

МОВИПРЕП®

ВАШ ПАРТНЕР
В УСПІШНІЙ
ПІДГОТОВЦІ
КИШЕЧНИКА¹

ЕФЕКТИВНІСТЬ 2 Л
ЗАМІСТЬ 4 Л²



МОВИПРЕП®

ПЕГ + АКо** (ПЕГ (3350) + натрію аскорбат +
+ аскорбінова кислота + натрію сульфат + електроліти)



Коротка інструкція для медичного застосування препарату Мовипреп®. Діюча речовина: саше А: макрогол 3350 — 100 г, натрію сульфат безводний — 7,5 г, натрію хлорид — 2,691 г, калію хлорид — 1,015 г, саше В: аскорбінова кислота — 4,7 г, натрію аскорбат — 5,9 г. **Лікарська форма.** Порошок для орального розчину. **Фармакотерапевтична група.** Осмотичні проносні засоби. Макрогол, комбінації. Код АТС А06А D65. **Показання.** Для очищення кишечника перед клінічними процедурами, що потребують його очищення, наприклад, перед ендоскопічними або рентгенологічними дослідженнями кишечника. **Протипоказання.** Препарат не застосовують за наявності або у разі підозри на такі стани: гіперчутливість до будь-якого компонента препарату; непрохідність або перфорація травного тракту; порушення випорожнення шлунка (наприклад, парез шлунка); ілеус; фенілкетонурія (оскільки препарат містить аспартам); дефіцит глюкозо-6-фосфат дегідрогенази (оскільки препарат містить аскорбат); токсичний мегаколон. Протипоказано застосовувати препарат пацієнтам у неприємному стані. **Фармакологічні властивості.** Пероральне застосування розчинів електролітів на основі макроголу викликає помірну діарею і призводить до швидкого випорожнення товстого кишечника. Макрогол 3350, сульфат натрію та аскорбінова кислота у високих дозах діють осмотично на кишечник, викликаючи проносний ефект. Макрогол 3350 сприяє збільшенню об'єму калових мас, що впливає на рухливість товстої кишки через нервово-м'язові провідні шляхи. Внаслідок цього досягається прискорене проходження розм'якшених випорожнень по товстій кишці. Електроліти, що містяться у препараті, та додаткове вживання прозорої рідини запобігають порушенню водно-електролітного балансу, знижуючи ризик зневоднення організму. **Побічні реакції.** Діарея, нудота, блювання, біль у животі, здуття живота, біль в епігастральній ділянці, анальне подразнення, порушення сну, запаморочення, головний біль, диспепсія, дисфагія, нездужання, озноб, спрага, відчуття голоду. **Категорія відпуску.** Без рецепта. **Виробник:** НОРЖИН Лімітед, Велика Британія, Нью Роуд, Тір-і-Берз, Хенгойд, Мід Гламорган, CF 82 8SJ. **Р. п. МОЗ України:** №UA/12987/01/01 від 21.06.2013. MOVIPREP® і МОВИПРЕП® — торговельні марки, зареєстровані групою компаній Норжин. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях, для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Повідомити про небажане явище або про скаргу на якість препарату Ви можете до ТОВ «Такеда Україна» за тел.: (044) 390 0909.

* Перед клінічними процедурами, наприклад, ендоскопічним або рентгенологічним дослідженням кишечника.

** ПЕГ — поліетиленгліколь (макрогол), АКо — А-комплекс (аскорбінова кислота + аскорбат натрію).

1. Інструкція для медичного застосування препарату Мовипреп®. 2. Eil C. et al. Randomized trial of low-volume PEG solution versus standard PEG + electrolytes for bowel cleansing before colonoscopy //The American journal of gastroenterology. — 2008. — Vol. 103(4). — P. 883–893.

