«Вестник хирургии» • 2016

© В.И.Помазкин, В.В.Ходаков, 2016 УДК 616.345-007.64-089.168

В. И. Помазкин, В. В. Ходаков

•ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн (нач. — Р.В. Соловьёв), г. Екатеринбург

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, лечение, качество жизни

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, связанные 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 стриктуры, вызывающей кишечную непроходимость, необходимость 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 [8, 11], два эпизода дивертикулита вне зависимости от его выраженности являются основанием для выполнения плановой резекции толстой кишки. Однако, по данным современных многоцентровых исследований [2, 5], такая тактика, как мера профилактики возникновения осложнений в дальнейшем, подвергается обоснованному сомнению. 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.

Материал и методы. В исследование включены отдаленные результаты лечения 103 больных с дивертикулярной болезнью с поражением левой половины ободочной кишки, оперированных в плановом порядке. Средний возраст пациентов составил $(59,1\pm7,1)$ года, мужчин было 38, женщин — 65. Оперативное лечение у всех больных проводили 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 2 сравнимые по демографическим показателям группы. В 1-ю группу были включены 53 пациента с рецидивирующим дивертикулитом, которым ранее было проведено консервативное лечение с ликвидацией воспалительных изменений. По модифицированной классификации Е. Hinchey (ma6n. I) выраженность явлений дивертикулита соответствовала Іа стадии, ограничиваясь воспалением стенки толстой кишки. Средний возраст больных составил (57,6±6,1) года. Мужчин было 16, женщин — 37. В этой группе 26 (49,1%) пациентов между эпизодами острого дивертикулита отмечали хронические функциональные

Сведения об авторах:

Помазкин Вадим Игоревич (e-mail: yunker@yandex.ru), Ходаков Валерий Васильевич, Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн, 620036, г. Екатеринбург, ул. Соболева, 25

расстройства в виде неопределенных болей по ходу толстой кишки и в нижних отделах живота, чередование запоров и диареи, периодически императивные позывы на дефекацию.

Во 2-ю группу вошли 50 пациентов, перенесших ранее перфорацию дивертикула сигмовидной кишки (II и III стадия выраженности дивертикулита). Средний возраст больных был $(61,3\pm7,7)$ года. Мужчин было 22, женщин — 28. Ранее всем пациентам этой группы выполняли либо ограниченную резекцию 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%) из них. 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 2-й группы включало одновременную с левосторонней гемиколэктомией ликвидацию сигмостомы с восстановлением пассажа по толстой кишке. Средний интервал между первичной и восстановительной операциями составил (167,4±21,7) дня.

Среднее число сопутствующих заболеваний на одного пациента составило 2,1 в 1-й группе и 2,2 — во 2-й. 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 оценивали в сроки не менее 1 года от момента левосторонней гемиколэктомии, в среднем через (1,9±0,6) года. 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 8 шкал: «Физическое функциони-

Таблица 1

Модифицированная классификация E. Hinchey выраженности острого дивертикулита

Стадии дивертикулита	Морфологическая характеристика	
la	Дивертикулит с ограниченным воспалением кишечной стенки	
Іб	Дивертикулит с ограниченным паракишечным инфильтратом	
II	Дивертикулит, осложненный внутрибрюшным или забрюшинным абсцессом	
III	Дивертикулит, осложненный гнойный перитонитом	
IV	Дивертикулит, осложненный каловым перитонитом	

рование», «Ролевое функционирование», «Телесная боль», «Общее здоровье», «Жизнеспособность», «Социальное функционирование», «Эмоциональное функционирование» и «Психическое здоровье». Показатели каждой шкалы после обработки полученных данных представляют 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 парный критерий t Стьюдента. Для оценки дискретных переменных вычисляли критерий χ^2 . 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 табл. 2.

В группе больных, оперированных по поводу рецидивирующего дивертикулита, наблюдали значительно худшие клинические результаты в сравнении с больными, перенесшими перфорацию дивертикула. Возникновение периодических болей в животе отмечали 30,2 и 10% больных соответственно (p<0,01), ощущение вздутия и распирания в животе — 26,4 и 8% (р<0,01). На периодические упорные запоры предъявляли жалобы 24,5% больных 1-й группы и 10% пациентов 2-й группы (p<0,01), на диарею — 11,3 и 4% соответственно (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 2-й группы (p<0,01).

