

Клинические рекомендации – Дивертикулярная болезнь – 2024-2025-2026 (27.09.2024) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: K57.0, K57.1, K57.2, K57.3, K57.4, K57.5, K57.8, K57.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2024

Возрастная категория: Взрослые

Пересмотр не позднее: 2026

ID: 179

По состоянию на 27.09.2024 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Разработчик клинической рекомендации

- Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"
- Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Список сокращений

ВЗК – воспалительные заболевания кишечника

ДБ – дивертикулярная болезнь

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

КТ – компьютерная томография

МКБ – международная классификация болезней

МРТ – магнитно-резонансная томография

НПВС – нестероидные противовоспалительные средства (АТХ нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты)

СИБР – синдром избыточного бактериального роста

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.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Дивертикул – это грыжевидное выпячивание стенки полого органа.

Дивертикулярная болезнь (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 слой.

По происхождению дивертикулы разделяют на врожденные и приобретенные. Истинные дивертикулы по происхождению врожденные, ложные – приобретенные [1].

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 соединительно-тканым 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.

Размеры дивертикулов колеблются в пределах от 1 мм до 150 мм, в среднем составляя 3-8 мм. Устья дивертикулов располагаются вблизи мышечных лент. В этих местах конечные ветви прямых сосудов проходят сквозь циркулярный мышечный слой в подслизистое сосудистое сплетение. Выделяют также гигантские дивертикулы при их размере более 4 см [2].

Кровоснабжение дивертикула осуществляется за счет сосудов подслизистого слоя, плотно расположенных в области его шейки. От этих сосудов отходит конечная ветвь, которая достигает дна дивертикула [3, 4].

Выделяют два типа ДБ – "западный" и "восточный". При "западном" типе ДБ в первую очередь поражаются левые отделы ободочной кишки. Наибольшее количество (до 95%) дивертикулов выявляется в сигмовидной кишке, с уменьшением их количества в проксимальном направлении, однако нередким бывает и сегментарное поражение ободочной кишки дивертикулами, например, они определяются только в сигмовидной и поперечной ободочной кишке. Преимущественная географическая распространенность "западного" типа ДБ – США, Канада, Европа, Россия, Австралия [5].

"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 "западного" варианта и в данных клинических рекомендациях "восточный" тип ДБ не рассматривается [6, 7, 8].

Дивертикулы тонкой кишки встречаются крайне редко и могут быть врожденными, как дивертикул Меккеля в подвздошной кишке [81], так и приобретенными (дивертикулы тощей и подвздошной кишки).

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Возникновение дивертикулов в стенке ободочной кишки, в первую очередь, обусловлено изменением механических свойств соединительной ткани подслизистого слоя. При этом действие внутрипросветного давления приводит к пролапсу слизистой оболочки через "слабые" участки кишечной стенки – места проникновения в нее кровеносных сосудов [9].

Развитию "слабости" соединительной ткани способствует преобладание в рационе рафинированной пищи животного происхождения и недостаток нутриентов растительного происхождения, в том числе, грубой волокнистой клетчатки. При таком рационе снижаются растяжимость и эластические свойства соединительной ткани. Подобные изменения происходят также в процессе старения [6]. 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, Элерса-Данлоса) и аутосомно-доминантном поликистозе почек [10, 11, 12].

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 развивается воспаление, выраженность которого может варьировать от незначительного отека окружающей кишку жировой клетчатки до перфорации дивертикула с развитием перитонита [7, 13]. При эвакуации фекалита через шейку дивертикула происходит повреждение рыхлой отечной слизистой в узкой части шейки, что может приводить к развитию кровотечения [9].

Дивертикул Меккеля образуется при нарушении облитерации желточного протока и является истинным дивертикулом и располагается на расстоянии приблизительно 20-100 см от илеоцекального отдела [81, 82]. В нем может располагаться гетеротопическая слизистая желудка, ткань поджелудочной железы, желчных протоков, эндометрия и так далее, что определяет большинство клинических проявлений данного заболевания [83].

Патогенез дивертикулов тощей и подвздошной кишки изучен плохо, однако, в его основе, по видимому, лежат те же механизмы, что и при формировании приобретенных дивертикулов ободочной кишки [84].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В настоящее время ДБ является одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. 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 двукратный рост числа хирургических вмешательств по поводу ДБ [14, 12].

Дивертикул Меккеля встречается в 0,3% аутопсий и 2% лапаротомий [85]. Приобретенные дивертикулы тощей и подвздошной кишки встречаются по разным данным в 0,02-8,0% [86].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Класс: Болезни органов пищеварения (XI).

Блок: Другие болезни кишечника K55-K63.

Коды:

K57.0 Дивертикулярная болезнь тонкой кишки с прободением и абсцессом

K57.1 Дивертикулярная болезнь тонкой кишки без прободения и абсцесса

K57.2 Дивертикулярная болезнь толстой кишки с прободением и абсцессом

K57.3 Дивертикулярная болезнь толстой кишки без прободения и абсцесса

K57.4 Дивертикулярная болезнь и тонкой, и толстой кишки с прободением и абсцессом

K57.5 Дивертикулярная болезнь и тонкой, и толстой кишки без прободения или абсцесса

K57.8 Дивертикулярная болезнь кишечника, неуточненной части, с прободением и абсцессом

K57.9 Дивертикулярная болезнь кишечника, неуточненной части, без прободения и абсцесса

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Универсальной классификации ДБ не существует.

Для применения в клинической практике следует придерживаться отечественной классификации, разработанной Ассоциацией колопроктологов России, Российской

гастроэнтерологической ассоциацией и Российским обществом хирургов (2014) (Рис. 1) [15]. 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.

Бессимптомная форма ДБ диагностируется, если в ободочной кишке имеется хотя бы один дивертикул и отсутствуют какие-либо клинические проявления заболевания.

Неосложненная форма ДБ с клиническими проявлениями сопровождается болью в животе, диареей, запором или их чередованием при отсутствии каких-либо признаков воспалительных изменений в дивертикулах.

Диагноз осложненной формы ДБ правомочен при развитии воспалительных изменений в дивертикуле или толстокишечных кровотечениях. В осложненной форме ДБ выделяют острые и хронические осложнения (табл. 1).

Таблица 1. Классификация осложнений ДБ [15].

ОСТРЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ	ХРОНИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ
I. Острый дивертикулит	I. Хронический дивертикулит - рецидивирующее течение - непрерывное течение - латентное течение
Острый паракишечный инфильтрат	II. Стеноз
II. Перфоративный дивертикулит - периколическая флегмона - абсцесс - гнойный перитонит - каловый перитонит	III. Хронический паракишечный инфильтрат - рецидивирующее течение - непрерывное течение
III. Толстокишечное кровотечение	IV. Свищи ободочной кишки 1. – внутренние 2. – наружные
	1. Рецидивирующее толстокишечное кровотечение

К острым осложнениям относят воспалительные осложнения или кровотечения, возникшие впервые в жизни. При остром воспалении наблюдается каскад типовых реакций, направленных на ликвидацию повреждающего агента. Если же повреждающий агент продолжает действовать, осложнение становится хроническим.

К хроническим формам следует относить ситуации, при которых не удается ликвидировать воспалительный процесс в течение более чем 6 недель или же в этот срок или 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, вовлекающий околокишечные ткани и органы, формируя пальпируемое опухолевидное образование с распространенностью воспалительного экссудата по оси кишки и/или вовлечении в процесс брюшной стенки.

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 – хронический воспалительный процесс в самом дивертикуле, с распространением его 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, 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 кожей передней брюшной стенки. При этом внутренним отверстием свища является устье дивертикула. Свищи ободочной кишки разделяют на внутренние и наружные. К внутренним относят коло-везикальные, коло-вагинальные, коло-цервикальные, илео-колические. 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 дренирования гнойной полости, образовавшейся вследствие перфорации дивертикула. Спонтанное образование наружных свищей относится к редким ситуациям [13].

Стеноз ободочной кишки – это наличие рубцово-воспалительного сужения в ободочной кишке, причиной которого является хроническое воспаление в одном или нескольких дивертикулах. Крайним клиническим проявлением стеноза является 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 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.

Выделяют 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 недель с начала лечения острого осложнения или возврат клинических симптомов в течение 6 недель после проведенного лечения. Непрерывное течение всегда наблюдается при свищах ободочной кишки и стенозе, возможно при хроническом дивертикулите и хроническом паракишечном инфильтрате ($\leq 20\%$).

