



¹ Гастро-
энтерологический
блок, кафедра
медицины и хирургии,
Университет Пармы,
Италия

Долгосрочная эффективность рифаксимины в лечении симптоматической неосложненной дивертикулярной болезни толстой кишки

² Дигестивная
эндоскопия, Unit, ULSS7,
Альто Висентино,
Санторсо, Италия

³ Отделение
внутренней медицины
и гастроэнтерологии,
больница Кристо Ре,
Рим, Италия

⁴ Отделение
гастроэнтерологии, ASL
RM6, Альбано-Лациале,
Италия

⁵ Отделение хирургии,
больница Коломбо, ASL
RM6, Веллетри, Италия

⁶ Гастро-
энтерологическая
служба, ASL BAT,
Андрия, Италия

Ф. Ди Марио¹, К. Мираглия¹, Д. Камбье¹, А. Виоли¹, А. Нувенн¹,
М. Франчески², Дж. Брандимарте³, У. Елисей⁴, М. Пиккио⁵, А. Турси⁶

Адрес для переписки: Антонио Турси, antotursi@tiscali.it

Для цитирования: Марио Ф.Ди, Мираглия К., Камбье Д. и др. Долгосрочная эффективность рифаксимины в лечении симптоматической неосложненной дивертикулярной болезни толстой кишки // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. С. ##. С. ##.

DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-##-##-##

Несмотря на то что рифаксимин в настоящее время рекомендован при симптоматической неосложненной дивертикулярной болезни (СНДБ) толстой кишки, соответствующие долгосрочные данные отсутствуют. В данном ретроспективном исследовании оценивали исход заболевания у большой когорты пациентов с СНДБ, получавших рифаксимин, на протяжении восьмилетнего последующего наблюдения. В основную группу (группа А) вошли 346 пациентов с СНДБ (медиана возраста – 64 года, межквартильный интервал (МКИ) – 58–69 лет, 62,4% женщин), получавших рифаксимин 800 мг/сут в течение семи дней каждый месяц. Контрольная группа (группа Б) включала 470 пациентов с СНДБ (медиана возраста – 65 лет, МКИ 59–74 лет, 60,8% женщин), получавших любое другое лечение «по требованию». Два симптома (боль в левой нижней части живота и вздутие живота) оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), градуированной от 0 – отсутствие симптома до 10 – самый тяжелый симптом. Кроме того, сообщалось о количестве актов дефекации в сутки. Медиана (МКИ) оценки по шкале ВАШ для боли составила 6 (5–7) в группе А и 6 (6–7) в группе Б на исходном уровне ($p = 0,109$). После восьмилетнего последующего наблюдения она достигла 3 (3–4) и 6 (5–7) соответственно ($p < 0,001$). Как вздутие живота, так и количество актов дефекации в сутки были значимо снижены в группе А. Острый дивертикулит возник у 9 (2,6%) пациентов группы А и 21 (4,5%) пациента группы Б ($p = 0,155$). Оперативное вмешательство выполнено 4 (1,2%) больным группы А и 9 (1,9%) пациентам группы Б ($p = 0,432$). Смертность, связанная с заболеванием, составила 0% в группе А и 0,4% (два случая) в группе Б ($p = 0,239$). За весь период исследования побочных эффектов не зафиксировано. Показано, что у пациентов с СНДБ рифаксимин эффективен в облегчении симптомов и снижении риска осложнений, связанных с болезнью.

