

Профилактика осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки в поликлинической практике

С.В. ЛЕВЧЕНКО, И.А. КОМИССАРЕНКО, Л.Б. ЛАЗЕБНИК

ФГБУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

Prevention of complications of colonic diverticular disease in outpatient practice

S.V. LEVCHENKO, I.A. KOMISSARENKO, L.B. LAZEBNIK

A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

Аннотация

В обзоре литературы представлены современные данные о частоте и факторах риска развития осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки, результаты последних исследований, свидетельствующие об успешности и безопасности амбулаторного лечения неосложненного острого дивертикулита. Дана оценка эффективности фармакологических препаратов различных групп в профилактике осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки.

Ключевые слова: дивертикулит, амбулаторное лечение, пищевые волокна, месалазин, пробиотики, бутират, невсасываемые антибиотики.

The literature review gives an update on the frequency and risk factors of complications of colonic diverticular disease, the results of recent investigations, which suggest the success and safety of outpatient treatment for uncomplicated acute diverticulitis. It evaluates the efficacy of pharmacological agents from different groups in preventing complications of colonic diverticular disease.

Keywords: diverticulitis, outpatient treatment, dietary fibers, mesalazine, probiotics, butyrate, non-absorbable antibiotics.

ДБТК — дивертикулярная болезнь толстой кишки
ДИ — доверительный интервал
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
КТ — компьютерная томография
ОД — острый дивертикулит

ОР — относительный риск
СД — сахарный диабет
СО — слизистая оболочка
СРБ — С-реактивный белок
ФК — фекальный кальпротектин

На этапе первичного звена оказания медицинской помощи абдоминальный болевой синдром остается сложной задачей для терапевта и гастроэнтеролога. Для принятия правильного решения о выборе тактики ведения больного необходимы конкретные знания о распространенности и этиологии абдоминального болевого синдрома, потенциальных рисках развития заболеваний, являющихся причиной болей, и шансах на выздоровление или факторах нежелательного течения заболевания.

В результате систематического обзора 14 исследований установлено, что среди всех консультаций на этапе первичного звена абдоминальный болевой синдром как повод обращения за медицинской помощью составляет 2,8%. Наиболее распространенными этиологическими причинами служат гастроэнтерит (7,2—18,7%) и синдром раздраженного кишечника (2,6—13,2%). Необходимо учитывать, что у 5,3% больных выявляются урологические причины боли в животе. Примерно у 1 из 10 пациентов боль в животе обуславливает необходимость неотложного хирургического вмешательства. Дивертикулит выявлен у 3% больных с абдоминальной болью, по частоте занимая третье место среди заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) после гастрита (5,2%) и патологии желчных путей и поджелудочной железы (4%) и опережая аппендицит (1,9%) и неопластические процессы (1%) [1].

Часто диагноз дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК) впервые устанавливается после развития тяжелых осложнений. ДБТК — полиэтиологическое заболевание, требующее дифференцированного подхода к коррекции как системных причин, так и клинических проявлений и осложнений [2]. Результаты исследований отечественных и зарубежных авторов свидетельствуют, что в общей структуре заболеваний кишечника дивертикулы ободочной кишки составляют 16—20%. Частота выявления дивертикул и их количество увеличиваются с возрастом: среди лиц моложе 40 лет примерно у 10%, а в возрасте 80 лет — у 66%. Половых различий по заболеваемости ДБТК нет [3, 4]. Необходимо учитывать, что частота развития осложнений ДБТК также увеличивается с возрастом: в возрасте 65—69 лет число осложненных форм ДБТК составляет 238 на 100 000 пациентов, а в группе больных старше 85 лет — 631 на 100 000 [5]. Поскольку единой классификации дивертикулярной болезни пока нет, при подготовке обзора мы руководствовались Клиническими рекомендациями по диагностике и лечению взрослых пациентов ДБТК, опубликованными в 2013 г. Общероссийской общественной организацией «Ассоциация колопроктологов России». Из осложненных форм ДБТК в данном обзоре рассматриваются острый дивертикулит (ОД) и рецидивирующее течение хронического дивертикулита. Вопросы профилактики угрожающих жиз-

Сведения об авторах:

Комиссаренко Ирина Арсеньевна — д.м.н., проф. каф. поликлинической терапии

Лазебник Леонид Борисович — д.м.н., проф. каф. поликлинической терапии

Контактная информация:

Левченко Светлана Владимировна — к.м.н., доцент каф. поликлинической терапии; 109074 Москва, Китайгородский пр-д, 7; тел.: +7(495)553-6804; e-mail: sv_levchenko@list.ru

ни состояний, требующих неотложного хирургического вмешательства (перитонит, перфорация дивертикула, кровотечение), мы не затрагивали.

