

<https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-2-10-27>



КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Дивертикулярная болезнь (K57.2, K57.3), взрослые

Шельгин Ю.А.^{1,9}, Ивашкин В.Т.², Ачкасов С.И.^{1,9}, Москалев А.И.¹,
Тимербулатов В.М.³, Сажин А.В.⁴, Шаповальянц С.Г.⁴, Карпухин О.Ю.⁵,
Костенко Н.В.⁶, Коротких Н.Н.⁷, Зароднюк И.В.¹, Трубачева Ю.Л.¹,
Веселов В.В.^{1,9}, Ликотов А.А.^{1,9}, Кашников В.Н.¹, Фролов С.А.^{1,4},
Ярцев П.А.⁸, Лоранская И.Д.⁹, Выкова Б.А.¹, Шифрин О.С.²,
Полуэктова Е.А.², Мамиева З.А.², Ульянов А.И.², Шкурко Т.В.¹

¹ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адилы, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

²ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, г. Москва, 119991, Россия)

³ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России (ул. Ленина, д. 3, Республика Башкортостан, г. Уфа, 450008, Россия)

⁴ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (ул. Островитянова, д. 1, г. Москва, 117321, Россия)

⁵ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России (ул. Бутлерова, д. 49, г. Казань, 420012, Россия)

⁶ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России (ул. Бакинская, д. 121, г. Астрахань, 414000, Россия)

⁷ФГБОУ ВО «Воронежский ГМУ имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России (ул. Студенческая, д. 10, г. Воронеж, 394036, Россия)

⁸ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского» Департамента здравоохранения Москвы (Б.Сухаревская пл, д. 3, г. Москва, 107045, Россия)

⁹ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, г. Москва, 125993, Россия)

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Шельгин Ю.А., и соавт. Клинические рекомендации. Дивертикулярная болезнь (K57.2, K57.3), взрослые. Колопроктология. 2024; т. 23, № 2, с. 10–27. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-2-10-27>

CLINICAL GUIDELINES

Diverticular disease (57.2, 57.3), adults

Yuri A. Shelygin^{1,9}, Vladimir T. Ivashkin², Sergey I. Achkasov^{1,9},
Aleksey I. Moskalev¹, Vil M. Timerbulatov³, Alexander V. Sazhin⁴,
Sergey G. Shapovalyants⁴, Oleg Y. Karpukhin⁵, Nikolay V. Kostenko⁶,
Nikolay N. Korotkikh⁷, Irina V. Zarodnyuk¹, Julia L. Trubacheva¹,
Viktor V. Veselov^{1,9}, Aleksey A. Likotov^{1,9}, Vladimir N. Kashnikov¹,
Sergey A. Frolov^{1,4}, Peter A. Yartsev⁸, Irina D. Loranskaya⁹, Bella A. Vykova¹,
Oleg S. Shifrin², Elena A. Poluektova², Zarina A. Mamieva², Anatoly I. Ulyanin²,
Tatiana V. Shkurko¹

¹Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Salyama Adilya st., 2, Moscow, 123423, Russia)

²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), (Trubetskaya st., 8, bld. 2, Moscow, 119991, Russia)

³Bashkir State Medical University (Lenin st., 3, Republic of Bashkortostan, Ufa, 450008, Russia)

⁴Pirogov Russian National Research Medical University (Ostrovityanova st., 1, Moscow, 117321, Russia)

⁵Kazan State Medical University (Butlerova st., 49, Kazan, 420012, Russia)

⁶Astrakhan State Medical University (Bakinskaya st., 121, Astrakhan, 414000, Russia)

⁷Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko of the Ministry of Health of the Russian Federation (Studencheskaya st., 10, Voronezh, 394036, Russia)

⁸Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of the Moscow Department of Health (B. Sukharevskaya pl., 3, Moscow, 107045, Russia)

⁹Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (Barrikadnaya st., 2/1-1, Moscow, 125993, Russia)

CONFLICT OF INTEREST: The authors declare no conflict of interests

FOR CITATION: Shelygin Y.A., et al. Clinical guidelines. Diverticular disease (57.2, 57.3), adults. *Koloproktologiya*. 2024;23(2):10–27. (in Russ.). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-2-10-27>

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

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 врождённые и приобретённые. Истинные дивертикулы по происхождению врождённые, ложные — приобретённые [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 приобретённые, 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 окружён жировой тканью, если располагается в жировом подвесе 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 счёт 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 распространённость «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. Распространённость этого типа в сотни раз меньше, чем «западного» варианта и в данных клинических рекомендациях «восточный» тип ДБ не рассматривается [6,7,8].

