

УДК 616-007.43:617.55:617-089.843:616-07

МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Э.Р. Кондратюк

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Реферат. С использованием анкет изучены отдаленные результаты хирургического лечения у 226 больных с осложненными формами послеоперационных вентральных грыж. Для изучения качества жизни у больных использован опросник SF-36. Хорошие отдаленные результаты отмечены после герниопластики с предбрюшинным и подпапневротическим расположением протеза. Использование синтетических эксплантатов повышает качество жизни оперированных больных.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, качество жизни, опросник SF-36.

Современная абдоминальная хирургия не может пренебрегать таким значимым аспектом лечения, как его социально-экономическая эффективность. Особенно это касается осложненных форм послеоперационных вентральных грыж (ПВГ), частота возникновения которых по данным литературы, составляет примерно 2-15% от всех лапаротомий и неуклонно возрастает, сопровождается как летальными исходами [5, 6], так и большими трудопотерями, связанными с инвалидизацией человека. Существующие традиционные способы герниопластики не обеспечивают эффективного и безрецидивного результата лечения, при этом число рецидивов варьирует от 4,3% до 64% [1, 3, 4, 9, 10]. Значительную часть (около 60%) больных с ПВГ составляют лица трудоспособного возраста [2, 7].

В настоящее время невозможно в полной мере оценить преимущества или недостатки какого-либо лечебного метода, включая оперативное вмешательство, не изучив их влияния на качество жизни (КЖ). В тех случаях, когда новые операции разрабатываются для повышения КЖ, они должны сопоставляться с классическими хирургическими подходами, так как оценка КЖ после операции является основным критерием её эффективности. В этой связи КЖ приобретает значение одного из основных критериев успешного лечения.

Цель исследования – изучить отдаленные результаты оперативного лечения больных с осложненными формами ПВГ.

Материал и методы

С использованием анкет опрошены 226 человек (41 мужчина и 185 женщин в возрасте

от 31 до 82 лет) перенесших операции по поводу осложненных форм ПВГ за период с 2004 по 2008 годы. Все респонденты были разделены на 4 группы.

Контрольную группу составили 38 больных с осложненными формами ПВГ, которым выполнялась герниопластика традиционными способами. В первую основную группу вошли 72 больных с осложненными формами ПВГ, которым применялась аллопластика «on lay».

Во вторую основную группу вошли 83 человека с осложненными формами ПВГ, которым применялась аллопластика «sub lay».

В третью основную группу вошли 33 больных с осложненными формами ПВГ, которым применялась аллопластика «in lay».

Получены и обработаны 226 анкет. Предложенная нами анкета включает опросник SF-36, отвечающий десяти необходимым условиям, удовлетворяющим методики оценки КЖ: простота (краткость, ясность для понимания); широта охвата аспектов КЖ; соответствие содержания методик реальным общественным условиям и определение его эмпирически на основании обследования больных, опроса врачей и других работников здравоохранения; количественная оценка показателей КЖ, отражение КЖ больных с одинаковой эффективностью независимо от их возраста, пола, профессии и вида заболевания; тщательное установление валидности (точности); одинаковое удобство использования методики для больных и для исследователей; высокая чувствительность методики; различия получаемых данных о КЖ при исследовании различных групп больных; коррекция результатов оценки КЖ с результатами других методов обследования больных [8]. Это многоцелевой короткий опросник из 36 вопросов, имеющий 8 шкал оценки физического и ментального здоровья. Многочисленные клинические испытания опросника в более чем 40 странах показали его эффективность в оценке полезных эффектов различных лечебных методов и режимов как в терапевтических, так и хирургических клиниках.

Также в анкету входили вопросы, касаю-

щиеся жалоб в отдаленном послеоперационном периоде, ношение бандажа, ограничение физической нагрузки и рецидива болезни.

Полученные данные обрабатывали с использованием специальных компьютерных программ MAP-R 1.0 for Windows и SAS Base 8.0/FSP for Windows XP. Показатель оценивали в ранние (до 3 месяцев) и отдалённые (1-5 лет) сроки после оперативного лечения для выявления специфики влияния последствий использованного оперативного метода.

Результаты и обсуждение

Для сравнительной оценки отдаленных результатов герниопластики мы использовали 2 показателя: частоту рецидивов заболевания и частоту хороших результатов в отдаленном периоде. Частота рецидивов заболевания в отдаленном периоде после различных видов герниопластики представлена в таблице 1.

