



# Полиморбидность дивертикулярной болезни толстой кишки – фактор, определяющий терапию

В.М. Махов, д.м.н., проф., Л.В. Ромасенко, д.м.н., проф.,  
А.С. Панферов, к.м.н., Ю.А. Доронина, А.А. Балахонов

Адрес для переписки: Валерий Михайлович Махов, makhov-dok@mail.ru

Для цитирования: Махов В.М., Ромасенко Л.В., Панферов А.С. и др. Полиморбидность дивертикулярной болезни толстой кишки – фактор, определяющий терапию // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 18. С. 24–28.  
DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-18-24-28

*В развитии дивертикулярной болезни толстой кишки определенную роль играют ожирение, возраст и рацион питания. Нередки случаи полиморбидности – сочетания дивертикулярной болезни толстой кишки с желчнокаменной болезнью, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, дуоденогастральным рефлюксом и психическими девиациями. В статье рассматривается место урсодезоксихолевой кислоты в схеме лечения полиморбидного пациента с сочетанием различных заболеваний желудочно-кишечного тракта, таких как желчнокаменная и дивертикулярная болезнь, и возможности такой терапии в снижении полипрагмазии.*

**Ключевые слова:** дивертикулярная болезнь толстой кишки, полиморбидность, триада Сейнта, урсодезоксихолевая кислота

Дивертикул – грыжевое выпячивание полого органа. Чаще в медицинской практике дивертикулы выявляют в толстой кишке (ТК). Наличие в ТК одного и более дивертикулов означает дивертикулез ободочной кишки (ДОК). Согласно рентгеноконтрастным исследованиям ТК, ДОК обнаруживается у 15,75% всех обследованных и 70,2% общего количества пациентов с диагностированной органической патологией ТК [1]. Эти анатомические

дефекты ТК относятся к приобретенным дивертикулам. По строению они ложные, поскольку в их стенке отсутствуют мышечные волокна и подслизистый слой, а по механизму образования – пульсионные, то есть образовавшиеся в результате продолжительного внутрикишечного повышенного давления на стенку кишки. Предполагается, что главным фактором развития ДОК является низкое содержание растительной клетчатки в пищевом рацио-

не. Дефицит клетчатки приводит к уменьшению объема кала, повышению его плотности и запорам, избыточному бактериальному росту, изменению эластического состояния стенки кишки, дисфункции ее рецепторного аппарата и интрамуральных ганглиев. Как следствие – хаотизация моторики и повышение внутрикишечного давления.

Роль питания подтверждается результатами наблюдения за лицами, придерживавшимися вегетарианской диеты. У них намного реже регистрируется и дивертикулез, и осложнения дивертикулярной болезни.

Обсуждается роль ожирения, главным образом абдоминального, висцерального, в генезе ДОК. Из-за сложностей проведения инструментальной диагностики и ее высокой стоимости данные о распространенности ДОК в популяции недостаточно надежные. Однако очевидно, что частота выявления ДОК возрастает с увеличением возраста пациентов. Так, среди лиц от 40 до 50 лет ДОК диагностируется в 5–10% случаев, среди пациентов старше 80 лет – в 65% [2].



Помимо указанных факторов развития ДОК существуют факторы, влияние которых на формирование и осложнения ДОК возможно, но не доказано. Речь идет об употреблении в пищу красного мяса, орехов, курении, злоупотреблении алкоголем.

В отличие от ДОК – понятия скорее анатомического – дивертикулярную болезнь толстой кишки (ДБТК) определяют как заболевание, характеризующееся клиническими проявлениями воспалительного процесса в дивертикуле и его потенциальными осложнениями [2]. При этом следует иметь в виду, что существует большая группа пациентов без клинических признаков воспаления, но с разнообразными функциональными нарушениями. Примерно у 80% пациентов ДОК протекает без осложнений [3].

Под пристальным вниманием врачей-терапевтов и главным образом хирургов находятся прежде всего пациенты с ДОК с осложнениями: кровотечением, последствиями воспаления дивертикула – перидивертикулитом, абсцессом, перфорацией, свищом, перитонитом, то есть с ДБТК.

Целесообразным считается деление ДБТК на следующие формы [4]:

- ✓ бессимптомную (дивертикулез, дивертикулы толстой кишки без клинических проявлений);
- ✓ неосложненную с клиническими проявлениями (клинически выраженный дивертикулез);
- ✓ осложненную (с воспалением и другими осложнениями, обусловленными дивертикулами).

В рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России (2016) предусмотрено, что лечение пациентов с ДБТК (клинически выраженным дивертикулезом) не отличается от лечения синдрома раздраженного кишечника, проводится в течение длительного периода с обязательным учетом индивидуальных особенностей и включает коррекцию диеты и назначение селективных спазмолитиков.

Даже в отсутствие эндоскопических и ультрасонографических

признаков дивертикулита и сегментарного колита у пациентов может возникать боль по ходу толстой кишки, чаще в левой подвздошной области, боль, ассоциированная с актом дефекации. Пациенты могут предъявлять жалобы на вздутие живота и многие другие жалобы, затрагивающие в диагностическом поиске печень, желчный пузырь, желудок и пищевод.

Клинические проявления, обусловленные воспалением дивертикулов и последующим осложнением, отсутствуют у 80% пациентов с ДОК. Тем не менее дивертикулярная болезнь прочно входит в пятерку заболеваний желудочно-кишечного тракта, в отношении которых прямые и косвенные затраты ложатся тяжелым экономическим бременем на общество [1]. Нередко ДБТК становится одной из нескольких сопутствующих патологий полиморбидного пациента. Особенно это касается лиц старше 60 лет. Так, среднее количество сопутствующих заболеваний в указанном возрастном периоде при желчнокаменной болезни (ЖКБ) –  $6,03 \pm 2,1$ , при хроническом панкреатите и гастрите –  $6,5 \pm 2,9$  и  $5,8 \pm 2,7$  соответственно [5].

С какой патологией чаще всего существует ДБТК в рамках полиморбидности?

Метаанализ шести проспективных исследований с участием более 1,5 млн пациентов (28 915 случаев дивертикулеза) продемонстрировал линейную зависимость между индексом массы тела (ИМТ) и риском возникновения ДБТК. Увеличение ИМТ с 20 кг/м<sup>2</sup> на каждые пять единиц сопровождается ростом относительного риска развития ДБТК на 28%, достигая двух-трехкратного увеличения у лиц с ожирением. Показано также, что физическая активность снижает риск дивертикулеза и дивертикулита на 24 и 26% соответственно [6].

В отличие от пациентов контрольной группы у пациентов с ДБТК регистрируется повышенное содержание общего, висцерального и подкожного жира [7].

Площадь висцерального жира у больных с левосторонним дивертикулитом выше, чем у пациентов с дивертикулезом [8]. Среди пациентов, подвергшихся экстренному хирургическому вмешательству по поводу дивертикулита, по данным компьютерной томографии, достоверно выше соотношение висцерального и подкожного жира. Вероятно, более интенсивная продукция лептина и других провоспалительных интерлейкинов висцеральным жиром у пациентов с висцеральным ожирением может способствовать более тяжелому течению ДБТК [9].

В 1940 г. Ch.F. Saint отмечал сочетание ДБТК, ЖКБ и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) у пожилых лиц, преимущественно женщин. В 1948 г. С.J.V. Muller проанализировал причины одномоментного сосуществования этих нозологических единиц. В качестве предрасполагающих факторов он выделил врожденную анатомическую слабость соединительной ткани, беременность в анамнезе, запор и старческое истощение мышц и фасций. Последний фактор говорит о том, что такое сочетание свойственно именно пожилым людям [10]. Обсуждаемый медицинский феномен был назван триадой Сейнта.

Подобные сочетания изучаются и сегодня. Результаты обследования 579 пациентов с ДБТК показали, что в 17,96% ДОК сочетается с ЖКБ. Триада Сейнта выявлена у 15 (2,59%) пациентов [1]. В клиническом исследовании с участием 637 518 больных пациенты с ДБТК и ЖКБ чаще имели ГПОД или другую грыжу. К факторам риска триады Сейнта отнесены грыжи различной локализации, системные поражения соединительной ткани, сахарный диабет, старение, хроническая обструктивная болезнь легких. Маркером является и аневризма аорты [11].

На сочетание ГПОД и ЖКБ особое внимание обращают хирурги, обсуждая возможности и риски одномоментного хирургического лечения, то есть симультанных операций [12].

