

С. Е. ГУМЕНЮК¹, А. В. ГУБИШ^{1,2}, А. Ю. ПОПОВ², А. Н. ПЕТРОВСКИЙ², А. Г. ГРИГОРЬЕВ¹,
А. Ю. СИДЕЛЬНИКОВ¹, Р. А. БАТЧАЕВА¹, А. А. ИСМЕЛОВА¹

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ГЕРНИОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ЖИВОТА

¹Кафедра хирургии педиатрического и стоматологического факультетов, ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава
России, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

²НИИ «Краевая клиническая больница им. проф. С.В. Очаповского», Отделение хирургии № 1, ул. 1 Мая, 167;
тел. 8 (928) 415-36-38. E-mail: alex151283@mail.ru

В современной герниологии ненатяжной способ герниопластики является ведущим благодаря меньшему количеству рецидивов. Но отсутствие физиологического сопоставления тканей в области грыжи нарушает анатомию и функциональность передней брюшной стенки, что приводит к ухудшению качества жизни пациентов. *Цель исследования:* анализ качества жизни пациентов после герниопластики вентральных грыж. *Материалы и методы:* выполнен анализ результатов хирургического лечения 199 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами через 6 месяцев после грыжесечения. Для исследования использовали анкетирование качества жизни оперированных пациентов, используя форму SF-36. *Результаты:* особенности каждой техники, положительные и отрицательные, нашли отражение в индексах физического и психического здоровья проведенного анкетирования наших пациентов. *Выводы:* onlay, inlay способы герниопластики характеризуются лучшими показателями физического здоровья в позднем послеоперационном периоде. Способы sublay-пластики оказывают большее влияние на здоровье пациента в послеоперационном периоде. Однако, показатели психического здоровья превосходят более простые методики герниопластики.

Ключевые слова: грыжа, ненатяжная герниопластика, функциональность.

S. E. GUMENYUK¹, A. V. GUBISH^{1,2}, A. YU. POPOV², A. N. PETROVSKY², A. G. GRIGORIEV¹,
A. YU. SIDELNIKOV¹, R. A. BATCHAEVA¹, A. A. ISMELOVA¹

LONG-TERM RESULTS OF VARIOUS TREATMENT OPTIONS FOR VENTRAL HERNIAS

¹Department of surgery of pediatric and stomatological faculty of the Kuban state medical university, Russia,
350063, Krasnodar, Sedin str., 4.

²Krasnodar regional clinical hospital № 1 n.a. S. V. Ochapovsky,
Russia, 350086, Krasnodar, May 1 street, 167; tel. 8 (928) 415-36-38. E-mail: alex151283@mail.ru

In modern herniology tension free technic of hernia repair is a leading, thanks mainly to fewer recurrences. However, hernia repair breaks anatomy and functionality of the anterior abdominal wall, which leads to a deterioration in the quality of life of patients. *Objective:* To analyze the quality of life of patients after hernia repair ventral hernias. *Materials and Methods:* The analysis of the results of surgical treatment of 199 patients with ventral hernias after hernia repair in 6 months. For the study used questionnaires quality of life using the SF-36 form. *Results:* characteristics of each operation, positive and negative, are reflected in the indices of physical and mental health of the survey. *Conclusions:* onlay, inlay methods of hernia repair are characterized by the best indicators of physical health in the late postoperative period. Methods sublay-plastics have a greater impact on the health of the patient in the postoperative period. However, mental health indicators surpass a simple hernia repair techniques.

Keywords: hernia, functionality, quality of life.

Введение

Сегодня проблема хирургического лечения вентральных грыж остается актуальной. Ежегодно в мире выполняется более 20 миллионов грыжесечений, что составляет 10–15 % от всех оперативных вмешательств [5–10]. Большая доля пациентов – это лица трудоспособного возраста, которые ведут активный образ жизни. Поэтому положительный результат грыжесечения оценива-

ется и как отсутствие рецидива, и как отсутствие поздних послеоперационных осложнений, влияющих на повседневную активность оперированных. Многие пациенты отмечают хронический болевой синдром, «stiff man» синдром (ощущение инородного тела в зоне герниопластики, скованность), «лягушачий» живот (при передней сепарационной герниопластике), которые непосредственно снижают качество их жизни [16,17].