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 врождённых дефектах структуры соединительной ткани (синдром Марфана, Элерса-Данлоса) и аутосомно-доминантном поликистозе почек [10–12].

В основе развития как неосложнённой формы ДБ с клиническими проявлениями, так и осложнённых её 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 отёка окружающей кишку жировой клетчатки до перфорации дивертикула с развитием перитонита [7,13]. При эвакуации фекалита через шейку дивертикула происходит повреждение рыхлой отёчной слизистой в узкой части шейки, что может приводить к развитию кровотечения [9].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В настоящее время ДБ является одним из наиболее распространённых заболеваний желудочно-кишечного тракта. Её 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 осложнёнными формами этого заболевания. За последнее десятилетие в США и Западной Европе отмечен почти двукратный рост числа хирургических вмешательств по поводу ДБ [12,14].

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

Класс: Болезни органов пищеварения (XI).

Блок: Другие болезни кишечника K55-K63.

Коды:

K57.2. Дивертикулярная болезнь толстой кишки с прободением и абсцессом

K57.3. Дивертикулярная болезнь толстой кишки 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, неосложнённую форму с клиническими проявлениями и осложнённую форму.

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

Неосложнённая форма ДБ с клиническими проявлениями сопровождается болью в животе, диареей, запором или их чередованием при отсутствии

Таблица 1. Классификация осложнений ДБ [15]**Table 1.** Classification of complications of diverticular disease [15]

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

каких-либо признаков воспалительных изменений в дивертикулах.

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

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 удаётся 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 распространённостью 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 отдалённым.

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 отдалённым 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 распространённости: 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.

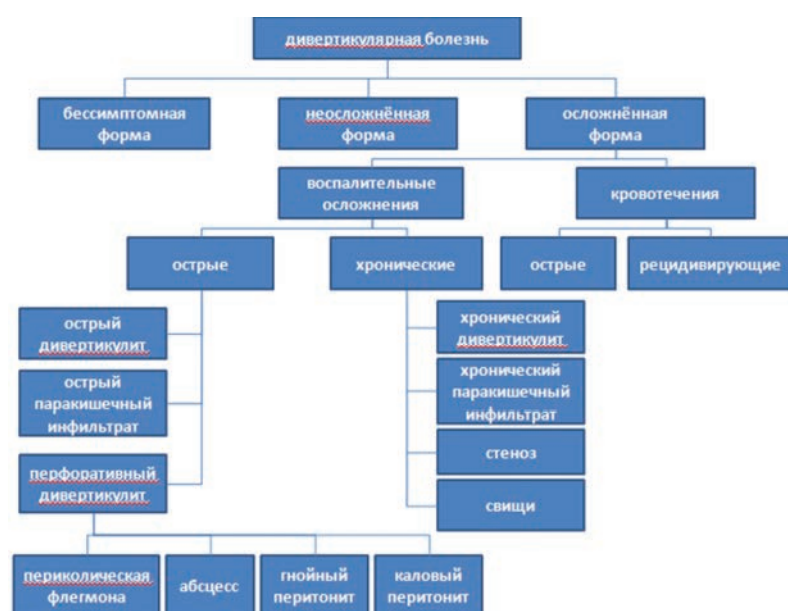


Рисунок 1. Классификация дивертикулярной болезни [15]

Figure 1. Classification of diverticular disease [15]

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

Для определения распространённости 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. Дивертикулёз.

Стадия 1. Острый неосложнённый дивертикулит.

Стадия 2. Острый осложнённый 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.

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.

Неосложнённая 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 *осложнённой форме* ДБ крайне полиморфна и при острых состояниях находится в прямой зависимости от выраженности и распространённости 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 воспалённого 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, среднетяжёлое.

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 чётко локализованную постоянную боль в левых и нижних отделах живота, признаки интоксикации выражены умеренно. Усиление боли и распространение её на прилежащие анатомические области, нарастание признаков интоксикации, лихорадка выше 37,5 °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].

Ещё 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 затёков 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 воспалённого 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 стёртый 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 кишечного 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 учащённый 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].

2. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ) МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

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

После этого необходимо определить форму дивертикулярной болезни (бессимптомная, неосложнённая, осложнённая), а при осложнённой 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) 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 *неосложнённой форме* ДБ необходимо всестороннее обследование ЖКТ, так как её 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 (отёк и уплотнение прилежащей к воспалённому дивертикулу клетчатки, разрушение стенок дивертикула с формированием паракишечной полости, выход воздуха или контрастного вещества через устье одного из дивертикулов);
- определение клинического варианта острых осложнений (острый дивертикулит, острый паракишечный инфильтрат, абсцесс, гнойный перитонит, каловый перитонит);
- оценку распространённости воспалительного процесса (вовлечение брюшной стенки, забрюшинного пространства, локализацию и размеры гнойной полости при абсцессе, при перитоните — распространённости 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 распространённости воспалительного процесса (утолщение кишечной стенки за счёт 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 вариabельны 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 неосложнённой 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 осложнённой 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, приём 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 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 необходимо выполнять 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].

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Специфической лабораторной диагностики дивертикулярной болезни не существует. Тем не менее, всем пациентам с ДБ и подозрением на осложнённое 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 её бессимптомной формы, требует всестороннего исследования толстой кишки и брюшной полости, так как ни один метод не позволяет получить полную информацию для решения всех диагностических задач.

- Всем пациентам с ДБ **рекомендуется** УЗИ органов брюшной полости и кишечника [27–29].

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

Комментарий: УЗИ является высокоинформативным, быстрым в исполнении методом, дающим возможность детально рассмотреть кишечную стенку, дивертикулы, их содержимое, выраженность и распространённость 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 может рассматриваться как альтернатива КТ при наличии противопоказаний к введению

рентгеноконтрастных 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 и малого таза с внутривенным 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 [27–30].

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

Комментарий: КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием позволяет точно определить выраженность и распространённость 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 возможно выполнение ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии [27–29,31,32].

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

Уровень убедительности рекомендаций — В (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. При острых

воспалительных осложнениях колоноскопии рекомендуется выполнять не ранее, чем через 1 месяц после стихания острого воспалительного процесса [34,35]. При хронических воспалительных осложнениях колоноскопия применяется для исключения опухолей толстой кишки и ВЗК.

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 С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарий: Выявление СИБР необходимо с целью определения дозы и длительности лечения рифаксимин 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 рифаксимины по 400 мг 2 раза в день в течение 7 дней. Возможно назначение повторных курсов лечения [31,40,41].

Уровень убедительности рекомендаций — А (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 [40–42]. Сочетание рифаксимины с растворимыми пищевыми волокнами существенно улучшает результаты лечения неосложненной формы дивертикулярной болезни [40].

• Пациентам с неосложненной формой ДБ и СИБР **рекомендуется** назначение рифаксимины в дозе 400 мг 3 раза в день в течение 7–14 дней [43].

Уровень убедительности рекомендаций — С (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 — В (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 для купирования болевого синдрома [78, 79].

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

Комментарий: В отечественных публикациях имеются данные эффективного применения спазмолитиков с целью коррекции болевого синдрома и нормализации моторики ЖКТ [78,79]. При этом рассматривается возможность приема различных групп спазмолитических средств. Ингибиторы фосфодиэстеразы (дротаверин и альверина цитрат) оказывают универсальный (системный) эффект по отношению ко всем гладкомышечным структурам организма, и препараты данной группы рекомендуются для кратковременного приема в основном при спастических состояниях. Неселективные антагонисты Ca²⁺-каналов (пинаверия бромид) оказывающие спазмолитическое действие за счет блокады поступления ионов Ca²⁺ через кальциевые каналы гладкомышечных клеток стенки кишечника.

При лечении ДБ с выраженным абдоминальным болевым синдромом назначается по 100 мг 3–4 раза 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. Селективные миотропные спазмолитики (мебеверин), особенности механизма действия которых не приводят к нежелательной гипотонии [80]. Рекомендуемая длительность курса терапии мебеверином колеблется от 3 до 6 недель в стандартной дозе (по 200 мг 2 раза в сутки).

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 антибиотиков [47–49].

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

Комментарий: Применяются антибиотики широкого спектра действия, 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. В качестве терапии первой линии чаще всего используется комбинация фторхинолонов (ципрофлоксацин/левофлоксацин) с метронидазолом либо проводится монотерапия амоксициллином-клавуланатом. Длительность лечения составляет от 5–7 до 10–14 дней [50,51]. 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 распространённости воспалительного процесса.

При остром дивертикулите также допустим вариант консервативного лечения без включения в схему лечения антибиотиков [52]. 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 также, 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 рифаксимина 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, осложнённой толстокишечным кровотечением. У пациентов данной группы проводят гемостатическую терапию, как и при других вариантах желудочно-кишечного кровотечения, а также отменяют приём антитромботических средств,

антикоагулянтных и нестероидных противовоспалительных препаратов.