Как видно из представленной таблицы, после герниопластики ПВГ традиционными способами рецидив заболевания наступал в 34,2% случаев. Этот показатель достоверно отличался от всех исследуемых групп ($p < 0,05$). Достоверно отличался этот показатель при сравнении I и III групп.

В свою очередь основное количество рецидивов наблюдалось в I основной группе – 9 (11%), во II основной группе – 4 (4,8%), в III – 2 (5%).

Все рецидивы грыжи возникали в период 1-3 года у респондентов контрольной, I и III групп, а во II основной группе рецидивы возникли в периоды 4-5 лет после операции. Анализируя полученные данные мы считаем методом выбора пластику с предбрюшинным и подапоневротическим расположением протеза.

Несмотря на различные сроки прошедшие после герниопластики, проведение сравнения отдаленных результатов, по нашему мнению, допустимо, так как подавляющее большинство рецидивов грыж до 37% наблюдается в сроки от 1-5 лет и в течение первого года после пластики встречаются до 34%.

Из таблицы 2 видно, что больше половины респондентов III группы (66,6%), контрольной группы (55,3%) и около половины респондентов II группы (47%) в отдаленном послеоперационном периоде чувствуют себя хорошо и жалоб никаких не предъявляют. Больше всего жалоб предъявляют респонденты I группы (65,3%).

Около половины респондентов III группы (48,5%) носит бандаж постоянно, возможно, поэтому именно в этой группе отмечено меньшее число рецидивов (5%) по сравнению с контрольной (34,2%) и I группой (11%).

Только половина респондентов III группы (48,5%) считают, что после операции они

Таблица 1.

Частота рецидивов заболевания после герниопластик разными способами

Виды герниопластики	Сроки наблюдения	Рецидив заболевания	%	P
контрольная группа	От 6 месяцев до 5 лет	13	34,2	P<0,05
I группа		9	11	P<0,05
II группа		4	4,8	P<0,05
III группа		2	5	P<0,05

Таблица 2.

Жалобы в отдаленном послеоперационном периоде

Жалобы	Контрольная группа	I группа	II группа	III группа
Периодические боли в области послеоперационного рубца	5 (13,2%)	21 (29,2%)	22 (26,5%)	4 (12,2%)
Постоянные боли в области послеоперационного рубца	2 (5,3%)	6 (8,3%)	3 (3,6%)	–
Хронические запоры	5 (13,2%)	16 (22,2%)	10 (12,1%)	7 (21,2%)
Все выше перечисленные жалобы	3 (7,7%)	–	6 (7,2%)	–
Другие жалобы	2 (5,3%)	4 (5,6%)	3 (3,6%)	–
Ничего не беспокоит	21 (55,3%)	25 (34,7%)	39 (47%)	22 (66,6%)

Таблиця 3.

Оценка отдаленных результатов у контрольной, I, II и III групп

Группы	Результаты лечения		
	Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные
Контрольная группа	10 (26,3%)	13 (34,2%)	15 (39,5%)
I группа	43 (59,7%)	17 (23,6%)	12 (16,7%)
II группа	63 (75,9%)	14 (16,9%)	6 (7,2%)
III группа	25 (75,8%)	5 (15,1%)	3 (9,1%)

не ограничивают физическую активность. Больше половины опрошенных контрольной (63,2%), I (69,5%) и II (69,9%) групп ограничивают физическую активность.

Хорошим считали результат лечения при отсутствии рецидива грыжи и каких-либо жалоб со стороны области оперативного вмешательства при сохранении возможности продолжения прежней профессиональной деятельности и выполнении обычных домашних работ для лиц пенсионного возраста (табл. 3).

Удовлетворительным считали результат лечения при отсутствии рецидива грыжи, но при наличии ряда расстройств, нарушающих состояние комфорта, связанных с перенесенной операцией грыжесечения.

Плохим считали результат лечения при рецидиве грыжи, при не возможности сохранения прежней профессиональной деятельности и выполнении домашних работ, а также наличия жалоб со стороны оперативного вмешательства.

Как видно из таблицы 3, при использова-

нии эксплантатов при хирургическом лечении ПВГ у больше половины респондентов основных групп отмечены хорошие отдаленные результаты операций ($p < 0,05$).

