

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЛАНОВОЙ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Помазкин В.И., Ходаков В.В.

Кафедра общей хирургии Уральского государственного медицинского университета,
Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн,
г. Екатеринбург
(начальник госпиталя – В.С.Башков)

ЦЕЛЬ. Оценить отдаленные результаты лечения пациентов с осложненной дивертикулярной болезнью, оперированных в плановом порядке в объеме левосторонней гемиколэктомии.

ПАЦИЕНТЫ. Произведено сравнение результатов у 53 пациентов с рецидивирующим дивертикулитом, которым ранее было проведено консервативное лечение с ликвидацией воспалительных изменений, и 50 пациентов, перенесших формирование сигмостомы в связи с перфорацией дивертикула.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В первой группе число пациентов с послеоперационными функциональными гастроинтестинальными расстройствами и нарушениями в психоэмоциональной сфере было существенно большим, чем во второй и коррелировало с наличием их до операции. При исследовании качества жизни в первой группе отмечалось достоверное снижение показателей во всех шкалах опросника MOS-SF 36, во второй группе средние значения шкал были сопоставимы с показателями здоровых людей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Показания для планового оперативного лечения при рецидивирующем дивертикулите требуют более строгого определения.

[Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, дивертикулит, качество жизни]

THE ANALYSIS OF LONG-TERM FUNCTIONAL OUTCOME OF THE ELECTIVE COLONIC RESECTION FOR DIVERTICULAR DISEASES

Pomazkin V.I., Khodakov V.V.

Sverdlovsk Regional Clinical Hospital for War Veterans, Yekaterinburg, Russia

AIM. To evaluate long-term results of treatment of patients with the complicated diverticular diseases, after elective colonic resection.

PATIENTS. The outcome of 53 patient operated on pretreated recurrent diverticulitis were compared to results of treatment of 50 patients with diverticulitis complicated by perforation and treated initially by colostomy formation.

RESULTS. In the first group the number of patients with postoperative functional gastrointestinal frustration and infringements in psychic and emotional sphere were higher, than in second group and correlated to presence of them before operation. Assessment of quality of life using MOS-SF 36 demonstrated decrease of score in all scales of the questionnaire in first group, while in second group average score was comparable to healthy individuals.

CONCLUSION. Indications for elective colonic resection for recurrent diverticulitis should be stricter.

[Key words: diverticular diseases, diverticulitis, quality of life]

**Адрес для переписки: Помазкин Вадим Игоревич, ул. Викулова, д. 63/3, кв. 3, Екатеринбург, 620043,
тел. (рабочий) 8-(343) 376-94-16, (дом: 8-919-370-60-44), e-mail: yunker@yandex.ru**

ВВЕДЕНИЕ

Дивертикулярная болезнь толстой кишки в настоящее время является распространенным заболеванием в развитых странах с нарастающей частотой ее возникновения по мере увеличения возраста популяции [4,11]. Так в возрасте 60 лет до 30% людей имеют дивертикулез толстой кишки, в большинстве случаев ничем не проявляющийся на протяжении всей дальнейшей жизни. Однако от 10 до 25% из них имеют клинические проявления, свя-

занные с наличием дивертикулов. В свою очередь, около трети этих пациентов имеют осложнения дивертикулярной болезни, чаще в виде дивертикулита, значительно реже в виде кишечных кровотечений, стриктур и свищей толстой кишки [1,4]. Показания к хирургическому лечению дивертикулярной болезни до настоящего времени остаются предметом дискуссии. При осложнениях в виде перфорации дивертикула с перитонитом, активном кишечном кровотечении или стриктуре, вызывающей кишечную непроходимость, необходи-

мость оперативного лечения очевидна. В то время как при наиболее распространенном осложнении – дивертикулите без выраженных воспалительных изменений со стороны брюшной полости и забрюшинного пространства, который в подавляющем большинстве случаев эффективно купируется консервативной терапией, тактика дальнейшего лечения, касающаяся необходимости хирургического вмешательства, остается спорной.

