

© CC 0 А. Л. Левчук, А. Э. Абдуллаев, 2025
УДК [616.348-007.64-06 :616.344-007.64-002]-092.11
<https://doi.org/10.24884/0042-4625-2025-184-2-18-26>

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ПРИСТУПОВ ДИВЕРТИКУЛИТА

А. Л. Левчук¹, А. Э. Абдуллаев^{2*}

¹ Национальный медико-хирургический Центр имени Н. И. Пирогова
105203, Россия, Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 70

² Городская клиническая больница скорой медицинской помощи города Владимира
600017, Россия, г. Владимир, Горького ул., д. 5

Поступила в редакцию 24.12.2024 г.; принята к печати 14.03.2025 г.

ЦЕЛЬ исследования – оценить КЖ пациентов с дивертикулярной болезнью (ДБТК) после нескольких эпизодов обострений заболевания.

МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ. Проведено исследование с участием 110 больных, лечившихся в ГКБ СМП г. Владимира с 2019–2024 г. с ДБТК. Мужчин было 48 (43,6 %), женщин 62 (56,3 %). Все больные были разделены на 3 группы. 1 группа (n=38) (34,5 %) – больные с одним обострением в течение года. 2 группа (n=24) (21,8 %) – больные с двумя обострениями в течение года. 3 группа (n=48) (43,6 %) – больные с тремя обострениями ДБТК в течение года. Результаты оценивались в сроки не менее года от последнего эпизода атаки ОД. При оценке КЖ был использован опросник MOS-SF 36, шкала GIQLI – гастроинтестинальный индекс (ГИ) качества жизни и опросник EQ-5D.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В 1 группе зафиксированы лучшие результаты. При исследовании КЖ по опроснику SF-36: PF-28, RP-8, BP-2, GH-21, VT-15, SF-9, RE-6, MH-21. По результатам по шкале GIQLI – ГИ 128±. По опроснику EQ-5D – наилучшие результаты. По визуальной аналоговой шкале уровень здоровья 92±3,5. Во 2 группе зафиксированы изменения в клинических результатах после лечения. При исследовании КЖ по опроснику SF-36: PF-19, RP-4, BP-7, GH-16, VT-12, SF-6, RE-3, MH-17. По шкале GIQLI – ГИ 98±4. По опроснику EQ-5D трудности при ходьбе в 18 (16,3 %) случаях. По визуальной аналоговой шкале уровень состояния здоровья составил 84±3,5. В 3 группе зафиксированы худшие клинические результаты. При исследовании КЖ по опроснику SF-36: PF-15, RP-5, BP-7, GH-16, VT-16, SF-7, RE-3, MH-19. Результаты по шкале GIQLI ГИ 82±4. Результаты по опроснику EQ-5D были наихудшие. По визуальной аналоговой шкале уровень состояния здоровья составил 75±1,2.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Принятие решения об оперативном лечении пациентов с ДБТК должно обосновываться в каждом случае индивидуально, с учетом исследования уровня качества жизни, клинической картины прогрессивного развития заболевания и оценки риска развития возможных тяжелых осложнений.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь ободочной кишки, дивертикулит, качество жизни, результаты консервативного лечения, социальное функционирование

Для цитирования: Левчук А. Л., Абдуллаев А. Э. Исследование качества жизни у пациентов с дивертикулярной болезнью ободочной кишки после перенесенных приступов дивертикулита. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова.* 2025;184(2):18–26. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2025-184-2-18-26>.

* **Автор для связи:** Абакар Эльбрусевич Абдуллаев, ГБУЗ ВО ГКБ СМП г. Владимира, 600017, Россия, г. Владимир, ул. Горького, д. 5. E-mail: abakar070@yandex.ru.

A STUDY OF THE QOL (QUALITY OF LIFE) IN PATIENTS WITH DIVERTICULAR COLON DISEASE, AFTER SUFFERING ATTACKS OF DIVERTICULITIS

Aleksandr L. Levchuk¹, Abakar E. Abdullaev^{2*}

¹ Pirogov National Medical and Surgical Center
70, Nizhniaia Pervomaiskaia str., Moscow, 105203, Russia

² Vladimir City Clinical Emergency Hospital
5, Gorky str., Vladimir, 600017, Russia

Received 24.12.2024; accepted 14.03.2025

The OBJECTIVE of the study was to evaluate the quality of life of patients with DCD after several episodes of exacerbations of the disease.

METHODS AND MATERIALS. A study was conducted with the participation of 110 patients treated at the State Clinical Hospital in Vladimir from 2019–2024 with DCD. There were 48 men (43.6 %) and 62 women (56.3 %). All patients were divided into 3 groups. Group 1 (n=38) (34.5 %) consisted of patients with one exacerbation during a year. Group 2 (n=24) (21.8 %) consisted of patients with two exacerbations during a year. Group 3 (n=48) (43.6 %) consisted of patients who had three exacerbations of DCD during a year. The results were evaluated within a period of at least a year from the last episode of the AD attack. The MOS-SF 36 questionnaire, the GIQLI – Gastrointestinal Quality of Life Index and the EQ-5D questionnaire were used to assess QOL.

