

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Чарышкин А.Л., Фролов А.А.

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», 432970 г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42, УлГУ, e-mail: charyshkin@yandex.ru

Проведено исследование по улучшению результатов хирургического лечения больных с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами с использованием разработанного способа герниопластики. В работе представлены результаты обследования и лечения 123 больных с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами за период с 2003–2012 гг. Средний возраст оперированных больных составил $64,2 \pm 9,3$ года. Изучены показатели качества жизни у 40 больных в первой группе, у 30 во второй, у 40 в третьей группе. Проведенные нами исследования качества жизни показывают, что у пациентов во второй группе после герниопластики inlay-sublay и в третьей группе по методу onlay, в отдаленном послеоперационном периоде отмечается снижение параметров качества жизни. При анализе полученных результатов выявлено достоверно более высокие суммарные показатели физического и психического здоровья у пациентов после герниопластики разработанным способом.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, способ герниопластики.

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE AT PATIENTS AFTER HERNIOPLASTY BIG AND HUGE POSTOPERATIVE THE VENTRAL OF HERNIAS

Charyshkin A.L., Frolov A.A.

Ulyanovsk State University, 432970 Ulyanovsk, L.Tolstoys street, 42, UlsU, e-mail: charyshkin@yandex.ru

Research on improvement of results of surgical treatment of patients with big and huge postoperative ventral hernias with use of the developed way hernioplasty. Is conducted. In work the developed way hernioplasty at patients with big and huge postoperative ventral hernias (the patent Russian Federation for the invention No. 2422105) is described. In work results of inspection and treatment of 123 patients with with big and huge postoperative ventral hernias from 2003–2012 are presented. Average age of the operated patients made $64,2 \pm 9,3$ years. Indicators of quality of life at 40 patients in the first group, at 30 in the second, at 40 in the third group are studied. The researches of quality of life conducted by us show that at patients in the second group after hernioplasty inlay-sublay and in the third group on on the lay method, in the remote postoperative period is noted decrease in parameters of quality of life. In the analysis of the received results it is revealed authentically higher total rates of physical and mental health at patients after hernioplasty in the developed way.

Keywords: postoperative ventral hernias, way hernioplasty.

Введение

Из года в год увеличивается количество хирургических вмешательств по поводу различных заболеваний органов брюшной полости, что приводит к росту и числа пациентов с послеоперационными и рецидивными грыжами [1, 2]. По статистическим данным, от 2 до 15 % всех лапаротомий осложняются развитием послеоперационных вентральных грыж [3, 4, 5]. Основными причинами большого количества рецидивов является выраженное натяжение тканей передней брюшной стенки, высокое внутрибрюшное давление, приводящее к нарушению микроциркуляции по линии шва, а также гнойные послеоперационные раневые осложнения. Аутопластические методы не всегда позволяют устранить обширный грыжевой дефект, а также из-за возникновения респираторно-циркуляторных расстройств в раннем послеоперационном периоде вследствие повышения внутрибрюшного давления [6, 7, 8].

Хирургия послеоперационных вентральных грыж остается актуальной проблемой в настоящее время [1, 3, 5,7].

Использование для герниопластики местных тканей приводит к рецидивам у 60 % пациентов [3,8,9].

Применение герниопластики у больных с большими и гигантскими послеоперационными грыжами с использованием синтетических материалов позволило снизить количество рецидивов 1–5 % [1,2, 6,9]. Применение имплантатов привело к возникновению новой клинической проблемы – увеличения количества случаев инфекционных осложнений [7,10]. При использовании протеза количество осложнений со стороны раны, таких как нагноение, серома, гематома, отторжение протеза, формирование кишечных спаек и свищей, может достигать 18,6 % – 67 % [3,4,5,8]. Причиной развития инфекционных раневых осложнений при операциях с использованием сетчатого имплантата является проникновение патогенных микроорганизмов из подкожной клетчатки по лигатурам, фиксирующим сетчатый имплантат [6, 7, 8], а к ретенционным послеоперационным раневым осложнениям (образование сером и гематом) приводит повышенная травматизация тканей в ходе выполнения пластики [7], неверный выбор способа пластики брюшной стенки, неадекватный гемостаз, проведение через рану тампонов и дренажных катетеров, плохой уход за раной в раннем послеоперационном периоде. Послеоперационные осложнения являются основной причиной продолжительного течения послеоперационного периода и значительного увеличения материальных затрат на лечение [9].

Целью нашего исследования явилась оценка отдаленных результатов после герниопластики у пациентов с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами.

Материал и методы исследования

В работе представлены результаты обследования и лечения 123 больных с послеоперационными вентральными грыжами, оперированных в хирургических отделениях ГУЗ Ульяновской областной клинической больницы и клинической больницы скорой медицинской помощи города Ульяновска с 2003 по 2012 год. Средний возраст оперированных больных составил $64,2 \pm 9,3$ года.

