

<https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-2-40-48>



Качество жизни больных идиопатическим мегаколон и его взаимосвязь с клинической симптоматикой и результатами диагностических тестов

Алешин Д.В., Ачкасов С.И., Шахматов Д.Г., Суровегин Е.С., Сушков О.И., Фоменко О.Ю.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Салыма Адилы, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

РЕЗЮМЕ

ЦЕЛЬ: оценить качество жизни пациентов с идиопатическим мегаколон и его взаимосвязь с клинической картиной и результатами диагностических тестов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: проведен ретроспективный анализ клинической картины и результатов обследования 81 больного идиопатическим мегаколон/мезаректум за период с 2004 по 2022 гг. Диагноз мегаколон/мезаректум устанавливался на основании рентгенконтрастного исследования (ирригоскопии), болезнь Гиришпрунга исключалась с помощью аноректальной манометрии и, при необходимости, биопсии прямой кишки по Свенсону. Качество жизни пациентов оценивалось с помощью опросника IBSQOL, а выраженность клинических симптомов — с помощью специального опросника в балльной шкале.

РЕЗУЛЬТАТЫ: наибольшее влияние идиопатический мегаколон оказывает на общий тонус и способность к выполнению основной профессиональной деятельности. При унивариантном анализе статистически значимая корреляция качества жизни обнаружена с возрастом и полом пациентов, сохранностью самостоятельного стула, величиной интегральных показателей «абдоминальный дискомфорт» и «расстройство дефекации», частотой самостоятельной дефекации, длительностью анамнеза, интенсивностью запоров по шкале Векснера и выраженностью транзитных нарушений по данным исследования транзита бариевой взвеси по ЖКТ. В то же время ни наличие или отсутствие запоров или каломазания, ни размеры толстой кишки по данным ирригоскопии, ни параметры резервуарной функции прямой кишки и дефекографии не коррелировали с суммарной оценкой качества жизни. Качество жизни также достоверно не отличалось у пациентов, которым было назначено консервативное лечение и тех, кто в дальнейшем был оперирован. Независимыми факторами, статистически значимо влияющими на качество жизни, являются возраст пациентов и выраженность симптомов абдоминального дискомфорта и расстройства дефекации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: с точки зрения качества жизни наибольшее влияние идиопатический мегаколон оказывает на общий тонус и способность к выполнению основной профессиональной деятельности. Независимыми факторами, статистически значимо влияющими на оценку качества жизни, являются возраст пациентов и выраженность симптомов абдоминального дискомфорта и расстройства дефекации.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Идиопатический мегаколон, идиопатический мезаректум, качество жизни

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ФИНАНСИРОВАНИЕ: Источники финансирования отсутствуют

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Алешин Д.В., Ачкасов С.И., Шахматов Д.Г., Суровегин Е.С., Сушков О.И., Фоменко О.Ю. Качество жизни больных идиопатическим мегаколон и его взаимосвязь с клинической симптоматикой и результатами диагностических тестов. Колопроктология. 2023; т. 22, № 2, с. 40–48. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-2-40-48>

Clinical features and quality of life of patients with idiopathic megacolon

Denis V. Aleshin, Sergey I. Achkasov, Oleg I. Sushkov, Dmitriy G. Shakhmatov, Evgeniy S. Surovegin, Oksana Yu. Fomenko

Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Salyama Adilya st., 2, Moscow, 123423, Russia)

ABSTRACT

AIM: to assess the quality of life (QoL) of patients with idiopathic megacolon and its relationship with clinical and diagnostic features.

PATIENTS AND METHODS: the retrospective study of clinical features and diagnostic tests results included 81 patients with idiopathic megacolon/megarectum (2004–2022). The diagnosis of megacolon/megarectum was confirmed with a barium enema, Hirschsprung's disease was excluded based on anorectal manometry and (if needed) rectal Swenson biopsy. The QoL was assessed by IBSQOL questionnaire; clinical symptoms were assessed with a point scale.

RESULTS: the quality of life in patients with idiopathic megacolon has most affected energy (emotional and physical) and physical role (work/main activity). In univariate analysis the significant correlation was revealed between QoL and age, sex, rate of defecation without assistance, rate of integral parameters "abdominal discomfort" and "defecation difficulties", duration of anamnesis, Wexner constipation scale rate and gut transit time ($p < 0,05$). In the same time, the presence or absence of constipation or anal incontinence (leakage), colon and rectum sizes (based on barium enema), parameters of defecography and rectal compliance test have not correlated with a QoL. No significant difference of QoL in patients added to conservative treatment and operated after. Due to multivariate analysis (multiple linear regression) the age and rate of "abdominal discomfort" and "defecation difficulties" were only independent factors affected quality of life.

