

В.Г. ПЛЕШКОВ, В.Н. АФАНАСЬЕВ, О.И. АГАФОНОВ

**ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ПОВОДУ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА**ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,
Российская Федерация

Проведён анализ отдалённых результатов лечения и качества жизни 84 пациентов, которым в хирургическом отделении Смоленской областной клинической больницы в период с 1997 по 2007 год выполнялась герниопластика по поводу послеоперационной грыжи. Из них 49 больным (основная группа) выполнялась пластика с применением дезэпителизированного кожного лоскута, 35 (контрольная группа) с использованием полипропиленовой сетки. Отдаленные результаты изучены в сроки до 9 лет. Частота рецидивов составила 10,2% в основной группе и 11,4% в контрольной. Достоверного различия не выявлено.

Качество жизни оценивалось по методике Европейского общества по изучению качества жизни (EQ-5D). Установлено, что после пластики с применением дезэпителизированного лоскута качество жизни достоверно выше, в первую очередь за счет достоверно менее выраженных болей в области операции. На основании полученных данных сделан вывод, что пластику кожным лоскутом можно считать методом выбора при лечении послеоперационных грыж живота.

Ключевые слова: послеоперационная грыжа, кожный лоскут, качество жизни

The long-term results of treatment and quality of life were studied in 84 patients, in whom hernioplasty caused by the post-operative abdominal hernias had been performed at the surgical department of Smolensk regional clinical hospital during the period since 1997 to 2007. The hernioplasty with acellulated skin graft had been performed in 49 patients (the main group) and the polypropylene mesh had been implanted in 35 patients (the control group). The distant results were studied up to the period of 9 years. The recurrence rate made up 10,2% in the main group and 11,4% in the control one. No reliable difference was revealed between these groups.

The quality of life was evaluated according to the methods of European society for study of life's quality (EQ-5D). The quality of life was found out to be significantly higher in the main group firstly due to less marked pains in the region of operation. On the basis of the obtained data it was concluded that acellulated skin graft plasty could be considered a method of choice in the treatment of the post-operative abdominal hernias.

Keywords: post-operative hernia, skin graft, quality of life

Введение

В настоящее время в России ежегодно выполняются до 1 млн. операций на органах брюшной полости. До 2–5% плановых операций и до 12–15% экстренных оперативных вмешательств осложняются появлением грыжи [1, 2, 3]. Повторные хирургические вмешательства сложны и не исключают возможности рецидивов [3, 4, 5].

Послеоперационные вентральные гры-

жи являются распространенным заболеванием и составляют от 22 до 26% среди всех наружных грыж брюшной стенки. Больные с послеоперационными вентральными грыжами являются постоянным контингентом хирургических стационаров, причём за последние годы наблюдается тенденция к их увеличению в общей структуре хирургической патологии [4, 6]. Так, за последние 25 лет в связи с возрастающим числом хирургических вмешательств на

органах брюшной полости заболеваемость послеоперационными вентральными грыжами возросла в 9 раз и более [5].

Как показывает опыт, наиболее эффективными при хирургическом лечении больных с послеоперационными грыжами (исключая грыжи малых размеров) оказались способы с использованием дополнительных материалов [1, 2, 3, 4]. «Золотым стандартом» имплантата считается полипропилен. Однако данный материал не лишён недостатков. Использование же кожного лоскута для пластики послеоперационных грыж считается методикой резерва [7].

При оценке отдалённых результатов основное внимание исследователи концентрируют на наличии или отсутствии рецидива, местных осложнений. Оценка результата операции сводится к анализу инструментальных или физикальных данных одной конкретной области (в данном случае, места герниопластики). Любое оперативное вмешательство в дальнейшем сказывается на здоровье пациента, его физическом, психическом и социальном статусе. Поэтому для оценки результатов лечения необходимо дополнительно сопоставлять и качество жизни [8, 9]. В отечественной литературе исследования качества жизни единичны и касаются сравнения аутопластических методик с имплантационными. Сравнения качества жизни после применения различных имплантатов не проводилось [8]. В зарубежной литературе есть упоминание о том, что после пластики кожным лоскутом болевой синдром меньше, чем при пластике полипропиленовой сеткой, однако детального исследования не проводилось [10].