В современной герниологии имеется отчетливая тенденция к более частому использованию синтетических материалов и лапароскопической техники. Пластика местными тканями целесообразна только при небольших вентральных грыжах с размерами грыжевых ворот до 2 см или у детей [14]. Грыжи большего размера традиционно оперируют с применением ненатяжной герниопластики. Внедрение в клиническую практику современных биосовместимых протезов значительно сократило частоту аутопластики передней брюшной стенки у больных с послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ). Среди методик расположения сетчатого протеза общеизвестны три локализации onlay, inlay, sublay. Onlay-расположение сетчатого протеза, при котором протез располагается над сшитыми и сопоставленными краями апоневроза, по мнению различных авторов, является порочным, так как сопровождается большим количеством раневых осложнений и по своей сути является натяжным методом. Методика inlay, при которой сетка располагается под апоневрозом в самом слое сопоставляемых тканей, а края дефекта над эндопротезом не соединяются, часто применима при больших грыжах и при отсутствии возможности свести края грыжевых ворот без значительного увеличения внутрибрюшного давления. В последние годы стали широко использоваться различные варианты sublay-расположения сетчатого протеза: интраперитонеально (IPOM, IPOM+ с применением сложных неадгезивных сеток), предбрюшинно, позадимышечно (Rives-Stoppa, передняя и задняя сепарационные герниопластики). Такое расположение эксплантата позволяет изолировать его от подкожной жировой клетчатки, использовать внутрибрюшное давление как помощник при фиксации сетки, тем самым уменьшая количество наложенных на сетчатый протез и ткани фиксирующих лигатур, улучшая результаты лечения грыж живота, прежде всего, за счет снижения вероятности развития раневой инфекции. Такое разнообразие методов герниопластики требует систематизации и анализа ближайших и отдаленных результатов лечения для выбора наиболее оптимального способа. Это послужило основанием для настоящего исследования.

Цель исследования

Сравнительный анализ качества жизни пациентов при различных вариантах герниопластики ПОВГ в отдаленной периоде.

Материалы и методы

В основу настоящего исследования положен анализ результатов хирургического лечения 199 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами различной локализации, оперированных в хирургическом отделении № 1 НИИ «ККБ № 1 им. проф. С.В. Очаповского».

Возраст пациентов составил от 28 до 76 лет (56 ± 15). Пациенты, в зависимости от размеров и локализации грыжи, были разделены на группы по SWR классификации [15]. Данная классификация, принятая 1999 году на XXI Международном конгрессе герниологов в Мадриде (J. Chevrek и A. Rath), предусматривает деление послеоперационных грыж по трем категориям:

S – локализация грыжи: срединная (M), боковая (L), сочетанная (ML);

W – ширина грыжевых ворот: W1 – до 5 см, W2 – от 5 до 10 см, W3 – от 10 до 15 см W4 – более 15 см;

R – наличие рецидива: R1, R2, R3 и т.д.

Критерием включения в исследование были пациенты обоего пола с грыжами в диапазоне $SmW_{2-3}R_{(1-3)}$.

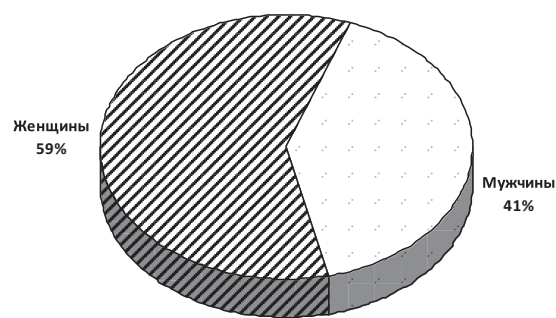


Рис. 1. Распределение пациентов по полу.

