

Сравнительное исследование эффективности лечения обострения дивертикулярной болезни толстой кишки стандартной терапией и комбинацией препаратов «Мукофальк» и «Салофальк» (суппозитории)

И. В. Лутков

Окружное отделение колопроктологии ЮАО Москвы

Цель исследования: оценить эффективность применения комбинации «Мукофальк» – «Салофальк (суппозитории)» в лечении больных с обострением дивертикулярной болезни.

Материалы и методы исследования: 48 больных с умеренным обострением заболевания, условно разделенных на равные по составу группы – контрольную и исследуемую. Больные контрольной группы получали в составе комплексного лечения метронидазол, лактулозу, метилурациловые свечи и бифидумбактерин. Больные исследуемой группы – препараты «Мукофальк» и «Салофальк суппозитории». Оценивалась динамика клинической картины и симптомов, результатов клинического анализа крови, копрологии, анализа кала на дисбактериоз.

Результаты. Выявлено достоверное превосходство эффективности применения комбинации «Мукофальк» – «Салофальк (суппозитории)» в лечении больных с исследуемой патологией толстой кишки в сравнении со стандартной схемой лечения. Доказана лучшая переносимость исследуемой комбинации.

Выводы. Комбинация «Мукофальк» – «Салофальк (суппозитории)» является более эффективной и лучше переносимой у больных с обострением дивертикулярной болезни.

Ключевые слова: мукофальк, салофальк, дивертикулярная болезнь.

Дивертикулярная болезнь кишечника в практике современного колопроктолога занимает одно из лидирующих мест, и по разным данным ее распространенность среди заболеваний толстой кишки колеблется от 15 до 35%. Наиболее характерен возрастной фактор – для лиц старше 70 лет частота встречаемости дивертикулов толстой кишки превышает 50%. Наряду с этим частота встречаемости гнойно-воспалительных осложнений течения дивертикулярной болезни достигает 60% и имеет стойкую тенденцию к увеличению.

Современные стандарты лечения включают назначение антибактериальных средств широкого спектра действия, лактулозы, бифидумбактерина. Однако эта схема терапии имеет ряд недостатков, связанных с многочисленными побочными эффектами, частыми явлениями непереносимости и во многих случаях недостаточной или маловыраженной эффективностью.

Таким образом, лечение пациентов с обострением дивертикулярной болезни является актуальной проблемой современной колопроктологии.

В нашей работе мы изучили сравнительную эффективность применения комбинации «Мукофальк» – «Салофальк (суппозитории)» в лечении больных с обострением дивертикулярной болезни.

В исследовании приняли участие 48 больных с умеренными обострениями дивертикулярной болезни, получавших амбулаторное лечение в Окружном отделении колопроктологии ЮАО Москвы на базе городской поликлиники № 210 в 2011 г.

Материалы исследования

Пациенты были условно распределены на две равные группы (по 24 человека в каждой) в зависимости от схемы лечения.

Возрастное и половое распределение в группах были практически равным.

Пациенты контрольной группы получали препараты лактулозы в дозе 15–30 мл в сутки с индивидуальным подбором дозировки согласно предлагаемой производителем инструкции, а также свечи с метилурацилом 2 раза в день, бифидумбактерин по 5 доз 3 раза в день и по показаниям антибактери-

альный препарат широкого спектра действия (в большинстве случаев метронидазол).

Пациентам исследуемой группы назначались препараты «Мукофальк» два раза в день и «Салофальк» в виде суппозиторий по 500 мг также два раза в день.

Курс лечения в среднем составлял 18 дней.

Характеристика препаратов

Мукофальк является препаратом растительного происхождения, состоящим из оболочки семян *Plantago ovata* (подорожник овальный, подорожник индийский). В отличие от других видов подорожника подорожник овальный произрастает в засушливых районах Средиземноморья, Индии и Пакистана, поэтому именно данный вид подорожника содержит максимальную концентрацию слизей, которые предохраняют семена растения от высыхания. Таким образом, высокое содержание слизей в составе семян подорожника овального позволяет отнести его к группе мягких пищевых волокон, что имеет принципиальное значение при назначении препарата при ряде заболеваний, когда, например, использование грубых пищевых волокон не рекомендуется или противопоказано. При разведении псиллиума в воде, в отличие от грубых пищевых волокон, образуется мягкая желеобразная масса, оказывающая среди прочих обволакивающее и противовоспалительное действие на слизистую оболочку кишечника.

