



А.І. Білай, А.В. Клименко, І.В. Русанов

Оцінка якості життя пацієнтів, прооперованих з приводу пахвинної грижі

Запорізький державний медичний університет

Ключові слова: *якість життя, пахвинна грижа, герніопластика.*

Проаналізовано показники якості життя на підставі опитувальника SF-36 після хірургічного лікування 50 хворих на пахвинну грижу, прооперованих за допомогою лапароскопічної преперитонеальної герніопластики (TEP-repair) і відкритої преперитонеальної методики (за Rives). Обмеження фізичної працездатності та повсякденної діяльності завдавало респондентам найбільший дискомфорт та знижувало якість життя, що необхідно враховувати при розробці лікувальних програм і диференційного підходу до реабілітації таких хворих.

Оценка качества жизни пациентов, прооперированных по поводу паховой грыжи

А.И. Билай, А.В. Клименко, И.В. Русанов

Проанализированы показатели качества жизни на основании опросника SF-36 после хирургического лечения 50 больных паховой грыжей, прооперированных с применением лапароскопической преперитонеальной герниопластики (TEP-repair) и открытой преперитонеальной методики (по Rives). Ограничение физической работоспособности и повседневной деятельности доставляло респондентам наибольший дискомфорт и снижало качество жизни, что необходимо учитывать при разработке лечебных программ и дифференцированного подхода к реабилитации таких больных.

Ключевые слова: *качество жизни, паховая грыжа, герниопластика.*

Evaluation of the quality of life of patients operated on inguinal hernia

A.I. Bilay, A.V. Klimentko, I.V. Rusanov

Analyzed the quality of life based on the SF-36 questionnaire after surgical treatment of 50 patients with inguinal hernia, operated on preperitoneal with the use of laparoscopic hernia repair (TEP-repair) and open preperitoneal technique (on Rives). Limitation of physical performance and daily activities delivers respondents most discomfort and limited the quality of life that must be considered when developing treatment programs and differentiated approach to the rehabilitation of such patients.

Key words: *quality of life, inguinal hernia, hernia repair.*

Грижі живота – одне з найпоширеніших захворювань людини, їх виявляють у 2–4% населення. Традиційно грижі вважають захворюванням хірургічного профілю, оскільки мимовільна регенерація і відновлення дефектів у тканинах черевної стінки неможливі, і тільки хірургічна пластика дозволяє їх усунути. Нині безальтернативним вважають оперативне лікування пахвинних і стегнових гриж з використанням індивідуального, диференційованого підходу до вибору методу усунення грижового дефекту, для чого необхідно враховувати форму грижі, патогенетичні механізми її утворення, стан тканин черевної стінки, розмір грижового дефекту [7].

Частота грижосічення в хірургічному стаціонарі становить 10–25% всіх оперативних втручань і є другою за поширеністю операцією в світі. Пахвинні грижі становлять 70–80% у структурі всіх гриж черевної стінки [10].

Розроблено більше 400 способів пластики пахвинних гриж, але, незважаючи на це, частота рецидивів після стандартної герніопластики з приводу пахвинних гриж становить 10% при первинних, 30% – при рецидивних грижах, 3–5% – при застосуванні методів герніопластики без натягу тканин і використанні різних синтетичних матеріалів [3]. Після лапароскопічної герніопластики частота рецидивів становить від 1 до 5% [6].

Удосконалення ендовідеохірургічних методів відкриває нові можливості лапароскопічної корекції у пацієнтів як з первинно складними, так і рецидивними

пахвинними грижами, незалежно від виду первинної пластики. Первинно складними пахвинними грижами вважають великі косі грижі, косі грижі з випрямленим пахвинним каналом, білатеральні пахові грижі, ковзні пахвинні грижі, поєднання декількох гриж в одній пахвинній зоні, пахвинні грижі, які не можна вправити, поєднання пахвинної та стегнової гриж, рідкісні типи пахвинних гриж (передочеревині, внутрішньостінкові, осумковані, надміхурні).

Використання ендовідеохірургічних технологій забезпечує виконання двох основних умов надійної пластики: зміцнення задньої стінки пахвинного каналу і використання способу пластики без натягу тканин [8,9].

В аспекті клінічних перспектив відкрита герніопластика з використанням сітчастих протезів є оптимальною за співвідношенням ціна-якість. Враховуючи соціально-економічні перспективи, використання ендоскопічних методів пластики переважніше у пацієнтів молодого віку з білатеральною грижею. Оцінка якості життя пацієнтів вказує, що ендоскопічні методи мають переваги у зв'язку з меншою ймовірністю виникнення хронічного пахвинного болю та інших післяопераційних ускладнень [4].