Показатели КЖ в различные сроки (от 6 месяцев до 5 лет) изучены у 38 пациента контрольной группы, у 72 – I группы, у 83 – II группы и 33 – III группы. Обоснованием для проведения исследования в эти сроки было изучение отдаленных результатов.

Первый год все показатели КЖ у больных контрольной группы были достоверно ниже, чем у здоровых (табл. 4, рис. 1). Через 3 года отмечается рост всех показателей, кроме показателя SF (социальное функционирование), который остаётся на прежнем уровне. Однако достоверно повышается только два показателя RP (роле-физическое функционирование) и GH (общее здоровье), отражая восстановление работоспособности, адаптацию к ролевому функционированию (работа, будничная деятельность), улучшение самочувствия. В этот период показатель физической

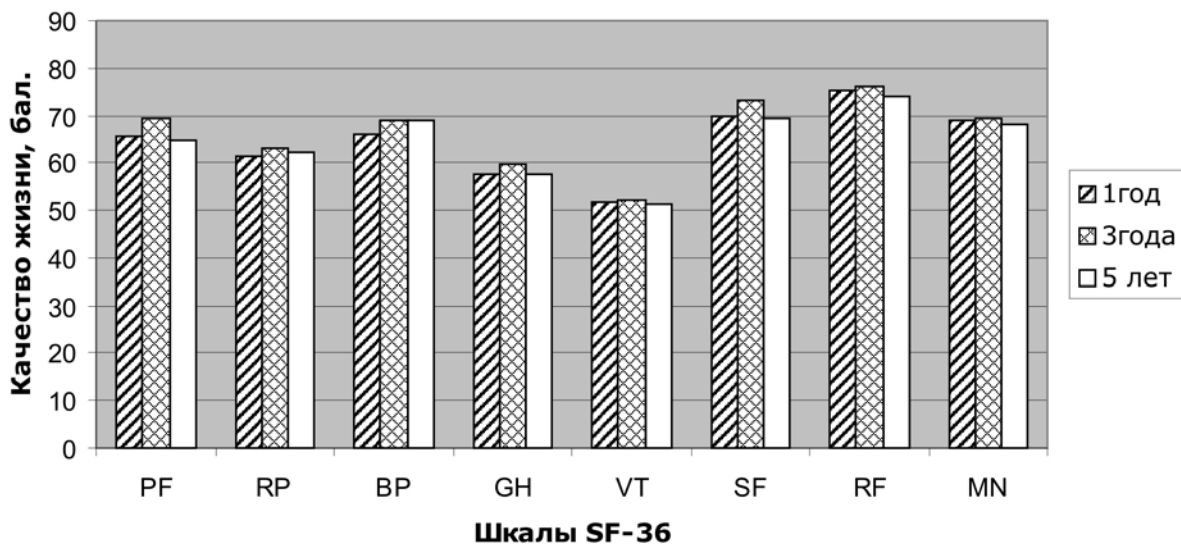


Рис. 1. График показателей КЖ у больных контрольной группы

Таблиця 4.

Основные характеристики опросника SF-36 ($M \pm m$)

Определение шкалы	Показатель здоровых (n=35)	Значимость для оценки здоровья	
		Физического	Психологического
PF (ФА) – физическое функционирование (10 вопросов) Степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, подъём по лестнице, переноска тяжести, переносимость значительных физических нагрузок). Прямой критерий: чем выше показатель, тем большую физическую нагрузку, по мнению респондента, он может выполнить	73,8±5,1	100	0
RP (РФ) – роле-физическая (4 вопроса) Влияние физического состояния на ролевое функционирование (выполнение будничной деятельности). Обратный критерий: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, проблемы со здоровьем ограничивают его повседневную деятельность	68,2±5,2	100	0
BP (Б) – болевая (2 вопроса) Интенсивность боли и её влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Обратный критерий: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, болевых ощущений он испытывал	72,6±3,3	100	0
GH (ОЗ) – общее здоровье (5 вопросов) Общее состояние здоровья – оценка респондентом общего состояния здоровья на момент опроса. Прямой критерий: чем выше показатель, тем лучше, по мнению респондента, состояние его здоровья	67,7±5,2	50	50
VT (ЖС) – жизнеспособность (4 вопроса) Жизнеспособность (прилив жизненных сил) – подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Прямой критерий: чем выше показатель, тем больше времени респондент ощущал себя бодрым и полным сил	55,2±3,0	50	50
SF (СФ) – социальная активность – социальное функционирование (2 вопроса) Социальное функционирование, определяемое степенью, в которой физическое и эмоциональное состояние ограничивает социальную активность. Прямой критерий: чем выше показатель, тем выше, по мнению респондента, была его социальная активность	78,4±2,6	25	75
RF (РЭ) – роле-эмоциональная (3 вопроса) Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение её качества. Обратный критерий: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, эмоциональное состояние ограничивало его повседневную деятельность	79,2±3,1	0	100
MN (ПЗ) – психологическое здоровье (5 вопросов) Характеристика психологического здоровья: наличие депрессии, тревоги, обилие положительных эмоций. Прямой критерий: чем выше показатель, тем больше времени, по мнению респондента, он чувствовал себя спокойным и умиротворённым	70,4±4,0	0	100