Рецидивирующее течение – это вариант течения хронических осложнений, когда после полной ликвидации клинических проявлений осложнения возникает его повторное развитие. В интервалах между обострениями пациенты жалоб не предъявляют, а данные объективного и дополнительного обследования свидетельствуют об отсутствии 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 боли, лихорадки или же наличия опухолевидного образования в брюшной полости. Латентное течение также может быть характерно для стеноза ободочной кишки.

Классификация ДБ Ассоциации колопроктологов России, Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества хирургов представлена на рис. 1.

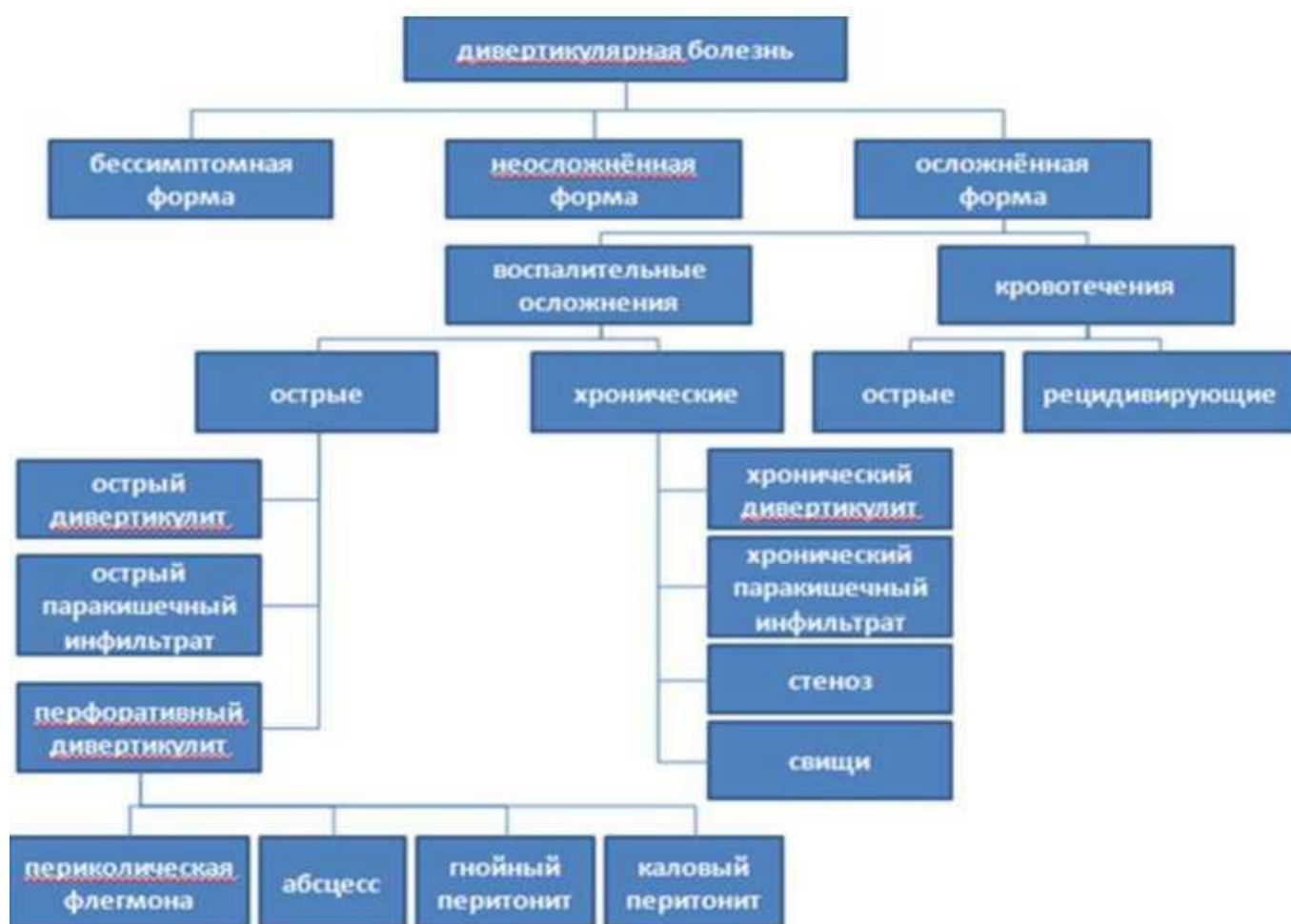


Рисунок 1. Классификация дивертикулярной болезни [15].

Для определения распространенности воспалительного процесса при острых осложнениях ДБ широко применяется классификация Hinchey E.J. (1978) [16]:

- 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) [17]:

- Стадия 0. Дивертикулез
- Стадия 1. Острый неосложненный дивертикулит

Стадия 2. Острый осложненный дивертикулит

а. Перидивертикулит/флегмонозный дивертикулит

б. Дивертикулярный абсцесс (прикрытая перфорация дивертикула)

с. Перфорация дивертикула в свободную брюшную полость.

Стадия 3. Хронический дивертикулит.

Существует также классификация Schreyer-Layer, весьма близкая к классификации, принятой в России [18].

Классификация Hinchey применима исключительно для перфоративного дивертикулита.

Дивертикулы тонкой кишки разделяются на дивертикул Меккеля, дивертикулы тощей и подвздошной кишки. Выделяют осложнения в виде кровотечения, перфорации, непроходимости, дивертикулита, [83, 84, 86, 87].

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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

При бессимптомной форме клинических проявлений нет.

Неосложненная форма ДБ проявляется, в первую очередь, абдоминальной болью, обычно локализованной в проекции сигмовидной кишки. Клиническая картина данного варианта заболевания схожа с таковой при синдроме раздраженного кишечника. Больные также могут отмечать метеоризм и нарушение стула, однако в отличие от синдрома раздраженного кишечника болевой синдром не связан с дефекацией и изменением частоты стула [1, 77].

Клиническая картина при осложненной форме ДБ крайне полиморфна и при острых состояниях находится в прямой зависимости от выраженности и распространенности воспалительного процесса.

Так, острый дивертикулит в первую очередь проявляется болью, которая локализуется 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 областях и гипогастрии. Боль может быть приступообразной или постоянной, умеренной, не требующей назначения анальгетиков, или выраженной. Боль в большинстве наблюдений сопровождается субфебрильной лихорадкой и лейкоцитозом. Другие симптомы, такие как вздутие живота, 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 °С. 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 локализованную постоянную боль в левых и нижних отделах живота, признаки интоксикации выражены умеренно. Усиление боли и распространение ее на прилежащие анатомические области, нарастание признаков

интоксикации, лихорадка выше 37, 50 °С, 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 острой интенсивной боли, быстро принимающей разлитой характер и сопровождающейся клинической картиной интоксикации с присоединением симптомов раздражения брюшины и лихорадки [19].

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 является боль 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 боль то периодически усиливается, то ослабевает. Возможна иррадиация боли в поясничную область, в правую подвздошную и эпигастральную область. Прием лекарственных препаратов, обладающих спазмолитическим эффектом, и анальгетиков позволяет купировать болевой синдром в течение 15-40 минут. 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, схожая с таковой 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.

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 сигмо-везикальных свищах – это выделение газов при мочеиспускании, мутный цвет мочи и примесь в ней кала, незначительная боль в нижних отделах живота без четкой локализации, недомогание, утомляемость и редкие подъемы температуры. До развития клинической манифестации кишечно-пузырного свища, у этих больных периодически возникает боль в нижних отделах живота, сопровождающаяся лихорадкой. Большинство пациентов отмечают один эпизод резкого усиления боли с подъемом температуры, после чего у них начинают выделяться газы при мочеиспускании, и/или появляется мутный цвет мочи. В последующем боль значительно ослабевает или же полностью исчезает, а температура нормализуется. Менее чем у трети пациентов осложнение проявляется лишь стойкой бактериурией, пневматурией и невыраженной фекалурией.

Кишечно-генитальные свищи манифестируют болью незначительной и умеренной интенсивности, гнойно-каловыми выделениями из влагалища. В подавляющем большинстве наблюдений при сигмо-вагинальных и сигмо-цервикальных свищах в анамнезе имела место либо экстирпация матки с придатками, либо надвлагалищная ампутация матки. У 2/3 пациенток

периодически отмечается интенсивная боль, появляется лихорадка, а затем – обильные гнойно-каловые выделения из влагалища, после чего явления интоксикации исчезают [3, 4, 11, 19, 20].

