

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Назарьянц Ю.А., Петрушко С.И., Винник Ю.С., Чайкин А.А., Кочетова Л.В.,  
Дябкин Е.В., Василеня Е.С., Карапетян Г.Э, Пахомова Р.А., Маркелова Н.М.,  
Куликова А.Б., Марцева А.П.

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ, Красноярск, Россия, e-mail: yuliya-nazaryanc@mail.ru.*

Лечение грыж передней брюшной стенки остается одной из наиболее актуальных проблем современной хирургии. На долю грыж приходится до 20% всех операций. В современной медицине широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем». В настоящее время исследование качества жизни является удобным и информативным методом, позволяющим оценивать самочувствие пациентов, использовать результаты таких исследований для оценки эффективности любого вида лечения и динамики любого заболевания. В статье представлены результаты лечения и качество жизни больных с послеоперационными вентральными грыжами в зависимости от способа пластики. Авторы установили, что лапароскопический метод пластики, имеет преимущества в сравнении с общепринятыми способами, позволяет повысить качество жизни больных в сроки более 1 года после операции и может быть рекомендован для лечения больных с малыми, большими и гигантскими ПОВГ, а так же диастазом прямых мышц живота.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, аллопластика, качество жизни

## QUALITY OF THE LIFE OF PATIENTS AFTER LAPAROSKOPICHESKY PLASTICS POSTOPERATIVE HERNIAS

Nazaryants Y.A., Petrushko S.I., Vinnik Y.S., Chaikin A.A., Kochetova L.V.,  
Dyabkin E.V., Vasilenya E.S., Karapetyan G. E., Pakhomova R. A., Markelova N. M.,  
Kulikova A.B., Marceva A.P.

*SEI VPO Krasnoyarsk state medical university of a name of professor V. F. Voyno-Yasenetsky of Ministry of Health Russian Federation, Krasnoyarsk, Russia, e-mail: yuliya-nazaryanc@mail.ru*

Treatment of hernias of a forward belly wall remains to one of the most actual problems of modern surgery. On a share of hernias it is necessary to 20 % of all operations. In modern medicine a wide circulation the term has received «the quality of a life connected with health». Now research of quality of a life is the convnient and informative method, allowing to estimate(appreciate) state of health of patients, to use results of such researches for an estimation of efficiency of any kind of treatment and dynamics of any disease. In article results of treatment and quality of a life of patients with postoperative вентральными hernias depending on a way plastics are presented. The authors found that the laparoscopic method plastics, has the advantages in comparison with conventional methods, can improve the quality of life of patients in terms of more than 1 year after the surgery and may be recommended for the treatment of patients with small, large and giant PAWG, as well as diastasis recti.

Keywords: postoperative вентральные hernias, alloplastik, quality of a life

### Актуальность

Неудовлетворительные результаты грыжесечения при значительных дефектах апоневроза передней брюшной стенки побуждают хирургов к поиску новых вариантов оперативных вмешательств. Среди осложнений после устранения ПОВГ в отдаленные сроки наиболее характерным является их рецидив. Именно, по отсутствию или наличию этого осложнения, большинство хирургов оценивают эффективность проведенной операции. Частота рецидивов ПОВГ, по данным разных авторов, колеблется от 19 до 54% и не имеет тенденции к уменьшению [1, 4]. В некоторых хирургических стационарах после устранения

ПОВГ рецидивы возникают почти у каждого второго пациента [2,6]. Их частота существенно различается у больных разного возраста и в зависимости от наличия и отсутствия сопутствующих заболеваний, конституционально-анатомических особенностей строения передней брюшной стенки, технических погрешностей при операции, неадекватного ведения и течения послеоперационного периода [3,5].

Кроме того, еще остаются нерешенные вопросы, касающиеся особенностей отдаленного послеоперационного периода. К ним, в частности, относится развитие хронической боли, иные жалобы и дискомфорт в послеоперационном периоде [7,8].

Исследование качества жизни – это современный подход, который дает возможность изменить традиционное отношение к проблеме лечения болезни и больных.

**Цель:** оценить результаты лапароскопической герниопластики послеоперационных вентральных грыж в отдаленном послеоперационном периоде.

### **Материалы и методы**

В работе мы применили современную концепцию исследования КЖ в абдоминальной хирургии. Для сравнения качества жизни больных группы сравнения и исследуемой группы проводилось анкетирование с использованием стандартизированного русифицированного опросника SF-36, который разработан на базе MOS 36-Item Short-Form Health Survey (MOSSF-36), созданного в The Health Institute, New England Medical Center (Бостон, США). Опросник MOSSF-36 является наиболее распространенным и широко применяемым, как в популяционных исследованиях, так и в специальных исследованиях КЖ, и состоит из 36 пунктов, которые сгруппированы в 8 шкал. Эти шкалы отражают два основных компонента здоровья – физический и психический, и представлены следующим образом:

1. Физическое функционирование (**PF**) – отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице и т.п.).
2. Рольное функционирование (**RP**), обусловленное физическим состоянием, - влияние физического состояния на повседневную рольную деятельность.
3. Боль (**BP**) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью.
4. Общее здоровье (**GH**) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.
5. Жизнеспособность (**VT**) – субъективное ощущение полноты сил и энергии или, наоборот, снижение жизненной активности.
6. Социальное функционирование (**SF**) – определяется степенью, в которой физическое и эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).
7. Рольное эмоциональное функционирование (**RE**) – предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной

деятельности (большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.).