Одним из самых частых осложнений ДБТК является ОД, который представляет собой значительное бремя для национальных систем здравоохранения в плане прямых и косвенных затрат. Проблема профилактики дивертикулита толстой кишки и его рецидивов актуальна, поскольку за последние 25 лет число госпитализаций в связи с этим заболеванием значительно выросло. Об этом свидетельствуют данные норвежских ученых, которые провели ретроспективный анализ всех случаев пролеченного ОД в период 1988—2012 гг. в одном из госпиталей в центре Норвегии. Регрессионный анализ Пуассона показал увеличение числа случаев госпитализации в 2,8 раза (при 95% доверительном интервале — ДИ от 2,2 до 3,5) за последние 25 лет. Число госпитализаций увеличилось с 17,9 (при 95% ДИ от 14,1 до 22,3)/100 000 в период 1988—1992 гг. до 51,1 (при 95% ДИ от 44,8 до 58,0)/100 000 в период 2008—2012 гг. Общая заболеваемость составила 29,4 (при 95% ДИ от 27,1 до 31,7) на 100 000 человеко-лет. Отмечен ее рост в 2,6 раза (при 95% ДИ от 1,96 до 3,34) [6]. В США статистика показывает 75 госпитализаций в год по поводу ОД в расчете на 100 000 населения. Последние отчеты демонстрируют рост числа госпитализаций на 26% за предыдущий 7-летний период [7].

Неосложненный ОД в недавнем прошлом традиционно служил показанием к стационарному лечению с обеспечением функционального покоя кишки, внутривенного введения антибиотиков и дезинтоксикационной терапии. В последние годы увеличивается число публикаций, пытающихся определить, возможно ли лечение таких больных в амбулаторных условиях с более ранним переводом на энтеральное питание и пероральный прием антибиотиков. J. Jackson и T. Hammond [8] представили систематический обзор баз данных Medline, Embase и Кокрановской библиотеки для оценки безопасности и эффективности такого амбулаторного подхода. Во всех исследованиях 403 (97%) из 415 участников с неосложненным ОД были успешно пролечены в амбулаторных условиях. Экономия составляла от 35,0 до 83%. Таким образом, текущие данные свидетельствуют, что более прогрессивный амбулаторный подход, основанный на большом числе случаев успешного лечения больных с неосложненным ОД оправдан. Амбулаторное лечение признано безопасным и эффективным у 90% больных с неосложненным течением дивертикулита и другими авторитетными исследователями [9].

Для планирования бюджетов медицинских страховых компаний и систем здравоохранения различных стран важны не только заболеваемость, но и прогноз больных с различными нозологиями, в частности дивертикулитом.

По данным систематического обзора A. Morris и соавт. [10], течение заболевания и прогноз неосложненного дивертикулеза у большинства больных являются доброкачественными. Например, в когортном исследовании из 3165 больных, госпитализированных по поводу ОД с последующим наблюдением в среднем в течение 8,9 года, только у 13,3% развился рецидив после первого приступа дивертикулита, еще у 3,9% больных имелся второй рецидив. В отличие от ранее существующего мнения, выявлено, что риск септического перитонита с каждым повторным обострением уменьшается, а не увеличивается. Результаты исследования показывают, что от 20 до 35% больных, пролеченных консервативно, страдают от хронической абдоминальной боли по сравнению с 5—25% пациентов, лечившихся хирургически [10]. Частота развития рецидивов после медикаментозной терапии приступа ОД варьирует от 13 до 36% [7].