RESULTS. In patients of group 1 (n=38) (34.5 %), we recorded the best clinical results after the treatment. According to the results of the QOL study using the SF-36 questionnaire: PF-28, RP-8, BP-2, GH-21, VT-15, SF-9, RE-6, MH-21. When analyzing the results on the GIQLI, a GI of $128 \pm$ was recorded. When analyzing the results of the EQ-5D questionnaire, the best results were obtained. According to the visual analog scale (YOUR), health status level was 92 ± 3.5 . In patients of group 2 (n=24) (21.8 %), we recorded changes in clinical results after treatment. According to the results of the QOL study using the SF-36 questionnaire, the following results were recorded: PF-19, RP-4, BP-7, GH-16, VT-12, SF-6, RE-3, MH-17. When analyzing the results on the GIQLI, the GI was 98 ± 4 . When analyzing the results of the EQ-5D questionnaire, 18 (16.3 %) patients experienced some difficulty walking. According to the visual analog scale, the level of health status was 84 ± 3.5 . The patients of group 3 (n=48) (43.6 %) had the worst clinical results. According to the results of the study, using the SF-36 questionnaire, the following results were recorded: PF-15, RP-5, BP-7, GH-16, VT-16, SF-7, RE-3, MH-19. When analyzing the results on the GIQLI, the GI was 82 ± 4 . When analyzing the results of the EQ-5D questionnaire, the worst results were recorded. According to the visual analog scale, the level of health status was 75 ± 1.2 .

CONCLUSION. The decision on the surgical treatment of patients with DCD must be justified in each case individually, taking into account the study of the quality of life, the clinical picture of the progressive development of the disease and the assessment of the risk of possible severe complications.

Keywords: *diverticular colon disease, diverticulitis, quality of life, results of conservative treatment, social functioning*

For citation: Levchuk A. L., Abdullaev A. E. A study of the quality of life in patients with diverticular colon disease, after suffering attacks of diverticulitis. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2025;184(2):18–26. (In Russ.). <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2025-184-2-18-26>.

* **Corresponding author:** Abakar E. Abdullaev, Vladimir City Clinical Emergency Hospital, 5, Gorky str., Vladimir, 600017, Russia. E-mail: abakar070@yandex.ru.

Введение. Дивертикулярная болезнь (ДБТК) – это распространенное заболевание, которое в развитых странах встречается у трети людей старше 60 лет [1]. Около 30 % этих пациентов имеют осложнения в виде дивертикулита, значительно реже в виде кишечных кровотечений, стриктур и свищей толстой кишки [2, 3]. Особенностью данной патологии является длительное скрытое течение заболевания и возникновение тяжелых осложнений, требующих экстренной операции. Из общего количества хирургических пациентов больные с ДБТК составляют в среднем 10,4 % [4–6]. Актуальность проблемы ДБТК обусловлена отсутствием четких критериев, необходимых для определения рациональной лечебной тактики и показаний к хирургическому лечению с учетом вариантов клинической манифестации заболевания [7, 8]. Так, если при острых осложнениях ДБТК необходимость оперативного лечения не вызывает сомнений, то при первом эпизоде острого дивертикулита (ОД), ограниченного локальным изменением стенки толстой кишки, и параколлажным инфильтратом без распространения воспалительного процесса в брюшную полость и забрюшинное пространство, при котором консервативная терапия оказывается обоснованной и наиболее эффективной, то тактика дальнейшего ведения этих пациентов, касающаяся хирургического лечения, остается до конца не решенной [3, 9, 10]. В 5 % случаях после первой атаки ОД в течение года развиваются более тяжелые формы рецидивов [10]. По данным T. G. Parks et al. (2020), у 25 % больных с ДБТК развивается острый дивертикулит сигмовидной кишки [11]. В исследовании K. Sha-

hedi et al. (2023), основанном на эндоскопическом выявлении дивертикулеза, доказано, что из 2 тыс. пациентов у 14 % развился острый дивертикулит ободочной кишки [12].

Показания к хирургическому лечению ДБТК в периоде ремиссии до настоящего времени остаются предметом дискуссии [13]. При острых осложнениях необходимость оперативного лечения очевидна. В то время как у больных с дивертикулитом без выраженных воспалительных изменений со стороны брюшной полости и забрюшинного пространства, которые в подавляющем большинстве случаев эффективно купируются консервативной терапией, тактика дальнейшего лечения, касающаяся необходимости хирургического вмешательства, остается спорной [13].

Стремление предотвратить дальнейшее прогрессирование заболевания, предупредить развитие осложнений ДБТК и избавить пациента от ее хронических проявлений привело к расширению показаний к плановому оперативному лечению [13]. По мнению многих колопроктологов, два эпизода дивертикулита вне зависимости от его выраженности являются основанием для выполнения плановой резекции толстой кишки [14, 15]. Однако, по данным современных многоцентровых исследований, такая тактика, как мера профилактики возникновения осложнений в дальнейшем, подвергается обоснованному сомнению [16–18]. В исследовании В. Egger et al. (2008) было обнаружено, что, несмотря на успешно проведенное оперативное вмешательство, значительная часть пациентов испытывала стойкие негативные симптомы, иногда



Рис. 1. ЭХО-признаки ОД сигмовидной кишки при дивертикулярной болезни

Fig. 1. ECHO signs of acute diverticulitis of the sigmoid colon in DCD

не связанные с ДБТК, что достоверно снижало их КЖ [19]. Несмотря на успешную медикаментозную терапию и улучшение хирургической техники, S. Janes et al. (2005) также обнаружили, что операции по поводу ДБТК сопровождаются высокой частотой осложнений, более того, у 25 % пациентов после резекции сигмовидной кишки наблюдали симптомы заболевания [3].

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), под качеством жизни подразумевается восприятие человеком своего положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых он проживает, его целей, ожиданий, стандартов и проблем [20].

В настоящее время осложнения ДБТК рассматриваются как одно из часто встречающихся острых хирургических заболеваний органов брюшной полости [21]. Анализ КЖ позволяет определить, как пациент переносит заболевание, он также важен для решения многих вопросов, возникающих в процессе лечения [22]. Оценка КЖ может использоваться как дополнительный критерий при подборе индивидуальной схемы противовоспалительной терапии, для определения степени тяжести состояния больного, оценки эффективности лечения, особенно при всестороннем клиническом анализе новых препаратов, для анализа эффективности мероприятий по первичной или вторичной профилактике заболеваний [22].

