. Suuremate kogemustega kirurgid ja haiglad käsitlevad ka tüsistusi paremini ja suudavad suurema tõenäosusega raskete tüsistuste tekkimisel ileoanaalse anastomoosi koos ileoanaalse reservuaariga „päästa“. Seega on parem, kui ileoanaalne anastomoos koos ileoanaalse reservuaari moodustamisega tehakse erialakeskuses, kus tehakse seda operatsiooni sageli, mitte sellises haiglas, kus seda sageli ei tehta.

Fertiilses eas naispatsiendid peavad nii gastroenteroloogi kui ka kolorektaalkirurgiga arutama teisi operatsioonivõimalusi, sest pärast ileoanaalset anastomoosi koos ileoanaalse reservuaari moodustamisega on risk lapsi mitte saada. Teised võimalused on subtotaalne kolektoomia ja lõpp-ileostoomia või ileorektaalne anastomoos.

Üks kahest naisest, kellele on tehtud ileoanaalne anastomoos koos ileoanaalse reservuaari moodustamisega, ei saa pärast seda enam lapsi, ning haavandilise koliidi raviks tehtud ileoanaalne anastomoos koos ileoanaalse reservuaari moodustamisega muudab viljatuse riski kolm korda suuremaks kui medikamentoosne ravi (selle operatsiooni läbinutest esineb viljatust 48%, ravimitega ravitud naistest 15%). Viljatuks jäädakse tõenäoliselt seetõttu, et munajuhades tekivad pärast operatsiooni liited. Seepärast tuleb rasestuda soovimatel naistel mõelda teistele võimalustele, näiteks püsiv ileostoomia või ileorektaalne anastomoos. Ileorektaalse anastomoosi plussiks on, et see ei paista viljakust vähendavat. Miinuseks on see, et põletikuline jämesool (ja sellega seotud jämesoolevähi risk) jääb alles.

Ileorektaalset anastomoosi tuleb kaaluda erijuhtudel. Kui see on tehtud, peab gastroenteroloog allesjäänud pärasoolt jälgima.

Üldiselt ei ole ileorektaalne anastomoos hea lahendus, sest see ei kõrvalda haavandilist koliiti ja tõenäoliselt jäävad haavandilise koliidi sümptomid allesjääetud pärasoole tõttu püsima. Sellele vaatamata on ühel kahest ileorektaalse anastomoosiga inimesest see alles ka 10 aastat hiljem ja võrreldes inimestega, kellele on tehtud ileoanaalne anastomoos koos ileoanaalse reservuaari moodustamisega, on elukvaliteet vastuvõetav. Seega võib seda kaaluda nendel haavandilise koliidiga patsientidel, eriti naistel, kes soovivad tulevikus rasestuda. Allesjäänud pärasoolt tuleb jämesoolevähi riski tõttu jälgida.

Prednisolooni (või samaväärse ravimi) võtmine 20 mg või rohkem ööpäevas kauem kui kuus nädalat suurendab operatsiooni tüsistuste riski. Seepärast tuleks patsient võimaluse korral enne operatsiooni glükokortikoididest võõrutada.

Paljud uuringud on näidanud, et patsientidel, kes võtavad prednisooni 20 mg või rohkem ööpäevas kauem kui kuus nädalat, tekivad suurema tõenäosusega operatsiooni tüsistused. Seepärast tuleb patsient glükokortikoididest võimaluse korral enne operatsiooni võõrutada.

Kui glükokortikoididest võõrutamine toimub pärast operatsiooni, on tähtis vältida glükokortikoidide ärajätmisest tingitud kriisi, mida iseloomustavad madal vererõhk ja väike naatriumisaldus veres ning väike veresuhkruisaldus.

Tiopuriinide või tsüklosporiini võtmine enne operatsiooni ei suurenda operatsioonijärgsete tüsistuste riski. Infliksimabi võtmine enne operatsiooni võib suurendada operatsioonijärgsete tüsistuste riski.

Enne kolektoomiat tiopuriinide või tsüklosporiini võtmine ei paista operatsioonijärgsete tüsistuste riski suurendavat. Mõned uuringud on näidanud, et infliksimab paistab suurendavat vahetult pärast operatsiooni tekkivate tüsistuste riski ja tõenäoliselt on need tüsistused seotud immunosupressioonist tingitud suurema infektsiooniriskiga. Ent mitu teist uuringut ei ole näidanud, et infliksimab operatsioonijärgsete tüsistuste riski suurendab, seega ei ole see kindel. Ei ole teada, kas takroliimus suurendab operatsioonijärgsete tüsistuste riski, sest selle kohta uuringuid ei ole.

Operatsiooni tüsistused – ileoanaalpauna põletik

Ileoanaalpauna põletiku ehk ileoanaalse reservuaari põletiku (ingl k *pouchitis*) diagnoosimisel arvestatakse sümptomeid, samuti teatud endoskoopilisi ja histoloogilisi kõrvalekaldeid. Ileoanaalpauna põletik esineb sagedamini siis, kui enne operatsiooni on haigusest haaratud olnud suurem osa jämesoolest või kui haigus on sooleväline (s.t primaarne skleroseeriv kolangiit), patsient on mittesuitsetaja, tal on seroloogilises analüüsis p-ANCA positiivne või kui ta on kasutanud MSPVA-sid.

Ileoanaalpauna põletiku sümptomid on suurenenud roojamissagedus, vedel väljaheide, spasmid kõhus, roojapakitsus, tenesm ja ebamugavus vaagnapiirkonnas. Võivad esineda ka pärasoole veritsus, palavik või soolevälised nähud. Ainult sümptomid ei näita, kas tegemist on ileoanaalpauna põletikuga. Näiteks võib sarnaseid sümptomeid põhjustada ka allesjäänud pärasooleosaga seotud anaalkanali põletik (ingl k *cuffitis*). Sarnaseid sümptomeid võivad põhjustada ka ileoanaalpauna Crohni tõbi ja ileoanaalpauna ärritussündroom (sarnaneb soole ärritussündroomiga). Seepärast tuleb diagnoosi kinnitamiseks teha ileoanaalse anastomoosi ja ileoanaalse reservuaari endoskoopiline uuring. Ileoanaalpauna põletiku korral on põletik haavandilise koliidi põletikust erinev, sest tegemist on teise haigusega. Ileoanaalpauna endoskoopiaal tuleb võtta biopsiad veendumaks, et tegemist on ileoanaalpauna põletiku ja mitte millegi muuga, näiteks Crohni tõve või *C. difficile* infektsiooniga.

Ileoanaalpauna põletiku tekkega on seotud teatud riskitegurid. Ileoanaalpauna põletiku tekkimise tõenäosust suurendab ulatuslikum haavandiline koliit enne opereerimist, terminaalse ileumi ehk niudesoole lõpposa põletik (ingl k *backwash ileitis*), haiguse esinemine väljaspool soolt (eriti primaarne skleroseeriv kolangiit), mittesuitsetaja olemine ja regulaarne MSPVA-de kasutamine. Need riskitegurid ei tohiks inimesel takistada otsustamast ileoanaalse anastomoosi ja ileoanaalse reservuaari moodustamise kasuks, kuid neid tuleb patsiendiga arutada.

Kõige sagedamad ileoanaalpauna põletiku sümptomid on vedela väljaheitega saagenenud roojamine, roojapakitsus, spasmid kõhus ja ebamugavustunne vaagna piirkonnas (s.t alakõhus ja päraku ümbruses). Palavikku ja veritsust esineb harva. Kui sümptomeid ei ole, ei ole tarvidust ileoanaalpauna endoskoopiliselt uurida.

Ileoanaalpauna põletiku sümptomid on suurenenud roojamissagedus, vedel väljaheide, spasmid kõhus, roojapakitsus, tenesm ja ebamugavus vaagna piirkonnas. Võivad esineda ka pärasoole veritsus, palavik või soolevälised nähud. Pärasoole veritsus on seotud sagedamini anaalkanali kui ileoanaalpauna põletikuga. Pärast ileoanaalset anastomoosi koos ileoanaalse reservuaari moodustamisega võib tekkida roojapidamatus, ilma et oleks tegemist ileoanaalpauna põletikuga, kuid sagedamini esineb seda ileoanaalpauna põletikuga patsientidel.