В исследовании, проведенном в госпитале Левангер в период с 1988 по 2012 г., дана оценка краткосрочной и долгосрочной перспективы заболевания, относительной выживаемости и причин смерти у пациентов, госпитализированных по поводу ОД. Медиана длительности наблюдения составила 6,95 года (диапазон 0,28—24,66 года). Общее число госпитализаций по поводу ОД за 25 лет достигало 851 на 650 пациентов. Наиболее часто встречался неосложненный дивертикулит (738 случаев). Формирование абсцесса и гнойный перитонит вследствие перфорации установлены у 44 и 47 пациентов соответственно, перфорация и каловый перитонит — у 9, кишечная непроходимость — у 13. За время

длительного наблюдения 219 человек умерли, 431 на момент окончания исследования жив. После первого эпизода дивертикулита 100-дневная относительная выживаемость больных с неосложненным течением дивертикулита составила 97% (при 95% ДИ от 95 до 99%), у больных с формированием абсцесса — 79% (при 95% от 62 до 89%), у больных с гнойным перитонитом — 84% (при 95% от 69 до 92%), с каловым перитонитом — 44% (при 95% от 10 до 74%), с кишечной непроходимостью — 80% (при 95% от 38 до 96%). У 609 больных, выживших в первые 100 дней, расчетная 5-летняя относительная выживаемость составила 96% (при 95% ДИ от 92 до 100) и 10-летняя выживаемость — 91% (при 95% ДИ от 84 до 97). При этом существенных различий по долгосрочной перспективе относительной выживаемости среди больных с различными клиническими формами дивертикулита не было. Прогноз заболевания авторы связывают с общим состоянием больного по классификации ASA (American Society of Anaesthesiologists classification of Physical Health) в момент госпитализации. Все пациенты, тяжесть состояния которых по шкале ASA была 4 балла и выше, умерли в течение 2 лет [11].

Частота и факторы риска развития дивертикулита и его рецидивов. Среди факторов, предрасполагающих к развитию и рецидивированию ОД, называют ожирение [12—15], курение, недостаточное употребление пищевых волокон, отсутствие физической активности [16] и использование лекарств, таких как ацетилсалициловая кислота и нестероидные противовоспалительные препараты [17].

По результатам другого систематического обзора, патофизиология дивертикулита ассоциировалась с измененной сократительной способностью кишечника, увеличением внутрипросветного давления и нарушением количественного и качественного состава микробиоты толстой кишки. В этом же обзоре, охватывающем 186 статей, несколько исследований продемонстрировали гистологическое сходство дивертикулита с воспалительными заболеваниями кишечника и синдромом раздраженной кишки, но были сосредоточены на сравнении, а не на выявлении причинно-следственных связей [10].

На фоне эпидемического роста заболеваемости сахарным диабетом (СД) во всем мире актуальным становится вопрос о влиянии СД на течение осложненных форм ДБТК. В эпидемиологическом исследовании с III уровнем доказательности представлены результаты сравнения 2 групп пациентов: с СД и без СД. Ретроспективно проанализированы по степени тяжести заболевания (с использованием шкалы Hinchey и компьютерной томографической градации Ambrosetti) 1019 случаев госпитализации. При этом изучались летальность, продолжительность пребывания в стационаре, необходимость операции, послеоперационные осложнения и частота повторных госпитализаций. Выявлено, что в группе больных СД течение ОД тяжелее, чем в группе больных без СД (3 или 4 балла по шкале Hinchey у 12,2 и 9,2% соответственно; $p < 0,001$), больше количество сопутствующей патологии и больше число пациентов старших возрастных групп. Но при этом отсутствовали существенные различия по неэффективности консервативной терапии (2,2% больных с СД по сравнению с 2,5% больных без СД; $p = 1,000$), по числу повторных госпитализаций или смертности [18].

На основании ретроспективного анализа клинических и радиологических особенностей течения заболевания у 469 пациентов, успешно консервативно пролеченных после первого приступа неосложненного дивертикулита между 2002 и 2012 гг., в результате одно- и многомерного анализа к факторам риска рецидива отнесены множественные дивертикулы (относительный риск — ОР 2,62 при 95% ДИ от 1,56 до 4,40) и внутрибрюшинно локализованный дивертикулит (ОР 3,73 при 95% ДИ от 2,13 до 6,52). В случае, когда эти два фактора сочетались, риск рецидива повышался до 54,5%, а риск необходимости хирургического вмешательства — до 15,2%. Различий между право- и левосторонними вариантами ДБТК не выявлено [19].