При тонко-толстокишечных свищах клинические проявления неспецифичны. Они включают в себя умеренную периодическую боль, недомогание с субфебрильной лихорадкой, иногда – неустойчивый, либо учащенный жидкий стул. При этом осложнении возможно развитие водно-электролитных нарушений.

При свищах в области внутреннего отверстия в стенке кишки имеет место рубцово-воспалительный 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 дивертикулярной 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. 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 незначительную локализованную боль 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 месяцев до 3 лет [21].

Неосложненные дивертикулы тонкой кишки клинических проявлений не имеют.

Дивертикул Меккеля обычно проявляет себя как кишечное кровотечение без болей. Существенно реже дивертикул Меккеля приводит к дивертикулиту с неспецифической клинической картиной (боли в животе, лихорадка, рост уровня воспалительных маркеров) и крайне редко – непроходимостью вследствие инвагинации или обструкции просвета кишки фекалитом [86, 87].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

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

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

Диагностические задачи при разных вариантах ДБ существенно варьируют.

Так, диагноз бессимптомной формы ДБ обычно устанавливают по данным колоноскопии или любого метода медицинской визуализации (ирригоскопия, УЗИ, КТ, МРТ, см. [раздел 2.4](#)) при отсутствии клинических проявлений (на момент осмотра и в анамнезе), а также при отсутствии признаков воспалительного процесса. Расширять диагностическую программу при этом нет необходимости.

При неосложненной форме ДБ необходимо всестороннее обследование ЖКТ, так как ее клинические проявления неспецифичны, и для установления диагноза требуется исключение всех остальных заболеваний брюшной полости, проявляющихся абдоминальной болью и нарушением стула.

Диагностические задачи при острых воспалительных осложнениях ДБ включают:

- верификацию дивертикула как источника осложнений (отек и уплотнение прилежащей к воспаленному дивертикуллу 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, перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, острый холецистит, 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) [19].

Диагностические задачи при хронических воспалительных осложнениях ДБ включают:

- верификацию дивертикула ободочной кишки как источника осложнений;
- определение клинического варианта хронического воспалительного осложнения (хронический дивертикулит, хронический паракишечный инфильтрат, свищ, стеноз);
- оценку распространенности воспалительного процесса (утолщение кишечной стенки за счет деформации ≥ 3 мм, вовлечение в воспалительный процесс периколической клетчатки, брюшной стенки, забрюшинного пространства, других органов брюшной полости и таза, при свищах – их топографо-анатомическая характеристика) [21].

2.1. 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 могут быть обусловлены наличием дивертикулов.

При неосложненной форме ДБ пациенты предъявляют жалобы на боль в животе, разной локализации, интенсивности и характера (чаще – спастические, периодически возникающие). Боль может 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 и опиоидов, противоопухолевая химиотерапия, ожирение, курение [22, 23, 24, 25].

2.2. Физикальное обследование

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

При физикальном обследовании могут быть обнаружены лихорадка, 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 рекомендовано выполнять пальцевое влагалищное исследование, так как

пораженный сегмент сигмовидной кишки часто располагается в полости таза и при пальпации передней брюшной стенки получить соответствующую информацию не представляется возможным [1, 19, 21].

Уровень убедительности рекомендации – С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.3. Лабораторные диагностические исследования

Специфической лабораторной диагностики дивертикулярной болезни не существует. Тем не менее, всем пациентам с ДБ и 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 [26].

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на острые воспалительные осложнения ДБ определение уровня С-реактивного белка в сыворотке крови [26].

Уровень убедительности рекомендации – В (уровень достоверности доказательств – 2)

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

2.4. 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 (комплексное), в том числе кишечника, в целях установления диагноза, а также для контроля эффективности проводимого лечения [27, 28, 29].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: УЗИ органов брюшной полости (комплексное) является высокоинформативным, быстрым в исполнении методом, дающим возможность детально рассмотреть кишечную стенку, дивертикулы, их содержимое, выраженность и распространенность воспалительных изменений в стенке кишки и окружающих тканях. Метод не предполагает лучевой нагрузки, поэтому может применяться во время беременности, а также для контроля эффективности проводимого лечения. Кроме того, УЗИ органов брюшной полости (комплексное) может рассматриваться как альтернатива КТ органов брюшной полости и малого таза при наличии противопоказаний к введению контрастных средств. Тем не менее, метод имеет 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 кишечной проходимости. УЗИ относится к оператор-зависимым диагностическим технологиям, что требует дополнительного обучения специалистов для овладения соответствующей компетенцией.

- Выполнение КТ органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием и органов малого таза с контрастированием рекомендуется всем пациентам с подозрением на наличие осложненной формы ДБ для исключения перфоративного дивертикулита, паракишечного инфильтрата, свищей и стеноза ободочной кишки, а также с целью дифференциальной диагностики, для контроля эффективности проводимого лечения [27, 28, 29, 30].

Уровень убедительности рекомендаций – **B** (уровень достоверности доказательств – 2)

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. При кровотечениях КТ с внутривенным контрастированием дает возможность выявить участок экстравазации, указывающий на локализацию источника кровотечения. Вследствие неизбежной лучевой нагрузки, метод не может повторяться часто.

- При наличии противопоказаний к проведению КТ рекомендовано выполнение ультразвукового исследования органов брюшной полости (комплексного) или магнитно-резонансной томографии органов брюшной полости с внутривенным контрастированием в целях установления диагноза, контроля эффективности проводимого лечения [27, 28, 29, 31, 32].

Уровень убедительности рекомендаций – **B** (уровень достоверности доказательств – 2)

- Колоноскопия пациентам с ДБ рекомендуется при толстокишечных кровотечениях, а также с целью дифференциальной диагностики [33].

Уровень убедительности рекомендаций – **B** (уровень достоверности доказательств – 3)

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 проведения КТ брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием.

- При острых воспалительных осложнениях колоноскопию рекомендуется выполнять не ранее, чем через 1 месяц после стихания острого воспалительного процесса [34, 35].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: при хронических воспалительных осложнениях колоноскопия применяется для исключения опухолей толстой кишки и ВЗК.

При диагностике дивертикула Меккеля, а также приобретенных дивертикулов тощей и подвздошной кишки целесообразно применять весь комплекс современных методов визуализации: илеоколоноскопию, КТ, МРТ и УЗИ, так как обнаружить данные заболевания крайне тяжело, а накопленный опыт вследствие редкой распространенности заболеваний не позволяет выработать единый диагностический алгоритм [85-87].

2.5. Иные диагностические исследования

- Пациентам с ДБ и подозрением на синдром избыточного бактериального роста (СИБР) рекомендовано проведение водородного дыхательного теста с углеводной нагрузкой [36, 37].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: Выявление СИБР необходимо с целью определения дозы и длительности лечения рифаксимином в последующем. СИБР встречается у 58,9% пациентов с неосложненным течением ДБ. У 93,1% таких пациентов в клинической картине преобладает диарея, у 42,6% – симптомы запора. Предполагается, что СИБР оказывает негативное влияние на клиническую картину заболевания у пациентов с неосложненной ДБ за счет изменения времени тонкокишечного транзита и увеличения риска рецидива острого дивертикулита [37].

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Консервативное лечение

3.1.1. Бессимптомная форма дивертикулярной болезни

Пациенты с бессимптомной формой ДБ в лечении не нуждаются.

3.1.2. Неосложненная форма дивертикулярной болезни

Лечение данной формы заболевания схоже с лечением синдрома раздраженного кишечника. Оно включает в себя мероприятия, направленные на предотвращение развития осложнений (увеличение содержания в рационе пищевых волокон, отказ от курения, увеличение физической нагрузки, нормализация массы тела, рациональное использование НПВС, опиоидов и кортикостероидов), а также назначение препаратов для купирования абдоминальной боли.

Традиционно, при неосложненной форме ДБ, многие специалисты назначают пищевые волокна и пробиотики. Однако достоверных данных об их эффективности в ликвидации абдоминальной боли до сих пор не получено вследствие гетерогенности сравниваемых групп [38, 39].

- Пациентам с неосложненной формой ДБ рекомендуется лечение с применением рифаксими́на по 400 мг 2 раза в день в течение 7 дней. Возможно назначение повторных курсов лечения [31, 40, 41, 55].

