**Список сокращений**

ВЗК – воспалительные заболевания кишечника

ДБ – дивертикулярная болезнь

КТ – компьютерная томография

МКБ – международная классификация болезней

МРТ – магнитно-резонансная томография

НПВС – нестероидные противовоспалительные средства

УЗИ – ультразвуковое исследование

**Термины и определения**

Дивертикул – это грыжевидное выпячивание стенки полого органа.

Дивертикулярная болезнь – это наличие в толстой кишке как минимум одного ложного дивертикула.

Дивертикулит – воспаление одного или нескольких дивертикулов толстой кишки.

**Краткая информация**

Дивертикул – этого грыжевидное выпячивание стенки полого органа.

ДБ – это наличие как минимум одного ложного дивертикула толстой кишки.

По строению дивертикулы разделяют на истинные, в которых прослеживаются все слои полого органа, и ложные, в стенке которых отсутствует мышечный и подслизистый слой.

По происхождению дивертикулы разделяют на врожденные и приобретенные. Истинные дивертикулы по происхождению врожденные, ложные – приобретенные.

По морфофункциональным особенностям выделяют пульсионные дивертикулы, возникающие в результате действия внутрипросветного давления на стенку полого органа, и тракционные дивертикулы – формирующиеся в результате фиксации органа и деформации его стенки.

При ДБ дивертикулы по происхождению приобретенные, по строению – ложные, по морфофункциональным особенностям – пульсионные. Преимущественная локализация дивертикулов – ободочная кишка, в прямой кишке дивертикулы образуются крайне редко.

Стенка дивертикула представлена слизистой оболочкой и тонким соединительнотканным слоем, образующимся из дегенерировавших мышечного и подслизистого слоев.

В дивертикуле различают устье, шейку, тело и дно.

Дивертикул может быть окружен жировой тканью, если располагается в жировом подвеске или брыжейке ободочной кишки или же поверхностный слой дивертикула может быть представлен серозной оболочкой, если он располагается в интраперитонеальной части кишечной стенки.

Если дно дивертикула не выходит за пределы стенки, то такой дивертикул называют неполным или интрамуральным.

Выделяют также гигантские дивертикулы при их размере более 4 см.

Размеры дивертикулов колеблются в пределах от 1 мм до 150 мм, в среднем составляя 3-8 мм. Устья дивертикулов располагаются вблизи мышечных тканей. В этих местах конечные ветви прямых сосудов проходят сквозь циркулярный мышечный слой и в подслизистое сосудистое сплетение.

Кровоснабжение дивертикула осуществляется за счет сосудов подслизистого слоя, плотно расположенных в области шейки дивертикула. От этих сосудов отходит конечная ветвь, которая достигает дна дивертикула.

Выделяют два типа ДБ – «западный» и «восточный». При «западном» типе ДБ, в первую очередь, поражаются левые отделы ободочной кишки. В 95% дивертикулы располагаются в сигмовидной или сигмовидной и нисходящей ободочной кишке. Наибольшее количество дивертикулов и высокая плотность их расположения имеет место в сигмовидной кишке. Эти показатели снижаются в проксимальном направлении, однако нередким бывает сегментарное поражение ободочной кишки дивертикулами, например, они определяются в сигмовидной и поперечной ободочной кишке, а в других отделах их нет. Преимущественная географическая распространенность «западного» типа ДБ – США, Канада, Европа, Россия, Австралия.

«Восточный» тип ДБ характерен для стран Азии и Африки. При этом дивертикулы локализуются в слепой и восходящей кишке. Распространенность этого типа в сотни раз меньше, чем его «западный» вариант и в данных клинических рекомендациях «восточный» тип не рассматривается.

**Этиология и патогенез**

Возникновение дивертикулов в стенке ободочной кишки, в первую очередь, обусловлено изменением механических свойств соединительной ткани подслизистого слоя, являющегося прочностным каркасом При этом действие внутрипросветного давления приводит к пролапсу слизистой через «слабые» участки кишечной стенки – места прохождения сквозь нее сосудов.

Развитию «слабости» соединительной ткани способствует преобладание в рационе рафинированной пищи животного происхождения и недостаток нутриентов растительного происхождения, в том числе, грубой волокнистой клетчатки. Экспериментально было доказано, что при таком рационе существенно увеличивается число поперечных сшивок в коллагеновых волокнах, достоверно растет доля коллагена III типа и возрастает концентрация эластина. Это снижает растяжимость и упругоэластичные свойства соединительной ткани, делает ее более плотной и хрупкой. Помимо ДБ, эти изменения характерны также для процессов старения. Совокупное действие обоих факторов приводит к значительному росту заболеваемости ДБ от 10% в возрасте 40 лет, до 60% в возрасте 70 лет. В три раза реже дивертикулы выявляют у вегетарианцев и чаще – у лиц с ожирением, сниженной двигательной активностью, а также при врожденных дефектах структуры соединительной ткани (синдром Марфана, Энлоса-Данлоса, поликистоз почек).

Дефицит растительной клетчатки, кроме того, приводит к уменьшению объема и повышению плотности каловых масс, что инициирует нарушения двигательной активности ободочной кишки: даже на незначительное раздражение кишка реагирует в виде хаотичных сокращений перемешивающего типа. Как следствие, формируются короткие замкнутые сегменты с повышенным внутрипросветным давлением. Параллельно с этим, в стенке кишки снижается число клеток Кахаля (основных пейсмейкеров моторики) и уменьшается количество нейронов в интрамуральных ганглиях, что, в свою очередь, усиливает выраженность нарушений двигательной активности, образуя порочный круг.

В основе развития как неосложненной формы ДБ с клиническими проявлениями, так и осложненных ее форм, лежат воспалительные изменения в стенке дивертикулов. Задержка эвакуации содержимого из тела дивертикула через его узкую шейку приводит к образованию плотного комка, называемого фекалитом. При полной обструкции шейки дивертикула в его теле развиваются процессы воспаления, а в просвете накапливается экссудат. Если в результате размягчения фекалита воспалительным экссудатом не происходит его эвакуации через шейку в просвет кишки, то развивается реактивное воспаление окружающих дивертикул тканей, а затем – пропитывание окружающих тканей воспалительным экссудатом. В зависимости от реактивных свойств организма и вирулентности инфекционного агента, воспаление может варьировать от незначительного отека окружающей кишку жировой клетчатки до перфорации дивертикула с развитием перитонита.

Если в острой фазе воспаления произошло разрушение всей стенки дивертикула или ее части, то по стихании процессов острого воспаления, полного восстановления структурной целостности стенки дивертикула не происходит. Дефекты стенки при этом заполняются грануляционной тканью, которая находится в постоянном контакте с агрессивным содержимым толстой кишки с высокой концентрацией микроорганизмов. Так как мышечный и подслизистый слои в дивертикуле отсутствуют, при разрушении базальной мембраны и собственной пластинки слизистой, содержимое кишки контактирует не со стенкой кишки, а околокишечной клетчаткой, создавая условия для перехода процесса в хроническую форму и развития рецидивов воспалительного процесса.