Салофальк является препаратом месалазина. Ингибирует синтез метаболитов арахидоновой кислоты (ПГ), активность нейтрофильной липооксигеназы, тормозит миграцию, дегрануляцию и фагоцитоз нейтрофилов, секрецию иммуноглобулинов лимфоцитами; связывает и разрушает свободные радикалы кислорода.

Структура исследования

Всем больным перед курсом лечения проводились инструментальные исследования – ректороманоскопия, по показаниям – колоноскопия и (или) ирригоскопия, УЗИ органов брюшной полости; а также лабораторные исследования – клинический анализ крови, копрология, анализ кала на дисбактериоз.

Курс лечения состоял из двух этапов:

- 1) основной курса лечения – 15–20 дней,
- 2) коррекция сохраняющихся симптомов заболевания и дисбиотических изменений.

По окончании первого этапа оценивался результат анализа кала на дисбактериоз, проводились повторно клинический анализ крови и копрологическое исследование, выполнялась контрольная ректоскопия. По окончании второго этапа проводился контрольный анализ кала на дисбактериоз.

Результаты исследования

Оценивалась динамика клинических симптомов заболевания на основании жалоб и ректоскопии, а также показателей лабораторных исследований – клинического анализа крови, копрологии, анализа кала на дисбактериоз.

Среди клинических симптомов были выделены боль в гипогастрии и подвздошных областях, повышение температуры, метеоризм, нарушение стула. Степень выраженности каждого симптома оценивалась в баллах.

Метеоризм:

- постоянный выраженный метеоризм – 3 балла;
- частый умеренный метеоризм – 2 балла;
- эпизодический метеоризм – 1 балл.

Нарушение стула:

- отсутствие самостоятельного опорожнения или стул более 5 раз в сутки – 3 балла;
- запор более 2 дней или учащение стула до 3–4 раз в сутки – 2 балла;
- затрудненное опорожнение или двукратный стул – 1 балл.

Боли в животе:

- постоянные выраженные – 3 балла;
- периодические умеренные или эпизодические выраженные – 2 балла;
- эпизодические умеренные – 1 балл.

Повышение температуры:

- более 37,5°C – 3 балла;
- 37,1°C–37,5°C – 2 балла;
- 36,7°C–37,0°C – 1 балл.

Жалобы оценивались на 1-й, 2-й и 3-й неделях лечения (рис. 1).

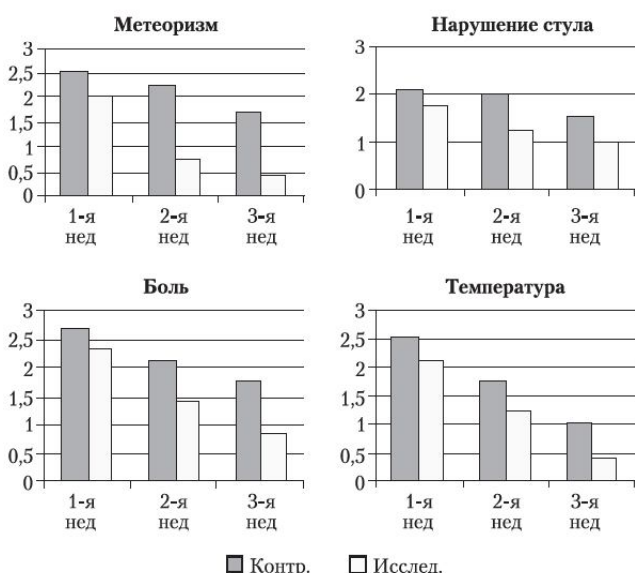


Рис. 1. Динамика клинических симптомов у пациентов в обеих группах.

