

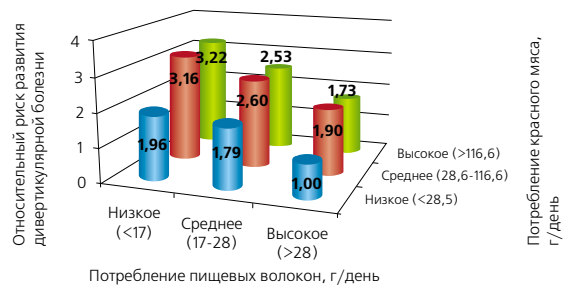


Современные методы лечения дивертикулярной болезни



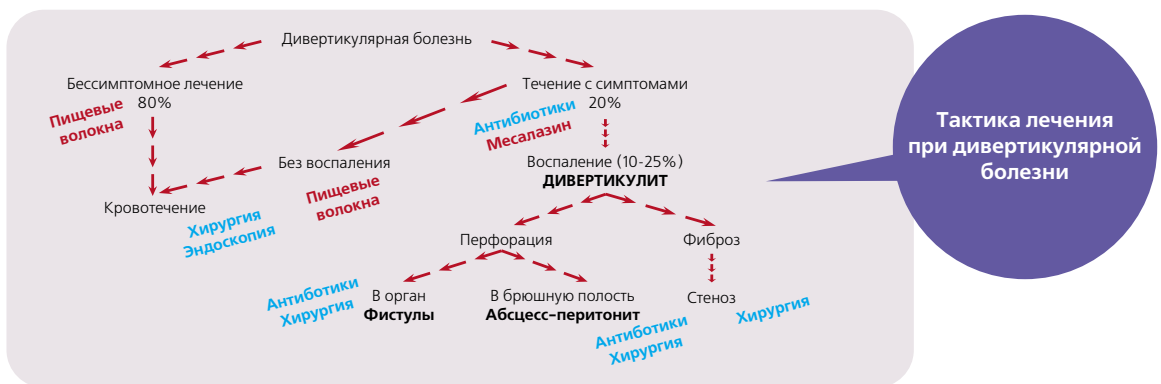
В развитых странах распространенность и встречаемость дивертикулярной болезни толстой кишки драматически увеличивается с возрастом, от 5% в возрасте до 40 лет, до 30% в 60 лет и более 50% в возрасте свыше 80 лет. Полагают, что развитие дивертикулярной болезни у большинства пациентов связано с дефицитом в течение многих лет в рационе пищевых волокон и с избыточным мышечным сокращением сегментов толстой кишки в результате их недостаточного растяжения химусом, не содержащим пищевые волокна. Этот факт подтверждается в частности данными исследований в американской популяции четко показавшими, что риск развития дивертикулярной болезни тем выше, чем больше человек употребляет в пищу мяса и чем меньше – пищевых волокон. Со временем в результате избыточного сокращения толстокишечной мускулатуры, работающей против высокого внутриполостного давления для продвижения мелкого твердого кала, развивается гипертрофия, ригидность и фиброз кишечной мускулатуры. Дивертикулы наиболее часто развиваются в сигмовидной кишке, где внутриполостное давление максимально. Кроме того, считается, что другими факторами развития дивертикулярной болезни являются нарушения моторики кишечника и генетическая предрасположенность.

Более чем у двух третей пациентов с дивертикулезом нет выраженной симптоматики. У части пациентов дивертикулы являются случайной находкой во время колоноскопии или ирригоскопии. Некоторые пациенты предъявляют неспецифические жалобы на хронический запор (хронический запор у пациентов пожилого и старческого возраста требует обязательного исследования на предмет дивертикулярной болезни!), абдоминальную боль, на неустойчивый стул с чередованием запора и диареи.



Риск развития дивертикулярной болезни растет с увеличением потребления мяса и снижается с повышением употребления **пищевых волокон***

В настоящее время принята клиническая классификация дивертикулярной болезни, которая позволяет оценить состояние, прогноз, а главное — выбрать правильную индивидуальную лечебную тактику.