При ДБ в стенке ободочной кишки развиваются специфические изменения мышечного слоя в виде его разволокнения и утолщения, но не за счет гипертрофии, а вследствие волнообразной деформации. Эти изменения максимально выражены в области воспаленного дивертикула и постепенно убывают по мере удаления от источника воспаления.

Механизм развития кровотечения из дивертикула состоит в том, что при эвакуации фекалита через шейку, в ее узкой части, происходит повреждение рыхлой отечной слизистой. Именно в этом месте шейку дивертикула обвивают конечные ветви прямых сосудов.

**Эпидемиология**

В настоящее время ДБ является одним из наиболее распространенных заболеваний ЖКТ. Ее называют болезнью «западной цивилизации». В течение XX века отмечен рост ДБ более, чем в 10 раз. Так, в США ежегодно госпитализируется более 200 тысяч пациентов с осложненными формами этого заболевания. За последнее десятилетие в США и Западной Европе отмечен почти двукратных рост числа хирургических вмешательств по поводу ДБ.

В России частота выявления ДБ колеблется в зависимости от регионов. В крупных городах это заболевание с середины 90-х годов перестало быть редкостью и сейчас является предметом повседневной работы колопроктологов, гастроэнтерологов и хирургов. По данным НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих в 2008-2013 годах ДБ выявлялась в 17,6-22,6%. Среди гастроэнтерологических больных, по данным рентгенологических исследований ЦНИИ гастроэнтерологии, частота выявления дивертикулов в 2002-2004 годах составила 15,7%. В экстренных хирургических стационарах Москвы, Санкт-Петербурга и Уфы составляет 3,2-6,1%. Согласно статистическим данным Минздрава России, в 2018 г. в нашей стране с диагнозом ДБ были госпитализированы 27 тыс. пациентов.

**Особенности кодирования по МКБ-10**

K57.2 Дивертикулярная болезнь толстой кишки с прободением и абсцессом

K57.3 Дивертикулярная болезнь толстой кишки без прободения и абсцесса

**Классификация**

Универсальной классификации ДБ не существует.

Для применения в клинической практике следует придерживаться классификации, разработанной Ассоциацией колопроктологов России (2014). Согласно этой классификации, наличие хотя бы одного дивертикула в толстой кишке позволяет установить диагноз ДБ.

ДБ принципиально разделяется на бессимптомную форму, неосложненную форму с клиническими проявлениями и осложненную форму.

**Бессимптомную форму** констатируют, если в ободочной кишке имеется хотя бы один дивертикул и отсутствуют какие-либо клинические проявления заболевания.

**Неосложненная форма** ДБ с клиническими проявлениями преимущественно проявляется функциональными нарушениями и болями при отсутствии каких-либо признаков воспалительных изменений в дивертикулах.

**Осложненная форма** ДБ имеет место при развитии воспалительных реакций или толстокишечных кровотечениях. В осложненной форме ДБ выделяют острые и хронические осложнения (табл. 1).

*Таблица 1*

**Классификация осложнений ДБ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Острые осложнения** | **Хронические осложнения** |
| I. Острый дивертикулит | I. Хронический дивертикулит  1. рецидивирующее течение  2. непрерывное течение  3. латентное течение |
| II. Острый паракишечный инфильтрат | II. Стеноз |
| III. Перфоративный дивертикулит  1. периколическая флегмона  2. абсцесс  3. гнойный перитонит  4. каловый перитонит | III. Хронический паракишечный инфильтрат  1. рецидивирующее течение  2. непрерывное течение |
| IV. Толстокишечное кровотечение | IV. Свищи ободочной кишки  1. внутренние  2. наружные |
| V. Рецидивирующее толстокишечное кровотечение |

К острым осложнениям относят воспалительные осложнения или кровотечения, впервые возникшие в жизни. При остром воспалении наблюдается каскад типовых реакций, направленных на ликвидацию повреждающего агента. Если же повреждающий агент продолжает действовать, то происходит наслоение разных фаз воспаления друг на друга и заболевание становится хроническим.

К хроническим формам следует относить ситуации, при которых не удается ликвидировать воспалительный процесс в течение более, чем 6 нед или же в этот срок и позже развивается рецидив воспаления.

Под **острым дивертикулитом** следует понимать ситуацию, когда воспаление локализуется в самом дивертикуле и распространяется на прилежащую клетчатку и стенку кишки без вовлечения в воспалительный процесс брюшной стенки или других органов брюшной полости.

**Острый паракишечный инфильтрат** – это острый воспалительный процесс, при котором воспалительный экссудат распространяется на паракишечные ткани и органы, формируя пальпируемое опухолевидное образование с распространенностью воспалительного процесса по оси кишки и/или вовлечении в процесс брюшной стенки и/или другого органа брюшной полости.

**Перфоративный дивертикулит** – это разрушение стенок дивертикула воспалительным экссудатом с выходом газа и кишечного содержимого из просвета кишки в окружающие ткани, формированием гнойной полости (абсцесса) или развитием перитонита.

**Периколическая флегмона** – это вариант перфоративного дивертикулита, при котором острый паракишечный инфильтрат содержит в себе пузырьки воздуха, указывающие на нарушение целостности воспаленного дивертикула.

**Абсцесс** при дивертикулярной болезни может быть периколическим, тазовым и отдаленным.

Периколический абсцесс образуется на месте разрушенного дивертикула, в брыжейке кишки или же прикрыт ею и стенкой живота. Тазовый абсцесс формируется, если его стенками помимо кишки и стенки таза является как минимум один из тазовых органов. К отдаленным абсцессам относят межпетельные гнойники вне полости малого таза, а также при локализации в других анатомических областях брюшной полости.

Перитонит, как и при других гнойно-воспалительных заболеваниях брюшной полости, дифференцируют по характеру экссудата (серозный, фибринозный, гнойный, каловый) и распространенности: местный и распространенный (диффузный и разлитой).

**Хронический дивертикулит** – это ситуация, когда хроническое воспаление локализуется в самом дивертикуле и распространяется на прилежащую клетчатку и стенку кишки без вовлечения в воспалительный процесс брюшной стенки или других органов брюшной полости.

**Хронический паракишечный инфильтрат** – это хронический воспалительный процесс, при котором образуется опухолевидное образование в брюшной полости и малом тазу и распространяющийся на соседние органы и/или стенку живота.