Тому раціональний вибір методу відкритої або закритої герніопластики пахвинної грижі залишається актуальним і вимагає сучасного підходу до вирішення питання даної проблеми.

Мета роботи

Оцінити показники якості життя у хворих на пахвинну грижу, прооперованих за допомогою лапароскопічної преперитонеальної герніопластики і відкритої преперитонеальної методики.

Пацієнти і методи дослідження

Здійснено обстеження та анкетування 50 пацієнтів, прооперованих з приводу пахвинної грижі в 2009–2013 роках у клініці кафедри госпітальної хірургії Запорізького державного медичного університету на базі Запорізької обласної клінічної лікарні. Пацієнтів розподілено на 2 групи залежно від способу оперативного втручання. Першу групу склали 22 пацієнти (44%), яким виконано лапароскопічну передочеревину пластику пахвинної грижі (TEP-repair) [5], друга група – 28 (56%) пацієнтів, яким для пластики пахвинної грижі застосовували поліпропіленовий імплантат за методикою Rives [2]. У 14 (28%) пацієнтів з двобічною пахвинною грижею виконано одномоментну білатеральну пластику пахвинної грижі.

Середній вік пацієнтів склав 52,18±15,11 року.

Для оцінки клініко-морфологічного типу грижі і визначення показань до виконання передочеревинної пластики застосовували інтраопераційну класифікацію Gilbert-Rutkow (1993) і вимірювання пахвинного каналу до та під час оперативного втручання [1]. Косу пахвинну грижу (I, II, III тип гриж за Gilbert-Rutkow (1993)) виявлено у 18 (37,%) хворих, пряму пахвинну грижу (IV, V тип гриж за Gilbert-Rutkow (1993)) – у 20 (41,7%) хворих, комбіновану пахвинну грижу (VI тип гриж за Gilbert-Rutkow (1993)) – у 5 (10,4%) пацієнтів, рецидивну пахвинну грижу – у 5 (10,4%) хворих.

При виконанні герніопластики використано поліпропіленову сітку ULTRA PRO фірми «Ethicon» (США) [11].

Оцінку якості життя пацієнтів виконано за допомогою опитувальника MOS SF-36 за наступними критеріями [12]:

1. Physical Functioning (PF) – фізичне функціонування, що відображає ступінь обмеження виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом сходами, перенесення ваги тощо).

2. Role-Physical (RP) – вплив фізичного стану на рольове функціонування, тобто виконання повсякденної діяльності.

3. Bodily Pain (BP) – вираженість больового синдрому.

4. General Health (GH) – загальний стан здоров'я, тобто оцінка пацієнтом свого стану здоров'я.

5. Vitality (VT) – енергійність, тобто відчуття себе повним сил і енергії або знесиленим.

6. Social Functioning (SF) – соціальне функціонування, що визначається ступенем, в якому фізичний чи емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування).

7. Role-Emotional (RE) – вплив емоційного стану на рольове функціонування передбачає ступінь, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі витрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості тощо).

8. Mental Health (MH) – психічне здоров'я, що характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій).

Усі шкали опитувальника об'єднано у 2 сумарних

виміри: фізичний (1–4 шкали) і психічний (5–8 шкали) компоненти здоров'я (табл. 1).

Таблиця 1

Методика обчислення основних показників за опитувальником SF-36

Показники	Питання	Мінімальне і максимальне значення	Можливий діапазон значень
Фізичне функціонування (PF)	3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3и, 3к	10–30	20
Рольове (фізичне) функціонування (RP)	4а, 4б, 4в, 4г	4–8	4
Життєздатність (VT)	9а, 9д, 9ж, 9і	4–24	20
Біль (P)	7, 8	2–12	10
Загальне здоров'я (GH)	1, 11а, 11б, 11в, 11г	5–25	20
Соціальне функціонування (SF)	6, 10	2–10	8
Емоційне функціонування (RE)	5а, 5б, 5в	3–6	3
Психологічне здоров'я (MH)	9б, 9в, 9г, 9е, 9з	5–30	25

У пунктах 6, 9а, 9д, 9г, 9з, 10, 11 проводиться зворотний рахунок значень.

Формула обчислення значень: [(реальне значення показника) – (мінімально можливе значення показника)]: (можливий діапазон значень) x 100.