8. Психическое здоровье (МН)– характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний и психическом неблагополучии.

Различные шкалы объединяют от 2 до 10 пунктов. Каждый пункт используется только одной определенной шкалой. В соответствии со стандартной процедурой обработки полученных данных значение каждой шкалы выражается в баллах и колеблется в диапазоне от 0 до 100, где 0 – это наихудшее, 100 – наилучшее качество жизни. Все шкалы формируют два показателя: душевное (МН) и физическое благополучие (РН).

Статистическая обработка результатов проводилась с применением программ MicrosoftExcel, а также пакета компьютерных прикладных программ Statistica, версия 6.0 (StatSoft, 2003). При проведении статистической обработки вычислялись средняя арифметическая (M), среднее квадратичное отклонение (s), средняя ошибка средней арифметической (m). Для оценки типа распределения признаков использовали показатели эксцесса, асимметрии и тест Шапиро-Уилкса. В случаях нормального распределения, а также равенства выборочных дисперсий, для множественного сравнения средних использовали дисперсионный анализ и, для сравнения двух групп, критерий Стьюдента. В иных случаях, при сравнении более двух групп, использовали непараметрический критерий Крускала-Уоллиса и, при парном сравнении, критерий Манна-Уитни. Для сравнения качественных признаков использовали критерий  $\chi^2$ . Критический уровень статистической значимости при проверке нулевой гипотезы принимали равный 0,05.

Для анализа отдаленных результатов хирургического лечения больных с ПОВГ, оценивали результаты анкетных данных. При этом учитывали самочувствие больных, наличие жалоб, рецидива грыж, послеоперационных осложнений, восстановление трудоспособности. Эти данные объективизируют изучение возможностей трудовой и медицинской реабилитации больных в отдаленном послеоперационном периоде.

Оценка отдаленных результатов хирургического лечения основывалась на совокупности анамнестических данных, результатов личного осмотра и проведенных дополнительных исследований.

Мы выделили определенные критерии для оценки результата лечения.

**Хороший** результат - отсутствие рецидива грыжи и каких-либо жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта и послеоперационного рубца при возможности продолжения профессиональной деятельности и выполнения обычных домашних занятий для лиц пенсионного возраста. Самооценка состояния характеризовалась как выздоровление.

**Удовлетворительный** результат - пациенты, у которых при отсутствии рецидива

заболевания имелись жалобы на периодические или постоянные боли в области послеоперационного рубца, пониженную трудоспособность. Самооценка самочувствия больного после операции расценивалась, как без перемен или улучшения.

**Неудовлетворительный** результат - рецидив грыжи, снижение трудоспособности и инвалидизация больного.

Из 202 оперированных больных ГС и ИГ с ПОВГ отдаленные результаты были изучены по анкетным данным у 163 (80%). В группе больных, оперированных по общепринятым методикам, отдаленные результаты прослежены у 93, из них 1 больной умер в стационаре, вследствие массивной ТЭЛА. В исследуемой группе отдаленные результаты прослежены у 70 больных.

Из 202 оперированных больных, вследствие перемены места жительства и других причин, выпали из наблюдения 39 человек (3 больных ГС и 35 больных ИГ) - результаты лечения остались неизвестными.

Исходы операции, включающие оценку до одного года, расцениваются как ближайшие результаты лечения, по которым нельзя делать окончательных выводов. Достоверными следует считать результаты двухлетней давности и более (А.И. Барышников; 1960; А.А. Барков, 1972; А.И. Коршунов, 1978).

### Полученные результаты

Таким образом, отдаленные результаты прослежены и анализированы у 163 больных, оперированных по поводу ПОВГ по общепринятым и лапароскопической методикам, в сроки от двух до пяти лет.

Рецидив заболевания у больных, оперированных по поводу ПОВГ, выявлен у 12 (7,3%), 9 из ГС и 3 (2,8%) из ИГ. Снижение трудоспособности отметили все больные. У этих больных мы сочли отдаленные результаты операции неудовлетворительными.

Качество жизни оценивали у 93 больных ГС и у 70 больных ИГ через 1-3 года после операции. Полученные данные сравнивали между собой, что позволило провести анализ КЖ, а также определить, какой из методов хирургического вмешательства является более благоприятным для пациентов с ПОВГ.

Сравнительная оценка качества жизни пациентов представлена в табл. 1.