Лабораторные и инструментальные предикторы осложненного течения и рецидива дивертикулита. В исследовании A. Kechagias и соавт. [20] проведена ретроспективная оценка результатов обследования и лечения 182 пациентов с дивертикулитом. Больных разделили на следующие группы: 158 (87%) с легким течением за-

болевания, при котором консервативное лечение было успешным, и 24 (13%) тяжелым течением, при котором требовалось чрескожное дренирование абсцесса и/или хирургическое вмешательство. При уровне С-реактивного белка (СРБ) менее 170 мг/л была высока вероятность легкого течения дивертикулита и эффективности консервативной терапии. Пациенты с СРБ выше 170 мг/л имели больший риск пройти хирургическое лечение или по крайней мере подвергнуться чрескожному вмешательству. В результате логистического регрессионного анализа авторы пришли к заключению, что независимым фактором риска тяжелого течения ОД может служить уровень СРБ 170 мг/л и выше (чувствительность 87,5%, специфичность 91,1%, площадь под характеристической кривой 0,942; $p < 0,00001$) [20], и это должно учитываться врачами амбулаторного звена при обследовании больных.

Другая работа посвящена изучению микробиоты у больных ОД для оценки прогностической значимости диагностики дисбиоза. В работе сравнивались результаты микробиологического исследования кала 31 пациента с левосторонним вариантом дивертикулярной болезни с компьютерно-томографическими признаками неосложненного дивертикулита и 25 субъектов контрольной группы. Использован метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) в ДНК-изоляциях из базовых образцов кала. Различия в обилии и разнообразии бактериальных штаммов оценивались по индексу Шеннона: чем больше индекс, тем больше разнообразие видов микроорганизмов. Для разработки модели прогнозирования в диагностике дивертикулита использован дискриминантный анализ перекрестной проверки частичных наименьших квадратов. Диагностическая точность регрессионной модели в нем составила 84%. Авторами сделан вывод о большей вариабельности микробиоты у больных ОД по сравнению с контролем, а определение кластеров *Proteobacteria* предложено в качестве нового способа диагностики дивертикулита [21].

В проспективном когортном исследовании по изучению фекального кальпротектина (ФК) полученные результаты позволили авторам предположить связь между аномальными уровнями ФК и рецидивом дивертикулита и рекомендовать повышенный уровень ФК в качестве прогностического фактора неблагоприятного течения заболевания [22].

В обзорной статье Р. Ambrosetti [23] в качестве прогностического фактора осложненного течения заболевания указана степень тяжести течения дивертикулита по данным компьютерной томографии (КТ). Градация тяжести течения дивертикулита по данным КТ помогает прогнозировать неблагоприятный исход после лечения первого эпизода.

Диагноз ОД базируется в основном на клинических, лабораторных и рентгенологических (КТ) признаках. Проведение колоноскопии после эпизода дивертикулита для всех пациентов обязательно. Колоноскопия должна быть назначена только больным с симптомами «тревоги» и выявленными факторами риска развития колоректального рака [24].

Немедикаментозные методы профилактики ОД и рецидива хронического дивертикулита. В любом случае лечение больных с различными формами ДБТК должно начинаться с рекомендаций по изменению образа жизни. Оно предполагает увеличение в рационе больного количества пищевых волокон. Теория о том, что активная терапия диетой с высоким содержанием клетчатки может предупредить развитие дивертикулеза и/или его осложнений, подтверждается единственным крупным проспективным контролируемым исследованием Health Professionals Follow-up Study, в котором наблюдались 47 678 американцев [25]. За 6-летний период обнаружена значительная обратная зависимость между употреблением нерастворимой клетчатки (особенно фруктов и овощей, т.е. целлюлозы) и риском развития сопровождающейся симптомами дивертикулярной болезни (ОР 0,56 при 95% ДИ от 0,44 до 0,91). В последнее время появляются сообщения о том, что диеты, обогащенные пищевыми волокнами, мало отличаются от плацебо, однако все эти работы имеют уровень доказательности С. Поэтому рекомендации по достаточному употреблению пищевых волокон по-прежнему актуальны. Рекомендуемая норма пищевых волокон 25–32 г в сутки, что соответствует приблизительно 400–450 г овощей и фруктов [26, 27]. Для пре-

дотвращения избыточного газообразования в кишечнике и повышения мотивации нужно акцентировать внимание больного на постепенном увеличении ежедневного приема овощей и фруктов (в течение нескольких недель). Снижению газообразования способствует также тепловая обработка продуктов. Еще одним необходимым условием является достаточная физическая активность: во многих руководствах она определяется как ежедневная 30-минутная ходьба быстрым темпом [28].

Уже на этапе диетологических рекомендаций для увеличения количества пищевых волокон в рационе больному можно назначить отруби или псиллиум. Количество отрубей увеличивается с 1–2 чайных ложек до 6–8 столовых в течение 2–4 нед. Кроме того, отруби и псиллиум могут служить примером применения принципа многоцелевой монотерапии, т.е. возможности использовать системные эффекты одного лекарственного средства для одновременной коррекции нарушенных функций нескольких органов или систем. Установлено благоприятное воздействие псиллиума на снижение массы тела [29] и гиперхолестеринемии [30].

