

УДК 616.34-007.43-031:611.957-089.844

ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Пискунов А.С., Репин В.Н.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера», Пермь,
e-mail: rector@psma.ru

Проведено исследование качества жизни больных с паховыми грыжами после различных видов герниопластик. Установлено, что качество жизни зависит не только от вида операции, рецидива грыжи, но и от состояния соединительной ткани больного. Наличие у больных дисплазии соединительной ткани приводит к снижению уровня качества жизни в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: герниопластика, качество жизни, дисплазия соединительной ткани

THE INFLUENCE OF SYNDROME OF DYSPLASIA OF CONNECTIVE TISSUE TO THE QUALITY OF PATIENTS LIFE AFTER HERNIOPLASTY OF INGUINAL HERNIAS

Piskunov A.S., Repin V.N.

Perm state medical academy of a name of academician . E.A.Wagner», Perm, e-mail: rector@psma.ru

It was conducted the research of the quality of patients' life with inguinal hernias after different kinds of hernioplasty. It is established that the life's quality depends not only on the kind of operation, but also on the condition of patient's connective tissue. The presence of dysplasia of connective tissue at the patients conducts to the depression of the level of life's quality in the postoperation period.

Keywords: hernioplasty, the quality of life, dysplasia of connective tissue

Паховые грыжи встречаются у 2-7% взрослого населения. Грыжесечение остаётся одной из самых частых операций и составляет от 8 до 24% всех хирургических вмешательств [1, 3, 7]. Несмотря на совершенствование существующих аутопластических методов, внедрение аллопластики «без натяжения», частота рецидивов остаётся высокой. При аутопластике первичной грыжи рецидивы составляют около 10%, рецидивной – 13-42%. При использовании аллопластики частота рецидивов снижается до 0,1-2% [2, 4, 6, 7].

Причины рецидивов паховых грыж крайне разнообразны. В последнее время, ряд авторов указывают на то, что в патогенезе рецидивов, в формировании двухсторонних грыж имеет значение состояние соединительной ткани больного. У многих грыженосителей выявляются различные признаки дисплазии соединительной ткани [5, 8, 9].

Цель исследования: оценить влияние дисплазии соединительной ткани (ДСТ) на качество жизни больных с паховыми грыжами после герниопластики.

В основу настоящей работы положены результаты наблюдений за 158 больными с паховыми грыжами, из них 91 (59%) больной с двухсторонней и рецидивной грыжей и 67 (43%) больных с односторонними паховыми грыжами. Больные находились на лечении в хирургическом отделении МСЧ №9 им. М.А. Тверье г. Перми с 2007 по 2009.

Для диагностики синдрома ДСТ у больных целенаправленно выявлялись фенотипические проявления со стороны различных органов и систем, входящие в синдром ДСТ и свидетельствующие о системном поражении соединительной ткани. Для выявления внешних маркеров дисплазии соединительной ткани использовали оценку конституции больного, гипермобильности суставов, гиперэластичности кожи, состояния костно-мышечной системы, арахнодактилии, стигм дисэмбриогенеза. Учитывали наличие висцеральных проявлений дисплазии соединительной ткани: кардиальные проявления, варикозная болезнь нижних конечностей, спланхноптозы, патология желудочно-кишечного тракта, глазного яблока.

В зависимости от наличия проявлений ДСТ больные были разделены на две группы. Основную группу составили 76 (48%) больных с тремя и более признаками ДСТ, в группу сравнения были включены 82 (52%) пациента без признаков ДСТ.

Для сравнения основных критериев качества жизни в исследуемых группах больных использован опросник «SF-36». Опросник «SF-36» количественно оценивает следующие показатели: общее состояние здоровья (ОЗ), физическое функционирование (ФФ), ролевую активность (РА), эмоциональное состояние (РЭ), социальное функционирование (СФ), интенсивность боли (Б), жизненную активность (ЖА), психическое здоровье (ПЗ).

Результаты исследования показали, что у больных с признаками ДСТ уровень качества жизни ниже по всем показателям, кроме социального функционирования, чем у лиц без проявлений ДСТ (табл. 1). Это указывает на

то, что синдром ДСТ оказывает влияние на физическую, эмоциональную, психическую составляющую здоровья человека, снижая тем самым его работоспособность, самооценку и жизненную активность.

Таблица 1

Качество жизни больных с признаками ДСТ

Показатели качества жизни	Больные без признаков ДСТ ($n = 82$)	Больные с тремя и более признаками ДСТ ($n = 76$)
Общее состояние здоровья (ОЗ)	$76,8 \pm 15,6$	$60,3 \pm 19,4^*$
Физическое функционирование (ФФ)	$91,6 \pm 9,7$	$81,3 \pm 13,2^*$
Рольное функционирование (РФ)	$86,5 \pm 22$	$71,1 \pm 25,8^*$
Рольное функционирование (РЭ)	$93,5 \pm 14$	$81,4 \pm 20,6^*$
Социальное функционирование (СФ)	$46,1 \pm 7,4$	$46,2 \pm 9,8$
Интенсивность боли (Б)	$86,2 \pm 16$	$76,1 \pm 19,4^*$
Жизненная активность (ЖА)	$75 \pm 12,4$	$66,5 \pm 9,8^*$
Психологическое здоровье (ПЗ)	$80,1 \pm 11,7$	$70,3 \pm 10^*$

Примечание: * – различия между группами достоверны ($p < 0,01$).

