

Л.К. Куликов¹, О.А. Буслаев², С.В. Шалашов², С.Г. Цыбиков², А.Л. Михайлов²,
И.А. Егоров², В.Ф. Соботович¹, А.А. Смирнов¹, Ю.А. Привалов¹, В.Н. Антонов²

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ ПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ

*Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования¹,
664079, пр. Юбилейный, 100, тел.: 8(3952) 46-53-26; Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД»²,
ул. Образцова, 27, тел.: 8(3952) 63-81-03, г. Иркутск*

Хирургическое лечение послеоперационных грыж (ПОГ) на протяжении многих лет представляет серьезную проблему, которая не утратила своего значения и до настоящего времени. Широкое внедрение в хирургическую практику лечения ПОГ сетчатых протезов способствовало значительному уменьшению количества рецидивов заболевания и улучшению результатов лечения. Количество рецидивов снизилось с 45 до 5,5% [7]. Принципиальное значение придается протезированию брюшной стенки при гигантских и рецидивных грыжах, когда собственные ткани либо несостоятельны, либо отсутствуют и представлены рубцами.

Однако наряду с положительными есть и негативные стороны использования сетчатых протезов в герниологии. Это увеличение количества сером послеоперационных ран при наднапоневротическом расположении протезов, более частое развитие свищей и пенетрация протеза в полые органы при поднапоневротическом их расположении, а также дислокация и «сморщивание» протезов. Любые осложнения в герниологии нивелируют эффект хирургического лечения и приводят к снижению качества жизни (КЖ) больных, которое в настоящее время является важным критерием социальной адаптации [1-4, 6].

Цель исследования состояла в оценке КЖ у больных с ПОГ при различных способах протезирующей пластики передней брюшной стенки.

Материалы и методы

В клинике хирургии на базе НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский» ОАО «РЖД» за 2005-2011 гг. выполнено 417 операций при послеоперационных грыжах. Из них 329 больных были оперированы с использованием сетчатого протеза. Все больные были разделены на три группы:

- 1) больные, оперированные по методике «Onlay», группа клинического сравнения 1 (ГКС-1) — 139 больных;
- 2) больные, оперированные по классической методике «Sublay» [8], группа клинического сравнения 2 (ГКС-2) — 86 больных;
- 3) больные, оперированные по методике «Раскроенного сетчатого протеза», названного как «IC»-пластика (Патент № 2366367 РФ), основная группа (ОГ) — 104 больных [5].

«IC»-пластика — это аббревиатура с английского «The Iron Curtain» — железный занавес, разработанная в клинике модификация способов «Sublay» и «Inlay» и названная нами методикой «Раскроенного сетчатого протеза». Отличием нашей методики от традиционных методик является характер фиксации сетчатого протеза в тканях. При этом протез не подшивают к тканям, а фиксируют

Резюме

У 329 больных с послеоперационными грыжами, оперированных различными способами протезирующей пластики: «Onlay», «Sublay», «Раскроенного сетчатого протеза», которые были разделены на три группы, произведена сравнительная оценка качества жизни при помощи опросника SF-36 до операции и в послеоперационном периоде в сроки от 1 г. года до 3 лет. Установлено, что количество осложнений и рецидивов заболевания у больных, оперированных по способу «Onlay», достоверно выше, а качество жизни достоверно ниже по сравнению с больными, оперированными способами «Sublay» и «Раскроенного сетчатого протеза». Показано, что качество жизни больных, оперированных по способу «Раскроенного сетчатого протеза», достоверно выше за счет физического и психологического компонентов здоровья и достоверно выше аналогичных показателей у больных, оперированных способами «Onlay» и «Sublay».

Ключевые слова: послеоперационные грыжи, пластика, качество жизни.

L.K. Kulikov, O.A. Buslaev, S.V. Shalashov, S.G. Tsybikov,
A.L. Mihailov, I.A. Egorov, V.F. Sobotovitch, A.A. Smirnov,
U.A. Privalov, V.N. Antonov

QUALITY OF LIFE EVALUATION AFTER DIFFERENT METHODS OF POSTOPERATIVE HERNIAPLASTY

*Irkutsk state postgraduate medical academy;
The Railway Clinical Hospital of JSC
«Russian Railroads», Irkutsk*

Summary

329 patients with incision hernia were operated by different types repair techniques: «Onlay», «Sublay», «IC-plastic». They were divided into three groups. made A comparative assessment of quality of life (QOL), using questionnaire SF-36 in preoperative and postoperative period after one to three years postoperatively was carried out. It was found out that the number of complications and recurrences in patients operated by «Onlay» method is higher and the QOL is lower comparing with the patients operated by «Sublay» and «IC-plastic» methods. It is shown that the QOL of patients operated by the «IC-plastic» method is a higher due to health physical and mental components and also higher than in the patients operated by «Onlay» and «Sublay» techniques.

Key words: postoperative hernia, plastic surgery, quality of life.