В работе использовалась SWR-классификация, разработанная J.P. Chevrel и A.M. Rath, принятая на XXI Международном конгрессе герниологов в Мадриде (1999 г.) и рекомендованная в нашей стране на V конференции «Актуальные вопросы герниологии». Все исследуемые пациенты были с грыжами по SWR-классификации W4, рецидивные грыжи у 38 (30,9 %) больных, рецидивирующие у 17 (13,8 %). По классификации SWR пациенты были распределены следующим образом: по локализации M – 68 (73,1 %) пациентов, L – 25 (26,9 %) пациентов; по

ширине грыжевых ворот – W2 – 39 (41,9 %) пациентов, W3 – 54 (58,1 %) пациентов; по частоте рецидива – R1 – 19 (20,4 %) больных, R2 – 8 (8,6 %) пациентов. Среди пациентов мужчин было 29 (31,2 %), женщин – 64 (68,8 %).

В зависимости от метода операции все исследуемые пациенты были разделены на три группы. Первую группу составили 40 пациентов, оперированных по разработанному способу (патент РФ на изобретение № 2422105). Вторую группу составили 30 пациентов, оперированных по методике В. И. Белоконева – inlay-sublay, третью группу составили 53 пациента, оперированных по методике onlay. Группы были сопоставимы по демографическим и клиническим показателям.

Большинству пациентов проспективного исследования в послеоперационном периоде выполняли ультразвуковой контроль течения раневого процесса на 3, 7, 10 и 14 сутки. Продолжительность послеоперационного болевого синдрома оценивали по жалобам больного и по количеству дней назначения анальгетиков. Предоперационная подготовка проводилась с учетом сопутствующей патологии. При наличии факторов риска производилось введение низкомолекулярного гепарина: начиная с первых 12 часов после операции и в течение 5–7 дней послеоперационного периода. Для профилактики послеоперационных раневых осложнений за 30 минут до операции, или интраоперационно вводились антибиотики цефалоспоринового ряда. В послеоперационном периоде при рецидивных грыжах, иссечении гранулем, массивном энтеролизе, антибактериальную терапию продолжали до 5–7 дней. Все операции выполняли под эндотрахеальным наркозом. В качестве сетчатого эксплантата во всех группах использовали полипропиленовую сетку, для фиксации имплантата – шовный материал пролен. Для изучения результатов операций и качества жизни (КЖ) был разослан по почте опросник SF-36. Опросник состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам. Количественно оцениваются следующие показатели: Б – шкала боли, Ж – шкала жизнеспособности, ОЗ – шкала общего здоровья, ПЗ – шкала психологического здоровья.

РФФ – шкала ролевого физического функционирования, РЭФ – шкала ролевого эмоционального функционирования, СФ – шкала социального функционирования, ФФ – шкала физического функционирования.

Исследование отдаленных результатов хирургического лечения всех групп пациентов проводили также на основе разработанных критериев трехбалльной системы оценки:

1 балл – хороший результат лечения: отсутствие рецидива грыжи за период наблюдения и отсутствие жалоб, связанных с выполненной герниопластикой.

2 балла – удовлетворительный результат лечения: отсутствие рецидива грыжи, но наличие каких-либо жалоб, связанных с герниопластикой (боли, уплотнение, дискомфорт,

чувство инородного тела в области рубца, неудовлетворенность косметическим эффектом пластики, хронические запоры).

3 балла – неудовлетворительный результат лечения: наличие рецидива грыжи, присутствие местных воспалительных изменений в зоне оперативного вмешательства, отторжение имплантата.

Для статистической оценки достоверности разницы показателей использовался t-тест Стьюдента, при этом достоверными считались результаты с $p \leq 0,05$.

Для статистической обработки результатов использовалась программа MicrosoftExcel 2007.

Результаты и обсуждение. Все пациенты обследованы в сроки от 6 месяцев до 1 года.

Нами изучены показатели качества жизни у 40 больных в первой группе, у 30 во второй, у 40 в третьей группе (табл. 1, 2).

Таблица 1

Качество жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде через 6 месяцев после операции (опросник SF-36)

Параметры КЖ		Результаты в группах		
		1-группа n-40	2-группа n-30	3-группа n-40
Компонент здоровья	Шкала			
Физический	ФФ	84,7*	80,7	80,2
	РФФ	74,2*	68,1	68,2
	Б	72,1*	67,2	67,3
	ОЗ	58,8*	52,1	51,7
Психологический	Ж	59,4*	53,2	53,5
	СФ	73,1*	61,7	62,3
	РЭФ	72,1*	67,1	67,4
	ПЗ	62,9*	52,2	53,4

* Статистически значимые различия ($p < 0,05$).

Таблица 2

Качество жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде через 1 год после операции (опросник SF-36)

Параметры КЖ		Результаты в группах		
		1-группа	2-группа	3-группа

Компонент здоровья	Шкала	n-40	n-30	n-40
Физический	ФФ	85,1*	81,1	80,3
	РФФ	74,3*	68,5	68,1
	Б	72,4*	67,2	67,5
	ОЗ	59,1*	52,3	51,9
Психологический	Ж	60,1*	53,5	53,7
	СФ	73,2*	61,9	62,4
	РЭФ	72,4*	67,1	67,6
	ПЗ	63,1*	52,4	53,5

* Статистически значимые различия ($p < 0,05$).

