

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСЛЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER IMPROVED HERNIOPLASTY IN PATIENTS WITH VENTRAL HERNIA

A. Niyazov
A. Beyshenaliev
A. Niyazov
N. Osmonbekova

Summary. Objective. To study the quality of life of patients with ventral hernias together with the study of a new introduced method of surgical treatment.

Material and research method. The work investigated the quality of life of patients with ventral hernias, obtained on the basis of a survey. Used in the study questionnaire SF-36. This questionnaire was filled in by the patient himself. Questioning was done in 154 (83.2%) patients. In the control group, indicators of quality of life after surgery were studied, in the control group only 88 (47.6%) were analyzed, and in the main group 66 (35.7%) of 185 patients.

Results. According to the control group, the indicators FF, SA, RE ($p > 0.05$) were statistically not reliable indicators within the normal range. Indicators such as RF, OZ, BO, ZhS and PZ in the study were significantly different ($p < 0.05$). The RF indicator showed a level of QOL lower than patients with relapse. Perhaps this is due to the initial state of the patient. The study of the quality of life of patients depending on age, since age is of great importance, there are no special differences between the indicators.

Indicators of QOL in the main group after surgical treatment were studied only in 66 (35.7%) of 83. All indicators of QOL showed positive dynamics, especially after surgery using advanced techniques. In all patients who underwent surgery according to an improved technique, high QOL indicators were noted ($p < 0.05$) than after Ramirez surgery.

Conclusion. According to the results of the study, it was found that the overall well-being of patients in the long term was better in patients undergoing surgery using an advanced hernioplasty technique.

Keywords: patient, ventral hernias, advanced hernioplasty technique, quality of life of patients.

Ниязов Адилет Анарбекович

Аспирант, Кыргызская Государственная
Медицинская Академия, Национальный госпиталь МЗ
КР, Бишкек, Кыргызская Республика; врач абдоминальной
хирургии Объединенная территориальная больница
Жайылского района
egoist8787@mail.ru

Бейшеналиев Алымкадыр Сабирдинович

Д.м.н., профессор, Кыргызская Государственная
Медицинская Академия, Национальный госпиталь МЗ КР,
Бишкек, Кыргызская Республика
alymkadyr@bk.ru

Ниязов Анарбек Кулназарович

Объединенная территориальная больница
Жайылского района; н.с., Кыргызская Государственная
Медицинская Академия, Национальный госпиталь МЗ КР,
Бишкек, Кыргызская Республика
anarbek.1960@mail.ru

Осмонбекова Нурай Сарыпбековна

К.м.н., ассистент, Кыргызская Государственная
Медицинская Академия, Национальный госпиталь МЗ КР,
Бишкек, Кыргызская Республика
jandangani@mail.ru

Аннотация. Цель. Изучить качество жизни (КЖ) пациентов после герниопластики вентральных грыж совместно с изучением нового внедренного способа хирургического лечения.

Материал и метод исследования. В работе исследованы показатели качества жизни после герниопластики вентральных грыж, полученные на основе анкетирования. Использовано в исследование опросник SF-36. Данный опросник заполнялся самим пациентом. Анкетирование прошли 154 (83,2%) больных. В контрольной группе исследованы показатели качества жизни после хирургического вмешательства, в контрольной группе проанализировано только у 88 (47,6%), в основной группе 66 (35,7%) из 185 пациентов.

Результаты. По данным контрольной группы статистически не достоверными оказались показатели: физическое здоровье (ФФ), социальная активность (СА), влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (РЭ) ($p > 0,05$) показатели в пределах нормы. Такие показатели как ролевое функционирование (РФ), сопротивляемости болезни и перспектив лечения (ОЗ), БО, жизнеспособность (ЖС) и психическое здоровье (ПЗ) в исследовании достоверно отличались ($p < 0,05$). Показатель РФ уровня КЖ оказался ниже, чем у больных с рецидивом. Возможно, это связано, с исходным состоянием пациента. Исследование качества жизни пациентов разных возрастов особых отличий между показателями не показало.

Показатели КЖ в основной группе после оперативного лечения изучено только у 66 (35,7%) из 83. По всем показателям КЖ отмечается положительная динамика, особенно после операции по усовершенствованной технике.



