

BMJ Best Practice

დივერტიკულური დაავადება

უშუალოდ პაციენტის მოვლის ადგილას



ბოლო განახლება: Dec 21, 2023

სარჩევი

მიმოხილვა	3
შეჯამება	3
განსაზღვრება	3
თეორია	4
ეპიდემიოლოგია	4
ეტიოლოგია	4
პათოფიზიოლოგია	5
კლასიფიკაცია	5
შემთხვევის ანამნეზი	6
დიაგნოზი	7
მიდგომა	7
ანამნეზი და გასინჯვა	9
რისკფაქტორები	10
კვლევები	11
დიფერენციული დიაგნოზები	14
მართვა	17
მიდგომა	17
მკურნალობის ალგორითმის მიმოხილვა	20
მკურნალობის ალგორითმი	23
პირველადი პრევენცია	39
მეორეული პრევენცია	39
განხილვები პაციენტთან	39
მეთვალყურეობა	40
მონიტორინგი	40
გართულებები	41
პროგნოზი	42
გაიდლაინები	44
დიაგნოსტიკური გაიდლაინები	44
მკურნალობის გაიდლაინები	44
მტკიცებულების ცხრილები	46
წყაროები	49
განმარტება	59

შეჯამება

დივერტიკული დაავადება, ძირითადად, უსიმპტომოა; პაციენტებს შესაძლოა აღენიშნებოდეთ ყაბზობა ან მუცლის არასპეციფიკური სიმპტომები.

სიმპტომური მწვავე დივერტიკულიტი ვლინდება ცხელებით, ლეიკოციტოზითა და მარცხენა ქვედა კვადრანტის ტკივილით.

კოლონოსკოპია დივერტიკული დაავადების ხშირი სადიაგნოსტიკო ტესტია. კომპიუტერული ტომოგრაფია მწვავე დივერტიკულიტის პრიორიტეტული ვიზუალიზაციური კვლევაა და შეცვალა კონტრასტული ოყნა.

მკურნალობა მოიცავს ნაწლავის განტვირთვას, ტკივილგამაყუჩებლებს, ანტიბიოტიკოთერაპიას და ქირურგიულ ჩარევას.

გართულებებს მიეკუთვნება სისხლდენა, ინფექცია, სეგმენტური კოლიტი, პერფორაცია, აბსცესი, პერიტონიტი, ფისტულა და ობსტრუქცია.

მართეთ მწვავე სისხლდენა ინტრავენური სითხეებით ან სისხლის ტრანსფუზიით და რადიოლოგიურად მართული ჰემოსტაზით (ემბოლიზაცია).

განსაზღვრება

მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულოზი გულისხმობს ლორწოვანისა და ლორწქევა შრის თიაქარს მსხვილი ნაწლავის კუნთოვან შრეში, რაც შეიძლება გამონეული იყოს ნაწლავის გლუვი კუნთის ჭარბი აქტივობით. დივერტიკული დაავადება შეიძლება განისაზღვროს როგორც ნებისმიერი კლინიკური მდგომარეობა, რომელიც გამომწვეულია ნაწლავური დივერტიკულების სიმპტომებით და მოიცავს უსიმპტომო და მძიმედ გამოხატული, გართულებული დაავადების ფართო სპექტრს. დივერტიკულიტი გულისხმობს დივერტიკულ(ებ)ის ანთებას და შეიძლება გამომწვეული იყოს ინფექციით. დივერტიკული დაავადების სხვა შესაძლო გართულებებია სეგმენტური კოლიტი, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ქვედა ნაწილიდან სისხლდენა, ინფექცია, აბსცესი, პერფორაცია, პერიტონიტი და ფისტულის ჩამოყალიბება.

ეპიდემიოლოგია

პრევალენტობა ასაკთან ერთად იმატებს. ინციდენტობა განვითარებულ ქვეყნებში მცხოვრებ 40 წლამდე პირებში არის <10%, 50 წლის პირებში - დაახლოებით 50%, ხოლო 80 წელს გადაცილებულ პირებში 50-60%.[4]

ევროპაში ერთ-ერთმა კვლევამ გამოავლინა დივერტიკული დაავადების პრევალენტობა 12-49%.[5] მიუხედავად იმისა, რომ წარსულში ჩატარებული კვლევების თანახმად დივერტიკული დაავადება იშვიათია აფრიკისა და აზიის სოფლებში (უმალესი პრევალენტობა აღინიშნება აშშ-ში, ევროპასა და ავსტრალიაში), მონაცემები გვიჩვენებს პრევალენტობის ზრდას ამ რეგიონებში.[6] [7] [8] [9] [10]

ვეგეტარიანულ ცხოვრების წესს დივერტიკული დაავადების უფრო დაბალი ინციდენტობა ახასიათებს.[11] [12] [13] მარჯვენამხრივი დივერტიკული დაავადება უფრო ხშირია აზიაში და დაკავშირებულია ხორცის მოხმარებასთან აზიურ პოპულაციაში.[14]

გენდერული სხვაობა დივერტიკული დაავადების პრევალენტობაში არ არსებობს.[4] თუმცა, ხანდაზმულ პირებში დომინირება აღინიშნება ქალებში.[15]

მწვავე დივერტიკულიტის მქონე ხანდაზმულ პაციენტებში ცხელებისა და ლეიკოციტოზის პრევალენტობა მერყეობს 30%-დან 50%-მდე. იშვიათად, უფრო ახალგაზრდა (<40 წ), ჭარბი წონის მქონე მამაკაცებში, ვლინდება დივერტიკული დაავადების უფრო აგრესიული ფორმა.[16]

ეტიოლოგია

ითვლება, რომ დივერტიკულ დაავადებას მულტიფაქტორული ეტიოლოგია აქვს. გამომწვევ მიზეზებად სახელდება როგორც გენეტიკური, ასევე გარემო ფაქტორები, განსაკუთრებით ბოჭკოს შემცველი საკვების მცირე რაოდენობით მიღება, რაც ითვლება დაავადების განვითარების მთავარ ხელშემწყობ ფაქტორად განვითარებულ ქვეყნებში.[6] [17] [18]

სხვა ხელშემწყობი ფაქტორებია: დაბალი ფიზიკური აქტივობა, სიმსუქნე, წითელი ხორცის დიდი რაოდენობით მოხმარება, თამბაქოს მოწევა, ალკოჰოლის და კოფეინის ჭარბი მოხმარება, სტეროიდები და ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატები.[2] [19] [20] [21] [22]

სხვა შესაძლო ეტიოლოგიებია:

- ნაწლავის კედლის სტრუქტურის ცვლილებები (III ტიპის კოლაგენის ჭარბი სინთეზი, ელასტინის დეპონირება), ნაწლავის მოტორიკის დარღვევა და ნაწლავის ნეიროტრანსმიტერების დისფუნქცია (ქოლინ აცეტილტრანსფერაზას შემცირება, სეროტონინის ექსპრესიის გაძლიერება).[14] [23] [24]
- შემაერთებელქსოვილოვანი ანომალიები, როგორიცაა ელერს-დანლოს სინდრომი ან ჰერნიოზი, განიხილება იმ დაავადებებთან ერთად, როგორიცაა სეინტის ტრიადა (საყლაპავის ხვრელის თიაქარი, მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულოზი, ნალვლის ბუშტის კენჭები).[25] [26]
- დივერტიკულის ინფექცია შეიძლება გახდეს ანთების მიზეზი, რომელიც დივერტიკულიტს გამოიწვევს.
- მასპინძლის იმუნური პასუხის და მიკრობიომის დერეგულაცია, რამაც შესაძლოა ხელი შეუწყოს დივერტიკულოზის და დივერტიკულიტის განვითარებას.[27]

არ არსებობს იმ თეორიული ჰიპოთეზის მტკიცებულება, რომლის მიხედვითაც საკვებად მიღებული თესლები და თხილი გროვდება დივერტიკულუმში და იწვევს დივერტიკულიტის ეპიზოდს.

პათოფიზიოლოგია

ბოჭკოებით ღარიბი დიეტა ახანგრძლივებს ნაწლავში საკვების გადაადგილების დროს და ამცირებს განავლის მოცულობას, რაც ამცირებს სანათურისშიდა წნევას და ნაწლავის სეგმენტაციას, რაც თავისმხრივ ხელს უწყობს დივერტიკულის ჩამოყალიბებას.[28][29] თუმცა, ზუსტი მექანიზმი არ არის ცნობილი და ეს კონცეფცია ვერ ხსნის, თუ რატომ არის გავრცელებული მარჯვენამხრივი დაავადება აღმოსავლეთში. სიგმოიდური ნაწლავი ყველაზე ხშირად ზიანდება მცირე დიამეტრის გამო.

ნაწლავის დივერტიკული რეალურად "ფსევდოდივერტიკულაა" (შედგება ლორწოვანი და ლორწვევმა შრეებისგან) და ხშირად გვხვდება ნაწლავის მარყუქებს შორის, სადაც სავარაუდოდ სუსტი ადგილებია და ნაწლავის სისხლძარღვები შედიან ნაწლავის კედელში. ცირკულარული კუნთების გასქელება და ფასციის შემოკლება რეალური კუნთის ჰიპერტროფიის გარეშე გამოწვეულია ელასტინის ჭარბი დეპონირებით კუნთის უჭრედებსა და მსხვილი ნაწლავის ფასციაში. აზოტის ოქსიდი გავლენას ახდენს წრიული კუნთის ელასტიურობაზე და სავარაუდოდ იწვევს ნაწლავის კედლის სეგმენტაციას დივერტიკულოზის დროს.[30]

საკვების ჩაჭედილი ნაწილაკები ან განავლოვანი მასები შეიძლება ხელს უწყობდნენ ინფექციის განვითარებას, რასაც ემატება სანათურის შიდა წნევის მომატება და შეიძლება განვითარდეს ანთება, იშემია და დივერტიკულის კედლის ნეკროზი, რაც პერფორაციით რთულდება.

I ან მეტი დივერტიკულის მიკროპერფორაციამ შეიძლება გამოიწვიოს ლოკალიზებული ფლევმონის ჩამოყალიბება. ეს შეიძლება იყოს შემოსაზღვრული აბსცესი (I სტადია), შორეული აბსცესი (II სტადია), გენერალიზებული პერიტონიტი (III სტადია) ან თავისუფალი პერფორაცია და განავლოვანი პერიტონიტი (IV სტადია).[3]

კლასიფიკაცია

კლინიკური კლასიფიკაცია

ამჟამად არ არსებობს დივერტიკული დაავადების უნივერსალურად მიღებული კლინიკური კლასიფიკაცია. თუმცა, ხშირად გამოიყენება ჩამოთვლილი კლინიკური დაყოფა:[1] [2]

- უსიმპტომო დივერტიკულოზი: როგორც წესი, შემთხვევით ვლინდება კოლონოსკოპიით, ბარიუმის ოყნით ჩატარებული კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული კოლონოგრაფიით ან მუცლის და/ან მენჯის ღრუს კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული სკანირებით.
- სიმპტომური გართულებული დივერტიკული დაავადება: იგივე მტკივნეული დივერტიკული დაავადება; ხშირად ხასიათდება მუცლის მარცხენა ქვედა კვადრანტის ეპიზოდური, კოლიკის მსგავსი ტკივილით, რომელსაც ახლავს ან არ ახლავს სხვა არასპეციფიკური სიმპტომები, როგორიცაა შებერილობა, ყაბზობა ან დიარეა. სიმპტომები შეიძლება იყოს განმეორებითი.
- გართულებული დივერტიკული დაავადება: ყველაზე ხშირი გართულება მწვავე დივერტიკულიტი. სხვა გართულებებია: პემორაგია, აბსცესი, სეგმენტური კოლიტი, დივერტიკულის ფლევმონა, პერფორაცია, პერიტონიტი, ფისტულა, სტრიქტურა და ობსტრუქცია.

მწვავე დივერტიკულიტის სიმძიმის ხარისხი განისაზღვრება ჰინჩის კლასიფიკაციის გამოყენებით:[3]

- I სტადია: მცირე ზომის ან შემოსაზღვრული პერიკოლიკური ან მეგენტერული აბსცესი.
- II სტადია: დიდი ზომის პერიკოლიკური აბსცესი, ხშირად ვრცელდება მენჯის ღრუში.
- III სტადია: პერფორირებული დივერტიკულიტი, რომლის დროსაც პერიდივერტიკული აბსცესი განიცდის პერფორაციას და იწვევს ჩირქოვან პერიტონიტს.

- IV სტადია: პერფორირებული დივერტიკულიტი, რომლის დროსაც გვხვდება თავისუფალი პეროფრასია და ასოცირებულია განავლოვან პერიტონიტთან.

შემთხვევის ანამნეზი

შემთხვევის ანამნეზი #1

57 წლის ქალბატონს, რომელსაც ანამნეზში ჰიპერტენზია და ჰიპერქოლესტეროლეμία აქვს, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების განყოფილებაში ათავსებენ მუცლის ქვედა მარცხენა კვადრანტის პროგრესირებადი ტკივილის, გულისრევისა და ღებინების 24-საათიანი ჩივილების გამო. აღნიშნულ ეპიზოდამდე პაციენტს არ ჰქონია მნიშვნელოვანი გასტროინტესტინური პრობლემები, ზოგჯერ აწუხებდა მსუბუქი ყაბზობა და ზოგჯერ, მძიმე დისპეპსია საკვების მიღების შემდეგ. პაციენტი თვლის, რომ ცხელებაც აწუხებს, თუმცა ტემპერატურა არ გაუზომავს. ოჯახურ ანამნეზში არ გვხვდება გასტროინტესტინური დაავადებები.

შემთხვევის ანამნეზი #2

32 წლის მამაკაცს, რომელსაც სიმსუქნე აწუხებს და სხვა მხრივ ჯანმრთელია, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების განყოფილებაში აღენიშნება მუცლის მარჯვენა ქვედა ნაწილის მწვავე ტკივილი, რომელიც 2 საათის წინ დაიწყო. პაციენტს გადატანილი არ აქვს რაიმე მნიშვნელოვანი ავადმყოფობა. აწუხებს ხმამაღალი ხვრინვა, სავარაუდო აწუხებელი ძილის დროს და ჭარბი წონა.

სხვა გამოვლინებები

მარჯვენამხრივი დივერტიკული დაავადება უფრო ხშირია აზიელ მოსახლეობებში. მისი გამოვლინება ხშირად გავს მწვავე აპენდიციტს, მაგრამ ჩვეულებრივ, პაციენტები არ უჩივიან რაიმე პროდრომულ სიმპტომებს, როგორც მწვავე აპენდიციტის შემთხვევაში. დამახასიათებელი სიმპტომებია მწვავე აბდომინური ტკივილი ქვედა მარჯვენა კვადრანტში და მტკივნეულობა მაკბურნის წერტილის ლატერალურად. სიმპტომებს მიეკუთვნება ცხელება, გულისრევა და ღებინება. გართულებული მარჯვენამხრივი დივერტიკულიტის დროს, პაციენტებს შეიძლება ჰქონდეთ მტკივნეული პალპირებადი მასა მუცლის მარჯვენა ქვედა ნაწილში ან პერიტონიტის ნიშნები. დივერტიკული დაავადების დამახასიათებელი სიმპტომი ასევე შეიძლება იყოს სისხლდენა სწორი ნაწლავიდან.

პაციენტის ისტორია: მარჯვენამხრივი დივერტიკული დაავადება.

53 წლის ასლანი წარმოდგენილია სასწრაფო დახმარების განყოფილებაში 3 დღის განმავლობაში მუცლის მარჯვენა ქვედა ნაწილში მწვავე ტკივილის გამო. ის არ აღნიშნავს რაიმე პროდრომულ სიმპტომებს. გასინჯვისას მას აქვს ცხელება და მარჯვენამხრივი მუცლის ტკივილი მაკბურნის წერტილის ლატერალურად, ასევე ხველის დროს ტკივილი დადებითია.

პაციენტის ისტორია: სისხლმდენი დივერტიკული დაავადება

75 წლის მამაკაცი, რომელსაც ანამნეზში აქვს ჰიპერტენზიის და გულის იშემიური დაავადება, აღნიშნავს სწორი ნაწლავიდან სისხლდენის 2-დღიანი ისტორია. 1 კვირის წინ მას ჰქონდა შეკრულობა და მუცლის ქვედა მარცხენამხრივი ტკივილი. მას არ აქვს ცხელება, გულისრევა ან ღებინება, მაგრამ გრძნობს დაღლილობას და ლეთარგიას.

მიდგომა

დივერტიკულურ დაავადებაზე განსაკუთრებული ყუვი უნდა მივიტანოთ 40 წელს გადაცილებულ პირებში, რომელთაც აღენიშნებათ მუცლის მარცხენა ქვედა კვადრანტის ტკივილი და მტკივნეულობა, ცხელებით ან მის გარეშე. ატიპური გამოვლინებაა მუცლის ქვედა მარჯვენამხრივი ტკივილი, რომელიც ასოცირებულია მარჯვენამხრივ დივერტიკულოზთან და გვხვდება უფრო ახალგაზრდა, ჭარბწონიან პაციენტებში.

გასინჯვით მიღებული მონაცემები დამოკიდებულია დაავადების კლინიკურ ტიპსა და სიმძიმეზე. გართულებული დივერტიკულური დაავადების შემთხვევაში, განსაკუთრებით თუ ვლინდება დივერტიკულიტი და/ან აბსცესი, ვლინდება პერიტონიზმის ნიშნები (უკუცემითი ტკივილი, რიგიდობა) და შეიძლება პალპირებადი იყოს მტკივნეული წარმონაქმნი.

ყველა შემთხვევაში საჭიროა სისხლის საერთო ანალიზი ნეიტროფილიის ან ანემიის გამოსავლენად და ანთების მარკერების შემოწმება, მათ შორის ტესტირება C-რეაქტიულ ცილაზე.

სისხლის კულტურა უნდა გავითვალისწინოთ სისტემური სეფსისის ნიშნებისა და სიმპტომების მქონე პაციენტებში, მძიმედ ავადმყოფ პაციენტებში ან გართულებების არსებობისას (მაგ. პერფორაცია, ფისტულა, ფლევმონა).

მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია არის მწვავე დივერტიკულიტის და გართულებული დივერტიკულური დაავადების უპირატესი რადიოლოგიური გამოსაკვლევი მეთოდი, რომელმაც ღიძილად ჩაანაცვლა საკონტრასტო ნივთიერებით ოცნის გამოყენება.[42] [43] CT სკანირებით შეიძლება გამოვლინდეს ანთების ნიშნები, მათ შორის პერიკოლიკური ცხიმის ჩალაგება მწვავე დივერტიკულიტის დროს. ასევე შესაძლებელია გამოვრიცხოთ გართულებები, როგორია პერი და პარაკოლიკური აბსცესები და ფლევმონა.

რექტული სისხლდენის შემთხვევაში შეიძლება საჭირო გახდეს ადრეული კოლონოსკოპია ან დრეკადი სიგმოიდოსკოპია.

ასიმპტომური პაციენტები

უსიმპტომო დივერტიკულოზს ხშირად შემთხვევით აღმოაჩენენ, სკრინინგულ კოლონოსკოპიის ან ბარიუმიტ კვლევის დროს (სხვა ჩვენებით). უსიმპტომო პაციენტებში გასინჯვა და სისხლის ანალიზი ძირითადად ნორმაშია.

სიმპტომური, არამწვავე პაციენტები

სიმპტომური დივერტიკულური დაავადების მქონე პაციენტებს შეიძლება აღენიშნოთ მუცლის ქვედა მარცხენა კვადრანტის ტკივილი, ცხელება, შებერილობა, ყაბზობა და დიარეა.[29] გაურთულებელი სიმპტომური დაავადების შემთხვევაში, სისხლის ანალიზი ძირითადად ნორმაშია.