способности (VT) достоверно не отличается от значений здоровых. Показатели технического здоровья (SF, RE, MN) достоверно ниже нормы, следовательно, больные испытывают определённые ограничения социальной активности, отрицательные эмоции и депрессию, обусловленные сопутствующим нервно-психическим синдромом.

У больных I, II и III группы (рис. 2-4) в первый год все показатели КЖ достоверно выше

чем у контрольной группы и находятся в нижних значениях нормы от показателей здоровых, но достоверно данные значения выше во II группе. Через 3 года отмечается рост всех показателей включая и SF (социальное функционирование). Показатель физической способности (VT) достоверно больше растёт в III группе чем в I и II. В этот период никто не сменил работу на более легкую и не снизил уровень физической активности. Наиболее вы-

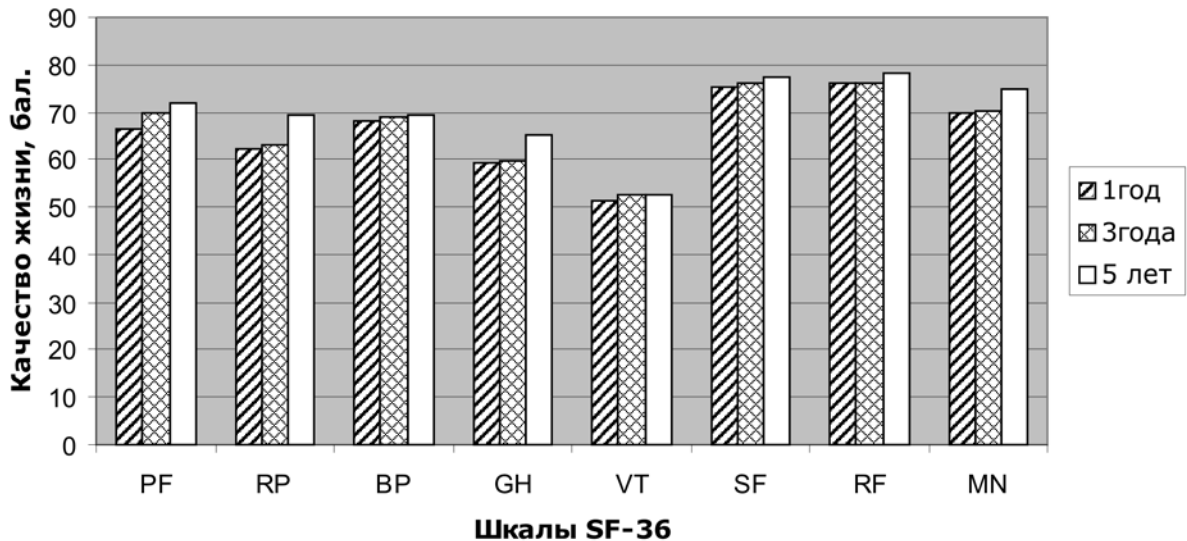


Рис. 2. График показателей КЖ у больных I группы

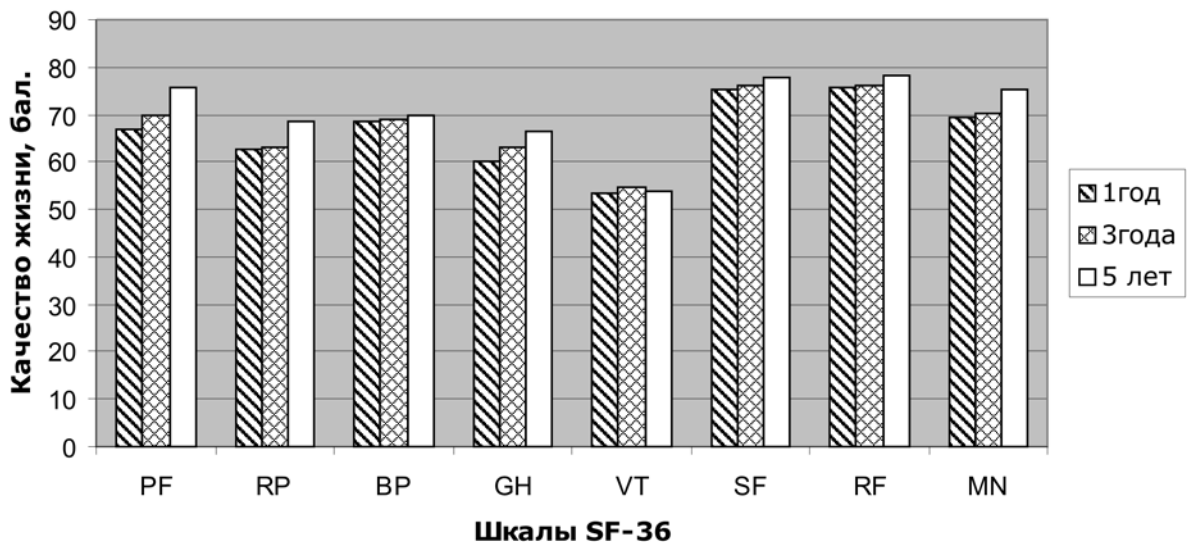


Рис. 3. График показателей КЖ у больных II группы

сокий темп роста показателя общего здоровья (GH) среди других показателей отражает определенную переоценку своих физических сил, отрицание болезни и необходимых ограничений. Положительным фактом является отсутствие различий со здоровыми по показателям, характеризующим полноту сил, отсутствие депрессии (VT и MN), не становится фоном для развития неудовлетворенности внешним видом живота.

Следующий временной период (5 лет) сопровождается повышением показателей КЖ у больных I, II и III группы и падением таковых в контрольной группе. Особенно это видно по показателю физического функционирования PF.

Выводы

1. Хорошие отдаленные результаты отмечены после герниопластики с предбрюшинным и подапоневротическим расположением протеза.

2. Сравнительная оценка результатов герниопластик местными тканями и с использованием синтетических эксплантатов свидетельствует о повышении КЖ больных с послеоперационными вентральными и рецидивными грыжами.

3. Различия становятся более отчетливыми по мере увеличения времени, прошедшего с момента операции. Показатели КЖ с помощью опросника SF-36 могут быть использованы для оценки отдаленных результатов различных видов оперативного лечения ПВГ.