Стремление предотвратить дальнейшее прогрессирование заболевания, предупредить развитие осложнений дивертикулярной болезни и избавить пациента от ее хронических проявлений привело к расширению показаний к плановому оперативному лечению. По мнению многих колопроктологов, два эпизода дивертикулита вне зависимости от его выраженности являются основанием для выполнения плановой резекции толстой кишки [8,11]. Однако, по данным современных многоцентровых исследований, такая тактика, как мера профилактики возникновения осложнений в дальнейшем, подвергается обоснованному сомнению [2,5]. Остается неясным вопрос о том, улучшает ли оперативное лечение качество жизни больных с дивертикулярной болезнью.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценка отдаленных результатов лечения и изучение качества жизни пациентов с осложненной дивертикулярной болезнью, оперированных в плановом порядке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены отдаленные результаты 103 больных с дивертикулярной болезнью с поражением левой половины ободочной кишки, оперированных в плановом порядке. Средний возраст пациентов составил $59,1 \pm 7,1$ лет, мужчин было 38, женщин – 65. Оперативное лечение у всех больных проводилось в плановом порядке в объеме левосторонней гемиколэктомии с формированием трансверзоректоанастомоза. В исследование не были включены пациенты, перенесшие ранние послеоперационные внутрибрюшные осложнения, а также поздние осложнения (послеоперационные вентральные грыжи, спаечная непроходимость и т. д.), требовавшие оперативного лечения в дальнейшем.

Все больные были разделены на две сравнимые по демографическим показателям группы. В первую группу было включено 53 пациента с рециди-

Таблица 1. Модифицированная классификация E. Hinchey выраженности острого дивертикулита

Стадии дивертикулита	Морфологическая характеристика
Ia	Дивертикулит с ограниченным воспалением кишечной стенки
Iб	Дивертикулит с ограниченным паракишечным инфильтратом
II	Дивертикулит, осложненный внутрибрюшным или забрюшинным абсцессом
III	Дивертикулит, осложненный гнойным перитонитом
IV	Дивертикулит, осложненный каловым перитонитом

вирующим дивертикулитом, которым ранее было проведено консервативное лечение с ликвидацией воспалительных изменений. По модифицированной классификации Hinchey E. (Табл. 1) выраженность явлений дивертикулита соответствовала Ia стадии, ограничиваясь воспалением стенки толстой кишки. Средний возраст больных составил $57,6 \pm 6,1$ лет. Мужчин было 16, женщин – 37. В этой группе 26 (49,1 %) пациентов между эпизодами острого дивертикулита отмечали хронические функциональные расстройства в виде неопределенных болей по ходу толстой кишки и в нижних отделах живота, чередование запоров и диареи, периодически императивные позывы на дефекацию.

Во вторую группу вошло 50 пациентов, перенесших ранее перфорацию дивертикула сигмовидной кишки (II и III стадия выраженности дивертикулита). Средний возраст больных был $61,3 \pm 7,7$ лет. Мужчин было 22, женщин – 28. Ранее всем пациентам этой группы выполнялась либо ограниченная резекция сигмовидной кишки с формированием одноствольной сигмостомы, либо формирование петлевой двуствольной сигмостомы с выведением перфорированного участка кишки на брюшную стенку в сочетании с санацией брюшной полости. Перфорация дивертикула в этой группе больных, как первое проявление дивертикулярной болезни, наблюдалась у 48 (96%) больных. Только 2 (4%) пациента ранее отмечали периодические боли в нижних отделах живота, запоры, однако явлений острого дивертикулита ни у кого из больных этой группы до момента перфорации толстой кишки не было. Оперативное лечение у всех пациентов второй группы включало одновременную с левосторонней гемиколэктомией ликвидацию сигмостомы, с восстановлением пассажа по толстой кишке. Средний интервал между первичной и восстановительной операциями составил $167,4 \pm 21,7$ дней.

Таблица 2. Частота гастроинтестинальных и психоэмоциональных расстройств

Клинические симптомы	1 группа (n=53)	2 группа (n=50)
Боли в животе	16 (30,2%)	5 (10%)
Чувство вздутия живота	14 (26,4%)	4 (8%)
Запоры	13 (24,5%)	5 (10%)
Ощущение неполной дефекации	5 (9,4%)	2 (4%)
Императивные позывы на дефекацию	5 (9,4%)	–
Диарея	6 (11,3%)	2 (4%)
Тошнота	8 (15,1%)	–
Нарушения в психоэмоциональной сфере	14 (28,3%)	3 (6%)

Среднее число сопутствующих заболеваний на одного пациента составило 2,1 в первой группе и 2,2 – во второй группе. Вся сопутствующая патология была в стадии компенсации без значительного ухудшения в процессе наблюдения. У всех больных при гистологическом исследовании резецированной толстой кишки были найдены признаки хронического воспаления дивертикулов.