Результати та їх обговорення

Порівняльний аналіз показників якості життя за допомогою опитувальника SF-36 у хворих, прооперованих за методикою лапароскопічної преперитонеальної герніопластики (TEP-repair) і групи (за Rives) показав, що всі показники якості життя основної групи хворих, прооперованих за методикою лапароскопічної преперитонеальної герніопластики (TEP-repair) (I групи) вищі від групи II, за методикою Rives на 30 балів і більше (табл. 2). Так, показник фізичного функціонування (PF) у першій групі склав 87±3,3 балів, а у хворих другої групи цей показник погіршувався на 33% (58±3,6 балів, $p<0,01$). Найбільше був знижений показник рольового фізичного функціонування (RP) у пацієнтів другої групи – на 60%, становлячи 34±5,7 проти 85±3,8 балів ($p<0,01$) у пацієнтів, прооперованих за методикою TEP-repair. Порівнявши показник болю (BP) у хворих I і II групи також спостерігали його зниження на 38% (53±3,7 бали у пацієнтів II групи проти 86±4,0 у пацієнтів I групи ($p<0,01$). Загальне здоров'я (GH) у пацієнтів II групи було нижче на 41%, ніж у I групи (48±2,7 проти 82±2,5 балів, $p<0,01$). Це свідчить про значні обмеження хворих, прооперованих за методикою Rives, при самообслуговуванні, ходьбі, а також виконанні повсякденних фізичних навантажень.

З показників, що характеризують психічне здоров'я, у хворих II групи найменшим був показник соціального функціонування (SF), він склав 45±2,3 балів проти 73±5,4 ($p<0,01$) у хворих I групи. Показники ЯЖ за шкалами життєздатність (VT), рольове емоційне функціонування (RE) і психічне здоров'я (MH) теж знижувались до 46±3,0, 49±5,6 і 53±2,5 балів (у хворих

Таблиця 2

Показники якості життя згідно опитувальника SF-36

Показник	Перша група, методика TEP, n=22	Друга група, методика Rives, n=28
Загальне здоров'я (GH)	82±2,5	48±2,7*
Фізичне функціонування (PF)	87±3,3	58±3,6*
Рольове фізичне функціонування (RP)	85±3,8	34±5,7*
Біль (BP)	86±4,0	53±3,7*
Життєздатність (VT)	79±2,7	46±3,0*
Соціальне функціонування (SF)	72±5,4	45±2,3*
Рольове емоційне функціонування (RE)	87±5,0	49±5,6*
Психічне здоров'я (MH)	87±2,5	53±2,5*

Примітка: * – достовірна ($p < 0,01$) різниця показників.

І групи відповідно 79±2,7, 87±5,0 і 87±2,5 балів) ($p < 0,01$). Отже, за шкалою соціального функціонування виявлено зниження кількісних показників якості життя (ЯЖ) на 38%, за шкалами життєздатність (VT), рольове емоційне функціонування (RE) і психічне здоров'я (MH) на 42%, 44% і 39% відповідно ($p < 0,01$).

Проаналізувавши зазначене, робимо висновок, що у прооперованих за методикою Rives достовірно ($p < 0,01$) знижена ЯЖ за всіма критеріями у порівнянні з групою хворих, прооперованих за методикою TEP-repair. Серед показників фізичного здоров'я найбільше був знижений показник RP (на 60%), серед показників психічного здоров'я – показник RE (на 44%).

З метою об'єктивної оцінки стану ЯЖ у пацієнтів, прооперованих з приводу пахвинної грижі, проаналізували показники опитувальника SF-36 для пацієнтів, прооперованих за методикою TEP-repair і Rives. Графічно цей аналіз наведено на рис. 1.

Отже, при оцінці стану ЯЖ у хворих з пахвинною грижею виявлено її зниження у пацієнтів II групи у порівнянні з обстеженими I групи за всіма шкалами опитувальника SF-36, причому достовірно ($p < 0,05$) зниженими були лише компоненти фізичного здоров'я.

Список літератури

1. Адамьян А.А. К вопросу о классификации паховых грыж / А.А. Адамьян, Б.Ш. Гогия // Мат. I Международной конференции «Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов», Москва, 25–26 ноября 2003 г. – М., 2003. – С. 98.
2. Архипов Д.М. Краткий анализ современной ситуации в подходах к лечению паховых грыж / Архипов Д.М. // Новый Хирургический Архив. – 2002. – Т.1, №4. – С. 2.
3. Бекоев В.Д. Рецидив паховой грыжи / В.Д. Бекоев, В.А. Кринь, А.А. Троянов и др. // Клини. хир. – 2004. – №3. – С. 22–24.
4. Белянский Л.С. Интерпретация рекомендаций европейской ассоциации герниологов по проблемам лечения паховой грыжи / Л.С. Белянский, И.М. Тодуров // Хирургия. – 2010. – №3. – С. 7–8.
5. Бронштейн Л.Г. Лапароскопическая герниопластика при паховой грыже / Бронштейн Л.Г., Садькова Н.У., Гаврилов В.В. и др. // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – №1. – С. 9.
6. Луцевич О.Э. Лапароскопическое лечение паховой грыжи / О.Э. Луцевич, С.А. Гордеев, Ю.А. Прохоров, В.В. Вдовин // Хирургия. – 1997. – №1. – С. 61–62.