მწვავე მუცელი/ტკივილი

მწვავე დივერტიკულიტის მქონე პაციენტებში მტკივნეულობა, უკუცემითი ტკივილი და გარდინგი შეიძლება აღინიშნოს მუცლის ქვედა მარცხენა კვადრანტში. თავისუფალი პერფორაციისა და გენერალიზებული პერიტონიტის შემთხვევაში ვლინდება მუცლის დიფუზური მტკივნეულობა. აბსცესის წარმოქმნის შემთხვევაში შეიძლება პალპირებადი იყოს წარმონაქმნი. დამხმარე ნიშანია მენჯის მტკივნეულობა (სწორი ნაწლავის თითოთ გასინჯვისას).

მწვავე დივერტიკულიტის დროს სისხლის საერთო ანალიზი ლეიკოციტური ფორმულით ავლენს პოლიმორფონუკლუარ ლეიკოციტოზს. როდესაც ლეიკოციტოზი ვლინდება ხანდაზმულ პაციენტებში, რომელთაც დივერტიკულოზის ანამნეზი აქვთ, დიაგნოზი სავარაუდოდ მწვავე დივერტიკულიტი იქნება.

მარჯვენამხრივი დივერტიკულიტი შესაძლოა გავდეს მწვავე აპენდიციტს, მაგრამ პაციენტებში, ნაკლებად სავარაუდოა, რომ აღწერონ აპენდიციტის პროდრომული სიმპტომები.[44]

რადიოლოგიური კვლევები მწვავე მუცლის/ტკივილის დროს

მწვავე დივერტიკულიტის შესაძლო შემთხვევებში კტ სკანირება უპირატესი დიაგნოსტიკური მეთოდია კლინიკური ეჭვის დასადასტურებლად და დივერტიკულიტის გართულებების გამოსარიცხად.[42] [43] [45] ექიმთა ამერიკული კოლეჯი (ACP) რეკომენდაციას უწევს მუცლის ღრუს CT სკანირებას პაციენტებთან, ვისთანაც არის ეჭვი მსხვილი ნაწლავის მწვავე მარცხენამხრივ დივერტიკულიტზე და დიაგნოსტიკური გაურკვევლობაა.[46] თუმცა, ამერიკის გასტროენტეროლოგიური ასოციაცია (AGA) მუცლის ღრუს რუტინულ CT კვლევას რეკომენდაციას მხოლოდ იმ პაციენტებთან უწევს, რომლებსაც რადიოლოგიური გამოსახულებით დადასტურებული მწვავე დივერტიკულიტის დიაგნოზი არასდროს ჰქონიათ.[43]

იმ შემთხვევაში, თუ კტ სკანირება ვერ ტარდება, ალტერნატივას წარმოადგენს მუცლის ულტრაბგერა ან ერთჯერადი საკონტრასტო ოცნა. კიდევ ერთი ვარიანტია მუცლის რენტგენი, რომელზეც შეიძლება გამოვლინდეს პნევმოპერიტონიუმი, ილუესი და სიმკვრივეები რბილ ქსოვილებში. მუცლისა და გულმკერდის რენტგენი გამოსადეგია მწვავე მუცლის მსგავსი სხვა მდგომარეობების გამოსარიცხად, რადგანაც ნაწლავის პერფორაციის შემთხვევაში რენტგენზე გამოჩნდება თავისუფალი ჰაერი მუცელში.

შეზღუდული დრეკადი სიგმოიდოსკოპია ჰაერის შეყვანის გარეშე დაგვეხმარება პერფორირებული რექტოსიგმოიდური კარცინომის გამოვლენაში, რომელიც მწვავე დივერტიკულიტს წააგავს. დრეკადი სიგმოიდოსკოპია ან კოლონოსკოპია შეიძლება განვიხილოთ როცა დივერტიკულიტის დაავადების დიაგნოზი ნათელი არ არის ან ეჭვია კიბოზე ან ნაწლავის იშემიაზე. ამ ენდოსკოპიური პროცედურების დროს დიდი სიფრთხილეა საჭირო პერფორაციის თავიდან ასაცილებლად.

მსხვილი ნაწლავის მარცხენამხრივი დივერტიკულიტის გართულებული ეპიზოდის შემდეგ ACP რეკომენდაციას უწევს პაციენტების რეფერალს კოლონოსკოპიაზე, თუ ამ პაციენტებს კოლონოსკოპია არ ჩატარებიათ. ეს საჭიროა კოლორექტული კიბოს ან მსხვილი ნაწლავის შორსნასული ნეოპლაზიის გამოსარიცხად, თუ დიაგნოსტიკური გაურკვევლობაა.[47] თუმცა, AGA კოლონოსკოპიას რეკომენდაციას უწევს გართულებული დივერტიკულიტის ეპიზოდის შემდეგ და გაურთულებელი დივერტიკულიტის პირველი ეპიზოდის შემდეგ. AGA თვლის, რომ კოლონოსკოპია შეიძლება გადაიდოს, თუ მაღალი ხარისხის კოლონოსკოპია ბოლო პერიოდში (1 წლის განმავლობაში) ჩატარებულია.[43]

მწვავე სისხლდენა

დივერტიკულიტის სისხლდენა, როგორც წესი, უეცრად იწყება, უმტკივნეულოა და წარმოადგენს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ქვედა ნაწილის პროფუზულ, არტერიულ სისხლდენას. დივერტიკულიტის დაავადება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ქვედა განყოფილებების სისხლდენის ყველაზე ხშირი მიზეზია ხანდაზმულ პაციენტებში და, როგორც წესი, გამომწვეულია მარჯვენამხრივი დივერტიკულების სისხლდენით, განსაკუთრებით აზიელ პაციენტებში.[40]

კოლონოსკოპია შეიძლება გამოყენებულ იქნას ზუსტი დიაგნოსტიკისთვის მწვავე სისხლდენის დროს.[40] [48] თუ სისხლდენა იმდენად პროფუზულია, რომ შეუძლებელია მისი კოლონოსკოპიით იდენტიფიცირება, განხილულ უნდა იქნას CT ანგიოგრაფია.[40]

დიაგნოსტიკური ლაპაროსკოპია

თუ პირველადი დიაგნოზი კვლავ უცნობია, ტარდება დიაგნოსტიკური ლაპაროსკოპია, რომელმაც შესაძლოა თერაპიული მიდგომის საშუალებაც მოგვცეს.

მიმოხილვითი ლაპაროტომია

თ დიაგნოზი გაურკვეველია, შესაძლოა აუცილებელი იყოს მიმოხილვითი ლაპაროტომია.

ანამნეზი და გასინჯვა

ძირითადი დიაგნოსტიკური ფაქტორები

რისკ-ფაქტორების არსებობა (ხშირი)

- რისკფაქტორებია საკვები ბოჭკოს დაბალი რაოდენობით მიღება და ასაკი > 50 წელი.

მუცლის მარცხენა ქვედა კვადრანტის ტკივილი (ხშირი)

- შეიძლება იყოს მსუბუქი გაურთულებელი დივერტიკული დაავადების შემთხვევაში.
- გვხვდება მწვავე დივერტიკულიტის მქონე პაციენტების დაახლოებით 70%-თან.^[29]

ლეიკოციტოზი (ხშირი)

- მწვავე დივერტიკულიტის კარგი ჩვენებაა, როდესაც ასაკოვან პაციენტებში აღინიშნება დივერტიკულოზის ისტორია.

ცხელება (ხშირი)

- დივერტიკულიტის ეპიზოდს ხშირად ახლავს სუბფებრილური ცხელება.

სწორი ნაწლავიდან სისხლდენა (იშვიათი)

- ძირითადად უეცარი, უმტკივნეულო, პროფუზული, არტერიული სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ქვედა ნაწილიდან; მწვავე დივერტიკული დაავადების გართულება.

სხვა დიაგნოსტიკური ფაქტორები

გარდინგი (მუცლის დაცვითი რეფლექსი) მარცხენა ქვედა კვადრანტში (ხშირი)

- მწვავე დივერტიკულიტის შემთხვევაში.

მტკივნეულობა მარცხენა ქვედა კვადრანტში (ხშირი)

- მწვავე დივერტიკულიტის შემთხვევაში.

შებერილობა (ხშირი)

- მუცლის შებერვა ხშირად აწუხებთ დივერტიკული დაავადების მქონე პაციენტებს.

შეკრულობა (ხშირი)

- დივერტიკული დაავადების მქონე პაციენტებს ხშირად აწუხებთ ყაბზობის პერიოდები, რომლებიც დიარეის პერიოდებს ანაცვლებენ.

მენჯის მტკივნეულობა რექტული გასინჯვისას (ხშირი)

- შეიძლება გამოვლინდეს, განსაკუთრებით მწვავე დივერტიკულიტის დროს.

მუცლის დიფუზური მტკივნეულობა (იშვიათი)

- თავისუფალი პერფორაციისა და გენერალიზებული პერიტონიტის შემთხვევაში.

ღიარება (იშვიათი)

- დივერტიკული დაავადების მქონე პაციენტებს ხშირად აწუხებთ ღიარების პერიოდები, რომლებიც ყაბზობის პერიოდებს ანაცვლებენ.

პალპირებადი წარმონაქმნი მუცელში (იშვიათი)

- შეიძლება მიუთითებდეს აბსცესზე.

რისკფაქტორები

ძლიერი**ბოჭკოს ნაკლებობა დიეტაში**

- მტკიცებულება მეტწილად ობსერვაციულ კვლევებს ეფუძნება.[31] [32] [33] ბოჭკოს დაბალი რაოდენობით მიღება იწვევს განავლის წონის შემცირებას და ნაწლავებში ახანგრძლივებს მის გადაადგილებას, რაც, თავის მხრივ, განაპირობებს სეგმენტური წნევის გაძლიერებას მსხვილ ნაწლავში და დივერტიკულის ჩამოყალიბებას.[28] [29]

ასაკი >50 წელი

- ყველაზე ძლიერი რისკფაქტორია. დივერტიკული დაავადების ინციდენტობა იმატებს ხანდაზმულებში. დაავადება ძალზე იშვიათია ბავშვებში.[4] ეს შეიძლება აიხსნას ნაწლავის კედლების მექანიკური ძალის დაქვეითებით. კოლაგენის სტრუქტურული ცვლილებები შეიძლება დაკავშირებული იყოს ნაწლავის კედლის სიძლიერის ასაკობრივ კლებასთან.[34]

სუსტი**საკვები რაციონი, რომელიც მდიდარია მარილით, ხორციით და შაქრით**

- დივერტიკულოზის ინციდენტობის მატებასთან ასოცირებულია მარილით, ხორციითა და შაქრით მდიდარი კვების რაციონი. ასეთი ტიპის კვების რაციონი იწვევს განავლის წონის შემცირებას და ნაწლავებში ახანგრძლივებს მის გადაადგილებას, რაც, თავის მხრივ, განაპირობებს სეგმენტური წნევის გაძლიერებას მსხვილ ნაწლავში და დივერტიკულის ჩამოყალიბებას.[28] [29]

სიმსუქნე (BMI > 30)

- სიმსუქნე წინაგანმწყობი ფაქტორია.[19]
- სხეულის მასის ინდექსის ზომიერმა მატებამ შესაძლოა გაზარდოს დივერტიკული დაავადების და მისი გართულებების რისკი.[20] პერფორაციები და მორეციდივე დივერტიკულიტები უფრო ხშირია 30-ზე მეტი BMI-ის მქონე ადამიანებში და მათ აქვთ დივერტიკული სისხლდენის გაზრდილი რისკი.[35] [36]

ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებას(NSAID)

- ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატების გამოყენებასა და მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულის პერფორაციას შორის არსებობს ძლიერი კავშირი.[37] NSAID-ები ასევე ასოცირებულია დივერტიკულურ სისხლდენასთან.[38] [39] [40]

კვლევები

1-ლად შესაკვეთი ტესტები

ტესტი	შედეგი
სისხლის საერთო ანალიზი • პოლიმორფონუკლეური ლეიკოციტოზი გვხვდება მწვავე დივერტიკულიტის დროს.[49] როდესაც ლეიკოციტოზი ვლინდება ხანდაზმულ პაციენტებში, რომელთაც ანამნეზში დივერტიკულოზი აქვთ, დიაგნოზი სავარაუდოდ მწვავე დივერტიკულიტი იქნება. სისხლის საერთო ანალიზის შედეგები უნდა განიხილებოდეს დივერტიკულიტზე ეჭვის გაჩენისთანავე.	პოლიმორფონუკლეური ლეიკოციტოზი
CRP • ანთების გამოსადეგი ბიომარკერი.[50] როდესაც პაციენტის C რეაქტიული ცილა არის ≥ 170 მგ/ლ, იმატებს ქირურგიული ჩარევის ან პერკუტანული ინტერვენციის საჭიროების ალბათობა.[51]	მომატებულია

სხვა გასათვალისწინებელი ტესტები

ტესტი	შედეგი
მუცლის ღრუს კტ სკანირება - უპირატესი რადიოლოგიური დიაგნოსტიკური მეთოდი, რომლის მეშვეობითაც დასტურდება მწვავე დივერტიკულიტის ან გართულებული დივერტიკული დაავადების საეჭვო შემთხვევა.[42] [43] [52] ექიმთა ამერიკული კოლეჯი რეკომენდაციას უწევს მუცლის ღრუს CT სკანირებას პაციენტებთან, ვისთანაც არის მსხვილი ნაწლავის მწვავე მარცხენამხრივ დივერტიკულიტზე ეჭვი და დიაგნოსტიკური გაურკვევლობა.[46] თუმცა, ამერიკის გასტროენტეროლოგიური ასოციაცია მუცლის ღრუს რუტინულ CT კვლევას რეკომენდაციას უწევს მხოლოდ იმ პაციენტებთან, რომლებსაც მწვავე დივერტიკულიტის რადიოლოგიური გამოსახულებით დადასტურებული დიაგნოზი არასდროს ჰქონიათ.[43] - იდეალურ შემთხვევაში, CT კვლევა ინტრავენური კონტრასტით უნდა ჩატარდეს.[42] [43] [52] დაგვეხმარება განვსაზღვროთ მედიკამენტური და ქირურგიული მკურნალობის საჭიროება. ასევე დგინდება ჰოსპიტალიზაციის საკითხი.[42] დაგვეხმარება მწვავე დივერტიკულიტის გართულებების გამოსარიცხად.[2] [42]	ნაწლავის კედლის გასქელება, წარმონაქმნი, აბსცესი, ხაზოვანი მეზენტერული ცხიმო; შეიძლება გამოვლინდეს აირი შარდის ბუშტში (ფისტულა)
სისხლის კულტურა უნდა გავითვალისწინოთ სისტემური სეფსისის ნიშნებისა და სიმპტომების მქონე პაციენტებში, მძიმედ ავადმყოფ პაციენტებში ან გართულებების არსებობისას (მაგ. პერფორაცია, ფისტულა, ფლევმონა).	ძირითადად ითვლება გრამუარყოფითი ჩხირები და ანაერობული ბაქტერია; ნიმუში აიღეთ ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყებამდე
მუცლის ღრუს რენტგენოგრაფია განიხილება მწვავე დივერტიკულიტზე ეჭვის შემთხვევაში.	პნევმოპერიტონეუმი, ილუესი, სიმკვრივე რბილ ქსოვილებში; თავისუფალი ჰაერი ნაწლავის პერფორაციის დროს
მუცლის ულტრაბგერა (კომპრესიის მეთოდით) განსახილველია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ კომპიუტერული ტომოგრაფია ვერ ტარდება. ულტრაბგერითი კვლევით შეიძლება გამოგვჩვენოს გართულებული დივერტიკულიტი.[45]	აბსცესის, პერფორაციის, ობსტრუქციის ნიშნები
მუცლის MRI გამოიყენება მწვავე გართულებული დივერტიკულიტის საეჭვო შემთხვევის კვლევის მიზნით, როდესაც კომპიუტერული ტომოგრაფია ვერ ტარდება.[42] [45] [52]	დივერტიკულის, მსხვილი ნაწლავის შესქელების, პერიკოლიკური ცხიმოვანი ინფილტრაციის და აბსცესის არსებობა
გულმკერდის რენტგენი გამოიყენება შესაძლო პნევმოპერიტონეუმის შესაფასებლად ადამიანებში, რომლებშიც ეჭვი გვაქვს პერფორაციის არსებობაზე.	ნორამლური ან თავისუფალი ჰაერი დიაფრაგმის ქვეშ პერფორაციის შემთხვევაში
საკონტრასტო ოყნა გამოიყენება მწვავე დივერტიკულიტის დროს, თავდაპირველი მწვავე სიმპტომების ალავების შემდეგ დიაგნოზის დასადასტურებლად. სტანდარტულ ბარიუმთან შედარებით უპირატესია წყალში ხსნადი საკონტრასტო ოყნა.	დივერტიკულები, აბსცესი, პერფორაცია, ობსტრუქცია, ფისტულა

ტესტი	შედეგი
კოლონოსკოპია - გამოიყენება როცა დივერტიკული დაავადების დიაგნოზი ნათელი არ არის და ეჭვია კიბოზე ან ნაწლავის იშემიაზე. შეიძლება გამოვიყენოთ მწვავე სისხლდენის დროს სადიაგნოსტიკოდ.[40] - ეჭიმთა ამერიკული კოლეჯი რეკომენდაციას უწევს პაციენტების კოლონოსკოპიაზე რეფერალს მსხვილი ნაწლავის მარცხენამხრივი დივერტიკულიტის გართულებული ეპიზოდის შემდეგ, თუ ამ პაციენტებს ბოლო პერიოდში კოლონოსკოპია არ ჩატარებიათ. ეს საჭიროა კოლორექტული კიბოს ან მსხვილი ნაწლავის შორსნასული ნეოპლაზიის გამოსარიცხად, თუ დიაგნოსტიკური გაურკვევლობაა.[47] თუმცა, ამერიკის გასტროენტეროლოგიური ასოციაცია რეკომენდაციას უწევს კოლონოსკოპიას გართულებული დივერტიკულიტის ეპიზოდის შემდეგ და გაურთულებული დივერტიკულიტის პირველი ეპიზოდის შემდეგ. AGA თვლის, რომ კოლონოსკოპია შეიძლება გადაიდოს, თუ მაღალი ხარისხის კოლონოსკოპია ბოლო პერიოდში (1 წლის განმავლობაში) ჩატარებულია.[43] პროცედურის დროს დიდი სიფრთხილვა საჭიროა პერფორაციის თავიდან ასაცილებლად.	ცალკეული, მრავლობითი ან გაფანტული დივერტიკულები, ლორწოვანის მწვავე ანთებით ან მის გარეშე; მწვავე სისხლდენის დროს შეიძლება გამოვლინდეს სევმენტური სისხლდენის წყარო ან სისხლდენის პროქსიმული საზღვარი; შეიძლება გამოვლინდეს ლორწოვანის თანმხლები პათოლოგია, როგორიცაა იშემია, ნაწლავის ანთებითი დაავადება და სიმსივნე
სიგმოიდოსკოპია გამოიყენება როცა დივერტიკული დაავადების დიაგნოზი ნათელი არ არის და ეჭვია კიბოზე ან ნაწლავის იშემიაზე. შეზღუდული დრეკადი სიგმოიდოსკოპია ჰაერის შეყვანის გარეშე დაგვეხმარება პერფორირებული რექტოსიგმოიდური კარცინომის გამოვლენაში, რომელიც მწვავე დივერტიკულიტს წააგავს. შეიძლება გამოვიყენოთ სწორი დიაგნოსტიკისთვის მწვავე სისხლდენის. პროცედურის დროს დიდი სიფრთხილვა საჭიროა პერფორაციის თავიდან ასაცილებლად.	ლორწოვანის პათოლოგია, როგორიცაა იშემია, ნაწლავის ანთებითი დაავადება და სიმსივნე
ანგიოგრაფია გამოიყენება მწვავე სისხლდენის დროს.[40] განიხილება, თუ სისხლდენა იმდენად პროფუზულია, რომ კოლონოსკოპიით შეუძლებელია მისი იდენტიფიცირება.	დგინდება სისხლდენის ეტიოლოგია
დიაგნოსტიკური ლაპაროსკოპია/მიმოხილვითი ლაპაროტომია განიხილება თუ პირველადი დიაგნოზი უცნობია.	დივერტიკულები, აბსცესი, პერფორაცია, ობსტრუქცია, ფისტულა