Актуальность исследования

В разных странах ежедневно производятся больше количество операции по удалению грыж. В таких странах как США ежегодно производятся свыше 70000 герниопластик, во Франции — 110000, в Великобритании — 80000 (Федоров В.Д. и соавт., 2000; Rutkov I.M., 1992; Hay J.M., 1999). В Российской Федерации ежегодно выполняются 200000 и свыше герниопластик [7].

По мнению Романова Р.В. (2009 г.) «вентральные грыжи считаются основной проблемой и поздним осложнением после любой лапаротомии и занимает ведущее место в абдоминальной хирургии».

Вентральные грыжи встречаются у 26% пациентов [5, 6]. За последние десятилетия проведение оперативного вмешательства во всем мире совершенствуется, что позволило снизить частоту возникновения ранних и поздних осложнений. В литературных источниках встречается информация о сопровождении удаления вентральных грыж большим количеством раневых осложнений. Развитием малоинвазивной хирургии и улучшение качества производства шовного материала позволило снизить осложнения и развитие грыжи (Белоконев В.И., 2005; Жебровский В.В., 2002; Bauer J, 2002; Ferranti F, 2003) [3, 5].

В мире есть множество способов проведения герниопластики, но основными считаются три: аутопластика; аллопластика и смешанный [3].

По данным Тимошин А.Д. (2006 г.) применение эндопротеза при герниопластики оперировании вентральных грыж считается «золотым стандартом» [12].

По данным различных источников видно, что хирургическая практика при выполнении герниопластики собственными тканями недостаточно эффективна, что скорее всего связано с рубцовыми изменениями в тканях [2]. Монаков Н.З. в своей монографии «Послеоперационные грыжи» уделил особое внимание герниопластике с применением эндопротеза — собрав

У всех больных, перенесших операцию по усовершенствованной технике отмечены высокие показатели КЖ ($p < 0,05$), чем после операции Рамиреса.

Заключение. По результатам исследования выяснено, что общее самочувствие пациентов в отдаленном периоде было лучше у пациентов, перенесших операцию по усовершенствованной технике герниопластики.

Ключевые слова: пациент, вентральные грыжи, усовершенствованная техника герниопластики, качество жизни больных.

и проанализировав огромный клинический материал на основе собственных исследований пришел к такому же заключению [8]. Иностранцы считают, что эндопротез влияет на качество жизни [17].

В мире герниологии в 1990 году вошел новый метод операция Ramirez, в оперативном лечении вентральных грыж [24]. По статистическим данным при использовании эндопротеза могут развиваться такие осложнения как: отторжение трансплантата — 2,4%, лигатурные свищи — 9,5% и рецидивы — 10% [4, 11].

Во всех структурах здравоохранения изучение качества жизни после любого хирургического вмешательства относится к единому комплексному лечению.

В литературе первое упоминание об исследовании качества жизни появилось к 1947 году, когда D.A. Karnovsky и J.H. Burchenal опубликовали научную работу «Клиническая оценка химиотерапии при раке», где всесторонне исследовали личность страдающего соматическими заболеваниями [17]. После этого начались активные изучения качества жизни больных, увеличилось количество научных трудов. A.J. McSweeney и соавт. предложили оценивать показатели качества жизни на основе 4-х аспектов — это эмоциональное, социальное функционирование, физическая активность и проведении досуга). N.K. Wenger и соавт. [24] выделили три параметра качества жизни — это функциональная способность, восприятие, симптомы и синдромы болезни, негативно влияющие на качество жизни, а также девять подпараметров (ежедневный режим, социальная и интеллектуальная деятельность, восприятие общего здоровья, симптомов основного и сопутствующих заболеваний, экономическое положение, благосостояние, удовлетворенность жизнью).

В XXI веке определение «качество жизни» превратилось в предмет научных работ и стало более точным — «качество жизни, связанное со здоровьем» (health related quality of life, HRQL). Качество жизни это надежный, информативный и экономичный метод оценки здоровья пациента, как на индивидуальном, так и на групповом уровне [23].