Уровень убедительности рекомендаций – **A** (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: Рифаксимин уменьшает выраженность симптомов заболевания, однако до настоящего времени не получены убедительные данные в отношении снижения риска перехода заболевания в осложненную форму при применении данного препарата [40, 41, 42]. Сочетание рифаксими́на с растворимыми пищевыми волокнами существенно улучшает результаты лечения неосложненной формы дивертикулярной болезни [40, 55].

- Пациентам с неосложненной формой ДБ и СИБР рекомендуется назначение #рифаксими́на в дозе 400 мг 3 раза в день в течение 7-14 дней [43].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Пациентам с неосложненной формой ДБ рекомендуется лечение с применением #месалазина** в дозе 3,0 г/сут. до достижения клинического эффекта [44, 45].

Уровень убедительности рекомендаций – **B** (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: Монотерапия #месалазином** при лечении неосложненной ДБ позволяет несколько уменьшить выраженность симптомов, но до настоящего времени не получены убедительные данные в отношении снижения риска перехода заболевания в осложненную форму при применении данного препарата [45, 46].

- Пациентам с неосложненной формой ДБ рекомендуется лечение с применением спазмолитиков (АТХ Синтетические антихолинергические средства, эфиры с третичной аминогруппой) для купирования болевого синдрома [78, 79].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: В отечественных публикациях имеются данные эффективного применения спазмолитиков (АТХ препараты для лечения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта) с целью коррекции болевого синдрома и нормализации моторики ЖКТ [78, 79]. При этом

рассматривается возможность приема различных групп спазмолитических средств.

- Ингибиторы фосфодиэстеразы (АТХ Препараты для лечения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта) (дротаверин** и алверин + симетикон) оказывают универсальный (системный) эффект по отношению ко всем гладкомышечным структурам организма, рекомендуются для кратковременного приема в основном при спастических состояниях [78].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

- При лечении ДБ с выраженным абдоминальным болевым синдромом рекомендовано:

- назначение пинаверия бромид по 100 мг 2-3 раза в сутки (также возможно увеличение частоты приема #пинаверия бромид по 100 мг до 4 раз в сутки), по мере стихания симптоматики доза уменьшается до 50 мг 3-4 раза в день. Рекомендуемая длительность курса колеблется от 2 до 6 недель. [78] или

- назначение #мебеверина** по 200 мг 2 раза в сутки, длительность курса – 3-6 недель [78, 80]

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Неселективные антагонисты Ca²⁺ каналов (пинаверия бромид) оказывающие спазмолитическое действие за счет блокады поступления ионов Ca²⁺ через кальциевые каналы гладкомышечных клеток стенки кишечника.

Селективные миотропные спазмолитики (мебеверин**), особенности механизма действия которых не приводят к нежелательной гипотонии [80].

3.1.3. Острые воспалительные осложнения

Консервативное лечение эффективно у большинства пациентов с острыми воспалительными осложнениями, а именно: с острым дивертикулитом, острым паракишечным инфильтратом и периколическим абсцессом малого размера (≤ 3 см) [47, 48]. Консервативное лечение при этом включает назначение бесшлаковой диеты, спазмолитиков, слабительных средств и антибиотиков. Консервативное лечение эффективно у всех пациентов с острым дивертикулитом и острым паракишечным инфильтратом. При периколических абсцессах требуется более продолжительное консервативное лечение, которое, однако, неэффективно в 19-21% случаев. В этих случаях целесообразно выполнение пункции и дренирование абсцесса или хирургическое вмешательство [49]. Неэффективность консервативного лечения острого дивертикулита и острого паракишечного инфильтрата имеет место, когда не был диагностирован перфоративный дивертикулит (чаще – периколические свищи малого размера).

- Пациентам с острыми воспалительными осложнениями, а именно: с острым дивертикулитом, острым паракишечным инфильтратом, периколической флегмоной и периколическим абсцессом малого размера (≤ 3 см) рекомендуется консервативное лечение с назначением антибактериальных препаратов системного действия [47-49].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: применяются антибактериальные препараты системного действия широкого спектра, активные в отношении грамотрицательных и анаэробных бактерий. Выбор антибактериального препарата и длительность лечения зависят от варианта и тяжести течения заболевания, наличия сопутствующей патологии, аллергического анамнеза, беременности. 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 неосложненном остром дивертикулите рекомендовано рассмотреть возможность

консервативного лечения без включения в схему лечения антибактериальных препаратов системного действия [52].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

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 [53]. Поэтому, вариант консервативного лечения острого дивертикулита без применения антибиотиков следует применять с осторожностью.

3.1.4. 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 [21, 54].

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 [21, 40, 55]. Возможна комбинация рифаксимины в дозе 400 мг 2-3 раза в сутки и #месалазина** 800 мг 2 раза в сутки 7 дней в месяц в течение 12 месяцев для увеличения эффективности лечения [56].

Достаточной доказательной базы по консервативному лечению хронического дивертикулита и хронического паракишечного инфильтрата не существует.

При свищах ободочной кишки, как осложнении дивертикулярной болезни, добиться спонтанного закрытия свищей невозможно. Консервативное лечение при этом направлено на максимальную ликвидацию выраженности воспалительного процесса [57].

При стенозе ободочной кишки консервативные мероприятия позволяют уменьшить выраженность нарушений кишечной проходимости, а добиться полного клинического эффекта невозможно [21].

3.1.5. Толстокишечные кровотечения

Консервативное лечение является основным методом при ДБ, осложненной толстокишечным кровотечением. У пациентов данной группы проводят гемостатическую терапию, как и при других вариантах желудочно-кишечного кровотечения, а также отменяют прием антитромботических средств, антикоагулянтных и нестероидных противовоспалительных препаратов.

- Рекомендуется придерживаться консервативной тактики, если при колоноскопии факт остановки кровотечения подтвержден [33].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

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

3.2. Хирургическое лечение

3.2.1. Острые осложнения

- При ДБ, осложненной абсцессом, размером более 3 см, рекомендуется начинать лечение с использованием малоинвазивных методов [49, 58].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

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: А16.30.007.001 Дренирование брюшной полости под контролем ультразвукового исследования; А16.30.007.002 Дренирование брюшной полости под контролем компьютерной томографии; А16.30.007 Дренаж перитонеальный; А16.30.043 Вскрытие и дренирование внутрибрюшной флегмоны, абсцесса; А16.30.059 Дренирование забрюшинного пространства; А16.30.070 Дренирование полости) 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 [49, 58].

- При ДБ, осложненной перитонитом, а также при неэффективности консервативного и малоинвазивного лечения абсцесса, рекомендуется экстренное хирургическое лечение в объеме резекции толстой кишки (А16.18.002 Иссечение толстой кишки, частичное, А16.18.006 Резекция и формирование стомы) с участком перфорации [58, 59].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

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 [59]. Если имеет место перфорация сегмента ободочной кишки с длинной брыжейкой, то возможно выполнение операции экстернизации – выведение перфорированного сегмента на переднюю брюшную стенку в виде двустольной колостомы.

Лапароскопические и открытые вмешательства одинаково эффективны при хирургическом лечении перфоративного дивертикулита [60].

При хирургическом лечении перфоративного дивертикулита не следует пытаться решить при экстренной операции задачи, стоящие перед плановым вмешательством. 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 [61, 62]. Операцию при этом целесообразно дополнять превентивной двустольной 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 [63].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)

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 [63].

- При продолжающемся толстокишечном кровотечении рекомендуется остановка кровотечения эндоскопическим методом [33].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: при эндоскопической верификации источника кровотечения необходимо выполнить остановку кровотечения одним из доступных эндоскопических методов (A16.30.074 Клипирование кровоточащего сосуда эндоскопическое; A22.12.006 Эндоскопическая остановка кровотечения с помощью лазерной фотокоагуляции; A22.30.033 Коагуляция кровоточащего сосуда)

- При неэффективности эндоскопической остановки кровотечения при наличии технической возможности рекомендуется выполнить селективную ангиографию (A06.12.041 Ангиография сосудов органов брюшной полости) с эндоваскулярной эмболизацией сосудов [33].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: Эффективность ангиографии с эмболизацией составляет 76-100% с риском рецидива кровотечения менее 20% (A16.12.051 Эндоваскулярная эмболизация сосудов) [33]. 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 (A16.18.002 Иссечение толстой кишки, частичное, A16.18.006 Резекция и формирование стомы) [28, 33].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: Хирургическое вмешательство при остром толстокишечном кровотечении показано в следующих ситуациях [28]:

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

2. Необходимость большого объема гемотранфузии (не менее 4 доз в течение 24 часов).