CONCLUSION: in terms of quality of life, idiopathic megacolon has the greatest impact on general tone and ability to perform basic professional activities. Independent factors that statistically significantly affect the assessment of quality of life are the age of patients and the severity of symptoms of abdominal discomfort and defecation disorders.

KEYWORDS: Idiopathic megacolon, idiopathic megarectum, quality of life

CONFLICT OF INTEREST: The authors declare no conflict of interest

FOR CITATION: Aleshin D.V., Achkasov S.I., Sushkov O.I., Shakhmatov D.G., Evgeniy S. Surovegin, Fomenko O.Yu. Clinical features and quality of life of patients with idiopathic megacolon. *Koloproktologia*. 2023;22(2):40–48. (in Russ.). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-2-40-48>

АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ: Аleshin Денис Викторович, ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, ул. Салыма Адилы, д. 2, Москва, 123423, Россия; тел.(499)199-07-61; e-mail: aleshin_dv@gnck.ru

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE: Aleshin D.V., Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Salyama Adilya st., 2, Moscow, 123423, Russia; (499)199-07-61; e-mail: aleshin_dv@gnck.ru

Дата поступления — 22.11.2022
Received — 22.11.2022

После доработки — 13.01.2023
Revised — 13.01.2023

Принято к публикации — 17.05.2023
Accepted for publication — 17.05.2023

ВВЕДЕНИЕ

Идиопатический мегаколон — это хроническое расширение толстой кишки, для которого не удастся выявить четкий этиологический фактор. Распространенность идиопатического мегаколон неизвестна, но в целом считается, что это достаточно редкое состояние. Так, согласно Knowles С.Н. с соавт. (2003), за 10 лет в Лондонский Королевский госпиталь обратилось 1600 пациентов, страдающих хроническими запорами. Только у 20 из них при обследовании был обнаружен мегаколон/мегаректум [1]. В то же время, поскольку, с одной стороны, основным проявлением мегаколон являются запоры и симптомы абдоминального дискомфорта, а с другой, для его диагностики необходимы специальные тесты, он в значительной части случаев может оставаться нераспознанным, проходя под маской синдрома раздраженного кишечника или медленно-транзитных запоров. И, по данным ряда авторов, составлять до 10–20% пациентов с рефрактерными запорами [2]. Однако это отдельная группа пациентов с отличным алгоритмом диагностики и лечения, существенно более высоким риском осложненного течения и, соответственно, значительно более

широкими показаниями к хирургическому вмешательству [3].

В настоящее время, согласно систематическому обзору Cuda Т. с соавт. 2018 года [4] и нашему анализу базы данных PubMed за последующий период (2018–2022 года), в литературе нет данных о качестве жизни пациентов с идиопатическим мегаколон. Поэтому целью нашего исследования явилась оценка качества жизни пациентов с идиопатическим мегаколон и его взаимосвязи с клинической картиной и результатами диагностических тестов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ качества жизни, клинической картины и результатов обследования 81 пациента с идиопатическим мегаколон/мегаректум, наблюдавшихся в ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н.Рыжих» Минздрава России с 2004 по 2022 гг.

В настоящее время не существует общепринятых критериев диагностики идиопатического мегаколон/мегаректум. В данное исследование включались пациенты, у которых диагноз был установлен

Таблица 1. Ширина просвета различных отделов толстой кишки в норме**Table 1.** The normal width of various parts of the colon

Отдел кишки (n = 160)	Ширина просвета (min–max, см)	
	Ачкасов С.И., 2003 (n = 160)	Preston DM, Lennard-Jones JE, et al., 1985 (n = 50)
Слепая	4,0–9,0	–
Восходящая	2,5–9,0	5,0–9,3
Поперечная	2,5–8,5	4,5–8,3
Нисходящая	1,5–6,0	3,7–7,1
Сигмовидная	1,5–6,0	3,3–6,3
Прямая	4,5–8,5	2,2–6,5

Таблица 2. Шкала оценки симптомов абдоминального дискомфорта и расстройства дефекации**Table 2.** Scale of assessment of symptoms of abdominal discomfort and defecation disorder

Симптомы абдоминального дискомфорта	нет	Очень редко	Временами	Часто	Большую часть времени	Всегда
Симптомы затрудненной дефекации	нет	Очень редко (0–25% дефекаций)	Временами (25–50% дефекаций)	Часто (50–75% дефекаций)	Большую часть времени (75–100% дефекаций)	Всегда
Длительность дефекации	Менее 5 мин.	5–15 мин.	16–30 мин.	Более 30 мин.		
Баллы	0	1	2	3	4	5

на основании рентгенконтрастного исследования (ирригоскопии), если ширина того или иного отдела толстой кишки превышала параметры нормы, определенные ранее в нашей клинике в ходе рентген-морфометрического исследования [5]. Эти параметры очень близки результатам второго из двух имеющихся к настоящему времени исследований нормальных размеров толстой кишки, выполненного в Лондонском Королевском госпитале (Табл. 1) [6]. Идиопатический характер мегаколон/мегаректум подтверждался путем исключения болезни Гиршпрунга по данным ирригоскопии, аноректальной манометрии (n = 76) и, при необходимости, полнослойной биопсии стенки прямой кишки по Свенсону (n = 7). Также были исключены внекишечные причины развития мегаколон.