Kuigi ei ole selge, milline on parim ravimeetod, aitab enamikul patsientidel ileoanaalpauna põletiku korral metronidasool või tsiprofloksatsiin. Tsiprofloksatsiin põhjustab vähem kõrvaltoimeid. Kõhulahtisuse vastased ravimid (nt loperamiid) võivad vähendada vedela väljaheitega roojamiskordade arvu (ileoanaalpauna põletiku korral või ilma selleta).

Kõige efektiivsem ileoanaalpauna põletiku ravi on antibiootikumid. Kõige sagedamini kasutatavad antibiootikumid on metronidasool ja tsiprofloksatsiin. Paistab, et tsiprofloksatsiin on kõige efektiivsem sümptomite vähendamisel ja ileoanaalpauna limaskesta endoskoopiliste uuringute tulemuste parandamisel ning põhjustab vähem kõrvaltoimeid. Patsientidel, kellele on tehtud ileoanaalne anastomoos koos ileoanaalse reservuaari moodustamisega, tuleb kaaluda ka kõhulahtisuse vastaste ravimite (nt loperamiid) kasutamist, sest need võivad vedela väljaheitega roojamiskordade arvu oluliselt vähendada olenemata sellest, kas inimesel on ileoanaalpauna põletik või mitte.

Kui antibiootikumidega on esile kutsutud ileoanaalpauna põletiku remissioon, võib VSL#3 aidata remissiooni säilitada. Kohe pärast ileoanaalset anastomoosi ja ileoanaalse reservuaari moodustamist alustatud ravi VSL#3-ga võib ileoanaalpauna põletiku ka ära hoida.

Kui on saavutatud kroonilise ileoanaalpauna põletiku remissioon, aitab ravi kontsentreeritud probiootilise seguga VSL#3 remissiooni säilitada. On tõendatud, et VSL#3 ennetav kasutamine võib esimesel operatsioonijärgsel aastal ägeda ileoanaalpauna põletiku esmase tekke ära hoida; ileoanaalpauna põletik tekkis 10% patsientidel, kes said VSL#3, ja 40% patsientidel, kes said platseebot. Enamalt jaolt on teadmata, miks VSL#3 aitab, aga arvatakse, et see võib ileoanaalse anastomoosi ja moodustatud ileoanaalse reservuaari korral toimida, suurendades bakterite ja vähendades seente mitmekesisust soolestikus.

Tüsistused – jämesoolevähk

Pikaajalise ja ulatusliku haavandilise koliidiga patsientidel on suurem kalduvus jämesoolevähi tekkeks.

Haavandilise koliidiga patsiendi jämesoolevähi haigestumise risk on 10 aasta pärast 2%, 20 aasta pärast 8% ja 30 aasta pärast 18%. Kõige suurem risk on pankoliidi korral, keskmine risk vasakpoolse koliidi korral ja proktiidi korral ei ole risk suurem. Seega, mida kauem on inimene haavandilist koliiti põdenud ja mida suurem osa soolest on/saab haaratud, seda suurem on tema tõenäosus haigestuda jämesoolevähi.

Mõnedel haavandilise koliidiga patsientidel on suurem soodumus jämesoolevähi tekkeks kui teistel.

Need on patsiendid, kellel on:

- primaarne skleroseeriv kolangiit;
- põletikujärgsed polüübid;
- pereliikmed, kellel on või on olnud jämesoolevähk;
- raskem või püsivam põletik.

Riskitegurid, mille puhul on täheldatud kõige järjepidevamat seost jämesoolevähiga, on primaarne skleroseeriv kolangiit ja haiguse aktiivsust näitavad histoloogilised või kliinilised tunnused. Primaarse skleroseeriva kolangiidiga patsientidel on risk haigestuda elu jooksul jämesoolevähi kuni 31%. Põletikujärgsed polüübid on leitud samuti olevat tähtsad riskitegurid, kuigi on võimalik, et suuremat riski võivad põhjustada ekslikult põletikujärgseteks polüüpideks peetavad düsplastilised lesioonid. Suurema riskiga on seotud jämesoolevähi esinemine perekonnas, kuigi mitte järjekindlalt kõigis uuringutes.

Arstil tuleb jämesoolevähi riski hinnata sõeluuringu koloskoopial või esimese järelevalve koloskoopial kuus kuni kaheksa aastat pärast haavandilise koliidi esimesi nähtusid. Riski suurus sõltub peamiselt sellest, kui suur osa jämesoolest on haaratud ja kui raske on põletik.

Patsiendi jämesoolevähi riski on võimalik hinnata sõeluuringu koloskoopial või esimese järelevalve koloskoopial kaheksa aastat pärast haiguse algust. Riskitegurid on (a) pankoliit, (b) endoskoopiline ja/või histoloogiline põletik, (c) pseudopolüübid ja (d) jämesoole vähkkasvaja perekonnaanamneesis; kui inimesel on neist riskiteguritest kolm või rohkem, on tal suur risk; kui kaks või vähem, on väike risk.

Kui inimesel on suur risk ja tal on ulatuslik või vasakpoolne haavandiline koliit, tuleb alates kaheksandast diagnoosimisjärgsest aastast teha koloskoopia iga 1–2 aasta tagant; kui risk on väike, tuleb koloskoopia teha iga 3–4 aasta tagant. Kui kahe järjestikuse järelevalve koloskoopial puuduvad vähkkasvaja mikroskoopilised tunnused või endoskoopiline ja/või histoloogiline põletik, võib järelevalve intervalli pikendada (nt mitte iga 1–2 aasta tagant, vaid iga 3–4 aasta tagant).

5-ASA võib jämesoolevähi haigestumise riski vähendada. Primaarse skleroseeriva kolangiidi korral tuleb jämesoolevähi riski vähendamiseks anda ursodeoksükoolhapet. Ei ole teada, kas tiopuriine saab või kas neid peaks kasutama jämesoolevähi riski vähendamiseks.

Vähi tekke ja arengu pärssimiseks, edasilükkamiseks või tagasipööramiseks kasutatakse kemopreventiivseid aineid. 5-ASA on üks näide haavandilise koliidi korral kasutatavatest kemopreventiivsetest ainetest. Mitu uuringut on näidanud, et 5-ASA vähendab haavandilise koliidiga patsientidel jämesoolevähi riski; 5-ASA võtmine võib riski koguni poole võrra vähendada. Foolhapet sisaldavad toidulisandid, kaltsium, multivitamiinid ega statiinid ei vähenda haavandilise koliidi korral jämesoolevähi riski, samas ei ole teada, kas tiopuriinid on selles suhtes efektiivsed.

Mõnikord on haavandilise koliidiga patsientidel ka primaarne skleroseeriv kolangiit. Neil patsientidel on palju suurem risk jämesoolevähi tekkeks; elu jooksul haigestumise risk võib olla koguni 31%. Õnneks on leitud, et haavandilise koliidi ja primaarse skleroseeriva kolangiidiga patsientidel vähendab jämesoolevähi tekkesagedust ursodeoksükoolhape, niisiis tuleb seda nende patsientide rutiinses ravis kasutada.

Muud tüsistused

Haavandilise koliidi kulgu võivad mõjutada psühholoogilised tegurid. Stressis või depressioonis patsientidel võib olla suurem risk haiguse retsidiivi tekkeks. Sageli depressioonis olevatel inimestel on halvem tervisega seotud elukvaliteet ja ärevad inimesed võtavad väiksema tõenäosusega oma ravimeid nii, nagu ette nähtud.

Mitu haavandilise koliidiga patsientidel tehtud uuringut on näidanud, et psühholoogiline stress ja haiguse aktiivsus langevad kokku. Uuringud on näidanud, et suur tajutav stress, ärevus ja depressioon võivad ägenemisi soodustada, kuid üks uuring on näidanud, et depressioonis patsientidel ei ole suurem tõenäosus retsidiivide tekkeks. Seega on selles osas tõendid mõneti vastuolulised. Kuid depressiooni ja neurootilisuse (isiksuse omadus, millele on iseloomulik emotsionaalne ebastabiilsus, ärevus, hirm ja mure) seosed halvema elukvaliteediga on tõestatud. Ärevus ja meeleolu langus paistavad olevat seotud haavandilise koliidi raviskeemi mittejärgimisega.