Сроки выполнения и объем радикального оперативного вмешательства на толстой кишке после перенесенных гнойных и воспалительных осложнений ДБТК, должны решаться всегда индивидуально [23]. Остается неясным вопрос о том, улучшает ли оперативное лечение КЖ больных с ДБТК.

Цель исследования – оценить КЖ пациентов с ДБТК после нескольких эпизодов обострений заболевания.

Методы и материалы. Проведено исследование с участием 110 больных, лечившихся



Рис. 2. ЭХО-картина параколярного инфильтрата у пациентов с ДБТК

Fig. 2. ECHO pattern of paracolar infiltration in patients with DCD

в ГКБ СМП г. Владимира в 2019–2024 гг. с ДБТК, острым дивертикулитом сигмовидной кишки, согласно классификации ДБ Ассоциации колопроктологов России, Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества хирургов [24]. По классификации Hinchey (1978) выраженность воспалительных изменений соответствовала Ia стадии.

Объективизацию о клинических проявлениях заболевания и оценку КЖ пациентов исследовали по данным анкетирования и активного вызова пациентов.

Мужчин было 48 (43,6 %), женщин 62 (56,3 %). Средний возраст пациентов составил $56,2 \pm 11,3$ лет. Из исследования были исключены больные, перенесшие ранее оперативные вмешательства по поводу ДБТК.

Все больные были разделены на 3 группы:

1-я группа (n=38) (34,5 %) – больные с зарегистрированным одним обострением в течении года;

2-я группа (n=24) (21,8 %) – больные с двумя обострениями в течении года;

3-я группа (n=48) (43,6 %) – больные у которых произошло три обострения ДБТК в течение года.

Результаты оценивались в сроки не менее года от последнего эпизода атаки ОД. При оценке КЖ учитывали наличие или отсутствие у пациентов жалоб, количество повторных атак дивертикулита, характер функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта и психосоматический статус в период, когда обострений заболевания зарегистрировано не было. С этой целью был использован опросник MOS-SF 36.

С целью более точного определения КЖ нами также была применена шкала GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index) – гастроинтестинальный индекс (ГИ) качества жизни, разработанная в 1991 г. двумя независимыми группами исследователей V. Velanovich (США) и E. Eypasch (Германия) [25].

В качестве дополнительного метода определения КЖ нами применялся опросник EQ-5D (European Quality of Life Questionnaire).

Результаты. Клиническая картина обострения характеризовалась болевым синдромом в брюшной полости, с преимущественной локализацией в левой подвздошной области, левой мезогастрии (84,5%), диспепсическими расстройствами (25,4%), нарушениями стула (31,8%), а также признаками системной воспалительной реакции (56,3%).

В 65 (59%) случаях по данным скринингового УЗИ брюшной полости выявлены признаки ОД сигмовидной кишки с утолщением стенки до 1–2 см, и с параколярными следами свободной жидкости (рис. 1).

У 32 (29%) пациентов на фоне ЭХО-признаков ОД был выявлен сформированный параколярный инфильтрат (рис. 2).

В 13 (11,8%) случаях была выявлена обструкция дивертикула каловым камнем, что явилось причиной очередной атаки ОД (рис. 3).

Ирригоскопия по Кнотту была выполнена в 13 (11,8%) наблюдениях. Целью данного исследования было определение масштаба поражения ободочной кишки дивертикулами и исключения колоректального рака. У 6 (5,4%) больных был выявлен участок стойкого сужения сигмовидной кишки на фоне ДБТК (рис. 4, а, б).

По результатам МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием в 65 (59%) случаях выявлены признаки ОД сигмовидной кишки без нарушения целостности стенки кишки (рис. 5, а). У 35 (31,8%) больных на фоне КТ-картины острого дивертикулита выявлен сформированный параколярный инфильтрат (рис. 5, б).



Копролит в стенке дивертикула

Рис. 3. Обструкция дивертикула сигмовидной кишки копролитом

Fig. 3. Obstruction of the diverticulum of the sigmoid colon by coprolite

Фиброколоноскопия (ФКС) выполнена у 18 (16,3%) больных. Это были случаи, требующие дифференциальной диагностики ДБТК и колоректального рака. Случаев выявления КРР на фоне ДБТК зарегистрировано не было.

Всем больным проводили многокомпонентную консервативную терапию, включающую антимикробную, спазмолитическую терапию, коррекцию водно-электролитных нарушений, пробиотики и бесшлаковую диету.

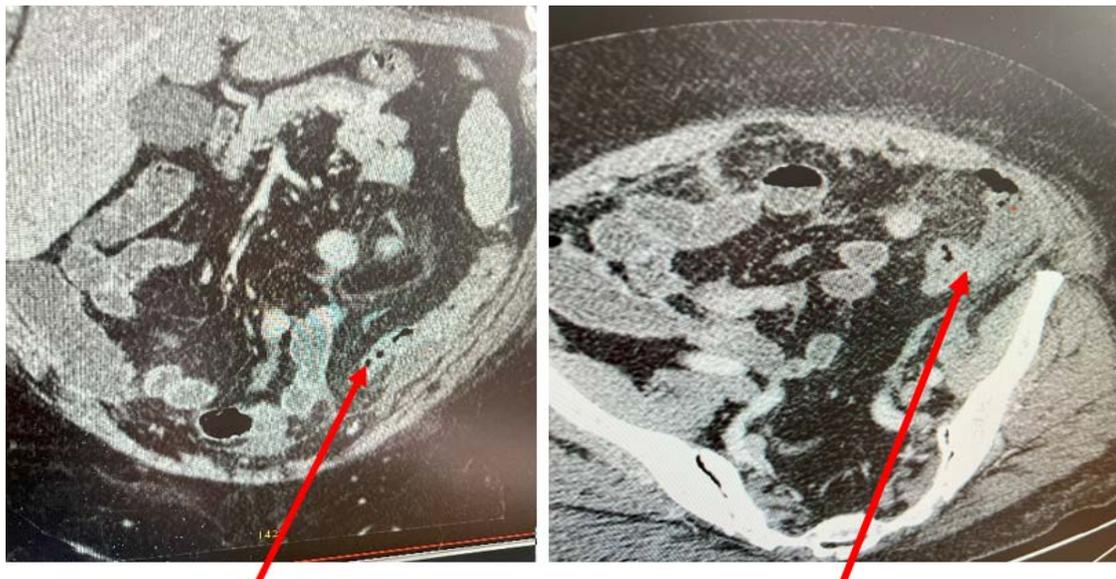
Эффективность лечения оценивали по купированию болевого синдрома в животе, снижению уровня лейкоцитов крови и СРБ. Во всех наблюдениях контроль воспаления осуществлялся при помощи скринингового УЗИ на 8–10-е сутки. В случаях развившегося параколярного инфильтрата контроль за динамикой заболевания осуществляли выполнением МСКТ брюшной полости. Такой алгоритм был выбран с целью исключения микроперфорации