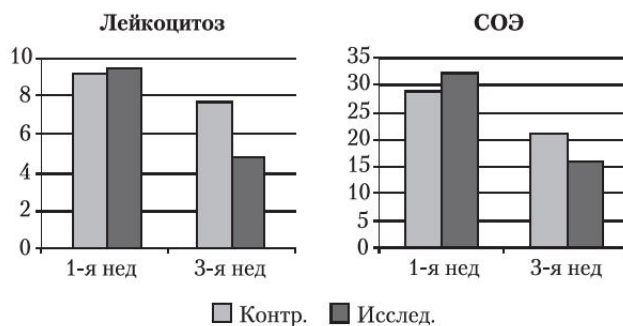


Рис. 2. Динамика показателей клинического анализа крови в обеих группах.

Согласно полученным данным динамика клинической симптоматики была достоверно лучше в исследуемой группе. Особенно показательна динамика в отношении снижения температуры и регресса метеоризма. Высокие показатели метеоризма в контрольной группе можно связать с наличием побочного эффекта при приеме лактулозы. В результате лечения была установлена более выраженная эффективность схемы лечения в исследуемой группе по всем анализируемым показателям.

При проведении ректоскопии учитывалась выраженность воспалительных изменений – гиперемия, утолщение слизистой оболочки, наличие слизи в просвете кишки. Ректоскопия выполнялась после первичного обращения и после проведенного первого этапа лечения. У всех пациентов при первом исследовании были выявлены выраженные или умеренные явления катарального воспаления, в нескольких случаях с наличием эрозивных элементов. После проведенного курса лечения у всех пациентов исследуемой группы был отмечен выраженный регресс катаральных явлений, эрозии не выявлены ни в одном случае. При проведении повторного исследования в контрольной группе у 5 пациентов (20,8%) установлена выраженная динамика, у 16 (66,7%) – умеренное регрессирование катаральных воспалительных явлений, у 3 больных (12,5%) динамика отсутствовала. Выраженность и быстрота положительного противовоспалительного эффекта в исследуемой группе, по нашему мнению, в большей степени связана с патогномичным применением суппозиторий «Салофальк».

В клиническом анализе крови оценивались в первую очередь показатели воспалительной реакции – лейкоциты и СОЭ (рис. 2).

Показатели воспалительной реакции достоверно быстрее снижались в исследуемой группе и к концу 3-й недели достигали у всех пациентов нормальных значений. Воспалительные показатели крови в контрольной группе также снижались к концу 3-й недели лечения, но в большинстве случаев до величин, пограничных с нормальными значениями.

Помимо клинической симптоматики проводился анализ динамики показателей копрологии. Забор материала на анализ проводился перед курсом лечения и по окончании 1-го этапа. Оценивались наличие лейкоцитов. Было выявлено наличие лейкоцитов в кале у 14 больных контрольной и 13 больных исследуемой групп до начала курса лечения. После первого этапа терапии показатели лейкоцитоза выявлены у 3 больных первой группы и у 3 – второй. Таким образом, достоверных различий в динамике копрологических показателей выявлено не было. В обеих группах была установлена хорошая динамика по снижению уровня лейкоцитов в анализе кала по результатам проведенного лечения.

Дополнительно нами проводилась оценка динамики показателей дисбактериоза кишечника до начала курса лече-

ния и после завершения 2-го этапа. У большинства больных был выявлен дисбактериоз 3-й степени с умеренным снижением бифидо- и лактобактерий и выраженным повышением условно патогенной микрофлоры – *Klebsiella*, *Clostridia*, *E. coli* гемолитическая и лактозонегативная, *Bacteroidum*, *Staf. aureus*, *Enterococcus* гемолитический и пр. В ряде случаев выявлялись штаммы грибковых колоний *Candida* и плесневые грибки (рис. 3).

По результатам проведенного лечения в контрольных анализах были выявлены следующие результаты (рис. 4).