დიფერენციული დიაგნოზები

დაავადება/ მდგომარეობა	განმასხვავებელი ნიშნები/ სიმპტომები	მადიფერენცირებელი ტესტები
ენდომეტრიოზი	• ღრმა, ქრონიკული ტკივილი მენჯის არეში; ტკივილი სქესობრივი კონტაქტის შემდეგ; მტკივნეული მენსტრუალური სისხლდენა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ცხოვრების ხარისხზე; ნაწლავების ციკლურად შეცვლილი მოქმედება მენსტრუალური სისხლდენის დროს; უნაყოფოება.	• ტრანსვაგინალური ულტრაბგერით კვლევა, ტრანსაბდომინალური ექოსკოპია ან მენჯის მრტ. შესაძლოა სადიაგნოსტიკო ლაპარასკოპია იყოს საჭირო საეჭვო შემთხვევებში, როდესაც სხვა ტესტების შედეგები ნორმალურია.
კოლორექტული სიმსივნე	• ანამნეზში ნაწლავების მოქმედების შეცვლა, ანემია, პოლიპები მსხვილ ნაწლავში და დადებითი ოჯახური ანამნეზი, რაც კოლორექტული კიბოზე მიუთითებს.	• CT სკანირებით ვლინდება კარცინომის ნიშნები: წარმონაქმნი, სტრუქტურა და ობსტრუქცია. • ანემია ხშირია ნაწლავური კიბოს დროს, ხოლო პოლიმორფონუკლეური ლეიკოციტოზი გვხვდება მწვავე დივერტიკულიტის დროს.[49]
აპენდიციტი	• მწვავე აპენდიციტის მქონე პაციენტები მეტწილად უფრო ახალგაზრდები არიან, ვიდრე მწვავე დივერტიკულიტის მქონე პაციენტები. პროდრომული სიმპტომების არსებობა. • აპენდიციტის დროს ტკივილი გვხვდება მუცლის მარჯვენა ქვედა კვადრანტში, ხოლო დივერტიკულიტის დროს - მარცხენა ქვედა კვადრანტში. გამონაკლისს წარმოადგენს უფრო იშვიათი, მარჯვენამხრივი დივერტიკულიტი.	• კომპიუტერულ-ტომოგრაფიულმა სკანირებამ შესაძლოა გამოავლინოს მწვავე აპენდიციტისთვის დამახასიათებელი ცვლილებები: მაგ, >6 მმ დიამეტრის ჭია ნაწლავი, რომელსაც ირგვლივ ახლავს ანთება.
წყლულოვანი კოლიტი	• ძირითადად ვლინდება უფრო ახალგაზრდებში, მაგრამ იზიციდენტობა ისევ მატულობს 70 წლის ასაკისთვის.[53] • წყლულოვანი კოლიტი უფრო ხშირად გვხვდება თეთრკანიან ადამიანებში, რომლებსაც წყლულოვანი	• მწვავე წყლულოვანი კოლიტის შემთხვევაში შეზღუდული დრეკადი სიგმოიდოსკოპია ადრეულ სტადიაზე ავლენს დიფუზურ ანთებას და დაწყულებას.[55] შემდგომში ტარდება კოლონოსკოპია და ბიოფსია. წყლულოვანი

დაავადება/ მდგომარეობა	განმასხვავებელი ნიშნები/ სიმპტომები	მადიფერენცირებელი ტესტები
	კოლიტი აღენიშნებათ ოჯახურ ანამნეზში.[53] [54]	კოლიტის შემთხვევათა >65%-ში გვხვდება ანტინეიტროფილური ციტოპლაზმური ანტისხეულები.
კრონის დაავადება	- ძირითადად ვლინდება უფრო ახალგაზრდებში, მაგრამ ინციდენტობა ისევ მატულობს 70 წლის ასაკისთვის.[53] - კრონის დაავადება უფრო ხშირად გვხვდება თეთრკანიან ადამიანებში, რომლებსაც კრონის დაავადება აღენიშნებათ ოჯახურ ანამნეზში.[53] [54]	Saccharomyces cerevisiae- ის ანტისხეულები სისხლის ანტისხეულების ანალიზის დროს შესაძლოა კრონის დაავადებაზე მიუთითებდეს; შემდგომში ტარდება კოლონოსკოპია და ბიოფსია.
საშარდე გზების ინფექცია (UTI)	ხშირი შარდვა და შარდვის უცარი მოთხოვნილება. თან ახლავს მწველი ტკივილი, ღიზურია და ტკივილი მუცლის ქვედა არეში.	შარდის ანალიზი საშარდე გზების ინფექციის დროს ავლენს ლეიკოციტების მომატებულ რაოდენობას, ბაქტერიებს ან ნიტრიტების არსებობას.
პიელონეფრიტი	ცხელება, ჟრჟოლა, ლეიკოციტოზი, ფერდქვემა ტკივილი და თირკმლის მტკივნეულობა.	შარდის ანალიზი პიელონეფრიტის დროს ავლენს ლეიკოციტების მომატებულ რაოდენობას, ბაქტერიებს ან ნიტრიტების არსებობას.
იშემიური კოლიტი	უმეტესად გვხვდება ხანდაზმულებში, რომელთაც აღენიშნებათ გენერალიზებული ათეროსკლეროზი და ვლინდება მუცლის ტკივილითა და სწორი ნაწლავიდან სისხლდენით.	- მუცლის რენტგენზე შეიძლება გამოვლინდეს ნაწლავის კედლის შეშუპება და წერტილოვანი წყლულები მარჯვენა ნაწლავში იშემიური კოლიტის ფონზე. - იშემიური კოლიტის დროს CT სკანირება უფრო დეტალურად ავლენს მსგავს ცვლილებებს. დიაგნოზს ადასტურებს ანგიოგრაფია. - შეზღუდული დრეკადი სიგმოიდოსკოპია ჰაერით გაბერვის გარეშე შეიძლება დაგვეხმაროს იშემიური ლორწოვანის გამოსავლენად.
მენჯის ანთებითი დაავადება	გამონადენი შარდსადინრიდან/ საშოდან, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციის მტკიცებულება;	პირდაპირი მიკროსკოპიით, კულტურით ან სხვა ტესტებით მიკროორგანიზმების

დაავადება/ მდგომარეობა	განმასხვავებელი ნიშნები/ სიმპტომები	მადიფერენცირებელი ტესტები
	საშვილოსნოს ყელის გამოძრავებისას ტკივილი.	იზოლირება შარდსადინრის/ საშოს ნაცხებიდან.
ნაწლავების გაღიზიანების სინდრომი	ძირითადად გვხვდება ახალგაზრდა პაციენტებში, რომელთაც რომის IV კრიტერიუმები აღენიშნებათ და სისტემური ავადმყოფობის ნიშნები არ აქვთ.[56]	ლაბორატორიული და რადიოლოგიური კვლევები ნორმაშია.

მიდგომა

უსიმპტომო დივერტიკულოზი

უსიმპტომო დივერტიკულოზი, რომელიც შემთხვევით დგინდება, არ საჭიროებს მკურნალობას. არსებობს მტკიცებულებები, რომ ამ პაციენტებში შეიძლება სასარგებლო აღმოჩნდეს საკვებით მეტი ბოჭკოს მიღება, მათ შორის ხილისა და ბოსტნეულის, რაც ამცირებს სიმპტომური დივერტიკულიტის განვითარების რისკს.[33] [41] [57] არ არის საჭირო, რომ პაციენტები მოერიდონ თესლების, თხილეულის, პოპკორნის ან ხილის ქერქის მირთმევას. საკვებში ბოჭკოს მიღების გაზრდამ შესაძლოა ეტაპობრივად შეამციროს შებერილობა.[52] პაციენტებს უნდა ვურჩიოთ შეწყვიტონ მოწევა და დაიკლონ წონა, თუ აქვთ ჭარბწონიანობა ან სიმსუქნე.[45] [52]

სიმპტომური დივერტიკული დაავადება

მსუბუქი სიმპტომების მქონე პაციენტებში (მაგ. მორეციდივე ტკივილი მარცხენა ქვედა კვადრანტში, შებერილობა, ყაბზობა), მკურნალობა გულისხმობს დიეტის მოდიფიკაციას, განსაკუთრებით ბოჭკოვანი დანამატების გაზრდას რამდენიმე კვირის განმავლობაში და ჰიდრატაციის გაძლიერებას.[52] [57] [58]

თუ არსებობს ინფექციის მტკიცებულება და/ან არსებობს ეჭვია ჭარბ ბაქტერიულ ზრდაზე, ხშირად ინიშნება ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები, რომლებიც ფარავენ როგორც გრამ-დადებით, ასევე გრამ-უარყოფით და ანაერობულ ბაქტერიებს; თუმცა, არსებობს ფსევდომემბრანული კოლიტის რისკი.[59]

სიმპტომური დივერტიკულიტი (გაურთულებელი)

სიმპტომური დივერტიკულიტის მკურნალობის ძირითადი მიზნებია ინფექციის აღმოფხვრა, ტკივილის გაყუჩება და გართულებების პრევენცია.

გაურთულებელი დივერტიკულიტის მქონე პაციენტებს არ აღენიშნებათ მწვავე მუცლის რაიმე სიმპტომი (ე.ი. მძიმე მწვავე ტკივილი მუცლის არეში, მუცლის მტკივნეულობა დეფანსით ან მის გარეშე, რაც პერიტონიზმზე მიუთითებს, მუცლის შებერილობა).

ტიპურ შემთხვევებში, იზლდება ისეთი საკვები, რომელიც ააქტიურებს ნაწლავს და არ შეიცავს ბოჭკოებსა და მოუნელებელ მასალას, რის გამოც რჩება მინიმალური ნარჩენი ნივთიერებები მონელებისა და აბსორბირების შემდეგ (მაგ. რაფინირებული პური, ბურლულეული, თეთრი ბრინჯი, ბოსტნეულისა და ხილის წვენი ნარჩენების გარეშე, რძის პროდუქტები). ის მცირე რაოდენობით შეიცავს ბოჭკოებს და მოუნელებელ ნივთიერებებს.

თუ პაციენტს აღენიშნება მუცლის ტკივილი, ცხელება და ლეიკოციტოზი, ხოლო კტ სკანირებით გამოირიცხება გართულებები, ინიშნება პერორალური ანტიბიოტიკები და შესაძლებელია უსაფრთხოდ მკურნალობა ბინაზე.[60] [61] ანტიბიოტიკები, ჩვეულებრივ, 7-10 დღის განმავლობაში გამოიყენება.[59] [62] ჯანდაცვისა და სამედიცინო დახმარების ეროვნული ინსტიტუტების რეკომენდაციაა ანტიბიოტიკების 5-დღიანი კურსი სანყის ეტაპზე, რომელიც კლინიკური შეფასების საფუძველზე შეიძლება გახანგრძლივდეს.[52]

თუ ცხელება და ლეიკოციტოზი 72 საათს პერსისტირებს ან ვლინდება მწვავე დივერტიკულიტის ან მწვავე მუცლის სიმპტომები, საჭიროა პაციენტის ჰოსპიტალიზება და ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპია მდგომარეობის გაუმჯობესებამდე.[59] რეკომენდებულია ნაწლავის განტვირთვა დაბალნარჩენიანი დიეტით.

ზოგიერთი მკვლევარის მოსაზრებით, დივერტიკულიტი შეიძლება იყოს ანთებითი და არა ინფექციური დაავადება და ისინი კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებენ ანტიბიოტიკების საჭიროებას გაურთულებელი

დივერტიკულიტის დროს. კვლევების მეტა-ანალიზმა, რომლითაც ანტიბიოტიკებით მკურნალობა ანტიბიოტიკების გარეშე მკურნალობას შედარდა, აჩვენა, რომ გაურთულებელი დივერტიკულიტის მკურნალობა და მონიტორინგი ანტიბიოტიკებით ან მის გარეშე უსაფრთხო და ეფექტურია და რომ ქირურგიული ჩარევის საჭიროების პირველადი შედეგის თვალსაზრისით ობზერვაციული მართვა ანტიბიოტიკოთერაპიისაგან სტატისტიკურად არ განსხვავდებოდა.[63] [64] [65] კვლევების სისტემურმა მიმოხილვამ, რომლითაც გაურთულებელი დივერტიკულიტის მქონე პაციენტებთან ანტიბიოტიკებით მკურნალობა ანტიბიოტიკების გარეშე მკურნალობასთან შედარდა უშედეგო მკურნალობის, გეგმიური ქირურგიული ჩარევის, რეციდივის და მკურნალობის შემდგომი გართულებების რისკის თვალსაზრისით განსხვავება არ გამოვლინდა.[66] 5 რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევის შემზღუდულ მონაცემებზე დაყრდნობით ჩატარებული კოხრენის თანმიმდევრული მიმოხილვის შედეგად გამოვლინდა, რომ გაურთულებელი დივერტიკულიტის დროს ანტიბიოტიკების ეფექტი გაურკვეველია გართულებების (აღრეული და გრძელვადიანი), გადაუდებელი ქირურგიული ჩარევის, რეციდივის და მსხვილი ნაწლავის გეგმიური რეზექციის შემთხვევაში.[67]

გაერთიანებული სამეფოს ჯანდაცვის და სამედიცინო დახმარების დახელოვნების ეროვნული ინსტიტუტის (NICE), ამერიკის გასტროენტეროლოგიური ასოციაციის (AGA), მსხვილი ნაწლავისა და რექტალური ქირურგიების ამერიკული საზოგადოების (ASCRS), ექიმთა ამერიკული კოლეჯის (ACP) და გადაუდებელი ქირურგიული დახმარების მსოფლიო საზოგადოების (WSES) გაიდლაინების მიხედვით მწვავე გაურთულებელი დივერტიკულიტის მქონე პაციენტებთან, რომლებიც სისტემურად კარგად არიან და სხვაგვარად ჯანმრთელები არიან, ანტიბიოტიკები შერჩევითად და არა რუტინულად უნდა იქნას გამოყენებული.[43] [45] [46] [50] [52] [68]

ანტიბიოტიკოთერაპია უნდა დაიწყოს მაღალი რისკის პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ სისტემური ავადმყოფობის ნიშნები, მნიშვნელოვანი თანმხლები დაავადებები ან იმუნოსუპრესია.[45] [50] [52]

მწვავე მარჯვენამხრივი კოლიტის დივერტიკულიტის მართვა იმავე პრინციპებს მიჰყვება, რასაც მარცხენა მხრივი დაავადების მართვა.[50]

AGA რეკომენდაციას უწევს კოლონოსკოპიის გაურთულებელი დივერტიკულიტის ეპიზოდის შემდეგ, რათა გამოირიცხოს ავთვისებიანი სიმსივნე (რომელიც შეიძლება არასწორად იყოს დიაგნოზირებული როგორც დივერტიკულიტი). AGA აცხადებს, რომ კოლონოსკოპია შეიძლება გადაიდოს, თუ მაღალი ხარისხის კოლონოსკოპია ჩატარებულია ბოლო პერიოდში (1 წლის განმავლობაში).[43]

სიმპტომური დივერტიკულიტი (გართულებული)

დამატებით გამოკვლევებსა და მკურნალობას მოითხოვს გართულებები, როგორიცაა სისხლდენა, აბსცესი, ობსტრუქცია, პერფორაცია და ფისტულა. გართულებების შემთხვევაში საჭიროა ქირურგთან კონსულტაცია.

სისხლდენის საწყისი მკურნალობა მოცულობის დაქვეითების ან შოკის დროს არის ჰემოდინამიკური სტაბილობის შენარჩუნება სითხეების ინფუზიით და სისხლის გადასხმით. კოლონოსკოპია შეიძლება გამოვიყენოთ სწორი დიაგნოსტიკისა და ენდოსკოპური ჰემოსტაზისთვის, რაც შესაძლებელია პაციენტების უმეტესობაში.[40] ეს სარწმუნოდ ამცირებს ქირურგიული ჩარევის საჭიროებას; თუმცა, მისი მნიშვნელობა შემდგომი სისხლდენის პრევენციაში გაურკვეველია.[48] [69] [70] [71]

თუ სისხლდენა იმდენად ძლიერია, რომ კოლონოსკოპიით ინფორმაციას ვერ ვიღებთ, გამოვიყენებთ ანგიოგრაფიას ან იზოტოპით მონიშნული ერთთროციტების ბირთვული სკანირება და ანგიოგრაფიული ემბოლიზაციას. ქირურგიული ჩარევა შეიძლება განიხილებოდეს ენდოსკოპური და ანგიოგრაფიული ჰემოსტაზის მიუხედავად მნიშვნელოვანი სისხლდენის შემთხვევაში.

თუ აბსცესი ლოკალიზებულია (დიამეტრი <3 სმ), საჭირო არ არის დრენაჟი და მკურნალობა ანტიბიოტიკებით ტარდება.[52] [72] თუმცა, >3 სმ დიამეტრის აბსცესის შემთხვევაში, საუკეთესო მიდგომაა მისი დრენირება კანის გავლით, კომპიუტერული ტომოგრაფიის ან ულტრაბგერითი მეთვალყურეობის ქვეშ; თუ ეს ვერ ხერხდება, საჭიროა ქირურგიული ჩარევა.[2] [45] [52] აბსცესის კანქვეშა დრენაჟისთვის მუცლის CT კონტრასტით წარმოადგენს უპირატეს რადიოლოგიურ მიდგომას.

იმ შემთხვევაში, თუ პირველადი დიაგნოზი ნათელი არ არის, მიმოხილვით ლაპაროტომიამდე უნდა განვიხილოთ დიაგნოსტიკური ლაპაროსკოპიის საკითხი.

ადრეული ლაპაროსკოპიული გამოცდები უფრო და უფრო ხშირად გამოიყენება მწვავე დივერტიკულიტის სამკურნალოდ (ჰინჩის ხარისხები I, II, III). აღნიშნული მიდგომა მოიაზრება როგორც მედიკამენტური მკურნალობა და კანქვეშა დრენაჟი სეფსისის სამართავად საკმარისი არ არის.[69] [73] [74] [75] [76] [77] ამასთან, არსებობს მტკიცებულება, რომ ლაპარასკოპიული ამორეცხვა ჰინჩი III დივერტიკულიტის დროს სრულად ვერ აკონტროლებს ინფექციის წყაროს და განაპირობებს რეინტერვენციის მაღალმაჩვენებელს.[78]

მძიმე ან დიფუზური პერიტონიტის მქონე პაციენტებში შეიძლება საჭირო გახდეს ჰარტმანის პროცედურა, კოლექტომია პირველადი ანასტომოზით, ან გადაუდებელი კოლექტომია.[50] [52] [79] შერჩეული პაციენტებისთვის (ჰინჩი I, II, და III) და ქირურგიული ექსპერტიზის მოლოდინში, პირველადი ანასტომოზის მქონე ლაპარასკოპიული კოლექტომია ან / და ლაპარასკოპიული ჰარტმანის პროცედურა უსაფრთხოა და შეიძლება გააუმჯობესოს პოსტოპერაციული შედეგები. [Evidence C]

პაციენტმა უნდა განაგრძოს ინტრავენური ანტიბიოტიკების მიღება 7-10 დღიანი კურსით, კლინიკური გაუმჯობესების მიხედვით.