ТОВ «Такеда Україна»: 03110, м. Київ, вул. Солом'янська, будинок 11,
тел.: (044) 390 0909, факс: (044) 390 2929, www.takeda.ua



А. Андреаллі, С. Паджі, А. Амато та ін., Італія

Навчальні стратегії щодо підготовки кишечнику до колоноскопії розділеним дозуванням: рандомізоване контрольоване дослідження

В Європі та США колоректальний рак (КРР) є провідною причиною захворюваності та другою за частотою причиною онкологічної смертності. Найбільш точним методом виявлення новоутворень товстої та прямої кишок залишається колоноскопія, хоча навіть її точність є субоптимальною. Пропущені утворення є головною причиною випадків КРР, який діагностують після попередньо проведеної колоноскопії негативними результатами. Неякісна підготовка до колоноскопії обумовлює субоптимальну частоту виявлення аденом (ЧВА), що відповідно асоціюється із збільшенням ризику КРР.

Оптимізація підготовки кишечнику є надважливою для підвищення ефективності колоноскопії. Встановлено, що режим підготовки з розділеним дозуванням (РД; призначення першої дози препарату увечері напередодні колоноскопії і другої дози вранці) забезпечує кращу якість очищення кишечнику порівняно з традиційним режимом — призначенням всієї дози препарату в день напередодні процедури (вечірнє дозування — ВД) — і дозволяє на 30% підвищити частоту виявлення новоутворень у програмах скринінгу. Впровадження цього режиму при підготовці до планової колоноскопії наполегливо рекомендовано відповідними керівництвами. Навчання пацієнтів має вирішальне значення для оптимізації результатів підготовки кишечнику, і в керівництвах зазначено, що медичні працівники повинні надавати пацієнтам відповідні письмові та усні інструкції.

У великих системах охорони здоров'я з вільним доступом до медичних послуг ендоскопічні процедури призначаються лікарем без попередньої клінічної консультації і час візиту з пацієнтом обговорює адміністратор, що унеможливує рутинне впровадження усних інструкцій на додаток до письмових. Встановлено, що застосування режиму РД для ранніх ранкових колоноскопій (до 10:00) є неприйнятно низьким (33%). Основними бар'єрами щодо використання режиму РД є побоювання нетримання калу дорогою до ендоскопічного центру і небажання прокидатися рано вранці для завершення підготовки кишечнику. Втім, ризик переривання подорожі і/або нетримання є дуже низьким і лише незначно підвищується при РД. В дослідженнях продемонстровано, що за умови пояснення важливості дотримання інструкцій більшість пацієнтів добре сприймають РД незалежно від призначеного часу процедури. Отже, навчання пацієнтів є надзвичайно важливим для подолання бар'єрів проти РД та покращення комплаєнсу.

Метою цього проспективного рандомізованого контрольованого дослідження було визначити, чи може усне консультування, проведене — на додаток до вичерпної та легко зрозумілої спеціально розробленої листівки — підвищити комплаєнс режиму РД пацієнтами, яким було призначено колоноскопію до 10:00.

Матеріали і методи

Дослідження проводилось в Італії, в одному ендоскопічному центрі з відкритим доступом. Протокол дослідження був схвалений комітетом з етики і зареєстрований в реєстрі ClinicalTrials.gov (ідентифікатор NCT02638558). Всі пацієнти надали письмову інформовану згоду на участь. Протокол дослідження відповідав етичним настановам Гельсінської декларації.

Дослідження не мало на меті отримання прибутку, і дослідники не були пов'язані з виробниками препаратів для підготовки кишечнику; жодного фінансування для дослідження не пропонувалось і не було отримано. Всі автори надали критичну ревізію і остаточне затвердження цієї статті.

Популяція дослідження

В дослідженні брали участь пацієнти віком 50-69 років, які проходили амбулаторну колоноскопію з січня по червень 2016 року після позитивного фекального імунохімічного тесту (ФІТ) проведеного для скринінгу КРР. З дослідження виключали пацієнтів, які не відповідали програмі скринінгу (вже проведена колоноскопія в останні 5 років, КРР, аденоми і запальні захворювання кишечника в анамнезі, тяжкі супутні захворювання); госпіталізованих пацієнтів; пацієнтів з резекцією товстої кишки; пацієнтів, які приймали антитромботичну терапію, яка не дозволяла резекцію поліпу; пацієнтів, які не могли або відмовились надати письмову інформовану згоду.