В исследование не включались пациенты со стомами, перенесшие ранее в других клиниках обструктивные резекции ободочной кишки по поводу мегаколон и обратившиеся в наш Центр для реконструктивно-восстановительного хирургического лечения.

Для оценки качества жизни (КЖ) использовался опросник IBSQOL. Он был разработан в 1997 году группой немецких исследователей во главе с доктором Hahn В.А. при поддержке фармацевтической компании Glaxo Wellcome и рекомендован к применению на Всемирном конгрессе гастроэнтерологов в Риме в 1999 году [7]. Опросник IBSQOL включает 30 вопросов с градацией ответов в балльной шкале (от 1 до 5 или от 1 до 6 баллов). Эти вопросы сгруппированы в 9 разделов, отражающих влияние кишечных симптомов на различные стороны жизни человека:

1) эмоциональная сфера; 2) психическое здоровье; 3) сон; 4) тонус; 5) физическая активность; 6) питание; 7) социальная активность; 8) основная деятельность; 9) сексуальные отношения.

Балльная оценка производится по каждому разделу и суммарно. Показатели по домену рассчитываются в процентном отношении к наилучшему возможному для данного раздела суммарному баллу и колеблются, таким образом, в интервале от 0 до 100.

Суммарная оценка рассчитывается как среднее значение показателей по разделам.

Чем ниже полученная оценка, тем хуже качество жизни.

При анализе взаимосвязи КЖ с клинической картиной учитывались такие признаки, как пол, возраст, анамнестические данные (длительность анамнеза, наличие заворотов в анамнезе, хирургическое лечение в последующем) и следующие симптомы: наличие или отсутствие запоров, самостоятельного стула, позывов к дефекации и каломазания, частота дефекации, симптомы абдоминального дискомфорта и затруднений при дефекации.

Кроме того, клинические проявления оценивались с помощью специального опросника с градацией частоты-выраженности симптомов, что позволило провести количественный анализ в балльной шкале. Ранее этот опросник использовался нами для оценки выраженности клинической симптоматики у пациентов с хроническими запорами [8]. Для удобства анализа часть симптомов была условно сгруппирована в два интегральных показателя: «абдоминальный дискомфорт» и «расстройство дефекации».

Таблица 3. Шкала оценки сохранности самостоятельного стула и позывов к дефекации**Table 3.** Scale of assessment of the safety of an independent stool and the urge to defecate

Бывает ли самостоятельный стул (без использования слабительных, клизм, свечей, ручного пособия):	нет	Очень редко	Временами	Часто	Большую часть времени	Всегда
Позывы на дефекацию	нет	Очень редко	Временами	Часто	Большую часть времени	Всегда
Баллы	0	1	2	3	4	5

Таблица 4. Шкала оценки частоты дефекации**Table 4.** The scale of assessment of the defecation rate

Частота дефекаций (если не использовать слабительные, клизмы, свечи)	3 раза в неделю или чаще	2 раза в неделю	1 раз в неделю	Менее 1 раза в неделю	Менее 1 раза в месяц
Баллы	5	4	3	2	1

Таблица 5. Шкала оценки длительности анамнеза**Table 5.** Anamnesis duration assessment scale

Продолжительность симптомов (лет)	до 1	1-5	6-10	11-20	Более 20
Баллы	1	2	3	4	5

Таблица 6. Оценка времени транзита по ЖКТ в баллах**Table 6.** Estimation of transit time for the gastrointestinal tract in points

Время транзита (часы)	До 24	24-48	49-72	73-96	Более 96
Баллы	1	2	3	4	5

«Абдоминальный дискомфорт» включал такие симптомы, как отрыжка, тошнота, рвота, вздутие живота, урчание в животе, тяжесть в животе, боли в животе. Показатель «расстройство дефекации» определялся длительностью дефекации и жалобами на «затруднения при дефекации», «необходимость интенсивного натуживания во время дефекации», «чувство неполного опорожнения». Величина обоих показателей рассчитывалась как простая сумма баллов по каждому из симптомов (Табл. 2).

Помимо симптомов абдоминального дискомфорта и расстройства дефекации, в балльной шкале оценивалась длительность анамнеза симптомов и сохранность позывов к дефекации, сохранность самостоятельного стула и частота дефекации без использования клизм и слабительных препаратов (Табл. 3–5). Кроме того, опросник позволял оценить интенсивность запоров по модифицированной шкале Векснера. Отличия ее от оригинальной версии были минимальны и заключались в градации выраженности затруднений при дефекации и ощущения неполного опорожнения не в 5-ти (0–4 балла), а в 6-ти (0–5 баллов) ступенчатой шкале.