**Свищи ободочной кишки** при ДБ диагностируют при наличии патологического соустья между ободочной кишкой и другим органом или внешней средой. При этом внутренним отверстием свища является устье дивертикула. Свищи ободочной кишки разделяют на внутренние и наружные. К внутренним относят коловезикальные, коловагинальные, колоцервикальные, илеоколические. Другие варианты внутренних свищей, например, образование свища с тощей кишкой, маточной трубой, уретрой, мочеточником крайне редки, но описаны в специальной литературе. Наружные свищи при ДБ обычно формируются после вскрытия, пункции или дренировании гнойной полости, образовавшейся вследствие перфорации дивертикула. Спонтанное образование наружных свищей относится к редким ситуациям.

**Стеноз ободочной кишки** – это наличие рубцово-воспалительного сужения в ободочной кишке, причиной которого является хроническое воспаление в одном из дивертикулов. Крайним клиническим проявлением стеноза может являться кишечная непроходимость. Образование рубцово-воспалительной стриктуры в такой ситуации протекает в течение длительного периода времени (обычно ≥ 2 лет) и не сопровождается яркими клиническими проявлениями, а незначительная коррекция диеты приводит к разрешению симптомов осложнения. При этом хронический воспалительный процесс локализуется преимущественно интрамурально, а не в окружающих тканях, как при хроническом паракишечном инфильтрате.

Выделены три варианта клинического течения хронических осложнений.

**Непрерывное течение** – это сохранение признаков воспаления (по данным объективных и дополнительных методов обследования) без тенденции к их стиханию в течение не менее 6 нед с начала лечения острого осложнения или возврат клинической симптоматики в течение 6 нед после проведенного лечения. Непрерывное клиническое течение всегда наблюдается при свищах ободочной кишки и стенозе, возможно при хроническом дивертикулите и хроническом паракишечном инфильтрате (≤ 20%).

**Рецидивирующее течение** – это вариант клинического течения хронических осложнений, когда после полной ликвидации клинических проявлений осложнения развивается его повторное развитие. В интервалах между обострениями пациенты жалоб не предъявляют, а данные объективного и дополнительного обследования свидетельствуют об отсутствии классифицирующих признаков осложнений. Рецидивирующее течение наблюдается при хроническом дивертикулите, хроническом паракишечном инфильтрате, толстокишечных кровотечениях.

**Латентное течение** – наличие признаков хронических осложнений без клинической манифестации. К латентному варианту относят ситуацию, когда при эндоскопическом обследовании выявляют дивертикул с гнойным отделяемым без каких-либо клинических проявлений и без признаков перехода воспаления на окружающую клетчатку. Кроме того, латентное течение констатируют в ситуации, когда имеет место разрушение дивертикула с формированием паракишечной полости («неполный внутренний свищ») без соответствующей клинической симптоматики в виде эпизодов болей, лихорадки или же наличия опухолевидного образования в брюшной полости или тазу. Латентное течение характерно также для стеноза ободочной кишки.

Классификация ДБ Ассоциации колопроктологов России, Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества хирургов представлена на рис.

1.

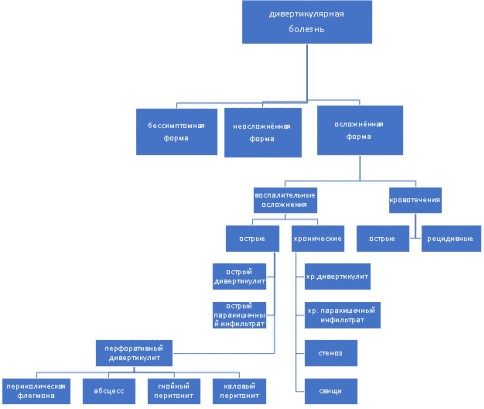


Рисунок 1. Классификация ДБ

Для определения распространенности воспалительного процесса при острых осложнениях ДБ широко применяется классификация Hinchey E.J. (1978):

|  |  |
| --- | --- |
| I стадия | Периколический абсцесс или инфильтрат |
| II стадия | Тазовый, внутрибрюшной или ретроперитонеальный абсцесс |
| III стадия | Генерализованный гнойный перитонит |
| IV стадия | Генерализованный каловый перитонит |

В Германии и центральной Европе распространена классификация Hansen O., Stock W. (1999):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стадия | 0 | Дивертикулез |
| Стадия | 1 | Острый неосложненный дивертикулит |
| Стадия | 2 | Острый осложненный дивертикулит |
|  | a | Перидивертикулит/флегмонозный дивертикулит |
|  | b | Дивертикулярный абсцесс (прикрытая перфорация дивертикула) |
|  | c | Свободная перфорация дивертикула |
| Стадия | 3 | Хронический дивертикулит |

Существует также классификация Schreyer-Layer, весьма близкая к российской классификации.

Классификации Hinchey применима исключительно для перфоративного дивертикулита.

**Клиническая картина**

Клиническая картина при ДБ существенно варьирует в зависимости от формы заболевания и варианта осложнений.

При бессимптомной форме клинических проявлений ДБ нет.

Неосложненная форма ДБ проявляется, в первую очередь, болями в живота, обычно локализованными в проекции сигмовидной кишки. Клиническая картина данного варианта заболевания схожа с таковой при синдроме раздраженного кишечника. Больные также могут отмечать нарушения стула, метеоризм и вздутие живота.

Клиническая картина при осложненной форме ДБ крайне полиморфна.

Клиническая картина острых осложнений находится в прямой зависимости от выраженности и распространенности воспалительного процесса.

Так, острый дивертикулит, в первую очередь проявляет себя болями, которые, локализуются в левой подвздошной области. Наряду с этим, в зависимости от анатомического расположения в брюшной полости воспаленного сегмента ободочной кишки, пациенты предъявляют жалобы на боли в левой боковой, правой подвздошной и гипогастральной областях. Боли могут быть приступообразными или постоянными, умеренными, не требующими назначения анальгетиков, или выраженными. Боли в большинстве наблюдений сопровождаются субфебрильной лихорадкой и лейкоцитозом. Другие симптомы, такие как вздутие, задержка стула или частый жидкий стул, тошнота, нарушение мочеиспускания и рвота встречаются реже.

Постоянным признаком острого паракишечного инфильтрата является лихорадка: у 2/3 пациентов температура тела поднимается выше 38 °C. В зависимости от выраженности интоксикации, отмечается тахикардия, сухость во рту, тошнота и рвота. Более 2/3 пациентов отмечают также вздутие живота и нарушение стула. Выраженные нарушения кишечной проходимости при остром паракишечном инфильтрате встречаются редко. Функция кишечника достаточно быстро восстанавливается после начала антибактериальной терапии на фоне ограничений в диете и назначения масляных слабительных. Общее состояние больных при остром паракишечном инфильтрате удовлетворительное или, реже, среднетяжелое.

Клиническая картина при перфоративном дивертикулите (абсцесс брюшной полости, гнойный или каловый перитонит) не имеет специфических особенностей, указывающих на дивертикулярную болезнь.

