

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СЛАБЫХ МЕСТ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Лалаев Э.Э.¹, Подкопаева Д.С.², Цындяйкина А.С.³

¹Лалаев Эльмин Эльман оглы – студент;

²Подкопаева Дарья Сергеевна – студент;

³Цындяйкина Ангелина Сергеевна – студент,

кафедра общей хирургии,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

Курский государственный медицинский университет Минздрава РФ,

г. Курск

Аннотация: в настоящее время отмечается непоколебимая тенденция к росту количества больных с вентральными грыжами. Основным способом лечения такого контингента больных является хирургическое вмешательство. Актуальной остается проблема снижения травматичности операций, послеоперационных осложнений. Однако широкое использование в пластике грыж эндопротезов позволило снизить частоту рецидивов грыж. Однако на сегодняшний день остается неизученным качество жизни пациентов после эндопротезирования грыж передней брюшной стенки.

Ключевые слова: эндопротезирование, качество жизни, SF-36, передняя брюшная стенка, белая линия живота, пупочное кольцо.

Грыжей передней брюшной стенки живота считают такую патологическую картину, при которой происходит выход органов полости живота через эту же стенку [1, с. 6; 3, с. 99; 4, с. 67; 5, с. 372]. Причиной этого состояния становится врожденная слабость передней брюшной стенки, истощение организма, длительные и сильные запоры, продолжительный кашель и многое другое [2, с. 33; 4, с. 68]. Наиболее часто возникает у мужчин возрастных групп 40-49 и 70-79 лет [3, с. 101; 5, с. 373]. Как правило, данное заболевание не имеет связи ни с какими сопутствующими патологиями. Главными клиническими проявлениями грыж передней брюшной стенки являются следующие факторы: наличие неопределенного размера грыжевого выпячивания в проекции слабых мест брюшной стенки и положительный симптом кашлевого толчка [1, с. 7; 2, с. 35]. Стоит отметить актуальность как теоретических, так и практических проблем этиологии, патогенеза вентральных грыж. Большинство авторов склоняются к тому, что именно слабые, неполноценные зоны на передней брюшной стенке являются благоприятными условиями для выпячивания брюшины как у взрослого, так и ребенка [2, с. 36; 4, с. 69]. К слабым, неукрепленным местам можно отнести паховую область – паховый канал, область пупка – пупочное отверстие, белая линия: щели в апоневрозе создают дефект, полулунная линия, отверстие или расщепление в мечевидном отростке [1, с. 6; 3, с. 100; 5, с. 373]. Большая часть уязвимых мест передней стенки брюшины образуется во время внутриутробного созревания в связи с неполноценным закрытием отдельных участков, поэтому такие грыжи называются врожденными. И причиной появления у ребенка грудного возраста такой грыжи становится патология соединительной ткани плода [4, с. 68; 5, с. 375].

Цель исследования. Изучить, насколько качество жизни больных после эндопротезирования различных слабых участков брюшной стенки отличается от качества жизни здоровых людей и определить, есть ли статистическая разница в показателях между группами в зависимости от места эндопротезирования.

Материалы и методы. Была сделана выборка 90 плановых пациентов мужского пола в возрасте от 24 до 78 лет, которым проводилась операция грыжесечения с эндопротезированием в 2014-2016 годах на базе ОБУЗ КГКБ СМП. Пациенты были разделены на 3 группы по 30 человек, в зависимости от локализации грыжевого выпячивания: первая группа – эндопротезирование стенок пахового канала (возраст от 25 до 74 лет); вторая группа – пупочного кольца (возраст от 35 до 61 года); третья группа – белой линии живота (в возрасте от 24 до 78 лет). Проведенные операции прошли в плановом режиме и без осложнений.

При поступлении больным проводили нижеперечисленные исследования: клиническое исследование (осмотр грыжевого выпячивания, его пальпация и выявление симптома кашлевого толчка); лабораторное исследование (общий и биохимический анализ крови и общий анализ мочи); ультразвуковое исследование органов брюшной полости (обследование грыжевого содержимого).

Клиническое исследование. Данное исследование содержало в себе несколько аспектов, а именно: Осматривание грыжевого содержимого, для нахождения места выхода грыжевого мешка, определение вида грыжи (паховая, грыжа белой линии живота, пупочная и другие). Проводился тщательный контроль за состоянием и изменением кожных покровов в области грыжевого выпячивания.

Пальпация грыжевого мешка. Благодаря данному физикальному методу, определяли и выявляли наличие болей, их характер, локализацию, возможность вправления грыжевого мешка. Вышеперечисленные критерии позволили дифференцировать грыжи на ущемленные, осложненные, невправимые.

Симптом кашлевого толчка. Положительный или отрицательный симптом зависит от состояния давления внутри брюшной полости, и возможности вправления грыжи: при высоком внутрибрюшном давлении после искусственного кашля, грыжевое содержимое больших размеров толчкообразно выходит из грыжевых ворот. Прекращение кашля способствует грыжевому мешку обратно вернуться к своему размеру.

Лабораторные исследования. Для получения информации о состоянии внутренней среды организма, а также обнаружения сопровождающих патологий, у пациентов исследовали общий и биохимический анализ крови и общий анализ мочи.