Противорецидивное лечение дивертикулита. Салицилаты. В метаанализе 6 рандомизированных контролируемых исследований (суммарно 818 пациентов) оценивали эффективность месалазина при дивертикулярной болезни: 3 исследования проведены с участием пациентов с неосложненным дивертикулитом и 3 исследования у больных дивертикулярной болезнью с клиническими проявлениями. Авторы пришли к заключению, что терапия месалазином приводит к лучшим результатам лечения, чем терапия в контрольной группе. При этом назначение месалазина по постоянной схеме (ежедневный прием) в отличие от циклического приема (10 дней каждого месяца в течение 24 мес) оказывало более выраженное противорецидивное действие [31]. Эффективность салицилатов обусловлена широким спектром противовоспалительного действия [32]. Хотя препараты 5-аминосалициловой кислоты доказали свою эффективность в лечении симптоматической неосложненной ДБТК, их роль в профилактике рецидивов дивертикулита все еще обсуждается [33]. Недавно опубликованы результаты исследований III фазы PREVENT1 и PREVENT2, в которых оценивались эффективность и безопасность мультиматричного месалазина по сравнению с плацебо в профилактике рецидивирующего дивертикулита у 590 (PREVENT1) и у 592 (PREVENT2) взрослых пациентов с одним эпизодом ОД и более в предыдущие 24 мес, устраненные без хирургического вмешательства. Пациенты получали месалазин (1,2, 2,4 или 4,8 г) или плацебо один раз в день в течение 104 нед. Основным критерий оценки — число рецидивов (в процентах) у пациентов к 104-й неделе. Рецидив дивертикулита определен как хирургическое вмешательство на любом этапе исследования или наличие рентгенологических (КТ) признаков дивертикулита — утолщение стенки кишки (более 5 мм) и/или спаянная с дивертикулом жировая ткань. У отдельных больных признаками рецидива служили наличие боли в животе и лейкоцитоз. Новых побочных эффектов при применении месалазина не выявлено.

Авторами сделано заключение, что месалазин не превосходит плацебо в профилактике рецидивирующего дивертикулита и не может быть рекомендован в качестве препарата выбора при этой патологии [34].

Антибиотики. При назначении антибиотиков с целью профилактики осложнений ДБТК предпочтение должно быть отдано невоссасывающимся антибиотикам. Наиболее широким антибактериальным спектром обладает рифаксимин. Возможности рифаксимины оценивались в многоцентровом рандомизированном открытом контролируемом исследовании у 165 пациентов с недавним эпизодом дивертикулита толстой кишки, находящихся на момент включения в исследование в стадии ремиссии. Пациенты получали диету с высоким содержанием клетчатки (3,5 г) с или без добавления рифаксимины в дозе 400 мг в течение 1 нед каждого месяца на протяжении 12 мес. Основным критерий оценки — рецидив дивертикулита, включая эпизоды острой симптоматики с осложнениями или без них. Проведен многомерный логистический регрессионный анализ и определен коэффициент Кокса (модель пропорциональных рисков Кокса — прогнозирование риска наступления события для рассматриваемого объекта и оценка влияния заранее определенных независимых перемен-

ных на этот риск). Рецидивы отмечены у 10,4% пациентов, получавших рифаксимин и пищевые добавки, содержащие пищевые волокна, против 19,3% пациентов, получавших только пищевые волокна. Логистический анализ с учетом пола, возраста, длительности заболевания, времени от последнего эпизода обострения и локализации дивертикулита продемонстрировал значительный эффект лечения (отношение шансов 3,20 при 95% ДИ от 1,16 до 8,82; $p=0,025$). Оба вида лечения признаны безопасными. Таким образом, профилактический прием рифаксимины с целью снижения риска рецидива дивертикулита признан авторами эффективным [35].

Сходные результаты по эффективности рифаксимины в снижении риска или прогрессирования осложнений ОД получены в другом ранее проведенном небольшом (36 больных) исследовании [36]. Однако противорецидивный эффект оказался рифаксимины меньше, чем у месалазина [37].