Анализ взаимосвязи оценки качества жизни производился со следующими признаками диагностических тестов:

- Ирригоскопия ($n = 81$)
- о Ширина отделов толстой кишки

о Длина сигмовидной и поперечной ободочной кишок

о Произведение максимальной ширины на длину сигмовидной кишки — условный показатель, с помощью которого мы пытались точнее учесть зависимость симптоматики от размеров кишки.

Необходимо отметить, что не у всех пациентов было возможно измерить длину сигмовидной и поперечной ободочной кишок и произведение ширины на длину вследствие наложения петель кишки на ирриграммах.

- Дефекография ($n = 52$)
- о Остаточный объем ($V_{ост}$)
- о Время опорожнения ($T_{деф}$)

По техническим причинам время опорожнения при дефекографии было зарегистрировано у 47 из 52 пациентов, которым это исследование выполнялось.

• Исследование транзита по желудочно-кишечному тракту (ЖКТ) бариевой взвеси в течение 5 дней ($n = 52$). В статистическом анализе выраженность транзитных нарушений оценивалась в баллах (Табл. 6). Кроме того, учитывалось наличие или отсутствие дистальной задержки, то есть преимущественной задержки контраста в сигмовидной и прямой кишках.

- Исследование резервуарной функции прямой кишки ($n = 40$)
- о Максимально переносимый объем (МПО, мл)

- о Индекс максимально переносимого объема ($I_{\text{мпо}}$) — отношение максимально переносимого объема к величине создаваемого им остаточного ректального давления
- о Коэффициент адаптации ($\Delta V/\Delta P$) — отношение прироста объема к приросту остаточного давления от порога чувствительности до максимально переносимого объема.

У 8 пациентов при исследовании резервуарной функции прямой кишки регистрировались только объемы вводимого в ректальный баллон воздуха, соответствующие порогам чувствительности, без учета создаваемого ими остаточного ректального давления. Поэтому расчет индекса максимально переносимого объема и коэффициента адаптации был невозможен. Еще в 12 наблюдениях не было возможности калькуляции коэффициента адаптации в силу того, что пациенты оказались не в состоянии дифференцировать первый порог чувствительности прямой кишки к наполнению.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Статистический анализ выполнялся с помощью программы Статистика, версия 13.3. Учитывая ненормальное распределение большинства признаков, для корреляционного анализа использовался критерий Спирмена, а различия по бинарным признакам оценивались с помощью критерия Манна-Уитни.

Многофакторный анализ проводился с помощью уравнений множественной линейной регрессии. Различия признавались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ оценки пациентами с идиопатическим мезаколон качества жизни по доменам анкеты IBSQOL показал, что самые низкие показатели были характерны для общего тонуса и способности к основной профессиональной деятельности (Рис. 1).

Это свидетельствует о том, что наибольшее влияние заболевание оказывало именно на эти сферы жизнедеятельности. В соответствующих разделах опросника пациенты часто отмечали ощущение эмоциональной и физической усталости, соглашались с утверждением, что заболевание нарушает их способность успешно трудиться, вынуждает избегать некоторых видов работ, «не позволяет выполнить работу так, как хотелось бы».

Взаимосвязь суммарной оценки качества жизни (\sum_{IBSQOL}) с клинической симптоматикой и результатами диагностических тестов оценивалась с помощью корреляционного анализа Спирмена для ранговых величин (Табл. 7) и теста Манна-Уитни для качественных (бинарных) признаков (Табл. 8).

Как видно из таблицы 7, итоговая оценка КЖ (\sum_{IBSQOL}) статистически значимо снижалась с возрастом