Haiguse psühhosotsiaalset mõju ja tervisega seotud elukvaliteeti tuleb patsiendil arstiga arutada. Patsient peab saama haavandilise koliidi kohta tema eripärasid arvestavat (s.t.

individualiseeritud) teavet ja selgitusi. Iseseisev toimetulek haigusega ja patsiendikesksed visiivid võivad soodustada haavandilise koliidi kontrolli all püsimist.

Patsiendi tervisetaju mõjutab tema suhtumist oma haigusesse. Psüühilises stressis patsiendil võib olla raske oma haiguse kohta käivast tähtsast teabest aru saada. Teadlikkuse suurendamine sellest asjaolust võib aidata parandada patsiendi ja arsti või õe/tervishoiutöötaja vahelist suhtlust. Tähtis on, et patsiendile antakse tema haiguse kohta teavet individuaalselt ja pakutakse emotsionaalset tuge. See on oluline, sest patsiendid, kes haigusest vähem teavad, kalduvad rohkem muretsema.

Tervishoiuteenuste kasutamine on tugevas seoses psühhosotsiaalsete teguritega. On leitud, et arstlike nõuannete mittejärgimist (s.t puudulik ravijärgimus) esineb rohkem kui 40% patsientidel. See on olukord, mille lahendus peitub patsiendi ja arsti või õe vahelises suhtlemises. Haigusega iseseisva toimetuleku juhendid koos patsiendikesksete konsultatsioonidega soodustavad patsiendi haiguse kontrolli all püsimist. Ainult teabevoldikutest ei paista abi olevat, need võivad tulemusi koguni halvendada. Ka patsientide koolitusprogrammidel näib olevat väike või olematu mõju haiguse kulule või vaimsele heaolule.

Soolevälised tüsistused – luud ja liigesed

Haavandilise koliidi korral võib mõnikord tekkida artriit (s.t liigesevalu ja turse) käte ja jalgade liigestes (nimetatakse perifeerseks artriidiks) või alaseljas (nimetatakse aksiaalseks artriidiks). Kui artriit tekib käte ja jalgade suurtes liigestes, leevendab haavandilise koliidi ravimine tavaliselt ka neid sümptomeid. Kui sümptomid püsivad ka siis, kui haavandilise koliidi sümptomid on möödas, võib lühikest aega kasutada MSPVA-sid. Perifeerse artriidi ravis on abi lokaalsest süsteravist glükokortikoididega ja füsioteraapiast. Kui perifeerne artriit püsib, võib võtta sulfasalasiini. Intensiivset füsioteraapiat koos MSPVA-dega võib kasutada käte ja jalgade artriidi raviks, aga parimad tõendid sellise ravi toimuvuse kohta on andnud alaselja artriidi ravi. Kuid ohutuse mõttes on parem MSPVA-sid vältida. Aksiaalse artriidi korral tavaliselt sulfasalasiin, metotreksaat ja asatiopriin ei aita või aitavad vähe. TNF-i vastased ravimid on head anküloseeriva spondüliidi korral ja siis, kui patsient MSPVA-sid ei talu või neile ei allu.

Haavandilise koliidiga seotud artropaatia (s.t liigesehaigus) ravisoovitused põhinevad spondüloartropaatia (s.t liigesehaigus), peamiselt anküloseeriva spondüliidi (s.t liigesepõletik lülisambas) kohta tehtud uuringutel. Põletikulise soolehaiguse valdkonnas ei ole hea ülesehitusega uuringuid tehtud, niisiis on selle valdkonna ravisoovitused tuletatud teiste haiguste omadest.

Kui patsiendil on perifeerne artriit, peaks haavandilise koliidi kui põhihaiguse ravi glükokortikoidide, immunomodulaatorite ja TNF-i vastaste preparaatidega leevendama ka perifeerset artriiti. Kui haavandilise koliidi kui põhihaiguse ravi ei leevenda liigesevalu, tuleb patsiendil kaaluda lühiajalist MSPVA-de kuuri; kuigi on võimalik, et MSPVA-de toimel muutub haavandiline koliit ägedamaks, paistab risk olevat väike. Sümptomeid võib leevendada füsioteraapia. COX-2 inhibiitorite (nt etorikoksiib ja tselekoksiib) kasutamine paistab olevat ohutum ja seotud väiksema ägenemisriskiga kui tavapäraste MSPVA-de kasutamine. Suurte liigeste artropaatia korral võib olla kasu sulfasalasiinist. Perifeerse artriidi korral võib hästi mõjuda ka infliksimab.

Haavandilise koliidiga seotud aksiaalse artropaatia ravi põhineb suures osas anküloseeriva spondüliidi uuringutest saadud tõenditel. Kasutada võib intensiivset füsioteraapiat ja MSPVA-sid, kuid MSPVA-de pikaajalist kasutamist tuleb vältida. Võib kaaluda lokaalset süsteravi glükokortikoididega. Sulfasalasiin, metotreksaat ja asatiopriin ei ole aksiaalsete sümptomitega anküloseeriva spondüliidi korral efektiivsed. Aktiivse

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



anküloseeriva spondüliidiga patsientidele, kelle haigus ei allu ravile MSPVA-dega või kes neid ei talu, on soovitatav ravi TNF-i vastaste preparaatidega. On tõendatud, et piisavalt ohutud ja efektiivsed ravimid anküloseeriva spondüliidi raviks on nii adalimumab kui ka infliksimab.

Osteopeenia võib aidata prognoosida hilisemat osteoporoosi teket, kuid otsene risk on väike. Siiski tuleb patsiendil teatud kriteeriumi (s.t T-skoor on väiksem kui $-1,5$) korral võtta kaltsiumi ja D-vitamiini. Osteoporoosi tuleb ravida juhul, kui varem on olnud luumurd (ka siis, kui T-skoor on normaalne).

Põletikulise soolehaigusega patsientidel suurendab ravi kaltsiumiga annuses 500–1000 mg ööpäevas ja D-vitamiiniga (800–1000 RÜ ööpäevas) luutihedust, kuid ei ole uuritud, kas see ennetab põletikulise soolehaigusega patsientidel ka luumurdude teket. Seepärast ei ole otstarbekas üldine soovitus ravida bisfosfonaatidega vähenenud luutiheduse alusel. Kuid menopausis naistel või glükokortikoididest tingitud osteoporoosiga inimestel on bisfosfonaatidest siiski kasu. Üldiselt on nii, et kui patsiendil on luutihedus vähenenud ja tal esineb veel riskitegureid, tuleb seda ravi kaaluda.

Kõige kindlam hilisema luumurru prognostiline tegur on varasem lülimurd, sealhulgas ka normaalse luutihedusega inimestel. Seepärast tuleb kõiki varasemate luumurdudega patsiente vastavalt ravida.

Nahk

TNF-i vastane ravi võib põhjustada nahapõletikku. Tavaliselt läheb see üle, kui ravimi manustamine lõpetatakse. Kui nahapõletiku põhjus ei ole selge, tuleb patsient suunata nahaarsti juurde. Sel puhul kasutatav ravi põhineb peamiselt teadmistel teiste krooniliste haiguste kohta. Need ravimeetodid võivad olla paiksed glükokortikoidid, paiksed keratolüütilised ained, D-vitamiin, metotreksaat või TNF-i vastase ravimi vahetamine või manustamise lõpetamine.

Haavandilise koliidiga patsientidel võib TNF-i vastane ravi mõnikord põhjustada nahahaigusi, mida nimetatakse psoriaasiks ja ekseemiks; neid esineb ligikaudu 22% TNF-i vastast ravi saavatel patsientidel. Nahakahjustused ei esinenud koos põletikulise soolehaiguse sümptomitega, kuid neid esines sagedamini naistel. Paikne ravi glükokortikoidide, keratolüütiliste ainete (nt salitsüülhape, urea), niisutavate ainete, D-vitamiini analoogide ja ultraviolettraviga (UVA või kitsasriba UVB) andis peaaegu pooltel patsientidel tulemuseks osalise või täieliku remissiooni. Kokku 34% nahaprobleemidega inimestest pidid lõpuks TNF-i vastase ravi katkestama, sest nad ei saanud oma nahaprobleeme kontrolli alla. Õnneks nahaprobleemid tavaliselt mööduvad, kui TNF-i vastane ravi on lõpetatud.