Учитывая значимость гендерных признаков, влияния гормонального фона на динамику и прогноз формирования грыжи, пациенты анализировались нами также отдельно в зависимости от пола (рис.1.):

Выбор методики герниопластики и доступ (лапароскопически или открыто) определялись в соответствии с Рекомендациями Европейского общества герниологов (2014) [17], индивидуально для каждого пациента, с учетом его хирургического анамнеза, сопутствующих заболеваний и ряда других признаков. Наиболее широко нами использовались различные методики sublay-расположения имплантата: интраперитонеально (IPOM, IPOM+), ретромускулярно (Rives-Stoppa, передняя и задняя сепарационные герниопластики). У пациентов с размерами грыжевых ворот более 10 см (W3) методом выбора была задняя сепарационная герниопластика по Новицкому (TAR-пластика). У пожилых пациентов выполнялась inlay или onlay герниопластика, так как продолжительность операции для этой категории пациентов, часто имеющих выраженную сопутствующую патологию, может играть решающее значение. Большинству же пациентов выполнялась sublay-пластика методом Rives-Stoppa или IPOM (таблица 1).

Результаты хирургического лечения больных с грыжами, помимо общеклинических данных, были оценены нами через 6 месяцев после герниопла-

Характеристика выполненных оперативных вмешательств

| | Способ герниопластики | | | | |
|-----------------------|-----------------------|--------------|---------------------|------------|-------------|
| | <i>inlay</i> | <i>onlay</i> | <i>Rives-Stoppa</i> | <i>TAR</i> | <i>IPOM</i> |
| Количество | 16 | 12 | 146 | 7 | 18 |
| Средний возраст, годы | 68 | 74 | 41 | 57 | 40 |
| Количество мужчин | 5 | 0 | 62 | 4 | 10 |
| Количество женщин | 11 | 12 | 84 | 3 | 8 |

стики с помощью анкетирования качества жизни прооперированных, используя форму SF-36 (международного опросника общего здоровья «Short Form Medical Outcomes Study»). Анализ и стандартизацию результатов исследования по опроснику SF-36 осуществляли по специально разработанному протоколу, одобренному этическим комитетом и соответствующему стандартам международной методологии исследований качества жизни в рамках проекта «Мираж» [2]. Результаты обработки опросника SF-36 оценивали по восьми шкалам, отражающим физическое и психическое благополучие пациентов:

физическое функционирование (Physical Functioning — PF),

ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role Physical Functioning — RP),

интенсивность боли (Bodily Pain — BP),

общее состояние здоровья (General Health — GH),

жизненная активность (Vitality — VT),

социальное функционирование (Social Functioning — SF),

ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role Emotional — RE),

психическое здоровье (Mental Health — MH).

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакета прикладных программ «AtteStat» и «BioStat». В качестве описательных статистических показателей качества жизни использовали среднее значение и их ранговые значения. До-

стоверность различий между группами пациентов оценивали с использованием непараметрического критерия Краскела-Уоллиса с результатом $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение

Результаты обработки опросника SF-36, отражающие физическое и психическое благополучие респондентов, представлены на рис.2.

Проведенный анализ качества жизни 199 пациентов, перенесших герниопластику по различным методикам, позволил установить следующие закономерности. В первую очередь обращает на себя внимание, что методики *sublay*-пластики дают негативные результаты в разделе опросника SF-36, отражающего физическое состояние пациента. Показатель PF (физическое функционирование) достоверно демонстрировал негативный результат только в группе пациентов, перенесших *TAR*-пластику в отличие от пациентов, которым были выполнены другие виды пластики: *onlay*, *inlay*, *Rives-Stoppa* методики. Особый интерес представляют показатели BP (интенсивность боли) и GH (общее состояние здоровья), которые достоверно ($p < 0,05$) демонстрируют преимущества *onlay*, *inlay*, *TAR*-методик перед *Rives-Stoppa* и *IPOM*. Например, показатель интенсивности боли BP был ниже на 25 % у пациентов после *onlay*, *inlay*, *TAR*-пластики. Это можно объяснить натяжением ткани при *Rives-Stoppa*, большей травме и повреждением брюшины при фиксации сетчатого протеза в *IPOM* методике.