гастроэнтерология



Для определения факторов полиморбидности и коморбидности мы провели исследование с участием 110 пациентов с ДБТК (76,4% женщин, 23,6% мужчин). Распределение по возрасту было следующим: 43 (39,1%) пациента старше 70 лет, 44 (40,0%) – от 61 до 70 лет, 23 (20,9%) – от 51 до 60 лет. Согласно анализу системной полиморбидности, ЖКБ диагностирована у 46 (41,8%) больных, из них у 26 в анамнезе имела место холецистэктомия по поводу ЖКБ, у 11 – ЖКБ, безболевого форма, у семи – холестероз желчного пузыря, у двух – билиарный сладж. Эзофагогастродуоденоскопия и полипозиционное рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка позволили диагностировать ГПОД в 26 (23,6%) случаях. Триада Сейнта (классический вариант) оформлена как диагноз у 12 (10,9%) пациентов – наибольший показатель среди проанализированных публикаций.

Психический статус пациента признан важнейшим фактором, во многом влияющим на общее состояние, а также на результаты лечения, прогноз, качество жизни. Крайне важно своевременное выявление депрессивных расстройств. Депрессия способна увеличивать риск негативного прогноза прежде всего за счет изменения поведения (отказ от инвазивных вмешательств, пренебрежение лекарственными средствами и диетой и др.).

Все обследованные пациенты с их согласия получили консультацию психиатра. Преобладали ипохондрические страхи запора, интоксикации вследствие запора, канцерофобические переживания, нарушения сна, трудности общения с окружающими. Тревожно-депрессивное и ипохондрическое расстройство отмечалось у 33,3% пациентов, депрессивное – у 13,7%, тревожно-фобическое – у 26,4%. Во всех этих случаях перед консультантом-психиатром стояла задача оказать психотерапевтическую поддержку и медикаментозную помощь для адекватной адаптации пациентов к ситуации, связанной с бо-

лезнью. В ряде случаев психиатр стал связующим звеном между пациентом и врачом-гастроэнтерологом.

Мы обратили внимание на то, что более чем у 2/3 обследованных больных была повышена масса тела. Нормальная масса тела наблюдалась у 28 (27,4%) пациентов, избыточная – у 57 (55,8%), ожирение первой степени – у 14 (13,7%), ожирение второй степени – у трех (2,9%) пациентов. По мере увеличения ИМТ отмечалось усиление болевого синдрома, усугубление запора, нарастание тяжести психических нарушений.

Трудно оценить удельный вес каждого элемента полиморбидности. Однако очевидно, что особенно важен фактор ожирения. Вероятность наличия ГЭРБ при ИМТ от 25 до 30 кг/м<sup>2</sup> увеличивается в два раза, при ИМТ свыше 30 кг/м<sup>2</sup> – в три раза [13].

При ожирении в клинической картине ГЭРБ преобладают диспепсия (отрыжка, горечь во рту, тошнота), щелочной рефлюкс в пищевод, замедленная эвакуация из желудка, отсутствует изжога (2/3 больных) [14].

Частое сосуществование неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) и ЖКБ обусловлено общими звеньями патогенеза. Анализ национального госпитального регистра США (7 800 440 историй болезни) показал, что ЖКБ при НАЖБП встречается в 3,5 раза чаще, чем при других заболеваниях желудочно-кишечного тракта [15].

У обследованных нами пациентов ДБТК протекала с сопутствующим ожирением. Соотнесение с критериями позволило поставить диагноз НАЖБП 53 больным. Однако следует учитывать, что, хотя уровень употребления алкоголя у пациентов с хроническими заболеваниями не отличается от такового в популяции, среди пациентов с психическими заболеваниями наблюдается большая склонность к употреблению алкоголя в опасных количествах [16].

Целенаправленно изучая особенности употребления алкоголя лицами старше 70 лет, французские ученые пришли к выводу, что

более половины людей данной возрастной категории регулярно употребляют алкоголь [17].

Российские пациенты более старших возрастных групп предпочитают водку менее крепким спиртным напиткам (пиву, шампанскому, сухому вину) [18].

Учитывая особенности психического статуса пациентов с ДБТК, можно предположить, что, не будучи в сфере внимания психиатра, без специализированной терапии, пациенты могли употреблять алкоголь, не афишируя это.

Таким образом, ДБТК часто является одним из элементов полиморбидной патологии, включающей такие заболевания, как ожирение и НАЖБП, патологию желчевыводящих путей (все стадии ЖКБ, дисфункцию сфинктера Одди, дисформию желчного пузыря), гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ), ГПОД. При этом вне желудочно-кишечного тракта могут одновременно присутствовать психические нарушения и, вероятно, сердечно-сосудистые заболевания [1].