Silmad

Silmaprobleemidega patsient tuleb suunata silmaarsti juurde. Episkleriit (s.t silma põletik) ei pruugi vajada süsteemset ravi ja allub tavaliselt paiksetele glükokortikoididele või MSPVA-dele. Uveiiti ravitakse süsteemsete või paiksete glükokortikoididega. Visalt paranemisel juhtudel võib olla abi immunomodulaatoritest, sealhulgas TNF-i vastastest ravimitest.

Uveit ja episkleriit on kõige sagedamini esinevad põletikuliste soolehaigustega seotud silmasümptomid. Episkleriit võib olla valututu, avaldades vaid silmade punetusena, aga tekkida võib ka sügelus ja põletustunne. Põletik võib paraneda ilma ravita iseenesest, kuid allub tavaliselt paiksetele glükokortikoididele, MSPVA-dele või lihtsatele valuvaigistitele, mida võetakse lisaks haavandilise koliidi kui põhihaiguse ravile.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Uveiti (s.t silmamunasoonkesta põletik) esineb harvem, aga tagajärjed võivad olla raskemad. Haavandilise koliidi korral tekib see sageli mõlemas silmas, algab hiilivalt ja on pikaajaline. Patsiendid kurdavad silmavalu, hägust nägemist, valgustundlikkust ja peavalu. Kuna uveiti on tõsine ja võib põhjustada nägemise kaotust, peab patsient kohe silmaarsti (oftalmoloog) juurde minema. Raviks kasutatakse tavaliselt nii paikseid kui ka süsteemseid glükokortikoide. Resistentsetel juhtudel on tõendatult head ravimid asatiopriin, metotreksaat, infliksimab ja adalimumab.

Maks ja sapipõis

Mõnikord võivad haavandilise koliidi korral tekkida maksa, sapipõie, sapijuhade või sapi häired; neid nimetatakse maksa ja sapiteede haigusteks. Kui maksafunktsiooni analüüsides on kõrvalekalded, tuleb arstil nimetatud häirete olemasolu kontrollida. Autoimmuunsete ja nakkuslike põhjuste otsimiseks kasutatakse ultraheliuuringut ja seroloogilisi uuringuid. Üks võimalik maksa ja sapiteede haigus on primaarne skleroseeriv kolangiit ja seda on kõige parem diagnoosida MRCP (s.t magnetresonantskolangiograafia) abil. Primaarse skleroseeriva kolangiidiga inimestel on suurem tõenäosus vähki haigestuda.

Põletikulise soolehaiguse korral on maksaanalüüsides sageli kõrvalekaldeid. Põletikulise soolehaigusega patsientidel on kõige sagedam põhjus maksanäitajate kõrvalekallete tekkeks primaarne skleroseeriv kolangiit, ehkki põletikulise soolehaigusega võivad koos esineda ka mõned muud haigused (nt tsirroos, sapikivid ja krooniline hepatiit). Ka mõned põletikulise soolehaiguse korral kasutatavad ravimid (nt asatiopriin) võivad põhjustada kõrvalekaldeid maksaanalüüsides. Tavaliselt tekivad rutiinsetel analüüsidel nähtavad kõrvalekaldeid maksanäitajates enne sümptomite teket.

Kui ultraheliuuringul on kõik normaalne, ravimite kõrvaltoimeid peetakse ebatõenäoliseks, muude primaarsete maksahaiguste seroloogiliste uuringute tulemused on negatiivsed, siis on tõenäoline, et kõrvalekaldeid maksaanalüüsides on tingitud primaarsest skleroseerivast kolangiidist. Primaarse skleroseeriva kolangiidi tavapärase diagnostiline uuring on MRCP. Primaarse skleroseeriva kolangiidi korral on uuringul näha ebaühtlased sapijuhad, kus on nii kitsenenud kui ka laienenud piirkonnad. Kui ka MRCP-l midagi ei selgu, tuleb võtta maksabiopsia. On tähtis veenduda, kas on tegemist primaarse skleroseeriva kolangiidiga, sest see suurendab haavandilise koliidiga patsiendi riski haigestuda jämesoolevähki. Seepärast vajavad primaarse skleroseeriva kolangiidiga patsiendid hoolikamat jälgimist.

Veri ja hüübimine

Haavandilise koliidiga patsientidel on haavandilise koliidita inimestega võrreldes kaks korda suurem risk soonesiseste verehüüvete ehk trombide tekkeks ja trombidega seotud surmaks. Veresoontesse trombide tekkimise riski saab ennetada mehaaniliselt (nt kompressioonsukad) ja ravimite abil (nt hepariin). Haavandilise koliidi korral tuleb trombe ravida kehtivate tromboosiravi soovitude järgi, arvestades ka võimalikku veritsusrisiki suurenemist.

Trombid tuleb sobiva kuvamistehnika, näiteks ultraheliuuringu ja venograafia abil diagnoosida.

Ravivõimaluseks on verd vedeldavad ravimid (antikoagulandid), mida tuleb kasutada trombide raviks ja ka ennetamiseks. Kui trombid tekivad inimesel teist korda, tuleb kaaluda pikaajalist ravi. Ei ole selge, kas verevedeldajate kasutamisest tingitud veritsusena avalduvaid tüsistusi on põletikulise soolehaigusega patsientidel rohkem kui inimestel, kellel põletikulist soolehaigust ei ole. Haavandilise koliidiga patsientidel tuleb suhtuda ettevaatusega pikki sõite eeldavatesse reisidesse ja suukaudsete

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



rasestumisvastaste vahendite kasutamisse, sest need suurendavad trombide tekkimise riski veelgi.

Rauavaegusaneemia korral on vaja rauaasendusravi. Seda tuleb kaaluda ka siis, kui patsiendil on rauavaegus ilma aneemiata. Veenisisese (i.v.) manustatav raud toimib paremini ja on paremini talutav kui suukaudsed rauatabletid. Raske aneemia korral, suukaudse raua talumatuse korral või kui suukaudse rauaga ei saavutata head ravivastust, tuleb manustada rauda i.v. ehk veenisiseselt. Kui on vaja kiiret tulemust, tuleb veeni kaudu manustatavat rauda kasutada koos erütropoeesi stimuleeriva ainega.

Kui patsiendil on aneemia ja rauavaegus on kinnitust leidnud, tuleb alustada rauaasendusravi. Aneemiata rauavaeguse juhtudele tuleb läheneda individuaalselt. Rauavaegusaneemia ravi peamine eesmärk on varustada organismi piisava koguse rauaga hemoglobiinisalduse suurendamiseks. Ideaaljuhul peaks hemoglobiinisaldus nelja nädalaga tõusma rohkem kui 20 g/l või normaalsete väärtusteni, rauadepood peaks olema täidetud (transferriini küllastatus üle 30%), aneemiaga seotud sümptomid leevenenud ja elukvaliteet paranenud. Toksiliseks peetakse transferriini küllastatust üle 50% ja ferritiini väärtusi üle 800 µg/l ning seda tuleb vältida.

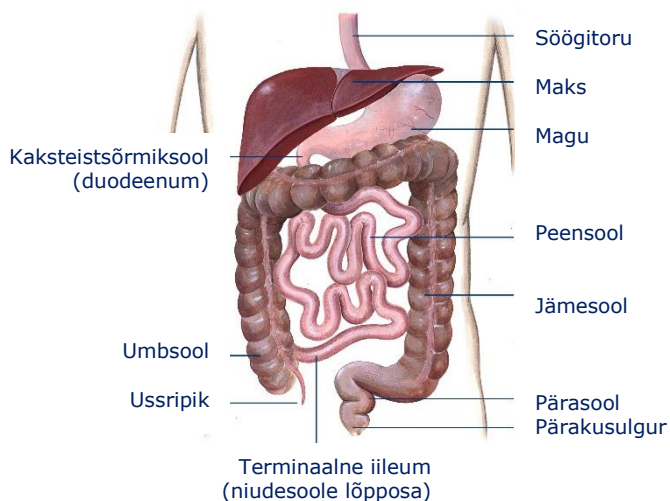
Rauaasendusravi võib teha suukaudselt, lihasesiseselt või veenisisese; ravimeetodi valiku määravad sümptomid, põhjused, raskusaste ja see, kas patsiendil on peale haavandilise koliidi veel mingeid haigusi. Suukaudne ravi, hoolimata sellest, et gastroenteroloogid seda tavaliselt eelistavad, põhjustab sageli seedetrakti sümptomeid, näiteks iiveldust, soolegaase ja kõhulahtisust. Pealegi 90% rauast ei imendu ja see võib viia põletikulise soolehaiguse ägenemiseni. Seepärast on raua veenisisese infusioonid muutumas üha sagedamini kasutatavaks meetodiks. See ei ole siiski veel väga laialt levinud, vaatamata sellele, et on efektiivne, mõjub kiiremini ja on ohutum kui raua suukaudne manustamine. Üldiselt vajavad raua veenisisest manustamist patsiendid, kes suukaudset rauda ei talu või sellele ei allu, kellel on raske aneemia, kellel on äge põletik ja kes saavad punalibleloomet stimuleerivat ravi.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Sõnastik