ACP მსხვილი ნაწლავის მარცხენამხრივი გართულებული დივერტიკულიტის ეპიზოდის შემდეგ პაციენტების კოლონოსკოპიაზე რეფერალს უწევს რეკომენდაციას, თუ ამ პაციენტებთან ბოლო პერიოდში კოლონოსკოპია არ ჩატარებულა. ეს საჭიროა კოლორექტული კიბოს ან მსხვილი ნაწლავის მორსნასული ნეოპლაზიის გამოსარიცხად, თუ დიაგნოსტიკური გაურკვევლობაა.[47] AGA რეკომენდაციას უწევს კოლონოსკოპიას გართულებული დივერტიკულიტის ეპიზოდის შემდეგ. AGA აცხადებს, რომ კოლონოსკოპია შეიძლება გადაიდოს, თუ მაღალი ხარისხის კოლონოსკოპია ჩატარებულია ბოლო პერიოდში (1 წლის განმავლობაში).[43]

მორეციდივე დივერტიკულური დაავადება

განმეორებითი დაავადების შემთხვევაში გეგმიური კოლექტომიის რეკომენდაციის კრიტერიუმები მკაცრად განსაზღვრული არ არის და არ უნდა ეფუძნებოდეს მხოლოდ გადატანილი შეტევების რაოდენობას.[43] ნებისმიერი გადანაცვტილება ინდივიდუალურად უნდა იქნას მიღებული ასაკის, მორეციდივე სიმპტომების სისხშირის და სიმწვავის, წინა გართულებების, თანმხლები დაავადებების და პაციენტის პრეფერენციებისა და ღირებულებების გათვალისწინებით.[43] [45] [80] [81] დივერტიკულური აბსცესის მკურნალობისას გეგმიური რეზექცია უნდა განიხილებოდეს წარუმატებელი არაქირურგიული ჩარევის შემდეგ, ან პერსისტენტული სიმპტომების მქონე პაციენტებში ობსტრუქციის, სტრიქტურის ან ფისტულის გამო.[45] [52] ACP რეკომენდაციას უწევს, რომ განხილულ იქნას გეგმიური ქირურგიული ჩარევა პაციენტებთან, რომლებსაც აქვთ ხშირად განმეორებადი (ანუ ≥ 3 ეპიზოდი 2 წლის განმავლობაში) ან პერსისტირებადი (ანუ, 3 თვეზე მეტად გახანგრძლივებული) დივერტიკულიტი. რეკომენდებულია ერთობლივი გადანაცვტილების მიღება პაციენტის პრეფერენციების გათვალისწინებით.[47]

გეგმიურ პირობებში მსხვილი ნაწლავის ლაპარასკოპიული რეზექცია უსაფრთხოა, ახასიათებს სწრაფი გამოჯანმრთელება ოპერაციის შემდეგ და ნაკლები პოსტოპერაციული გართულებები, მათ შორის ქირურგიული ჭრილობის ინფიცირების კუთხით.[82] [83] [84] პროფილაქტიკურად პერორალური

ანტიბიოტიკების მიღება ქირურგიულ ჩარევამდე 1 დღით ადრე ამცირებს ქირურგიული არის დაინფიცირების ინციდენტობას, მექანიკურად ნაწლავის მომზადების გარეშე.[85]

მეზალამინი, პრობიოტიკები, ან რიფაქსიმიინი მორეციდივე დივერტიკულიტის პრევენციისთვის რეკომენდებული არ არის.[43] [47] მტკიცებულებები აჩვენებს, რომ მეზალამინი რეციდივის რისკს არ ამცირებს.[86] არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულება რიფაქსიმიინის, მეზალამინისა და რიფაქსიმიინის კომბინაციის, ბალსალაზიდის (5-ამინოსალიცილის მუავას წამლის წინა ფორმის) და პრობიოტიკების კომბინაციის, ან ბურდოკის ჩაის გამოყენების შესახებ.[47] [86]

მკურნალობის ალგორითმის მიმოხილვა

მიაქციეთ ყურადღება, რომ ფორმულა/შეყვანის გზა და დოზა შეიძლება განსხვავებული იყოს მედიკამენტების დასახელების და ბრენდების, ფორმულარის ან გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის

მიხედვით. მკურნალობის შესახებ რეკომენდაციები სპეციფიკურად ეხება პაციენტების ჯგუფებს: [ob. განმარტება](#)

მწვავე		(შეჯამება)	
უსიმპტომო დივერტიკულოზი			
	1-ლი	კვების და ცხოვრების სტილის ცვლილებები	
სიმპტომური დივერტიკულური დაავადება			
	1-ლი	კვებითი ცვლილებები + ბოჭკოს დამატება	
	დამატებით	პერორალური ანტიბიოტიკოთერაპია	
სიმპტომური დივერტიკულიტი (გაურთულებელი)			
	1-ლი	ანალგეზია	
	დამატებით	პერორალური ანტიბიოტიკოთერაპია	
	დამატებით	დაბალნარჩენიანი დიეტა	
	მე-2	ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპია	
	დამატებით	ანალგეზია	
	დამატებით	დაბალნარჩენიანი დიეტა	
სიმპტომური დივერტიკულიტი (გართულებული)			
.....■ მწვავე სისხლდენით სწორი ნაწლავიდან ■ არ პასუხობს ინტრავენურ ანტიბიოტიკებზე ან აბსცესი დიამეტრით >3 სმ, ან ვლინდება პერფორაცია, ფისტულა ან ობსტრუქცია	1-ლი	ენდოსკოპიური ჰემოსტაზი/ანგიოგრაფიული ემბოლიზაცია	
	დამატებით	დამხმარე თერაპია + ანტიბიოტიკები	
	დამატებით	ანალგეზია	
	დამატებით	დაბალნარჩენიანი დიეტა	
	მე-2	ქირურგიული ჩარევა	
	დამატებით	დამხმარე თერაპია + ანტიბიოტიკები	
	დამატებით	ანალგეზია	
	დამატებით	დაბალნარჩენიანი დიეტა	
	1-ლი	რადიოლოგიური დრენაჟი / ოპერაცია	
	დამატებით	ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპია	
	დამატებით	ანალგეზია	
	დამატებით	დაბალნარჩენიანი დიეტა	

მიმდინარე (შეჯამება)	
განმეორებითი დივერტიკულიტი	
1-ლი	გეგმიური ოპერაცია

მკურნალობის ალგორითმი

მიაქციეთ ყურადღება, რომ ფორმულა/შეყვანის გზა და დოზა შეიძლება განსხვავებული იყოს მედიკამენტების დასახელების და ბრენდების, ფორმულარის ან გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის

მიხედვით. მკურნალობის შესახებ რეკომენდაციები სპეციფიკურად ეხება პაციენტების ჯგუფებს: [ob](#).
[განმარტება](#)

მწვავე

უსიმპტომო დივერტიკულოზი

1-ლი კვების და ცხოვრების სტილის ცვლილებები

» უსიმპტომო დივერტიკულოზი, რომელიც შემთხვევით დგინდება, არ საჭიროებს მკურნალობას. არსებობს მტკიცებულებები, რომ ამ პაციენტებში შეიძლება სასარგებლო აღმოჩნდეს საკვებით მეტი ბოჭკოს მიღება, მათ შორის ხილისა და ბოსტნეულის, რაც ამცირებს სიმპტომური დივერტიკულის განვითარების რისკს.[33] [41] [57]

» არ არის საჭირო, რომ პაციენტები მოერიდონ თესლების, თხილეულის, პოპკორნის ან ხილის ქერქის მირთმევას. საკვებში ბოჭკოს მიღების გაზრდამ შესაძლოა ეტაპობრივად შეამციროს შებერილობა.[52]

» პაციენტებს უნდა ვურჩიოთ შეწყვიტონ მოწვევა და დაიკლონ წონა, თუ აქვთ ჭარბწონიანობა ან სიმსუქნე.[45] [52]

სიმპტომური დივერტიკული დაავადება

1-ლი კვებითი ცვლილებები + ბოჭკოს დამატება

» მსუბუქი სიმპტომების მქონე პაციენტებში (მაგ. მორეციდივე ტკივილი მარცხენა ქვედა კვადრანტში, შებერილობა, ყაბზობა), მკურნალობა გულისხმობს დიეტის მოდიფიკაციას, განსაკუთრებით ბოჭკოვანი დანამატების თანდათან გაზრდას რამდენიმე კვირის განმავლობაში და ჰიდრატაციის გაძლიერებას.[52] [57] [58]

დამატებით პერორალური ანტიბიოტიკოთერაპია

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» ამოქსიცილინ/კლავულანატი: 875 მგ პერორალურად (დაუყოვნებლივ გამოთავისუფლება) ყოველ 8-12 საათში 4-10 დღის განმავლობაში; 2000 მგ პერორალურად (გათართობული გამოთავისუფლებით) ყოველ 12 საათში 4-10 დღის განმავლობაში
დოზა ეხება ამოქსიცილინის კომპონენტს.

მეორეული ვარიანტები

» ციპროფლოქსაცინი: 500 მგ პერორალურად ყოველ 12 საათში ერთხელ, 7-10 დღის განმავლობაში

მწვავე

-Penicillium marneffei-

» **მეტრონიდაზოლი:** 500 მგ პერორალურად ყოველ 8 საათში ერთხელ, 7-10 დღის განმავლობაში

» თუ არსებობს ინფექციის მტკიცებულება და/ან არსებობს ეჭვი ჭარბ ბაქტერიულ ზრდაზე, ხშირად ინიშნება ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები, რომლებიც ფარავენ როგორც გრამ-დადებით, ასევე გრამ-უწყოფით და ანაერობულ ბაქტერიებს; თუმცა, არსებობს ფსევდომემბრანული კოლიტის რისკი.[59]

» ამოქსიცილინ/კლავულანატი
მეტრონიდაზოლის და ფთორქინოლონის კომბინაციის მსგავს რისკებთან ასოცირდება (ჰოსპიტალიზაციის, გადაუდებელი ოპერაციის, კოლსტრიდიული ინფექციების, ინფექციების 1 წლიან რისკთან და გეგმიური ქირურგიული ჩარევის 3 წლიან რისკთან) და ფთორქინოლონთან ასოცირებული ზიანის გამო ამბულატორიულ პირობებში უპირატესი არჩევანია.[87]

» ფთორქინოლონები, მაგ. ციპროფლოქსაცინი, დაკავშირებულია მძიმე, ქმედუენარობის გამომწვევ და პოტენციურად შეუქცევად გვერდით მოვლენებთან, როგორიცაა ტენდინიტი, მყესის გაგლეჯა, ართრალგია, ნეიროპათიები და კუნთოვანი ან ნერვული სისტემის სხვა ეფექტები.[88] აშშ-ის სურსათისა და წამლის სააგენტომ (FDA) გამოსცა გაფრთხილებები აორტის აშრევების, მძიმე ჰიპოგლიკემიის და ფსიქიური ჯანმრთელობის მხრივ არასასურველი ეფექტების გაზრდილი რისკის თაობაზე იმ პაციენტებში, რომლებიც იღებენ ფთორქინოლონებს.[89] [90]

» აქ აღწერილია შესაბამისი ანტიბიოტიკოთერაპიის რეჟიმების მაგალითები. ანტიბიოტიკის არჩევანი შეიძლება განსხვავდებოდეს ქვეყნებს შორის; გაითვალისწინეთ ადგილობრივი გაიდლაინები.

სიმპტომური დივერტიკულიტი
(გაურთულებელი)

1-ლი

ანალგეზია

პირველადი პარამეტრები

» **პარაცეტამოლი:** 500-1000 მგ
პერორალურად ყოველ 4-6 საათში ერთხელ საჭიროების მიხედვით, მაქსიმალური დოზა შეადგენს 4000 მგ-ს/დღეში

მეორეული ვარიანტები

მწვავე

» ტრამადოლი: 50-100 მგ პერორალურად (დაუყოვნებლივი გამოდევნით) ყოველ 4-6 საათში ერთხელ, საჭიროებისამებრ, მაქსიმუმ 400 მგ/დღეში

მესამე ვარიანტები

» მორფინის სულფატი: 5-10 მგ კანქვეშ/კუნთშიდა ინექციით ყოველ 4 საათში ერთხელ, საჭიროებისამებრ

» სანყის ტკივილგამაყუჩებლად უპირატესია პარაცეტამოლის გამოყენება. ტკივილის სიძლიერიდან გამომდინარე, შეიძლება საჭირო გახდეს ტრამადოლი და უფრო მძიმე შემთხვევებში ოპიოიდები, მათ შორის მორფინი (ტიტრაციით). თუმცა, ჩვეულებრივ, თავი უნდა ავარიდოთ იმ ტკივილგამაყუჩებლების გამოყენებას, რომლებიც ყაბზობას იწვევენ.

დამატებით პერორალური ანტიბიოტიკოთერაპია

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» ამოქსიცილინ/კლავულანატი: 875 მგ პერორალურად (დაუყოვნებლივი გამოთავისუფლება) ყოველ 8-12 საათში 4-10 დღის განმავლობაში; 2000 მგ პერორალურად (გაფართოებული გამოთავისუფლებით) ყოველ 12 საათში 4-10 დღის განმავლობაში
დოზა ეხება ამოქსიცილინის კომპონენტს.

მეორეული ვარიანტები

» ციპროფლოქსაცინი: 500 მგ პერორალურად ყოველ 12 საათში ერთხელ, 7-10 დღის განმავლობაში
-Penicillium marneffe-
» მეტრონიდაზოლი: 500 მგ პერორალურად ყოველ 8 საათში ერთხელ, 7-10 დღის განმავლობაში

» თუ პაციენტს აღენიშნება მეუკლის ტკივილი, ცხელება და ლეიკოციტოზი, ხოლო კტ სკანირებით გამოირიცხება გართულებები, ინიშნება პერორალური ანტიბიოტიკები და შესაძლებელია უსაფრთხოდ მკურნალობა ბინაზე.[60] [61]

» ანტიბიოტიკები, ჩვეულებრივ, 7-10 დღის განმავლობაში გამოიყენება.[59] [62] ჯანდაცვისა და სამედიცინო დახმარების ეროვნული ინსტიტუტების რეკომენდაციაა ანტიბიოტიკების 5-დღიანი კურსი სანყის ეტაპზე, რომელიც

მწვავე

კლინიკური შეფასების საფუძველზე შეიძლება გახანგრძლივდეს.[52]

» თუ 72 საათში მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება და/ან ცხელება და ლეიკოციტოზი რჩება, საჭიროა პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია და ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპია მდგომარეობის კლინიკურ გაუმჯობესებამდე.[59]

» ზოგიერთი მკვლევარი ვარაუდობს, რომ დივერტიკულიტი შეიძლება იყოს ანთებითი და არა ინფექციური და ეჭვქვეშ აყენებს, არის თუ არა ყოველთვის საჭირო ანტიბიოტიკოთერაპია გაურთულებელი დივერტიკულიტის დროს. კვლევების მეტა-ანალიზმა, რომლითაც ანტიბიოტიკებით მკურნალობა ანტიბიოტიკების გარეშე მკურნალობას შედარდა, აჩვენა, რომ გაურთულებელი დივერტიკულიტის მკურნალობა და მონიტორინგი ანტიბიოტიკებით ან მის გარეშე უსაფრთხო და ეფექტურია და რომ ქირურგიული ჩარევის საჭიროების პირველადი შედეგის თვალსაზრისით ობზერვაციული მართვა ანტიბიოტიკოთერაპიისაგან სტატისტიკურად არ განსხვავდებოდა.[63] [64] [65] კვლევების სისტემურმა მიმოხილვამ, სადაც გაურთულებელი დივერტიკულიტის მქონე პაციენტებთან ანტიბიოტიკოთერაპია ანტიბიოტიკების გარეშე მკურნალობას შედარდა, უშედეგო მკურნალობის, გეგმიური ქირურგიული ჩარევის, რეციდივის და მკურნალობის შემდგომი გართულებების რისკის თვალსაზრისით განსხვავება არ გამოვლინდა.[66] კოხრეინის თანმიმდევრული მიმოხილვის შედეგებით, რომელიც 5 რანდომიზებული კლინიკური კვლევის ლიმიტირებულ მონაცემებს ეყრდნობა, გაურთულებელი დივერტიკულიტის დროს გართულებებზე (ადრეულ და გრძელვადიანზე), გადაუდებელ ქირურგიულ ჩარევაზე, რეციდივზე და მსხვილი ნაწლავის გეგმიურ რეზექციამზე ანტიბიოტიკების ეფექტი გაურკვეველია.[67]

» NICE-ის, ამერიკის გასტროენტეროლოგიური ასოციაციის, მსხვილი ნაწლავისა და რექტალური ქირურგიის ამერიკული საზოგადოების და გადაუდებელი ქირურგიის მსოფლიო საზოგადოების გაიდლაინები გვიჩვენებს, რომ მწვავე გაურთულებელი დივერტიკულიტის მქონე სისტემურად კარგად მყოფ, სხვაგვარად ჯანმრთელ პაციენტებთან, ანტიბიოტიკები შერჩევითად უნდა იქნას გამოყენებული, ნაცვლად რუტინული გამოყენებისა.[43] [45] [46] [50] [52] [68]

» ანტიბიოტიკოთერაპია უნდა დაიწყოს მაღალი რისკის პაციენტებში, რომელთაც

მწვავე

აღნიშნებათ სისტემური ავადმყოფობის ნიშნები, მნიშვნელოვანი თანმხლები დაავადებები ან იმუნოსუპრესია.[45] [50] [52]

» მწვავე მარჯვენამხრივი კოლინჯის დივერტიკულიტის მართვა იმავე პრინციპებს მიჰყვება, რასაც მარცხენა მხრივი დაავადების მართვა.[50]

» ამოქსიცილინი/კლავულანატი ასოცირდება მეტრონიდაზოლის და ფთორქინოლონის კომბინაციის მსგავს შედეგებთან (1 წლიანი რისკი სტაციონარში მიღებისთვის, გადაუდებელი ოპერაცია, C difficile ინფექცია და 3 წლიანი რისკი გეგმიური ოპერაციისთვის) და არის სასურველი არჩევანი ამბულატორიულ პირობებში, ფთორქინოლონთან დაკავშირებული საზიანო შედეგების გამო.[87]

» ფთორქინოლონები, მაგ. ციპროფლოქსაცინი, დაკავშირებულია მძიმე, ქმედუნარობის გამომწვევ და პოტენციურად შეუქცევად გვერდით მოვლენებთან, როგორიცაა ტენდინიტი, მყესის გაგლეჯა, ართრალგია, ნეიროპათიები და კუნთოვანი ან ნერვული სისტემის სხვა ეფექტები.[88] აშშ-ის სურსათისა და წამლის სააგენტომ (FDA) გამოსცა გაფრთხილებები აორტის აშრევების, მძიმე ჰიპოგლიკემიის და ფსიქიური ჯანმრთელობის მხრივ არასასურველი ეფექტების გაზრდილი რისკის თაობაზე იმ პაციენტებში, რომლებიც იღებენ ფთორქინოლონებს.[89] [90]

» აქ აღწერილია შესაბამისი ანტიბიოტიკოთერაპიის რეჟიმების მაგალითები. ანტიბიოტიკის არჩევანი შეიძლება განსხვავდებოდეს ქვეყნებს შორის; გაითვალისწინეთ ადგილობრივი გაიდლაინები.