Ключевые слова: рифаксимин, симптоматическая неосложненная дивертикулярная болезнь толстой кишки, острый дивертикулит



Введение

Дивертикулез толстой кишки является основным анатомическим дефектом, выявляемым при колоноскопии, но в большинстве случаев он протекает бессимптомно [1]. Симптоматическая неосложненная дивертикулярная болезнь (СНДБ) толстой кишки, характеризующаяся болью в левом нижнем квадранте на протяжении более 24 часов, не отвечающая критериям диагностики синдрома раздраженного кишечника и сопровождающаяся повышением уровнем фекального кальпротектина [2, 3], встречается примерно у 20% больных дивертикулезом [4]. Согласно заявлениям, сделанным на двух последних международных симпозиумах по дивертикулярной болезни [5, 6], в настоящее время существует несколько методов терапии, которые целесообразно использовать при СНДБ. Один из них – применение рифаксимины, не относящегося к аминогликозидам полусинтетического несистемного антибиотика, производного рифамицина SV. Основным механизмом действия рифаксимины является ингибирование синтеза бактериального белка путем связывания с бета-субъединицей бактериальной ДНК-зависимой РНК-полимеразы. Это приводит к подавлению инициации РНК-цепи во время синтеза РНК [7]. В условиях *in vitro* и *in vivo* рифаксимин продемонстрировал мощный эффект в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, как аэробных, так и анаэробных [7, 8]. Кроме того, благодаря очень низкой системной абсорбции [9] препарат обладает превосходным профилем безопасности: нежелательные явления отмечались менее чем у 2% пациентов [10]. Рифаксимин признан эффективным в купировании симптомов СНДБ. В частности, метаанализ показал значительное преимущество рифаксимины перед рядом контрольных режимов терапии (пищевые волокна, плацебо) в купировании симптомов. Показатель ЧБНЛ (число больных, которых необходимо лечить) был превосходным [11]. Между тем в проведенных к настоящему моменту исследованиях рифаксимины период последующего наблюдения не превышал 24 месяцев. Наша цель состояла в том, чтобы оценить исход заболевания у большой когорты пациентов с СНДБ, получавших

рифаксимин, на протяжении длительного последующего наблюдения.

Материал и методы

Мы провели многоцентровое ретроспективное исследование, посвященное оценке исхода СНДБ у всех подходящих пациентов с данным заболеванием, о которых имелись данные за восьмилетний период последующего наблюдения вплоть до 31 декабря 2017 г. Пациенты считались подходящими для исследования, если соответствовали следующим критериям:

- ✓ прошли колоноскопию для выявления дивертикулеза;
- ✓ СНДБ диагностирована впервые. СНДБ определяли как наличие симптомов у больных дивертикулезом, при отсутствии признаков и/или симптомов и лабораторных и/или эндоскопических и/или рентгенологических признаков острого дивертикулита, а также при отсутствии каких-либо других осложнений (стеноз, абсцессы, свищи) [4]. Кроме того, наличие боли в левом нижнем квадранте на протяжении свыше 24 часов считалось основным симптомом для постановки диагноза СНДБ [2, 3];
- ✓ проходили оценку во время каждого ежегодного планового визита. На каждом визите два симптома (боль в левой нижней части живота и вздутие живота) оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), градуированной от 0 – отсутствие симптома до 10 – самый тяжелый симптом. На каждом визите также сообщалось о количестве дефекаций в сутки;
- ✓ подписали информированное согласие перед прохождением колоноскопии.

В исследовании не включались пациенты, которые соответствовали любому из следующих критериев:

- радиологические признаки (компьютерная томография органов брюшной полости или ультразвуковое исследование) острого дивертикулита (осложненного или неосложненного);
- воспалительные заболевания кишечника и ишемический колит;
- резекция кишки в анамнезе;
- тяжелая печеночная недостаточность (класс С по шкале Чайлда – Пью);

Значение исследования

Что известно по данной теме

В настоящее время рифаксимин рекомендуется при симптоматической неосложненной дивертикулярной болезни (СНДБ) толстой кишки. Результаты ряда исследований подтвердили эффективность и безопасность препарата у пациентов с этим заболеванием. К настоящему моменту нет долгосрочных данных об эффективности и безопасности рифаксимины.

Каковы новые данные?

Данное исследование наиболее длительное (восьмилетнее последующее наблюдение) из всех исследований, о которых когда-либо сообщалось.

Рифаксимин эффективен и безопасен даже при долгосрочном применении у пациентов с СНДБ. Скорее всего препарат эффективен и в снижении риска осложнений, связанных с болезнью.

Как полученные результаты могут изменить направленность исследований и клинической практики

Длительная циклическая терапия рифаксимином, вероятно, превосходит лечение «по требованию» у больных СНДБ в отношении контроля симптомов и безопасности. Возможно, это связано не с известным антибиотическим эффектом, а с эубиотическим и противовоспалительным действием данного неабсорбируемого антибиотика.

Длительная циклическая терапия рифаксимином может быть оптимальным вариантом у пациентов с СНДБ.

- тяжелая почечная недостаточность;
- рак (любого происхождения) в период прохождения лучевой терапии или химиотерапии;
- запор, злоупотребление алкоголем, наркомания или токсикомания в анамнезе.

Мы разделили выбранную популяцию следующим образом: группа А – пациенты, которые прошли плановое лечение рифаксимином 800 мг/сут в течение семи дней каждый месяц, группа Б – пациенты, получавшие лечение кратковременным курсом (не более двух недель) симптоматической терапии (клетчатка, спазмолитики, месалазин или другие противовоспалительные препараты, антибиотики, пробиотики) только при необходимости (исключительно при появлении симптомов).

Для сбора демографических и клинических данных использовалась общая база данных. Основная конечная точка

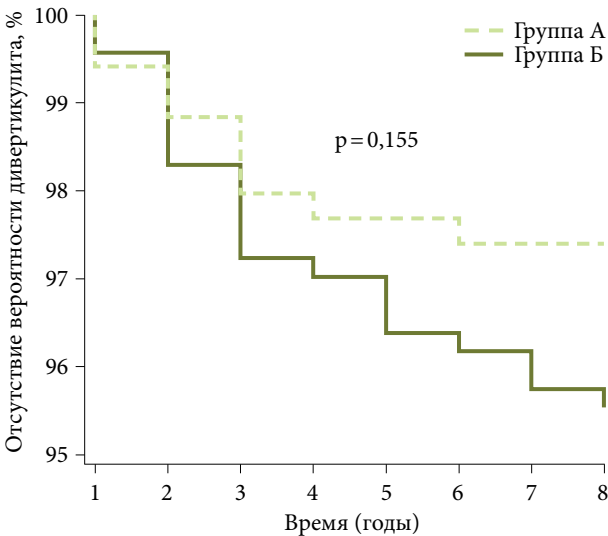


Таблица 1. Оценка симптомов на исходном уровне и в конце последующего наблюдения

| Переменная | Группа А | Группа Б | p* |
|--|----------|----------|---------|
| Боль | | | |
| Исходный уровень | 6 (5–7) | 6 (6–7) | 0,109 |
| Последующее наблюдение | 3 (3–4) | 6 (5–7) | < 0,001 |
| Вздутие | | | |
| Исходный уровень | 3 (2–3) | 2 (2–3) | < 0,001 |
| Последующее наблюдение | 1 (0–1) | 3 (2–3) | < 0,001 |
| Акты дефекации (количество в сутки) | | | |
| Исходный уровень | 2 (1–3) | 2 (2–3) | 0,718 |
| Последующее наблюдение | 1 (0–1) | 2 (1–3) | < 0,001 |

* Тест Краскела – Уоллиса.

Примечание. Значения выражаются в виде медианы (межквартильный интервал) оценки по ВАШ.



Развитие остро дивертикулита во время последующего наблюдения

Таблица 2. Хирургическое вмешательство и смерть вследствие заболевания в конце дальнейшего наблюдения

| Переменная | Группа А | Группа Б | p* |
|-------------------------------|----------|----------|-------|
| Операция | 4 (1,2%) | 9 (1,9%) | 0,432 |
| Смерть вследствие заболевания | 0 (0%) | 2 (0,4%) | 0,239 |

* Тест Краскела – Уоллиса.

исследования заключалась в анализе динамики оценки симптомов от исходного уровня (T0) до конца наблюдения (T8) в обеих группах и в сравнении между группами.

Вторичными конечными точками были сравнение частоты возникновения острого дивертикулита между группами во время наблюдения, сравнение частоты проведения операции и частоты связанных с заболеванием осложнений между группами.

Исследование проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации. Согласно итальянскому законодательству, для такого вида исследования не требуется официального согласия пациентов.

Статистические методы

Статистические анализы выполнены с использованием программы MedCalc для Windows, v. 18.2.1 (программное обеспечение MedCalc, Мариакерке, Бельгия). Категориальные переменные выражены через абсолютные значения и проценты, в то время как непрерывные переменные – через медиану и межквартильный интервал. Статистический анализ проведен с помощью точного критерия Фишера для категориальных данных и критерия Краскела – Уоллиса для непрерывных данных. Проанализирована вероятность отсутствия возникновения дивертикулита во время последующего наблюдения методом Каплана – Мейера, проведено сравнение между группами на основании логарифмического анализа. Все анализы были двусторонними, уровень значимости составил 0,05.

Результаты

На основании указанных критериев была выделена когорта из 816 пациентов с СНДБ, наблюдавшихся в течение восьми лет. Пациенты были разделены следующим образом:

- группа А: 346 пациентов (216 (62,4%) женщин, 130 (37,6%) мужчин), медиана возраста которых составила 64 (58–69) года;
- группа Б: 470 пациентов (286 (60,8%) женщин, 184 (39,2%) мужчин), медиана возраста которых составила 65 (59–74) лет.

Статистически значимой разницы между группами по возрасту ($p=0,546$) и полу ($p=0,498$) не выявлено.

Оценка по ВАШ для боли в левой нижней части живота и вздутия живота на исходном уровне и в конце восьмилетнего наблюдения, а также оценка количества актов дефекации представлены в табл. 1. В группе А отмечалось значительное снижение оценки по ВАШ для боли в левой нижней части живота и вздутия живота, а также количества актов дефекации.

Возникновение острого дивертикулита во время последующего наблюдения

показано на рисунке. Острый дивертикулит имел место у 9 (2,6%) пациентов группы А и 21 (4,5%) пациента группы Б ($p=0,155$). В частности, большинство таких случаев (6 из 9 в группе А и 14 из 21 в группе Б) зарегистрировано в течение трех лет с момента постановки диагноза СНДБ.

Оперативное вмешательство по поводу осложнений заболевания выполнено 4 (1,2%) больным группы А и 9 (1,9%) пациентам группы Б ($p=0,432$). Смертность от заболевания составила 0% в группе А и 0,4% (два случая) в группе Б ($p=0,239$) (табл. 2).

Обратите внимание: все пациенты полностью соблюдали режим терапии рифаксимином, во время исследования не зарегистрировано каких-либо побочных эффектов.

Обсуждение

Согласно рекомендациям [5, 6], целью лечения больных с СНДБ является купирование симптомов и профилактика осложнений (в основном острого дивертикулита). Были предложены различные лекарственные средства, такие как объемобразующие препараты, спазмолитики, местные антибиотики и противовоспалительные средства, действующие на различные потенциальные патофизиологические механизмы (аномальная моторика толстой кишки, недостаточное потребление пищевых волокон, дисбактериоз кишечника и воспаление слизистой оболочки) [4]. Эффективность некоторых из этих методов неоднозначна. Так, спорным является применение волоконсодержащих пищевых добавок, хотя они и считаются основой терапии СНДБ [5] из-за предполагаемого благотворного влияния на функцию кишечника, связанную со способностью волокон удерживать воду, увеличивая внутрипросветную массу толстой кишки, расслабляя кишечную стенку и уменьшая внутрипросветное давление [4].