Лечение ДБТК и профилактика осложнений предполагают:

- изменение рациона питания (увеличение количества пищевых волокон до 25–26 г в день – пшеничные отруби 20–37 г в сутки);
- облегчение болевого синдрома – прием спазмолитиков;
- коррекцию микрофлоры кишечника (рифаксимин, месалазин);
- уменьшение избыточной массы тела;
- нормализацию психического статуса.

Кроме того, необходима терапия полиморбидных состояний, таких как ГЭРБ, ГПОД, дисфункции сфинктера Одди, ЖКБ.

Исходя из сказанного, для рассматриваемой категории пациентов актуально наличие в схеме лечения препарата с мультимодальным действием. В этой связи целесообразно обратить внимание на механизмы действия и области применения УДХК.

УДХК обладает широким спектром терапевтических возмож-



ностей – от медикаментозного литолиза до сервисной гепатопротекции. Клиническое применение препаратов УДХК обеспечивает антифибротический, антихолестатический, холеретический, гипохолестеринемический, стимулирующий гепатобилиарную секрецию, иммуномодулирующий, антиапоптотический эффекты. Многочисленные точки приложения УДХК определяют разнообразие нозологических форм, при которых это вещество находит свое применение. УДХК уменьшает синтез холестерина в печени, всасывание его в кишечнике и концентрацию в желчи, повышает растворимость холестерина в желчевыводящей системе.

УДХК успешно используется при рефлюкс-гастрите [19], функциональных расстройствах билиарного тракта [20] и билиарном сладже [21].

Данные литературы [22] подтверждают эффективность применения УДХК при НАЖБП.

В методических рекомендациях Минздрава России (2014) предусмотрена схема, сочетающая в себе прием УДХК и статинов у пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, дислипидемией и сопутствующей патологией печени [23].

Сегодня УДХК активно используется в терапии различных заболеваний желудочно-кишечного тракта. С расширением когорты пациентов, которым показаны препараты на ее основе, и углублением понимания сути полиморбидности актуальной становится

проблема выбора препарата на основе УДХК, отвечающего современным требованиям к качеству и эффективности. Поскольку качество субстанции препарата УДХК служит определяющим фактором его эффективности, внимания клиницистов заслуживает латвийский препарат Гринтерол (производитель субстанции УДХК и лекарственного препарата Гринтерол АО «Гриндекс»), активно применяемый в России с 2015 г. Отличительной особенностью производства данного препарата является полный цикл создания – от работы с экологически чистой желчью крупного рогатого скота и получения хелевой кислоты до создания субстанции УДХК, ее микронизирования и наполнения капсул. Такой цикл гарантирует тщательный контроль качества на всех этапах производства и соответствие высочайшим требованиям европейских стандартов.

Гринтерол, зарегистрированный в 22 странах, в том числе в России, Великобритании, Австралии, 11 странах Евросоюза, имеет сертификат соответствия Европейской фармакопее.

Препарат успешно применяется при НАЖБП, билиарном сладже [24], алкогольно-ассоциированных состояниях [25], билиарном рефлюкс-эзофагите [26], дискинезии желчевыводящих путей [27]. Хороший эффект Гринтерола зарегистрирован в наблюдательном исследовании с участием 30 пациентов с хроническим рефлюкс-гастритом. Больные

получали УДХК (Гринтерол) в средних терапевтических дозах. У 70% больных, получавших Гринтерол, снизились явления дуоденогастрального рефлюкса (по примеси желчи), что сопровождалось заметным уменьшением явлений гастрита в антральном отделе желудка (у 20 больных воспаление полностью купировано, у десяти перешло в очаговую форму). Клинические проявления также претерпели изменения. У 92% пациентов исчезли боли, у 8% снизилась их интенсивность, изжога, тошнота, отрыжка, практически не беспокоило вздутие живота [26].

Многоцентровое проспективное наблюдательное неинтервенционное исследование с участием 10 213 пациентов из 25 городов РФ продемонстрировало высокую эффективность и безопасность Гринтерола. На фоне применения препарата у пациентов с НАЖБП, циррозом печени, вирусным и алкогольным гепатитом, холециститом, билиарным сладжем наблюдались позитивная динамика лабораторных показателей и значительное уменьшение боли и тяжести в правом подреберье и желчной диспепсии, нормализация стула [28].