Материал и методы

Целью работы было сравнение отдалённых результатов лечения и качества жизни пациентов, которым выполнялась

пластика вентральных грыж.

В анализ были включены 124 пациента, которым с 1997 по 2007 год в хирургическом отделении Смоленской областной клинической больницы была выполнена операция по поводу послеоперационной или срединной вентральной грыжи. В зависимости от типа имплантата больные были разделены на две группы. В основную группу включены 74 пациента, которым выполнялась пластика с использованием кожного лоскута, деэпителизированного с применением плазменного скальпеля. В контрольную – 50 пациентов, у которых в качестве имплантата применялся полипропиленовый протез. Имплантаты располагались поверх ушитых краев грыжевого дефекта. В случаях, когда сближение краёв дефекта сопровождалось натяжением окружающих тканей и (или) имела выраженная сопутствующая патология, выполнялась пластика по методике inlay. Ведение послеоперационного периода осуществлялось по общепринятым стандартам.

Возраст пациентов в основной группе колебался от 23 до 77 лет, составив в среднем $52,0 \pm 1,3$ года, в контрольной возраст был от 25 до 73 лет, в среднем – $50,9 \pm 1,7$ года. Среди больных основной группы 55 человек (74,3%) имели избыточную массу тела, среди контрольной – 38 (78,0%). В основной группе индекс массы тела (ИМТ) составил $30,5 \pm 0,7$ кг/м², в контрольной группе – $31,4 \pm 0,85$ кг/м². Размер грыжи определялся в соответствии с классификацией Тоскина и Жебровского. Из пациентов основной группы грыжи среднего размера были у 28 (37,8%), обширные – у 33 (44,6%), гигантские – у 13 (17,6%). В контрольной группе грыжи среднего размера были у 17 пациентов (28,0%), обширные – у 25 (50,0%), гигантские – у 7 (14,0%). По локализации: в основной группе в области белой линии грыжи располагались у 72 пациентов (97,3%), боковые были у 2 (2,7%).

Таблица 1

Исходные данные по основной и контрольной группам

Параметры	Основная группа (n=74)	Контрольная группа (n=50)	p
Средний возраст (лет)	52,0±1,3	50,9±1,7	0,605
Пациенты с избыточной массой тела	55 (74,3 %)	38 (78,0 %)	0,834
ИМТ (кг/м ²)	30,5±0,66	31,4±0,85	0,383
Относительный размер грыж			
- средние	28 (37,8%)	17 (28,0%)	0,766
- обширные	33 (44,6%)	25 (50,0%)	
- гигантские	13 (17,6%)	7 (14,0%)	
Локализация			
- срединные	72 (97,3%)	47 (94,0%)	0,652
- боковые	2 (2,7%)	3 (6,0%)	
Пациенты с рецидивными грыжами	32 (43,2 %)	24 (48,0%)	0,605
Количество грыжевых выпячиваний	1,4±0,1	1,6±0,2	0,227
Время существования грыжи (мес.)	30,4±7,2	31,2±4,2	0,917
Площадь ворот (см ²)	87,0±10,6	80,8±9,9	0,685

В контрольной группе грыжи в области белой линии были у 47 пациентов (94,0%), боковые – у 3 (6,0%). В основной группе рецидивные грыжи были у 32 пациентов (43,2%), в контрольной – у 24 (48,0%). Среднее количество грыжевых выпячиваний в основной группе составило 1,4±0,1, в контрольной – 1,6±0,2. Среднее время существования грыжи от момента возникновения или последнего рецидива в основной группе – 30,4±7,2 месяца, в контрольной – 31,2±4,2 месяца. Площадь грыжевых ворот в основной группе в среднем составила 87,0±10,6 см², в контрольной – 80,8±9,9 см². Ни по одному из данных параметров достоверных различий выявлено не было, что позволяет дальнейшее сравнение результатов лечения считать правомочным (таблица 1).