Проведенные нами исследования качества жизни показывают, что у пациентов во второй группе после герниопластики inlay-sublay и в третьей группе по методу onlay, в отдаленном послеоперационном периоде отмечается снижение параметров качества жизни. При анализе полученных результатов выявлено достоверно более высокие суммарные показатели физического и психического здоровья у пациентов после герниопластики разработанным способом.

Отдаленные результаты качества жизни через 1 год после хирургического лечения у пациентов 1 группы разработанным способом показывают стабильность восстановленных клинических показателей, т.е. сохраняют те же улучшенные значения, что и наблюдались через шесть месяцев после выполненной операции.

Очевидно, что полученный положительный эффект является результатом применения разработанного способа герниопластики при больших и гигантских послеоперационных грыжах, который изолирует имплантат от подкожно-жировой клетчатки, брюшной полости и способствует снижению развития осложнений, рецидива заболевания и улучшению качества жизни.

При изучении отдаленных результатов по разработанной трехбалльной системы оценки во второй группе хорошие результаты отмечены у 21(70 %) больных, удовлетворительные у 7(23,3 %), неудовлетворительные у 2(6,7 %), в третьей группе хорошие отдаленные результаты наблюдали у 36(67,9 %) больных, удовлетворительные у 12(22,7 %), неудовлетворительные у 5(9,4 %).

В первой группе хорошие отдаленные результаты отмечены у 34(85 %) больных, что на 15 % выше, чем во второй, и на 17,1 % выше, чем в третьей группе. Удовлетворительные результаты в первой группе получены у 6 (15 %) пациентов, неудовлетворительные результаты не выявлены.

Таким образом, полученные данные доказывают, что разработанная герниопластика послеоперационных вентральных грыж обладает большей клинической эффективностью по сравнению с традиционными операциями по методам inlay-sublay и onlay.

Выводы

1. Разработанный способ герниопластики при больших и гигантских послеоперационных грыжах повышает суммарные показатели физического и психического здоровья у пациентов в отдаленном послеоперационном периоде в сравнении с методами inlay-sublay и onlay.
2. В сравнении с методами герниопластики inlay-sublay и onlay, использование разработанного способа снижает риск неудовлетворительных результатов в отдаленном послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Белоконев В.И. Принципы техники пластики и результаты лечения послеоперационных вентральных грыж срединной локализации / В.И. Белоконев, З.В. Ковалева, С.Ю. Пушкин // Герниология. – 2004. – № 2. – С.6-12.
2. Добровольский С.Р. Профилактика осложнений хирургического лечения послеоперационных рецидивных вентральных грыж, методические рекомендации / С.Р. Добровольский, Ю.Р. Мирзабекян, А.Л. Шестаков, А.В. Юрасов. – М., 2007. – 24 с.
3. Егиев В.Н. Атлас оперативной хирургии грыж / В.Н. Егиев, К.В. Лядов, П.К. Воскресенский. – М.: Медпрактика, 2003. – С. 228.
4. Ермолов А.С. О современной классификации послеоперационных грыж живота /А.С. Ермолов, А.В. Упырев, В.А. Ильичев // Герниология. – 2006. – № 3:11. – С.16-17.
5. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентраций. – М.: МИА, 2009. – 440 с.
6. Мирзабекян Ю.Р. Прогноз и профилактика раневых осложнений после пластики передней брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грыжи / Ю.Р. Мирзабекян, С.Р. Добровольский // Хирургия. – 2008. – № 1. – С. 66-71.
7. Тимошин А.Д. Концепция хирургического лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки. / А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков // Герниология. – 2004. – № 1. – С. 5-10.
8. Усов С.А. Проблема инфекционных осложнений аллопластики инцизионных грыж брюшной стенки: обзор зарубежной литературы последнего десятилетия / С.А. Усов, В.Г. Носов // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2006. – № 6 (52). – С. 221-225.

9. McGreevy J.M. Study comparing the complication rates between laparoscopic and open ventral hernia repairs / J.M. McGreevy, P.P. Goodney, C.M. Birkmeyer, S.R. Finlayson et al. // Surg. Endosc. – 2003. – Vol. 17, № 11. – P. 1778–1780.

10. Napolitano L. Use of prosthetic materials in incisional hernias: our clinical experience / L. Napolitano, N. Di Bartolomeo, L. Aceto, M. Waku, P. Innocenti // G. Chir. – 2004. – Vol. 25, № 4. – P. 141–145.

Рецензенты:

Белый Л.Е., д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии ФГБОУВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.

Островский В.К., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии, с курсом топографической анатомии и оперативной хирургии, стоматологии ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.