Таким образом, плейотропное действие УДХК, подтвержденное результатами многочисленных исследований, позволяет рассчитывать на повышение эффективности терапии пациента с сочетанием нескольких заболеваний желудочно-кишечного тракта. ☉

гастроэнтерология

## Литература

1. Левченко С.В., Лазебник Л.Б., Потапова В.Б., Rogozina В.А. Клинико-морфологические варианты дивертикулярной болезни толстой кишки // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2013. № 3. С. 23–30.
2. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных дивертикулярной болезнью ободочной кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016. Т. 26. № 1. С. 65–80; <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2016-26-1-65-80>.
3. Carabotti M., Annibale B. Treatment of diverticular disease: an update on latest evidence and clinical implications // *Drugs Context*. 2018. Vol. 7. ID 212526.
4. Сабельникова Е.А. Актуальные вопросы лечения и профилактики дивертикулярной болезни // Эффективная фармакотерапия. 2018. Вып. 16. Гастроэнтерология. № 2. С. 38–43.
5. Лазебник Л.Б., Дроздов В.Н. Заболевания органов пищеварения у пожилых. М.: Анахарсис, 2003.
6. Aune D., Sen A., Leitzmann M.F. et al. Body mass index and physical activity and the risk of diverticular disease: a systematic review and meta-analysis of prospective studies // *Eur. J. Nutr.* 2017. Vol. 56. № 8. P. 2423–2438.
7. Lee S.P., Ahn Y.W., Lee O.Y., Lee K.N. The relationship between colonic diverticulosis and abdominal visceral



- and subcutaneous fat accumulation measured by abdominal CT scan // Turk. J. Gastroenterol. 2014. Vol. 25. № 2. P. 192–197.
8. Yamada E., Ohkubo H., Higurashi T. et al. Visceral obesity as a risk factor for left-sided diverticulitis in Japan: a multicenter retrospective study // Gut Liver. 2013. Vol. 7. № 5. P. 532–538.
  9. Docimo S.Jr., Lee Y., Chatani P. et al. Visceral to subcutaneous fat ratio predicts acuity of diverticulitis // Surg. Endosc. 2017. Vol. 31. № 7. P. 2808–2812.
  10. Muller C.J.B. Hiatus hernia, diverticula and gall stones: Saint's triad // South African Medical Journal. 1948. Vol. 22. № 11. P. 376–382.
  11. Hauer-Jensen M., Bursac Z., Read R.C. Is herniosis the single etiology of Saint's triad? // Hernia. 2009. Vol. 13. № 1. P. 29–34.
  12. Черноусов А., Хоробрых Т., Ветшев Ф., Мелентьев А. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни, сочетанной с грыжей пищевода и отверстия диафрагмы // Врач. 2012. № 10. С. 2–7.
  13. Симаненков В.И., Тихонов С.В., Лищук Н.Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ожирение: кто виноват и что делать? // Медицинский алфавит. 2017. Т. 3. № 27. С. 5–10.
  14. Звенигородская Л.А., Лычкова А.Э., Шинкин М.В., Пузиков А.М. Нарушения моторной функции верхних отделов пищеварительного тракта с развитием гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при абдоминальном ожирении // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018. № 6 (154). С. 22–28.
  15. Reddy S.K., Zhan M., Alexander H.R., El-Kamary S.S. Nonalcoholic fatty liver disease is associated with benign gastrointestinal disorders // World J. Gastroenterol. 2013. Vol. 19. № 45. P. 8301–8311.
  16. Pham T.T.L., Callinan S., Livingston M. Patterns of alcohol consumption among people with major chronic diseases // Aust. J. Prim. Health. 2019. Vol. 25. № 2. P. 163–167.
  17. Michel L., Conq E., Combs E. et al. Alcohol use by people in their seventies is not an exception: a preliminary prospective study // Br. J. Community Nurs. 2019. Vol. 24. № 3. P. 128–133.
  18. Yormirzoev M., Gabrielyan G. Factors associated with alcoholic beverages consumption in Russia: a discrete choice model // J. Agricultural. Food Industrial Organization. 2016.
  19. Лапина Т.Л., Картавенко И.М., Ивашкин В.Т. Патогенетическое и терапевтическое значение желчных кислот при рефлюкс-гастрите // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2015. Т. 25. № 1. С. 86–93.
  20. Мехтиев С.Н., Мехтиева О.А. Алгоритм ведения пациентов с функциональными расстройствами билиарного тракта // Лечащий врач. 2013. № 4. С. 52–60.
  21. Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Еременко О.А. и др. Билиарный сладж как начальная стадия желчнокаменной болезни: возможности терапии и профилактики // Медицинский совет. 2017. № 5. С. 65–69.
  22. Лазбник Л.Б., Радченко В.Г., Голованова Е.В. и др. Неалкогольная жировая болезнь печени: клиника, диагностика, лечение (рекомендации для терапевтов, 2-я версия) // Терапия. 2017. № 3 (13). С. 6–23.
  23. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации / под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. М., 2014; <http://www.gnicpm.ru>, <http://www.ropniz.ru>.
  24. Махов В.М., Узрюмова Л.Н., Балахонов А.А., Мамиева З.А. Урсодезоксихолевая кислота: взгляд терапевта // Медицинский совет. 2017. № 5. С. 112–116.
  25. Верткин А.Л., Торубаров С.Ф. Алкоголь-ассоциированные состояния в клинике внутренних болезней. Определение, диагностика, тактика ведения // Амбулаторный прием. 2017. Т. 3. № 1. С. 57–62.
  26. Минушкин О.Н., Зверков И.В., Скибина Ю.С. Некоторые подходы к лечению больных хроническим (билиарным) рефлюкс-гастритом // Медицинский алфавит. 2017. Т. 2. № 19. С. 28–31.
  27. Полунина Т.Е. Дискинезия желчевыводящих путей. Римский консенсус IV // Терапия. 2017. № 6 (6). С. 100–112.
  28. Орешко Л.С., Махов В.М., Балахонов А.А. Влияние терапии препаратом урсодезоксихолевой кислоты Гринтерол® на клинико-биохимические параметры больных с гепатобилиарной патологией. Результаты наблюдательного исследования в 2016–2017 // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018. № 6 (154). С. 150–159.