3. Нестабильная гемодинамика, некорректируемая 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 [33]. 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 резекция ободочной кишки с формированием асцендо-ректального анастомоза 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% [33].

При дивертикуле Меккеля, осложненного кровотечением и/или воспалением, в зависимости от выраженности и распространенности патологических изменений, целесообразно выполнить или дивертикулэктомию или резекцию тонкой кишки, при этом важно, чтобы резекция производилась

в пределах неизменных тканей для избежания рецидива клинической картины заболевания вследствие сохранения в кишке гетеротопической ткани [81-85, 87].

3.2.2. Хронические осложнения

Показания к плановому хирургическому лечению при дивертикулярной болезни относительные, их устанавливают индивидуально на основании выраженности перенесенных воспалительных осложнений, оценки эффективности проводимых консервативных мероприятий и прогноза дальнейшего течения заболевания [21, 54]. Основным предиктором неэффективности консервативного лечения является наличие признаков разрушения одного из дивертикулов, что должно быть подтверждено хотя бы одним из инструментальных диагностических исследований, представленных в [подразделе 2.4](#). При наличии признаков разрушения одного из дивертикулов, как во время, так и после первой атаки острого воспаления, вне зависимости от результатов проведенного лечения, целесообразно плановое хирургическое лечение [21].

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

Остальные факторы должны рассматриваться в качестве дополнительных: иммунокомпрометированные пациенты, возраст до 50 лет и число рецидивных атак [64, 65].

Наличие свища ободочной кишки как осложнения дивертикулярной болезни является показанием к плановому хирургическому лечению. Свищи ободочной кишки при дивертикулярной болезни не имеют тенденции к спонтанному закрытию, так как внутреннее отверстие свища представляет собой устье дивертикула с сохраненной слизистой оболочкой [57]. 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 [57, 66].

При стенозе консервативные мероприятия также малоэффективны вследствие выраженности рубцово-воспалительных изменений в стенке кишки и должны быть направлены на ликвидацию явлений нарушения кишечной проходимости с целью создания оптимальных условий для выполнения хирургического вмешательства и формирования первичного анастомоза. Противовоспалительные мероприятия в качестве предоперационной подготовки при этом нецелесообразны. Основным методом лечения стеноза – хирургический [21].

Правильный выбор объема резекции толстой кишки при дивертикулярной болезни – ведущий фактор достижения хороших результатов лечения. При плановом хирургическом лечении хронических осложнений дивертикулярной болезни необходимо придерживаться следующих принципов [67, 68]:

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 [21].
4. Формирование анастомоза желательно между отделами с неутолщенной эластичной стенкой, не содержащей дивертикулы в непосредственной близости к линии кишечного шва.
5. При невозможности выполнить условия 3 и 4 формирование первичного анастомоза целесообразно сочетать с наложением превентивной кишечной стомы.

При выполнении перечисленных условий риск осложнений со стороны анастомоза и риск рецидива дивертикулярной болезни – минимальный [67, 68].

При хирургическом лечении хронических осложнений дивертикулярной болезни следует

стремиться к выполнению лапароскопической резекции толстой кишки [64].

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 обнаружении опухоли операцию следует выполнить с соблюдением принципа онкологического радикализма.

При выполнении реконструктивно-восстановительных вмешательств у лиц, перенесших операции с формированием кишечной стомы, необходимо учитывать особенности дивертикулярной болезни. 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 [69].

- Плановое хирургическое лечение в объеме резекции толстой кишки рекомендуется при хроническом дивертикулите и хроническом паракишечном инфильтрате в случае неэффективности консервативных мероприятий, а также у пациентов с высоким риском повторного развития осложнений и при приемлемом риске периоперационных осложнений [54, 65].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2)

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 [65].

- Пациентам с высоким риском рецидива жизненно опасного толстокишечного кровотечения рекомендуется плановое хирургическое лечение в объеме резекции толстой кишки [70].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

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.

При осложненных дивертикулах тощей и подвздошной кишки целесообразно выполнять резекцию тонкой кишки, однако критериев выбора границ резекции не существует, тем не менее, следует избегать излишнего увеличения объема резекции [84, 86].

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

При дивертикулярной болезни 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 ликвидации кишечных стом или выполнении реконструктивно-пластических вмешательств у пациентов с осложнениями постоянных кишечных стом.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

5.1. Профилактика

Профилактика как бессимптомной формы дивертикулярной болезни, 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 дивертикулярной болезни [23, 38].

Курение увеличивает риск развития перфоративного дивертикулита [71].

Преобладание в рационе содержания красного мяса и жиров незначительно увеличивает риск осложнений дивертикулярной болезни [72].

Роль приема алкоголя, кофеина, орехов, семян не доказана [73, 74].

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 и аутосомно-доминантном поликистозе почек) [75, 76].

5.2. Диспансерное наблюдение

Наибольший риск развития осложнений дивертикулярной болезни отмечается в группах пациентов, с нарушениями обычного течения воспалительных реакций. Это наблюдается при приеме нестероидных противовоспалительных средств, глюкокортикоидов и опиоидов, проведении биологической терапии [28]. Дополнительное внимание необходимо уделять пациентам с гигантскими дивертикулами ободочной кишки [2]. Риск развития кровотечений высок при приеме нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов, антитромботических средств, в том числе антиагрегантов, кроме гепарина [33].

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

6. Организация оказания медицинской помощи

6.1. Показания для госпитализации в медицинскую организацию

Неосложненная форма дивертикулярной болезни 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. Все иммунокомпрометированные пациенты с острыми воспалительными осложнениями ДБ должны госпитализироваться в хирургический или колопроктологический стационар.

Пациенты с рисками развития осложнений дивертикулярной болезни с нарушениями обычного течения воспалительных реакций, как и пациенты с хроническими осложнениями дивертикулярной болезни нуждаются в госпитализации в колопроктологический стационар. Возможна госпитализация данной категории пациентов в хирургический стационар, если лечение

осуществляется хирургами, имеющими специальную подготовку и опыт в колоректальной хирургии.

6.2. Показания к выписке пациента из медицинской организации

Завершение хирургического лечения или одного из этапов оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, в условиях круглосуточного или дневного стационара при условии отсутствия осложнений лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях.

Отказ пациента или его законного представителя от специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара, установленной консилиумом медицинской организации, оказывающей лечение ДБ при условии отсутствия осложнений основного заболевания и/или лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях.

6.3. Необходимость перевода пациента в другую медицинскую организацию по соответствующему профилю оказания медицинской помощи.

Заключение о целесообразности перевода пациента в профильную медицинскую организацию осуществляется после предварительной консультации по предоставленным медицинским документам и/или предварительного осмотра пациента врачами специалистами медицинской организации, в которую планируется перевод.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Факторами, отрицательно влияющими на исход дивертикулярной болезни являются:

- дебют заболевания в возрасте до 50 лет с частыми рецидивами
- перфоративный дивертикулит с развитием абсцесса и/или перитонита
- иммунокомпрометированные состояния
- курение
- ожирение
- сахарный диабет.

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Выполнено определение С-реактивного белка в сыворотке крови при острых осложнениях ДБ воспалительного характера.	Да/нет
2	Выполнено УЗИ органов брюшной полости (комплексное) и/или КТ брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием при острых осложнениях дивертикулярной болезни.	Да/нет
3	Выполнена колоноскопия при толстокишечном кровотечении, как осложнении дивертикулярной болезни.	Да/нет
4	Проведена консервативная терапия при остром дивертикулите, остром паракишечном инфильтрате, периколической флегмоне, периколическом абсцессе 3 см и менее.	Да/нет
5	Выполнена резекция ободочной кишки при дивертикулярной болезни,	Да/нет

осложненной перфоративным дивертикулитом и перитонитом.

