**Дивертикулярная болезнь толстой кишки.**

**Дивертикулярная болезнь -** представляет собой патологический процесс, характерным отличительным признаком которого является наличие мешковидных выпячиваний стенки кишки через ее мышечный слой (дивертикулов), чаще сигмовидной и ободочной. Дивертикулез означает наличие множественных дивертикулов..

Дивертикулярная болезнь (ДБ) часто развивается с возрастом - варьирует от менее 10% у лиц младше 40 лет до, примерно, 50–60 % у пациентов старше 80.

Причины развития ДБ:

В развитии ДБ важная роль принадлежит изменению характера питания и образа жизни людей. При ДБ кишка как сигмовидная, так и другие становятся неэластичными вследствие нескольких причин: утолщение циркулярного мышечного слоя, ведущее к сужению просвет кишечника; увеличенное отложения эластина между мышечными клетками кишки, что приводит к укорочению и уплотнению циркулярных мышц; наличие заболеваний соединительной ткани , которые сопровождаются структурными изменениями стенки кишки и снижением ее устойчивости к внутрипросветному давлению, что делает возможным возникновение дивертикула.

Согласно последним рекомендациям выделяют три формы ДБ толстой кишки:

1. бессимптомные дивертикулы (случайные находки при ирригоскопии или колоноскопии); 2)
2. неосложненная ДБ, когда есть клинические проявления; 3)
3. ДБ с осложнениями

Рассмотрим клинические проявления вышеописанных форм ДБ:

 Первую группу больных с ДБ составляют больные с отсутствием кишечной симптоматики, дивертикулы обнаруживают у них при поиске других заболеваний. У 70% больных ДБ остается бессимптомной на протяжении всей жизни.

 Вторая группа больных представлена лицами с клинически выраженными проявлениями дивертикулеза. Однако характерных симптомов неосложненного дивертикулеза нет. У больных наблюдаются признаки, типичные для синдрома поражения толстой кишки, – боли в животе без четкой локализации, нарушения стула, чаще всего запоры или неустойчивый стул (смена запоров и поносов), признаки кишечной диспепсии (урчание, вздутия). Боль локализуется чаще в левой подвздошной области и в левом мезогастрии – в проекции сигмовидной кишки и носит спастический характер, усиливаясь по мере наполнения толстой кишки каловыми массами. После дефекации болевой синдром обычно уменьшается. Часть больных отмечает в период между этими спазмами тупую ноющую боль в тех же отделах. В зависимости от клинической формы дивертикулеза наблюдаются самые различные кишечные симптомы. Нарушение стула обычно проявляется в виде запора. Кроме того, больные нередко жалуются на чувство неполного опорожнения кишки и вздутие живота. У части больных наблюдается чередование запора и появления жидкого стула.

Третья группа- с осложненной ДБ:

 Дивертикулит**.** Встречается примерно у 25% пациентов с дивертикулезом. Основные признаки– боль и напряжение мышц передней брюшной стенки в левом нижнем квадранте живота. При прогрессировании заболевания – повышение температуры тела, озноб, анорексия, тошнота, рвота, нарушение стула.

 Перфорация. Перфорация в брюшную полость редкое осложнение. Она наблюдается в основном у пациентов с нарушенным иммунитетом. При перфорации дивертикула в брюшную полость развивается клиника разлитого перитонита.

 Кровотечение**.** Возникает в 20–25% случаев, нередко – первое и единственное проявление заболевания. Установлено, что у 15% пациентов с дивертикулезом оно носит рецидивирующий характер. Кровотечение возникает неожиданно, не вызывает боли, в большинстве случаев бывает объемным, а в 33% массивным, требующим проведения срочной трансфузии. Следует подчеркнуть, что ДБ остается наиболее частой причиной массивных кровотечений из кишечника, составляя 30–50% от их общего количества. . Кишечная непроходимость при дивертикулезе чаще имеет обтурационный характер со всеми присущими этой форме проявлениями. Абсцесс, свищ может вознуть у 2% пациентов с осложненной ДБ

Диагностика:

 **1)**  Жалобы на дискомфорт в животе, спастическую боль и периодическую задержку стула, а также наличие в анамнезе эпизодов повышения температуры тела, связанных с интенсивным болевым синдромом в левой подвздошной области, свидетельствуют о достаточно высокой вероятности ДБ.)

**2)** Наиболее информативным методом выявления дивертикулеза толстой кишки является исследование толстой кишки с помощью бариевой клизмы (ирригоскопия).

**3)** Не менее информативным методом выявления дивертикулеза является колоноскопия, которая кроме определения наличия дивертикулов позволяет уточнить протяженность воспалительных изменений в просвете кишки, расположение дивертикулов и состояние их слизистой оболочки. Необходимо помнить, что колоноскопия на фоне дивертикулита может привести к перфорации ободочной кишки и должна применяться с учетом клиники и данных ирригоскопии.

 В неосложненных случаях ДБ назначается амбулаторное лечение **,**при осложненном и(или) часто рецидивирующем течении, рекомендовано стационарное лечение.

 Если Вас беспокоят болевой синдром, симптомы, описанные в данной статье, не занимайтесь самолечением, своевременно обратитесь за медицинской помощью к врачу специалисту.