а
Участок сужения сигмовидной кишки

б
Участок сужения сигмовидной кишки

Рис. 4. Ирригоскопия у больных с ОД ободочной кишки при ДБТК
Fig. 4. Irrigoscopy in patients with acute diverticulitis of the colon in DCD



а
Утолщенная стенка сигмовидной кишки
на фоне ОД

б
Параколярный инфильтрат

Рис. 5. КТ-картина ОД сигмовидной кишки (а) и параколярного инфильтрата (б) у пациентов с ДБТК
Fig. 5. CT scan acute diverticulitis of the sigmoid colon (a) and paracolar infiltrate (б) in patients with DCD

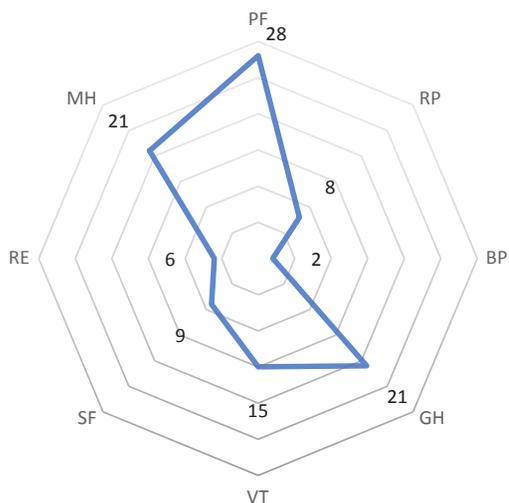


Рис. 6. Результаты оценки КЖ пациентов с ДБТК 1 группы (опросник SF-36)

Fig. 6. The results of the QOL assessment in patients with DCD of the group 1 (SF-36 questionnaire)

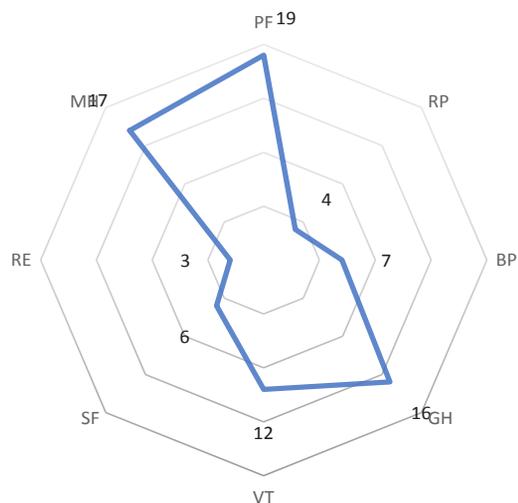


Рис. 7. Результаты оценки КЖ 2 группы пациентов с ДБТК (опросник SF-36)

Fig. 7. The results of the QOL assessment of the group 2 of patients with DCD (SF-36 questionnaire)

дивертикула и формирования параколярного, забрюшинного абсцесса.

В 78 (70,9 %) наблюдениях на 10-е сутки от начала лечения по УЗИ отмечалась положительная динамика. У 15 (13,6 %) пациентов на МСКТ брюшной полости произошло регрессирование параколярного инфильтрата при отсутствии объемных жидкостных образований в параколярной клетчатке.

У пациентов 1 группы (n=38) (34,5 %) нами зафиксированы лучшие клинические результаты. По результатам исследования КЖ при помощи опросника SF-36 нами были зафиксированы следующие результаты (рис. 6).

Физическая активность не ограничивалась состоянием их здоровья, болевой синдром у пациентов отсутствовал. Однако отмечены изменения энергичности больных как компонента психологического здоровья. Это было связано с неясной перспективой дальнейшей динамики заболевания после впервые случившейся атаки дивертикулита и страха повторной госпитализации. Исходя из этого состояния, происходило незначительное увеличение ограничений жизнедеятельности.