Всім включеним пацієнтам призначали колоноскопію до 10:00.

Інструкції щодо підготовки кишечнику до колоноскопії

Автори дослідження розробили спеціальну навчальну листівку щодо підготовки кишечнику, з простим алгоритмом та рисунком. В листівці наголошується на важливості адекватної підготовки кишечнику і дотримання режиму РД;

зокрема зазначається, що цей режим покращує переносимість підготовки, мінімізує ризик пропущених неопластичних утворів і необхідності в повторній процедурі найближчим часом та сприяє попередженню раку. Також вказується, що вірогідність дефекації або нетримання дорогою до ендоскопічного центру є мінімальною (<5%), попри те що друга частина препарату приймається в день процедури, і що ця вірогідність є лише незначно вищою порівняно з такою у разі режиму ВД. Листівка містить детальну інформацію щодо оптимальних годин прийому розчину для очищення кишечнику і дієтичних обмежень. Для підготовки кишечнику використовували малооб'ємний (2 л) гіпертонічний розчин поліетиленгліколю з аскорбіновою кислотою (ПЕГ-А; Мовіпреп®, Nordgine, Велика Британія) або 2 л ПЕГ з цитратом і симетиконом + бісакодил (ПЕГ-ЦС; Ловолдил і Ловолесце, Alfa Wassermann S.p.A., Італія). Пацієнтам настійно рекомендували дотримуватися режиму РД (1 л розчину ПЕГ увечері напередодні процедури, приблизно о 20:00, і ще 1 л наступного ранку, приблизно за 4 ч до запланованого часу процедури). Режим ВД (прийом всього об'єму розчину увечері напередодні процедури; перший літр між 18:00 і 19:00, другий - між 21:00 і 22:00) також наводився, але його не рекомендувалось застосовувати через підвищений ризик неадекватного очищення кишечнику.

Протягом 3 днів до колоноскопії пацієнти мали дотримуватись дієти з низьким вмістом клітковини. У день напередодні процедури дозволявся звичайний сніданок і легкий обід, але після цього тверда їжа виключалась. Прозорі рідини можна було вживати не пізніше ніж за 2 години до процедури.

Втручання

У момент визначення часу проведення колоноскопії пацієнтів, які надали інформовану згоду і відповідали всім вищезазначеним критеріям, за допомогою комп'ютера рандомізували 1:1 для отримання лише письмових інструкцій щодо підготовки кишечнику, відповідно до стандартів ендоскопічного центру (група П), або письмових і усних інструкцій (група П+У). Пацієнти групи П просто отримували навчальний буклет від адміністраторів центру. Пацієнтам групи П+У навчальний буклет і коротку консультацію надавав медичний співробітник; під час консультації обговорювались важливість і мета підготовки кишечнику (з наголошенням на перевагах режиму РД) та вказувались оптимальні години для прийому послаблюючого засобу. Розподіл пацієнтів на групи здійснював допоміжний персонал центру за допомогою закритих пронумерованих конвертів.

Збір даних і процедура колоноскопії

Перед колоноскопією всі пацієнти отримали опитувальник, який включав питання щодо характеристик пацієнтів (7 пунктів: вік, стать, рівень освіти, трудова зайнятість, сімейний стан, попередня колоноскопія, час у дорозі до ендоскопічного центру) і процесу підготовки кишечнику (8 пунктів: застосований препарат, години прийому розчину, головна причина вибору на користь режиму РД, дотримання інструкцій стосовно підготовки, небажані події, порушення сну, потреба у зупинці та/або нетримання випорожнень дорогою до ендоскопічного центру). Комплаєнс пацієнтів оцінювали як оптимальний (прийом всього об'єму препарату), задовільний (прийом $\geq 75\%$ препарату) або незадовільний (прийом $< 75\%$ препарату). Колоноскопії проводили між 8:00 і 10:00 п'ять досвідчених ендоскопістів з повноваженнями для участі у програмі скринінгу КРР, які не були поінформовані про те, в яку групу був рандомізований той чи інший пацієнт.