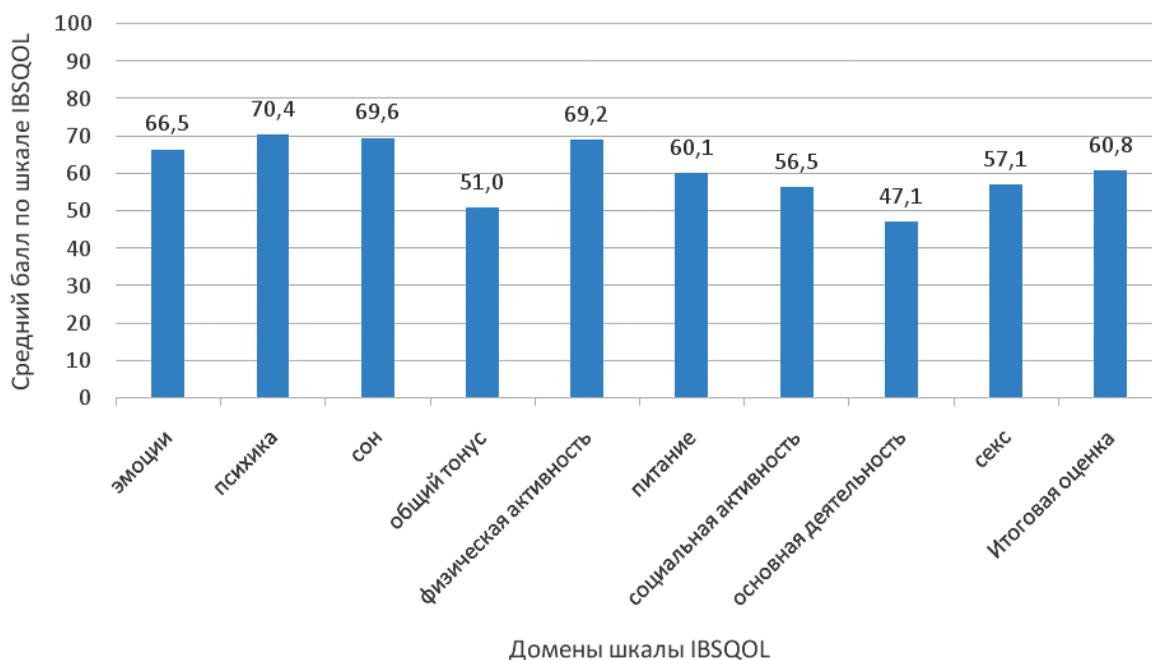


Рисунок 1. Оценка качества жизни пациентами с идиопатическим мезаколон по разделам анкеты IBSQOL

Figure 1. Health related quality of life measured with IBSQOL scales and summary index (mean rate)

Таблица 7. Взаимосвязь итоговой оценки КЖ (Σ_{IBSQOL}) с клиническими признаками и результатами обследования (ранговые признаки — корреляция Спирмена)

Table 7. Relationship of the summary QOL assessment (Σ_{IBSQOL}) with clinical signs and test results (rank signs — Spearman correlation)

Признак		n	R	p
Возраст		81	-0,22	0,04
Самостоятельный стул (баллы)		80	0,46	0,000
Частота дефекации		77	0,24	0,04
Позывы к дефекации		79	0,19	0,09
«Абдоминальный дискомфорт»		78	-0,55	0,000
«Расстройство дефекации»		78	-0,44	0,000
Длительность анамнеза		80	-0,26	0,02
Интенсивность запоров (шкала Векснера)		79	-0,50	0,000
Ирригоскопия	Длина сигмовидной кишки	44	0,09	0,56
	Длина поперечной ободочной кишки	10	-0,24	0,51
	Ширина прямой кишки	65	-0,18	0,16
	Ширина сигмовидной кишки	56	0,07	0,59
	Ширина × длина сигмовидной кишки	36	0,06	0,71
	Ширина поперечной ободочной кишки	23	-0,30	0,16
Время транзита по ЖКТ		52	-0,33	0,02
Дефекография	$T_{\text{деф}}$	47	0,07	0,64
	$V_{\text{ост}}$	52	0,04	0,79
Резервуарная функция прямой кишки	МПО	40	-0,01	0,96
	$I_{\text{мпо}}$	32	0,08	0,66
	$\Delta V/\Delta P$	20	0,21	0,37

Примечание: R – коэффициент ранговой корреляции Спирмена

пациентов, а также при увеличении интегральных показателей «абдоминальный дискомфорт» и «расстройство дефекации». Величина Σ_{IBSQOL} зависела и от пола пациентов — у мужчин она была достоверно больше, чем у женщин (Табл. 8). Сохранность самостоятельного стула, оцененная как в баллах, так и в качестве бинарного признака (да/нет), большая частота дефекации без использования слабительных и клизм соотносились с достоверно более высокой итоговой оценкой IBSQOL. Кроме того, была выявлена статистически значимая обратная корреляция уровня КЖ с длительностью анамнеза, интенсивностью запоров по шкале Векснера и степенью транзитных нарушений по данным исследования транзита бариевой взвеси по ЖКТ (Табл. 8).

В то же время ни наличие или отсутствие запоров или каломазания, ни размеры толстой кишки по данным ирригоскопии, также как и результаты других объективных методов обследования, за исключением исследования транзита, не коррелировали с суммарной оценкой качества жизни. Качество жизни также достоверно не отличалось у пациентов, которым было назначено консервативное лечение и тех, кто

в дальнейшем был оперирован. При этом наличие запоров в анамнезе, хотя и было одним из основных показаний к хирургическому лечению, тем не менее, оказалось ассоциировано со статистически значимо более высоким показателем Σ_{IBSQOL} (Табл. 8).