Результаты оценивались в сроки не менее года от момента левосторонней гемиколэктомии, в среднем составляя $1,9 \pm 0,6$ лет. Данные о клинических проявлениях, связанных с гастроинтестинальными расстройствами, с нарушениями в психоэмоциональной сфере и качестве жизни пациентов производили по данным анкетирования. Исследование качества жизни, как интегративного показателя физического, психологического, эмоционального и социального функционирования производили с помощью опросника MOS-SF 36, предназначенного для измерения общего состояния здоровья, а именно тех его составляющих, которые не являются специфичными для возрастных групп, определенных заболеваний или программ лечения [10]. В опросник включены 36 пунктов, которые сгруппированы в восемь шкал: «физическое функционирование»; «ролевое функционирование»; «телесная боль»; «общее здоровье»; «жизнеспособность»; «социальное функционирование»; «эмоциональное функционирование» и «психическое здоровье». Показатели каждой шкалы после обработки полученных данных представляются в баллах и варьируют от 0 до 100, при этом более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни. Все шкалы опросника в целом характеризовали психическое и физическое благополучие.

Для определения значимости различий средних значений показателей между группами больных использовали непарный критерий t Стьюдента. Для оценки дискретных переменных использовалось вычисление критерия χ^2 -квадрат. При этом значение $p < 0,05$ считали статистически достоверным.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Признаков рецидива острого дивертикулита после перенесенного оперативного лечения не было ни у одного из пациентов. Число больных с периодически возникающими гастроинтестинальными расстройствами и нарушениями в психоэмоциональной сфере показано в таблице 2.

В группе больных, оперированных по поводу рецидивирующего дивертикулита, наблюдались значительно худшие клинические результаты в сравнении с больными, перенесшими перфорацию дивертикула. Возникновение периодических болей в животе отмечали, соответственно, 30,2% и 10% больных ($p < 0,01$), ощущение вздутия и распирания в животе – 26,4% и 8% ($p < 0,01$). На периодические упорные запоры предъявляли жалобы 24,5% больных первой группы и 10% пациентов второй группы ($p < 0,01$), на диарею, соответственно, 11,3 и 4% ($p < 0,01$). Императивные позывы на дефекацию и периодическая тошнота возникали только у пациентов с рецидивирующим дивертикулитом (9,4% и 15,1%, соответственно). В этой группе необходимость регулярного приема лекарственных средств для купирования расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта отмечали 12 (22,7%) пациентов, ограничивали себя в диете 13 (24,5%) больных.

При анализе частоты психоэмоциональных расстройств 15 (28,3%) пациентов, оперированных по поводу рецидивирующего дивертикулита, предъявляли жалобы на часто возникающую немотивированную тревогу, депрессию, эмоциональную лабильность, нарушения сна. Подобные расстройства наблюдали только у 3 (6%) больных второй группы ($p < 0,01$).

Сравнительные результаты исследования качества жизни также существенно различались (Рис. 1). Если в группе пациентов с рецидивирующим дивертикулитом отмечалось достоверное снижение показателей во всех разделах опросника MOS-SF 36, то в группе больных, перенесших перфорацию дивертикула, средние значения шкал были сопоставимы с показателями здоровых людей.

Так, показатели шкалы «Физическое функционирование» в первой группе составили 79,3 баллов, во второй – 89,1 ($p<0,05$), «Роль в функционировании», соответственно, 75,6 и 90,2 баллов ($p<0,05$), «Телесная боль» – 77,2 и 86,2 баллов ($p<0,05$), «Общее здоровье» – 73,1 и 87,2 баллов ($p<0,05$). Интегративный показатель, характеризующий физическое благополучие, был равен, соответственно, 76,9 и 88,1 баллам ($p<0,05$).

Худшие результаты исследования качества жизни у пациентов с рецидивирующим дивертикулитом были и в шкалах, отражающих психическое благополучие. Показатель шкалы «Социальное функционирование» составил 73,1 балла в первой группе, во второй – 94,3 ($p<0,05$), «Жизнеспособность», соответственно, 71,5 и 82,5 баллов ($p<0,05$), «Эмоциональное функционирование» – 78,4 и 92,2 ($p<0,05$), «Психическое здоровье» 78,7 и 92,4 баллов ($p<0,05$). Интегративный показатель психического благополучия был равен 75,4 баллам в первой группе и 89,4 – во второй ($p<0,05$).