В контрольной группе удалось перевести в 0–2 степень дисбиоза кишечника 60% больных, в исследуемой – 90%. Это свидетельствует о более высокой эффективности базисного лечения комбинацией «Мукофальк» – «Салофальк (суппозитории)» для купирования проявлений дисбиотических нарушений со стороны толстой кишки при обострениях дивертикулярной болезни.

Полученные данные прямо коррелируют с данными по динамике клинической симптоматики и достоверно свидетельствуют о более высокой эффективности схемы лечения с применением указанных препаратов.

Обсуждение результатов

Результаты исследования позволяют говорить о возможности повышения эффективности лечения больных с обострением дивертикулярной болезни толстой кишки. Выявлено достоверное преимущество предлагаемой схемы лечения с применением препаратов «Мукофальк» и «Салофальк суппозитории» в сравнении традиционным лечением. Включение в схему лечения пероральных антибиотиков придает неуправляемость процессу лечения – в ряде случаев нами отмечалась инверсия процессов нарушения биоценоза кишечника с формированием после проведения курса лечения иного видового дисбактериоза с сохранением его степени тяжести, также были отмечены частые случаи неполной элиминации патогенной микрофлоры. При совокупной высокой частоте побочных эффектов (аллергические реакции, снижение иммунитета, развитие вторичной диспепсии и пр.) использование данной схемы лечения для исследуемой группы больных нельзя признать удовлетворительным.

Включение в схему лечения препаратов лактулозы у больных с обострением дивертикулярной болезни вызывает частые явления метеоризма, многие пациенты отмечают трудность подбора индивидуальной дозировки и как результат – сохраняющиеся проблемы с опорожнением кишечника.

Явления непереносимости лактулозы были у 5 пациентов, метронидазола – у 3. Назначение бифидосодержащих препаратов без наличия данных о бактериальном составе кишечной

микрофлоры, на наш взгляд, является в некоторых случаях бесполезным, так как у ряда пациентов не было выявлено снижения данного вида микроорганизмов. Коррекция дисбиотических нарушений соответствующими зубиотическими препаратами должна проводиться с учетом анализа этих показателей.

При анализе результатов лечения у больных исследуемой группы случаев непереносимости препарата выявлено не было. Отсутствие эффекта от препарата «Мукофальк» было выявлено у одной пациентки, индивидуальная непереносимость препарата «Салофальк суппозитории» – также у одной пациентки. По результатам сравнительного анализа выявлено достоверное преимущество в эффективности и переносимости схемы лечения, включающей препараты «Мукофальк» и «Салофальк суппозитории».

Выводы

- По полученным нами в процессе исследования данным мы можем говорить о высокой медицинской эффективности в лечении больных с обострениями дивертикулярной болезни комбинации препаратов «Мукофальк» – «Салофальк (суппозитории)». Терапевтическое воздействие обусловлено выраженным селективным противовоспалительным эффектом салофалька, а также комплексным обволакивающим, сорбиционным и регулирующим действием растительных волокон и слизи мукофалька.

- Действие препаратов создает условия для быстрого регресса воспалительных явлений дистальных отделов толстой кишки, выявляемых как на местном, так и на системном уровнях. Уже на второй неделе лечения у большинства пациентов достоверно снижается гипертермия, нормализуется стул, уменьшаются метеоризм и болевой синдром. На третьей неделе достоверно регрессирует выраженность катаральных воспалительных изменений слизистой дистальных отделов толстой кишки или же эти изменения исчезают полностью.

- Положительная динамика клинической симптоматики прямо коррелирует с падением воспалительных показателей в лабораторных исследованиях – лейкоцитоза в клиническом анализе крови и в копрологии. Выраженный терапевтический эффект исследуемой комбинации создает предпосылки для более эффективного устранения микробиотических изменений в толстой кишке в дальнейшем процессе лечения.

- Комбинация отличается высокой безопасностью и переносимостью у всех категорий пациентов. Таким образом, сочетанное применение препаратов «Мукофальк» и «Салофальк суппозитории» обладает большей эффективностью и переносимостью при лечении больных с обострением дивертикулярной болезни в сравнении со стандартными способами лечения.