Для оценки отдалённых результатов пациентам были разосланы анкеты, содержавшие вопросы, касающиеся наличия раневых осложнений, рецидивов, повторных операций, и приглашение приехать для контрольного осмотра.

К анкете прилагался стандартный опросник для определения качества жизни

EQ-5D, состоящий из двух частей. Первая часть опросника предназначена для оценки состояния здоровья индивидуума по 5 компонентам, отражающим подвижность (передвижение в пространстве), самообслуживание, активность в повседневной жизни, наличие боли/дискомфорта и беспокорства/депрессии. Шкала для оценки каждого компонента имеет три уровня в зависимости от степени выраженности проблемы: 1 – нет нарушений; 2 – есть умеренные нарушения; 3 – есть выраженные нарушения. По результатам опроса может быть получено 243 варианта различных состояний здоровья. По второй части опросника пациенты оценивают своё состояние здоровья в баллах от 0 до 100 по визуальной аналоговой шкале, так называемому термометру, где 0 означает самое плохое, а 100 – самое хорошее состояние здоровья. Обследуемый делает отметку на «термометре» в том месте, которое отражает его качество жизни на момент заполнения. Эта часть опросника представляет собой индивидуальную количественную оценку качества жизни, связанного со здоровьем [9].

Оценка достоверности проводилась с помощью программы «Biostat» с расчетом показателя p на основании определения t -критерия Стьюдента для количественного анализа и χ^2 – для качественного. Достоверными считались значения $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Обследовано 49 (66%) пациентов основной группы и 35 (70%) контрольной. Срок наблюдения в основной группе составил от 7 до 107 месяцев, в контрольной – 5–50 месяцев, что обусловлено более поздним внедрением пластики с использованием полипропиленовой сетки в рутинную практику. Рецидивы выявлены у 5 пациентов (10,2%) основной группы и 4 (11,4%) контрольной. Количество рецидивов в целом соответствует литературным данным. При оценке результатов необходимо учитывать следующую особенность – базой клиники является областная больница, то есть второй (а иногда и третий) этапный стационар после районных больниц, где также могут выполняться грыжесечения. В результате в клинику поступают больные с более «сложными» грыжами, более высокими рисками рецидива. Таким образом, отдалённые результаты лечения с полученной частотой рецидивов в целом можно признать удовлетворительной.

Рецидивы появились в срок от 2 до 36 месяцев в основной группе и от 1 до 20

месяцев в контрольной. Согласно литературным данным, 95% рецидивов происходят именно в первые 3 года после грыжесечения. Наличие лигатурных свищей отмечено у 3 пациентов (6,1%) основной группы и 3 (8,6%) контрольной. В основной группе у одной из пациенток выполнялась оперативное вмешательство по поводу рецидивных лигатурных свищей трижды. Рецидива грыжи нет. Во время операций дно раны выстлано грануляциями. Отслоения лоскута не определяется. Явных очагов инфекции (лигатур) не обнаружено. В контрольной группе у 2 пациентов выполнялось удаление сетки по поводу рецидивных лигатурных свищей в связи с безуспешным консервативным лечением. Таким образом, достоверной разницы между показателями основной и контрольной групп не выявлено (таблица 2).