Список литературы

1. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. М.: Издательство "Литтерра", 2012, 608 с.
2. Nigri G., Petrucciani N., Giannini G., et al. Giant colonic diverticulum: clinical presentation, diagnosis and treatment: systematic review of 166 cases. *World J Gastroenterol.* 2015; 21(1): 360-368. doi: 10.3748/wjg.v21.i1.360
3. Painter N.S., Burkitt D.P. Diverticular disease of the colon, a 20th century problem. *Clin Gastroenterol.* 1975 Jan; 4(1): 3-21.
4. Collins D., Winter D.C. Modern concepts in diverticular disease. *J Clin Gastroenterol.* 2015; 49(5): 358-369. doi: 10.1097/MCG.0000000000000308
5. Reichert M.C., Lammert F. The genetic epidemiology of diverticulosis and diverticular disease: Emerging evidence. *United European Gastroenterol J.* 2015 Oct; 3(5): 409-18. doi: 10.1177/2050640615576676. PMID: 26535118; PMCID: PMC4625748.
6. Imaeda H., Hibi T. The Burden of Diverticular Disease and Its Complications: West versus East. *Inflamm Intest Dis.* 2018; 3(2): 61-68. doi: 10.1159/000492178
7. Piscopo N., Ellul P. Diverticular Disease: A Review on Pathophysiology and Recent Evidence. *Ulster Med J.* 2020; 89(2): 83-88.
8. Rezapour M., Ali S., Stollman N. Diverticular Disease: An Update on Pathogenesis and Management. *Gut Liver.* 2018 Mar 15; 12(2): 125-132. doi: 10.5009/gnl16552. PMID: 28494576; PMCID: PMC5832336.
9. Meyers M.A., Alonozo D.R., Gray G.F., et al. Pathogenesis of bleeding colonic diverticulosis. *Gastroenterology.* 1976; 71: 577-583.
10. Wess L., Eastwood M.A., Wess T.J., et al. Cross linking of collagen is increased in colonic diverticulosis. *Gut.* 1995; 37(1): 91-94. doi: 10.1136/gut.37.1.91
11. West B.A. The pathology of diverticulosis: classical concepts and mucosal changes in diverticula. *J Clin Gastroenterol.* 2006;40 Suppl 3: S126-S131. doi: 10.1097/01.mcg.0000225508.90417.07
12. Violi A., Cambie G., Miraglia C., et al. Epidemiology and risk factors for diverticular disease. *Acta Biomed.* 2018 Dec 17; 89(9-S): 107-112. doi: 10.23750/abm.v89i9-S.7924. PMID: 30561403; PMCID: PMC6502189.
13. Tursi A., Elisei W. Role of Inflammation in the Pathogenesis of Diverticular Disease. *Mediators Inflamm.* 2019; 2019: 8328490. Published 2019 Mar 14. doi:10.1155/2019/8328490
14. Tanase I., Paun S., Stoica B., et al. Epidemiology of diverticular disease – systematic review of the literature. *Chirurgia (Bucur).* 2015; 110(1): 9-14.
15. Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Москалев А.И. Классификация дивертикулярной болезни. *Колопроктология.* 2014; N 4 (50): 5-13.
16. Hinchey E.J., Schaal P.G.H., Richards G.K. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. *Adv Surg.* 1978; 12: 85-109.
17. Hansen O., Stock W. Prophylaktische operation bei der divertikelkrankheit des kolons – stufenkonzept durchexaktes tadieinteilung. *Langenbecks Arch Chir (Suppl II).* 1999: 1257-60.
18. Schreyer A.G., Layer G. German Society of Digestive and Metabolic Diseases (DGVS) as well as the German Society of General and Visceral Surgery (DGAV) in collaboration with the German Radiology Society (DRG). S2k Guidelines for Diverticular Disease and Diverticulitis: Diagnosis, Classification, and Therapy for the Radiologist. *Rofo.* 2015; 187(8): 676-684. doi: 10.1055/s-0034-1399526
19. Болихов К.В. Острые воспалительные осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки (клиника, диагностика, лечение). Автореферат дисс. канд. мед. наук – М., 2006. – 30с.
20. 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; 42(6): 664-684. doi: 10.1111/apt.13322

21. Москалев А.И. Клинико-морфофункциональные параллели при хронических осложнениях дивертикулярной болезни. Автореферат дисс. канд. мед. наук – М., 2007. – 29 с.

22. Strate L.L., Morris A.M. Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis. *Gastroenterology.* 2019; 156(5): 1282-1298.e1. doi:10.1053/j.gastro.2018.12.033

23. Aune D., Sen A., Leitzmann M.F., et al. Body mass index and physical activity and the risk of diverticular disease: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur J Nutr.* 2017;56(8):2423-2438. doi: 10.1007/s00394-017-1443-x

24. Biondo S., Borao J.L., Kreisler E., et al. Recurrence and virulence of colonic diverticulitis in immunocompromised patients. *Am J Surg.* 2012; 204(2): 172-179. doi: 10.1016/j.amjsurg.2011.09.027

25. Bohm S.K., Kruis W. Lifestyle and other risk factors for diverticulitis. *Minerva Gastroenterol Dietol.* 2017; 63(2): 110-118. doi: 10.23736/S1121-421X.17.02371-6

26. Bolkenstein H.E., van de Wall B.J.M., Consten E.C.J., et al. Risk factors for complicated diverticulitis: systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2017; 32(10): 1375-1383. doi: 10.1007/s00384-017-2872-y

27. van Dijk S.T., Bos K., de Boer M.G.J., et al. A systematic review and meta-analysis of outpatient treatment for acute diverticulitis. *Int J Colorectal Dis.* 2018; 33(5): 505-512. doi: 10.1007/s00384-018-3015-9

28. Tan J.P., Barazanchi A.W., Singh P.P., Hill A.G., Maccormick A.D. Predictors of acute diverticulitis severity: A systematic review. *Int J Surg.* 2016 Feb; 26: 43-52. doi: 10.1016/j.ijsu.2016.01.005. Epub 2016 Jan 9.

29. You H., Sweeny A., Cooper M.L., Von Papen M., Innes J. The management of diverticulitis: a review of the guidelines. *Med J Aust.* 2019; 211(9): 421-427. doi:10.5694/mja2.5027

30. Thorisson A., Smedh K., Torkzad M.R., Pahlman L., Chabok A. CT imaging for prediction of complications and recurrence in acute uncomplicated diverticulitis. *Int J Colorectal Dis.* 2016 Feb; 31(2): 451-7. doi: 10.1007/s00384-015-2423-3. Epub 2015 Oct 21.

31. Balk E.M., Adam G.P., Bhuma M.R., et al. Diagnostic Imaging and Medical Management of Acute Left-Sided Colonic Diverticulitis: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2022; 175(3): 379-387. doi: 10.7326/M21-1645

32. Heverhagen J.T., Sitter H., Zielke A., Klose K.J. Prospective evaluation of the value of magnetic resonance imaging in suspected acute sigmoid diverticulitis. *Dis Colon Rectum.* 2008; 51(12): 1810-1815. doi:10.1007/s10350-008-9330-4

33. Cirocchi R., Grassi V., Cavaliere D., et al. New Trends in Acute Management of Colonic Diverticular Bleeding: A Systematic Review. *Medicine (Baltimore).* 2015 Nov; 94(44): e1710. doi: 10.1097/MD.0000000000001710.

34. Lahat A., Yanai H., Menachem Y., et al. The feasibility and risk of early colonoscopy in acute diverticulitis: a prospective controlled study. *Endoscopy.* 2007 Jun; 39(6): 521-524.

35. Chen C.Y., Wu C.C., Jao S.W., Pai L., Hsiao C.W. Colonic diverticular bleeding with comorbid diseases may need elective colectomy. *J Gastrointest Surg.* 2009; 13(3): 516-520.

36. Efremova I., Maslennikov R., Poluektova E., et al. Epidemiology of small intestinal bacterial overgrowth. *World J Gastroenterol.* 2023; 29(22): 3400-3421. <https://doi.org/10.3748/wjg.v29.i22.3400>.

37. Tursi A., Brandimarte G., Giorgetti G.M., Elisei W. Assessment of small intestinal bacterial overgrowth in uncomplicated acute diverticulitis of the colon. *World J Gastroenterol.* 2005; 11(18): 2773-2776. doi: 10.3748/wjg.v11.i18.2773.