* Aldoori WH, Giovannucci EL, Rimm EB, et al. A prospective study of diet and the risk of symptomatic diverticular disease in men // Am J Clin Nutr. 1994 Nov;60(5):757-64

Первую группу составляют больные с отсутствием кишечной симптоматики, дивертикулы обнаруживают у них при поиске других заболеваний. Клинически выраженный дивертикулез часто сопровождается проявлениями спазма кишечной стенки, нарушением процессов пищеварения и баланса кишечной микрофлоры, что требует системной терапии. С осложнениями дивертикулеза приходится, в основном, сталкиваться практическим хирургам при оказании экстренной помощи.

Лечение

Бессимптомный дивертикулез не требует специальной терапии. Необходимо указать пациенту на наличие у него риска возникновения осложнений заболевания. Профилактикой в этом случае можно считать регуляцию стула во избежание запора прежде всего с помощью пищевых волокон. При запоре, связанном с атонией и дистрофией кишечной стенки у пожилых больных, необходимо также применение диеты, богатой пищевыми волокнами, а также обильным питьем (1500 мл жидкости в сутки). При неэффективности следует добавить слабительные средства. Если преобладают симптомы дискоординации моторики толстой кишки, то назначаются средства, нормализующие перистальтику и препятствующие спастическим сокращениям кишечной стенки. Важное значение имеет коррекция дисбактериоза на фоне хронического нарушения опорожнения толстой кишки. Необходимо также обратить внимание пациента на необходимость сбалансированного питания: диета должна содержать достаточное количество балластных веществ, а прием пищи проходить в установленное время и в достаточном объеме. При воспалительных осложнениях (дивертикулит, паракишечный инфильтрат) тактика лечения меняется. Больного госпитализируют. При умеренно выраженных явлениях интоксикации назначают мягкие слабительные для смягчения каловых масс,

бесшлаковую диету с ограничением грубой клетчатки. Показаны антибиотики широкого спектра, спазмолитики, кишечные противовоспалительные препараты (месалазин). Если все же на фоне проводимой терапии состояние больного ухудшается, нарастают симптомы интоксикации, появляются ультразвуковые признаки абсцедирования или клинические проявления перитонита, применяется более активная хирургическая тактика – вскрытие абсцесса с формированием проксимальной колостомы, резекция пораженного сегмента также с наложением временной стомы. Кровотечение в 80% случаев удается остановить консервативными мероприятиями (гемостатики, инфузионная терапия, постельный режим, ирригоскопия, которая в ряде случаев имеет лечебный эффект). При неэффективности этих мероприятий проводится операция – удаление сегмента ободочной кишки с кровоточащим сосудом (обычно левосторонняя гемиколэктомия).

Удаление сегмента кишки



Применение месалазина (Салюфальк®) при дивертикулярной болезни.

При лечении дивертикулита, также как и воспалительных заболеваний кишечника, эффективным является использование месалазина (Салюфальк®).



В Кокрановском обзоре 2010 года оценивали эффективность месалазина в лечении пациентов с дивертикулярной болезнью. В обзор были включены данные 6 рандомизированных контролируемых исследований, проведенных суммарно на 818 пациентах. Три исследования были проведены на пациентах с неосложненным дивертикулитом и 3 исследования выполнены на пациентах с симптоматической дивертикулярной болезнью. Авторы пришли к заключению: терапия месалазином приводит к лучшим результатам лечения, чем терапия в контрольной группе. Причем, **назначение месалазина по постоянной схеме (ежедневный прием) в отличие от циклического приема оказывало более выраженное противорецидивное действие.**

Gatta L, Vakil N, Vaira D, et al. Efficacy of 5-ASA in the treatment of colonic diverticular disease. *J Clin Gastroenterol.* 2010 Feb; 44(2): 113–9

Данные отдельных клинических исследований.

Применение при остром дивертикулите.

В исследованиях было показано, что первичная терапия рифаксимином (800 мг/сут) в сочетании с месалазином (2,4 г/сут) в течение 10 дней с последующей монотерапией месалазином (1,6 г/сут) в течение 8 недель приводит к полному купированию симптомов у 78% пациентов.