დამატებით დაბალნარჩენიანი დიეტა

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

» ნარჩენის დაბალი შემცველობის დიეტით მცირდება განავლის მოცულობა და დეფეკაციის სიხშირე, ხოლო საკვების ნაწლავური გადაადგილების დრო იზრდება. იგი შედგება საკვები პროდუქტებისგან, რომლებიც მინიმალურ ნარჩენს ტოვებს ნაწლავში საჭმლის მონელებისა და შეწოვის შემდეგ (მაგ., რაფინირებული პური, მარცვლეული, თეთრი ბრინჯი, ბოსტნეული და ხილის წვენი რბილობის გარეშე, რძის პროდუქტები). ის მცირე რაოდენობით შეიცავს ბოჭკოებს და მოუწოდებელ ნივთიერებებს.

მე-2 ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპია

მწვავე

პირველადი პარამეტრები

- » ცეფტრიაქსონი: 1-2 გ ინტრავენუზურად, ყოველ 24 საათში
-Penicillium marneffe-
» მეტრონიდაზოლი: 500 მგ ინტრავენუზურად, ყოველ 8 საათში

ან

- » პიპერაცილინი/ტაზობაქტამი: 3.375 გ ინტრავენუზურად, ყოველ 6 საათში
დოზა შედგება 3 გრ პიპერაცილინის დამატებული 0.375 გრ ტაზობაქტამი.

» ინტრავენური ანტიბიოტიკები ინიშნება თუ პერორალური პრეპარატების დანყებიდან 72 საათში მდგომარეობა არ უმჯობესდება, ან ვლინდება მწვავე დივერტიკულიტის ან მწვავე მუცლის სიმპტომები და/ან ცხელება და ლეიკოციტოზი პერსისტირებს.[59] პაციენტი მოთავსებულია საავადმყოფოში კლინიკურ გაუმჯობესებამდე.

- » აქ აღწერილია შესაბამისი ანტიბიოტიკოთერაპიის რეჟიმების მაგალითები. ანტიბიოტიკის არჩევანი შეიძლება განსხვავდებოდეს ქვეყნებს შორის; გაითვალისწინეთ ადგილობრივი გაიდლაინები.

დამატებით ანაღგებია

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია მერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

- » პარაცეტამოლი: 500-1000 მგ პერორალურად ყოველ 4-6 საათში ერთხელ საჭიროების მიხედვით, მაქსიმალური დოზა შეადგენს 4000 მგ-ს/დღეში

მეორეული ვარიანტები

- » ტრამადოლი: 50-100 მგ პერორალურად (დაუყოვნებლივ გამოდევნით) ყოველ 4-6 საათში ერთხელ, საჭიროებისამებრ, მაქსიმუმ 400 მგ/დღეში

მესამე ვარიანტები

- » მორფინის სულფატი: 5-10 მგ კანექვემ/კუნთში და ინექციით ყოველ 4 საათში ერთხელ, საჭიროებისამებრ

» სანყის ტკივილგამაყუჩებლად უპირატესია პარაცეტამოლის გამოყენება. ტკივილის სიძლიერიდან გამომდინარე, შეიძლება

მწვავე

საჭირო გახდეს ტრამადოლი და უფრო მძიმე შემთხვევებში ოპიოიდები, მათ შორის მორფინი (ტიტრაციით). თუმცა, ჩვეულებრივ, თავი უნდა ავარიდოთ იმ ტკივილგამაყუჩებლების გამოყენებას, რომლებიც ყაბზობას იწვევენ.

დამატებით დაბალნარჩენიანი დიეტა

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

» ნარჩენის დაბალი შემცველობის დიეტით მცირდება განავლის მოცულობა და ღეფეკაციის სიხშირე, ხოლო საკვების ნაწლავური გადაადგილების დრო იზრდება. იგი შედგება საკვები პროდუქტებისგან, რომლებიც მინიმალურ ნარჩენს ტოვებს ნაწლავში საჭმლის მონელებისა და შეწოვის შემდეგ (მაგ., რაფინირებული პური, მარცვლეული, თეთრი ბრინჯი, ბოსტნეული და ხილის წვენი რბილობის გარეშე, რძის პროდუქტები). ის მცირე რაოდენობით შეიცავს ბოჭკოებს და მოუწოდებელ ნივთიერებებს.

სიმპტომური დივერტიკულიტი
(გართულებული)

■ მწვავე სისხლდენით სწორი ნაწლავიდან

1-ლი

ენდოსკოპიური ჰემოსტაზი/ანგიოგრაფიული ემბოლიზაცია

» სისხლდენის სანყისი მკურნალობა მოცულობის დაქვეითების ან შოკის დროს არის ჰემოდინამიკური სტაბილობის შენარჩუნება სითხეების ინფუზიით და სისხლის გადასხმით.

» კოლონოსკოპია შეიძლება გამოვიყენოთ სწორი დიაგნოსტიკისა და ენდოსკოპიური ჰემოსტაზისთვის, რაც შესაძლებელია პაციენტების უმეტესობაში.^[40] თუ სისხლდენა მეტად პროფუზულია იმისთვის რომ კოლონოსკოპიით გამოვლინდეს, განიხილოთ უნდა იქნას CT ანგიოგრამა ან იზოტოპებით მონიშნული სისხლის წითელი უჯრედების ბირთვული სკანირება, და გამოყენებული იყოს ანგიოგრაფიული ემბოლიზაციის მცდელობა.

» ქირურგიული ჩარევა შეიძლება განიხილებოდეს ენდოსკოპიური და ანგიოგრაფიული ჰემოსტაზის მიუხედავად მნიშვნელოვანი სისხლდენის შემთხვევაში.

დამატებით დამხმარე თერაპია + ანტიბიოტიკები

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» ამოქსიცილინ/კლავულანატი: 875 მგ პერორალურად (დაუყოვნებლივი

მწვავე

გამოთავისუფლება) ყოველ 8-12 საათში 4-10 დღის განმავლობაში; 2000 მგ პერორალურად (გათვართოებული გამოთავისუფლებით) ყოველ 12 საათში 4-10 დღის განმავლობაში
 დოზა ეხება ამოქსიცილინის კომპონენტს.

მეორეული ვარიანტები

» **ციპროფლოქსაცინი:** 500 მგ პერორალურად ყოველ 12 საათში ერთხელ, 7-10 დღის განმავლობაში
 -Penicillium marneffei-
 » **მეტრონიდაზოლი:** 500 მგ პერორალურად ყოველ 8 საათში ერთხელ, 7-10 დღის განმავლობაში

» სისხლდენის სანყისი მკურნალობა მოცულობის დაქვეითების ან შოკის დროს არის ჰემოდინამიკური სტაბილობის შენარჩუნება სითხეების ინფუზიით და სისხლის გადასხმით.

» ხშირად რეკომენდებულია ანტიბიოტიკების 7-10-დღიანი კურსი, რადგან ითვლება, რომ სისხლდენა განპირობებულია ფონური ანთებით/ინფექციით.

» ფტორქინოლონები, მაგ. ციპროფლოქსაცინი, დაკავშირებულია მძიმე, ქმედუენარობის გამოწვევ და პოტენციურად შეუქცევად გვერდით მოვლენებთან, როგორცაა ტენდინიტი, მყესის გაგლეჯა, ართრალგია, ნეიროპათიები და კუნთოვანი ან ნერვული სისტემის სხვა ეფექტები.[88] აშშ-ის სურსათისა და წამლის სააგენტომ (FDA) გამოსცა გაფრთხილებები აორტის აშრეების, მძიმე ჰიპოგლიკემიის და ფსიქიური ჯანმრთელობის მხრივ არასასურველი ეფექტების გაზრდილი რისკის თაობაზე იმ პაციენტებში, რომლებიც იღებენ ფტორქინოლონებს.[89] [90]

» აქ აღწერილია შესაბამისი ანტიბიოტიკოთერაპიის რეჟიმების მაგალითები. ანტიბიოტიკის არჩევანი შეიძლება განსხვავდებოდეს ქვეყნებს შორის; გაითვალისწინეთ ადგილობრივი გაიდლაინები.

დამატებით ანალგეზია

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» **პარაცეტამოლი:** 500-1000 მგ პერორალურად ყოველ 4-6 საათში ერთხელ საჭიროების მიხედვით, მაქსიმალური დოზა შეადგენს 4000 მგ-ს/დღეში

მწვავე

მეორეული ვარიანტები

» ტრამადოლი: 50-100 მგ ინტრავენურად/კუნთშიდა ინექციით ყოველ 4-6 საათში ერთხელ, საჭიროებისამებრ

მესამე ვარიანტები

» მორფინის სულფატი: 5-10 მგ კანქვეშ/კუნთშიდა ინექციით ყოველ 4 საათში ერთხელ, საჭიროებისამებრ

» სანყის ტკივილგამაყუჩებლად უპირატესია პარაცეტამოლის გამოყენება. ტკივილის სიძლიერიდან გამომდინარე, შეიძლება საჭირო გახდეს ტრამადოლი და უფრო მძიმე შემთხვევებში ოპიოიდები, მათ შორის მორფინი (ტიტრაციით). თუმცა, ჩვეულებრივ, თავი უნდა ავარიდოთ იმ ტკივილგამაყუჩებლების გამოყენებას, რომლებიც ყაბზობას იწვევენ.

დამატებით დაბალნარჩენიანი დიეტა

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

» დაბალნარჩენიანი დიეტა რეკომენდებულია მწვავე ფაზის განმავლობაში, გამოჯანმრთელებამდე.

» ნარჩენის დაბალი შემცველობის დიეტით მცირდება განავლის მოცულობა და დეფეკაციის სიხშირე, ხოლო საკვების ნაწლავური გადაადგილების დრო იზრდება. იგი შედგება საკვები პროდუქტებისგან, რომლებიც მინიმალურ ნარჩენს ტოვებს ნაწლავში საჭმლის მონელებისა და შეწოვის შემდეგ (მაგ., რაფინირებული პური, მარცვლეული, თეთრი ბრინჯი, ბოსტნეული და ხილის წვენი რბილობის გარეშე, რძის პროდუქტები). ის მცირე რაოდენობით შეიცავს ბოჭკოებს და მოუწოდებელ ნივთიერებებს.

მე-2 ქირურგიული ჩარევა

» ქირურგიული ჩარევა შეიძლება გახდეს საჭირო მასიური ჰემორაგიის დროს, რომელიც ვერ კონტროლდება ენდოსკოპიური და ანგიოგრაფიული მეთოდებით.

დამატებით დამხმარე თერაპია + ანტიბიოტიკები

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» ამოქსიცილინ/კლავულანატი: 875 მგ პერორალურად (დაუყოვნებლივი გამოთავისუფლება) ყოველ 8-12 საათში 4-10 დღის განმავლობაში; 2000 მგ

მწვავე

პერორალურად (გაფართოებული გამოთავისუფლებით) ყოველ 12 საათში 4-10 დღის განმავლობაში
დოზა ეხება ამოქსიცილინის კომპონენტს.

მეორეული ვარიანტები

» **ციპროფლოქსაცინი:** 500 მგ
პერორალურად ყოველ 12 საათში ერთხელ,
7-10 დღის განმავლობაში
-Penicillium marneffei-
» **მეტრონიდაზოლი:** 500 მგ პერორალურად
ყოველ 8 საათში ერთხელ, 7-10 დღის
განმავლობაში

» სისხლდენის საწყისი მკურნალობა მოცულობის დაქვეითების ან შოკის დროს არის ჰემოდინამიკური სტაბილობის შენარჩუნება სითხეების ინფუზიით და სისხლის გადასხმით.

» ხშირად რეკომენდებულია ანტიბიოტიკების 7-10-დღიანი კურსი, რადგან ითვლება, რომ სისხლდენა განპირობებულია ფონური ანთებით/ინფექციით.

» ფტორქინოლონები, მაგ. ციპროფლოქსაცინი, დაკავშირებულია მძიმე, ქმედუენარობის გამომწვევ და პოტენციურად შეუქცევად გვერდით მოვლენებთან, როგორიცაა ტენდინიტი, მყესის გაგლეჯა, ართრალგია, ნეიროპათიები და კუნთოვანი ან ნერვული სისტემის სხვა ეფექტები.[88] აშშ-ის სურსათისა და წამლის სააგენტომ (FDA) გამოსცა გაფრთხილებები აორტის აშრევების, მძიმე ჰიპოგლიკემიის და ფსიქიური ჯანმრთელობის მხრივ არასასურველი ეფექტების გაზრდილი რისკის თაობაზე იმ პაციენტებში, რომლებიც იღებენ ფტორქინოლონებს.[89] [90]

» აქ აღწერილია შესაბამისი ანტიბიოტიკოთერაპიის რეჟიმების მაგალითები. ანტიბიოტიკის არჩევანი შეიძლება განსხვავდებოდეს ქვეყნებს შორის; გაითვალისწინეთ ადგილობრივი გაიდლაინები.

დამატებით ანალგეზია

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» **პარაცეტამოლი:** <51 კგ სხეულის წონაზე: 15 მგ/კგ ინტრავენურად ყოველ 4-6 საათში საჭიროების შემთხვევაში, მაქსიმუმ 60 მგ/კგ/დღეში; ≥51 კგ სხეულის წონაზე: 1000 მგ ინტრავენურად ყოველ 4-6 საათში საჭიროების შემთხვევაში, მაქსიმუმ 4000 მგ/

მწვავე

დღეში (3000 მგ/დღეში ჰეპატოტოქსიურობის რისკის შემთხვევაში)

მეორეული ვარიანტები

» ტრამადოლი: 50-100 მგ ინტრავენურად/კუნთშიდა ინექციით ყოველ 4-6 საათში, საჭიროებისამებრ

მესამე ვარიანტები

» მორფინის სულფატი: 5-10 მგ კანქვეშ/კუნთშიდა ინექციით ყოველ 4 საათში ერთხელ, საჭიროებისამებრ

» მწვავე მდგომარეობაში უპირატესია პარენტერული ანალგეზია, ძირითადად პარაცეტამოლის, ტრამადოლის ან მორფინის სახით.

დამატებით დაბალნარჩენიანი დიეტა

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

» დაბალნარჩენიანი დიეტა რეკომენდებულია მწვავე ფაზის განმავლობაში, გამოჯანმრთელებამდე.

» ნარჩენის დაბალი შემცველობის დიეტით მცირდება განავლის მოცულობა და დეფეკაციის სიხშირე, ხოლო საკვების ნაწლავური გადაადგილების დრო იზრდება. იგი შედგება საკვები პროდუქტებისგან, რომლებიც მინიმალურ ნარჩენს ტოვებს ნაწლავში საჭმლის მონელებისა და შენთვის შემდეგ (მაგ., რაფინირებული შერი, მარცვლეული, თეთრი ბრინჯი, ბოსტნეული და ხილის წვენი რბილობის გარეშე, რძის პროდუქტები). ის მცირე რაოდენობით შეიცავს ბოჭკოებს და მოუწოდებელ ნივთიერებებს.

1-ლი

რადიოლოგიური დრენაჟი / ოპერაცია

» ქირურგიული ჩარევა შეიძლება განვიხილოთ მედიკამენტური მართვის წარუმატებლობის და გართულებების შემთხვევაში, მათ შორის განმეორებით დივერტიკულიტის, აბსცესის, პერფორაციის, ფისტულის და ოსტრუქციის დროს.

» >3 სმ დიამეტრის ლოკალიზებული აბსცესის დრენირება შესაძლებელია კანქვეშ, კომპიუტერული ტომოგრაფიის ან ულტრეგერის კონტროლის ქვეშ; ოპერაცია აუცილებელია, თუ ამის გაკეთება შეუძლებელია. [2] [45] [52] აბსცესის კანქვეშ დრენაჟისთვის მუცლის CT კონტრასტით წარმოადგენს უპირატეს რადიოლოგიურ მიდგომას.

- არ პასუხობს ინტრავენურ ანტიბიოტიკებზე ან აბსცესი დიამეტრით >3 სმ, ან ვლინდება პერფორაცია, ფისტულა ან ოსტრუქცია

მწვავე

» იმ შემთხვევაში, თუ პირველადი დიაგნოზი ნათელი არ არის, მიმოხილვით ლაპაროტომიამდე უნდა განვიხილოთ დიაგნოსტიკური ლაპაროსკოპიის საკითხი.

» ადრეული ლაპაროსკოპიული გამორეცხვა უფრო და უფრო ხშირად გამოიყენება მწვავე დივერტიკულიტის სამკურნალოდ (ჰინჩის ხარისხები I, II, III). აღნიშნული მიდგომა მოიაზრება როცა მედიკამენტური მკურნალობა და კანქვეშა დრენაჟი სეფსისის სამართავად საკმარისი არ არის.[69] [73] [74] [75] [76] [77] ამასთან, არსებობს მტკიცებულება, რომ ლაპარასკოპიული ამორეცხვა ჰინჩი III დივერტიკულიტის დროს სრულად ვერ აკონტროლებს ინფექციის წყაროს და განაპირობებს რეინტერვენციის მაღალმაჩვენებელს.[78]

» მძიმე ან დიფუზური პერიტონიტის მქონე პაციენტებში შეიძლება საჭირო გახდეს ჰარტმანის პროცედურა, კოლექტომია პირველადი ანასტომოზით, ან გადაუდებელი კოლექტომია.[50] [52] [79] შერჩეული პაციენტებისთვის (ჰინჩი I, II, და III) და ქირურგიული ექსპერტიზის მოლოდინში, პირველადი ანასტომოზის მქონე ლაპარასკოპიული კოლექტომია ან / და ლაპარასკოპიული ჰარტმანის პროცედურა უსაფრთხოა და შეიძლება გააუმჯობესოს პოსტოპერაციული შედეგები. [Evidence C]

» პაციენტმა უნდა განაგრძოს ინტრავენური ანტიბიოტიკების მიღება 7-10 დღიანი კურსით, კლინიკური გაუმჯობესების მიხედვით.

დამატებით ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპია

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» ცეფტრიაქსონი: 1-2გ ინტრავენურად, ყოველ 24 საათში

-Penicillium marneffe-

» მეტრონიდაზოლი: 500 მგ ინტრავენურად, ყოველ 8 საათში

ან

» პიპერაცილინი/ტაზობაქტამი: 3.375 გ ინტრავენურად, ყოველ 6 საათში
დოზა შედგება 3 გრ პიპერაცილინის
დამატებული 0.375 გრ ტაზობაქტამი.

მწვავე

» პაციენტმა უნდა განაგრძოს ინტრავენური ანტიბიოტიკების მიღება 7-10 დღიანი კურსით, კლინიკური გაუმჯობესების მიხედვით.

» აქ აღწერილია შესაბამისი ანტიბიოტიკოთერაპიის რეჟიმების მაგალითები. ანტიბიოტიკის არჩევანი შეიძლება განსხვავდებოდეს ქვეყნებს შორის; გაითვალისწინეთ ადგილობრივი გაიდლაინები.

დამატებით ანალგეზია

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» **პარაცეტამოლი:** <51 კგ სხეულის წონაზე: 15 მგ/კგ ინტრავენურად ყოველ 4-6 საათში საჭიროების შემთხვევაში, მაქსიმუმ 60 მგ/კგ/დღეში; ≥51 კგ სხეულის წონაზე: 1000 მგ ინტრავენურად ყოველ 4-6 საათში საჭიროების შემთხვევაში, მაქსიმუმ 4000 მგ/დღეში (3000 მგ/დღეში ჰეპატოტოქსიურობის რისკის შემთხვევაში)

მეორეული ვარიანტები

» **ტრამადოლი:** 50-100 მგ ინტრავენურად/კუნთშიდა ინექციით ყოველ 4-6 საათში, საჭიროებისამებრ

მესამე ვარიანტები

» **მორფინის სულფატი:** 5-10 მგ კანქვეშ/კუნთშიდა ინექციით ყოველ 4 საათში ერთხელ, საჭიროებისამებრ

» პაციენტმა ამ ჯგუფში ხშირად საჭიროა პარენტერული ტკივილგამაყუჩებლები, ძირითადად პარაცეტამოლის, ტრამადოლის ან მორფინის სახით.