- **Рекомендуется** придерживаться консервативной тактики, если при колоноскопии факт остановки кровотечения подтверждён [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, осложнённой 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 гноя одним из возможных методов (пункция, пункция и дренирование абсцесса, в том числе и под контролем УЗИ или КТ, внебрюшинное вскрытие и дренирование абсцесса) и дальнейшее проведение консервативного лечения вплоть до максимально возможной ликвидации воспалительного процесса. Такая тактика позволяет избежать хирургического вмешательства у 30–40% пациентов. При отсутствии выраженного лечебного эффекта от малоинвазивного лечения показано хирургическое вмешательство. При остром абсцессе имеет место разрушение стенок одного из дивертикулов, поэтому переход воспаления в хроническую форму, а также вероятность формирования свищей толстой кишки весьма высока. У большинства пациентов в последующем возникает необходимость в плановом хирургическом лечении [49,58].

- При ДБ, осложнённой перитонитом, а также при неэффективности консервативного и малоинвазивного лечения абсцесса, **рекомендуется** экстренное хирургическое лечение в объёме резекции толстой кишки 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 экстериоризации — 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 воспалённые 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 осложнённого септическим шоком, по возможности сокращая травматичность и продолжительность вмешательства. В специальной литературе ведётся 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 эндовидеоскопическим 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.

- При неэффективности эндоскопической остановки кровотечения при наличии технической возможности **рекомендуется** выполнить селективную ангиографию 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% [33]. Применение метода ограничивается небольшим опытом его использования.

- При неэффективности эндоскопической и эндоваскулярной остановки кровотечения при наличии технической возможности **рекомендуется** выполнить хирургическое вмешательство в объёме резекции ободочной кишки или колэктомии [28,33].

Уровень убедительности рекомендаций — А (уровень достоверности доказательств — 1)

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 объёма гемотрансфузии (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].

3.2.2 Хронические осложнения

Показания к плановому хирургическому лечению при дивертикулярной болезни относительные, их устанавливают индивидуально на основании выраженности перенесённых 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 методов исследований: УЗИ, КТ, МРТ, ультразвуковая колоноскопия. При наличии признаков разрушения одного из дивертикулов, как во время, так и после первой атаки острого воспаления, вне зависимости от результатов проведённого лечения, целесообразно рекомендовать 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 сохранённой слизистой оболочкой [57]. Консервативные мероприятия при свищах следует рассматривать как подготовку к хирургическому вмешательству. Они позволяют достичь лишь кратковременного снижения интенсивности и распространённости 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 объёма 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 неутрошенной 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 операций с применением лапароскопических технологий [64].

Далеко не всегда до операции удастся полностью исключить рак толстой кишки, осложнённый перифокальным воспалением и абсцедированием. Крайне важно хирургу после выполнения резекции до ушивания передней брюшной стенки вскрыть удалённый препарат, чтобы убедиться в отсутствии опухоли. При обнаружении опухоли операцию следует выполнить с соблюдением принципа онкологического радикализма.

При выполнении реконструктивно-восстановительных вмешательств у лиц, перенёсших операции с формированием кишечной стомы, необходимо учитывать особенности дивертикулярной болезни. При этом, как правило, формированию толстокишечного анастомоза должна предшествовать резекция отключённых и/или функционирующих отделов по вышеперечисленным принципам. В противном случае риск развития несостоятельности толстокишечных анастомозов многократно увеличивается [69].

• Плановое хирургическое лечение **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 [70].

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

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

4. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ 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 отключённых отделов толстой кишки с целью профилактики и лечения явлений колита отключённой 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 её в неосложнённую или осложнённую формы одностипная. 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 приёма 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 приёме 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 приёме антиагрегантов, нестероидных противовоспалительных средств, антитромботических средств [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

Неосложнённая 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;

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Выполнено определение С-реактивного белка в сыворотке крови, при острых осложнениях ДБ воспалительного характера.	Да/нет
2	Выполнено УЗИ брюшной полости и толстой кишки и/или КТ брюшной полости и толстой кишки 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, периколлической флегмоне, периколлическом абсцессе 3 см и менее.	Да/нет
5	Выполнена резекция ободочной кишки при дивертикулярной болезни, осложненной перфоративным дивертикулитом и перитонитом.	Да/нет

- перфоративный дивертикулит с развитием абсцесса и/или перитонита;
- иммунокомпрометированные состояния;
- курение ;
- ожирение
- сахарный диабет.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. М.: Издательство «Литтерра». 2012; 608 с. / Shelygin Yu.A., Blagodarny L.A. Handbook of coloproctology. M.: Publishing house "Litterra". 2012; 608 p. (in Russ.).
- 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](#)
- Painter NS, Burkitt DP. Diverticular disease of the colon, a 20th century problem. *Clin Gastroenterol.* 1975 Jan;4(1):3–21.
- Collins D, Winter DC. Modern concepts in diverticular disease. *J Clin Gastroenterol.* 2015;49(5):358–369. doi: [10.1097/MCG.0000000000000308](#)
- Reichert MC, 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.
- 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](#)
- Piscopo N, Ellul P. Diverticular Disease: A Review on Pathophysiology and Recent Evidence. *Ulster Med J.* 2020;89(2):83–88.
- Rezpour 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.
- Meyers MA, Alonzo DR, Gray GF, et al. Pathogenesis of bleeding colonic diverticulosis. *Gastroenterology.* 1976;71:577–583.
- Wess L, Eastwood MA, Wess TJ, et al. Cross linking of collagen is increased in colonic diverticulosis. *Gut.* 1995;37(1):91–94. doi: [10.1136/gut.37.1.91](#)
- West BA. 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](#)
- Violi A, Cambiè 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.
- 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](#)
- Tănase I, Păun S, Stoica B, et al. Epidemiology of diverticular disease — systematic review of the literature. *Chirurgia (Bucur).* 2015;110(1):9–14.
- Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Москалёв А.И. Классификация дивертикулярной болезни. *Колопроктология.* 2014;4(50):5–13. / Shelygin Yu.A., Achkasov S.I., Moskaev A.I. Classification of diverticular disease. *Koloproktologia.* 2014;4(50):5–13. (in Russ.).
- Hinchey EJ, Schaal PGH, Richards GK. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. *Adv Surg.* 1978;12:85–109.
- Hansen O, Stock W. Prophylaktische operation bei der divertikelkrankheit des kolons — stufenkonzept durch exakte stadieneinteilung. *Langenbecks Arch Chir (Suppl II).* 1999:1257–60.
- Schreyer AG, 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](#)
- Болихов К.В. Острые воспалительные осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки (клиника, диагностика, лечение). Автореферат дисс. канд. мед. наук. М., 2006. 30 с. / Bolikhov K.V. Acute inflammatory complications of diverticular colon disease (clinic, diagnosis, treatment). Abstract of the dissertation of the Candidate of Medical Sciences, M. 2006; 30 p. (in Russ.).
- 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](#)
- Москалев А.И. Клинико-морфофункциональные параллели при хронических осложнениях дивертикулярной болезни. Автореферат дисс. канд. мед. наук. М., 2007. 29 с. / Moskaev A.I. Clinical and morphofunctional parallels in chronic complications of diverticular disease. Abstract of dissertation of the Candidate of Medical Sciences, M., 2007. 29 p. (in Russ.).
- Strate LL, Morris AM. Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis. *Gastroenterology.* 2019;156(5):1282–1298.e1. doi: [10.1053/j.gastro.2018.12.033](#)
- Aune D, Sen A, Leitzmann MF, 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](#)
- Biondo S, Borao JL, 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. Böhm SK, 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 HE, van de Wall BJM, Consten ECJ, 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 ST, Bos K, de Boer MGJ, 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 JP, Barazanchi AW, Singh PP, et al. 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 ML, et al. 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 MR, et al. 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 EM, Adam GP, Bhuma MR, 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 JT, Sitter H, Zielke A, et al. 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 CY, Wu CC, Jao SW, et al. 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. doi: [10.3748/wjg.v29.i22.3400](#)
37. Tursi A, Brandimarte G, Giorgetti GM, et al. 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, et al. 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 AM, Dziki A, Banasiewicz T, et al. 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. doi: [10.22416/1382-4376-2022-32-3-68-85](#) / Ivashkin V.T., Maev I.V., Abdulganieva D.I., et al. Practical recommendations of the Scientific Community to promote the clinical study of the human microbiome (NSOIM) and the Russian Gastroenterological Association (RGA) on the diagnosis and treatment of bacterial overgrowth syndrome in adults. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology.* 2022;32(3):68–85. (in Russ.). doi: [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 Gastrointest Liver Dis.* 2018;27(3):291–297. doi: [10.15403/jgld.2014.1121.273.pic](#)
46. Carter F, Alsayb M, Marshall JK, et al. 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 ML, et al. 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 LQ, Burcharth J, et al. 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 TM. 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/NEJMcip1800468](#)
51. Swanson SM, Strate LL. 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, Ünü Ç, 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, Notalapati V, et al. 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 CS, Berg R, Staal JB, et al. 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;14(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, Daffinà 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. Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И., Москалев А.И., и соавт. Толстокишечно-мочепузырные свищи как осложнение дивер-