Ультразвуковое исследование. Всем больным проводилось УЗИ грыжевого содержимого, особое внимание уделялось изучению грыжевых ворот, расположению дефекта брюшной стенки, определялись размеры содержимого грыжевого мешка. Таким образом, собранные результаты обследований дают возможность определить объем хирургического вмешательства, его этапы, а также предотвратить послеоперационные осложнения.

Международный опросник SF-36 (The Short Form-36) «Health Status Survey» применялся нами для обследования состояния здоровья и оценки качества жизни. Больным предлагалось ответить на 36 вопросов. По полученным результатам опросника определяли количественные и качественные характеристики положения больных, а именно: физическое функционирование, телесную боль, ролевую деятельность, жизнеспособность, общее состояние здоровья, социальное функционирование, психическое здоровье, эмоциональное состояние. Значения выше приведённых шкал составляют главные компоненты опросника – психологический и физический компоненты здоровья.

Результаты исследования.

Выявлена статистически достоверная разница между группами. Так у пациентов 3 группы, которым проводили эндопротезирование срединной линии живота, достоверно выше показатели физического и психического здоровья, по сравнению с другими группами. Оценив физический и психологический компоненты в трех группах, получили следующие результаты: физический компонент в здоровой популяции в РФ равен 86,2%, в группе 1 – в 1,5 раза меньше, в группе 2 – в 1,6 раза меньше, в группе 3 – в 1,3 раза меньше. Психологический компонент в здоровой популяции равен 70,2%, в группе 1 – в 1,6 раза меньше, в группе 2 – в 1,2 раза меньше, в группе 3 – практически соответствует значению здоровой популяции (Табл. 1).

Таблица 1. Оценка качества жизни больных

Шкалы SF-36	Группа 1 (n=30)	Группа 2 (n=30)	Группа 3 (n=30)	Здоровое население
Физический фактор	66,8±4,1*	64,5±2,7*	69,3±3,3*	95,0±1,6
Ролевой фактор	68,8±2,2*	65,4±3,5*	70,1±4,5*	90,1±1,7
Фактор боли	77,8±3,5*	71,6±4,3*	70,2±5,1*	88,4±2,2
Общее здоровье	58,3±3,8*	54,3±1,9*	61,4±3,2*	73,6±1,8
Жизненная активность	55,3±3,9*	50,8±3,7*	56,4±4,1*	61,2±2,7
Социальный фактор	60,1±4,2*	63,4±3,2*	65,6±2,5*	85,2±2,3
Психическое здоровье	52,1±3,3*	54,1±3,8*	60,3±1,5*	62,1±1,6
Эмоциональная роль	51,0±2,1*	50,7±2,6*	55,7±2,1*	63,4±1,1
Физический компонент здоровья	68,7±4,4*	52,8±4,8*	65,6±5,0*	86,2±1,8
Психологический компонент здоровья	56,6±2,9*	60,7±3,3*	61,7±2,8*	70,2±2,1

$P < 0,05$: корреляционная связь средней степени выраженности по сравнению со здоровым населением.

Выводы.

1. Использование в герниопластике эндопротеза в уязвимых местах передней брюшной стенке позволяет реабилитировать качество жизни больных, особенно с грыжами белой линии живота. Значения физического компонента здоровья в первой группе в 1,5 раза ниже (68,7%), чем у здорового населения, во второй группе – в 1,6 раза ниже (52,8%), в третьей группе – в 1,3 раза меньше (65,6%). Психологический компонент в трёх группах меньше такового у здоровых и колеблется в пределах от 1,13 до 1,24 раза меньше (56,6; 60,7; 61,7 соответственно).

2. Согласно оценке результатов по 4-балльной системе можно сделать вывод, что результат пластики практически зависит от места эндопротезирования: в первой группе 60% операций привели к отличному результату, во второй – 40% операций, в третьей – 85%. Хороший результат был достигнут в операциях в трёх группах в следующем процентом соотношении от общего в группе: 10%, 20%, 50% соответственно. Удовлетворительный только в первой и во второй группе по 10% и отрицательный результат, только в первой группе и составляет 10% от общего количества больных.

Список литературы

1. *Богдан В.Г.* Интраперитонеальная и подпоясничная пластика в лечении послеоперационных грыж живота // *Герниология*, 2009. № 23. С. 6-8.
2. *Кукош М.В.* Профилактика ранних послеоперационных осложнений при эндопротезировании вентральных грыж // *Новости хирургии*, 2012. № . С. 32-37.
3. *Мошкова Т.А.* Протезирование передней брюшной стенки при лечении гигантских вентральных грыж // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*, 2007. № 5. С. 99-102.
4. *Умешов А.У.* Некоторые особенности лечения паховых грыж у детей // *Вестник Алматинского Государственного Института усовершенствования врачей*, 2011. № 2. С. 67-69.
5. *Хохлов К.С.* Патоморфологическое исследование результатов ненатяжной герниопластики при послеоперационной вентральной грыже в эксперименте // *Фундаментальные исследования*, 2011. № 11. С. 372-376.