Несмотря на то что вопрос об использовании антибиотиков при неосложненном заболевании дискутируется, они часто применяются при остром дивертикулите [9, 10]. Применение антибиотиков при СНДБ, по-видимому, необоснованно. Тем не менее рифаксимин изучали в ходе как неконтролируемых, так и контролируемых клинических исследований у пациентов с СНДБ. Об интересных результатах сообщалось



в рамках недавнего метаанализа [11]. Механизм, посредством которого рифаксимин купирует симптомы СНДБ, до конца не ясен. Предполагается синергичное действие рифаксимины и высоковолокнистой диеты в отношении снижения пролиферации кишечной микрофлоры с последующим уменьшением бактериальной продукции водорода и метана и/или в отношении увеличения объема каловых масс за счет снижения бактериальной деградации волокон [5, 6]. Кроме того, его эффективность можно объяснить противовоспалительным [12] и новым «эубиотическим» действием [13]. Проведенные к настоящему моменту исследования ограничены коротким периодом наблюдения, не превышающим 24 месяца. И в более крупном исследовании (свыше 900 пациентов) [14], и в более длительном (24 месяца) [15] установлено, что рифаксимин эффективен в улучшении симптомов и снижении частоты осложнений заболевания. Предполагается, что благоприятный клинический эффект рифаксимины более выражен в течение первых 12 месяцев, причем эффективность сохраняется вплоть до 24 месяцев. В связи с терапевтической неопределенностью относительно длительного применения рифаксимины мы решили оценить его эффективность в ходе длительного последующего наблюдения на большой когорте пациентов с СНДБ. В настоящем исследовании получено несколько интересных результатов. Во-первых, мы обнаружили снижение качества жизни пациентов с СНДБ. Литературные данные по данному вопросу противоречивы. Т.А. Salem и соавт. установили, что подавляющее большинство пациентов с симптоматической дивертикулярной болезнью в течение пятилетнего последующего наблюдения описывали свои симптомы как отсутствующие или умеренные и не влияющие на их повседневную деятельность [16]. Совсем недавно мы выяснили, что пациенты с СНДБ, не принимавшие никаких препаратов, в течение 12-месячного наблюдения страдали от более сильной боли в животе [17].

В этом исследовании продемонстрировано, что оценка по ВАШ в контрольной группе в период последующего наблюдения оставалась неизменной, что служило явным доказательством плохого качества жизни пациентов. Таким образом, рифаксимин у таких больных может быть одним из вариантов терапии для контроля симптомов. Во-вторых, данное исследование четко показало, что долгосрочная циклическая терапия рифаксимином способна контролировать симптомы у пациентов с СНДБ и этот эффект сохраняется на протяжении достаточно длительного последующего наблюдения. Сказанное означает, что плановое лечение эффективнее, чем лечение «по требованию» (только при появлении симптомов). В-третьих, можно предположить, что рифаксимин положительно влияет на естественное течение СНДБ. Пока нет окончательных данных относительно оптимального способа контроля симптомов, предотвращения их рецидива и профилактики осложнений [5, 6]. Настоящее исследование показывает, что все типы осложнений заболевания (острый дивертикулит, хирургические операции и смерть, связанная с заболеванием) у пациентов, проходящих циклическую терапию рифаксимином, ниже, чем у пациентов, принимающих любое другое лечение «по требованию». Статистическая значимость не была достигнута, вероятно, из-за низкого числа явлений, произошедших в ходе последующего наблюдения. Например, на рисунке видно, что циклическая терапия рифаксимином может снизить вероятность возникновения острого дивертикулита и этот эффект остается неизменным в течение всего периода исследования. Таким образом, циклическая терапия рифаксимином способна влиять на качество жизни за счет контроля симптомов и снижения риска осложнений. Наконец, в-четвертых, сильная сторона этого исследования заключается в том, что эффективность данного терапевтического подхода впервые продемонстрирована в большой популяции с очень длительным наблюдением.

Кроме того, рифаксимин подтвердил превосходный профиль безопасности, зафиксированный в других исследованиях [9, 10].

Очевидно, что в данном исследовании имели место ограничения. Главным из них является ретроспективный дизайн. Однако большая популяция в сочетании с очень длительным периодом последующего наблюдения частично компенсировала это ограничение. Другое ограничение, также связанное с ретроспективным дизайном, состоит в том, что мы не смогли оценить, повлияли ли некоторые факторы, такие как курение или употребление пищевых волокон, на эффективность лечения, как сообщается в литературе, посвященной естественному течению СНДБ [17].