При остром периколическом абсцессе гнойная полость локализуется либо в брыжейке сигмовидной кишки, либо в области малого таза, либо прилежит к передней брюшной стенке. Больные в такой ситуации предъявляют жалобы на достаточно четко локализованные боли в левых и нижних отделах живота постоянного характера, признаки интоксикации выражены умеренно. Усиление болей и распространение их на прилежащие анатомические области, нарастание признаков интоксикации, лихорадка выше 37,5 °C, сухость во рту, тошнота, рвота, тахикардия более 100 уд/мин и наличие симптомов раздражения брюшины характерны для вскрытия гнойника в брюшную полость с развитием перитонита.

Перфорация дивертикула в свободную брюшную полость с развитием калового перитонита имеет внезапное начало в виде острых интенсивных болей, быстро принимающих разлитой характер и сопровождающихся клинической картиной интоксикации с присоединением симптомов раздражения брюшины и лихорадки.

Еще более разнообразна клиническая картина ДБ при хронических воспалительных осложнениях.

При хроническом дивертикулите клинические проявления варьируют в зависимости от характера и выраженности воспалительного процесса. Основным проявлением заболевания являются боли незначительной или умеренной интенсивности в левых и нижних отделах живота.

При латентном течении хронического дивертикулита клинических проявлений заболевания нет, а диагноз устанавливают по данным дополнительных методов обследования.

При непрерывном течении хронического дивертикулита в течение суток боли то периодически усиливаются, то ослабевают. Возможна иррадиация болей в поясничную область, в правую подвздошную область и в эпигастральную область. Прием лекарственных препаратов, обладающих спазмолитическим эффектом, и анальгетиков, позволяет купировать болевой синдром в течение 15-40 мин. Потребность в ежедневном приеме лекарственных препаратов отмечает небольшое число пациентов.

Пациенты с рецидивирующим течением хронического дивертикулита вне периодов обострения не предъявляют каких-либо жалоб или же они минимально выражены. При обострении развивается клиническая картина как при острых воспалительных осложнениях.

Клиническая картина при свищах ободочной кишки зависит от локализации наружного отверстия, выраженности воспалительной инфильтрации по ходу свища, направления хода свища, наличия дополнительных гнойных затеков и полостей.

При наружных свищах наружное отверстие, как правило, располагается на передней брюшной стенке в послеоперационных рубцах, но может располагаться в ягодичной и поясничной областях, промежности, бедре. Наружный свищ может формироваться после экстренного хирургического вмешательства, при котором резекция воспаленного сегмента сигмовидной кишки выполнена не была, а вмешательство было завершено дренированием брюшной полости. Также наружные свищи образуются после пункции и/или пункции и дренирования абсцесса под контролем УЗИ. Кроме того, свищ формируется после вскрытия абсцесса на передней брюшной стенке и поясничной области, и крайне редко – промежности и бедре.

При внутренних свищах клиническая картина не соответствует тяжести развившегося осложнения, имеет стертый характер. При сигмовезикальных свищах – это выделение газов при мочеиспускании, мутный цвет мочи и примесь в ней кала, незначительные боли в нижних отделах живота без четкой локализации, недомогание, утомляемость и редкие подъемы температуры. До развития клинической манифестации кишечно-пузырного свища, у этих больных периодически возникают боли в нижних отделах живота, сопровождающиеся лихорадкой. Большинство пациентов отмечают один эпизод резкого усиления болей с подъемом температуры, после чего у них начинают выделяться газы при мочеиспускании, и/или появляется мутный цвет мочи. В последующем, боли значительно ослабевают или же полностью исчезают, а температура нормализуется. Менее чем у трети пациентов осложнение проявляется лишь стойкой бактериурией, пневматурией и невыраженной фекалурией, а первыми жалобами являются выделение газов при мочеиспускании и жалобы на мутный характер мочи.

Кишечногенитальные свищи манифестируют болями незначительной и умеренной интенсивности, гнойно-каловыми выделениями из влагалища. В подавляющем большинстве наблюдений при сигмовагинальных и сигмоцервикальных свищах в анамнезе имело место либо экстирпация матки с придатками, либо надвлагалищная ампутация матки. У 2/3 пациенток отмечаются периодические боли, которые становятся интенсивными, появляется лихорадка, а затем – обильные гнойно-каловые выделения из влагалища, после чего явления интоксикации исчезают.

При тонкотолстокишечных свищах клинические проявления неспецифичны. Они включают в себя умеренные периодические боли, недомогание с субфебрильной лихорадкой, иногда – неустойчивый, либо учащенный жидкий стул. При этом осложнении возможен с развитием водно-электролитных нарушений.

При свищах, в области внутреннего отверстия в стенке кишки, имеет место рубцововоспалительный процесс, более, чем в половине наблюдений, приводящий к образованию деформации и сужения в этой области. При этом, нарушения кишечной проходимости развиваются крайне редко вследствие того, что слизистая в этом сегменте сохраняется, а рубцовые изменения имеют место по большей части в периколических тканях, и в меньшей степени – в стенке кишки.

Стеноз ободочной кишки при ДБ болезни имеет скудную клиническую симптоматику при наличии основного классифицирующего признака – нарушения кишечной проходимости в виде эпизодов вздутия живота, ощущения тяжести в левой подвздошной области и гипогастрии, задержки стула до 3 суток, метеоризма. Симптомы, как правило, разрешаются после ограничения в питании и приема слабительных. У большей части больных в анамнезе можно проследить эпизоды обострения воспалительного процесса без яркой симптоматики. В течение длительного периода времени, до появления клинических признаков нарушения кишечной проходимости, больные отмечают незначительные локализованные боли в левых отделах живота. Длительность этого периода составляет от 2 до 10 лет (в среднем 5,5 лет). Длительность существования симптомов нарушения кишечной проходимости колеблется от 4 мес до 3 лет.

**Диагностика**

Факт ДБ устанавливают при визуализации хотя бы одного дивертикула толстой кишки с применением любого диагностического метода.

После этого, необходимо определить форму ДБ (бессимптомная, неосложненная, осложненная), а при осложненной форме – наличия классифицирующих признаков того или иного варианта осложнений.

Диагностические задачи при разных вариантах ДБ существенно варьируют.

Так, бессимптомную форму обычно устанавливают при колоноскопии или КТ. При отсутствии клинических проявлений (на момент осмотра и в анамнезе), а также при отсутствии признаков воспалительного процесса. Расширять диагностическую программу при этом нет необходимости. Уточнить индивидуальный подход.

При неосложненной форме ДБ необходимо всестороннее обследование ЖКТ, так как ее клинические проявления неспецифичные и для установления диагноза требуется исключения всех остальных заболеваний брюшной полости, проявляющихся болями и нарушениями стула.