Наприкінці процедури ендоскопіст заповнював відповідну форму, в якій зазначав зокрема якість підготовки кишечнику за Бостонською шкалою (BBPS). Це 4-бальна шкала, яка застосовується до кожного з трьох сегментів товстої кишки: правого, поперечного і лівого. Бали (оцінка сегменту після видалення надлишкового вмісту кишки шляхом аспірації і змивання) виставляються наступним чином: непідготовлений сегмент = 0; значні остаточні калові маси або непрозора рідина = 1; незначні залишки промивних вод, піни, які легко можуть бути аспіровані = 2;

вся слизова оболонка легко візуалізується = 3. Отже, максимальна оцінка (ідеально підготовлений кишечник) становить 9 балів, мінімальна (кишечник не підготовлений) — 0 балів. Очищення товстої кишки вважається адекватним за оцінки BBPS ≥ 2 балів для кожного сегменту.

Показники, що оцінювались

Головною метою дослідження було визначати частку пацієнтів, які оберуть режим РД в кожній групі (первинна кінцева точка). Додатково оцінювали предиктори вибору на користь РД, прихильність до режимів підготовки кишечнику, якість підготовки і побічні ефекти, асоційовані з режимами РД і ВД.

Статистичний аналіз

Відповідно до попередніх даних, режим РД обирали приблизно 33%, яким колоноскопія планувалась в ранні ранкові години. Очікувалось відносне підвищення цього показника в півтора раза, тобто до 50%, що вважали клінічно значимим. Щоб отримати двосторонній критерій значимості 0,05 і силу 0,80, в дослідження було необхідно включити 286 пацієнтів (по 143 в кожну групу). З урахуванням очікуваного рівня вибування 5% в дослідження планували включити 300 пацієнтів; набір пацієнтів припинили після досягнення цільової кількості пацієнтів в кожній групі. Пацієнтів, які були рандомізовані, але не з'явилися на призначену колоноскопію, в аналіз первинної кінцевої точки не включали.

Категорійні змінні представляли у вигляді частоти і процентів, кількісні змінні - як середні і стандартні відхилення. Для порівняння категорійних і безперервних змінних використовували тест χ^2 і t-тест Стюдента відповідно. Всі статистичні тести були двосторонніми і вважались статистично значимими за показника $p < 0,05$. Незалежні предиктори вибору на користь режиму РД визначали за допомогою логістичної покрокової регресії; відповідно до автоматизованої процедури, вносили всі параметри з $p < 0,2$ (в одному аналізі) і видаляли всі параметри з $p > 0,4$. Для всіх показників, що мали статистично значиму різницю, вказували відношення шансів (ВШ) і 95% довірчий інтервал (ДІ).

Статистичні розрахунки здійснювали за допомогою програмного забезпечення SAS вер. 9.1. Результати представляли відповідно до стандартів CONSORT.

Результати

Протягом дослідження було оцінено 363 ФІТ-позитивних пацієнтів; з них 302 відповідали необхідним критеріям і були розподілені 1:1 на групи П і П+У. 16 пацієнтів були виключені після рандомізації (4 не з'явилися на призначену колоноскопію, 7 відмінили і 5 перенесли призначення). Загалом до заключного аналізу увійшли 286 пацієнтів (середній вік $59,6 \pm 6,1$ року, чоловіків 49,3%) (рис.).

Дві групи по 143 пацієнти в кожній були добре збалансованими за демографічними характеристиками, рівнем освіти, трудовою зайнятістю і сімейним станом. Кількість пацієнтів, яким проводили колоноскопію уперше, години призначеної колоноскопії і час у дорозі до ендоскопічного центру також були подібними в обох групах (табл. 1).

Продовження на стор. 40.



Рис. Блок-схема дослідження (пацієнти)

Навчальні стратегії щодо підготовки кишечнику до колоноскопії розділеним дозуванням: рандомізоване контрольоване дослідження

Продовження. Початок на стор. 39.