Brandimarte G, Tursi A Rifaximin plus mesalazine followed by mesalazine alone is highly effective in obtaining remission of symptomatic uncomplicated diverticular disease. *Med Sci Monit.* 2004 May;10(5):PI70-3.

В другом исследовании сравнивалась эффективность месалазина и рифаксимины у пациентов с неосложненным дивертикулитом. 170 амбулаторным пациентам назначали терапию по одному из четырех возможных режимов: рифаксимин по 200 мг 2 раза в день (группа P1), рифаксимин по 400 мг 2 раза в день (группа P2),

месалазин по 400 мг 2 раза в день (группа M1) и месалазин по 800 мг 2 раза в день (группа M2) – в течение 10 дней каждого месяца. В исходном состоянии и через каждые 3 месяца авторы оценивали выраженность 11 клинических симптомов. Через 3 месяца во всех группах (кроме группы P1) общий показатель выраженности симптомов уменьшился ($p < 0,0001$), при этом пациенты, которых лечили месалазином, имели самый низкий общий показатель выраженности симптомов ($p < 0,001$). Авторами был сделан вывод о том, что терапия месалазином при дивертикулярной болезни более эффективна, чем лечение рифаксимином.

Di Mario F., Comparato G, Fanigliulo L, Aragona G et al. Use of mesalazine in diverticular disease *J. Clin. Gastroenterol.* – 40. – 2006. – P. 155–159.

Применение для профилактики рецидива дивертикулита.

В итальянском исследовании года изучалась возможная профилактическая роль месалазина у пациентов с клинически выраженной дивертикулярной болезнью. После курса первичной антибактериальной терапии пациенты либо получали месалазин (800 мг в сут) в течение 8 недель, либо не получали никакого лечения. В последующие годы у пациентов, леченных месалазином, рецидивы дивертикулярной болезни наблюдались существенно реже, чем у пациентов, не получавших лечения.

Trespi E, Panizza P, Colla C et al. Efficacy of low dose mesalazine (5-ASA) in the treatment of acute inflammation and prevention of complications in patients with symptomatic diverticular disease. *Minerva Gastroenterol Dietol.* 1997 Sep;43(3):157-62.

В 2002 г. сравнивалась эффективность комбинированной терапии рифаксимином и месалазином с монотерапией рифаксимином у пациентов с рецидивирующим дивертикулитом. Схема терапии была прерывистой (семь дней в месяц). Через 1 год терапии у пациентов, получавших комбинированную терапию рифаксимином и месалазином, рецидивы дивертикулита наблюдались существенно реже, чем у пациентов, получавших монотерапию рифаксимином.

Tursi A. Mesalazine for diverticular disease of the colon - A new role for an old drug // *Expert Opin. Pharmacother.* – 6. – 2005. – P. 69–74

Применение псиллиума (Мукофальк®) при дивертикулярной болезни



Пищевые волокна являются единственной базовой терапией при дивертикулезе. Согласно современным рекомендациям не только пациенты с выраженной клинической картиной, пациенты с историей предшествующих осложнений дивертикулярной болезни, но и асимптоматические пациенты с дивертикулярной болезнью должны получать терапию пищевыми волокнами в виде диеты или в виде лекарственных препаратов для нормализации моторики и профилактики возможных осложнений.

Мукофальк® является препаратом растительного происхождения, состоящим из оболочки семян *Plantago ovata* (подорожник овальный, исфагула) – синоним псиллиум (*psyllium*). 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 использование грубых пищевых волокон противопоказано (например, при дивертикулите).

Поэтому псиллиум (Мукофальк®) применяется даже при обострении язвенного колита и болезни Крона. Важным отличием Мукофалька от других пищевых волокон является большая эффективность и лучшая переносимость Мукофалька в лечении по сравнению с отрубями. Мукофальк® является лекарственным препаратом пищевых волокон и содержит стандартизированную дозу высококачественных пищевых волокон сбалансированного состава (три фракции пищевых волокон).