Таблица 1. Показатели качества жизни пациентов контрольной группы

Показатели КЖ	КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА
ФФ	76,2±2,5
РФ	62,2±6,0
БО	69,3±2,8
ОЗ	56,3±4,0
ЖС	47,7±3,6
СА	74,9±3,3
РЭ	73,9±6,2
ПЗ	65,4±2,5

Примечание: показатели качества жизни контрольной группы, перенесших герниопластику по различным авторам (n=88)

Таблица 2. Исследование качества жизни пациентов в зависимости от возраста (контрольная группа n=88)

Возраст в годах	ФФ	РФ	БО	ОЗ	ЖС	СА	РЭ	ПЗ
<50	73,8±5,1	74,3±10,3	70,2±6,4	55,2±6,3	53,8±6,9	79±5,3	88±9,3	70,1±2,5
	p>0,05	p<0,05	p>0,05	p>0,05	p<0,05	p>0,05	p<0,05	p>0,05
>50	73,1±4,9	51,9±5,0	71,2±5,5	54,4±5,5	41,1±3,4	72,7±4,6	65,2±4,6	63,2±3,1

В 1966 г. J.R. Erkinon и соавт. [19] в своем докладе рассказали о важности качества жизни больного при изучении болезни. Термин «качество жизни» официально был признан в медицине в 1977 году, когда появился в Cumulated Index Medicus, и до сих пор продолжает свое стремительное развитие в медицине [8].

В литературных источниках есть множество определений качества жизни, по данным Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) «Здоровье — это полное физическое, социальное и психологическое благополучие» [9, 20, 22, 23].

В зарубежных источниках указывается, что изучение качества жизни считается приоритетным направлением в исследовании болезни.

К началу XXI века зафиксировано более 100 тыс. научных работ по оценке качества жизни [8] в различных областях медицины, например: в эндокринологии [13], офтальмологии [13, 14, 22], наркологии [13, 14] и др.

Существует характеристика определения качества жизни — это многомерность, изменяемость во времени и участие больного в оценке его состояния [9, 10].

Исследование качества жизни в хирургии в основном посвящены пациентам с различными патологиями

органов брюшной полости. Одной из таких научных работ является работа Абдурахманова Ю.Х. [1].

Основным инструментом исследования качества жизни считается опросник, который состоит из общих и специальных вопросов [17, 26].

Цель. Изучить качество жизни (КЖ) пациентов после герниопластики вентральных грыж совместно с изучением нового внедренного способа хирургического лечения.

Материал и метод исследования. Был использован в исследовании опросник SF-36, который заполнялся пациентом. Анкетирование прошли 154 (83,2%) больных. В контрольной группе исследованы показатели качества жизни после хирургического вмешательства, в контрольной группе проанализировано только у 88 (47,6%), а в основной группе 66 (35,7%) из 185 пациентов (табл. 1).

По данным контрольной группы статистически не значимыми оказались показатели ФФ, СА, РЭ (p>0,05), находясь в пределах нормы.

Такие показатели как РФ, ОЗ, БО, ЖС и ПЗ в исследовании достоверно отличались (p<0,05). Показатель РФ уровень КЖ оказался ниже, чем у больных с рецидивом. Возможно, это связано, с исходным состоянием пациен-

Таблица 3. Сравнительная оценка качества жизни (в баллах) после операции Рамиреса и операции по усовершенствованной технике герниопластики

Показатели КЖ	Основная группа		Различия достоверности	
	Операция Рамиреса	Операция по усовершенствованной технике	p ₁	p ₂
ФФ	76,2±2,5	76,9±3,0	>0,05	>0,05
РФ	62,2±6,0	96,4±2,1	<0,05	<0,05
БО	69,3±2,8	80,9±3,2	<0,05	<0,05
ОЗ	69,3±2,8	71,9±3,3	>0,05	>0,05
ЖС	47,7±3,6	70,9±3,4	<0,05	<0,05
СФ	74,9±3,3	87,2±2,4	<0,05	<0,05
РЭ	73,9±6,2	97,9±3,6	<0,05	<0,05
ПЗ	65,4±2,5	76,9±1,8	<0,05	<0,05

Примечание: показатели качества жизни основной группы (n-66), p₁-Ia, p₂-Iб

Таблица 4. Показатели качества жизни больных основной группы в зависимости от возраста

Возраст в годах	ФФ	РФ	БО	ОЗ	ЖС	СФ	РЭ	ПЗ
<50	79,6±3,1	92±1,2	88,7±1,3	82,4±1,1	84,1±2,1	92,1±1,0	97,7±1,5	83±2,1
	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
>50	72,9±4,6	96,5±2,0	85±3,3	84,1±3,9	78,3±2,0	94,1±1,8	95,8±3,0	79,1±2,8

Таблица 5. Сравнительная оценка качества жизни (в баллах) пациентов после различных способов герниопластики