В соответствии с литературными данными, основным недостатком пластики с использованием кожного лоскута, деэпителизованного по методике Янова или механическим способом, являлась высокая частота гнойных осложнений. Преимуществом полипропиленовой сетки считается более низкая частота таких осложнений в связи с возможностью проведения качественной стерилизации последней. Полученные данные, напротив, свидетельствуют о том, что количество гнойных осложнений ниже в группе, где проводилась деэпителизация с использованием плазменного скальпеля (хотя это различие статисти-

Таблица 2

Частота осложнений в отдаленном послеоперационном периоде

Параметры	Основная группа (n=74)	Контрольная группа (n=50)	p
Обследованы	49 (66%)	35 (70%)	-
Срок наблюдения (мес.)	7–107	5–50	-
Количество рецидивов	5 (10,2%)	4 (11,4%)	0,860
Время появления рецидива (мес.)	от 2 до 36	от 1 до 20	-
Наличие лигатурных свищей	3 (6,1%)	3 (8,6%)	0,626
Операции по поводу рецидивных свищей	1 (2,1%)	2 (5,7%)	0,377

Таблица 3

Качество жизни больных после герниопластики

Показатель	Основная группа (n=49)	Контрольная группа (n=35)	p
Подвижность			
Нет трудностей при ходьбе	26 (53,1%)	19 (54,3%)	0,912
Некоторые трудности при ходьбе	23 (46,9%)	16 (45,7%)	
Прикован к постели	0 (0%)	0 (0%)	
Самообслуживание			
Нет трудностей при уходе за собой	40 (81,6%)	26 (74,3%)	0,590
Некоторые трудности при уходе за собой	9 (18,4%)	9 (25,7%)	
Не в состоянии самостоятельно мыться/одеваться	0 (0%)	0 (0%)	
Обычная активность			
Привычная деятельность дается без труда	21 (42,9%)	19 (54,3%)	0,417
Привычная деятельность несколько затруднительна	28 (57,1%)	16 (45,7%)	
Не в состоянии заниматься привычной деятельностью	0 (0%)	0 (0%)	
Боль			
Не испытывает боли или дискомфорта	24 (49,0%)	2 (5,7%)	0,001
Умеренная боль или дискомфорт	25 (51,0%)	32 (91,4%)	
Сильная боль или дискомфорт	0 (0%)	1 (2,9%)	
Тревога/депрессия			
Не испытывает тревоги или депрессии	33 (67,3%)	19 (54,3%)	0,281
Умеренная тревога или депрессия	16 (32,3%)	15 (42,9%)	
Сильная тревога или депрессия	0 (0%)	1 (2,8%)	
Индекс качества жизни	0,76±0,03	0,66±0,04	0,044
VAS	79,0±3,8	77,3±5,2	0,793

чески не достоверно).

При анализе анкет опросника EQ-5D получены следующие результаты. На вопрос о двигательной активности 26 (53,1%) пациентов основной группы и 19 (54,3%) контрольной группы ответили, что не имеют трудностей при ходьбе, некоторые трудности отметили 23 (46,9%) прооперированных из основной группы и 16 (45,7%) контрольной. Лиц, ответивших, что они «прикованы к постели», не было. Никаких трудностей при уходе за собой не испытывали 40 (82,6%) пациентов основной группы и 26 (74,3%) контрольной. «Некоторые трудности при уходе за собой» отметили 9 (17,4%) прооперированных основной группы и 9 (25,7%) контрольной. Ответивших,

что они не в состоянии самостоятельно мыться или одеваться, не было. 21 (42,9%) пациент основной группы и 19 (54,9%) контрольной группы указали, что привычная деятельность им даётся без труда. 28 (57,1%) прооперированных из основной группы и 16 (45,1%) из контрольной группы ответили, что повседневная деятельность для них несколько затруднительна. Никто из опрошенных не отмечал, что не в состоянии заниматься своей повседневной деятельностью. Не испытывали боли или дискомфорта 24 (49,0%) пациента основной группы и 2 (5,7%) пациента контрольной группы. Умеренную боль или дискомфорт отметили 25 (51,0%) прооперированных основной группы и 32 (91,4%)

