

КОММЕНТАРИИ К СТАТЬЕ

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ОСТРОГО ДИВЕРТИКУЛИТА

Алиев С.А., Алиев Э.С., Гахраманова Ф.А.

Статья Алиева С.А. и соавторов «Дискуссионные вопросы лечебной тактики при дивертикулярной болезни толстой кишки, осложненной первым эпизодом острого дивертикулита» посвящена крайне важной и актуальной проблеме современной хирургии и колопроктологии: оценке непосредственных и отдалённых результатов лечения пациентов с первым эпизодом острого дивертикулита. Этот вопрос достаточно остро ставится многими специалистами, а лечебные подходы значительно варьируют от предельно консервативных до весьма радикальных, как, например, необходимость планового хирургического лечения через месяц после стихания острых воспалительных явлений. Данный факт можно объяснить крайней неоднородностью рассматриваемой группы больных с точки зрения прогноза дальнейшего течения дивертикулярной болезни. У 10-30% пациентов развивается либо рецидив острого дивертикулита, либо имеет место непрерывное течение хронического дивертикулита (около 30% пациентов). У части пациентов (около 5%) в течение года развиваются более тяжелые формы рецидивов [1]. По данным систематического обзора Perpas G., et al, обобщающего результаты консервативного лечения острых осложнений дивертикулярной болезни почти у 25 тысяч пациентов, 40-80% из них испытывают клинические проявления последствий этой атаки, в первую очередь, боль [2].

Эффективность консервативной и противорецидивной терапии в таких клинических ситуациях мало изучена, а плановая резекция в качестве альтернативы сопровождается высоким риском развития послеоперационных осложнений, достигающим 60% (из них 15% – несостоятельность колоректальных анастомозов) [3]. Именно эта дилемма лежит в основе весьма расплывчатой формулировки «индивидуальный подход», которую можно найти во всех клинических рекомендациях и практических руководствах по дивертикулярной болезни.

Таким образом, при оценке результатов консервативного лечения острого дивертикулита первоочеред-

ное значение имеет частота и выраженность рецидивов, выраженность болевого синдрома, частота эпизодов боли и выраженность функциональных нарушений. Эти характеристики определяют качество жизни пациентов в целом. Алиев С.А. и соавторы при изучении результатов лечения выбрали только оценку качества жизни по шкале SF-36, не приводя данных по другим показателям. Здесь необходимо отметить, что шкала SF-36 является неспецифическим инструментом оценки качества жизни при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и, в частности, при дивертикулярной болезни. У данной шкалы также есть ряд общеизвестных недостатков, среди которых – отсутствие единого показателя для определения минимальных клинически значимых изменений. Следовательно, краткий опросник общего состояния здоровья SF-36 позволяет регистрировать весьма грубые изменения в больших выборках. Для преодоления этих неточностей, большинство исследователей применяют сразу несколько шкал для регистрации изменений качества жизни [3,4]. Обычно, в качестве основного инструмента используется гастроэнтерологическая шкала GIQLI, а в качестве дополнительных – анкетирование по опросникам EQ-5D и SF-36. Выраженность боли, как правило, оценивают с применением визуально-аналоговой шкалы (VAS), так как с помощью SF-36 определить достоверные изменения по этому показателю крайне затруднительно. Несомненно, что для оценки эффективности лечения дивертикулярной болезни должна быть разработана специальная шкала, как например, для геморроидальной болезни [5] и кишечных стом [6], но до настоящего времени такой инструмент ещё не создан.

Таким образом, оценка результатов лечения пациентов с острым дивертикулитом не должна ограничиваться анкетированием, тем более с применением одной лишь неспецифической шкалы качества жизни без группы сравнения. Это нецелесообразно ни в практической деятельности, ни в научных целях.

ЛИТЕРАТУРА

1. van Dijk ST, Daniels L1, Nio CY, et al. Predictive factors on CT imaging for progression of uncomplicated into complicated acute diverticulitis. *Int J Colorectal Dis.* 2017 Dec;32(12):1693-1698. doi: 10.1007/s00384-017-2919-0. Epub 2017 Oct 26.
2. Peppas G, Bliziotis IA, Oikonomaki D, et al. Outcomes after medical and surgical treatment of diverticulitis: a systematic review of the available evidence. *J Gastroenterol Hepatol.* 2007 Sep; 22(9):1360-8.
3. van de Wall BJM, Stam MAW, Draaisma WA, Stellato R, et al. DIRECT trial collaborators. Surgery versus conservative management for recurrent and ongoing left-sided diverticulitis (DIRECT trial): an open-label, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2017 Jan;2(1):13-22. doi: 10.1016/S2468-1253(16)30109-1. Epub 2016 Oct 19.
4. Bolkenstein HE, Consten ECJ, van der Palen J, van de Wall BJM, et al. Dutch Diverticular Disease (3D) Collaborative Study Group. Long-term Outcome of Surgery Versus Conservative Management for Recurrent and Ongoing Complaints After an Episode of Diverticulitis: 5-year Follow-up Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial (DIRECT-Trial). *Ann Surg.* 2019 Apr;269(4):612-620. doi: 10.1097/SLA.0000000000003033.
5. Rørvik HD, Styr K, Ilum L, McKinstry GL, et al. Hemorrhoidal Disease Symptom Score and Short Health Scale HD: New Tools to Evaluate Symptoms and Health-Related Quality of Life in Hemorrhoidal Disease. *Dis Colon Rectum.* 2019 Mar;62(3):333-342. doi: 10.1097/DCR.0000000000001234.
6. Elfeki H, Thyø A, Nepogodiev D, Pinkney TD, White M, Laurberg S, Christensen P; Colostomy Impact Score study group. Patient and healthcare professional perceptions of colostomy-related problems and their impact on quality of life following rectal cancer surgery. *BJS Open.* 2018 May 7;2(5):336-344. doi: 10.1002/bjs5.69. eCollection 2018 Sep.

Редколлегия журнала «Колопроктология»