При анализе результатов по шкале GIQLI зафиксирован GI 128±2, что доказывало высокий уровень КЖ у пациентов этой группы. При этом худшие результаты анкетирования отмечались

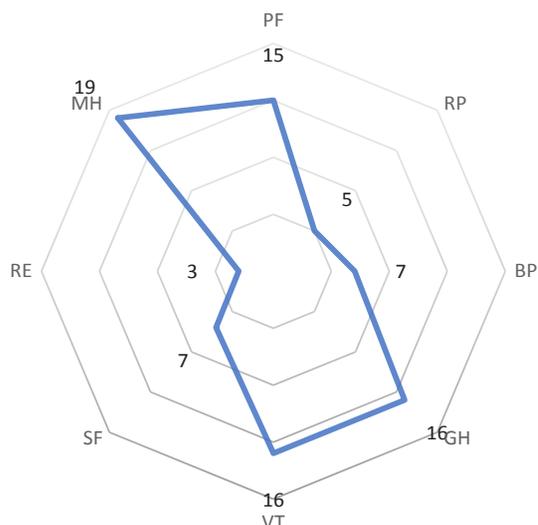


Рис. 8. Результаты оценки КЖ 3 группы пациентов с ДБТК (опросник SF-36)

Fig. 8. The results of the QOL assessment of the group 3 of patients with DCD (SF-36 questionnaire)

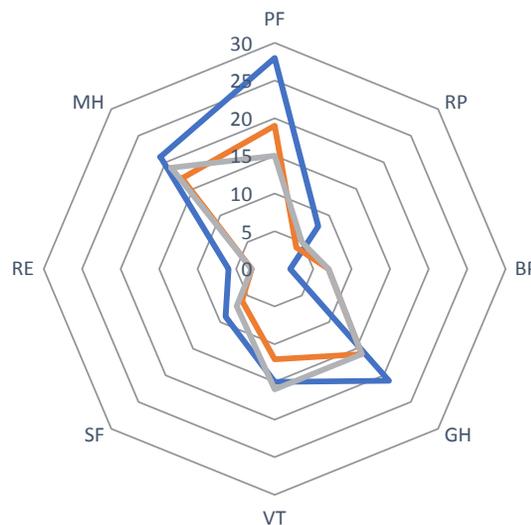


Рис. 9. Графическая интерпретация полученных результатов

Fig. 9. Graphical interpretation of the results obtained

Сравнение КЖ у больных трех групп исследования по опроснику SF-36

Comparison of QOL in patients of three study groups according to the SF-36 questionnaire

Шкалы	1-я группа (баллы)	2-я группа (баллы)	3-я группа (баллы)
Физическое функционирование (PF)	28	19	15
Рольевой функционирование (RP)	8	4	5
Боль (BP)	2	7	7
Общее здоровье (GH)	21	16	16
Жизнеспособность (VT)	15	12	16
Социальное функционирование (SF)	9	6	7
Эмоциональное функционирование (RE)	6	3	3
Психологическое здоровье (MH)	21	17	19
Всего	110	84	88

в разделе общего субъективного восприятия своего здоровья ($43 \pm 2,4$) и физического состояния ($18 \pm 1,4$). Психическое состояние и социальное функционирование у пациентов данной группы не изменялось.

При анализе результатов по опроснику EQ-5D некоторые трудности при ходьбе испытывали 12 (10,9%) пациентов, не испытывало трудностей при ходьбе 26 (23,6%) опрошенных. Случаев невозможности осуществить самостоятельный уход за собой не зарегистрировано. Случаев невозможности заниматься повседневной деятельностью зарегистрировано не было. У 18 (16,3%) опрошенных был умеренный болевой синдром в левой половине живота. Не испытывали боль 20 (18,1%) респондентов. Нарушения ментального здоровья не зафиксировано, лишь в 4 (3,6%) случаях имела место умеренная тревога или депрессия. По визуальной аналоговой шкале (ВАШ) уровень состояния здоровья $92 \pm 3,5$.

У пациентов 2 группы (n=24) (21,8%) нами зафиксированы изменения в клинических резуль-

татах после проведенного лечения. В 15 (13,6%) случаях болевой синдром полностью не купировался. У 12 (10,9%) опрошенных, длительное время после проведенного лечения отмечались нарушения стула. Периодические вздутия живота зафиксированы у 13 (11,8%) пациентов. Лишь 4 (3,6%) анкетированных больных не испытывали каких-либо изменений в своем состоянии. По результатам исследования КЖ при помощи опросника SF-36 зафиксированы следующие результаты (рис. 7).

Физическая активность ограничивалась состоянием их здоровья, по причине сохранения болевого синдрома в животе и диспепсических нарушений повседневная деятельность была затруднена, болевой синдром средней интенсивности присутствовал у каждого респондента. Изменения энергичности исследуемых проявлялись в частой подавленности и тревожном состоянии, причиной которого являлся постоянный, но не интенсивный болевой синдром в животе.

При анализе результатов по шкале GIQLI зафиксирован GI 98 ± 4 . При этом худшие результаты



Рис. 10. Графическая интерпретация ГИ у пациентов трех групп с ДБТК

Fig. 10. Graphical interpretation of GI in patients of three groups with DCD

анкетирования отмечались в разделе общего субъективного восприятия своего здоровья ($35 \pm 2,4$) и физического состояния ($14 \pm 1,4$). Психическое состояние и социальное функционирование у пациентов данной группы достоверно снижалось по причине отсутствия возможности оценить себя здоровым человеком.

При анализе результатов по опроснику EQ-5D некоторые трудности при ходьбе испытывали 18 (16,3 %) пациентов, не испытывало трудностей при ходьбе 6 (5,4 %) опрошенных. В 20 (18,1 %) наблюдениях больные испытывали трудности при уходе за собой. У 4 (3,6 %) опрошенных трудностей при уходе за собой не зарегистрировано.

Не могли заниматься повседневной деятельностью 7 (6,3 %) опрошенных. В 13 (11,8 %) наблюдениях отмечались некоторые трудности в повседневной деятельности. Трудностей в повседневной деятельности не испытывали 4 (3,6 %) пациентов.

У 20 (18,1 %) опрошенных был умеренный болевой синдром. Не испытывали боль 4 (3,6 %) респондентов. Нарушения ментального здоровья зафиксированы в 8 (7,2 %) наблюдениях. В 5 (4,5 %) случаях имела место умеренная тревога или депрессия. По визуальной аналоговой шкале (ВАШ) уровень состояния здоровья составил $84 \pm 3,5$.