Таблиця 1. Вихідні демографічні та клінічні характеристики пацієнтів			
Характеристика	Група письмового навчання (n=143)	Група письмового й усного навчання (n=143)	p
Вік, роки	59,1±6,1	56,1±6,2	0,15
Чоловіки, n (%)	77 (53,8)	64 (44,8)	0,15
Освіта, n (%)			
Середня спеціальна / вища	62 (43,4)	72 (50,3)	0,29
Середня / неповна середня	81 (56,6)	71 (49,7)	
Сімейний стан, n (%)			
У шлюбі	116 (81,1)	119 (83,2)	0,75
Розлучені	9 (6,3)	6 (4,3)	
Овдовілі	3 (2,1)	5 (3,5)	
Самотні	15 (10,5)	13 (9,1)	
Трудова зайнятість, n (%)			
Повна	61 (42,7)	57 (39,8)	0,77
Часткова	3 (2,1)	6 (4,1)	
Не працюють / на пенсії	58 (40,6)	60 (42,1)	
Домашнє господарство	21 (14,6)	20 (14,0)	
Перша колоноскопія, n (%)	121 (84,6)	110 (76,9)	0,13
Запланований час колоноскопії, n (%)			
Від 8:00 до 9:00	77 (53,8)	84 (58,7)	0,47
Від 9:00 до 10:00	66 (46,2)	59 (41,3)	
Час у дорозі до клініки, n (%)			
<30 хв	72 (50,3)	76 (53,1)	0,47
Від 30 до 60 хв	63 (44,1)	62 (43,4)	
>60 хв	8 (5,6)	5 (3,5)	

У дослідженій когорті режиму РД надали перевагу 114 пацієнтів групи П і 125 пацієнтів групи П+У (79,7 vs 87,4%; p=0,079). При порівнянні пацієнтів, які обрали режим РД замість ВД, в одномірному аналізі жодний параметр не асоціювався з вибором РД (табл. 2). Логістичний регресійний аналіз показав, що час у дорозі >1 год був єдиним параметром, який (негативно) корелював з вибором РД (ВШ 0,30; 95% ДІ 0,09-0,98). Про повний комплаєнс (100% прийом розчину) повідомили 140 (97,9%) і 139 (97,2%) пацієнтів груп П і П+У відповідно (p=0,99). Групи П і П+У статистично не відрізнялись за параметрами, пов'язаними з колоноскопією, зокрема, за середньою оцінкою BBPS (7,8±1,4 vs 8,1±1,2; p=0,06), процедурами з адекватним очищенням кишечнику (95,6 vs 95,1%; p=0,77), частотою інтубації сліпої кишки (99,3 vs 97,9%; p=0,61), частотою виявлення поліпів (55,2 vs 53,8%; p=0,91) і аденом (39,8 vs 36,1%; p=0,54).

Результати колоноскопії та небажані події залежно від режиму підготовки

При порівнянні якості очищення кишечнику в пацієнтів, які обрали режим РД (n=239) або ВД (n=47), середня оцінка виявилась значно вищою у групі РД (8,1±1,2 vs 7,4±1,3; p<0,001), хоча частка процедур з адекватним очищенням була подібною (95,8 vs 95,7%; p=0,70). Принаймні 1 раз дорогою до центру зупинялись 18 пацієнтів групи РД і 4 пацієнти групи ВД (7,5 vs 8,7%; p=0,94). Нетримання спостерігалось у 6 пацієнтів групи РД; у групі ВД таких випадків не було (2,5 vs 0%; p=0,59).

Обговорення

У цьому рандомізованому контрольованому дослідженні було встановлено, що в умовах скринінгу впровадження простої і легко зрозумілої листівки, в якій чітко пояснюються переваги РД, гарантує високу прихильність пацієнтів до цього режиму навіть при ранкових колоноскопіях і таким чином практично виключає необхідність в додаткових усних інструкціях.