При оценке результата операции в целом, в группе больных, перенесших перфорацию дивертикула, все пациенты оценили результат как хороший, со значительным улучшением качества жизни. Это может быть, безусловно, объяснено и избавлением этих больных от кишечной стомы. Даже немногочисленные пациенты с функциональными расстройствами, очень позитивно расценивали исход лечения.

В тоже время в группе пациентов с рецидивиру-

ющим дивертикулитом, результат как хороший, субъективно расценивали только 37 (69,8%) больных. Отсутствие существенного изменения в состоянии отметили 11 (20,8%) пациентов, а 5 (9,4%) больных считали, что до операции самочувствие их было лучшим, хотя результат операции ими, в целом, был расценен как удовлетворительный, возможно считая, что хирургическое лечение избавило их от потенциальных осложнений дивертикулярной болезни. Интересно отметить, что в этой группе существовала четкая корреляция между исходным статусом больных и конечной субъективной оценкой результатов. Среди пациентов с имевшимися до операции хроническими функциональными расстройствами доля больных, отметивших улучшение, была значительно меньшей, чем у пациентов, не имевших выраженных симптомов между эпизодами дивертикулита, составляя, соответственно, 53,8% и 85,2% ($p<0,01$).

Получившие достаточно широкое распространение рекомендации о необходимости обязательной плановой резекции ободочной кишки после двух эпизодов дивертикулита с позиций доказательной медицины в настоящее время подвергаются серьезному критическому анализу. Во многих проспективных исследованиях доказано, что при «умеренном» дивертикулите вероятность необходимости экстренного вмешательства в последующем достаточно небольшая [1,2,4]. В то же время установлено, что большинство пациентов с перфорацией дивертикулов толстой кишки ранее никогда не

Показатели качества жизни

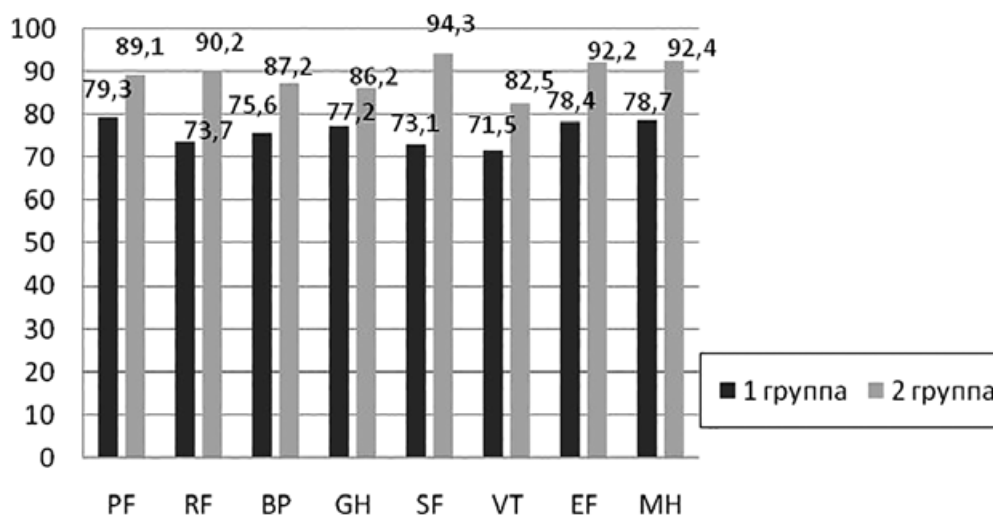


Рисунок 1. Качество жизни пациентов по шкалам MOS-SF 36.

PF – Физическое функционирование, RF – Роль в функционировании, BP – телесная боль, GH – Общее здоровье, SF – Социальное функционирование, VT – Жизнеспособность, EF – Эмоциональное функционирование, MH – Психическое здоровье

испытывали каких-либо расстройств, связанных с дивертикулярной болезнью [4], что было отмечено и в нашем исследовании. По мнению многих колопроктологов, с учетом небольшой вероятности рецидива дивертикулита, требующего неотложной операции, риск послеоперационных осложнений при плановых вмешательствах при дивертикулярной болезни зачастую перевешивает риск негативных результатов при экстренной хирургии по поводу ее осложнений [1,2,4].