Таблица 1

Результаты лечения ПОГ при различных способах протезирующей герниопластики

Методика операции	Год выполнения	Кол-во операций	Осложнения	Рецидивы
«Onlay»	2005-2008	139	20 (14,4%)	8 (5,7%)
«Sublay» (классический способ)	2007-2011	86	9 (10,8%)	2 (2,3%)
«Sublay» «IC»-пластика	2007-2011	104	5 (4,8%)	1 (1%)

Таблица 2

Сравнительная оценка основных показателей качества жизни при различных способах протезирующей герниопластики

Показатель здоровья	Пластика «Onlay» (n=6)	Пластика «Sublay» (n=14)	Пластика «IC» (n=12)	P _{k-w}
РН (физический компонент здоровья)	44,01 [34,03; 46,19]	48,68 [43,87; 50,33]	50,61 [48,95; 52,89]	<0,05
МН (психологический компонент здоровья)	38,97 [36,08; 40,44]	44,11 [39,61; 48,02]	46,01 [43,5; 48,75]	<0,05

при помощи бранш, выкроенных по его краям. После ушивания задних листков влагалищ прямых мышц укладывают раскроенный сетчатый протез и протягивают раскроенные бранши изнутри наружу через толщу прямых мышц и передние листки их влагалищ. После протягивания бранш протеза через ткани, сшивают друг с другом передние листки влагалищ прямых мышц. В последующем каждую браншу сшивают без натяжения с браншей противоположной стороны. Перемещение прямых мышц в медиальном направлении поможет фиксации мышц в центральной позиции, сохраняя их функцию.

Способ исключает возможность «сморщивания» или дислокации сетчатого протеза. Выкроенные бранши предохраняют от распускания швы, наложенные на листки влагалищ прямых мышц живота при повышении внутрибрюшного давления. Возможна ранняя активизация пациентов. Бранши протеза полноценно дренируют окологрыжевое пространство, отводя выпот в подкожную клетчатку, которую дренируют трубчатым дренажем.

При невозможности сведения краев грыжевого дефекта, бранши сшивают с участком синтетического сетчатого протеза у края грыжевого дефекта. При боковых грыжах сетчатый протез размещают под наружной косой мышцей живота.

Оценку КЖ проводили при помощи опросника SF-36 накануне операции и в послеоперационном периоде в сроки от 1 г. до 3 лет. Статистический анализ полученных результатов осуществляли при помощи непараметрического критерия Крускала-Уоллиса. Данные представлены в виде медианы с 25 и 75% квартилей. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Основные результаты хирургического лечения ПОГ представлены в табл. 1. В основной группе больных выявлено наименьшее количество рецидивов и осложнений заболевания.

Таблица 3

Сравнительная характеристика основных показателей качества жизни до и после операции способом «IC»-пластика

Показатели шкалы КЖ	До операции	После операции	P _{wilcoxon}
Физический компонент здоровья (Physical health) (PH)	37,96 [35,44; 38,89]	50,61 [48,94; 52,89]	<0,01
Психологический компонент здоровья (Mental Health) (MH)	36,56 [33,59; 38,77]	46,01 [43,5; 48,75]	<0,01

Полученные результаты соответствовали КЖ в сроки от 1 г. до 3 лет послеоперационного периода. Существенно ниже качество жизни, представленное РН (физическим компонентом) и МН (психологическим компонентом), выявлено в ГКС-1. В этой группе больных наиболее значительно снизились показатели физического функционирования и ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием больных. Это обусловлено, прежде всего, значительным количеством осложнений и рецидивов заболевания. Сравнительная оценка КЖ при различных способах протезирующей герниопластики приведена в табл. 2.

Все оперированные больные выполняли повседневную работу. Тем не менее, отмечен несколько больший уровень болевых проявлений у больных в ГКС-1, которые были обусловлены «ощущением» инородного тела и нарушением функции мышц передней брюшной стенки. Эти больные не могли выполнять тяжелую физическую работу, а выполнение повседневной работы вызывало незначительные ограничения.

Болевые проявления в послеоперационном и отдаленном периодах заболевания существенно снижали показатели КЖ. Так, физический компонент здоровья (РН) был ниже в группах пациентов, оперированных по методике «Onlay» — 44,01 [34,03; 46,19] и «Sublay» — 48,68 [43,87; 50,33], по сравнению с больными после применения способа «Раскроенного сетчатого протеза» — 50,61 [48,95; 52,89].

В табл. 3 приведены основные показатели шкалы SF-36 до и после проведенной операции способом «Раскроенного сетчатого протеза». Из таблицы следует, что имеется статистически достоверное улучшение показателей физического и психологического компонентов после выполнения герниопластики по методике «Раскроенного сетчатого протеза».

Выводы

1. Количество осложнений и рецидивов заболевания у больных, оперированных по методике «Onlay», достоверно выше, чем у оперированных по методу «Sublay» и методу «Раскроенного сетчатого протеза», а качество жизни после операции по методике «Onlay» достоверно ниже.