Регулярный прием Мукофалька при дивертикулярной болезни:

- уменьшает вероятность развития осложнений;
- нормализует моторную функцию кишечника и при запоре, и при диарее;
- оказывает пребиотическое действие;
- снижает уровень холестерина;
- и может комбинироваться с другими препаратами (спазмолитики, антибиотики, месалазин).



Лечение Мукофальком должно быть постоянным и без перерывов.



Применения препарата Мукофальк® при дивертикулярной болезни зависит от характера стула:

- При запоре 3–6 саше (10–20 г псиллиума) в день на 2–3 приема
- При нормальном стуле 2–3 саше (6–10 г псиллиума) в день на 2–3 приема
- При диарее 1–2 саше (3–6 г псиллиума) в день на 1–2 приема

1) Fujimori S, Gudis K, Mitsui K et al. A randomized controlled trial on the efficacy of synbiotic versus probiotic or prebiotic treatment to improve the quality of life in patients with ulcerative colitis. // Nutrition. 2009 May;25(5):520-5.

2) Hotz, J., Plein, K. Wirkung von Plantago-Samenschalen im Vergleich zu Weizenkleie auf Stuhlfrequenz und Beschwerden beim Colon-irritabile-Syndrom mit Obstipation Med. Klin. 89, 645–651,1994

Схема лечения дивертикулярной болезни, основанная на доказательной медицине.

Дивертикулез	Дивертикулит
<p>Бессимптомное течение</p> <p>Базовая терапия пищевыми волокнами: Мукофальк® 2–4 пакетика в день на 2–3 приема Постоянно, длительно</p>	<p>Купирование обострения:</p> <p>Диета по типу стола 4а Базовая терапия: Мукофальк® 2–4 пакетика в день Антибактериальная терапия 7–10 дней</p> <ul style="list-style-type: none"> • Рифаксимин 800–1200 мг в день или • Ципрофлоксацин 1 г + Метронидазол 1 г в день <p>Противоспалительная терапия 2–4 недели: Салофальк® таблетки 1,5–2 г в день на 2–3 приема 2–4 недели</p> <p>Спазмолитики/прокинетики 2–4 недели:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гиосцина бутилбромид по 10–20 мг 3–4 раза в день или • Тримебутин по 100–200 мг 3 раза в день
<p>Присоединение симптомов:</p> <p>Боли в животе, тенезмы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гиосцина бутилбромид по 10–20 мг 3–4 раза в день, или • Тримебутин по 100–200 мг 3 раза в день, или • Альверина цитрат по 60 мг 2–3 раза в день 	<p>Поддержание ремиссии:</p> <p>Базовая терапия пищевыми волокнами: Мукофальк® 2–4 пакетика в сутки на 2–3 приема постоянно, длительно Противорещидивная терапия (не менее 1 года):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Салофальк® таблетки 1–1,5 г в сутки на 2–3 приема и/или • Рифаксимин 800 мг в сутки на 2 приема курсами по 7 дней ежемесячно
<p>Если в течение месяца на фоне приема 4 пакетов Мукофалька в сутки сохраняется запор:</p> <ul style="list-style-type: none"> • оценить питьевой режим – суточное потребление жидкости должно быть не менее 1,5–2 л (без учета жидкости на разведение Мукофалька) • увеличить дозу Мукофалька до 6 пакетов в день или к терапии добавить • натрия пикосульфат 5–15 капель в день или • лактитол 20–40 г в день 	<p>Показания к хирургическому лечению:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Абсолютные <ul style="list-style-type: none"> – Перфорация дивертикула с развитием абсцесса и перитонита – Стриктура толстой кишки с развитием кишечной непроходимости – Формирование свища – Профузное дивертикулярное кровотечение • Относительные <ul style="list-style-type: none"> – Отсутствие улучшения острого дивертикулита (более 3 обострений на протяжении 2 лет) – Повторные кишечные кровотечения на фоне консервативного лечения
<p>Метеоризм: Симетикон 80 мг 3–5 раз в день При рефрактерном течении – Рифаксимин 600–800 мг в сутки 3–4 раза в день, прием 7 дней</p>	