Результати дослідження є важливими через низку причин. По-перше, вони демонструють, що використання простої навчальної листівки замість стандартних форм з підготовки кишечнику може забезпечити високу частоту вибору на користь РД (близько 80%). Зважаючи на низький комплаєнс до РД при ранкових колоноскопіях, що відзначався у попередніх дослідженнях, і відомий зв'язок між РД і частотою виявлення аденом, ця стратегія виглядає надважливою для оптимізації ефективності колоноскопії і профілактики КРР.

По-друге, надання вербальних інструкцій на додаток до письмових не мало значних переваг порівняно з лише письмовими інструкціями стосовно обрання РД, дотримання схеми підготовки і якості очищення кишечнику. Листівка, використана у цьому дослідженні, виявилась настільки ефективною у поясненні пацієнтам переваг РД і сприянні дотримання обраної схеми підготовки, що усне консультування було практично зайвим. У попередніх

дослідженнях оцінювалась низка інших підходів для покращення комплаєнсу, зокрема навчальні інструкції у вигляді картинок, буклети, відео і телефонні дзвінки, але результати цих досліджень є суперечливими.

Деякі практичні настанови настійно рекомендують, щоб медичні працівники одночасно надавали пацієнтам письмові та усні інструкції з підготовки кишечнику з метою покращення комплаєнсу і результатів підготовки. Проте ці настанови ґрунтуються на доказах низької якості, переважно на одному спостережному дослідженні, в якому використання вербальних і письмових інструкцій, порівняно з лише письмовими, було незалежним предиктором адекватної якості підготовки кишечнику. Дані інтервенційних досліджень щодо додаткової ролі усних інструкцій є обмеженими. У нещодавньому нерандомізованому дослідженні за участю 105 пацієнтів, які проходили скринінгову колоноскопію, 10-хвилинне навчальне консультування лікарем на додаток до письмових інструкцій значно покращувало якість підготовки кишечнику. Наскільки відомо авторам, представлена робота є першим рандомізованим дослідженням, яке було спеціально сплановане для оцінки впливу усних інструкцій на результати підготовки кишечнику і продемонструвало, що усне консультування лікарем не покращило якість підготовки кишечнику за умови використання листівки про переваги РД. На думку дослідників, цей результат пов'язаний передусім з неочікувано дуже високою прихильністю до РД в контрольній групі, а не з недостатньою ефективністю запропонованого втручання. Ця висока прихильність до РД частково пояснюється ефективністю нової навчальної листівки, але вона також може бути переоціненою через особливості дослідження. Пацієнти з позитивним скринінговим ФІТ є окремою популяцією, в якій прихильність до будь-яких рекомендацій, спрямованих на покращення якості колоноскопії, є вірогідно вищою через страх перед раком.

По-третє, завдяки багатомірному аналізу було встановлено, що на режим РД неохоче погоджувались лише пацієнти, в яких дорога до ендоскопічного центру займала більше 1 год, ймовірно, через побоювання зупинки в дорозі або нетримання випорожнень та необхідність дуже рано прокидатись для завершення процедури підготовки. Щоб переконати цю категорію пацієнтів обрати режим РД, найлегше зсунути призначення на колоноскопію на другу половину ранку або більш пізні години.

Сильною стороною цього дослідження є вибір об'єктивної первинної кінцевої точки - частки пацієнтів, які обрали режим РД (замість якості підготовки кишечнику), що мінімізує будь-яку суб'єктивність під час оцінки результатів.

Висока прихильність пацієнтів до РД і наданих інструкцій щодо підготовки в обох групах сприяла дуже високій частці процедур з адекватним очищенням кишечнику, яка відповідає найвищим показникам, отриманим раніше в умовах скринінгу на підставі ФІТ.