пациента контрольной группы. Сильную боль или дискомфорт отметила 1 пациентка (2,9%) контрольной группы. Не испытывали тревоги или депрессии 33 (67,3%) опрошенных основной группы и 19 (54,3%) контрольной группы. Умеренную тревогу или депрессию отметили 16 (32,7%) пациентов основной группы и 15 (42,9%) пациентов контрольной группы. 1 пациентка контрольной группы (2,8%) отметила сильную тревогу и депрессию. Индекс качества жизни в основной группе достоверно выше и составляет $0,76 \pm 0,03$, против $0,66 \pm 0,04$ в контрольной ($p < 0,05$). Это обусловлено, в основном, достоверно более низким болевым синдромом у пациентов основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы. Показатель визуальной аналоговой шкалы (VAS) в основной группе был $79,0 \pm 3,8$, в контрольной – $77,3 \pm 5,2$, достоверных различий не выявлено (таблица 3).

Различие в данных, полученное при сравнении индекса качества жизни и показателя визуальной аналоговой шкалы можно объяснить тем, что пациенты непривычны к стобалльной системе оценки. Более достоверным следует считать индекс качества жизни, который рассчитывается на основе анализа ответов на поставленные вопросы.

На основании полученных данных можно сделать следующие **выводы**:

1) по отдаленным результатам пластики с использованием полипропиленового имплантата не имеет достоверных преимуществ перед пластикой с использованием деэпителизированного кожного лоскута;

2) после пластики с использованием кожного лоскута качество жизни выше, что, в первую очередь, связано с менее выраженным болевым синдромом. Таким образом, пластику деэпителизированным кожным лоскутом можно считать методом выбора для лечения послеоперационных грыж и грыж белой линии живота.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконов, В. И. Патогенез и лечение послеоперационных вентральных грыж / В. И. Белоконов, Т. А. Федорина, З. В. Ковалева. – Самара: изд. СГМА, 2005. – 204 с.
2. Егиев, В. Н. Ненатяжная герниопластика / В. Н. Егиев, П. К. Воскресенский, С. И. Емельянов. – М.: Медпрактика, 2002. – 147 с.
3. Тимошин, А. Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А. Д. Тимошин, А. В. Юрасов, А. Л. Шестаков. – М.: «Триада-Х», 2003. – 114 с.
4. Гостевской, А. А. Нерешенные вопросы протезирования передней брюшной стенки при грыжах / А. А. Гостевской // Вестник хирургии. – 2007. – № 4. – С. 115-118.
5. Синченко, Г. И. Безрецидивное хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж как социальная проблема / Г. И. Синченко, М. В. Ромашкин-Тиманов, А. А. Курыгин // Вестник хирургии. – 2006. – № 1. – С. 15-18.
6. Суковатых, Б. С. Превентивная пластика брюшной стенки протезом «Эсфил» при операциях на органах брюшной полости / Б. С. Суковатых, А. А. Нетяга, Н. М. Валуйская // Вестник хирургии. – 2006. – № 3. – С. 61-66.
7. Тимошин, А. Д. Итоги конференции «Проблемы современной герниологии - 2006» / А. Д. Тимошин, А. В. Юрасов, А. Л. Шестаков // Анналы хирургии. – 2007. – № 1. – С. 16-17.
8. Добровольский, С. Р. Исследование качества жизни у больных в хирургии / С. Р. Добровольский, Ю. Х. Абдурахманов, Э. К. Джамынчиев // Хирургия. – 2008. – № 12. – С. 73-76.
9. Szende, A. EQ-5D value sets: inventory, comparative review and user guide // A. Szende, M. Oppe, N. Devlin. – Springer, 2007. – 54 p.
10. Randomized clinical trial of suture repair, polypropylene mesh or autoderma hernioplasty for incisional hernia / M. Korenkov [et al.] // Brit. J. Surg. – 2002. – Vol. 89, N 1. – P. 50-56.

Адрес для корреспонденции

214031, Российская Федерация,
г. Смоленск, ул. Соколовского, д. 4, кв. 45.
тел.: +7 962 253-90-73,
e-mail: AgafonovOI@mail.ru
Агафонов О.И.

Поступила 30.03.2009 г.