Диагностические задачи при острых воспалительных осложнениях ДБ включают:

* верификацию дивертикула как источника осложнений (отек и уплотнение прилежащей к воспаленному дивертикулу клетчатки, разрушение стенок дивертикула с формированием паракишечной полости, выход воздуха или контрастного вещества через устье одного из дивертикулов);
* определение клинического варианта острых осложнений (острый дивертикулит, острый паракишечный инфильтрат, абсцесс, гнойный перитонит, каловый перитонит);
* оценку распространенности воспалительного процесса (вовлечение брюшной стенки, забрюшинного пространства, локализацию и размеры гнойной полости при абсцессе, при перитоните – распространенности поражения брюшины и определение характера экссудата);
* оценку выраженности интоксикации;
* прогнозирование возможности развития рецидивов в последующем.

Дифференциальная диагностика при острых воспалительных осложнениях требует исключения таких заболеваний как аппендицит, опухоли брюшной полости и малого таза, острый колит вирусного или бактериального происхождения, острые воспалительные заболевания мочеполовой сферы, болезнь Крона, язвенный колит, ишемический колит, острые заболевания жировых подвесков ободочной кишки (заворот, воспаление, некроз).

Диагностические задачи при хронических воспалительных осложнениях ДБ включают:

а. верификацию дивертикула ободочной кишки как источника осложнений;

б. определение клинического варианта хронического воспалительного осложнения (хронический дивертикулит, хронический паракишечный инфильтрат, свищ, стеноз);

в. оценку распространенности воспалительного процесса (утолщение кишечной стенки за счет деформации ≥ мм, вовлечение в воспалительный процесс периколической клетчатки, брюшной стенки, забрюшинного пространства, других органов брюшной полости и таза, при свищах – их топографо-анатомическая характеристика).

**Жалобы и анамнез**

Жалобы при ДБ крайне вариабельны и зависят от формы и характера осложнений (см. раздел «Клиническая картина»).

При бессимптомной форме ДБ пациенты не отмечают каких-либо жалоб, которые можно соотнести с ободочной кишкой.

При неосложненной форме ДБ пациенты предъявляют жалобы на боли в животе, разной локализации, интенсивности и характера (чаще – спастические, периодические). Боли могут сопровождаться другими симптомами, такими как неустойчивый стул, запоры и метеоризм.

При осложненной форме ДБ жалобы крайне разнообразны (см. раздел «Клиническая картина»).

Изучение анамнеза при ДБ обязательно и направлено на выявление факторов риска неблагоприятного течения заболевания, таких как гормональная терапия, прием НПВС, противоопухолевая химиотерапия.

**Физикальное обследование**

Физикальное обследование всех пациентов с ДБ является стандартным и включает осмотр, перкуссию, пальпацию и аускультацию живота, а также осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки.

При физикальном обследовании могут быть обнаружены различные проявления ДБ, включая лихорадку, дефицит питания, наличие инфильтрата брюшной полости, кишечных свищей, рубцов и грыж передней брюшной стенки. При пальпации определяют величину, консистенцию, подвижность и болезненность разных отделов ободочной кишки.

У женщин необходимо выполнять влагалищное исследование, так как сегмент сигмовидной кишки часто располагается в полости таза и при пальпации передней брюшной стенки получить соответствующую информацию не представляется возможным.

**Лабораторные диагностические исследования**

Специфической лабораторной диагностики дивертикулярной болезни не существует. Тем не менее, всем пациентам с ДБ с подозрением на осложненное течение заболевания с целью определения степени анемии, признаков системного воспаления и метаболических нарушений необходимо выполнение общего анализа крови и анализа крови биохимического общетерапевтического.

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на острые воспалительные осложнения ДБ определение уровня C-реактивного белка в сыворотке крови.

**Комментарий.** *C-реактивный белок сыворотки крови является весьма чувствительным маркером воспалительного процесса. Его определение незаменимо для верификации острого воспалительного процесса в ситуациях, когда острые воспалительные осложнения, например, острый дивертикулит, не сопровождаются лихорадкой и повышением концентрации лейкоцитов в крови.*

**Инструментальные диагностические исследования**

Диагноз ДБ, за исключением ее бессимптомной формы, требует всестороннего исследования толстой кишки и брюшной полости, так как ни один метод не позволяет получить полную информацию для решения всех диагностических задач.

Всем пациентам с ДБ рекомендуется УЗИ органов брюшной полости и кишечника.

**Комментарии**. *УЗИ в диагностике ДБ имеет первоочередное значение. Это высокоинформативный, быстрый в исполнении метод, дающий возможность детально рассмотреть кишечную стенку, дивертикулы, их содержимое, выраженность и распространенность воспалительных изменений в стенке кишки и окружающих тканях. Метод не предполагает лучевую нагрузку, поэтому легко применим для контроля эффективности проводимого лечения. Однако, УЗИ имеет и ряд недостатков. Так, при острых воспалительных осложнениях, когда необходима компрессия датчика на переднюю брюшную стенку, усиливаются болевые ощущения у пациента, что может ограничивать экспозицию воспаленного сегмента ободочной кишки. Визуализация может быть затруднена при ожирении, метеоризме, нарушении проходимости. УЗИ относится к оператор-зависимым диагностическим технологиям, что требует дополнительного обучения специалистов для овладения соответствующей компетенцией.*

Выполнение КТ органов брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием рекомендуется пациентам с осложненной формой ДБ для исключения перфоративного дивертикулита, остром и хроническом паракишечном инфильтрате, свищах и стенозе ободочной кишки, а также с целями дифференциальной диагностики.

**Комментарий**. *КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием позволяет точно определить выраженность и распространенность воспалительного процесса, а при продолжающемся кровотечении – источник кровотечения. Метод быстр в исполнении, не сопровождается дискомфортом для пациента, относится к оператор-независимым методикам. КТ с внутривенным контрастированием при кровотечениях может дать возможность выявить участок экстравазации, указывающий на локализацию источника кровотечения. Вследствие неизбежной лучевой нагрузки, метод не может повторяться часто.*

КТ и УЗИ органов брюшной полости являются методами, сопоставимыми по чувствительности, которая в обоих случаях превышает 90%. Тем не менее, принимая все позитивные и негативные особенности каждого из них, целесообразно применять оба метода, особенно в ситуации, когда решается вопрос о выборе между консервативном, малоинвазивном или хирургическом подходе.

Колоноскопия пациентам с ДБ рекомендуется при толстокишечных кровотечениях, а также с целью дифференциальной диагностики.

**Комментарий**. *При толстокишечном кровотечении, колоноскопия является первоочередным методом диагностики, а также, при определенных условиях, может быть использована с лечебными целями (коагуляция или клипирование кровоточащего сосуда). Необходимо помнить, что коагуляцию кровоточащего сосуда следует применять в этом случае с осторожностью вследствие вероятности перфорации кишки. Колоноскопию нецелесообразно выполнять при острых воспалительных осложнениях вследствие риска перфорации, поэтому, в такой ситуации, в подавляющем большинстве случаев достаточно КТ брюшной полости. Существует консенсус, что при острых воспалительных осложнениях колоноскопию лучше выполнять не ранее 1 мес после стихания острого воспалительного процесса.*

При хронических воспалительных осложнениях колоноскопия применяется для исключения опухолей толстой кишки и ВЗК.