У пациентов 3 группы ($n=48$) (43,6 %) нами зафиксированы худшие клинические результаты. В 33 (30,9 %) случаях болевой синдром полностью не купировался. В 3 (2,8 %) наблюдениях сформировалась стриктура сигмовидной кишки. У 2 (1,9 %) больных возник коло-везикальный свищ. В 2 (1,9 %) наблюдения произошла трансформация ДБТК в рак. У 12 (10,9 %) опрошенных длительное время отмечались нарушения стула. Сохранение субфебрильной температуры было в 10 (9,1 %) наблюдениях. Периодические вздутия живота были у 15 (1,4 %) пациентов. Лишь 3 (2,8 %) анкетированных больных не испытывали каких-либо изменений в своем состоянии. По результатам исследования КЖ при помощи опрос-

ника SF-36 нами были зафиксированы следующие результаты (рис. 8).

Физическая активность значительно ограничивалась состоянием их здоровья, повседневная деятельность была достоверно затруднена, болевой синдром отмечался в 68,8 % случаях. Энергичность этих больных была снижена.

При анализе результатов по шкале GIQLI зафиксирован ГИ 82 ± 4 . При этом худшие результаты анкетирования отмечались в разделе общего субъективного восприятия своего здоровья (38 ± 2) и психического состояния (5 ± 2). Ролевое, социальное функционирование и физическое состояние отражало снижение показателей, что привело к низкому КЖ.

При анализе результатов по опроснику EQ-5D некоторые трудности при ходьбе испытывали 35 (31,8 %) пациентов. В 4 (3,7 %) случаях респонденты описывали свое состояние как «прикован к постели». В 6 (5,5 %) наблюдениях анкетированные не могли осуществить самостоятельный уход за собой. У 12 (10,9 %) трудностей при уходе за собой не было, и в 30 (27,3 %) случаях больные испытывали трудности в мероприятиях общего ухода. В 7 (6,4 %) наблюдениях опрошенные указывали на то, что не могли заниматься повседневной деятельностью, в 8 (7,3 %) – трудностей не испытывали, а в 33 (30 %) – отмечались некоторые трудности. У 41 (37,3 %) опрошенных сохранялся болевой синдром в животе. Не испытывали боль лишь 3 (2,8 %) респондентов. Нарушения ментального здоровья зафиксировано в 19 (17,3 %) случаях. По визуальной аналоговой шкале (ВАШ) уровень состояния здоровья составил $75 \pm 1,2$.

При анализе результатов изучения КЖ по данным опросника SF-36 удалось выявить закономерность снижения всех показателей жизнедеятельности у больных со вторым и третьим рецидивом заболевания (таблица, рис. 9).

При анализе результатов по шкале GIQLI выявлена корреляция снижения гастроинтестинального индекса и увеличения количества рецидивов заболевания (рис. 10), снижение затрагивало все составляющие опросника.

Обсуждение. Исследования, посвященные оценке качества жизни больных с ДБТК, осложненной острым дивертикулитом, показали, что функциональные расстройства у пациентов сохраняются и усугубляются с каждой новой атакой обострения заболевания. Оценка КЖ позволяет более точно выявить категорию пациентов, которым необходимо выполнение планового оперативного лечения по поводу ДБТК. Своевременная целенаправленная антимикробная терапия, нормализация биоценоза кишечника позволяет добиваться стойкой ремиссии заболевания после первой атаки, что показывают сопоставимые со здоровым населением показатели КЖ. Однако это не всегда позволяет избежать повторной рецидива заболевания. Достоверно доказа-

но, что с каждым новым рецидивом заметно ухудшается физическое и социальное функционирование данной категории больных. В ряде исследований выявлено, что поздние осложнения ДБТК возникают после нескольких эпизодов обострений. При этом не всегда анкетированные указывали на снижение физического и социального функционирования.

Хорошие функциональные результаты консервативного лечения ОД в случаях первой атакой заболевания позволяют сделать вывод, что именно эта тактика лечения является методом выбора у данной категории. С каждой новой атакой заболевания зафиксировано значимое снижение КЖ. Эти результаты в некоторых случаях позволяют рекомендовать пациентам выполнение плановой резекции, пораженной дивертикулами ободочной кишки. Однако рутинное выполнение оперативного вмешательства после второго рецидива заболевания в течение года остается спорным по причине возможного возникновения значительного количества послеоперационных осложнений.

Заключение. Принятие решения об оперативном лечении пациентов с ДБТК должно обосновываться в каждом случае индивидуально, с учетом исследования уровня качества жизни, клинической картины прогрессивного развития заболевания и оценке риска развития возможных тяжелых осложнений.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

- Bridoux V., Regimbeau J. M., Ouaiissi M. et al. Hartmann's Procedure or Primary Anastomosis for Generalized Peritonitis due to Perforated Diverticulitis: A Prospective Multicenter Randomized Trial (DIVERTI). *Journal of the American College of Surgeons*. 2017. Vol. 225, № 6. P. 798–805. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2017.09.004>.
- 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. <https://doi.org/10.1001/archsurg.140.6.576>.
- Janes S., Meagher A., Frizelle F. Elective surgery after acute diverticulitis. *Brit. J. Surg.* 2005. Vol. 92. P. 133–142. <https://doi.org/10.1002/bjs.4873>.
- Ардатская М. Д. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Решенные и нерешенные вопросы. *Медицинский Совет*. 2017. № 15. С. 68–75. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2017-15-68-75>. DOI: 10.21518/2079-701X-2017-15-68-75.