Пробиотики. Кишечник хорошо известен как крупнейший лимфоэпителиальный орган человека, ежедневно производящий больше антител (преимущественно секреторного IgA), чем все другие лимфоидные ткани. По мнению L. Dugheta и соавт. [38], основной причиной ОД является аномальное накопление фекальных бактерий в просвете дивертикула и их адгезия к слизистой оболочке (СО) кишечника, ведущие к дисбалансу между нормальной микробиотой и патогенными видами: грамотрицательными *Enterobacteriaceae*, главным образом, *Escherichia coli* и *Proteus* spp. В их исследовании (83 пациента) оценивалась эффективность перорального иммуностимулятора — высокоочищенного полимикробного лизата в профилактике повторных эпизодов дивертикулита. В группе пациентов, принимавших высокоочищенный полимикробный лизат, по сравнению с группой плацебо выявлено улучшение симптоматики и снижение числа эпизодов рецидива дивертикулита. Эффективность препарата авторы исследования объясняли прямой стимуляцией опосредованной IgA защиты СО толстой кишки [39].

Однако при дальнейшем сравнительном изучении эффективности различных групп препаратов, в частности полимикробного лизата в профилактике рецидивов дивертикулита, оказалось недостаточно аргументов, чтобы рекомендовать этот препарат для иммуностимуляции с позиций доказательной медицины [40].

По мнению некоторых исследователей, сочетание месалазина и пробиотиков может уменьшить число рецидивов дивертикулита. Однако для проверки этого необходимы дальнейшие рандомизированные контролируемые исследования [41].

Применение пробиотиков может быть многообещающим, но необходимы дальнейшие надежные исследования, чтобы подтвердить предварительные результаты [33].

Бутират. Интерес к препаратам масляной кислоты связан с противовоспалительным и регенеративным действием бутирата в отношении СО толстой кишки. В работе L. Krokowicz и соавт. [41] из Познаньского университета изучалась роль микрокапсулированного бутирата у больных с дивертикулезом, его возможный потенциал для снижения частоты эпизодов и в профилактике дивертикулита. В течение 12 мес в исследуемой группе количество эпизодов дивертикулита составило 2 (6,67%) против 7 (31,8%; $p=0,0425$) в контрольной группе. По сравнению с группой плацебо число случаев ультразвукового подтверждения дивертикулита оказалось статистически значимо меньше (1 против 5; $p=0,0229$). Схожие результаты получены при КТ-колонографии. Число больных, отметивших улучшение самочувствия и повышение качества жизни в группе получавших бутират было статистически значимо больше в группе лечения (55,67% против 22,73%; $p=0,0143$). За все время наблюдения (12 мес) не отмечено ни одного случая побочных эффектов микрокапсулированного бутирата. Авторы сделали вывод, что прием препарата масляной кислоты больными с бессимптомным дивертикулезом статистически значимо сокращает число эпизодов дивертикулита и количество соответствующих инструментальных методов исследования, требующихся для подтверждения дивертикулита ($p=0,0229$). После 12-месячного приема бутирата отмечено улучшение самочувствия у большинства больных ($p=0,0143$). Соответственно бутират может рассматриваться как вариант профилактики прогрессирования клинических симптомов дивертикулеза [42].

Заключение

Таким образом, в амбулаторной практике подход к профилактике осложнений ДБТК должен быть комплексным и включать рекомендации по изменению образа жизни и питания с последующим назначением фармакологических препаратов. Среди основных групп лекарственных средств должны рассматриваться невоссасывающиеся антибиотики, препараты 5-аминосалициловой кислоты, защищенные формы масляной кислоты. Вопрос о назначении пробиотиков в качестве профилактического средства окончательно не решен.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