38. Carabotti M., Annibale B., Severi C., Lahner E. Role of Fiber in Symptomatic Uncomplicated Diverticular Disease: A Systematic Review. *Nutrients.* 2017; 9(2): 161. Published 2017 Feb 20. doi: 10.3390/nu9020161

39. Lahner E., Bellisario C., Hassan C., et al. Probiotics in the Treatment of Diverticular Disease. A Systematic Review. *J Gastrointest Liver Dis.* 2016; 25(1): 79-86. doi: 10.15403/jgld.2014.1121.251.srw

40. Pietrzak A.M., Dziki A., Banasiewicz T., Regula J. Cyclic rifaximin therapy effectively prevents the recurrence of symptoms after exacerbation of symptomatic uncomplicated diverticular disease: a retrospective study. *Prz Gastroenterol.* 2019; 14(1): 69-78. doi: 10.5114/pg.2019.83428
41. Moniuszko A., Rydzewska G. The effect of cyclic rifaximin therapy on symptoms of diverticular disease from the perspective of the gastroenterology outpatient clinic: a "real-life" study. *Prz Gastroenterol.* 2017; 12(2): 145-151. doi: 10.5114/pg.2017.68167
42. Festa V., Spila Alegiani S., Chiesara F., et al. Retrospective comparison of long-term ten-day/month rifaximin or mesalazine in prevention of relapse in acute diverticulitis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2017;21(6): 1397-1404.
43. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Абдулганиева Д.И., и соавт. Практические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека (НСОИМ) и Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) по диагностике и лечению синдрома избыточного бактериального роста у взрослых. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2022; 32(3): 68-85. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-3-68-85>
44. Kruis W., Meier E., Schumacher M., et al. Randomised clinical trial: mesalazine (Salofalk granules) for uncomplicated diverticular disease of the colon--a placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2013; 37(7): 680-690. doi: 10.1111/apt.12248
45. Picchio M., Elisei W., Tursi A. Mesalazine to treat symptomatic uncomplicated diverticular disease and to prevent acute diverticulitis occurrence. A systematic review with meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *J Gastrointestin Liver Dis.* 2018; 27(3): 291-297. doi: 10.15403/jgld.2014.1121.273.pic
46. Carter F., Alsayb M., Marshall J.K., Yuan Y. Mesalamine (5-ASA) for the prevention of recurrent diverticulitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 10(10): CD009839. Published 2017 Oct 3. doi: 10.1002/14651858.CD009839.pub2
47. Rezapour M., Stollman N. Antibiotics in Uncomplicated Acute Diverticulitis: To Give or Not to Give?. *Inflamm Intest Dis.* 2018; 3(2): 75-79. doi: 10.1159/000489631
48. You H., Sweeny A., Cooper M.L., Von Papen M., Innes J. The management of diverticulitis: a review of the guidelines. *Med J Aust.* 2019; 211(9): 421-427. doi: 10.5694/mja2.50276
49. Gregersen R., Mortensen L.Q., Burcharth J., Pommergaard H.C., Rosenberg J. Treatment of patients with acute colonic diverticulitis complicated by abscess formation: A systematic review. *Int J Surg.* 2016 Nov; 35: 201-208. doi: 10.1016/j.ijsu.2016.10.006. Epub 2016 Oct 11.
50. Young-Fadok T.M. Diverticulitis [published correction appears in *N Engl J Med.* 2019 Jan 31; 380(5): 502]. *N Engl J Med.* 2018; 379(17): 1635-1642. doi: 10.1056/NEJMc1800468
51. Swanson S.M., Strate L.L. Acute Colonic Diverticulitis [published correction appears in *Ann Intern Med.* 2020 May 5; 172(9): 640]. *Ann Intern Med.* 2018; 168(9): ITC65-ITC80. doi: 10.7326/AITC201805010
52. Daniels L., nl, de Korte N., et al. Randomized clinical trial of observational versus antibiotic treatment for a first episode of CT-proven uncomplicated acute diverticulitis. *Br J Surg.* 2017; 104(1): 52-61. doi: 10.1002/bjs.10309
53. Desai M., Fathallah J., Nutalapati V., Saligram S. Antibiotics versus no antibiotics for acute uncomplicated diverticulitis: a systematic review and meta-analysis. *Dis Colon Rectum.* 2019; 62(8): 1005-1012. doi: 10.1097/DCR.0000000000001324
54. Andeweg C.S., Berg R., Staal J.B., ten Broek R.P., van Goor H. Patient-reported outcomes after conservative or surgical management of recurrent and chronic complaints of diverticulitis: systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016 Feb; 4(2): 183-90. doi: 10.1016/j.cgh.2015.08.020. Epub 2015 Aug 21
55. Bianchi M., Festa V., Moretti A., et al. Meta-analysis: longterm therapy with rifaximin in the management of uncomplicated diverticular disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2011; 33: 902-910.
56. Tursi A., Brandimarte G., Daffina R. Long-term treatment with mesalazine and rifaximin versus

rifaximin alone for patients with recurrent attacks of acute diverticulitis of colon. *Dig Liver Dis.* 2002 Jul; 34(7): 510-5. doi: 10.1016/s1590-8658(02)80110-4. PMID: 12236485.

57. Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Москалев А.И., и др. Толстокишечно-мочепузырные свищи как осложнение дивертикулярной болезни. *Урология*, 2013, N 1, с. 17-23.

58. Galetin T., Galetin A., Vestweber K.H., Rink A.D. Systematic review and comparison of national and international guidelines on diverticular disease. *Int J Colorectal Dis.* 2018 Mar; 33(3): 261-272. doi: 10.1007/s00384-017-2960-z. Epub 2018 Jan 18.

59. Cirocchi R., Afshar S., Di Saverio S., et al. A historical review of surgery for peritonitis secondary to acute colonic diverticulitis: from Lockhart-Mummery to evidence-based medicine. *World J Emerg Surg.* 2017; 12: 14. Published 2017 Mar 9. doi: 10.1186/s13017-017-0120-y

60. Wu K.L., Lee K.C., Liu C.C., Chen H.H., Lu C.C. Laparoscopic versus open surgery for diverticulitis: a systematic review and meta-analysis. *Dig Surg.* 2017; 34(3): 203-215. doi: 10.1159/000450683

61. Bridoux V., Regimbeau J.M., Ouaisi M., et al. Hartmann's procedure or primary anastomosis for generalized peritonitis due to perforated diverticulitis: a prospective multicenter randomized trial (DIVERTI). *J Am Coll Surg.* 2017; 225(6): 798-805. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2017.09.004

62. National Guideline Centre (UK). Evidence review for primary versus secondary anastomosis (timing of anastomosis) in complicated acute diverticulitis: Diverticular disease: diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2019.

63. Penna M., Markar S.R., Mackenzie H., Hompes R., Cunningham C. Laparoscopic lavage versus primary resection for acute perforated diverticulitis: review and meta-analysis. *Ann Surg.* 2018; 267(2): 252-258. doi: 10.1097/SLA.0000000000002236

64. Klarenbeek B.R., Samuels M., van der Wal M.A., et al. Indications for elective sigmoid resection in diverticular disease. *Ann Surg* 2010; 251(4): 670-674.

65. Bolkenstein H.E., Consten E.C.J., van der Palen J., et al. Long-term outcome of surgery versus conservative management for recurrent and ongoing complaints after an episode of diverticulitis: 5-year follow-up results of a multicenter randomized controlled trial (DIRECT-Trial). *Ann Surg.* 2019; 269(4): 612-620. doi: 10.1097/SLA.0000000000003033

66. Melchior S., Cudovic D., Jones J., et al. Diagnosis and surgical management of colovesical fistulas due to sigmoid diverticulitis. *J Urol.* 2009 Sep; 182(3): 978-82. doi: 10.1016/j.juro.2009.05.022. Epub 2009 Jul 18.

67. Саламов К.Н., Воробьев Г.И., Ачкасов С.И., и соавт. Определение границ резекции ободочной кишки при дивертикулезе. *Хирургия*. 2001, N 1, С. 80-86.

68. Thaler K., Baig M.K., Verho M., et al. Determinants of recurrence after sigmoid resection for uncomplicated diverticulitis. *Dis Colon Rectum.* 2003; 46: 385-388.

69. Ачкасов С.И. Хирургическая тактика при восстановительном лечении осложненного дивертикулеза ободочной кишки. Автореферат дисс. канд. мед. наук – М., 1992. – 24 с.