Заключение

Данное исследование показывает, что циклическая терапия рифаксимином эффективнее симптоматической терапии «по требованию» в уменьшении персистенции/рецидива симптомов и риска возникновения осложнений у пациентов с СНДБ. Кроме того, данный положительный эффект сохраняется в течение нескольких лет. ●

Концепция и дизайн исследования:
FDM, AT.

Сбор данных или анализ и интерпретация данных: FDM, CM, GC, AV, AN, MF, GB, WE, MP, AT.

Написание рукописи или проверка критически важного интеллектуального содержания: FDM, WE, MP, AT.

Окончательное утверждение представляемого варианта: FDM, CM, GC, AV, AN, MF, GB, WE, MP, AT.

Финансирование: авторы не заявляли о конкретном гранте для этого исследования от какой-либо финансирующей организации в государственном, коммерческом или некоммерческом секторах.

Конкурирующие интересы не заявлены.

Согласие пациента на публикацию не требуется.

Источники и экспертная оценка: запроса не поступало, внешняя экспертная оценка.

частотные

Литература

1. Tursi A. Diverticulosis today: unfashionable and still under-researched // Therap. Adv. Gastroenterol. 2016. Vol. 9. № 2. P. 213–228.
2. Tursi A., Elisei W., Picchio M. et al. Moderate to severe and prolonged left lower-abdominal pain is the best symptom characterizing symptomatic uncomplicated diverticular disease of the colon: a comparison with fecal calprotectin in clinical setting // J. Clin. Gastroenterol. 2015. Vol. 49. № 3. P. 218–221.



- Cuomo R., Barbara G., Andrezzi P. et al. Symptom patterns can distinguish diverticular disease from irritable bowel syndrome // Eur. J. Clin. Invest. 2013. Vol. 43. № 11. P. 1147–1155.
- Tursi A., Papa A., Danese S. Review article: the pathophysiology and medical management of diverticulosis and diverticular disease of the colon // Aliment. Pharmacol. Ther. 2015. Vol. 42. № 6. P. 664–684.
- Tursi A., Picchio M., Elisei W. et al. Management of patients with diverticulosis and diverticular disease: consensus statements from the 2nd International Symposium on Diverticular Disease // J. Clin. Gastroenterol. 2016. Vol. 50. Suppl. 1. P. S101–107.
- Scarpignato C., Barbara G., Lanas A., Strate L.L. Management of colonic diverticular disease in the third millennium: highlights from a symposium held during the United European Gastroenterology Week 2017 // Therap. Adv. Gastroenterol. 2018. Vol. 11. ID 1756284818771305.
- Scarpignato C., Pelosini I. Rifaximin, a poorly absorbed antibiotic: pharmacology and clinical potential // Chemotherapy. 2005. Vol. 51. Suppl. 1. P. 36–66.
- Scarpignato C., Pelosini I. Experimental and clinical pharmacology of rifaximin, a gastrointestinal selective antibiotic // Digestion. 2006. Vol. 73. Suppl. 1. P. 13–27.
- Blandizzi C., Viscomi G.C., Marzo A., Scarpignato C. Is generic rifaximin still a poorly absorbed antibiotic? A comparison of branded and generic formulations in healthy volunteers // Pharmacol. Res. 2014. Vol. 85. P. 39–44.
- Shah E., Kim S., Chong K. et al. Evaluation of harm in the pharmacotherapy of irritable bowel syndrome // Am. J. Med. 2012. Vol. 125. № 4. P. 381–393.
- Bianchi M., Festa V., Moretti A. et al. Meta-analysis: long-term therapy with rifaximin in the management of uncomplicated diverticular disease // Aliment. Pharmacol. Ther. 2011. Vol. 33. № 8. P. 902–910.
- Ma X., Shah Y.M., Guo G.L. et al. Rifaximin is a gut-specific human pregnane X receptor activator // J. Pharmacol. Exp. Ther. 2007. Vol. 322. № 1. P. 391–398.
- Ponziani F.R., Scaldaferrri F., Petito V. et al. The Role of antibiotics in gut microbiota modulation: the eubiotic effects of rifaximin // Dig. Dis. 2016. Vol. 34. № 3. P. 269–278.
- Latella G., Pimpo M.T., Sottili S. et al. Rifaximin improves symptoms of acquired uncomplicated diverticular disease of the colon // Int. J. Colorectal. Dis. 2003. Vol. 18. № 1. P. 55–62.
- Colecchia A., Vestito A., Pasqui F. et al. Efficacy of long term cyclic administration of the poorly absorbed antibiotic Rifaximin in symptomatic, uncomplicated colonic diverticular disease // World J. Gastroenterol. 2007. Vol. 13. № 2. P. 264–269.
- Salem T.A., Molloy R.G., O'Dwyer P.J. Prospective, five-year follow-up study of patients with symptomatic uncomplicated diverticular disease // Dis. Colon. Rectum. 2007. Vol. 50. № 9. P. 1460–1464.
- Tursi A., Brandimarte G., Elisei W. et al. Randomised clinical trial: mesalazine and/or probiotics in maintaining remission of symptomatic uncomplicated diverticular disease – a double-blind, randomised, placebo-controlled study // Aliment. Pharmacol. Ther. 2013. Vol. 38. № 7. P. 741–751.