- Viniol A, Keunecke C, Biroga T, Stadje R, Dornieden K, Bösner S, Donner-Banzhoff N, Haasenritter J, Becker A Studies of the symptom abdominal pain — a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract.* 2014;31(5):517-529. doi:10.1093/fampra/cmu036.
- Kang JY, Firwana B, Green AE et al. Uncomplicated diverticular disease is not a common cause of colonic symptoms. *Aliment Pharmacol Ther.* 2011;33(4):487-494.
- Delvaux M. Diverticular disease of the colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;18(Suppl. 3):71-74. doi:10.1046/j.0953-0673.2003.01720.x.
- Lazebnik L, Baryshnikov E, Parfenov A, Prilepskaja S, Kosacheva T. First results of epidemiological study MUZE (prevalence of colon diverticulosis, colorectal polyps and colorectal cancer among adult population of Moscow with chronic constipation and alarm symptoms). *Scandinavian J Gastroent.* 2010;45(Suppl. 247):86.
- Stollman NH, Morgan R et al. Hospitalisations for diverticular disease. Effects of age on presentation. *Am J Gastroenterol.* 1999;11:3110-3121.
- Jamal Talabani A, Lydersen S, Endreseth BH, Edna TH. Major increase in admission- and incidence rates of acute colonic diverticulitis. *Int J Colorectal Dis.* 2014;29(8):937-945. doi:10.1007/s00384-014-1888-9.
- Humes DJ, Spiller RC. Review article: The pathogenesis and management of acute colonic diverticulitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014;39(4):359-370. doi:10.1111/apt.12596.
- Jackson JD, Hammond T. Systematic review: outpatient management of acute uncomplicated diverticulitis. *Int J Colorectal Dis.* 2014;29(7):775-781. doi:10.1007/s00384-014-1900-4.
- Tursi A. Efficacy, safety, and applicability of outpatient treatment for diverticulitis. *Drug Healthc Patient Saf.* 2014;6:29-36. doi:10.2147/DHPS.S61277.
- Morris AM, Regenbogen SE, Hardiman KM, Hendren S Sigmoid diverticulitis: a systematic review. *JAMA.* 2014;311(3):287-297. doi:10.1001/jama.2013.282025.