**Иные диагностические исследования**

Исследование двигательной активности толстой кишки при ДБ не имеет практического значения. Возможности МРТ брюшной полости в настоящее время изучены недостаточно.

Пациентам с ДБ, осложненной сигмовезикальными свищами, при недостаточной эффективности других методов диагностики, рекомендуется проба с маковыми семенами.

**Лечение**

**Консервативное лечение**

**Бессимптомная форма ДБ**

В лечении не нуждается.

**Неосложненная форма ДБ**

Лечение данной формы заболевания не отличается от лечения синдрома раздраженного кишечника, проводится в течение длительного времени, не менее 1-2 мес и включает в себя мероприятия, направленные на ликвидацию болевого синдрома и спазма ободочной кишки.

Традиционно, при неосложненной форме ДБ, многие специалисты назначают пищевые волокна и пробиотики (противодиарейные препараты биологического происхождения, биологически активные добавки). Однако, достоверных данных об их эффективности в ликвидации абдоминальной боли до сих пор не получено вследствие гетерогенности сравниваемых групп.

Пациентам с неосложненной формой ДБ рекомендуется лечение с применением рифаксимина по 400 мг 2-3 раза в день. Возможно назначение повторных курсов лечения.

**Комментарий**. *Сочетание рифаксимина с растворимыми пищевыми волокнами существенно улучшает результаты лечения неосложненной формы ДБ.*

Пациентам с неосложненной формой ДБ рекомендуется лечение с применением месалазина в дозе 3,0 г/сут до достижения клинического эффекта.

**Комментарий**. *Монотерапия месалазином при лечении неосложненной ДБ позволяет несколько уменьшить интенсивность болевого синдрома, но не предотвращает развития острого дивертикулита у данной категории больных. Также возможна комбинация рифаксима в дозе 400 мг два раза в сутки и месалазина 800 мг 2 раза в сутки 7 дней в месяц в течение 12 месяцев для увеличения эффективности лечения.*

**Острые воспалительные осложнения**

Консервативное лечение эффективно у большинства пациентов с острыми воспалительными осложнениями, а именно с острым дивертикулитом, острым паракишечным инфильтратом и периколическими абсцессами малого размера (≤ 3 см). Консервативное лечение при этом включает бесшлаковую диету, спазмолитики, слабительные и антибиотики. Консервативное лечение эффективно у всех пациентов с острым дивертикулитом и острым паракишечным инфильтратом. При периколических абсцессах, консервативное лечение более продолжительное и может быть неэффективным в 19-21%. В этих случаях целесообразно выполнено пункции и дренирования абсцесса или хирургическое вмешательство. Неэффективность консервативного лечения острого дивертикулита и острого паракишечного инфильтрата имеет место в случаях, когда не были диагностирован перфоративный дивертикулит (чаще – периколические свищи малого размера).

Пациентам с острыми воспалительными осложнениями, а именно с острым дивертикулитом, острым паракишечным инфильтратом, периколической флегмоне и периколическим абсцессом малого размера (≤ 3 см) рекомендуется консервативное лечение с назначением антибиотиков.

**Комментарий**. *При остром дивертикулите целесообразно назначать антибиотики per os, при периколической флегмоне и периколическом абсцессе малого размера – внутривенно, при остром паракишечном инфильтрате – возможны оба варианта в зависимости от выраженности и распространенности воспалительного процесса.*

При остром дивертикулите также рекомендуется вариант консервативного лечения без включения в схему лечения антибиотиков.

**Комментарий**. *Несмотря на достаточную доказательную базу, большинство зарубежных клинических рекомендаций по-прежнему рекомендуют применять антибиотики при лечении острого дивертикулита. Это объясняется тем, что в момент установления диагноза, воспалительный процесс может продолжать развиваться, поэтому более безопасным вариантом лечения является антибиотикотерапия. Кроме того, в большинстве исследований имеет место гетерогенность сравниваемых групп. Поэтому, вариант консервативного лечения острого дивертикулита без применения антибиотиков следует применять с осторожностью.*

**Хронические воспалительные осложнения**

В лечении хронических воспалительных осложнений консервативный подход играет ведущую роль. При рецидивирующем течении хронического дивертикулита или хронического паракишечного инфильтрата, в стадию обострения воспалительного процесса, лечение проводят так же, как и при острых осложнениях.

При непрерывном течении хронического дивертикулита, а также рецидивирующем течении хронического дивертикулита и хронического паракишечного инфильтрата, в периоды между обострениями, лечение проводят как при неосложненной форме ДБ. Достаточной доказательной базы по консервативному лечению хронического дивертикулита и хронического паракишечного инфильтрата не существует.

При свищах ободочной кишки, как осложнении ДБ, добиться спонтанного закрытия свищей невозможно. Консервативное лечение при этом направлено на максимальную ликвидацию выраженности воспалительного процесса.

При стенозе ободочной кишки консервативные мероприятия позволяют уменьшить выраженность нарушений кишечной проходимости, а добиться полного клинического эффекта невозможно.

**Толстокишечные кровотечения**

Консервативное лечение является основным методом при ДБ, осложненной толстокишечным кровотечением. У пациентов данной группы проводят гемостатическую терапию, как и при других вариантах ЖКК, а также отменяют прием антитромботических средств, антикоагулянтных и НПВС.

Рекомендуется придерживаться консервативной тактики, если при колоноскопии факт остановки кровотечения подтвержден.

**Комментарий**. *Несмотря на то, что большинство пациентов с ДБ поступают с уже остановившимся кровотечением, необходим динамический контроль, так как возможен рецидив кровотечения.*

**Хирургическое лечение**

**Острые осложнения**

При ДБ, осложненной абсцессом, размером более 3 см, рекомендуется начинать лечение с использованием малоинвазивных методов.

**Комментарий**. *При размере абсцесса более 3 см или отсутствии эффекта от проводимого консервативного лечения и увеличении размеров абсцесса изначально меньшего диаметра, показана эвакуация содержимого гнойника одним из возможных методов (пункция, пункция и дренирование абсцесса, в том числе и под контролем УЗИ или КТ, внебрюшинное вскрытие и дренирование абсцесса) и дальнейшее проведение консервативного лечения вплоть до максимально возможной ликвидации воспалительного процесса. Такая тактика позволяет избежать хирургического вмешательства у 30-40% пациентов. При отсутствии выраженного лечебного эффекта от малоинвазивного лечения показано хирургическое вмешательство. При остром абсцессе имеет место разрушение стенок одного из дивертикулов, поэтому переход воспаления в хроническую форму, а также вероятность формирования свищей толстой кишки весьма высока. У большинства пациентов в последующем возникает необходимость в плановом хирургическом лечении.*

При ДБ, осложненной перитонитом, а также при неэффективности консервативного и малоинвазивного лечения абсцесса, рекомендуется хирургическое лечение в объеме резекции толстой кишки с участком перфорации.