Сравнительные результаты исследования качества жизни также существенно различались. 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

Таблица 2

были сопоставимы с показателями у здоровых людей. Так, показатели шкалы «Физическое функционирование» в 1-й группе составили 79,3 балла, во 2-й — 89,1 (p<0,05), «Ролевое функционирование» — 75,7 и 90,2 балла соответственно (p<0,05), «Телесная боль» — 75,6 и 87,2 (p<0,05), «Общее здоровье» — 77,2 и 86,2 балла (p<0,05). Интегративный показатель, характеризующий физическое благополучие, был равен 76,9 и 88,1 балла соответственно (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 1-й группе, во 2-й — 94,3 (p<0,05), «Жизнеспособность» — 71,5 и 82,5 балла соответственно (p<0,05), «Эмоциональное функционирование» — 78,4 и 92,2 (p<0,05), «Психическое здоровье» — 78,7 и 92,4 балла (p<0,05). Интегративный показатель психического благополучия был равен 75,4 балла в 1-й группе и 89,4 — во 2-й (p<0,05).

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

В то же время, в группе пациентов с рецидивирующим 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 дивер-

Частота гастроинтестинальных и психоэмоциональных расстройств

Клинические симптомы	1-я группа (n=53)	2-я 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)	

Примечание. В скобках %.

тикулита, составляя 53.8 и 85.2% соответственно (p<0.01).

Получившие достаточно широкое пространение рекомендации о необходимости обязательной плановой резекции ободочной кишки после двух эпизодов дивертикулита с позиций доказательной медицины в настоящее время подвергаются серьезному критическому анализу. Вомногих 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 испытывали каких-либо расстройств, связанных с дивертикулярной болезнью [4], что было отмечено и в нашем исследовании. По мнению многих колопроктологов [1, 2, 4], 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.

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. 1. Отдаленные функциональные результаты планового хирургического лечения больных с рецидивирующим дивертикулитом существенно хуже, чем у пациентов, у которых первым проявлением дивертикулярной болезни являлась перфорация дивертикула.

2. Сохранение после операции гастроинтестинальных расстройств и нарушений в психоэмоциональной сфере 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.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

 Anaya D., Flum D. Risk of emergency colectomy and colostomy in patients with diverticular disease // Arch. Surg. 2005. Vol. 140. P. 681-685.

- 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.
- Egger B., Peter M, Candinas D. Persistent symptoms after elective sigmoid resection for diverticulitis // Dis. Colon. Rectum. 2008. Vol. 51. P. 1044–1048.
- Janes S., Meagher A., Frizelle F. Elective surgery after acute diverticulitis // Brit. J. Surg. 2005. Vol. 92. P. 133–142.
- Moreno A., Willie-Jorgensen P. Long-term outcome in 445 patients after diagnosis of diverticular disease // Colorectal. Dis. 2007.
 Vol. 9 P. 464–468
- Munson K., Hensien M., Jacob et al. Diverticulitis: a comprehensive follow-up // Dis. Colon Rectum. 1996. Vol. 39. P. 318–322.
- Simpson J., Neal K., Scholefield J., Spiller R. Patterns of pain in diverticular disease and the influence of acute diverticulitis // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2003. Vol. 15. P. 1005–1010.
- 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. J. Gastroenterol. 1999. Vol. 94. P. 3110–3121.
- Thorn M., Graf W., Stefansson T., Pahlman L. Clinical and functional results after elective colonic resection in 75 consecutive patients with diverticular disease // Am. J. Surg. 2002. Vol. 183. P. 7–11.
- Ware J., Sherbourne C. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) // Med. Care. 1992. Vol. 30. P. 473–483.
- Wolff B., Devine R. Surgical management of diverticulitis // Am. Surg. 2000. Vol. 66. P. 153–157.

Поступила в редакцию 09.12.2015 г.

V.I.Pomazkin, V.V.Khodakov

LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF DIVERTICULAR DISEASE OF COLON

Sverdlovsk regional clinical psychoneurological hospital for war veterans, Yekaterinburg

The work evaluated the long-term treatment results of 103 patients with complicated diverticular disease, who underwent the elective surgery in the volume of left hemicolectomy. The first group included 53 patients with recurrent diverticula. The second group consisted of 50 patients, who underwent the operation on diverticula of sigmoid colon with formation of sigmostoma on the first stage. The number of patients with functional gastro-intestinal and psyco-emotional disorders was more significant in the first group compared with the second group and it was associated with presence of these disorders before the operation. There was noted the reliable decrease of quality of life rates according to questionnaire scales MOS-SF 36 in the first group. The average indices of scales had some matching to the rates of health people in the patients of the second group. The authors came to conclusion, that indications for elective surgery should be determined very carefully in case of recurrent diverticula.

Key words: diverticular disease, treatment, quality of life