დამატებით დაბალნარჩენიანი დიეტა

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

» დაბალნარჩენიანი დიეტა რეკომენდებულია მწვავე თაზის განმავლობაში, გამოჯანმრთელებამდე.

» ნარჩენის დაბალი შემცველობის დიეტით მცირდება განავლის მოცულობა და დიფერენციალური სისხშირე, ხოლო საკვების ნაწლავური გადაადგილების დრო იზრდება. იგი შედგება საკვები პროდუქტებისგან, რომლებიც მინიმალურ ნარჩენს ტოვებს ნაწლავში საჭმლის მონელებისა და შეწოვის შემდეგ (მაგ., რაფინირებული პური, მარცვლეული, თეთრი ბრინჯი, ბოსტნეული და ხილის წვენი

მწვავე

რბილობის გარეშე, რძის პროდუქტები). ის მცირე რაოდენობით შეიცავს ბოჭკოებს და მოუწოდებელ ნივთიერებებს.

მიმდინარე

განმეორებითი დივერტიკულიტი

1-ლი

გეგმიური ოპერაცია

» განმეორებითი დაავადების შემთხვევაში გეგმიური კოლექტომიის რეკომენდაციის კრიტერიუმები მკაცრად განსაზღვრული არ არის და არ უნდა ეფუძნებოდეს მხოლოდ გადატანილი შეტევების რაოდენობას.[43] ნებისმიერი გადანაცვტილება ინდივიდუალურად უნდა იქნას მიღებული ასაკის, მორეციდივე სიმპტომების სისხშირის და სიმწვავის, წინა გართულებების, თანმხლები დაავადებების და პაციენტის პრეფერენციებისა და ღირებულებების გათვალისწინებით.[43] [45] [80] [81] დივერტიკული აბსცესის მკურნალობისას გეგმიური რეზექცია უნდა განიხილებოდეს წარუმატებელი არაქირურგიული ჩარევის შემდეგ, ან პერსისტენტული სიმპტომების მქონე პაციენტებში ობსტრუქციის, სტრიქტურის ან ფისტულის გამო.[45] [52] ექიმთა ამერიკული კოლეჯი რეკომენდაციას უწევს გეგმიური ქირურგიის განხილვას პაციენტებთან, რომლებსაც აქვთ ხშირად განმეორებადი (ანუ ≥ 3 ეპიზოდი 2 წლის განმავლობაში) ან პერსისტირებადი (ანუ, 3 თვეზე მეტად გახანგრძლივებული) დივერტიკულიტი. რეკომენდებულია ერთობლივი გადანაცვტილების მიღება პაციენტის პრეფერენციების გათვალისწინებით.[47]

» გეგმიურ პირობებში მხვილი ნაწლავის ლაპარასკოპული რეზექცია უსაფრთხოა, ახასიათებს სწრაფი გამოჯანმრთელება ოპერაციის შემდეგ და ნაკლები პოსტოპერაციული გართულებები, მათ შორის ქირურგიული ჭრილობის ინფიცირების კუთხით.[82] [83] [84]

» პროფილაქტიკურად პერორალური ანტიბიოტიკების მიღება ქირურგიულ ჩარევამდე 1 დღით ადრე ამცირებს ქირურგიული არის დაინფიცირების ინციდენტობას, მექანიკურად ნაწლავის მომზადების გარეშე.[85]

» მეზალამინი, პრობიოტიკები, ან რიფაქსიმინი მორეციდივე დივერტიკულიტის პრევენციისთვის რეკომენდებული არ არის.[43] [47] მტკიცებულებები აჩვენებს, რომ მეზალამინი რეციდივის რისკს არ ამცირებს.[86] არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულება რიფაქსიმინის, მეზალამინისა და რიფაქსიმინის კომბინაციის, ბალსალაზიდის (5-ამინოსალიცილის მუჟავა ნაშლის წინა ფორმის) და პრობიოტიკების კომბინაციის, ან ბურდოკის ჩაის გამოყენების შესახებ.[47] [86]

პირველადი პრევენცია

დივერტიკული დაავადების პრევენციაში შეიძლება დაგვეხმაროს მეტი ბოჭკოს (ხილისა და ბოსტნეულის) მიღება, წითელი ხორცისა და მარილის შემცვენი და რეგულარული ფიზიკური აქტივობა სხეულის იდეალური წონის შესანარჩუნებლად (სიმსუქნის თავიდან აცილება).^{[20] [33] [41]}

მეორეული პრევენცია

დივერტიკული დაავადების მეორეული პრევენციის შესახებ გაიდლაინები არ არსებობს. თუმცა, ჯანმრთელობის მდგომარეობის ხელშეწყობა ისეთი ზოგადი მიდგომებით, როგორიცაა რეგულარული ფიზიკური აქტივობა, ხილისა და ბოსტნეულის მოხმარების გაზრდა და გაჯერებული ცხიმების, წითელი ხორცისა და შაქრის მოხმარების შემცირება, გააუმჯობესებს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ჯანმრთელობას და შესაძლოა შეამციროს დივერტიკული დაავადების პრევენციის რისკი.^{[57] [101]}

მეზალამინი, პრობიოტიკები, ან რიფაქსიმინი მორეციდივე დივერტიკულიტის პრევენციისთვის რეკომენდებული არ არის.^{[43] [47]} მტკიცებულებები აჩვენებს, რომ მეზალამინი არ ამცირებს რეციდივის რისკს.^[86] რიფაქსიმინის, მეზალამინისა და რიფაქსიმინის, ბალსალაზიდის (5-ამინოსალიცილის მუჟას პროპრეპარატის) და პრობიოტიკების კომბინაციის, ან ბურდოკის ჩაის გამოყენების მტკიცებულება არასაკმარისია.^{[47] [86]}

განხილვები პაციენტთან

პაციენტებს ვურჩევთ მეტი ბოჭკოს მიღებას ხილისა და ბოსტნეულის სახით, ასევე რეგულარულ ფიზიკურ დატვირთვასა და სხეულის იდეალური წონის შენარჩუნებას. არ არის საჭირო, რომ პაციენტები მოერიდონ თესლების, თხილეულის, პოპკორნის ან ხილის ქერქის მირთმევას. საკვებში ბოჭკოს მიღების გაზრდამ შესაძლოა ეტაპობრივად შეამციროს შეხერხილობა.^[52] პაციენტებს უნდა ვურჩიოთ შეწყვიტონ მოწევა და დაიკლონ წონა, თუ აქვთ ჭარბწონიანობა ან სიმსუქნე.^{[45] [52]} ურჩიეთ პაციენტებს, თუ ეს შესაძლებელია, მოერიდონ არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებს, რადგან იმატებს დივერტიკული პერფორაციის რისკი.^[52]

მონიტორინგი

მონიტორინგი

დრეკადი სიგმოიდოსკოპია ან კოლონოსკოპია რეკომენდებულია მწვავე დივერტიკულიტის პირველი ეპიზოდის ალაგების შემდეგ, რათა გამოირიცხოს კოლორექტული კიბო ან სხვა დიფერენციული დიაგნოზები; ბარიუმის ოყნა შეიძლება გამოვიყენოთ ალტერნატივად.^[100] მიუხედავად იმისა, რომ არ არსებობს დამტკიცებული კავშირი დივერტიკულოზსა და კოლორექტულ ნეოპლაზიას შორის, სასკრინინგო კოლონოსკოპია უნდა ჩატარდეს 50 წელს გადაცილებულ პაციენტებში (რისკი ნორმის ფარგლებში) და უფრო ადრე იმ პაციენტებში, ვისაც მაღალი რისკი აქვს.

გართულებები

გართულებები		ქრონოლოგია ალბათობა
ფისტულა	გრძელვადიანი	დაბალი
იქმნება როცა დივერტიკული აბსცესი იხევა და ჩაედინება მიმდებარე ორგანოში, როგორცაა შარდის ბუთი მამაკაცებში და საშო ქალებში.[96] კოლონოვტიკული ფისტულები ჩვეულებრივ ვლინდება პნევმატურიით, ფეკალურიითა და საშარდე გზების განმეორებითი ინფექციებით.[97] საშოდან განავლის ან აირის გამოსვლა სადიაგნოსტიკოა კოლოვაციინალური ფისტულისთვის. უფრო იშვიათია ფისტულები ნაწლავსა და ნაწლავს შორის, ნაწლავსა და საშვილოსნოს შორის და ნაწლავსა და შარდსადინარს შორის. სადიაგნოსტიკოდ გამოიყენება ცისტოსკოპია, ცისტოგრაფია, მეთილენის ლურჯით კვლევა, კონტრასტული რენტგენი. უპირატესი მიდგომაა ქირურგიული ჩარევა.[96] [97] თუ პერფორაცია განვითარდა, საჭიროა ანტიბიოტიკების დანიშვნა გენერალიზებული პერიტონიტისა და სეპტიცემიის საპრევენციოდ.		
კოლორექტული სიმსივნე	გრძელვადიანი	დაბალი
მიუხედავად იმისა, რომ არ არსებობს დამტკიცებული კავშირი დივერტიკულოზსა და კოლორექტულ ნეოპლაზიას შორის, ერთი კვლევის მიხედვით, ექსტენსიური დისტალური დივერტიკულოზის მქონე ქალებს შორსნასული დისტალური ნეოპლაზიის უფრო მაღალი ალბათობა აღენიშნებათ.[99] რეკომენდებულია ეჭვის მაღალი ხარისხი და სკრინინგის დაბალი ზღვარი, რათა ამ პაციენტებში კოლორექტული კიბო აღრეულად ამოვიცნოთ და განვკურნოთ.		
აბსცესი	ცვალებადი	საშუალო
მცირე ზომის პერიკოლიკული აბსცესების უმეტესობა პასუხობს ნაწლავის განტვირთვითა და ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით თერაპიას. აბსცესის დრენირება კანიდან (კტ კონტროლის ქვეშ) აჩქარებს შეხორცების პროცესებს და ამცირებს ქირურგიული ჩარევის საჭიროებას.[95] ქირურგიული ჩარევა საჭიროა მაშინ, როცა მედიკამენტური მკურნალობითა და კანქვეშა დრენაჟით კლინიკა არ უმჯობესდება. ქირურგიული ჩარევა უნდა გავითვალისწინოთ მულტილოკაციური ან მიუდგომელი აბსცესების შემთხვევაში. თუ აბსცესი მუცლის მოშორებულ არეშია, იგი მაინც შეიძლება წარმოადგენდეს დივერტიკულიტის გართულებას, მნიშვნელოვანი მარცხენამხრივი სიმპტომების არარსებობის მიუხედავად. დიაგნოსტიკური ლაპაროსკოპია/მიმოხილვითი ლაპაროტომია უნდა განვიხილოთ იმ შემთხვევაში, თუ პირველადი დიაგნოზი ნათელი არ არის.		
პერფორაცია	ცვალებადი	საშუალო
მიკროპერფორაცია ძირითადად თვითგანკურნებადია და კონსერვატული მიდგომა, მათ შორის ანტიბიოტიკები, ინტრავენური სითხეები და ნაწლავის განტვირთვა სრულად შეხორცებისთვის საკმარისია. თუმცა, თავისუფალი პერფორაცია გადაუდებელ მდგომარეობას წარმოადგენს და მკურნალობის		

გართულებები

ქრონოლოგია ალბათობა

გარეშე შეიძლება გამოიწვიოს გენერალიზებული პერიტონიტი, რასაც მნიშვნელოვანი ავადობა და სიკვდილობა ახასიათებს. მიუხედავად იმისა, რომ კტ სკანირება დამადასტურებელი კვლევაა, თავისუფალი ჰაერის არსებობა მუცლის რენტგენზე, კლინიკური ეჭვის თანხლებით, ამართლებს მიმოხილვით ლაპაროტომიას. შესაბამისი გამოცდილების არსებობის შემთხვევაში, ლაპაროსკოპია და ლაპაროსკოპული პერიტონეუმის ლავაჟი წარმოადგენს ალტერნატივას.[74] [75] [76] [77]

სტრიქტურები, ობსტრუქცია

ცვალებადი

საშუალო

ანთება და ფიბროზი შეიძლება გახდეს სტრიქტურის ჩამოყალიბების მიზეზი, რაც, თავისმხრივ, ხდება ნაწილობრივი ან სრული ობსტრუქციის მიზეზი. ნაწლავის ობსტრუქცია ასევე შეიძლება გამოიწვიოს ანთებითი ნაწლავის მიერ ზეწოლა ან წვრილი ნაწლავის ხვეულების მოქცევამ ანთებით პროცესში. შეიძლება ჩამოყალიბდეს ილუესი ან ფსევდოობსტრუქცია.

სტრიქტურის შემთხვევაში საჭიროა გამოირიცხოს სიმსივნე, როგორც ობსტრუქციის მიზეზი; ამ შემთხვევაში გამოიყენება კოლონოსკოპიური ბიოფსია.

სამკურნალოდ შეიძლება გამოიყენოთ ბალონური დილატაცია და სტენტირება.[98] დილატაციის წარუმატებლობა ან ავთვისებიანი პროცესის გამოირიცხვის შეუძლებლობა წარმოადგენს ქირურგიული რეგულაციის ჩვენებას.

ნაწილობრივი ობსტრუქციისთვის შეიძლება საკმარისი იყოს ნაწლავის განტვირთვა, ნაზოგასტრული სანაცია და ინტრავენური ანტიბიოტიკები. მუცლის მარტივი სერიული რენტგენოგრაფია უნდა ჩატარდეს ობსტრუქციის პროგრესირების შესაფასებლად და ნაწლავის იშემიის ადრეული ნიშნების ამოსაცნობად. თუ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება კონსერვატული მიდგომით ან ვლინდება ნაწლავის იშემია, ნაჩვენებია ქირურგიული ჩარევა.

ფსევდოობსტრუქცია იმართება კონსერვატულად, მაპროვოცირებელი მიზეზების კორექციით, როგორცაა სეფსისი, ელექტროლიტური დარღვევები; საჭიროა ინტრავენური გადასხმა და ნაზოგასტრული სანაცია.

პროგნოზი

გართულებელი დივერტიკულიტის მქონე პაციენტთა უმრავლესობა მედიკამენტურ მკურნალობაზე პასუხობს და არ საჭიროებს ქირურგიულ ჩარევას.

განმეორებითი დაავადება

დაავადება მეორდება მედიკამენტებით ნამკურნალებ პაციენტთა დაახლოებით ერთ მესამედში, ძირითადად 5 წლის პერიოდში.[32] [91] რეციდივის რისკი, როგორც ჩანს, უფრო მაღალია ახალგაზრდა და აბსცესის მქონე პაციენტებში ინდიკატორი დიაგნოზის დროს.[92] განმეორებითი დაავადება ასოცირებულია მაღალ სიკვდილობასთან. პასუხი მკურნალობაზე ნაკლებგამოხატულია.

მეზალამინი, პრობიოტიკები, ან რიფაქსიმინი მორეციდივე დივერტიკულიტის პრევენციისთვის რეკომენდებული არ არის.[43] [47] მტკიცებულებები აჩვენებს, რომ მეზალამინი რეციდივის რისკს არ ამცირებს.[86] რიფაქსიმინის, მეზალამინისა და რიფაქსიმინის, ბალსალაზიდის (5-ამინოსალიცილის მუავას პროპრეპარატი) და პრობიოტიკების კომბინაციის, ან ბურდოკის ჩაის გამოყენების შესახებ მტკიცებულებები არასაკმარისია.[47]

ოპერაციის შემდგომი მდგომარეობა

ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ, ყველა პაციენტის დაახლოებით მეოთხედი კვლავაც რჩება სიმპტომური.^{[93] [94]}

დიაგნოსტიკური გაიდლაინები

გაერთიანებული სამეფო

Diverticular disease: diagnosis and management (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng147>)

ავტორი National Institute for Health and Care Excellence

ბოლო გამოქვეყნება: 2019

ჩრდილოეთი ამერიკა

Appropriateness criteria: left lower quadrant pain (<https://www.acr.org/Clinical-Resources/ACR-Appropriateness-Criteria>)

ავტორი American College of Radiology

ბოლო გამოქვეყნება: 2023

Diagnosis and management of acute left-sided colonic diverticulitis (<https://www.acponline.org/clinical-information/guidelines>)

ავტორი American College of Physicians

ბოლო გამოქვეყნება: 2022

Colonoscopy for diagnostic evaluation and interventions to prevent recurrence after acute left-sided colonic diverticulitis (<https://www.acponline.org/clinical-information/guidelines>)

ავტორი American College of Physicians

ბოლო გამოქვეყნება: 2022

მკურნალობის გაიდლაინები

გაერთიანებული სამეფო

Diverticular disease: diagnosis and management (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng147>)

ავტორი National Institute for Health and Care Excellence

ბოლო გამოქვეყნება: 2019

Position statement on elective resection for diverticulitis (<https://www.acpgbi.org.uk/resources>)

ავტორი Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland

ბოლო გამოქვეყნება: 2011

ევროპა

Guidelines for the management of diverticular disease of the colon (<https://www.escp.eu.com/guidelines>)

ავტორი European Society of Coloproctology

ბოლო გამოქვეყნება: 2020

EAES and SAGES 2018 consensus conference on acute diverticulitis management: evidence-based recommendations for clinical practice (<https://www.sages.org/publications/guidelines>)

ავტორი European Association for Endoscopic Surgery; Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons

ბოლო გამოქვეყნება: 2019

საერთაშორისო

2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting (<https://www.wses.org.uk/guidelines>)

ავტორი World Society of Emergency Surgery

ბოლო გამოქვეყნება: 2020

ჩრდილოეთი ამერიკა

Diagnosis and management of acute left-sided colonic diverticulitis (<https://www.acponline.org/clinical-information/guidelines>)

ავტორი American College of Physicians

ბოლო გამოქვეყნება: 2022

Clinical practice guidelines for the treatment of left-sided colonic diverticulitis (<https://fascrs.org/healthcare-providers/education/clinical-practice-guidelines>)

ავტორი American Society of Colon and Rectal Surgeons

ბოლო გამოქვეყნება: 2020

Management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding (<https://gi.org/guidelines>)

ავტორი American College of Gastroenterology

ბოლო გამოქვეყნება: 2023

American Gastroenterological Association Institute guideline on the management of acute diverticulitis (<https://www.gastro.org/guidelines>)

ავტორი American Gastroenterological Association Institute

ბოლო გამოქვეყნება: 2015

მტკიცებულების ცხრილები

როგორ შეადარებთ ლაპარასკოპულ რეზექციას და ღია რეზექციას სიგმოიდური დივერტიკულიტის დროს?



ეს ცხრილი ზემოთ მოცემულ კოჭრეინის კლინიკურ შეკითხვაზე ფოკუსირებულ სისტემატური მიმოხილვაში მოხსენებული ანალიზის შეჯამებაა.



Cochrane
Clinical Answers

იხილეთ სრული წყარო კოჭრეინის კლინიკური პასუხი (<https://www.cochranelibrary.com/cca/doi/10.1002/cca.1995/full>)

C ღონის

მტკიცებულება *

მტკიცებულებების სარწმუნოება არის ზომიერი ან დაბალიდან საშუალომდე, სადაც GRADE სისტემით შეფასება ჩატარებულია. ძირითადი შედეგების ეფექტიანობის მიხედვით ინტერვენციასა და შედარებით ჯგუფს შორის შესაძლოა განსხვავება არ არსებობდეს. თუმცა, ეს დაზუსტებული არ არის და ახალმა მტკიცებულებებმა მომავალში შესაძლოა რეკომენდაცია შეცვალოს.