**Комментарий**. *Целью хирургического вмешательства является удаление сегмента толстой кишки с разрушенным дивертикулом, так как борьба с абдоминальным сепсисом наиболее эффективна в условиях ликвидации источника инфекции. Операцией выбора при перфоративном дивертикулите является операция Гартмана или Микулича. Если имеет место перфорация сегмента ободочной кишки с длинной брыжейкой, то возможно выполнение операции экстериоризации – выведение перфорированного сегмента на переднюю брюшную стенку в виде двуствольной колостомы.*

Лапароскопические и открытые вмешательства одинаково эффективны при хирургическом лечении перфоративного дивертикулита.

При хирургическом лечении перфоративного дивертикулита не следует пытаться решить при экстренной операции задачи, стоящие перед плановыми вмешательствами. Не следует пытаться иссекать и удалять все воспаленные участки, дополнительно мобилизовать левый изгиб. Необходимо минимизировать возможность вскрытия соседних клетчаточных пространств (забрюшинное, пресакральное и т.д.), тем самым открывая новые пути для распространения гнойно-воспалительного процесса. Кроме того, нет необходимости удалять дистальную часть сигмовидной кишки при экстренной операции, если в этом сегменте нет участка с перфорацией. Нужно строго придерживаться принципов лечения абдоминального сепсиса, тем более осложненного септическим шоком, по возможности сокращая травматичность и продолжительность вмешательства.

В специальной литературе ведется дискуссия о возможности формирования колоректального анастомоза при острых гнойно-воспалительных осложнениях дивертикулярной болезни. Авторы, отстаивающие такую возможность, уточняют, что это допустимо только в тщательно отобранных клинических случаях, при локализованном абсцессе, начальных стадиях перитонита у больных без выраженных сопутствующих заболеваний. Операцию при этом целесообразно дополнять превентивной двуствольной илео- или колостомой. Тем не менее, следует помнить, что основной задачей в такой ситуации является лечение абдоминального сепсиса, а не облегчение последующих этапов хирургического лечения.

Операция санации и дренирования брюшной полости при перфорации дивертикула с развитием перитонита не рекомендуется к применению.

**Комментарий**. *Операция санации и дренирования брюшной полости при перфоративном дивертикулите сопровождается трехкратным увеличением риска продолжающегося перитонита, формирования внутрибрюшных абсцессов и необходимостью повторных хирургических вмешательств по сравнению с операциями резекции ободочной кишки.*

При продолжающемся толстокишечном кровотечении рекомендуется остановка кровотечения эндоскопическом методом.

**Комментарий**. *При эндоскопической верификации источника кровотечения необходимо выполнить остановку кровотечения одним из доступных эндоскопических методов.*

При неэффективности эндоскопической остановки кровотечения при наличии технической возможности рекомендуется выполнить селективную артериографию с эндоваскулярной эмболизацией сосудов.

**Комментарий**. *Эффективность ангиографии с эмболизацией составляет 76-100% с риском рецидива кровотечения менее 20%. Применение метода ограничивается небольшим опытом его использования.*

При неэффективности эндоскопической и эндоваскулярной остановки кровотечения при наличии технической возможности рекомендуется выполнить хирургическое вмешательство в объеме резекции ободочной кишки или колэктомии.

**Комментарий**. *Хирургическое вмешательство при остром толстокишечном кровотечении показано в следующих ситуациях:*

*1. Рецидивирующее или продолжающееся кровотечение при неэффективности других методов остановки кровотечения.*

*2. Необходимость большого объема гемотрансфузии (не менее 4 доз в течение 24 ч).*

*3. Нестабильная гемодинамика, некоррегируемая при проведении интенсивной терапии.*

*Среди пациентов, требующих неотложного хирургического вмешательства, летальность составляет 10-20%. Методом выбора хирургического лечения при остром толстокишечном кровотечении является сегментарная резекция при условии точной дооперационной топической диагностики источника кровотечения. Вероятность рецидива толстокишечного кровотечения в течение 1 года после такого вмешательства составляет 14%. При отсутствии точной верификации источника кровотечения, вероятность рецидива кровотечения после сегментарной резекции увеличивается до 42%.*

*Субтотальная дистальная резекция ободочной кишки показана при отсутствии точной верификации источника кровотечения. В такой ситуации частота осложнений увеличивается до 37%, а летальность – до 33%. Вероятность рецидива толстокишечного кровотечения в течение 1 года после такого вмешательства составляет 0%.*

**Хронические осложнения**

Показания к плановому хирургическому лечению при ДБ относительные, их устанавливают индивидуально на основании выраженности перенесенных воспалительных осложнений, оценки эффективности проводимых консервативных мероприятий и прогноза дальнейшего течения заболевания. Основным предиктором неэффективности консервативного лечения является наличие признаков разрушения одного из дивертикулов, что должно быть подтверждено хотя бы одним из методов исследований: УЗИ, КТ, МРТ, УЗ-колоноскопия. При наличии признаков разрушения одного из дивертикулов, как во время, так и после первой атаки острого воспаления, вне зависимости от результатов проведенного лечения, целесообразно рекомендовать плановое хирургическое лечение.

Кроме того, показанием к плановой операции служит невозможность исключения опухолевого процесса в толстой кишке.

Остальные факторы должны рассматриваться в качестве дополнительных: возраст до 50 лет, число рецидивных атак, длительный системный прием НПВС, иммунносупрессивная терапия, биологическая терапия, коллагеновые и сосудистые заболевания, выраженность сопутствующих заболеваний.

Наличие свища ободочной кишки как осложнения ДБ является показанием к плановому хирургическому лечению. Свищи ободочной кишки при ДБ не имеют тенденции к спонтанному закрытию, так как внутреннее отверстие свища представляет собой устье дивертикула с сохраненной слизистой. Консервативные мероприятия при свищах следует рассматривать как подготовку к хирургическому вмешательству. Они позволяют достичь лишь кратковременного снижения интенсивности и распространенности воспаления вокруг свищевого хода и проводятся с целью создания оптимальных условий для выполнения хирургического вмешательства, а не в качестве самостоятельного метода лечения.

При стенозе консервативные мероприятия также малоэффективны вследствие выраженности рубцово-воспалительных изменений в стенке кишки и должны быть направлены на ликвидацию явлений нарушений кишечной проходимости с целью создания оптимальных условий для выполнения хирургического вмешательства и формирования первичного анастомоза. Противовоспалительные мероприятия в качестве предоперационной подготовки при этом нецелесообразны. Основной метод лечения стеноза – хирургический.