70. Chen C.Y., Wu C.C., Jao S.W., Pai L., Hsiao C.W. Colonic diverticular bleeding with comorbid diseases may need elective colectomy. *J Gastrointest Surg.* 2009; 13(3): 516-520. doi: 10.1007/s11605-008-0731-4

71. Aune D., Sen A., Leitzmann M.F., et al. Tobacco smoking and the risk of diverticular disease – a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Colorectal Dis.* 2017; 19(7): 621-633. doi: 10.1111/codi.13748

72. Spiller R.C. Changing views on diverticular disease: impact of aging, obesity, diet, and microbiota. *Neurogastroenterol Motil.* 2015; 27(3): 305-312. doi: 10.1111/nmo.12526

73. Strate L.L., Liu Y.L., Syngal S., Aldoori W.H., Giovannucci E.L. Nut, corn, and popcorn consumption and the incidence of diverticular disease. *JAMA.* 2008; 300(8): 907-914. doi: 10.1001/jama.300.8.907

74. Bohm S.K. Risk Factors for Diverticulosis, Diverticulitis, Diverticular Perforation, and Bleeding: A Plea for More Subtle History Taking. *Viszeralmedizin.* 2015; 31(2): 84-94. doi:

10.1159/000381867

75. Aune D., Sen A., Leitzmann M.F., Norat T., Tonstad S., Vatten L.J. Body mass index and physical activity and the risk of diverticular disease: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur J Nutr.* 2017; 56(8): 2423-2438. doi: 10.1007/s00394-017-1443-x

76. Reichert M., Lammert F. The genetic epidemiology of diverticulosis and diverticular disease: Emerging evidence. *United European Gastroenterol J.* 2015; 3(5): 409-418. doi: 10.1177/2050640615576676

77. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Баранская Е.К. и соавт. Синдром раздраженного кишечника. *Колопроктология.* 2022; 21(1): 10-25. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2022-21-1-10-25>

78. Маев И.В., Дичева Д.Т., Андреев Д.Н. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Учебное пособие для врачей – М., 2015. – 22 с.

79. Бойцов С.А., Лазебник Л.Б., Левченко С.В., и соавт. Рациональная фармакотерапия симптоматической неосложненной дивертикулярной болезни толстой кишки. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2018; (5): 86-92.

80. Яковенко Э.П., Яковенко А.В., Агафонова Н.А., и соавт. Абдоминальные боли: Механизмы формирования, рациональный подход к выбору терапии. *РМЖ.* 2009; 11(2): 48-53.

81. Malik A.A., Shams-ul-Bari, Wani K.A., Khaja A.R. Meckel's diverticulum-Revisited. *Saudi J Gastroenterol.* 2010 Jan-Mar; 16(1): 3-7. doi: 10.4103/1319-3767.58760. PMID: 20065566; PMCID: PMC3023098.

82. Hansen C.C., Soreide K. Systematic review of epidemiology, presentation, and management of Meckel's diverticulum in the 21st century. *Medicine (Baltimore).* 2018 Aug; 97(35): e12154. doi: 10.1097/MD.0000000000012154. PMID: 30170459; PMCID: PMC6392637.

83. Lequet J., Menahem B., Alves A., Fohlen A., Mulliri A. Meckel's diverticulum in the adult. *J Visc Surg.* 2017 Sep; 154(4): 253-259. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2017.06.006. Epub 2017 Jul 9. PMID: 28698005.

84. Mantas D., Kykalos S., Patsouras D., Kouraklis G. Small intestine diverticula: Is there anything new? *World J Gastrointest Surg.* 2011 Apr 27; 3(4): 49-53. doi: 10.4240/wjgs.v3.i4.49. PMID: 21528094; PMCID: PMC3083500.

85. Khan N.A., Chandramohan M., McDonald S. Meckel diverticulum. *Radiol Pediatr* 2008; 110: 205-10.

86. Transue D.L., Hanna T.N., Shekhani H., Rohatgi S., Khosa F., Johnson J.O. Small bowel diverticulitis: an imaging review of an uncommon entity. *Emerg Radiol.* 2017 Apr; 24(2): 195-205. doi: 10.1007/s10140-016-1448-4. Epub 2016 Nov 4. PMID: 27815648.

87. Пименов, И.А. Дивертикул Меккеля: краткий обзор современной литературы. Электронное научное издание Альманах Пространство и Время. – 2018. – Т. 16. – Вып. 3-4. DOI: 10.24411/2227-9490-2018-12032. Стационарный сетевой адрес: 2227-9490e-aprovvr_e-ast16-3_4.2018.32.

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

N	Ф.И.О.	Ученая степень	Ученое звание	Профессиональная ассоциация
1.	Ачкасов Сергей Иванович	Д.м.н.	Профессор, член-корр. РАН	Ассоциация колопроктологов России
2.	Веселов Виктор Владимирович	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России

3.	Выкова Бэлла Александровна	К.м.н	-	Ассоциация колопроктологов России
4.	Зароднюк Ирина Владимировна	Д.м.н.	-	Ассоциация колопроктологов России
5.	Ивашкин Владимир Трофимович	Д.м.н.	Профессор, академик РАН	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
6.	Карпухин Олег Юрьевич	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
7.	Кашников Владимир Николаевич	Д.м.н.	Доцент	Ассоциация колопроктологов России
8.	Коротких Николай Николаевич	Д.м.н.	-	Ассоциация колопроктологов России
9.	Костенко Николай Владимирович	Д.м.н.	Доцент	Ассоциация колопроктологов России
10.	Ликотов Алексей Александрович	К.м.н.	-	Ассоциация колопроктологов России
11.	Лоранская Ирина Дмитриевна	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
12.	Мамиева Зарина Ахсарбековна	К.м.н.	-	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
13.	Москалев Алексей Игоревич	К.м.н.	-	Ассоциация колопроктологов России
14.	Полужктова Елена Александровна	Д.м.н.	-	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
15.	Сажин Александр Вячеславович	Д.м.н.	Профессор, член-корр. РАН	Ассоциация колопроктологов России
16.	Тимербулатов Виль Мамилович	Д.м.н.	Профессор, член-корр. РАН	Ассоциация колопроктологов России
17.	Трубачева Юлия Леонидовна	Д.м.н.	-	Ассоциация колопроктологов России
18.	Ульянин Анатолий Игоревич	К.м.н.	-	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
19.	Фролов Сергей Алексеевич	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
20.	Шаповальянц Сергей Георгиевич	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
21.	Шельгин Юрий Анатольевич	Д.м.н.	Профессор, академик РАН	Ассоциация колопроктологов России
22.	Шифрин Олег Самуилович	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
23.	Шкурко Татьяна Всеволодовна	К.м.н.	-	Ассоциация колопроктологов России
24.	Ярцев Петр Андреевич	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов

				России
--	--	--	--	--------

Все участники рабочей группы являются членами Общероссийской общественной организацией "Ассоциация колопроктологов России" и Общероссийской общественной организацией "Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация". Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

1. Врачи колопроктологи.
2. Врачи хирурги.
3. Врачи гастроэнтерологи.
4. Врачи терапевты.
5. Врачи общей практики (семейные врачи).
6. Врачи эндоскописты.
7. Медицинские работники со средним медицинским образованием.
8. Организаторы здравоохранения.
9. Врачи-эксперты медицинских страховых организаций (в том числе при проведении медико-экономической экспертизы).
10. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты.

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с

	применением мета-анализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества – все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раз в 6 месяцев.

Приложение А3

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Связанные документы

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.12.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

1. Постановлением Правительства Российской Федерации от 17.11.2021 N 1968 "Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с

частями 3, 4, 6-9 и 11 статьи 37 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

2. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.04.2010 N 206н (ред. от 21.02.2020) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля"

3. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации N 906н от 12 ноября 2012 г. "Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "гастроэнтерология"

4. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.03.2022 N 199н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при дивертикулярной болезни (диагностика и лечение)".

Приложение Б

Алгоритмы действий врача



Информация для пациента

Наличие дивертикулов ободочной и тонкой кишки, само по себе, при отсутствии клинической симптоматики не является поводом для беспокойства. Для установления факта связи между наличием 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.

Особое внимание нужно уделять при сочетании ДБ с иммунокомпрометированными состояниями (прием стероидных гормонов, цитостатиков, биотерапия и т.д.), при этом необходимо всестороннее обследование и обязательное динамическое наблюдение врача-колопроктолога и/или врача-гастроэнтеролога. Иммунокомпрометированные пациенты при развитии острых воспалительных осложнений или обострении хронических осложнений, а также даже подозрении на них, нуждаются в госпитализации в стационар.

Приложение Г1-ГН

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Нет.

Новые, изданные в 2020-2024 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.