**Таблица 1**

Сравнительная оценка качества жизни пациентов в ИС и ГС

Шкала SF-36	Группа сравнения (n=93)					Исследуемая группа (n=70)
	Девлин	Ramirez	Белоконев	Stoppa	Rives	
ФФ	75,3±7,5	78,3±3,2	81,1±2,7	84,7±4,6	85,2±10,2	88,8±16,4*
РФ	66,2±4,3	70,5±4,1	73,3±3,1	80,9±5,1	83,9±8,2	91,3±12,1*
Боль	80,7±7,7	83,2±4,2	85,5±2,1	90,9±3,5	93,8±4,7	96,8±9,2*
ОЗ	47,9±5,4	50,9±2,9	55,7±4,4	62,3±2,5	66,3±9,7	85,3±10,9*
Жизнеспособность	58,1±5,7	59,8±6,2	60,6±2,4	66,8±2,8	70,7±6,3	84,4±9,8*

СФ	62,6±3,5	65,5±1,8	68,1±5,1	72,6±1,1	76,5±11,5	95,5±6,2*
РЭФ	59,4±3,1	65,2±3,5	69,2±7,2	73,4±2,3	76,1±10,3	97,7±2,3*
ПЗ	57,1±3,8	57,9±2,8	58,2±2,9	62,5±3,1	65,9±3,1	86,5±10,2*

\* $p < 0,05$  по сравнению с группой сравнения

При анализе полученных данных качества жизни наихудшие результаты были в подгруппе больных оперированных по методике Девлина. Незначительно выше показатели выявлены при пластике Ramirez. Так же не на много отличались и данные при операции Белоконева. По – нашему мнению эти подгруппы имеют наихудшие результаты в связи с большим количеством осложнений раннего послеоперационного периода, таких как серомы, инфильтраты и нагноения, связанные с большой отслойкой подкожно жировой клетчатки, и частотой рецидивов.

Хорошие результаты качества жизни оказались в подгруппах с расположением сетчатого эндопротеза в позицию sublay по методикам Rives и Stoppa. У больных этих подгрупп качество жизни в среднем лучше на 5 пунктов по всем шкалам по сравнению с другими методиками пластики.

В отдаленном послеоперационном периоде показатели качества жизни в исследуемой группе выше в 1,3 раза. Отмечены более низкие показатели качества жизни по всем шкалам в подгруппе больных, оперированных по методике Rives и Stoppa, в сравнении с лапароскопической пластикой грыж.

Лапароскопическая герниопластика (ЛГ) характеризуется лучшими результатами КЖ по сравнению с общепринятыми методиками пластики ПОВГ.

Следовательно, состояние больных ИГ, перенесших лапароскопическую герниопластику, позволяет более эффективно справляться с такими физическими нагрузками, как ходьба, перенос тяжестей, подъем по лестнице и некоторыми другими. Применение малоинвазивных методик (ЛГ) позволяет повысить ролевую деятельность и успешно выполнять повседневные бытовые и профессиональные обязанности по сравнению с больными, оперированными по общепринятым методикам. Высокие показатели социального и ролевого эмоционального функционирования свидетельствуют о том, что степень социальной активности выше у больных в ИГ.

Таким образом, лапароскопический метод пластики, имеет преимущества в сравнении с общепринятыми способами, позволяет повысить качество жизни больных в сроки более 1 года после операции и может быть рекомендован для лечения больных с малыми, большими и гигантскими ПОВГ, а так же диастазом прямых мышц живота.

## Список литературы

1. Атлас оперативной хирургии грыж / т.-сост В.Н.Егиев и др. –М.: Медпрактика, 2003. – С. 156-228.
2. Барков, А.А. Хирургическое лечение послеоперационных грыж / А.А.Барков. - М., 1995. – 38 с.
3. Бауда, А.Б. Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Б.Бауда. – СПб., 1999. – 22 с.
4. Белоконев, В.И. Результаты выполнения пластик послеоперационных вентральных грыж комбинированным способом в сравнительном аспекте/В.И.Белоконев, Э.В.Ковалева, С.Ю.Пушкин //Материалы конференции «Современные технологии в общей хирургии». –М., 2001. – С. 79-81
5. Гостевской, А.А. Нерешенные вопросы протезирования передней брюшной стенки при грыжах/ А.А. Гостевской // Вестник хирургии - 2007. – №4. – С.115-118.
6. Грубник, В.В. Современные методы лечения брюшных грыж/ В.В.Грубник, А.А.Лосев, Н.Р.Баязитов // Киев. - Здоровье – 2001. - С.280.
7. Жербовский, В.В. Двадцати летний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж. / В.В.Жербовский, К.Д.Тоскин, Ф.Н.Ильченко // Вестник хирургии им. Грекова. - 1996. -№ 2. – С. 105-108.
8. Седов, В.М. Сетчатые имплантаты из поливинилиденфторида в лечении грыж брюшной стенки. / В.М.Седов, А.А.Гостевской, С.Д.Тарбаев // Вестник хирургии им. Грекова. – 2008. - № 2 – С. 17-21

### Рецензенты:

Черданцев Д.В., д.м.н., профессор, Заведующий кафедрой и клиникой хирургических болезней им. проф. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск;

Здзиговецкий Д.Э., д.м.н., профессор, Заведующий кафедрой и клиникой хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск.