Дивертикулярная болезнь

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K57.0, K57.1, K57.2, K57.3, K57.4, K57.5, K57.8, K57.9 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация

Дивертикулярная болезнь — наличие хотя бы одного приобретённого ложного дивертикула толстой кишки, чаще в сигмовидной кишке. Рекомендация описывает диагностику бессимптомной, неосложнённой и осложнённой форм, а также консервативную, эндоскопическую и хирургическую тактику.

Главное

- Форму ДБ определяют по клинике и признакам воспаления: бессимптомная — дивертикул без жалоб; неосложнённая — боль, диарея, запор или их чередование без воспалительных изменений; осложнённая — воспаление дивертикула или толстокишечное кровотечение.
- Для профилактики осложнений следует обеспечить преимущественное содержание в рационе растительной клетчатки в количестве не менее 25 г/сут, контролировать частоту стула и консистенцию кала, предупреждать ожирение.
- К осложнениям относятся острый и хронический дивертикулит, паракишечный инфильтрат, абсцесс, перфорация с перитонитом, свищи, стеноз и толстокишечное кровотечение. Хроническим считают процесс, сохраняющийся более 6 недель или рецидивирующий в этот срок либо позже.
- При острых воспалительных осложнениях ДБ проводят определение С-реактивного белка, а также комплексное УЗИ органов брюшной полости и/или КТ брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием.
- Пациенты с нарушениями обычного течения воспалительных реакций и пациенты с хроническими осложнениями нуждаются в госпитализации; иммунокомпрометированных пациентов при острых воспалительных осложнениях госпитализируют.
- Плановую операцию при хронических осложнениях выбирают индивидуально; основными основаниями являются разрушение дивертикула по данным инструментального исследования, невозможность исключить опухоль, свищ, стеноз или неэффективность консервативной терапии.

Диагностика

1. Подтвердить наличие ДБ визуализацией хотя бы одного дивертикула толстой кишки. Подходят колоноскопия, ирригоскопия, УЗИ, КТ или МРТ.
2. Определить форму заболевания: бессимптомную, неосложнённую или осложнённую; при осложнении установить его вариант — воспалительный, перфоративный, свищевой, стенозирующий или с толстокишечным кровотечением.
3. Собрать жалобы и анамнез: характер и локализацию боли, нарушения стула, кровотечение, лихорадку, а также приём НПВС, опиоидов, гормональной терапии, противоопухолевой химиотерапии, курение и наличие ожирения.
4. Выполнить осмотр, перкуссию, пальпацию и аускультацию живота, осмотреть перианальную область и провести пальцевое исследование прямой кишки. Женщинам выполнить пальцевое влагалищное исследование; рекомендация имеет УУР С, УДД 5.
5. При подозрении на осложнённое течение выполнить общий анализ крови и биохимический анализ крови; при подозрении на острое воспалительное осложнение определить С-реактивный белок — УУР В, УДД 2.
6. Провести комплексное УЗИ органов брюшной полости, включая кишечник, — УУР В, УДД 2. При подозрении на осложнённую ДБ выполнить КТ живота и малого таза с внутривенным болюсным контрастированием — УУР В, УДД 2; при противопоказаниях к КТ использовать УЗИ или МРТ с внутривенным контрастированием — УУР В, УДД 2.
7. При толстокишечном кровотечении выполнить колоноскопию; при остром воспалительном осложнении её проводят не ранее чем через 1 месяц после стихания процесса. При подозрении на СИБР используют водородный дыхательный тест с углеводной нагрузкой — УУР С, УДД 4.

Лечение

- Бессимптомная ДБ лечения не требует.
- При неосложнённой ДБ используют рифаксимин 400 мг 2 раза в сутки 7 дней; возможны повторные курсы — УУР А, УДД 1. При сочетании с СИБР рифаксимин назначают по 400 мг 3 раза в сутки 7–14 дней — УУР С, УДД 5.
- При неосложнённой ДБ можно назначить месалазин 3,0 г/сут до клинического эффекта — УУР В, УДД 1. Для купирования боли применяют спазмолитики; при выраженной боли возможен пинаверия бромид 100 мг 2–3 раза в сутки или мебеверин 200 мг 2 раза в сутки курсом 3–6 недель — УУР С, УДД 5.
- При остром дивертикулите, остром паракишечном инфильтрате, периколической флегмоне и периколическом абсцессе до 3 см применяют консервативную тактику: бесшлаковую диету, спазмолитики, слабительные и системные антибиотики — УУР С, УДД 3. При неосложнённом остром дивертикулите допустимо осторожно лечить без системных антибиотиков; уровень рекомендации А, УДД 2.
- Антибиотики должны иметь широкий спектр с активностью против грамотрицательных и анаэробных бактерий. При остром дивертикулите предпочтителен приём внутрь, при периколической флегмоне и малом абсцессе — внутривенное введение; при инфильтрате возможны оба варианта.
- При абсцессе более 3 см лечение начинают с малоинвазивной эвакуации содержимого — пункции или пункции с дренированием, в том числе под контролем УЗИ или КТ, — с последующей консервативной терапией — УУР В, УДД 3. При отсутствии эффекта выполняют операцию.
- При перитоните или неэффективности консервативного и малоинвазивного лечения абсцесса показана экстренная резекция участка толстой кишки с перфорацией — УУР В, УДД 3. Операция санации и дренирования брюшной полости без резекции при перфоративном дивертикулите не рекомендуется — УУР В, УДД 2.
- При продолжающемся кровотечении сначала выполняют эндоскопическую остановку; при её неэффективности — селективную артериографию с эмболизацией, а затем при необходимости резекцию или колэктомию — УУР В, УДД 3. Операция показана также при нестабильной гемодинамике, неэффективной интенсивной терапии, рецидиве кровотечения или переливании не менее 4 доз крови за 24 часа.

Когда направить и как наблюдать

- Неосложнённую ДБ ведут амбулаторно под контролем гастроэнтеролога или колопроктолога.
- Острые воспалительные осложнения и обострение хронических осложнений требуют госпитализации в хирургический или колопроктологический стационар. Острый дивертикулит и острый паракишечный инфильтрат в отобранных случаях можно лечить амбулаторно под наблюдением специалиста.
- Иммунокомпрометированных пациентов при любых острых воспалительных осложнениях госпитализируют в хирургический или колопроктологический стационар; госпитализация нужна также при подозрении на такое осложнение.
- Пациентам с хроническими осложнениями и с нарушенным течением воспалительных реакций нужна госпитализация в колопроктологический стационар; возможен хирургический стационар при наличии подготовленных специалистов по колоректальной хирургии.

Частые вопросы

Нужно ли лечить бессимптомные дивертикулы?

Нет. При бессимптомной форме ДБ лечение не требуется.

Какая доза рифаксимина применяется при неосложнённой ДБ?

400 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней; возможны повторные курсы. При подтверждённом СИБР используют 400 мг 3 раза в сутки 7–14 дней.

Когда при дивертикулите нужны антибиотики?

При остром дивертикулите, паракишечном инфильтрате, периколической флегмоне и абсцессе до 3 см системные антибиотики входят в консервативную тактику. При неосложнённом остром дивертикулите допустимо осторожное лечение без них.

Что делать при абсцессе более 3 см?

Начать с малоинвазивной эвакуации содержимого — пункции или пункции с дренированием, при возможности под контролем УЗИ или КТ, — и продолжить консервативное лечение. При отсутствии эффекта показано хирургическое вмешательство.

Когда выполнять колоноскопию после острого воспалительного осложнения?

Не ранее чем через 1 месяц после стихания острого воспалительного процесса. При толстокишечном кровотечении колоноскопия является первоочередным методом диагностики и может использоваться для эндоскопической остановки кровотечения.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/179-divertikulyarnaya-bolezn. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/179_3