Показатели качества жизни	Группы больных			Достоверность различий		
	Ia	Iб	II	p ₁	p ₂	p ₃
ФФ	76,2±2,5	76,9±3,0	76,2±2,5	<0,05	<0,05	<0,05
РФ	62,2±6,0	96,4±2,1	62,2±6,0	>0,05	<0,05	>0,05
БО	69,3±2,8	80,9±3,2	69,3±2,8	>0,05	<0,05	>0,05
ОЗ	69,3±2,8	71,9±3,3	56,3±4,0	<0,05	<0,05	>0,05
ЖС	47,7±3,6	70,9±3,4	47,7±3,6	>0,05	<0,05	>0,05
СФ	74,9±3,3	87,2±2,4	74,9±3,3	>0,05	<0,05	>0,05
РЭ	73,9±6,2	97,9±3,6	73,9±6,2	>0,05	<0,05	>0,05
ПЗ	65,4±2,5	76,9±1,8	65,4±2,5	>0,05	<0,05	>0,05

Примечание: p₁ — p₃ — между Ia и контрольной группой, p₂ — между Ia основной группы и контрольной группой и основной группой Iб

та. Также исследовано качество жизни пациентов в зависимости от их возраста, учитывая его влияние на многие показатели (табл. 2).

Как видно из табл. 2, особых отличий между показателями не выявлено. Показатели РФ, ЖС и РЭ отличаются достоверностью (p<0,05).

Пациенты, перенесшие герниопластику, проведенную разными способами, показывают хорошие результаты при осуществлении физических нагрузок. Обрат-

ная картина у больных с рецидивами грыж и развитием спаечной болезни, которые показывали более низкие результаты.

Показатель СФ имеет высокое значение, т.е. у больных наблюдается достаточный уровень социальных коммуникаций. При этом, показатель ЖС у пациентов стоит на пороге статистической погрешности. Показатель РФ уменьшен. Значение показателя ПЗ было выше у пациентов с первичными грыжами, чем у больных с рецидивами и спаечной болезнью органов брюшной полости.

Показатели КЖ в основной группе после оперативно-го лечения изучено только у 66 (35,7%) из 83.

Анализ показателей КЖ пациентов после операции Рамиреса и после операции по усовершенствованной технике герниопластики представлен в табл. 3.

Из табл. 3. следует, что по всем показателям КЖ отмечается положительная динамика, особенно после операции по усовершенствованной технике. У всех больных перенесших операцию по усовершенствованной технике отмечены высокие показатели КЖ ($p < 0,05$), чем после операции Рамиреса.

Значение показателей РФ, БО, СФ и РЭ возрастает при проведении операции по усовершенствованной технике, чем после операции Рамиреса ($p < 0,05$).

Кроме того, нами изучено показатели КЖ больных основной группы в зависимости от возраста. Результаты представлены в табл. 4.

Данные из Таблицы 4 показывают, что по всем показателям достоверных отличий не наблюдается.

В заключение хотим отметить, что предлагаемая выработанная тактика оперативного вмешательства оправдана, предлагаемый метод устранил лягушачий живот и улучшил качество жизни пациентов. Наличие тяжелых

сопутствующих болезней не отразились на показателях качества жизни.

Качество жизни пациентов после оперативного вмешательства по усовершенствованной технике герниопластики сравнительно лучше, чем у пациентов, перенесших операцию Рамиреса.

В сравнительном аспекте полученные результаты оценки качества жизни пациентов после различных методов герниопластики представлены в табл. 5.

Различия значений показателя КЖ были между Ia и II группами достоверны ($p < 0,05$), кроме показателя ФФ ($p > 0,05$). То есть больные, перенесшие операцию по усовершенствованной технике герниопластики чувствовали себя лучше.