Факторы, продемонстрировавшие статистически значимую корреляцию с оценкой КЖ, были включены в многофакторный анализ, выполненный с помощью уравнений множественной линейной регрессии. Как видно из таблицы 9, независимыми факторами, значимо влияющими на оценку пациентами КЖ, оказались только возраст и выраженность показателей «абдоминальный дискомфорт» и «расстройство дефекации». Ни пол, ни частота дефекации без слабительных и клизм, ни интенсивность запоров по шкале Векснера, равно как и степень транзитных нарушений, самостоятельного влияния на качество жизни не продемонстрировали.

ОБСУЖДЕНИЕ

Влияние того или иного заболевания на качество жизни пациентов становится все более актуальной

Таблица 8. Взаимосвязь итоговой оценки КЖ (Σ_{IBSQOL}) с клиническими и диагностическими признаками (бинарные признаки — тест Манна-Уитни)

Table 8. The relationship of the summary assessment of QOL (Σ_{IBSQOL}) with clinical and diagnostic signs (binary signs — Mann-Whitney test)

Признак	n	Z	p
Пол	81	2,01	0,04
Жалобы на запоры (да/нет)	81	-1,0	0,31
Самостоятельный стул (да/нет)	81	2,17	0,03
Каломазание (да/нет)	71	-0,28	0,78
Завороты в анамнезе (да/нет)	81	1,97	0,049
Хирургическое лечение в будущем (да/нет)	81	1,20	0,23
Дистальная задержка (пассаж по ЖКТ)	44	0,36	0,72

Примечание: Z — критерий достоверности

Таблица 9. Независимые факторы, влияющие на Σ_{IBSQOL} (множественная линейная регрессия)

Table 9. Independent factors affecting Σ_{IBSQOL} (multiple linear regression)

Признак	B	p
Возраст	-0,25	0,009
Пол	1,89	0,56
Самостоятельный стул (баллы)	1,45	0,74
Частота дефекации	-1,79	0,22
«Абдоминальный дискомфорт»	-1,21	0,000
«Расстройство дефекации»	-0,99	0,008
Длительность анамнеза	0,68	0,59
Завороты в анамнезе (да/нет)	3,86	0,25
Интенсивность запоров (шкала Векснера)	0,44	0,41
Время транзита по ЖКТ	-1,12	0,59

Примечание: $R^2_{\text{сюрр}} = 0,377 - 0,399$, $p < 0,000$; B — коэффициенты регрессии; $R^2_{\text{сюрр}}$ — коэффициент детерминации

проблемой современной медицины. Тем более это касается такого, в основе своей, доброкачественного состояния, как идиопатический мегаколон. В случае неосложненного течения, мегаколон не представляет существенной угрозы здоровью пациентов и предполагает, прежде всего, консервативное лечение. При этом даже самая успешная терапия не способна привести к нормализации размеров кишки. Соответственно, лечение в основном направлено на то, чтобы сделать жизнь пациентов с мегаколон максимально удобной. В таких условиях именно оценка качества жизни является одним из определяющих критериев результативности терапии. А невозможность достичь приемлемого качества жизни является поводом для рассмотрения вопроса о целесообразности оперативного лечения. Но, с другой стороны, чтобы прогнозировать эффективность хирургического вмешательства, необходимо понять,

какие факторы оказывают наиболее значимое влияние на оценку качества жизни и насколько имеющиеся у нас методы диагностики позволяют эти факторы оценить.

В настоящее время не существует анкет, разработанных специально для оценки качества жизни больных с идиопатическим мегаколон. В данной работе мы использовали анкету IBSQOL. Это болезнь-специфический опросник, в том смысле, что он был разработан для оценки влияния синдрома раздраженного кишечника на качество жизни. На наш взгляд, применение его у пациентов с мегаколон вполне оправдано, так как симптоматика этих двух состояний очень близка. А поскольку диагноз синдрома раздраженного кишечника устанавливается на основании анализа симптомов и является не столько окончательным диагнозом, сколько этапом в понимании больного и руководством к назначению определенного типа лечения, то зачастую пациенты с идиопатическим мегаколон начинают свое путешествие по врачам как раз под «маской» СРК. Кроме того, использование анкеты IBSQOL позволило нам сравнить качество жизни пациентов с идиопатическим мегаколон и больных хроническими запорами, не связанными с расширением толстой кишки. Результаты этого анализа будут предметом последующих публикаций. Недостатком использования болезнь-специфического опросника, в отличие от анкеты общего типа, такой как, например, SF-36, является невозможность сравнения качества жизни пациентов с популяционными данными или же с влиянием на КЖ других заболеваний. В то же время, IBSQOL позволяет оценить воздействие мегаколон на различные области жизнедеятельности и выявить наиболее подверженные влиянию сферы. Анализ показал, что наибольшее воздействие идиопатический мегаколон оказывает на общий тонус и способность к выполнению основной профессиональной деятельности. В этом заключается отличие от синдрома раздраженного кишечника, для которого характерно преимущественное влияние на эмоциональную сферу, то есть степень удовлетворенности жизнью в связи с болезнью [7].