Seedetrakti anatoomia illustratsioon



© Hendrik Jonas für Agentur BAR M Berlin

Mõiste	Mõistega seotud valdkond	Definitsioon
5-ASA ehk 5-aminosalitsüülhape ehk mesalasiin	Ravim	See on paikne ravim, mida kasutatakse põletikulise soolehaiguse ravis, eelkõige haavandilise koliidi ja teatud olukordades ka Crohni tõve korral. Seda võetakse suu kaudu või manustatakse klistiiri ehk klüsmi, vahu või ravimküünlana pärasoolde.
6-TGN	Ravim	Asatiopriini või merkaptopuriini aktiivne metaboliit.
Abstsess	Crohni tõve tüsistus	Abstsess on veeldunud koe ehk mäda piirdunud kogum kehas. See tekib organismi kaitsereaktsiooni tagajärjel võõra suhtes.
Adalimumab	Ravim	Põletikulise soolehaiguse korral sageli kasutatav TNF-i vastane ravim, mis kuulub bioloogiliste (biotehnoloogiliselt valmistatud) ravimite rühma. Süstitakse naha alla (subkutaanselt); süstida võib kas patsient ise või meditsiiniõde.
Aksiaalne artriit	Põletikulise soolehaigusega seotud haigus	Liiges(t)e haigus, mis võib haarata lülisammast ja puusaliigeseid.
Alatoitumus	Crohni tõve tüsistus	Puudulik toitumine näiteks selle tagajärjel, et inimene ei suuda piisavalt palju süüa või ei söö piisavalt palju õiget toitu või tal

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		on imendumishäire (vt malabsorptsioon).
Aminosalitsülaad	Ravim	See on põletikulise soolehaiguse ravim, mida nimetatakse ka 5-ASA-ks.
Aneemia	Haigus	Seisund, mille korral veres ei ole piisavalt terveid erütrotsüüte (punalibled) või hemoglobiini. Kui teil on aneemia, võite end tunda väsinu ja nõrgana.
Anküloseeriv spondüliit	Põletikulise soolehaigusega seotud haigus	See on artriidi (s.t liigesepõletik) vorm, millele on iseloomulik krooniline põletik peamiselt lülisamba liidustes; põhjustab seljas valu ja jäikust, mis hiljem levib ka rindkeresse ja kaela.
Antibiootikumid	Ravim	Ravimid, mida kasutatakse bakterite tekitatud infektsioonide raviks. Viiruste vastu need ei aita.
Apendektoomia	Operatsioon	Ussripiku (rahvakeeles pimesool) kirurgiline eemaldamine. Tehakse tavaliselt apenditsiidi (s.t ussripikupõletik) korral.
Apenditsiit	Haigus	Jämesoole juurde kuuluva apendiksi ehk ussripiku põletik (rahvakeeles pimesoolepõletik). Apenditsiit võib muu hulgas põhjustada valu, isutust, palavikku või perforatsiooni (s.t mulgustumine).
Artriit	Põletikulise soolehaigusega seotud haigus	Liiges(t)e põletik, mis põhjustab liiges(t)e valu ja turset.
Artropaatia		Kõik liigeste haigused või häired.
Asatiopriin	Ravim	Vt tiopuriinid
Autoimmuunne	Haigust kirjeldav omadus	Autoimmuunne haigus on haigus, mille korral immuunsüsteem ründab organismi terveid rakke.
Baarium (kontrastaine)	Diagnostilised uuringud	Teatud radioloogilistel uuringutel anatoomiliste struktuuride paremaks visualiseerimiseks kasutatav aine.
Bioloogilised ravimid	Ravim	Tavaliselt geneetiliselt muundatud rakkude valmistatud IG-valgud (immuunglobuliinid), nt TNF-i vastased preparaadid või vedolizumab.
Biopsia, biopsiad	Diagnostilised uuringud	Biopsia on kehast koeproovi võtmine ja selle täpsem uurimine. Sooleseinast võetakse biopsiad koloskoopia ajal.
Bisfosfonaadid	Ravim	Ühendid, mis aeglustavad luude hõrenemist ja suurendavad luutihedust.
Budesoniid	Ravim	Glükokortikoidide rühma kuuluv ravim. Budesoniidil on põletikuvastane toime ja seda kasutatakse ileotsekaalse Crohni tõve ja haavandilise koliidiga patsientidel haiguse ägenemise raviks klistiiri ehk klüsmina juhul, kui haigusest on haaratud jämesoole lõpposa. glükokortikoidid on ka

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		hormoonid, mida organismis loomulikult moel toodavad neerupealised.
<i>Clostridium difficile</i>	Haigus	Bakter, mis võib põhjustada põletikulise soolehaiguse sümptomitega sarnanevaid sümptomeid.
COX-2 inhibiitorid	Ravim	See on täpsemalt sihitud toimega MSPVA, millel on vähem kõrvaltoimeid ja mis on põletikulise soolehaiguse korral paremini talutav.
Crohni tõbi	Haigust kirjeldav omadus	See on üks põletikulistest soolehaigustest. Crohni tõbi võib haarata seedetrakti kõiki osi, sealhulgas sageli ka peensoolt, mis haavandilise koliidi korral jääb terveks.
CRV (C-reaktiivne valk)	Uuring	Põletiku hindamiseks tehtav vereanalüüs. Selle abil saab kindlaks teha, kas organismis on põletik, kuid suur CRV sisaldus ei tähenda tingimata, et põletik on sooles. Seetõttu tuleb teha ka teisi uuringuid, et saada teada, kas põletikulise soolehaigusega patsiendil tekkinud põletiku põhjus on sooles.
Dreen	Operatsioon	Niit või nõör, mida kasutatakse fistulikanali avatuna hoidmiseks, et vältida abstsessi teket.
Elektrolüüdid	Uuring	Määratakse vereanalüüsil. Need on veres ja teistes kehavedelikes leiduvad mineraalainete (nt naatrium, kaalium ja kloor) elektriliselt laetud osakesed. Põletikulised soolehaigused võivad põhjustada elektrolüütide tasakaalu häireid.
Emakakaela düsplaasia	Haigus	Ebanormaalse koe tekkimine emakakaelale.
Endoskoopia	Uuring	Protseduur, kus uuritavate elundite vahetuks vaatlemiseks sisestatakse kehasse pika toru otsas olev kaamera. Põletikulise soolehaigusega patsientidele kõige sagedamini tehtav endoskoopia on (ileo)koloskoopia.
Endoskoopiline	Uuring	See on sõnast „endoskoopia“ tuletatud määrsõna.
Endoskoopiline intubatsioon	Uuring	See on endoskoobi abil kehasse toru sisestamine.
Erütropoeesi stimuleeriv aine	Ravim	See on ravim, mis stimuleerib erütrotsüütide (punaliblede) tootmist.
ESR ehk erütrotsüütide settekiirus	Uuring	Vereanalüüs, mida nagu ka CRV-d kasutatakse põletiku aktiivsuse määramiseks organismis.
Ferriin seerumis	Uuring	See on analüüs, millega mõõdetakse organismi rauavarusid.
Fertiilne	Muu	Fertiilne ehk viljakas on inimene, kes on füüsiliselt võimeline lapsi saama.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Fistul, fistulid	Crohni tõve tüsistus	Sooleseina läbiv haavand ehk uuris, mis moodustab ebanormaalse ühenduse soole ja nahapinna või soole ning mõne muu elundi vahele. Ühe avaga fistulil on üks kanal; mitme avaga fistulitel on mitu kanalit. Fistulitega Crohni tõbi on üks Crohni tõve vorm.
Fistulograafia	Uuring	Fistuli röntgenuuris.
Fistulotoomia	Operatsioon	Fistuli kirurgiline avamine.
Gangrenoosne püodermia	Haigus	Põletikulise soolehaigusega patsientidel esinev autoimmuunse mehhanismiga, mitte nakkusest põhjustatud nahapõletik, mille tagajärjel tekivad valulikud haavandid.
Gastroenteroloog	Muu	See on seedetrakti haiguste, näiteks põletikulise soolehaiguse ravimisele spetsialiseerunud arst.
Haavandiline koliit	Haigust kirjeldav omadus	Haavandiline koliit on üks põletikulise soolehaiguse vorme.
Haiguse raskusastme indeksid	Uuring	Haiguse raskusastme indeks on patsiendi sümptomitel ja teatud uuringutel (nt soole väljanägemine endoskoopial) põhinev haiguse raskuse hindamise viis. Tavaliselt näitab suurem indeks raskemat haigust. Näiteks kasutatakse haavandilise koliidi haiguse aktiivsuse indeksit (Ulcerative Colitis Disease Activity Index, UCDAI) ja Crohni tõve aktiivsuse indeksit (Crohn's disease activity index, CDAI).
Haiguse ulatus	Haigust kirjeldav omadus	See näitab, kui suur osa jämesoolest on haavandilisest koliidist või Crohni tõvest haaratud. Seda ei tohi segamini ajada haiguse raskusastmega, mis näitab, kui sügav ja ulatuslik on põletik. Haiguse ulatus on mõiste, mida kasutatakse haiguse liigitamisel: haavandilise koliidi korral proktiit, vasakpoolne koliit ja ulatuslik koliit ning analoogselt peensoole, jämesoole ja seedetrakti ülaosa haaratusega Crohni tõbi.
Hemoglobiinisaldus	Uuring	Hemoglobiinisaldus näitab, kui palju on veres hemoglobiini. Hemoglobiin transpordib veres hapnikku. Väike hemoglobiinisaldus näitab aneemiat.
Histoloogiline uuring	Uuring	Histoloogiline uuring tähendab biopsial võetud koe ja rakkude uurimist mikroskoobi all.
i.v. ehk intravenoosne (veenisisene)	Ravim	See on ravim, mis viiakse vereringesse veeni kaudu.
Ileoanaalpauna põletik (ingl k <i>pouchitis</i>)	Tüsistus	Ileoanaalse reservuaari ehk ileoanaalpauna põletik (vt ileoanaalne