Показатели качества жизни пациентов, перенесших операцию Рамиреса или иных видов герниопластики были значительно хуже, чем после применения усовершенствованного способа хирургического лечения. Старые методы приводили к возникновению хронических болей у пациентов, появлению рецидива и возникновению лягушачьего живота, что требовало повторной операции. При исследовании качества жизни, где основной критерий был возраст пациента, было выявлено, что высокие показатели качества жизни после проведенной операции показывали пациенты до 50 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманов Ю.Х., Добровольский С.Р., Джамынчиев Э.К., Абдуллаева А.А. Исследование качества жизни больных в хирургии. Журнал Хирургия им. Н.И. Пирогова. Москва. — 2010 г. — С. 73–76.
2. Адамян А.А., Гогия Б.Ш. Проблемы современной герниологии // Реконструктивная и пластическая хирургия: тезис, доклад, симп. — М., 2001. — С. 41–43.
3. Белоконев В.И. и др. Выбор способа пластики и объема операции у больных с грыжами передней брюшной стенки и сопутствующими хирургическими заболеваниями // Вест. герниологии. — М. — 2004. — С. 19–22.
4. Дерюгина М.С. Способ оперативного лечения при диастазах прямых мышц живота // Вестн. хирургии. — 2001. — № 3. — С. 77–78.
5. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. — М., 2005. — С. 341.
6. Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н., Салах Ахмед М.С. Опыт реконструктивных операций при послеоперационных вентральных грыжах с применением аутопластических и протезирующих методов // Вестн. герниологии. — М. — 2004. — С. 46–51.
7. Сурков Н.А., Кирпичев А.Г. Использование сетки из полипропилена при пластике передней брюшной стенки. — М. — С. 18–22.
8. Монаков Н.З. Послеоперационные грыжи. Сталинабад. — 1959. С. — 267.
9. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. — Санкт-Петербург. — ЭЛБИ. — 1999. — С. 139
10. Новик А.А., Ионова Т.А. Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. М. 2006; 1:1:91.
11. Пенесян Р.В. Динамика факторов послеоперационной защиты в ране при аутодермальной пластике ПВГ // МРЖ. — 1982. — № 12. — С. 80–83.
12. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. и др. Амбулаторная герниопластика // Матер. конференции «Актуальные вопросы герниологии». — М. — 2002. — С. — 65–66.
13. Benbow S.J., Wallymahmed M. E., MacFarlane I. A diabetic peripheral neuropathy and quality of life. QJ Med 1998; 733–777.
14. Brown GC, Brown MM, Sharma S. Difference between ophthalmologists' and patients' perceptions of quality of life associated with age-related macular degeneration // Can. J. Ophthalmol. — 2000. 35, 3. — P. 127–133.
15. Collaborative systematic review of the randomized trails of organized inpatient (stroke unit) care after stroke. Stroke Unit Trialists Collaboration/ BMJ 1997; 314: 1151–1159.

16. Engel G. E. The clinical application of the biopsychosocial model. // Am. J. Psychiatry, 1980. — Vol. 137. — P. 535–543.
17. Karnofsky D. F. Burchenal J. H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in Cancer. // Macleod CM (ed). — Evaluation of chemotherapeutic agents. — USA, Columbia University Press, 1947. — P. 107–134.
18. Korenkov M., Sauerland S., Arndt M. et al. Randomized clinical trial of suture repair, polypropylene mesh or autodermal hernioplasty for incisional hernia // Brit. J. Surg. — 2002. v. 89. № 1. — P. 109–112.
19. Kosmidis P. Quality of life as a new end point// Chest 1996; 109:3:110–112.
20. Lee PP, Spitzer KA, Hays RD The impact of blurred vision on functioning and well-being// Ophthalmology. — 104. — 3. — 1997. — P. 390–396
21. Minaire P. Болезнь, нездоровье и здоровье: теоретические модели процесса снижения трудоспособности // Бюллетень ВОЗ. — 1992. — т. 2. — № 3. — С. 54–60.
22. Ramirez O.M., Ruas E., Dellon L. Components separation method for closure of abdominal-wall defects: an anatomic and clinical study // Plastic and Reconstructive Surgery. — 1990. — v. 86. № 3. — P. — 519–526.
23. Staquet M. J. (ed.). Quality of life assessment in clinical trials. Oxford-New York –Tokyo 1998;360.
24. Wenger N.K., Mattson M. E., Furberg C. D., Elinson J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies // Amer. J. Cardiol 1984;54:908–13.
25. World Health Organization. Measurement of level of health: Report of a study group. WHO Technical Report Series 1957; 137.
26. Yelin E Measuring Functional Capacity of Persons with Disabilities in Light of Emerging Demands in the Workplace// NAP. — 1999.

© Ниязов Адилет Анарбекович (egoist8787@mail.ru), Бейшеналиев Алымкадыр Сабирдинович (alymkadyr@bk.ru),
Ниязов Анарбек Кулназарович (anarbek.1960@mail.ru), Осмонбекова Нурай Сарыпбековна (jandangani@mail.ru).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Г. Бишкек