პოპულაცია: ზრდასრულები სიგმოიდური დივერტიკულიტით

ინტერვენცია: ლაპარასკოპული რეზექცია

შედარება: ღია რეზექცია

შედეგები	ეფექტიანობა (BMJ შეფასება) [†]	მტკიცებულების სარწმუნოება (GRADE) [‡]
ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	დაბალი
30-დღიანი პოსტოპერაციული სიკვდილობა	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	დაბალი
საერთო ქირურგიული პოსტოპერაციული გართულებები (მეთვალყურეობა 6-12 თვე)	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	დაბალი
ადრეული საერთო სიკვდილობა 30-ე პოსტოპერაციულ დღეს	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	დაბალი
გვიანი საერთო ავადობა (პირველი 30 პოსტოპერაციული დღის შემდეგ: 6 თვის განმავლობაში)	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	ძალიან დაბალი
გვიანი საერთო სიკვდილობა (პირველი 30	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	ძალიან დაბალი

შედეგები	ეფექტიანობა (BMJ შეფასება) [†]	მტკიცებულების სარწმუნოება (GRADE) [‡]
პოსტოპერაციული დღის შემდეგ)		
ოპერაციის ხანგრძლივობა	უპირატესობას ანიჭებს შესაძარებელ ჯგუფს	დაბალი
ოპერაციის განმავლობაში სისხლის დაკარგვა	სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის	ძალიან დაბალი
პოსტოპერაციული ტკივილი მე-4 დღეს	უპირატესობას ანიჭებს ინტერვენციას	ძალიან დაბალი
სიცოცხლის ხარისხი (მეთვალყურეობა 6-12 თვე)	იხილეთ შენიშვნა #	დაბალი

შენიშვნა:

შედეგები ნარატიულია. იხილეთ Cochrane Clinical Answer (CCA) დამატებითი დეტალებისთვის.

* მტკიცებულების დონეები

მტკიცებულების დონე BMJ Best Practice-ის მიერ გამოყენებული შეფასების შიდა სისტემის სისტემაა. იხილეთ EBM ნაკრები (<https://bestpractice.bmj.com/info/evidence-tables/>) დეტალებისთვის

მტკიცებულების სარწმუნოება

- A - მაღალი ან საშუალო-მაღალი
- B - საშუალო ან დაბალი-საშუალო
- C - ძალიან დაბალი ან დაბალი

† ეფექტიანობა (BMJ შეფასება)

სტატისტიკური მნიშვნელობის მიხედვით, რაც მიუთითებს, რომ შედეგები ნაკლებად სავარაუდოა შემთხვევით იყოს გამოწვეული, თუმცა ცალსახად არ ამტკიცებს შედეგების კლინიკურ მნიშვნელობას.

‡ Grade სარწმუნოების შკალები

მაღალია	ავტორები საკმაოდ დარწმუნებულები არიან, რომ ჭეშმარიტი ეფექტი გამოთვლილის მსგავსია.
ზომიერი	ავტორები საშუალოდ დარწმუნებულები არიან, რომ ჭეშმარიტი ეფექტი სავარაუდოდ ახლოა გამოთვლილ ეფექტთან.
დაბალი	ავტორები არ არიან დარწმუნებულები, რომ ეფექტის მაჩვენებელი და ჭეშმარიტი ეფექტი მსგავსია. სავარაუდოა მნიშვნელოვანი განსხვავებები.
ძალიან დაბალი	ავტორები არ არიან დარწმუნებულები, რომ ეფექტის მაჩვენებელი და ჭეშმარიტი ეფექტი მსგავსია. სავარაუდოა ძალიან მნიშვნელოვანი აცდენა.

BMJ Best Practice EBM ნაკრები: რა არის GRADE? (<https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/>)

ძირითადი სტატიები

- American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: left lower quadrant pain. 2023 [internet publication]. [სრული ტექსტი \(https://acsearch.acr.org/docs/69356/Narrative\)](https://acsearch.acr.org/docs/69356/Narrative)
- Peery AF, Shaukat A, Strate LL. AGA Clinical practice update on medical management of colonic diverticulitis: expert review. Gastroenterology. 2021 Feb;160(3):906-11.e1. [სრული ტექსტი \(https://www.gastrojournal.org/action/showPdf?pii=S0016-5085%2820%2935512-8\)](https://www.gastrojournal.org/action/showPdf?pii=S0016-5085%2820%2935512-8) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33279517?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33279517?tool=bestpractice.bmj.com)
- Hall J, Hardiman K, Lee S, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the treatment of left-sided colonic diverticulitis. Dis Colon Rectum. 2020 Jun;63(6):728-47. [სრული ტექსტი \(https://journals.lww.com/dcrjournal/Fulltext/2020/06000/The_American_Society_of_Colon_and_Rectal_Surgeons.6.aspx\)](https://journals.lww.com/dcrjournal/Fulltext/2020/06000/The_American_Society_of_Colon_and_Rectal_Surgeons.6.aspx) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32384404?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32384404?tool=bestpractice.bmj.com)
- Qaseem A, Etzeandia-Ikobaltzeta I, Lin JS, et al. Diagnosis and management of acute left-sided colonic diverticulitis: a clinical guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2022 Mar;175(3):399-415. [სრული ტექსტი \(https://www.doi.org/10.7326/M21-2710\)](https://www.doi.org/10.7326/M21-2710) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35038273?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35038273?tool=bestpractice.bmj.com)
- Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. World J Emerg Surg. 2020 May 7;15(1):32. [სრული ტექსტი \(https://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-020-00313-4\)](https://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-020-00313-4) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32381121?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32381121?tool=bestpractice.bmj.com)
- Stollman N, Smalley W, Hirano I; AGA Institute Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association Institute guideline on the management of acute diverticulitis. Gastroenterology. 2015 Dec;149(7):1944-9. [სრული ტექსტი \(http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(15\)01432-8/fulltext\)](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(15)01432-8/fulltext) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26453777?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26453777?tool=bestpractice.bmj.com)

წყაროები

- Tursi A. Diverticular disease: a therapeutic overview. World J Gastrointest Pharmacol Ther. 2010 Feb 6;1(1):27-35. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3091143\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3091143) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21577292?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21577292?tool=bestpractice.bmj.com)
- Andersen JC, Bundgaard L, Elbrønd H, et al. Danish national guidelines for treatment of diverticular disease. Dan Med J. 2012 May;59(5):C4453. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22549495?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22549495?tool=bestpractice.bmj.com)
- Hinchey EJ, Schaaf PG, Richards GK. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. Adv Surg. 1978;12:85-109. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/735943?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/735943?tool=bestpractice.bmj.com)

4. Matrana MR, Margolin DA. Epidemiology and pathophysiology of diverticular disease. Clin Colon Rectal Surg. 2009 Aug;22(3):141-6. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2780269\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2780269) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20676256?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20676256?tool=bestpractice.bmj.com)
5. Delvaux M. Diverticular disease of colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention. Aliment Pharmacol Ther. 2003 Nov;18(suppl 3):71-4. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14531745?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14531745?tool=bestpractice.bmj.com)
6. Painter NS, Burkitt DP. Diverticular disease of the colon: a deficiency disease of Western civilization. Br Med J. 1971 May 22;2(5759):450-4. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4930390?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4930390?tool=bestpractice.bmj.com)
7. Painter NS. The cause of diverticular disease of colon, its symptoms and complications, review and hypothesis. J R Col Surg Edinb. 1985 Apr;30(2):118-22. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2991507?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2991507?tool=bestpractice.bmj.com)
8. Ogunbiyi OA. Diverticular disease of the colon in Ibadan, Nigeria. Afr J Med Med Sci. 1989 Dec;18(4):241-4. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2558553?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2558553?tool=bestpractice.bmj.com)
9. Kiguli-Malwadde E, Kasozi H. Diverticular disease of the colon in Kampala, Uganda. Afr Health Sci. 2002 Apr;2(1):29-32. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2141558\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2141558) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12789112?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12789112?tool=bestpractice.bmj.com)
10. Madiba TE, Mokoena T. Pattern of diverticular disease among Africans. East Afr Med J. 1994 Oct;71(10):644-6. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7821243?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7821243?tool=bestpractice.bmj.com)
11. Nair P, Mayberry JF. Vegetarianism, dietary fiber and gastrointestinal disease. Dig Dis. 1994 May-Jun;12(3):177-85. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7988064?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7988064?tool=bestpractice.bmj.com)
12. Gear JS, Ware A, Fursdon P, et al. Symptomless diverticular disease and intake of dietary fibre. Lancet. 1979 Mar 10;1(8115):511-4. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/85104?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/85104?tool=bestpractice.bmj.com)
13. Crowe FL, Appleby PN, Allen NE, et al. Diet and risk of diverticular disease in Oxford cohort of European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): prospective study of British vegetarians and non-vegetarians. BMJ. 2011 Jul 19;343:d4131. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3139912\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3139912) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21771850?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21771850?tool=bestpractice.bmj.com)
14. Lin OS, Soon MS, Wu SS, et al. Dietary habits and right-sided colonic diverticulosis. Dis Colon Rectum. 2000 Oct;43(10):1412-8. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11052519?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11052519?tool=bestpractice.bmj.com)
15. Parks TG. Natural history of diverticular disease of the colon. Clin Gastroenterol. 1975 Jan;4(1):53-69. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1109820?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1109820?tool=bestpractice.bmj.com)
16. Konvolinka CW. Acute diverticulitis under the age of forty. Am J Surg. 1994 Jun;167(6):562-5. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8209928?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8209928?tool=bestpractice.bmj.com)

17. Tursi A. Current and Evolving Concepts on the Pathogenesis of Diverticular Disease. J Gastrointestin Liver Dis. 2019 Jun 1;28:225-35. [სრული ტექსტი \(https://www.jgld.ro/jgld/index.php/jgld/article/view/184/124\)](https://www.jgld.ro/jgld/index.php/jgld/article/view/184/124) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31204408?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31204408?tool=bestpractice.bmj.com)
18. Schafmayer C, Harrison JW, Buch S, et al. Genome-wide association analysis of diverticular disease points towards neuromuscular, connective tissue and epithelial pathomechanisms. Gut. 2019 May;68(5):854-65. [სრული ტექსტი \(https://gut.bmj.com/content/68/5/854.long\)](https://gut.bmj.com/content/68/5/854.long) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30661054?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30661054?tool=bestpractice.bmj.com)
19. Wijarnpreecha K, Ahuja W, Chesdachai S, et al. Obesity and the risk of colonic diverticulosis: a meta-analysis. Dis Colon Rectum. 2018 Apr;61(4):476-83. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29521829?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29521829?tool=bestpractice.bmj.com)
20. 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 Dec;56(8):2423-38. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5682875\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5682875) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28393286?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28393286?tool=bestpractice.bmj.com)
21. 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 Jul;19(7):621-33. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28556447?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28556447?tool=bestpractice.bmj.com)
22. Wijarnpreecha K, Boonpheng B, Thongprayoon C, et al. Smoking and risk of colonic diverticulosis: a meta-analysis. J Postgrad Med. 2018 Jan-Mar;64(1):35-9. [სრული ტექსტი \(https://www.jpgmonline.com/article.asp?issn=0022-3859;year=2018;volume=64;issue=1;spage=35;epage=39;aulast=Wijarnpreecha\)](https://www.jpgmonline.com/article.asp?issn=0022-3859;year=2018;volume=64;issue=1;spage=35;epage=39;aulast=Wijarnpreecha) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29067919?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29067919?tool=bestpractice.bmj.com)
23. Bode MK, Karttunen TJ, Makela J, et al. Type I and III collagens in human colon cancer and diverticulosis. Scand J Gastroenterol. 2000 Jul;35(7):747-52. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10972180?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10972180?tool=bestpractice.bmj.com)
24. Bassotti G, Battaglia E, Spinozzi E, et al. Twenty-four hour recordings of colonic motility in patients with diverticular disease: evidence for abnormal motility and propulsive activity. Dis Colon Rectum. 2001 Dec;44(12):1814-20. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11742167?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11742167?tool=bestpractice.bmj.com)
25. Leganger J, Søborg MK, Mortensen LQ, et al. Association between diverticular disease and Ehlers-Danlos syndrome: a 13-year nationwide population-based cohort study. Int J Colorectal Dis. 2016 Dec;31(12):1863-7. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27604811?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27604811?tool=bestpractice.bmj.com)
26. Hauer-Jensen M, Bursac Z, Read RC. Is herniosis the single etiology of Saint's triad? Hernia. 2009 Feb;13(1):29-34. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18704619?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18704619?tool=bestpractice.bmj.com)
27. Schieffer KM, Kline BP, Yochum GS, et al. Pathophysiology of diverticular disease. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2018 Jul;12(7):683-92. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29846097?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29846097?tool=bestpractice.bmj.com)

28. Muller-Lissner SA. Effect of wheat bran on weight of stool and gastrointestinal transit time: a meta analysis. Br Med J. 1988 Feb 27;296(6622):615-7. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2832033?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2832033?tool=bestpractice.bmj.com)
29. Simpson J, Scholefield JH, Spiller RC. Pathogenesis of colonic diverticula. Br J Surg 2002 May;89(5):546-54. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11972543?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11972543?tool=bestpractice.bmj.com)
30. Tjiang E, Raja M, Hoyle C, et al. The role of nitric oxide in colonic compliance in diverticular disease. Gut. 1998 Jan;42 (suppl 1):A95.
31. Painter NS, Burkitt DP. Diverticular disease of the colon, a 20th century problem. Clin Gastroenterol. 1975 Jan;4(1):3-21. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1109818?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1109818?tool=bestpractice.bmj.com)
32. Young-Fadok TM, Roberts PL, Spencer MP, et al. Colonic diverticular disease. Curr Prob Surg. 2000 Jul;37(7):457-514. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10932672?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10932672?tool=bestpractice.bmj.com)
33. Ma W, Nguyen LH, Song M, et al. Intake of dietary fiber, fruits, and vegetables and risk of diverticulitis. Am J Gastroenterol. 2019 Sep;114(9):1531-8. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6731157\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6731157) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31397679?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31397679?tool=bestpractice.bmj.com)
34. Wess L, Eastwood MA, Wess TJ, et al. Cross linking of collagen is increased in colonic diverticulosis. Gut. 1995 Jul;37(1):91-4. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7672689?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7672689?tool=bestpractice.bmj.com)
35. Dobbins C, Defontgalland D, Duthie G, et al. The relationship of obesity to the complications of diverticular disease. Colorectal Dis. 2006 Jan;8(1):37-40. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16519636?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16519636?tool=bestpractice.bmj.com)
36. Strate LL, Liu YL, Aldoori WH, et al. Obesity increases the risks of diverticulitis and diverticular bleeding. Gastroenterology. 2009 Jan;136(1):115-22. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2643271\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2643271) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18996378?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18996378?tool=bestpractice.bmj.com)
37. Goh H, Bourne R. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and perforated diverticular disease: a case-control study. Ann R Coll Surg Engl. 2002 Mar;84(2):93-6. [სრული ტექსტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2503782\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2503782) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11995772?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11995772?tool=bestpractice.bmj.com)
38. Sugihara Y, Kudo SE, Miyachi H, et al. Analysis of risk factors for colonic diverticular bleeding: a matched case-control study. Gut Liver. 2016 Mar;10(2):244-9. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4780454\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4780454) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26087793?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26087793?tool=bestpractice.bmj.com)
39. Yuhara H, Corley DA, Nakahara F, et al. Aspirin and non-aspirin NSAIDs increase risk of colonic diverticular bleeding: a systematic review and meta-analysis. J Gastroenterol. 2014 Jun;49(6):992-1000. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24221694?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24221694?tool=bestpractice.bmj.com)
40. Sengupta N, Feuerstein JD, Jairath V, et al. Management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding: an updated ACG guideline. Am J Gastroenterol. 2023 Feb 1;118(2):208-31. [სრული ტექსტი](#)

(https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2023/02000/management_of_patients_with_acute_lower.14.aspx)
 აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36735555?tool=bestpractice.bmj.com>)

41. Marlett JA, McBurney MI, Slavin JL; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: health implications of dietary fiber. J Am Diet Assoc. 2002 Jul;102(7):993-1000. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12146567?tool=bestpractice.bmj.com>)
42. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: left lower quadrant pain. 2023 [internet publication]. სრული ტექსტი (<https://acsearch.acr.org/docs/69356/Narrative>)
43. Peery AF, Shaukat A, Strate LL. AGA Clinical practice update on medical management of colonic diverticulitis: expert review. Gastroenterology. 2021 Feb;160(3):906-11.e1. სრული ტექსტი (<https://www.gastrojournal.org/action/showPdf?pii=S0016-5085%2820%2935512-8>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33279517?tool=bestpractice.bmj.com>)
44. Shin JH, Son BH, Kim H. Clinically distinguishing between appendicitis and right-sided colonic diverticulitis at initial presentation. Yonsei Med J. 2007 Jun 30;48(3):511-6. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2628084>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17594161?tool=bestpractice.bmj.com>)
45. Hall J, Hardiman K, Lee S, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the treatment of left-sided colonic diverticulitis. Dis Colon Rectum. 2020 Jun;63(6):728-47. სრული ტექსტი (https://journals.lww.com/dcrjournal/Fulltext/2020/06000/The_American_Society_of_Colon_and_Rectal_Surgeons.6.aspx) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32384404?tool=bestpractice.bmj.com>)
46. Qaseem A, Etzeandia-Ikobaltzeta I, Lin JS, et al. Diagnosis and management of acute left-sided colonic diverticulitis: a clinical guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2022 Mar;175(3):399-415. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.7326/M21-2710>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35038273?tool=bestpractice.bmj.com>)
47. Qaseem A, Etzeandia-Ikobaltzeta I, Lin JS, et al. Colonoscopy for diagnostic evaluation and interventions to prevent recurrence after acute left-sided colonic diverticulitis: a clinical guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2022 Mar;175(3):416-31. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.7326/M21-2711>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35038270?tool=bestpractice.bmj.com>)
48. Jensen DM, Machicado GA, Jutabha R, et al. Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. N Eng J Med. 2000 Jan 13;342(2):78-82. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10631275?tool=bestpractice.bmj.com>)
49. Salzman H, Lillie D. Diverticular disease: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2005 Oct 1;72(7):1229-34. სრული ტექსტი (<https://www.aafp.org/afp/2005/1001/p1229.html>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16225025?tool=bestpractice.bmj.com>)
50. Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. World J Emerg Surg. 2020 May 7;15(1):32. სრული

ტექსტი (<https://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-020-00313-4>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32381121?tool=bestpractice.bmj.com>)

51. Kechagias A, Rautio T, Kechagias G, et al. The role of C-reactive protein in the prediction of the clinical severity of acute diverticulitis. *Am Surg*. 2014 Apr;80(4):391-5. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24887672?tool=bestpractice.bmj.com>)
52. National Institute for Health and Care Excellence. Diverticular disease: diagnosis and management. 27 November 2019 [internet publication]. სრული ტექსტი (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng147/chapter/Recommendations>)
53. Loftus EV Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology*. 2004 May;126(6):1504-17. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15168363?tool=bestpractice.bmj.com>)
54. Kirsner JB. Historical origins of current IBD concepts. *World J Gastroenterol*. 2001 Apr;7(2):175-84. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11819757?tool=bestpractice.bmj.com>)
55. Shepherd NA. Diverticular disease and chronic idiopathic inflammatory bowel disease: associations and masquerades. *Gut* 1996 Jun;38(6):801-2. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8984012?tool=bestpractice.bmj.com>)
56. Schmulson MJ, Drossman DA. What is new in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil*. 2017 Apr 30;23(2):151-63. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5383110>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28274109?tool=bestpractice.bmj.com>)
57. Eberhardt F, Crichton M, Dahl C, et al. Role of dietary fibre in older adults with asymptomatic (AS) or symptomatic uncomplicated diverticular disease (SUDD): systematic review and meta-analysis. *Maturitas*. 2019 Dec;130:57-67. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31706437?tool=bestpractice.bmj.com>)
58. Unlu C, Daniels L, Vrouenraets BC, et al. A systematic review of high-fibre dietary therapy in diverticular disease. *Int J Colorectal Dis*. 2012 Apr;27(4):419-27. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3308000>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21922199?tool=bestpractice.bmj.com>)
59. Byrnes MC, Mazuski JE. Antimicrobial therapy for acute colonic diverticulitis. *Surg Infect (Larchmt)*. 2009 Apr;10(2):143-54. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19226204?tool=bestpractice.bmj.com>)
60. Biondo S, Golda T, Kreisler E, et al. Outpatient versus hospitalization management for uncomplicated diverticulitis: a prospective, multicenter randomized clinical trial (DIVER trial). *Ann Surg*. 2014 Jan;259(1):38-44. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23732265?tool=bestpractice.bmj.com>)
61. Sánchez-Velázquez P, Grande L, Pera M. Outpatient treatment of uncomplicated diverticulitis: a systematic review. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2016 Jun;28(6):622-7. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26891198?tool=bestpractice.bmj.com>)
62. Ferzoco LB, Raptopoulos V, Silen W. Acute diverticulitis. *N Engl J Med*. 1998 May 21;338(21):1521-6. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9593792?tool=bestpractice.bmj.com>)