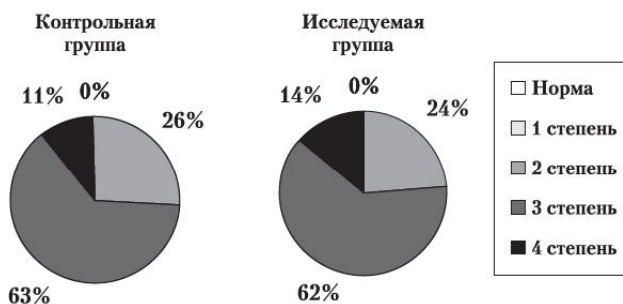


Рис. 3. Частота дисбиоза различной степени у пациентов в контрольной и исследуемой группах до лечения.



Рис. 4. Частота дисбиоза различной степени у пациентов в контрольной и исследуемой группах после лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Валенкевич Л.Н., Яхонтова О.И.* Болезни органов пищеварения. Руководство по гастроэнтерологии для врачей. – СПб.: ДЕАН, 2006. – 656 с.
2. *Логонов А.С., Парфенов А.И.* Болезни кишечника. – М., 2000. – С. 507 – 512.
3. *Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробьева.* – М.: Мед. информ. агентство, 2006. – 432 с.
4. *Семионкин Е.И.* Колопроктология. – М.: Медпрактика, 2004.
5. *Силивончик Н.Н.* Гастроэнтерология в таблицах для врача общей практики. – Минск: Доктор Дизайн, 2006. – 180 с.
6. *Тимербулатов В.М. и др.* Дивертикулярная болезнь толстой кишки. – М., 2001.
7. *Шентулин А.А.* Дивертикулярная болезнь толстой кишки: клинические формы, диагностика, лечение // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол., колопроктол. – 2006. – № 5. – С. 44–49.
8. *Яшвили Р.Н. и др.* Дивертикулярная болезнь толстой кишки. – М., 1986.
9. *Collins M.D., Gibson G.R.* Probiotics, prebiotics and synbiotics: approaches for modulating the microbial ecology of the gut // Am. J. Clin. Nutr. – 1999. – Vol. 69, No. 5. – P. 1052–1057.
10. *Cummings J.H., Macfarlane G.T., Englyst H.N.* Prebiotics digestion and fermentation // Am. J. Clin. Nutr. – 2001. – Vol. 73 (suppl.). – P. 415–420.
11. *Farthmann E.H., Ruckauer K., Haring R.U.* Evidence-based surgery: diverticulitis – a surgical disease? // Langenbecks Arch Surg. – 2000. – Vol. 385. – P. 143–151.
12. *Goligher J.S.* Surgery of the anus, rectum and colon. – 1982.
13. *Keighley M.R.B.* Diverticular disease // Surgery of the Anus, Rectum and Colon, 1st edition (Eds. Keighley M.R.B., Williams N.S.). W.B. Saunders. – London, 1993.
14. *Kohler L., Sauerland S., Neugebauer E.* Diagnosis and treatment of diverticular disease: results of a consensus development conference. The Scientific Committee of the European Association for Endoscopic Surgery // Surg. Endosc. – 1999. – Vol. 13. – P. 430–436.
15. *Kronborg O.* Treatment of perforated sigmoid diverticulitis: a prospective randomised trial // Br. J. Surg. – 1993. – Vol. 80. – P. 505–507.
16. *Pemberton J.H., Armsrong D.N., Dietzen C.D.* Diverticulitis. In: Textbook of Gastroenterology, 2nd edition (Ed. Yamada T). Lippincott. Philadelphia, 1995.
17. *Sullivan A., Edlund C., Nord C.E.* Effect of antimicrobial agents on the ecological balance of human microflora // Lancet Infect. Dis. – 2001. – Vol. 1, No. 2. – P. 101–114.
18. *Orietta Z., Eandi M.* Farmeconomia e percorsi terapeutici – 2005. – Vol. 6, No. 1. – P. 5–20.