Другим критерием для доказательства оптимального выбора лечебной тактики, являются результаты исследования качества жизни пациентов. В нашей работе выявлена существенная разница, как в клинических результатах, так и при оценке качества жизни после оперативного лечения у пациентов, перенесших перфорацию дивертикула толстой кишки и у больных с рецидивирующим дивертикулитом. В этой группе, несмотря на отсутствие рецидива заболевания, оперативное лечение не приводило у многих пациентов к полному выздоровлению. В немногочисленных работах, посвященных анализу отдаленных результатов планового хирургического лечения дивертикулярной болезни показано, что функциональные расстройства сохраняются и даже усугубляются у 10-27% пациентов с рецидивирующим дивертикулитом [3,6,9]. Наиболее вероятной причиной неблагоприятного эффекта операции, при адекватном ее объеме, является феномен сосуществования у такого больного синдрома раздраженной толстой кишки, взаимоотношения которого с дивертикулярной болезнью до конца не ясны [6,7]. Этот факт, очевидно, может объяснять и выявленную нами высокую частоту нарушений в психоэмоциональной сфере у этих пациентов, что неблагоприятно отражалось на результатах психического благополучия при исследовании качества жизни.

С учетом данных литературы, можно предполагать, что дивертикулярная болезнь с хроническими симптомами, рецидивирующим дивертикулитом и перфорацией дивертикула с развитием внутрибрюшных осложнений представляет собой различные клинические сценарии развития заболевания с малой вероятностью перехода из одного синдрома в другой, следовательно, показания к выбору оперативного лечения или продолжению консервативной терапии требуют взвешенного индивидуального подхода.

ВЫВОДЫ

Отдаленные функциональные результаты планового хирургического лечения больных с рециди-

вирующим дивертикулитом существенно хуже, чем у пациентов, у которых первым проявлением дивертикулярной болезни являлась перфорация дивертикула.

Сохранение после операции гастроинтестинальных расстройств и нарушений психоэмоциональной сферы, и, как следствие, снижение качества жизни у таких больных, вероятно, связано сочетанием дивертикулярной болезни с синдромом раздраженной толстой кишки, что требует более строгого определения показаний для планового оперативного лечения при невыраженном рецидивирующем дивертикулите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Anaya D., Flum D. Risk of emergency colectomy and colostomy in patients with diverticular disease. *Arch. Surg.* – 2005. – vol. 140. – p. 681-685.
2. Broderick-Villa G., Burchette R., Collins C. et al. Hospitalisation for acute diverticulitis does not mandate routine elective colectomy. *Arch.Surg.* – 2005. – vol. 140. – p. 576-581.
3. Egger B., Peter M., Candinas D. Persistent symptoms after elective sigmoid resection for diverticulitis. *Dis. Colon Rectum.* – 2008. – vol. 51. – p. 1044-1048.
4. Janes S., Meagher A., Frizelle F. Elective surgery after acute diverticulitis. *Br. Jour. Surg.* – 2005. – vol. 92. – p. 133-142.
5. Moreno A., Willie-Jorgensen P. Long-term outcome in 445 patients after diagnosis of diverticular disease. *Colorectal Dis.* – 2007. – vol. 9. – p. 464-468.
6. Munson K., Hensien M., Jacob. et al. Diverticulitis: a comprehensive follow-up. *Dis. Colon Rectum.* – 1996. – vol. 39. – p. 318-322.
7. Simpson J., Neal K., Scholefield J. et al. Patterns of pain in diverticular disease and the influence of acute diverticulitis. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* – 2003. – vol. 15. – p. 1005-1010.
8. Stollman N., Raskin J. Diagnosis and management of diverticular disease of the colon in adults. *Ad hoc practice parameters of the American College of Gastroenterology.* *Am. Jour. Gastroenterol.* – 1999. – vol. 94. – p. 3110-3121.
9. Thorn M., Graf W., Stefansson T. et al. Clinical and functional results after elective colonic resection in 75 consecutive patients with diverticular disease. *Am. Jour. Surg.* – 2002. – vol. 183. – p. 7-11.
10. Ware J., Sherbourne C. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). *Med. Care.* – 1992. – vol. 30. – p. 473-483.
11. Wolff B., Devine R. Surgical management of diverticulitis. *Am.Surg.* – 2000. – vol. 66. – p. 153-157.