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		anastomoos koos ileoanaalse reservuaari moodustamisega).
Ileoanaalne anastomoos koos ileoanaalse reservuaari moodustamisega (ingl k <i>ileal pouch anal anastomosis</i> , IPAA)	Operatsioon	See on haavandilise koliidiga patsientidele sageli tehtav operatsioon, kus peensoole lõpposast moodustatakse reservuaar ehk paun (ingl k <i>J-pouch</i>), mis hakkab täitma eemaldatud jämesoole ülesannet.
Ileokoloskoopia	Uuring	Endoskoopia jämesoole ja niudesoole uurimiseks.
Ileorektaalne anastomoos	Operatsioon	See on operatsioon, kus pärasool jäetakse alles ja niudesool kinnitatakse pärasoole külge. See erineb ileoanaalsest anastomoosist koos ileoanaalse reservuaari moodustamisega, mille korral pärasoolt alles ei jäeta.
Ileoskoopia	Uuring	See on endoskoopia peensoole kõige alumise osa ehk niudesoole (<i>ileum</i>) uurimiseks.
Immuniseeritud	Muu	Inimene on immuniseeritud, kui ta on muudetud nakkuse suhtes immuunseks. Tavaliselt immuniseeritakse (vaktsineeritakse) leetrite, mumpsi ja teetanuse vastu, aga on ka palju muid vaktsiine.
Immunomodulaator	Ravim	Immunomodulaator kas pärsib või stimuleerib immuunsüsteemi aktiivsust. Immunosuppressandid on põletikulise soolehaiguse ravis sagedamini kasutatavad immunomodulaatorid, sest arvatakse, et vähemalt osaliselt on põletikulise soolehaiguse põhjuseks üliaktiivne immuunsüsteem.
Immunosuppressandid	Ravim	Ravimite rühm, mida kasutatakse immuunsüsteemi aktiivsuse vähendamiseks, sealhulgas glükokortikoidid, tiopuriinid, metotreksaat, TNF-i vastased ravimid ja vedolizumab. Kuna põletikulist soolehaigust võib põhjustada üliaktiivne immuunsüsteem, võivad immunosuppressandid nende ravis kasulikud olla.
Infliksimab	Ravim	TNF-i vastane bioloogiline ravim, mida sageli kasutatakse põletikulise soolehaiguse raviks. Seda manustatakse patsientidele tilkinfusioonina veeni kaudu otse vereringesse.
Jämesoolevähk	Crohni tõve / haavandilise koliidi või nende raviga	Seda nimetatakse ka kolorektaalseks vähiks ehk käär- ja pärasoolevähiks. Põletikulise soolehaigusega patsientidel on suurem risk jämesoolevähi tekkeks. See

	seotud haigus	võib muuhulgas põhjustada selliseid sümptomeid nagu veri väljaheites, muutunud roojamissagedus, kõhuvalu, sõlmjad moodustised kõhus ja kehakaalu vähenemine.
Järelevalve	Uuring	Järelevalve on see, kui arst vaatab põletikulise soolehaigusega patsiente regulaarselt läbi, sageli endoskoobi abil, et kontrollida, ega ei ole tekkinud soolevähki. Järelevalve on tähtis, sest põletikulise soolehaigusega patsientidel on suurem risk haigestuda soolevähki.
Kalprotektiin roojas	Uuring	Valk, mis vabaneb soolde soolepõletiku korral. Kalprotektiinisisaldus roojas suureneb ainult soolepõletiku korral, seega on kalprotektiinisisaldus roojas parem soolepõletiku näitaja kui CRP või ESR. See näitab ka teisi soolepõletikke peale põletikulise soolehaiguse. Analüüsi tegemiseks tuleb patsiendilt võtta roojaproov.
Kaltsineuriini inhibiitorid	Ravim	Immunosuppressandid, mida kasutatakse põletikulise soolehaiguse raviks ja äratõukereaktsiooni allasurumiseks patsientidel pärast elundi siirdamist.
Keratolüütiline aine	Ravim	See on soolatüügaste ja muude muutuste eemaldamiseks kasutatav ravim.
Klassifitseerimata põletikuline soolehaigus	Haigust kirjeldav omadus	Kui pärast kõiki uuringuid ei ole võimalik kindlaks teha, kas inimesel on Crohni tõbi või haavandiline koliit, kasutatakse mõistet klassifitseerimata põletikuline soolehaigus.
Klistiir ehk klüsm	Ravim	See on pärasoole kaudu jämesoole alumisse ossa viidav vedelik. Seda võib olla vaja selleks, et arstil oleks parem uuringut teha, või siis ravimi manustamiseks.
Kolektoomia	Operatsioon	Käärsoole ehk kooloni kirurgiline eemaldamine. Haavandilise koliidiga patsientidele tehakse see operatsioon enne ileoanaalse anastomoosi tegemist koos ileoanaalse reservuaari moodustamisega.
Kograafia	Uuring	Seda tehakse KT- või MRT-aparaadi abil. See on meetod jämesoole sisemuse uurimiseks ilma endoskoobita.
Koloskoopia	Uuring	See on uuring, mille käigus pärasoolde ja jämesoolde sisestatakse kaameraga endoskoop, et hinnata haiguse aktiivsust ning võtta uuringuks koeproove.
Kograafia kaksik- kontrasteerimisega	Uuring	See on protseduur, mille korral pärast baariumi sisaldava vedeliku viimist