Что же касается взаимосвязи качества жизни и клинической симптоматики, а также результатов диагностических тестов, то при унивариантном анализе статистически значимая корреляция итоговой оценки IBSQOL была обнаружена с возрастом и полом пациентов, сохранностью самостоятельного стула, величиной показателей «абдоминальный дискомфорт» и «расстройство дефекации», частотой самостоятельной дефекации, длительностью анамнеза, интенсивностью запоров по шкале Векснера и выраженностью

транзитных нарушений. В то же время, ни наличие или отсутствие запоров или каломазания, ни размеры толстой кишки по данным ирригоскопии, также как и результаты других объективных методов обследования, за исключением исследования транзита, не коррелировали с суммарной оценкой качества жизни. Качество жизни также достоверно не отличалось у пациентов, которым было назначено консервативное лечение и тех, кто в дальнейшем был оперирован. С одной стороны, это не удивительно, учитывая, что основным показанием к хирургическому вмешательству при наличии идиопатического мегаколон/мегаэктум служило осложненное течение заболевания (завороты, формирование каловых камней). С другой стороны, отсутствие различий свидетельствует о незначительном влиянии осложнений на качество жизни. Более того, КЖ пациентов с заворотами в анамнезе оказалась даже значимо лучше, чем у больных, которые с такой проблемой не сталкивались.

При мультивариантном анализе независимыми факторами, значимо влияющими на оценку пациентами КЖ, оказались только возраст и выраженность показателей «абдоминальный дискомфорт» и «расстройство дефекации». Ни пол, ни частота дефекации без слабительных и клизм, ни интенсивность запоров по шкале Векснера, равно как и степень транзитных нарушений, самостоятельного влияния на качество жизни не продемонстрировали.

Анализ взаимосвязи клинических проявлений идиопатического мегаколон и результатов объективных методов оценки анатомо-функционального состояния толстой кишки мы надеемся представить в дальнейшем.

Неизбежные ограничения, связанные с наблюдательным и ретроспективным характером настоящего исследования, требуют осторожности в интерпретации его результатов. Тем не менее, налицо обескураживающее отсутствие существенной взаимосвязи КЖ с результатами диагностических тестов. Следует также отметить, что, несмотря на статистическую значимость зависимостей, обнаруженных при многофакторном анализе, коэффициент детерминации полученных уравнений множественной линейной регрессии не превышал 0,4 (Табл. 9). На наш взгляд, это свидетельствует о наличии факторов, которые оказывают значительное влияние на качество жизни больных с идиопатическим мегаколон, но которые нам не удалось выявить ни при анализе клинической симптоматики, ни в процессе обследования пациентов. Таким образом, имеющиеся в нашем распоряжении методы оценки состояния пациентов, как клинические, так

и инструментальные, не позволяют сколько-нибудь уверенно прогнозировать эффект, в частности, оперативного вмешательства на качество жизни. Соответственно, в случае неосложненного течения мегаколон, стремление улучшить качество жизни служит сомнительным поводом для активной хирургической тактики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С точки зрения качества жизни наибольшее влияние идиопатический мегаколон оказывает на общий тонус и способность к выполнению основной профессиональной деятельности. Независимыми факторами, статистически значимо влияющими на оценку качества жизни, являются возраст пациентов и выраженность симптомов абдоминального дискомфорта и расстройства дефекации.

УЧАСТИЕ АВТОРОВ

Концепция и дизайн исследования: *Алешин Д.В., Ачкасов С.И.*

Сбор и обработка материалов: *Алешин Д.В.*

Статистическая обработка: *Алешин Д.В.*

Написание текста: *Алешин Д.В.*

Редактирование: *Ачкасов С.И., Сушков О.И., Шахматов Д.Г., Суровегин Е.С., Фоменко О.Ю.*

AUTHORS CONTRIBUTION

Concept and design of the study: *Denis V. Aleshin, Sergey I. Achkasov*

Processing of the material: *Denis V. Aleshin*

Writing of the text and statistical data processing: *Denis V. Aleshin*

Editing: *Sergey I. Achkasov, Oleg I. Sushkov, Dmitriy G. Shakhmatov, Evgeniy S. Surovegin, Oksana Yu. Fomenko*

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ (ORCID)

Алешин Д.В. — 0000-0001-8863-2229

Ачкасов С.И. — 0000-0001-9294-5447

Шахматов Д.Г. — 0000-0001-9780-7916

Суровегин Е.С. — 0000-0001-5743-1344

Сушков О.И. — 0000-0001-9780-7916

Фоменко О.Ю. — 0000-0001-9603-6988

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS (ORCID)