Было проанализировано влияние вида операции и импланта на качество жизни больных. Все больные были разделены на три группы. Первую группу составили 110 пациентов, которым выполнена герниопластика по Лихтенштейну с использованием полимерных сеток «Эсфил-стандарт». Во вторую группу вошли 10 пациентов, которым выполнена герниопластика по Лихтенштейну с использованием сетки «UltraPro». Третью группу составили 38 больных без признаков ДСТ и небольшими паховыми

грыжами оперированные местными тканями по Шоулдайсу и Бассини.

Результаты показали, что качество жизни больных, где применялись комбинированные сетки «UltraPro» выше, чем в группе, где использовался «Эсфил-стандарт». В то же время, качество жизни после герниопластики местными тканями несколько не уступает, а по некоторым показателям даже превосходит, качество жизни больных после операции Лихтенштейна (табл. 2).

Таблица 2

Качество жизни больных после герниопластик

Показатели качества жизни	«Эсфил-стандарт» ($n = 110$)	«UltraPro» ($n = 10$)	Местные ткани ($n = 38$)
Общее состояние здоровья (ОЗ)	66 ± 20	67 ± 16	$78 \pm 15,4^*$
Физическое функционирование (ФФ)	84 ± 13	$88 \pm 9,7$	$94 \pm 7,5^*$
Рольное функционирование (РФ)	$74,6 \pm 25,5$	$90 \pm 17,4$	$89,4 \pm 21,4^*$
Рольное функционирование (РЭ)	84 ± 20	$94 \pm 13,3$	$96,5 \pm 10,2^*$
Социальное функционирование (СФ)	$46,4 \pm 9$	43 ± 9	$46,2 \pm 7,6$
Интенсивность боли (Б)	$79,2 \pm 19$	$88,2 \pm 16,4$	$85,7 \pm 15,4$
Жизненная активность (ЖА)	$69,3 \pm 11$	$73,5 \pm 7,8$	$74,8 \pm 14,5^*$
Психологическое здоровье (ПЗ)	$73 \pm 11,6$	$78,4 \pm 10,5$	$82,1 \pm 10,3^*$

Примечание: * – различия между группами достоверны ($p < 0,01$).

В отдалённом периоде выявлено 3 рецидива паховой грыжи что составило – 1,9% от числа обследованных больных. Два из них были выявлены после герниопластики по Лихтенштейну. Третий рецидив выявлен после герниопластики местными тканями. Все рецидивы паховой грыжи наблюдались у больных с признаками ДСТ.

Таким образом, изучение отдалённых результатов и качества жизни больных после герниопластик позволяет сделать следующие выводы:

1. Наличие у больного проявлений ДСТ приводит к снижению практически всех показателей качества жизни, ухудшает общее здоровье человека, снижает его работо-

способность, самооценку и жизненную активность.

2. Качество жизни у больных без признаков ДСТ после герниопластики местными тканями выше, чем у больных после аллопластики.

3. Все рецидивы паховой грыжи, выявленные в отдалённом периоде, наблюдались у больных с признаками и проявлениями ДСТ.

Список литературы

1. Болевой синдром как показатель эффективной герниопластики паховой грыжи / Л.К. Куликов, С.В. Шалашов, А.А. Смирнов и др. // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – №2. – С. 51-53.
2. Качество жизни пациентов после герниопластики / В.В. Паршиков, В.В. Петров, Р.В. Романов и др. // Медицинский альманах. – 2009. – №1. – С. 100-103.
3. Котов М.С. Восьмилетний опыт герниопротезирования по Лихтенштейну при паховых грыжах у мужчин / М.С. Котов, В.И. Подолужный // Медицина в Кузбассе. – 2005. – №1. – С. 139-140.
4. Оптимизация аллопластики паховых грыж / Т.А. Мошкова, С.В. Васильев, В.В. Олейник // Вестник Санкт-Петербургского университета. – Сер. 11. – 2008. – Вып. 2. – С. 140-144.
5. Роль дисплазии соединительной ткани в этиопатогенезе грыжевой болезни / А.В. Федосеев, Д.С. Пуяшов, С.Ю. Муравьев // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2008. – №2. – С. 63-66.
6. Современная тактика хирургического лечения паховых грыж / А.В. Юрасов, Д.А. Фёдоров, А.Л. Шестаков и др. // Анналы хирургии. – 2002. – №2. – С. 54-59.
7. Хирургическое лечение паховых грыж / А.А. Бочкарёв, А.В. Щербатых, А.Л. Агрызков, А.А. Большешапов // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – №4. – С. 53-55.
8. Peacock, E.E. Studies on the biology and treatment of recurrent inguinal hernia. II. Morphological changes / E.E. Peacock, J.W. Madden // Ann. Surg. – 1974. – Vol. 179. – P. 567-571.
9. Wagh, P.V. Defective collagen synthesis in inguinal herniation / P.V. Wagh, R.C. Read // Am. J. Surg. – 1972. – Vol. 124. – P. 819-822.