Rifaximin Long-Term Efficacy in the Treatment of Symptomatic Uncomplicated Diverticular Colon Disease

F.Di Mario¹, Ch. Miraglia¹, G. Cambiè¹, A. Violi¹, A. Nouvenne¹, M. Franceschi², G. Brandimarte³, W. Elisei⁴, M. Picchio⁵, A. Tursi⁶

¹ Gastroenterological Unit, Department of Medicine and Surgery, University of Parma, Italy

² Digestive Endoscopy, Unit, ULSS7, Alto Vicentino, Santorso, Italy

³ Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Cristo Re hospital, Rome, Italy

⁴ Department of Gastroenterology, ASL RM6, Albano Laziale, Italy

⁵ Department of Surgery, Colombo Hospital, ASL RM6, Velletri, Italy

⁶ Gastroenterology Service, ASL BAT, Andria, Italy

Contact person: Antonio Tursi, antotursi@tiscali.it

Although rifaximin is currently recommended for symptomatic uncomplicated diverticular disease (SUDD) of the colon, no relevant long-term data are available. This retrospective study evaluated the disease outcome in a large cohort of SUDD patients treated with rifaximin for the following eight-year period. The main group (group A) included 346 patients with SUDD (median age – 64 years, interquartile range (IQR) 58–69 years, 62.4% of women) who received rifaximin 800 mg/day for seven days each month. The control group (group B) included 470 patients with SUDD (median age – 65 years, IQR 59–74 years, 60.8% of women) who received any other treatment ‘on demand’. Two symptoms (pain in the left lower abdomen and bloating) were assessed on a visual analog scale (VAS), graded from 0 – no symptom to 10 – the most severe symptom. In addition, the number of defecation acts per day was reported. The median (IQR) score on the VAS scale for pain was 6 (5–7) in group A and 6 (6–7) in group B at baseline ($p = 0.109$). After eight years of following observation, it was 3 (3–4) and 6 (5–7), respectively ($p < 0.001$). Both bloating and the defecation acts number per day were significantly reduced in group A. Acute diverticulitis occurred in 9 (2.6%) patients of group A and 21 (4.5%) patients of group B ($p = 0.155$). Surgical intervention was performed in 4 (1.2%) patients of group A and 9 (1.9%) patients of group B ($p = 0.432$). Mortality associated with the disease was 0% in group A and 0.4% (two cases) in group B ($p = 0.239$). For the entire period of the study, no side effects were recorded. Revealed the efficiency of rifaximin in relieving symptoms and reducing the risk of disease-related complications in patients with SUDD.

Key words: rifaximin, symptomatic uncomplicated diverticular disease of the colon, acute diverticulitis