### The Polymorbidity of Diverticular Disease of the Colon – Factor Determining Therapy

V.M. Makhov, MD, PhD, Prof., L.V. Romasenko, MD, PhD, Prof., A.S. Panfyorov, PhD, Yu.A. Doronina, A.A. Balakhonov

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Valery M. Makhov, [makhov-dok@mail.ru](mailto:makhov-dok@mail.ru)

*Obesity, age and the diet play a certain role in the development of diverticular colon disease. Cases of polymorbidity are rather often – the combination of diverticular colon disease with cholelithiasis, hiatal hernia, duodenogastric reflux and mental deviations. The article discusses the place of ursodeoxycholic acid in the treatment scheme of diverticular disease and the possibilities of this therapy in the reduction of polypharmacy.*

**Key words:** diverticular disease of the colon, polymorbidity, triad of Saint, ursodeoxycholic acid

# Заболевания печени? Выход есть!



## ГРИНТЕРОЛ®

*Урсодезоксихолевая кислота*

Базовая терапия холестаза, литолиз  
и сервисная гепатопротекция

### ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Регистрационный номер: ЛП – 002649 от 08.10.2014 г. Торговое название: ГРИНТЕРОЛ® МНН: урсодезоксихолевая кислота. Лекарственная форма/состав: капсулы, одна капсула содержит урсодезоксихолевой кислоты 250 мг. Показания: растворение мелких и средних холестериновых камней при функционирующем желчном пузыре; билиарный рефлюкс-гастрит; первичный билиарный цирроз печени при отсутствии признаков декомпенсации; хронические гепатиты различного генеза; первичный склерозирующий холангит; муковисцидоз; неалкогольный стеатогепатит; алкогольная болезнь печени; дискинезия желчевыводящих путей. Противопоказания: повышенная чувствительность к компонентам препарата; рентгеноположительные желчные камни; нефункционирующий желчный пузырь; острые воспалительные заболевания желчного пузыря, желчных протоков и кишечника; цирроз печени в стадии декомпенсации; выраженная печеночная и/или почечная недостаточность; панкреатит; детский возраст до 3-х лет.

Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полным текстом инструкции по медицинскому применению препарата Гринтерол®  
© Grindex, 2019



Добро  
пожаловать на  
[cholestazu.net](http://cholestazu.net)

# Grindex