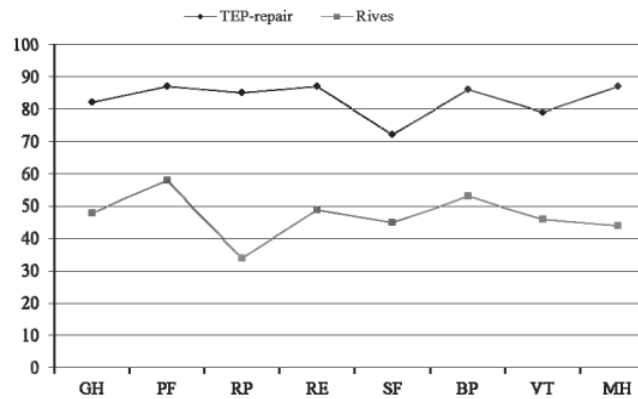


Рис. 1. Стан ЯЖ хворих з пахвинною грижею відповідно до опитувальника SF-36 залежно від методики оперативного втручання.

Тобто, респонденти акцентували увагу на змінах у фізичній складовій здоров'я через те, що переважна більшість з них (66%) працюють фізично. Тому саме обмеження фізичної працездатності та повсякденної діяльності завдавало їм найбільшого дискомфорту і знижувало ЯЖ. Все це необхідно враховувати при розробці лікувальних програм і диференційному підході до реабілітації таких хворих.

Висновки

Порівняльний аналіз показників якості життя за допомогою опитувальника SF-36 показав, що всі вони у хворих основної групи, прооперованих за методикою лапароскопічної преперитоніальної герніопластики (TEP-repair) (I групи), вище від II групи за методикою Rives на 30 балів і більше.

Серед показників фізичного здоров'я найбільше був знижений показник рольового фізичного функціонування (RP) (на 60%), а серед показників психічного здоров'я – показник рольового емоційного функціонування (RE) (на 44%).

Обмеження фізичної працездатності та повсякденної діяльності завдавало респондентам найбільший дискомфорт та знижувало якість життя, що необхідно враховувати при розробці лікувальних програм і диференційному підході до реабілітації таких хворих.

7. Мариев А.И. Наружные грыжи живота / Мариев А.И., Ушаков Н.Д. – Петрозаводск, 1998. – 195 с.
8. Митин С.Е. Лапароскопическая герниопластика при паховых и бедренных грыжах / Митин С.Е. // Эндоскоп. хирургия. – 1997. – №2. – С. 31–34.
9. Митин С.Е. Операция Лихтенштейна или лапароскопическая герниопластика – что проще, безопаснее и надежнее, что лучше? / С.Е. Митин, С.К. Пошехонов, Д.Б. Чистяков // Мат. конф. «Актуальные вопросы герниологии», Москва, 9–10 октября 2002 г. – М., 2002. – С. 38–40.
10. Тоскин К.Д. Грыжи живота / Тоскин К.Д., Жебровский В.В. – М.: Медицина, 1983. – 224 с.
11. Харнас С.С. Опыт лечения паховых грыж с использованием полипропиленового эндопротеза / С.С. Харнас, П.С. Ветшев, А.В. Егоров, А.С. Бекшоков // Мат. конф. «Актуальные вопросы герниологии», Москва, 9–10 октября 2002 г. – М., 2002. – С. 69–70.
12. Lawrence K. Quality of life in patients undergoing inguinal hernia repair / Lawrence K., McWhinnie D., Jenkinson C. and Coulter A. // Annals. – 1997. – V. 79, №1. – P. 40–45.

Відомості про авторів:

Білай А.І., магістрант каф. госпітальної хірургії ЗДМУ.
Клименко А.В., к. мед. н., доцент каф. госпітальної хірургії ЗДМУ.
Русанов І.В., к. мед. н., асистент каф. госпітальної хірургії ЗДМУ.

Надійшла в редакцію 26.04.2013 р.