Оцінка підготовки очищення кишечнику (BBPS) була вищою в пацієнтів, які надали перевагу РД, втім, за частотою процедур з адекватною підготовкою групи РД

Таблиця 2. Демографічні та клінічні характеристики пацієнтів, які обрали розділений або вечірній режим дозування			
Характеристика	Група письмового навчання (n=143)	Група письмового й усного навчання (n=143)	p
Вік, роки	59,1±6,1	56,1±6,2	0,15
Чоловіки, n (%)	77 (53,8)	64 (44,8)	0,15
Освіта, n (%)			
Середня спеціальна / вища	62 (43,4)	72 (50,3)	0,29
Середня / неповна середня	81 (56,6)	71 (49,7)	
Сімейний стан, n (%)			
У шлюбі	116 (81,1)	119 (83,2)	0,75
Розлучені	9 (6,3)	6 (4,3)	
Овдовілі	3 (2,1)	5 (3,5)	
Самотні	15 (10,5)	13 (9,1)	
Трудова зайнятість, n (%)			
Повна	61 (42,7)	57 (39,8)	0,77
Часткова	3 (2,1)	6 (4,1)	
Не працюють / на пенсії	58 (40,6)	60 (42,1)	
Домашнє господарство	21 (14,6)	20 (14,0)	
Перша колоноскопія, n (%)	121 (84,6)	110 (76,9)	0,13
Запланований час колоноскопії, n (%)			
Від 8:00 до 9:00	77 (53,8)	84 (58,7)	0,47
Від 9:00 до 10:00	66 (46,2)	59 (41,3)	
Час у дорозі до клініки, n (%)			
<30 хв	72 (50,3)	76 (53,1)	0,47
Від 30 до 60 хв	63 (44,1)	62 (43,4)	
>60 хв	8 (5,6)	5 (3,5)	

і ВД не відрізнялись. Оскільки режим ВД обрали лише 16% учасників, дослідження не мало достатньої потужності, щоб виявити статистично значиму різницю в якості підготовки між цими групами. Хоча в разі призначення колоноскопії на ранні ранкові години режим РД може виглядати менш привабливим порівняно з ВД (через відносно більш короткий проміжок часу від завершення підготовки до початку процедури), це не повинно ставати на перешкоді до використання РД за таких умов, оскільки добре відомо, що найвищі рівні якості підготовки асоціюються з найвищою частотою виявлення аденом.

Режими РД і ВД не відрізнялись за частотою небажаних подій, зокрема нетримання або потреби в зупинці дорогою до ендоскопічного центру для дефекації. Ці результати доводять, що РД в цілому добре переноситься пацієнтами навіть у разі призначення колоноскопії на ранні ранкові години.

Автори також усвідомлюють певні обмеження дослідження. По-перше, ефективність навчальної листівки щодо усунення потреби в усних інструкціях з підготовки кишечнику була продемонстрована в пацієнтів - учасників програми скринінгу КРР. Відтворюваність цих результатів поза межами скринінгу, коли пацієнти можуть менше усвідомлювати важливість високоякісної колоноскопії, має бути вивчена у майбутніх дослідженнях. В умовах очікуваної більш низької прихильності до РД може бути доцільним активне консультування, зокрема надання усних інструкцій, як це рекомендується практичними настановами.

По-друге, дослідження проводилось в одному закладі, тож для узагальнення отриманих результатів необхідним є багатоцентрове дослідження.

По-третє, загальну ефективність навчальної листівки з підготовки кишечнику слід також вивчити для пізніх ранкових і післяобідніх колоноскопій; прихильність до РД є більш важливою для ранніх ранкових процедур, проте переваги навчальної листівки можуть отримати всі пацієнти, які піддаються колоноскопії.

Висновки

Результати дослідження свідчать, що в умовах скринінгу системне впровадження листівки, в якій наочно пояснюються переваги РД для підготовки кишечнику, забезпечує високий комплаєнс і ефективне очищення, що практично робить зайвим додаткове усне навчання при колоноскопії у ранні ранкові години. Отже, це проста й економічно ефективна стратегія, що дозволяє покращити якість колоноскопії.

Список літератури знаходиться в редакції.

Andrealli A., Paggi S., Amato A. et al. Educational strategies for colonoscopy bowel prep overcome barriers against split-dosing: A randomized controlled trial. United European Gastroenterology Journal. Published Online First 11 July 2017.

Перекладено та адаптовано з англ. Олексій Терещенко

За підтримки ТОВ «Такеда Україна»
UA/XMP/0917/0076