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		pärasoolde tehakse jämesoolest ja pärasoolest röntgeniülesvõtted. Baarium teeb jämesoole ja pärasoole kontuurid röntgeniülesvõttel nähtavaks ning aitab paremini näha ebanormaalseid muutusi.
Kolorektaalkirurg	Muu	See on pärasoole, päraku ja jämesoole operatsioonidele spetsialiseerunud kirurg.
Glükokortikoidid	Ravim	Ravimite rühm, mis oma toime poolest matkivad neerupealistes loomulikult toodetavaid hormone ja toimivad immunosupressantidena. Kaks põletikulise soolehaiguse raviv sageli kasutatavat glükokortikoidi on hüdrokortisoon ja prednisoloon.
Kreatiniin	Uuring	Kreatiniini määramine vereanalüüsi abil aitab kindlaks teha, kui hästi neerud töötavad.
Kroonilise haiguse aneemia	Põletikulise soolehaiguse või põletikuliste haigustega seotud haigus	See aneemia tekib kroonilise haiguse tagajärjel, näiteks põletikulise soolehaiguse või muude põletikuliste protsessidega seoses.
Kroonilised haigused	Haigust kirjeldav omadus	Need on haigused, mis kestavad inimesel pikka aega (tavaliselt kogu elu). Põletikulised soolehaigused on kroonilised haigused.
KT (kompuuter-tomograafia)	Uuring	See on skaneerimisaparatuur tehtav teatud tüüpi röntgeniülesvõtte.
Kõhulahtisuse vastased ained	Ravim	Ravim, mis leevendab kõhulahtisuse sümptomeid. Kõige tavalisem on loperamiid.
Kõrvaltoimed	Ravim	Ravimi või sekkumise soovimatud (kahjulikud) toimed.
Käärsool (vt joonist)	Kehaosa	Seda nimetatakse ka jämesooleks.
Laktoferriin	Uuring	Valk, mis vabaneb soolde soolepõletiku korral. Analüüsi tegemiseks tuleb patsiendilt võtta roojaproov.
Laparoskoopiline	Operatsioon	Laparoskoopiline operatsioon on operatsioonimeetod, kus patsiendile tehakse väikesed sisselõiked, mille kaudu sisestatakse operatsioonikoha vaatlemiseks kaamerad. Väiksemate haavade tõttu on paranemine tavaliselt kiirem kui pärast harilikku operatsiooni.
Liited	Operatsiooni tüsistus	Põletikureaktsioonide tõttu omavahel kokkukleepunud sooleosad. Võivad põhjustada obstruktsiooni ja valu.
Lisaseadmetega enteroskoopia	Uuring	Spetsiaalse endoskoobi abil tehtav peensooleuuring.
Lokaliseerunud haigus	Haigust kirjeldav	Ühe organsüsteemi või soolepiirkonnaga piirdunud haigus.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



	omadus	
Loperamiid	Ravim	Tüüpiline kõhulahtisuse vastane ravim, vt kõhulahtisuse vastased ained.
Luumurd	Muu	See on luukoe katkemine ühekordse või kestva surve tagajärjel.
Lõpp-ileostoomia	Operatsioon	Soolelõikus, kus peensoole lõpposa eraldatakse, tuuakse läbi kõhu nahapinnale ja õmmeldakse naha külge, nii et moodustub stoom. Lõpp-ileostoomiaga patsient kannab kõhul kotti, kuhu koguneb väljaheide.
Lümfoproliferatiivsed haigused	Haigus	Haiguste rühm, millele on iseloomulik lümfotsüütide (teatud valgelibled) liigtootmine. Lümfoproliferatiivsete haiguste hulka kuuluvad erinevad leukeemiad ja lümfoomid.
Madalmolekulaarne hepariin	Ravim	See on ravim, mida tavaliselt kasutatakse trombidide ennetamiseks.
Malabsorptsioon	Crohni tõve tüsistus	Imendumishäire ehk toitainete häirunud imendumine seedetraktist.
Mesalasiin	Ravim	Põletikulise soolehaiguse korral kasutatakse ravim. Seda võetakse suu kaudu või manustatakse pärasoolde.
Metotreksaat	Ravim	Immunosuppressantide rühma kuuluv ravim, mida sageli kasutatakse Crohni tõve raviks. Haavandilise koliidi korral see nii efektiivne ei ole.
Metronidasool	Ravim	Antibiootikum, mida sageli kasutatakse ileoanaalpauna põletiku (ingl k <i>pouchitis</i>) ja fistulitega Crohni tõve raviks.
MR (magnetresonants)-enterograafia	Uuring	Uuring, mille käigus peensoole diagnostiliseks kuvamiseks kasutatakse magnetlaineid ja suukaudset kontrastainet. Kiirgust ei kasutata.
MRCP ehk magnetresonants-kolangiograafia	Uuring	See on spetsiaalne uuring, mille käigus MRT-aparaati kasutatakse maksa- ja sapiteede häirete uurimiseks.
MRT ehk magnetresonants-tomograafia	Uuring	Uuring, mille käigus erinevate kehaosade diagnostiliseks kuvamiseks kasutatakse magnetlaineid. Kiirgust ei kasutata.
MSPVA-d ehk mittesteroidsed põletikuvastased ravimid	Ravim	Need ravimid leevendavad valu ja mujal kui sooles olevat põletikku ning alandavad palavikku. Kõige tavalisemad on ibuprofeen ja aspiriin, kuid põletikuliste soolehaigustega patsientidel on parem neid vältida, sest need võivad suurendada ägenemise riski.
Nodoosne (sõlmeline) erüteem	Põletikulise soolehaigusega seotud haigus	Põletikuline nahahaigus.
Obstruktsioon,	Crohni tõve	Obstruktsioon ehk sooleummistus tekib,

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



obstruktiivne	tüsistus	kui Crohni tõve korral tekivad põletik muudab sooleseina paksemaks, põhjustades soole ahenemist, või kui sooleosade vahele tekivad liited ja soolesisu edasilikumine on takistatud.
Osteopeenia	Haigus	See on luuhõrenemine, mis ei ole nii raskekujuline, et seda võiks pidada osteoporoosiks.
Osteoporoos	Haigus	See on meditsiiniline seisund, mille korral on luud nõrgenenud (hõrenenud) ja inimesel on suurem risk luumurrude tekkeks.
p-ANCA	Uuring	p-ANCA (ingl k <i>Perinuclear Anti-Neutrophil Cytoplasmic Antibodies</i>) tähendab perinukleaarseid neutrofiilide tsütoplasmaavastaseid antikehi. Need määratakse verest.
Patsiendikeskne	Muu	Patsiendikeskse ravi ja hoolduse põhimõte on patsiendi individuaalsete vajaduste austamine ning neile vastamine ja kõigi kliiniliste otsuste tegemisel patsiendile oluliste väärtustega arvestamine.
Peensoole kapselendoskoopia	Uuring	Uuring, mille käigus patsient neelab alla tillukest kaamerat sisaldava kapsli. Kaamera teeb seedetraktis pilte ja need salvestatakse.
Perifeerne artriit	Haigus	Tavaliselt jäsemete suuri liigeseid haarav liigesepõletik.
Piltidiagnostika	Uuring	Erineva tehnika, näiteks röntgeni- või ultraheliaparaadi, kompuutertomograafi (KT) või magnetresonantstomograafi (MRT) abil erinevatest kehaosadest ülesvõtete või piltide tegemine. Kuvamistehnikaid on sageli vaja selleks, et hinnata, milline kehaosa on põletikulisest soolehaigusest haaratud.
Põletikuline soolehaigus	Haigus	Crohni tõbe ja haavandilist koliiti tähistav üldmõiste.
Pärasool	Kehaosa	See on jämesoole lõpposa. See lõpeb päraku juures.
Rauavaegus	Haigus	See on seisund, kui veres ei ole piisavalt rauda.
Rauavaegus ilma aneemiata	Haigus	See on seisund, mille korral organismis on rauapuudus, aga mitte sellisel määral, et tekiks aneemia.
Rauavaegusaneemia	Haigus	See on seisund, mille korral veres ei ole rauavaeguse tõttu piisavalt erütrotsüüte (punalibleid).
Rektaalne	Kehaosa	Sõna rektaalne viitab jämesoole lõpposale, mida nimetatakse rektumiks ehk pärasooleks. Näiteks on päraku kaudu pärasoolde viidav ravim rektaalne ravim.
Remissioon	Haigust	Remissioon tähendab, et inimese haigus ei