63. Mege D, Yeo H. Meta-analyses of current strategies to treat uncomplicated diverticulitis. Dis Colon Rectum. 2019 Mar;62(3):371-8. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30570549?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30570549?tool=bestpractice.bmj.com)
64. 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 Aug;62(8):1005-12. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30664553?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30664553?tool=bestpractice.bmj.com)
65. Emile SH, Elfeki H, Sakr A, et al. Management of acute uncomplicated diverticulitis without antibiotics: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of predictors of treatment failure. Tech Coloproctol. 2018 Jul;22(7):499-509. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29980885?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29980885?tool=bestpractice.bmj.com)
66. 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 Mar;175(3):379-87. [სრული ტექსტი \(https://www.doi.org/10.7326/M21-1645\)](https://www.doi.org/10.7326/M21-1645) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35038271?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35038271?tool=bestpractice.bmj.com)
67. Dichman ML, Rosenstock SJ, Shabanzadeh DM. Antibiotics for uncomplicated diverticulitis. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Jun 22;6:CD009092. [სრული ტექსტი \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009092.pub3/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009092.pub3/full) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35731704?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35731704?tool=bestpractice.bmj.com)
68. Stollman N, Smalley W, Hirano I; AGA Institute Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association Institute guideline on the management of acute diverticulitis. Gastroenterology. 2015 Dec;149(7):1944-9. [სრული ტექსტი \(http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(15\)01432-8/fulltext\)](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(15)01432-8/fulltext) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26453777?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26453777?tool=bestpractice.bmj.com)
69. Bloomfeld RS, Rockey DC, Shetzline MA. Endoscopic therapy of acute diverticular hemorrhage. Am J Gastroenterol. 2001 Aug;96(8):2367-72. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11513176?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11513176?tool=bestpractice.bmj.com)
70. Angenete E, Bock D, Rosenberg J, et al. Laparoscopic lavage is superior to colon resection for perforated purulent diverticulitis-a meta-analysis. Int J Colorectal Dis. 2017 Feb;32(2):163-9. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5285409\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5285409) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27567926?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27567926?tool=bestpractice.bmj.com)
71. Cirocchi R, Di Saverio S, Weber DG, et al. Laparoscopic lavage versus surgical resection for acute diverticulitis with generalised peritonitis: a systematic review and meta-analysis. Tech Coloproctol. 2017 Feb;21(2):93-110. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28197792?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28197792?tool=bestpractice.bmj.com)
72. 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;35:201-8. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27741423?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27741423?tool=bestpractice.bmj.com)

73. Toorenvliet BR, Swank H, Schoones JW, et al. Laparoscopic peritoneal lavage for perforated colonic diverticulitis: a systematic review. *Colorectal Dis.* 2010 Sep;12(9):862-7. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19788490?tool=bestpractice.bmj.com>)
74. Angenete E, Thornell A, Burcharth J, et al. Laparoscopic lavage is feasible and safe for the treatment of perforated diverticulitis with purulent peritonitis: the first results from the randomized controlled trial DILALA. *Ann Surg.* 2016 Jan;263(1):117-22. **სრული ტექსტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4679345>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25489672?tool=bestpractice.bmj.com>)
75. Gehrman J, Angenete E, Björholt I, et al. Health economic analysis of laparoscopic lavage versus Hartmann's procedure for diverticulitis in the randomized DILALA trial. *Br J Surg.* 2016 Oct;103(11):1539-47. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5095815>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27548306?tool=bestpractice.bmj.com>)
76. Schultz JK, Wallon C, Bleic L, et al. One-year results of the SCANDIV randomized clinical trial of laparoscopic lavage versus primary resection for acute perforated diverticulitis. *Br J Surg.* 2017 Sep;104(10):1382-92. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28631827?tool=bestpractice.bmj.com>)
77. Shaikh FM, Stewart PM, Walsh SR, et al. Laparoscopic peritoneal lavage or surgical resection for acute perforated sigmoid diverticulitis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Surg.* 2017 Feb;38:130-7. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28089941?tool=bestpractice.bmj.com>)
78. Galbraith N, Carter JV, Netz U, et al. Laparoscopic lavage in the management of perforated diverticulitis: a contemporary meta-analysis. *J Gastrointest Surg.* 2017 Sep;21(9):1491-9. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28608041?tool=bestpractice.bmj.com>)
79. Abbas S. Resection and primary anastomosis in acute complicated diverticulitis, a systematic review of the literature. *Int J Colorectal Dis.* 2007 Apr;22(4):351-7. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16437211?tool=bestpractice.bmj.com>)
80. Janes S, Meagher A, Faragher IG, et al. The place of elective surgery following acute diverticulitis in young patients: when is surgery indicated? An analysis of the literature. *Dis Colon Rectum.* 2009 May;52(5):1008-16. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19502872?tool=bestpractice.bmj.com>)
81. Richards RJ, Hammitt JK. Timing of prophylactic surgery in prevention of diverticulitis recurrence: a cost-effectiveness analysis. *Dig Dis Sci.* 2002 Sep;47(9):1903-8. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12353827?tool=bestpractice.bmj.com>)
82. Siddiqui MR, Sajid MS, Qureshi S, et al. Elective laparoscopic sigmoid resection for diverticular disease has fewer complications than conventional surgery: a meta-analysis. *Am J Surg.* 2010 Jul;200(1):144-61. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20637347?tool=bestpractice.bmj.com>)
83. Cirocchi RF, Farinella E, Trastulli S, et al. Elective sigmoid colectomy for diverticular disease. Laparoscopic vs open surgery: a systematic review. *Colorectal Dis.* 2012 Jun;14(6):671-83. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21689339?tool=bestpractice.bmj.com>)

84. 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. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26305068?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26305068?tool=bestpractice.bmj.com)
85. Basany EE, Solís-Peña A, Pellino G, et al. Preoperative oral antibiotics and surgical-site infections in colon surgery (ORALEV): a multicentre, single-blind, pragmatic, randomised controlled trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2020 Aug;5(8):729-38. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32325012?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32325012?tool=bestpractice.bmj.com)
86. Balk EM, Adam GP, Cao W, et al. Evaluation and management after acute left-sided colonic diverticulitis : a systematic review. Ann Intern Med. 2022 Mar;175(3):388-98. [სრული ტექსტი \(https://www.doi.org/10.7326/M21-1646\)](https://www.doi.org/10.7326/M21-1646) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35038269?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35038269?tool=bestpractice.bmj.com)
87. Gaber CE, Kinlaw AC, Edwards JK, et al. Comparative Effectiveness and Harms of Antibiotics for Outpatient Diverticulitis : Two Nationwide Cohort Studies. Ann Intern Med. 2021 Jun;174(6):737-46. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33617725?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33617725?tool=bestpractice.bmj.com)
88. European Medicines Agency. Quinolone- and fluoroquinolone-containing medicinal products. 19 March 2019 [internet publication]. [სრული ტექსტი \(https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/quinolone-fluoroquinolone-containing-medicinal-products\)](https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/quinolone-fluoroquinolone-containing-medicinal-products)
89. US Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: FDA warns about increased risk of ruptures or tears in the aorta blood vessel with fluoroquinolone antibiotics in certain patients. 21 December 2018 [internet publication]. [სრული ტექსტი \(https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-warns-about-increased-risk-ruptures-or-tears-aorta-blood-vessel-fluoroquinolone-antibiotics\)](https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-warns-about-increased-risk-ruptures-or-tears-aorta-blood-vessel-fluoroquinolone-antibiotics)
90. US Food and Drug Administration. FDA reinforces safety information about serious low blood sugar levels and mental health side effects with fluoroquinolone antibiotics; requires label changes. 10 July 2018 [internet publication]. [სრული ტექსტი \(https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-reinforces-safety-information-about-serious-low-blood-sugar-levels-and-mental-health-side\)](https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-reinforces-safety-information-about-serious-low-blood-sugar-levels-and-mental-health-side)
91. Reisman Y, Ziv Y, Kravrovitc D, et al. Diverticulitis: the effect of age and location on the course of diseases. International J Colorect Dis. 1999 Nov;14(4-5):250-4. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10647635?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10647635?tool=bestpractice.bmj.com)
92. Hupfeld L, Burcharth J, Pommergaard HC, et al. Risk factors for recurrence after acute colonic diverticulitis: a systematic review. Int J Colorectal Dis. 2017 May;32(5):611-22. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28110383?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28110383?tool=bestpractice.bmj.com)
93. Munson KD, Hensien MA, Jacob LN, et al. Diverticulitis: a comprehensive follow-up, Dis Colon Rectum. 1996 Mar;39(3):318-22. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8603555?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8603555?tool=bestpractice.bmj.com)
94. Elliott TB, Yego S, Irvin TT. Five-year audit of the acute complications of diverticular disease. Br J Surg. 1997 Apr;84(4):535-9. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9112911?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9112911?tool=bestpractice.bmj.com)

95. Saini S, Mueller PR, Whittenberg J, et al. Percutaneous drainage of diverticular abscess: an adjunct to surgical therapy. Arch Surg. 1986 Apr;121(4):475-8. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3954593?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3954593?tool=bestpractice.bmj.com)
96. Woods RJ, Lavery IC, Fazio VW, et al. Internal fistulas in diverticular disease. Dis Colon Rectum. 1988 Aug;31(8):591-6. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3402284?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3402284?tool=bestpractice.bmj.com)
97. McBeath RB, Schiff M Jr, Allen V, et al. A 12-year experience with enterovesical fistulas. Urology. 1994 Nov;44(5):661-5. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7974940?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7974940?tool=bestpractice.bmj.com)
98. Tamim WZ, Ghellai A, Counihan TC, et al. Experience with endoluminal colonic wall stents for the management large bowel obstruction for benign and malignant disease. Arch Surg. 2000 Apr;135(4):434-8. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10768708?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10768708?tool=bestpractice.bmj.com)
99. Kief BJ, Eckert GJ, Imperiale TF. Is diverticulosis associated with colorectal neoplasia? A cross-sectional colonoscopic study. Am J Gastroenterol. 2004 Oct;99(10):2007-11. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15447764?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15447764?tool=bestpractice.bmj.com)
100. Fozard JB, Armitage NC, Schofield JB, et al. ACPGBI position statement on elective resection for diverticulitis. Colorectal Dis. 2011 Apr;13(Suppl 3):S1-11. [სრული ტექსტი \(https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1463-1318.2010.02531.x\)](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1463-1318.2010.02531.x)
101. Aldoori WH, Giovannucci EL, Rimm EB, et al. Prospective study of physical activity and risk of symptomatic diverticular disease in men. Gut. 1995 Feb;36(2):276-82. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7883230?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7883230?tool=bestpractice.bmj.com)

განმარტება

BMJ Best Practice განკუთვნილია ლიცენზირებული სამედიცინო პროფესიონალებისთვის. BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) არ უწევს რეკომენდაციას იმ მედიკამენტების ან თერაპიის გამოყენებას, რომლებიც პუბლიკაციაშია ნახსენები. არ ხდება პაციენტების დიაგნოსტიკა. როგორც სამედიცინო პროფესიონალი, თქვენ გაქვთ სრული პასუხისმგებლობა პაციენტის მკურნალობაზე და უნდა გამოიყენოთ საკუთარი კლინიკური ცოდნა და ექსპერტიზა ამ რესურსის მოხმარების დროს.

ეს მასალა არ ფარავს დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, მონიტორინგის ყველა შესაძლო მეთოდს. ყველა მედიკამენტი, უკუჩვენებები და გვერდითი მოვლენები არ არის განხილული. ასევე, მედიცინის სტანდარტები და პრაქტიკები იცვლება ახალი ინფორმაციის მოპოვებისას, ამიტომ რაც შეიძლება მეტ წყაროს უნდა იყენებდეთ. ჩვენ რეკომენდაციას ვუწევთ კონკრეტული დიაგნოზის, მკურნალობის, მონიტორინგის ინდივიდუალურ ვარიანტებს, რათა უზრუნველყოთ პაციენტისთვის შესაფერისი მკურნალობა თქვენს რეგიონში. ასევე, რეცეპტით გაცემული მედიკამენტების შემთხვევაში, მონოდედულია შეამოწმოთ მედიკამენტის ბუკლერი, რომელშიც მოცემულია ჩვენებები, დოზირების სქემა და უკუჩვენებები; განსაკუთრებით თუ მედიკამენტი ახალია, იშვიათად გამოიყენება ან ვიწრო თერაპიული ფანჯარა აქვს. ყოველთვის შეამოწმოთ, არის თუ არა ნახსენები მედიკამენტი ლიცენზირებული თქვენს რეგიონში, იმავე ჩვენებისთვის და იმავე დოზით.

BMJ Best Practice ინფორმაციას განვითარებს არსებული სახით. არ არსებობს ინფორმაციის სიზუსტის ან სიახლის გარანტია ან წინაპირობა. BMJ, მისი ლიცენზირების წყარო და ლიცენზირებული ერთეულები არ იღებენ პასუხისმგებლობას პაციენტების ამ რესურსის მიხედვით მკურნალობაზე. კანონის დაცვით, BMJ, მისი ლიცენზირების წყარო და ლიცენზირებული ერთეულები არ იღებენ პასუხისმგებლობას დაზიანებაზე, რომელიც ამ მასალის გამო აღინიშნა. გამოტოვებულია ყველა პირობა, გარანტია და სხვა დებულება, რომელიც კანონით შეიძლება იყოს გათვალისწინებული, მაგ. დამაკმაყოფილებელი ხარისხი, შესაბამისობა მიზნებთან, რაციონალური მიდგომა მომსახურებაზე და საკუთრების უფლებების დარღვევა.

იქ, სადაც BMJ Best Practice გადათარგმნილია ინგლისურიდან სხვა ენებზე, BMJ არ იღებს პასუხისმგებლობას თარგმანის სიზუსტესა და სანდოობაზე, ან მესამე პირების მიერ მონოდედულ მასალებზე (მაგ. ადგილობრივი რეგულაციები, კლინიკური გაიდლაინები, ტერმინოლოგია, მედიკამენტების სახელები და დოზები). BMJ არ არის პასუხისმგებელი შეცდომებზე, რომლებიც თარგმანის და ადაპტაციის დროს მოხდა. თუ BMJ Practice მოიცავს მედიკამენტების სახელებს, დაცულია International Nonproprietary Names (rINNs) რეკომენდაციები. ზოგიერთი ფორმულარი იმავე მედიკამენტებს შეიძლება სხვა სახელით მოიხსენიებდეს.

გახსოვდეთ, რომ ფორმულა/შეყვანის გზა და დოზა შეიძლება განსხვავებული იყოს მედიკამენტების ბაზების, დასახელების და ბრენდების მიხედვით, ფორმულარის ან გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის მიხედვით. აუცილებლად უნდა მოიმუშაოთ ადგილობრივი ფორმულარი.

BMJ Best Practice-ის რეკომენდაციები მკურნალობის შესახებ სპეციფიკურად ეხება პაციენტების ჯგუფებს. ინტეგრირებული ფორმულარის შერჩევისას სიფრთხილე გმართებთ, რადგან მკურნალობის ზოგიერთი რეკომენდაცია მხოლოდ ზრდასრულებს ეხება, პედიატრიული ფორმულარი კი შეიძლება არ უჭერდეს მხარს ბავშვებში გამოყენებას (და პირიქით). ყოველთვის შეამოწმოთ, იყენებთ თუ არა პაციენტისთვის შესაბამის ფორმულარს.

თუ BMJ Best Practice -ის თქვენი ვერსია არ არის ინტეგრირებული ადგილობრივ ფორმულარისთან, აუცილებელია ადგილობრივი ფარმაცევტული ბაზის შემოწმება მედიკამენტის შესახებ ინფორმაციის, (მაგ. უკუჩვენებების, წამალთშორისი ურთიერთქმედებების ალტერნატიული დოზირების) სანახავად.

რიცხვების ინტერპრეტაცია

მასალის ენის მიუხედავად, რიცხვები გამოსახული იქნება ინგლისური ენის სტანდარტის მიხედვით. მაგალითად, 4-ციფრიანი რიცხვი არ უნდა მოიცავდეს მძიმეს ან წერტილს; 5 ან მეტ-ციფრიანი რიცხვები უნდა მოიცავდეს მძიმეს; 1-ზე ნაკლები რიცხვები უნდა დაინეროს მათედების გამოყენებით. იხ. ფიგურა 1, განმარტებითი ცხრილისთვის.

BMJ არ იღებს პასუხისმგებლობას რიცხვების არასწორ ინტერპრეტაციაზე, თუ რიცხვები ამ სტანდარტს აკმაყოფილებ

ეს მიღგომა შესაბამემა [International Bureau of Weights and Measures Service-ის სტანდარტს](#).

ფიგურა 1 – BMJ Best Practice -ის ციფრების სტილი

5-ციფრიანი რიცხვები: 10,000

4-ციფრიანი რიცხვები: 1000

რიცხვები < 1: 0.25

ჩვენი სრული ვებგვერდი და წესები/პირობები შეგიძლიათ იხილოთ აქ: [ვებგვერდის წესები და პირობები](#).

დაგვიკავშირდით

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

კონტრიბუტორები:

// ავტორები:

Mohamed A. Thaha, PhD, FRCS (Gen Surg), PG Cert Hlt Econ

Senior Lecturer & Consultant in Colorectal Surgery

National Bowel Research Centre, Blizard Institute, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, The Royal London Hospital, Barts Health NHS Trust, London, UK

განცხადება: MAT declares that he has no competing interests.

Jayan Dewanta Jayasinghe, MD

International Senior Fellow in Colorectal Surgery

The Royal London Hospital, Barts Health NHS Trust, London, UK

განცხადება: JDJ declares that he has no competing interests.

// მადლიერება:

Dr Mohamed A. Thaha and Dr Jayan D. Jayasinghe would like to gratefully acknowledge Dr Emma Carrington, Ms Kathryn Lynes, Professor Norman S. Williams, and Dr Abbasi Akhtar, the previous contributors to this topic.

განცხადება: EC has received honoraria for teaching, and acts as a consultant for Laborie Medical Management Systems. KL has received funding for a research fellowship from the David Johnston Fellowship through the Royal College of Surgeons of England. NSW is an author of a reference cited in this topic. AA declares that he has no competing interests.

// რეცენზენტები:

Ned Snyder, MD, FACP

Professor of Medicine

Chief of Clinical Gastroenterology and Hepatology, University of Texas Medical Branch, Galveston, TX

განცხადება: NS declares that he has no competing interests.

Nicolas Regenet, MD

Clinic of digestive and endocrine surgery

University Hospital, Nantes, France

განცხადება: NR declares that he has no competing interests.