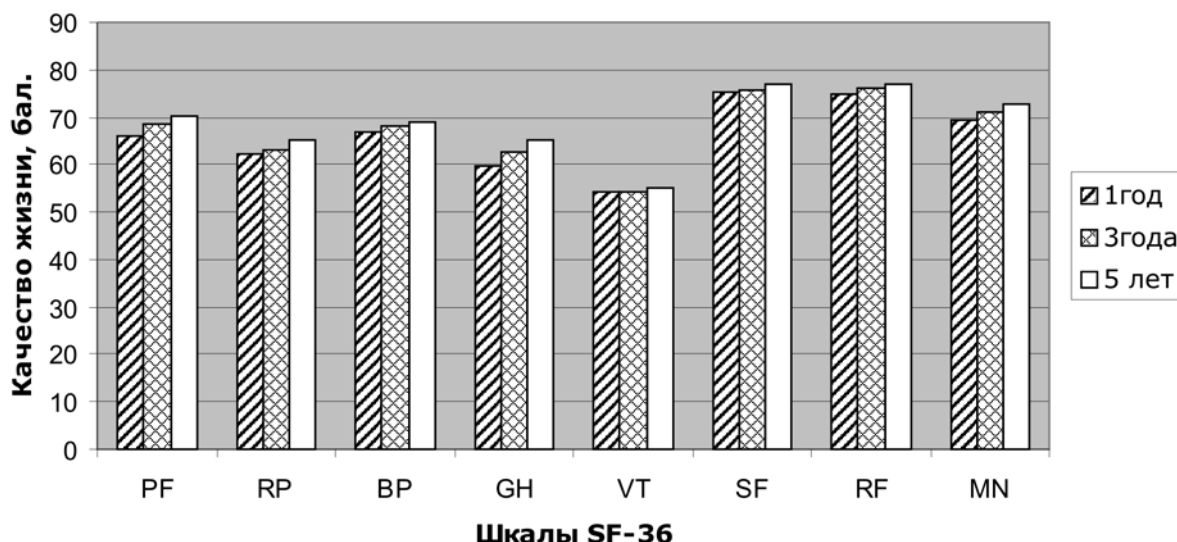


Рис. 4. Графік показателів КЖ у больних III групи

МЕТОДИЧНИЙ ПІДХІД ДО ВИВЧЕННЯ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ І ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНИМИ ФОРМАМИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

Е.Р. Кондратюк

Реферат. З використанням анкет вивчені віддалені результати хірургічного лікування в 226 хворих з ускладненими формами післяопераційних вентральних гриж. Для вивчення якості життя у хворих використаний опитувальник Sf-36. Добрі віддалені результати відмічені після герніопластики з предбрюшинним і подапоневротичним розташуванням протеза. Використання синтетичних експлантатів підвищує якість життя оперованих хворих.

Ключові слова: післяопераційна вентральна грижа, якість життя, опитувальник Sf-36.

METHODICAL APPROACH TO STUDYING OF REMOTE RESULTS AND QUALITIES OF LIFE AT PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS POSTOPERATIVE HERNIAS

Е.Р. Kondratyuk

Abstract. With use of questionnaires the remote results of surgical treatment at 226 patients with the complicated forms postoperative hernias are studied. For studying of quality of a life at patients questionnaire SF-36 is used. The good remote results are noted after «in lay» and «sub lay» plastic. Use synthetic prosthesis raises quality of a life of the operated patients.

Key words: postoperative hernia, quality of a life, questionnaire SF-36.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконев В.И., Ковалева З.В., Вавилов В.А. и др. Комплексное лечение больных с послеоперационной вентральной грыжей // Хирургия. – 2008. – № 2. – С. 42-47.
2. Белянский Л.С., Лаврик А.С., Манойло Н.В., Казаков И.В. Дифференцированный подход к лечению гигантской грыжи брюшной стенки // Клиническая хирургия. – 2007. – № 5-6. – С. 66.
3. Гюльмамедов Ф.И., Бондаренко А.В., Гюльмамедов П.Ф., Кухто А.П., Гюльмамедов В.А. Лечение осложненных послеоперационных вентральных грыж больших размеров // Украинський Журнал Хірургії. – 2009. – № 4. – С. 44-47.
4. Деметрашвили З.М., Деметрашвили З.М., Магалашвили Р.Д., Лобжанидзе Г.В. Лечение послеоперационных вентральных грыж // Хирургия. – 2008. – № 11. – С. 44-46.
5. Жебровский В.В., Косенко А.В., Чемоданов Е.Б. и др. Основные принципы лечения гигантских грыж // Хирургия України. – 2008. – № 2. – С. 30-33.
6. Лубянский В.Г., Хабаров А.С., Оношкин В.В. и др. Причины местных осложнений при хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж // Пробл. клин. Медицины. – 2008. – № 1 (13). – С. 28-31.
7. Милица К.Н., Милица Н.Н., Торопов Ю.Д. Дифференцированный подход к применению полипропиленовых имплантатов в хирургии малых и средних грыж // Украинський Журнал Хірургії. – 2009. – № 3. – С. 103-105.
8. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб: ЭЛБИ, 1999. – 139 с.
9. Langer C., Schaper A., Liersch T. et al. Prognosis factors in incisional hernia surgery: 25 years of experience // Hernia. – 2005. – Vol. 9, № 1. – P. 16-21.
10. Moore M., Bax T., MacFarlane M. et al. Outcomes of the fascial component separation technique with synthetic mesh reinforcement for repair of complex ventral incisional hernias in the morbidly obese // Am. J. Surg. – 2008. – Vol. 207, № 5. – P. 663-669.