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



	kirjeldav omadus	ole aktiivne; see on vastand mõistele „ägenemine“ ehk „retsidiiv“, mida kasutatakse aktiivse haiguse kohta.
Resektsioon	Operatsioon	Elundi või muu kehaosa osaline või täielik kirurgiline eemaldamine.
Reservravi	Ravi	Reservravi on ravi, mida kasutatakse siis, kui ükski tavapärastest ravimitest ei ole tulemust andnud, ja seda kasutatakse viimase võimalusena haiguse kontrolli alla saamiseks.
Retsidiiv	Haigust kirjeldav omadus	Haiguse taasaktiveerumine.
Sakroiliit	Haigus	Ristluu ja niudelu vahelise liiduse põletik.
Seroloogia	Uuring	See on seerumi või teiste kehavedelike analüüsimine.
Seroloogiline analüüs	Uuring	Seroloogia uurib seerumit ja teisi kehavedelikke. Tavaliselt kasutatakse seroloogilist analüüsi seerumis antikehade määramiseks.
Sigmoidoskoopia	Uuring	Sarnaneb koloskoopiaga, aga sellega vaadeldakse kogu jämesoole asemel ainult jämesoole lõpposa.
Soole ärritussündroom	Haigus	Sage haigus, millel on põletikulise soolehaiguse sümptomitega sarnased sümptomid, aga ilma põletikuta.
Stenoos	Haigus	See on kitsenemus, mis on piisav selleks, et põhjustada patsiendile ebamugavusi.
Glükokortikoidid	Ravim	Glükokortikoidide kasutatakse põletikulise soolehaiguse ravis sageli ja need toimivad immuunsüsteemi aktiivsust alla surudes (immunosupressioon). Need võivad olla paiksed või süsteemsed. Kuna neil on palju kõrvaltoimeid, tuleb neid kasutada nii vähe kui võimalik.
Striktuur	Crohni tõvega kaasnev haigus	See on kitsenemus, mis on piisav selleks, et põhjustada patsiendile ebamugavusi.
Subtotaalne kolektoomia	Operatsioon	Erinevalt kolektoomiast ei eemaldata selle kolektoomia korral mitte kogu jämesoole, vaid ainult osa sellest.
Sulfasalasiin	Ravim	Sulfasalasiin on põletikulise soolehaiguse korral kasutatav ravim. Sulfasalasiin koosneb kahest ainest: toimeainest nimega 5-ASA ja antibiootikumist nimega sulfapüridiin. Jämesooles olevad bakterid lagundavad sulfasalasiini ja vabaneb 5-ASA.
Suposiidid ehk ravimküünlad	Ravim	See on pärasoolde sisestatav ravim, mis seal sulab ja katab soole limaskesta, ravides põletikku.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Suukaudne	Ravim	Suukaudseid ravimeid võetakse suu kaudu.
Säilitusravi	Ravim	See on ravi, mida kasutatakse patsiendi remissioonis hoidmiseks.
Süsteemne	Ravim	Süsteemseks nimetatakse ravimit, mis mõjub kogu organismile. Selle vastand on paikne ravim, mis ei jõua kogu kehasse laiali.
Takroliimus	Ravim	See on tsüklosporiiniga sarnanev immunosupressant, mida kasutatakse haavandilise koliidi suukaudseks raviks.
Tenesm	Haigust kirjeldav omadus	Valulik spasm või kramp pärasooles või pärakus, millega tavaliselt kaasneb tahtmatu pingutus rooja väljutamiseks ja tugev roojapakitsus ehk roojamistung, milleks ei pruugi tegelikku vajadust olla.
Tiopuriinid	Ravim	Need ravimid on immunosupressandid. Põletikulise soolehaiguse ravis kasutatakse kõige sagedamini asatiopriini ja merkaptopuriini.
TNF-i vastased ravimid (tuntud ka kui TNF-i antagonistid, TNF-alfa inhibiitorid, TNF-alfa blokaatorid)	Ravim	Bioloogilised (biotehnoloogiliselt valmistatud) ravimid, mida sageli kasutatakse põletikulise soolehaiguse raviks. Kõige sagedamini kasutatakse infliksimabi, adalimumabi, tsertolizumabi ja golimumabi.
Paikne	Ravim	See on ravim, mis organismi imendumata ravib põletikku otse selle asukohas.
Transferrini küllastatus	Uuring	See on organismi rauasidumisvõime näitaja; väiksem väärtus kui 16% näitab rauavaegust.
Trombotsütoos	Uuring	Vereliistakute (trombotsüütide) suurenenud sisaldus veres.
Tsiprofloksatsiin	Ravim	Antibiootikum, mida kasutatakse ka põletikulise soolehaiguse ja ileoanaalpauna põletiku raviks.
T-skoor	Uuring	T-skoori kasutatakse luutiheduse mõõtmiseks.
Tsüklosporiin	Haavandilise koliidi ravim	Kaltsineuriini inhibiitor ehk ravim, mida kasutatakse immuunsüsteemi aktiivsuse vähendamiseks. Selle toime tõttu saab seda ravimit kasutada haavandilise koliidi raviks.
Tuberkuloos	Haigus	See on nakkushaigus, mis haarab kopse ja teisi kehaosi ning seda põhjustab bakter nimega <i>Mycobacterium tuberculosis</i> .
Täpsustamata koliit	Haigust kirjeldav omadus	Juhtudel, kui ei ole võimalik kindlaks teha, kas inimesel on Crohni tõbi või haavandiline koliit, võidakse seda nimetada täpsustamata koliidiks. Mõistet „täpsustamata koliit“ tuleks siiski kasutada ainult reseptsioonil võetud proovide kohta.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Ulatus (haiguse ulatus)	Haigust kirjeldav omadus	Haiguse ulatus viitab põletikulisest soolehaigusest haaratud soolestikuosa suurusele.
Ulatuslik koliit	Haigust kirjeldav omadus	See on haavandiline koliit, mis haarab tervet jämesoolt.
Ultraheliuuring	Uuring	Piltagnostika meetod, kus keha elundite hindamiseks kasutatakse helilaineid.
Ursodeoksükoolhape	Ravi	See on suukaudne ravim, mida võidakse anda maksa kaitseks ja jämesoolevähi ennetamiseks primaarse skleroseeriva kolangiidiga (see on krooniline maksahaigus, millele on iseloomulik maksas ja väljaspool maksa asuvate sapijuhade põletik ja fibroos) patsientidele.
Urea seerumis	Uuring	Urea on aine, mis normaalselt viiakse neerude kaudu verest uriini. Ureasisalduse määramine seerumis on tähtis, sest kõrvalekalle normist võib näidata, kas neerud on korrast ära või kas patsiendil on vedelikupuudus.
Uveit	Haigus	See on silmamunasonkesta ehk uuvea põletik.
Valideeritud	Uuring	Kui miski on valideeritud, siis see tähendab, et selle meetodi mõõtetäpsus vastava mõõdetava näitaja mõõtmisel on tõestatud. Näiteks haiguse raskusastme indeks on valideeritud, kui on tõestatud, et see mõõdab haiguse raskusastet täpselt.
Vasakpoolne koliit	Haigust kirjeldav omadus	See on haavandiline koliit jämesoole vasakpoolses osas ja seda on võimalik efektiivselt ravida paikse raviga.
Vedolizumab	Ravim	Põletikulise soolehaiguse korral kasutatakse bioloogiline (biotehnoloogiliselt valmistatud) ravim. Seda manustatakse patsientidele tilkinfusioonina veeni kaudu otse vereringesse.
VSL#3	Ravim	See on probiootikum (elusad mikroorganismid, mis piisavates kogustes manustatuna on peremeesorganismi tervisele kasulikud), mille kasutamisest paistab olevat kasu ileoanaalpauna põletiku ravimiseks.
Võõrutamine	Ravim	Ravimist võõrutamine tähendab, et ravi lõpetatakse järk-järgult, mitte äkki. Seda tuleb teha glükokortikoidide kasutamisel, sest glükokortikoidravi järsu lõpetamisega võivad kaasneda rasked kõrvaltoimed.
Väljaheide ehk roe	Muu	Väljaheide on roe ehk <i>faeces</i>
Ägenemine ehk retsidiiv	Haigust kirjeldav	See on haiguse aktiivne seisund, remissiooni vastand. Ägenenud haigusega

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



	omadus	inimesel on sümptomid ja põletik.
--	--------	-----------------------------------