- Тимербулатов В. М., Мехдиев Д. И., Фаязов Р. Р. и др. Хирургическая тактика при осложненных формах дивертикулярной болезни толстой кишки. *Колопроктология*. 2011. № 3. С. 110.
- Wolff B., Devine R. Surgical management of diverticulitis. *Am Surg.* 2000. № 66. P. 153–157. <https://doi.org/10.1177/000313480006600210>.
- Помазкин В. И., Ходаков В. В. Отдаленные результаты оперативного лечения дивертикулярной болезни толстой кишки. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2016. Т. 175, № 2. С. 101–104. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2016-175-2-101-104>.
- 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. № 15. P. 1005–1010. <https://doi.org/10.1097/00042737-200309000-00011>.
- Tursi A., Picchio M., Elisei W., et al. Current management of patients with diverticulosis and diverticular disease: a survey from the 2-nd International Symposium in Diverticular Disease. *J Clin Gastroenterol.* 2016. № 50. P. 97–100. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000645>.
- van Dijk S. T., Daniels L. 1, Nio C. Y. et al. Predictive factors on CT imaging for progression of uncomplicated into complicated acute diverticulitis. *Int J Colorectal Dis.* 2017. № 12. P. 1693–1698. <https://doi.org/10.1007/s00384-017-2919-0>.
- Parks T. G. Natural history of diverticular disease of the colon. *Clin Gastroenterol.* 2020. Vol. 4, № 1. P. 53–69. [https://doi.org/10.1016/S0300-5089\(21\)00097-3](https://doi.org/10.1016/S0300-5089(21)00097-3).
- Shahedi K., Fuller G., Bolus R. et al. Long-term risk of acute diverticulitis among patients with incidental diverticulosis found during colonoscopy. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2023. Vol. 11, № 12. P. 1609–13. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2013.06.020>.
- Помазкин В. И., Ходаков В. В. Анализ отдаленных функциональных результатов плановой резекции толстой кишки при дивертикулярной болезни. *Колопроктология*. 2016. № 1. С. 30–34. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2016-0-1-30-34>.
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.1999.01501.x>.
- Wolff B., Devine R. Surgical management of diverticulitis. *Am Surg.* 2000. Vol. 66. P. 153–157. <https://doi.org/10.1177/000313480006600210>.
- 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. <https://doi.org/10.1001/archsurg.140.6.576>.
- Pasternak I., Wiedemann N., Basilicata G., Melcher G.A. Gastrointestinal quality of life after laparoscopic-assisted sigmoidectomy for diverticular disease. *Int J Colorectal Dis.* 2012. Vol. 27, № 06. P. 781–787. <https://doi.org/10.1007/s00384-011-1386-2>.
- Forgione A., Leroy J., Cahill R. A. et al. Prospective evaluation of functional outcome after laparoscopic sigmoid colectomy. *Ann Surg.* 2009. Vol. 249, № 2. P. 218–224. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e318195c5fc>.
- Egger B., Peter M. K., Candinas D. Persistent symptoms after elective sigmoid resection for diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2008. Vol. 51, № 07. P. 1044–1048. <https://doi.org/10.1007/s10350-008-9234-3>.
- WHO Quality of Life Assessment Group. What quality of life? / The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. *World Health Forum.* 1996. Vol. 17, № 4. P. 354–356. PMID: 9060228.
- Левчук А. Л., Абдуллаев А. Э. Онкологическая трансформация дивертикулярной болезни толстой кишки. Сочетание или закономерный последовательный процесс? *Вестник НМХЦ им. Н. И. Пирогова*. 2024. Т. 19, № 3. С. 70–76. https://doi.org/10.25881/20728255_2024_19_3_70.
- Антонычев С. Ю., Мохорт Т. В. Исследование качества жизни больных сахарным диабетом 1-го типа. *Мед. панорама*. 2003. № 3. URL: http://healtheconomics.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=2212:-1-&catid=55:2009-05-29-19-56-44&Itemid=104 (дата обращения: 10.04.2025).
- Левчук А. Л., Абдуллаев А. Э. Радикальные хирургические вмешательства после мининвазивных санирующих операций по поводу осложненного дивертикулита толстой кишки. *Вестник НМХЦ им. Н. И. Пирогова*. 2023. Т. 18, № 3. С. 71–79. https://doi.org/10.25881/20728255_2023_18_3_71.
- Шельгин Ю. А., Ивашкин В. Т., Ачкасов С. И. и др. Клинические рекомендации. Дивертикулярная болезнь (K57.2, K57.3), взрослые.