2. Качество жизни больных, оперированных методом «Раскроенного сетчатого протеза», в сроки от 1 г. до 3 лет после операции достоверно выше за счет РН (физического компонента здоровья) и МН (психологического компонента здоровья), чем до хирургического лечения, а также достоверно выше по сравнению с больными, оперированными способами «Onlay» и «Sublay».

Л и т е р а т у р а

1. Гиляревский С.Р., Орлов В.А., Бенделиани Н.Г. Изучение качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы // Рос. кардиол. журнал. - 2001. - №3. - С. 58-71.
2. Либис Р.А., Коц Я.И., Агеев Ф.Т. и др. Качество жизни как критерий успешной терапии больных хронической сердечной недостаточностью // Рус. мед. журнал. - 1999. - Т.7, №2. - С. 12.
3. Гендлин Г.Е., Самсонова Е.В., Бухало О.В. Методики исследования качества жизни у больных хронической недостаточностью кровообращения // Сердечная недостаточность. - 2000. - Т. 1, №2. - С. 74-80.
4. Гиляревский С.Р., Орлов В.А., Хамаганова Л.К. и др. Влияние терапевтического обучения больных с хронической сердечной недостаточностью на качество их жизни и потребность в ранних повторных госпитализациях // Сердечная недостаточность. - 2001. - Т. 2, №4. - С. 187-190.
5. Куликов Л.К., Буслаев О.А., Шалашов С.В. и др. Хирургия послеоперационных грыж - новое решение // Сиб. мед. журнал. - 2011. - №1. - С. 90-93.
6. Недошивин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н. и др. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью // Сердечная недостаточность. - 2000. - Т. 1, №4. - С. 148.
7. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) // Medical Care. - 1992. - Vol. 30, №6. - P. 473-483.

8. Schumpelick V., Fitzgibbons R.J. Patient and Hernia-Related Risk Factors for Incisional Hernia // Recurrent Hernia Prevention and Treatment. - 2007. - P. 163-164.

Координаты для связи с авторами: Куликов Леонид Константинович — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургии с эндоскопией ИГМАПО, тел.: 8(3952) 638-104, e-mail: giuv.surgery@ya.ru; Буслаев Олег Александрович — зав. хирургическим отделением Дорожной клинической больницы ОАО «РЖД», тел.: 8(3952) 638-163; Шалашов Сергей Владимирович — канд. мед. наук, врач-хирург хирургического отделения Дорожной клинической больницы ОАО «РЖД», тел.: 8(3952) 638-129; Цыбиков Сергей Гармажапович — зам. гл. врача по хирургии, врач-хирург Дорожной клинической больницы ОАО «РЖД», тел.: 8(3952) 638-101; Михайлов Александр Леонидович — врач-хирург хирургического отделения Дорожной клинической больницы ОАО «РЖД», тел.: 8(3952) 638-129; Егоров Иван Александрович — врач-хирург хирургического отделения Дорожной клинической больницы ОАО «РЖД», тел.: 8(3952) 638-129; Соболев Владимир Филиппович — канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии с эндоскопией ИГМАПО, тел.: 8(3952) 638-156; Смирнов Алексей Анатольевич — канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургии с эндоскопией ИГМАПО, тел.: 8(3952) 638-176; Привалов Юрий Анатольевич — канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии с эндоскопией, тел.: 8(3952) 638-157; Антонов Валерий Николаевич — врач отделения функциональной диагностики Дорожной клинической больницы ОАО «РЖД», тел.: 8(3952) 638-140.



УДК 616.711.5 - 089 : 616 - 002,5

С.А. Белов, М.Г. Бобырева

СПОСОБ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НА ГРУДНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПОРАЖЕНИИ

Приморский краевой противотуберкулезный диспансер,
690041, ул. Пятнадцатая, 2, тел.: 33-39-64, e-mail: info@pkpd.ru, г. Владивосток

Туберкулез позвоночника занимает первое место в структуре поражения костей и суставов. Воспаление развивается в телах позвонков, чаще всего в нижнегрудном или поясничном отделах позвоночника. Консервативная антибактериальная терапия в лечении туберкулеза позвоночника недостаточно эффективна и должна дополняться хирургическим лечением. П.Г. Корнеев сформировал отечественное направление лечения костно-суставного туберкулеза, основу которого составили радикально-восстановительные и реконструктивные оперативные вмешательства. Целью операции должно являться излечение специфического процесса,

устранение осложнений и анатомо-функциональных нарушений. По своему характеру и целям оперативные вмешательства при туберкулезе позвоночника разделяются: на радикально-восстановительные, реконструктивные, корригирующие, лечебно-вспомогательные. Эти операции объединяют вмешательства очагового характера — абсцессотомия, некрэктомия, резекция тел позвонков с костной пластикой. Экономная резекция тел позвонков, сочетаемая с костной пластикой, применима ко всем формам спондилита, являясь основной очаговой операцией радикально-восстановительного характера [1, 4, 6].