Denis V. Aleshin — 0000-0001-8863-2229

Sergey I. Achkasov — 0000-0001-9294-5447

Dmitriy G. Shakhmatov — 0000-0001-9780-7916

Evgeniy S. Surovegin — 0000-0001-5743-1344

Oleg I. Sushkov — 0000-0001-9780-7916

Oksana Yu. Fomenko — 0000-0001-9603-6988

ЛИТЕРАТУРА

1. Knowles CH, Scott SM, Rayner C, et al. Idiopathic slow-transit constipation: an almost exclusively female disorder. *Dis Colon Rectum*. 2003;46(12):1716–1717. doi: [10.1007/BF02660783](https://doi.org/10.1007/BF02660783)
2. Brummer P, Seppala P, Wegelius U. Redundant colon as a cause of constipation. *Gut*. 1962;3(2):140–141. doi: [10.1136/gut.3.2.140](https://doi.org/10.1136/gut.3.2.140)
3. Gladman MA, Scott SM, Lunniss PJ, et al. Systematic review of surgical options for idiopathic megarectum and megacolon. *Ann Surg*. 2005;241(4):562–574. doi: [10.1097/01.sla.0000157140.69695.d3](https://doi.org/10.1097/01.sla.0000157140.69695.d3)
4. Cuda T, Gunnarsson R, de Costa A. Symptoms and diagnostic criteria of acquired Megacolon — a systematic literature review. *BMC Gastroenterol*. 2018;18(1):25. doi: [10.1186/s12876-018-0753-7](https://doi.org/10.1186/s12876-018-0753-7)
5. Ачкасов С.И. Аномалии развития и положения толстой кишки. Клиника, диагностика, лечение. Дисс. д-ра мед. наук, Москва, 2003, 294 с.
6. Preston DM, Lennard-Jones JE, Thomas BM. Towards a radiologic definition of idiopathic megacolon. *Gastrointest Radiol*. 1985;10(2):167–169. doi: [10.1007/BF01893094](https://doi.org/10.1007/BF01893094)
7. Hahn BA, Kirchoerfer LJ, Fullerton S, et al. Evaluation of a new quality of life questionnaire for patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 1997;11(3):547–552. doi: [10.1046/j.1365-2036.1997.00168.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2036.1997.00168.x)
8. Ачкасов С.И., Алешин Д.В. Осталось ли место хирургии в лечении медленно-транзитных запоров. *Колопроктология*. 2018;(2):7–13. doi: [10.33878/2073-7556-2018-0-2-7-13](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-2-7-13)

REFERENCES

1. Knowles CH, Scott SM, Rayner C, et al. Idiopathic slow-transit constipation: an almost exclusively female disorder. *Dis Colon Rectum*. 2003;46(12):1716–1717. doi: [10.1007/BF02660783](https://doi.org/10.1007/BF02660783)
2. Brummer P, Seppala P, Wegelius U. Redundant colon as a cause of constipation. *Gut*. 1962;3(2):140–141. doi: [10.1136/gut.3.2.140](https://doi.org/10.1136/gut.3.2.140)
3. Gladman MA, Scott SM, Lunniss PJ, et al. Systematic review of surgical options for idiopathic megarectum and megacolon. *Ann Surg*. 2005;241(4):562–574. doi: [10.1097/01.sla.0000157140.69695.d3](https://doi.org/10.1097/01.sla.0000157140.69695.d3)
4. Cuda T, Gunnarsson R, de Costa A. Symptoms and diagnostic criteria of acquired Megacolon — a systematic literature review. *BMC Gastroenterol*. 2018;18(1):25. doi: [10.1186/s12876-018-0753-7](https://doi.org/10.1186/s12876-018-0753-7)
5. Achkasov S.I. Anomalies of the development and position of the colon. Clinic, diagnosis, treatment. Diss. Doct. of Medical Sciences, Moscow, 2003, 294 p. (in Russ.).
6. Preston DM, Lennard-Jones JE, Thomas BM. Towards a radiologic definition of idiopathic megacolon. *Gastrointest Radiol*. 1985;10(2):167–169. doi: [10.1007/BF01893094](https://doi.org/10.1007/BF01893094)
7. Hahn BA, Kirchoerfer LJ, Fullerton S, et al. Evaluation of a new quality of life questionnaire for patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 1997;11(3):547–552. doi: [10.1046/j.1365-2036.1997.00168.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2036.1997.00168.x)
8. Achkasov S.I., Aleshin D.V. Surgery of slow-transit constipation at the fork. *Koloproktologia*. 2018;(2):7–13. (In Russ.). doi: [10.33878/2073-7556-2018-0-2-7-13](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-2-7-13)