- Колопроктология. 2024. Т. 23, № 2. С. 10–27. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-2-10-27>.
25. Eypash E., Williams J., Wood-Dauphinee S. et al. Gastrointestinal Quality of life index: development, validation and application of a new instrument. *Br. J. Surg.* 1995. Vol. 82, № 2. P. 216–222. DOI: 10.1002/bjs.1800820229.
- ## REFERENCES
1. Bridoux V., Regimbeau J. M., Ouaisi M. et al. Hartmann's Procedure or Primary Anastomosis for Generalized Peritonitis due to Perforated Diverticulitis: A Prospective Multicenter Randomized Trial (DIVERTI). *Journal of the American College of Surgeons.* 2017;225(6):798–805. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2017.09.004>.
 2. Broderick-Villa G., Burchette R., Collins C. et al. Hospitalisation for acute diverticulitis does not mandate routine elective colectomy. *Arch. Surg.* 2005;140:576–581. <https://doi.org/10.1001/archsurg.140.6.576>.
 3. Janes S., Meagher A., Frizelle F. Elective surgery after acute diverticulitis. *Brit. J. Surg.* 2005;92:133–142. <https://doi.org/10.1002/bjs.4873>.
 4. Ardatskaya M. D. Diverticular disease of the colon: resolved and unresolved issues. *Medical Council.* 2017;(15):68–75. (In Russ.). <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2017-15-68-75>.
 5. Timerbulatov V. M., Mehdiyev D. I., Fayazov R. R. et al. Surgical tactics in complicated forms of diverticular colon disease. *Coloproctology.* 2011;(3):110. (In Russ.).
 6. Wolff B., Devine R. Surgical management of diverticulitis. *Am Surg.* 2000;(66):153–157. <https://doi.org/10.1177/000313480006600210>.
 7. Pomazkin V. I., Khodakov V. V. Long-term results of surgical treatment of diverticular disease of colon. *Grekov's Bulletin of Surgery.* 2016; 175(2):101–104. (In Russ.). <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2016-175-2-101-104>.
 8. 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;(15):1005–1010. <https://doi.org/10.1097/00042737-200309000-00011>.
 9. Tursi A., Picchio M., Elisei W., et al. Current management of patients with diverticulosis and diverticular disease: a survey from the 2-nd International Symposium in Diverticular Disease. *J Clin Gastroenterol.* 2016. (50):97–100. <https://doi.org/10.1097/MCG0000000000000645>.
 10. van Dijk S. T., Daniels L. 1, Nio C. Y. et al. Predictive factors on CT imaging for progression of uncomplicated into complicated acute diverticulitis. *Int J Colorectal Dis.* 2017;(12):1693–1698. <https://doi.org/10.1007/s00384-017-2919-0>.
 11. Parks T. G. Natural history of diverticular disease of the colon. *Clin Gastroenterol.* 2020;4(1):53–69. [https://doi.org/10.1016/S0300-5089\(21\)00097-3](https://doi.org/10.1016/S0300-5089(21)00097-3).
 12. Shahedi K., Fuller G., Bolus R. et al. Long-term risk of acute diverticulitis among patients with incidental diverticulosis found during colonoscopy. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2023;11(12):1609–13. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2013.06.020>.
 13. Pomazkin V. I., Khodakov V. V. The analysis of the remote functional results of the elective colonic resection at diverticular diseases. *Koloproktologia.* 2016;(1):30–34. (In Russ.). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2016-0-1-30-34>.
 14. 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;94: 3110–3121. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.1999.01501.x>.
 15. Wolff B., Devine R. Surgical management of diverticulitis. *Am Surg.* 2000;66:153–157. <https://doi.org/10.1177/000313480006600210>.
 16. Broderick-Villa G., Burchette R., Collins C. et al. Hospitalisation for acute diverticulitis does not mandate routine elective colectomy. *Arch. Surg.* 2005;140:576–581. <https://doi.org/10.1001/archsurg.140.6.576>.
 17. Pasternak I., Wiedemann N., Basilicata G., Melcher G.A. Gastrointestinal quality of life after laparoscopic-assisted sigmoidectomy for diverticular disease. *Int J Colorectal Dis.* 2012;27(06):781–787. <https://doi.org/10.1007/s00384-011-1386-2>.
 18. Forgione A., Leroy J., Cahill R. A. et al. Prospective evaluation of functional outcome after laparoscopic sigmoid colectomy. *Ann Surg.* 2009;249(2):218–224. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e318195c5fc>.
 19. Egger B., Peter M. K., Candinas D. Persistent symptoms after elective sigmoid resection for diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2008;51(07):1044–1048. <https://doi.org/10.1007/s10350-008-9234-3>.
 20. WHO Quality of Life Assessment Group. What quality of life? The WHOQOL Group. *World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum.* 1996;17(4):354–356. PMID: 9060228.
 21. Levchuk A. L., Abdullaev A. E. Oncological transformation of diverticular colon disease. A combination or a regular sequential process? *Bulletin of the NMHC named after N. I. Pirogov.* 2024;19(3):70–76. (In Russ.). https://doi.org/10.25881/20728255_2024_19_3_70.
 22. Antonychev S. Y., Mohort T. V. The study of the quality of life of patients with type 1 diabetes mellitus. *Med. panorama.* 2003;3. URL: http://healthconomics.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=2212:-1-&catid=55:2009-05-29-19-56-44&Itemid=104 (accessed: 10.04.2025). (In Russ.).
 23. Levchuk A. L., Abdullaev A. E. Radical surgical interventions after minimally invasive sanitizing operations for complicated diverticulitis of the colon. *Bulletin of the NMHC named after N. I. Pirogov.* 2023;18(3):71–79. (In Russ.). https://doi.org/10.25881/20728255_2023_18_3_71.
 24. Shelygin Y. A., Ivaskin V. T., Achkasov V. I. et al. Clinical guidelines Diverticular disease (57.2, 57.3), adults. *Koloproktologia.* 2024;23(2):10–27. (In Russ.). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-2-10-27>.
 25. Eypash E., Williams J., Wood-Dauphinee S. et al. Gastrointestinal Quality of life index: development, validation and application of a new instrument. *Br. J. Surg.* 1995;82(2):216–222. <https://doi.org/10.1002/bjs.1800820229>.

Информация об авторах:

Левчук Александр Львович, доктор медицинских наук, профессор, советник по хирургическим вопросам, Национальный медико-хирургический Центр имени Н. И. Пирогова (Москва, Россия), ORCID: 0000-0002-2904-0730; **Абдуллаев Абакар Эльбрусевич**, кандидат медицинских наук, зам. главного врача по медицинской части, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи города Владимира (г. Владимир, Россия), ORCID: 0000-0002-9866-8679.

Information about authors:

Levchuk Aleksandr L., Dr. of Sci. (Med.), Professor, Adviser on Surgical Issues, Pirogov National Medical and Surgical Center (Moscow, Russia), ORCID: 0000-0002-2904-0730; **Abdullaev Abakar E.**, Cand. of Sci. (Med.), Deputy Chief Medical Officer, Vladimir City Clinical Emergency Hospital (Vladimir, Russia), ORCID: 0000-0002-9866-8679.