Эпидемиологическими и анатомическими исследованиями показано, что дивертикулярная болезнь ободочной кишки (ДБОК) является частым заболеваниям в промышленно развитых и прозападных странах (N. S. Painter, D.P. Barkitt, 1975; L.B. Ferzoco, 1998).

Большая значимость проблемы ДБОК заключается в том, что у 25-30% из этих больных могут развиться такие осложнения, как дивертикулит, кровотечения или перфорация (L.E. Hughes, 1969; T. Pollman, 1988).

Распространённость дивертикулеза оценивается в 50-70% у лиц в возрасте старше 80 лет. В возрасте до 40 лет, наблюдается в менее чем у 10% людей (R.Y. Loffeld, A.B. Vander Putten, 2002).

Наиболее частой локализацией дивертикулеза является левая половина толстой кишки, до 99%, участие сигмовидной кишки с проявлениями симптомов, обусловлено наличием в ней дивертикулеза. Дивертикулез относится к состоянию, когда пациент испытывает периодические боли в животе и вздутие живота. К осложненному дивертикулезу (дивертикулярная болезнь - ДБ) в различных этапах относятся дивертикулит и дивертикулезное кровотечение. Боли в левом нижнем квадранте живота или отсутствие повышения температуры тела являются почти универсальными для диверикулеза сигмовидной кишки.

Ежегодно заболеваемость дивертикулезом приводит к 14000 госпитализации, ежегодно затраты на лечение ДБОК составляет 40-80 млн евро (R.J. Loffeld, A.B. Putten, 2002, R.S. Sandler с соавт., 2002).

Дивертикулит самое обычное осложнение дивертикулеза, затрагивая 15-20% больных (M.M. Szojda с соавт., 2007).

Патофизиология дивертикулита остается еще малопонятной из-за отсутствия высококачественных исследований, оптимальное лечение этого распрастраненного заболевания по прежнему обсуждаются. На основе научно-исследовательских работ по исследованию различных важных аспектов проявлений дивертикулита, в 2008 году возникла совместная Голландская инициатива «Голландская группа по совместному исследованию дивертикулярной болезни» (3d-исследовательская группа).

ДБ занимает в США шестую часть из больных с гастроинтестинальными диагнозами, учтенных около 2,6 млн визитов в 2009 г. (A.F. Peeryetal, 2012) и первое место среди поводов к госпитализации – 313 тыс. с первичным диагнозом и 815 тыс. общее количество больных. (J.E. Everhart, C.E. Ruhl, 2009). К общему числу всех колоноскопий, дивертикулы идентифицируются в 40%, а у лиц старше 80 лет – в 70% (J.E. Everhart, C.E. Ruhl, 2009). Рост скрытой неучтенной заболеваемости как в Европе, так и США. (J.L. Faucheron et al., 2013; H. Masoomi et al, 2009; D.A. Etzioni et al., 2009) и доля госпитализации при ДБОК составила 15% между 1996 и 2004 годами (J. E. Everhart, C.E. Ruhl, 2009.), учтенные расходы этих больных составили 2,6 млрд американских долларов (A.F. Peeryetal, 2012).

ДБОК известна в последние 3 века, но скорее всего, сведения существовали гораздо раньше. В 1980 году ДБТК была выявлена у 30 млн человек в США и 200 тыс. госпитализаций по поводу данного заболевания (N. Stollman, S. Wener, 2007). В то время стоимость расходов на этих больных составила 30 млн долларов (84,4 млн долларов в 2010 г.). Сегодня ДБ страдает более 2,5 млн человек в США и распрастраненность продолжает расти по мере старения населения. В докладе Американской ассоциации гастроэнтерологов было сообщено, что расходы при ДБТК составляет 2,66 млрд долларов в год. В этом докладе также отмечено, что ДБТК является пятым самым важным желудочно-кишечным заболеванием с точки зрения прямых и косвенных затрат (R.S. Sandler и др., 2002). Серьезным проблемам может привести симптоматическая ДБ, у большинство больных (80%) заболевание протекает без осложнений, что трудно объяснить при естественном течении болезни, как при старении. Другие исследователи все большее распространение ДБ считает результатом успехов, достигнутых в диагностике и лечении (D. J. Jr. Schoeltz, 1999).

В действительности, ДБ характерна для европеизированных обществ, результат воздействия на значительную часть населения в развитых странах.