11. Edna TH, Jamal Talabani A, Lydersen S, Endreseth BH. Survival after acute colon diverticulitis treated in hospital. *Int J Colorectal Dis.* 2014;29(11):1361-1367. doi:10.1007/s00384-014-1946-3.
12. Dobbins C, Defontgalland D, Duthie G, Wattoo DA. The relationship of obesity to the complications of diverticular disease. *Colorectal Dis.* 2006;8(1):37-40.
13. Jeong JH, Lee HL et al. Correlation between complicated diverticulitis and visceral fat. *J Korean Med Sci.* 2011;26(10):1339-1343.
14. Strate LL, Liu YL, Aldoori WH et al. Obesity increases the risks of diverticulitis and diverticular bleeding. *Gastroenterology.* 2009;136(1):115-122.
15. Kopylov U, Ben-Horin S, Lahat A, Segev S. Obesity, metabolic syndrome and the risk of development of colonic diverticulosis. *Digestion.* 2012;86(3):201-205.
16. Strate LL, Liu YL, Aldoori WH et al. Physical activity decreases diverticular complications. *Am J Gastroenterol.* 2009;104(5):1221-1230. doi:10.1038/ajg.2009.121.
17. Ballinger A. Adverse effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs on the colon. *Curr Gastroenterol Rep.* 2008;10(5):485-489.
18. Cologne KG, Skiada D, Beale E, Inaba K, Senagore AJ, Demetriades D. Effects of diabetes mellitus in patients presenting with diverticulitis: clinical correlations and disease characteristics in more than 1,000 patients. *J Trauma Acute Care Surg.* 2014;76(3):704-709. doi:10.1097/TA.0000000000000128.
19. Park HC, Kim BS, Lee K, Kim MJ, Lee BH. Risk factors for recurrence of right colonic uncomplicated diverticulitis after first attack. *Int J Colorectal Dis.* 2014;29(10):1217-1222. doi:10.1007/s00384-014-1941-8.
20. Kechagias A, Rautio T, Kechagias G, Mäkelä J. The role of C-reactive protein in the prediction of the clinical severity of acute diverticulitis. *Am Surg.* 2014;80(4):391-395.
21. Daniels L, Budding AE, de Korte N, Eck A, Bogaards JA, Stockmann HB, Consten EC, Savelkoul PH, Boermeester MA. Fecal microbiome analysis as a diagnostic test for diverticulitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2014;33(11):1927-1936. doi:10.1007/s10096-014-2162-3.
22. Tursi A, Elisei W, Picchio M, Brandimarte G. Increased faecal calprotectin predicts recurrence of colonic diverticulitis. *Int J Colorectal Dis.* 2014;29(8):931-935. doi:10.1007/s00384-014-1884-0.
23. Ambrosetti P, Gervaz A. Fossung-Wiblishauser Sigmoid diverticulitis in 2011: many questions; few answer. *Colorectal Dis.* 2012;14(8):e439-e446. doi:10.1111/j.1463-1318.2012.03026.x.
24. Leclaire S, Nahon S, Alatawi A, Antonietti M, Chaput U, Di-Fiore A, Alhameedi R, Marteau P, Ducrotté P, Dray X. Diagnostic impact of routine colonoscopy following acute diverticulitis: A multicenter study in 808 patients and controls. *United Eur Gastroenterol J.* 2014;2(4):301-306. doi:10.1177/2050640614541765.
25. Aldoori WH, Giovannucci EL, Rockett HR Sampson L, Rimm EB, Willett WC. A prospective study of dietary fiber types and symptomatic diverticular disease in men. *J Nutr.* 1998;128:714-719.
26. «Здоровая пища и питание женщин и их семей.» Рекомендации ВОЗ, 2002, 194 стр., EUR 01/5028597, оригинал: неотредактированный английский
27. Hermann J, Brown B, Heintz S. Impact of a nutrition promotion program on dietary behaviors, dietary intake, and health measures in adults over fifty-five years of age. *J Nutr Elderly.* 2000;19(3):1-14.
28. Потемкина Р.А. *Физическая активность. Методические рекомендации.* М.: ГНИЦ профилактической медицины; 2012:36.
29. Гинзбург М.М. *Отчет об опыте применения препарата Мукофальк в комплексной терапии у пациентов с ожирением и метаболическим синдромом.* Самара: НИИ диетологии и диетотерапии; 2010.
30. Комиссаренко И.А., Левченко С.В., Гудкова Р.Б., Сильвестрова С.Ю. Эффекты длительного применения псиллиума при лечении больных с дивертикулярной болезнью толстой кишки. *Клинические перспективы гастроэнтерологии и гепатологии.* 2014;3:29-36.
31. Gatta L, Vakil N, Vaira D et al. Efficacy of 5-ASA in the treatment of colonic diverticular disease. *J Clin Gastroenterol.* 2010;44(2):113-119. doi:10.1097/MCG.0b013e3181a15864.
32. Gross V. Aminosalicylates. *Dig Dis.* 2012;30(1):92-99. doi:10.1159/000335906.
33. Tursi A. New physiopathological and therapeutic approaches to diverticular disease: an update. *Expert Opin Pharmacother.* 2014;15(7):1005-1017. doi:10.1517/14656566.2014.903922.
34. Raskin JB, Kamm MA, Jamal MM, Márquez J, Melzer E, Schoen RE, Szalóki T, Barrett K, Streck P. Mesalamine Does Not Prevent Recurrent Diverticulitis in Phase 3 Controlled Trials. *Gastroenterology.* 2014 pii: S0016-5085(14)00900-7. doi:10.1053/j.gastro.2014.07.004.
35. Lanas A, Ponce J, Bignamini A, Mearin F. One year intermittent rifaximin plus fibers supplementation vs. fibers supplementation alone to prevent diverticulitis recurrence: a proof-of-concept study. *Dig Liver Dis.* 2013;45(2):104-109. doi:10.1016/j.dld.2012.09.006.
36. Iosca N, Ferrieri A. The rifaximin therapy and prophylaxis of episodes of acute diverticulitis. *Recenti Prog Med.* 1993;84(1):49-53.
37. Tursi A, Elisei W, Giorgetti GM, Inchingolo CD, Nenna R, Picchio M, Maiorano M, Penna A, Lecca PG, Brandimarte G. Effectiveness of different therapeutic strategies in preventing diverticulitis recurrence. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2013;17(3):342-348.
38. Dughera L, Serra AM, Battaglia E, Tibaudi D, Navino M, Emanuelli G. Acute recurrent diverticulitis is prevented by oral administration of a polybacterial lysate suspension. *Minerva Gastroenterol Dietol.* 2004;50(2):149-153.
39. Weisberger L, Jamieson B. Clinical inquiries: How can you help prevent a recurrence of diverticulitis? *Fam Pract.* 2009;58(7):381-382.
40. Tursi A, Joseph RE, Streck P. Expanding applications: the potential usage of 5-aminosalicylic acid in diverticular disease. *Dig Dis Sci.* 2011;56(11):3112-3121. doi:10.1007/s10620-011-1731-x.
41. Krokowicz L, Stojcev Z, Kaczmarek BF, Kociemba W, Kaczmarek E, Walkowiak J, Krokowicz P, Drews M, Banasiewicz T. Microencapsulated sodium butyrate administered to patients with diverticulosis decreases incidence of diverticulitis — a prospective randomized study. *Int J Colorectal Dis.* 2014;29(3):387-393. doi:10.1007/s00384-013-1807-5.

Поступила 17.09.2015