- тикулярной болезни. *Урология*. 2013;1:17–23. / Shelygin Y.A., Achkasov S.I., Moskalev A.I., et al. Colonic-urinary fistulas as a complication of diverticular disease. *Urology*. 2013;1:17–23. (in Russ.).
58. Galetin T, Galetin A, Vestweber KH, et al. 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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1186/s13017-017-0120-y)
60. Wu KL, Lee KC, Liu CC, et al. Laparoscopic versus open surgery for diverticulitis: a systematic review and meta-analysis. *Dig Surg*. 2017;34(3):203–215. doi: [10.1159/000450683](https://doi.org/10.1159/000450683)
61. Bridoux V, Regimbeau JM, 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](https://doi.org/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 SR, Mackenzie H, et al. 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](https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002236)
64. Klarenbeek BR, Samuels M, van der Wal MA, et al. Indications for elective sigmoid resection in diverticular disease. *Ann Surg*. 2010;251(4):670–674.
65. Bolkenstein HE, Consten ECJ, 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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;1:80–86. / Salomov K.N., Vorobyov G.I., Achkasov S.I., et al. Determination of the boundaries of colon resection in diverticulosis. *Surgery*. 2001;1:80–86. (in Russ.).
68. Thaler K, Baig MK, Berho 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. / Achkasov S.I. Surgical tactics in the rehabilitation treatment of complicated diverticulosis of the colon. Abstract of dissertation of the Candidate of Medical Sciences. М., 1992. 24 p. (in Russ.).
70. Chen CY, Wu CC, Jao SW, et al. 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](https://doi.org/10.1007/s11605-008-0731-4)
71. Aune D, Sen A, Leitzmann MF, 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](https://doi.org/10.1111/codi.13748)
72. Spiller RC. Changing views on diverticular disease: impact of aging, obesity, diet, and microbiota. *Neurogastroenterol Motil*. 2015;27(3):305–312. doi: [10.1111/nmo.12526](https://doi.org/10.1111/nmo.12526)
73. Strate LL, Liu YL, Syngal S, et al. Nut, corn, and popcorn consumption and the incidence of diverticular disease. *JAMA*. 2008;300(8):907–914. doi: [10.1001/jama.300.8.907](https://doi.org/10.1001/jama.300.8.907)
74. Böhm SK. 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](https://doi.org/10.1159/000381867)
75. Aune D, Sen A, Leitzmann MF, 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](https://doi.org/10.1007/s00394-017-1443-x)
76. Reichert MC, 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](https://doi.org/10.1177/2050640615576676)
77. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Баранская Е.К., и соавт. Синдром раздраженного кишечника. *Колoproктология*. 2022;21(1):10–25. doi: [10.33878/2073-7556-2022-21-1-10-25](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2022-21-1-10-25) / Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A., Baranskaya E.K., et al. Irritable bowel syndrome. *Koloproktologia*. 2022;21(1):10–25. (in Russ.). doi: [10.33878/2073-7556-2022-21-1-10-25](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. / Mayev I.V., Dicheva D.T., Andreev D.N. Diverticular colon disease. A textbook for doctors. М., 2015. 22 p. (in Russ.).
79. Бойцов С.А., Лазебник Л.Б., Левченко С.В., и соавт. Комиссаренко И.А. Рациональная фармакотерапия симптоматической неосложненной дивертикулярной болезни толстой кишки. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2018;(5):86–92. / Boitsov S.A., Lazebnik L.B., Levchenko S.V., et al. Rational pharmacotherapy of symptomatic uncomplicated diverticular colon disease. *Experimental and clinical gastroenterology*. 2018;(5):86–92. (in Russ.).
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. / Yakovenko E.P., Yakovenko A.V., Agafonova N.A., et al. Abdominal pain: Mechanisms of formation, a rational approach to the choice of therapy. *RMJ*. 2009;11(2):48–53. (in Russ.).