Французский хирург Alexis Littre в 1700 г. описал мешотчатые слепые карманы толстой кишки (P.L. Pobertz, M.C. Venderheimer, 1994). На данный момент ДБ не была серьезным предметом обсуждения в хирургии и патологии. В 1815 году, Fleishman ввел термин дивертикул, объяснив его возникновение по типу грыжеобразования (O.A. Marxer, Fleishman, 1925). Ряд исследований был посвящен объяснению патогенеза дивертикулеза (S. Gross, 1845; J. Cruveilhier, 1849; C.A. C.A. Rokitansky, 1849; S. Habershon, 1857; E. Klebs, 1869) за период с 1845 по 1869 годы, которые были началом понимания сущности ДБОК, в основном объясняя образование дивертикулов запорами. В этот же период появились публикации о дивертикулитах и осложнениях ДБ. J. Cruivelhier (1849) был одним из пионеров этой гипотезы и постепенно накапливались поддерживающие аргументы. R. Virchov (1853) сообщил о перисигмоидите и вскоре после этого, S. Jones (1859) описал кишечно-мочепузырный свищ, как осложнение дивертикулита толстой кишки. В 1870 году, Loomis впервые описал перитонит как осложнение ДБТК (J. Hartwell, R. Cecil, 1910). ДБ считали редким заболеванием без понимания истинного его патогенеза. В 1899 году, Ernest Graser, выдвинул предположение, что дивертикулярные выпячивания возникают в области проникновения сосудов через мышечный слой стенки толстой кишки. Он также описал «перисигмоидит» как вторичный процесс ДБ и как конечное проявление осложнения ДБ – перфорациии. Другие альтернативные диагнозы, как воспаление сальниковых отростков и левосторонний периколит, стали общепризнанными осложнениями ДБ. Эволюция ДБ в качестве самостоятельной нозологии быстро продвинулась от 1900 до 1920 года и в 1908 году была опубликована статья о 80 пациентах с «приобретенными дивертикулами» (W. H. Telling, 1908). Термин «дивертикулез» появился в 1914 году. В том же году, в Американском журнале радиологии была опубликована статья «Рентгенологические демонстрации множественных дивертикулов ободочной кишки» (J.T. Case, 1914). В 1917 году Telling и Gruner в Британском журнале хирургии опубликовал статью, где осветили состояние проблемы ДБ, эволюцию изучения данного патологического процесса (W.H.Telling, O.C. Gruner, 1917). Три года спустя, Sir John Bland-Sutton (1920) сообщил следующее: «В последние 10 лет, острый дивертикулит признается с такой же уверенностью, как и аппендицит и по новому».

В 1907 году William Mayo описал хирургическое лечение дивертикулита, однако он отметил, что большинство случаев были легкой степени тяжести и хорошо поддаются консервативному лечению. К 1930 году, Мауо накопил значительный опыт лечения больных с ДБОК; в этот период времени, по его данным, за 40 лет распространенность данного заболевания на 5 % стало больше (W. Mayo, 1930). Как было отмечено в сообщении, накопленный значительный опыт начал использоваться в многочисленных учебниках 1920-30 годов.

В последующие десятилетия был достигнут значительный прогресс в изучении патогенеза и эпидемиологических тенденций при ДБОК. Сочетание контрастных радиологических и патологоанатомических исследований способствовало выяснению распространенности данного заболевания. Серии аутопсий позволили выяснить и расширить знания патологии ДБ. Методы контрастной радиологии конечно могли переоценить показатель распространенности, т.к. многие из этих исследований были выполнены у больных с симптоматическими формами ДБ. Знания ДБОК продолжали расширяться и яркой вехой в понимании этого патологического процесса стали результаты исследования N.S. Painter, D.P. Burkitt (1971). С тех пор, существенно усовершенствованы диагностика и лечение ДБ, уточнены клинические варианты и диагнозы заболевания для различных медицинских и хирургических специальностей.

Дивертикул – мешкообразное выпячивание слизистой оболочки кишки через ее мышечный слой; выпячивание возникает в слабых местах кишечной стенки, где кровеносные сосуды проходят через нее; обычно дивертикул имеет размеры в 5-10 мм; в реальности дивертикулы ободочной кишки являются псевдодивертикулами, т.к. они состоят из слизистой оболочки и подслизистого слоя, покрытых серозной оболочкой (T. Murphy с соавт,2010; V.A. Constantinides с соавт, 2006).

Дивертикулярная болезнь (ДБ) (дивертикулез – лат. Diverticulum – «ответвление», «дорога в сторону») – морфофункциональный патологический процесс, характерным отличительным признаком является наличие мешковидных выпячиваний стенки кишки через ее мышечный слой. Дивертикулез означает наличие множественных дивертикулов. Чаще дивертикулы являются псевдодивертикулами, т.к. они состоят только из слизистой оболочки, подслизистого слоя, покрытых серозной оболочкой.

Европейская ассоциация по эндоскопической хирургии (L.Kӧhler с соавт, 1999) на специальной конференции по ДБОК в своем заявлении – консенсусе дала следующее определение: ДБОК главным образом выявляется в виде поражения дивертикулезом сигмовидной кишки, структурно характеризуется (выпячиванием) выходом слизистой оболочки толстой кишки, как правило, сопровождается утолщением ее мышечной оболочки, дистрофией тении ободочной кишки и складок слизистой оболочки (E. Graser, 1899; J. Whiteway, B.C. Morson, 1985). Эти состояния могут быть бессимптомными (дивертикулез) или связанными с симптомами, тогда называемыми «дивертикулярной болезнью», которая может быть неосложненной или осложненной. Термин дивертикулит используется для обозначения присоединения воспаления с вовлечением стенки толстой кишки. Другие осложнения включают перфорацию, свищи, непроходимость и кровотечение.

Всемирная организация гастроэнтерологов (2007) предлагает следующее определение дивертикула: мешочкообразное выпячивание слизистой оболочки кишки через ее мышечный слой (T.M. Young-Fadok et el, 2000); выпячивание возникает в слабых местах кишечной стенки, где проходят через нее кровеносные сосуды; обычно дивертикул имеет размеры в 5-10 мм; в реальности дивертикулы являются псевдодивертикулами, т.к. состоят только из слизистой, подслизистой оболочек, покрытых серозой;

- дивертикулярной болезни, которая включает в себя: дивертикулез – наличие дивертикулов в кишке; дивертикулит – воспаление дивертикула; дивертикулярное кровотечение.

- типы дивертикулярной болезни:

- простой (75%) без осложнений

- осложненный (25%) абсцессами, фистулами, непроходимостью, перитонитом, сепсисом.