Правильный выбор объема резекции толстой кишки при ДБ – ведущий фактор достижения хороших результатов лечения. При плановом хирургическом лечении хронических осложнений ДБ необходимо придерживаться следующих принципов:

1. Не следует стремиться к удалению всех отделов толстой кишки, имеющих дивертикулы.

2. В границы резекции обязательно должны быть включены отделы с признаками воспаления.

3. При определении границ резекции необходимо удалить сегменты с утолщенной и деформированной кишечной стенкой. Ведущим и наиболее точным методом диагностики степени изменения кишечной стенки при этом является интраоперационное УЗИ.

4. Формирование анастомоза желательно между отделами с неутолщенной эластичной стенкой, не содержащей дивертикулы в непосредственной близости к линии кишечного шва.

При невозможности выполнить условия 3 и 4 формирование первичного анастомоза целесообразно сочетать с наложением превентивной проксимальной кишечной стомы.

При выполнении перечисленных условий риск осложнений со стороны анастомоза и риск рецидива ДБ – минимальный.

При хирургическом лечении хронических осложнений ДБ следует стремиться к выполнению операций с применением лапароскопических технологий.

Далеко не всегда до операции удается полностью исключить рак толстой кишки, осложненный перифокальным воспалением и абсцедированием. Крайне важно хирургу после выполнения резекции до ушивания передней брюшной стенки вскрыть удаленный препарат, чтобы убедиться в отсутствии опухоли.

При выполнении реконструктивно-восстановительных вмешательств у лиц, перенесших операции с формированием кишечной стомы, необходимо учитывать особенности ДБ. При этом, как правило, формированию толстокишечного анастомоза должна предшествовать резекция отключенных и/или функционирующих отделов по вышеперечисленным принципам. В противном случае риск развития несостоятельности толстокишечных анастомозов многократно увеличивается.

Плановое хирургическое лечение рекомендуется при хроническом дивертикулите и хроническом паракишечном инфильтрате в случае неэффективности консервативных мероприятий, а также пациентов с высоким риском повторного развития осложнений и при приемлемом риске периоперационных осложнений.

**Комментарий**. *При плановом хирургическом лечении хронических осложнений ДБ предпочтительным является лапароскопический доступ, обеспечивающий лучшие результаты и более высокое качество жизни по сравнению с открытым методом.*

Пациентам с высоким риском рецидива жизненно опасного толстокишечного кровотечения рекомендуется плановое хирургическое лечение.

**Комментарий**. *В настоящее время не разработаны четкие принципы определения показаний к плановому хирургическому лечению данной категории больных по причине малочисленности и гетерогенности исследуемых групп, а также вследствие эффективности применения эндоскопического метода.*

**Медицинская реабилитация**

При ДБ в реабилитации нуждаются пациенты с постоянными и временными кишечными стомами. При кишечных стомах целесообразно наблюдение и проведение комплекса консервативных мероприятий в специализированных отделениях и кабинетах по уходу за стомированными пациентами. Также необходима регулярная санация отключенных отделов толстой кишки с целью профилактики и лечения явлений колита отключенной кишки.

Хирургическая реабилитация больных с кишечными стомами заключается в выполнении ликвидации кишечных стом или выполнении реконструктивно-пластических вмешательств у пациентов с осложнениями постоянных кишечных стом.

**Профилактика**

Профилактика как бессимптомной формы ДБ, так и перехода ее в неосложненную или осложненную формы однотипная. Она включает преимущественное содержание в рационе растительной клетчатки в количестве не менее 25 г в сутки, контроль частоты стула и консистенции кала, профилактику ожирения. Такой режим питания достоверно снижает риск развития осложнений ДБ.

Курение увеличивает риск развития перфоративного дивертикулита.

Преобладание в рационе содержания красного мяса и жиров незначительно увеличивает риск осложнений ДБ.

Роль приема алкоголя, кофеина, орехов не доказана.

Достоверно чаще осложнения дивертикулярной болезни развиваются в группах пациентов с индексом массы тела ≥ 30 кг/м2, низкой физической активностью, при уровне систематического ежедневного приема пищи с содержанием растительной клетчатки в дозе ≤ 15 г/сут, а также при генетически-детерминированных заболеваниях соединительной ткани (синдром Марфана, синдром Элерса-Данлоса, поликистоз почек).

**Диспансерное наблюдение**

Наибольший риск развития осложнений ДБ отмечается в группах пациентов, с нарушениями обычного течения воспалительных реакций. Это наблюдается при приеме НПВС, ГКС и опиоидов, проведении биологической терапии. Дополнительное внимание необходимо уделять пациентам с гигантскими дивертикулами ободочной кишки. Риск развития кровотечений высок при приеме антиагрегантов, НПВС, антитромботических средств.

Скрининг необходим в группе пациентов, перенесших эпизод острых воспалительных осложнений, особенно в группах с высокой вероятностью развития повторных и более выраженных осложнений.

У пациентов, перенесших эпизод острого дивертикулита и острого паракишечного инфильтрата с целью уменьшения риска рецидивов воспалительного процесса рекомендовано назначение противорецидивной циклической терапии рифаксимином 400 мг в 2 раза день на 12 мес.

**Организация оказания медицинской помощи**

Неосложненная форма ДБ является показанием к амбулаторному лечению под контролем гастроэнтеролога или колопроктолога.

Острые воспалительные осложнения ДБ или хронические осложнения ДБ в стадии обострения требуют госпитализации в хирургический или колопроктологический стационар.

Острый дивертикулит и острый паракишечный инфильтрат, а также хронические осложнения ДБ в стадии обострения в отобранных случаях можно лечить в амбулаторных условиях под контролем врача-гастроэнтеролога, врача-колопроктолога или врача-хирурга.

Пациенты с хроническими осложнениями ДБ нуждаются госпитализации в колопроктологический стационар. Возможна госпитализация данной категории пациентов в хирургический стационар, если лечение осуществляется хирургами, имеющими специальную подготовку и опыт в колопроктологии.

**Нормативные ссылки**

В настоящем стандарте использованы ссылки на следующие документы:

1. Клинические рекомендации «Дивертикулярная болезнь» от 2021 г. (Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Ассоциация колопроктологов России; Одобрено на заседании научно-практического совета Минздрава РФ).

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. N203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

**Информация для пациента**

Наличие дивертикулов ободочной кишки, само по себе, при отсутствии клинической симптоматики не является поводом для беспокойства. Для установления факта связи между наличия дивертикулов и какими-либо жалобами, необходима консультация врача-гастроэнтеролога или врача-колопроктолога.

Острые воспалительные осложнения могут представлять опасность для жизни и требуют госпитализации в колопроктологический, хирургический или гастроэнтерологический стационар.

Полноценное и всестороннее обследование необходимо при решении вопроса о необходимости планового хирургического вмешательства.