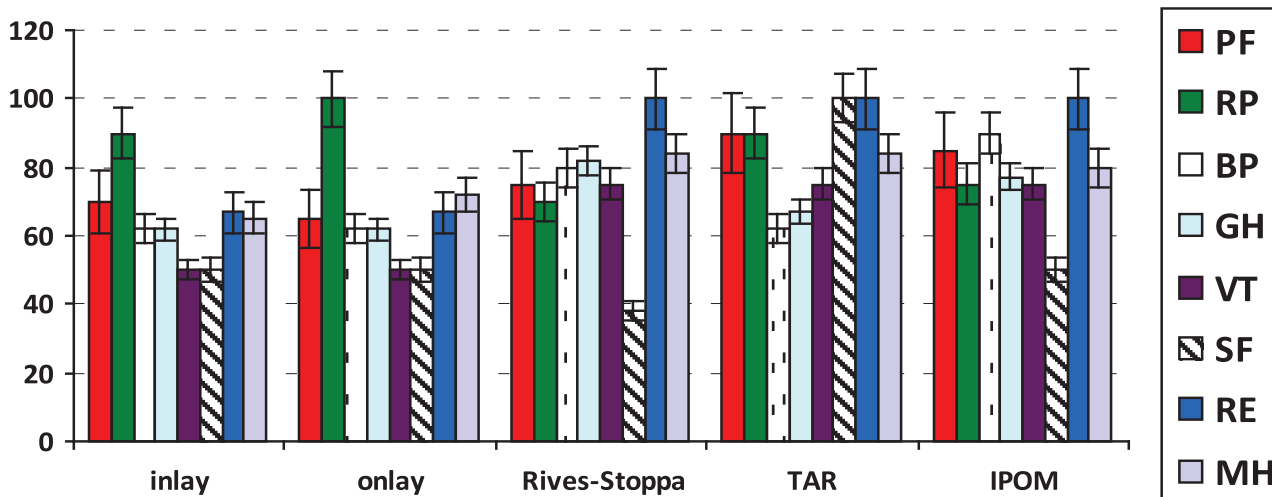


Рис. 2. Результаты анкетирования SF-36 больных после герниопластики через 6 месяцев (N=199).

У пациентов после разных способов sublay герниопластики (Rives-Stoppa, TAR, IPOM) отмечалось улучшение индексов психического здоровья: жизненной активности (VT), социального функционирования (SF), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE), психического здоровья (MH). Такие особенности психического статуса, с нашей точки зрения, можно объяснить относительной «физиологичностью» методик Rives-Stoppa, TAR, при которых оперативное вмешательство направлено на восстановление и формирование белой линии живота.

Летальных случаев после хирургического лечения у всех прооперированных больных не было. Среди ранних послеоперационных осложнений наблюдались скопления серозного экссудата и гематомы при герниопластике Rives-Stoppa (11 случаев – 7,5 %), TAR-пластике (1 случай – 1,4 %), которые потребовали пункционных вмешательств под ультразвуковым контролем.

Обсуждение

В настоящее время существует множество рекомендаций и руководств по лечению вентральных грыж, которые описывают дифференциальный подход к их лечению [17]. Однако, к сожалению, в ряде случаев выбор метода герниопластики носит достаточно эмпирический характер и базируется не столько на объективных критериях, сколько на личных предпочтениях хирурга. Эта проблема является особенно важной на этапе освоения новых методик, когда технологии еще не совершенны. В этих условиях очень актуальным, с нашей точки зрения, является комплексный всесторонний анализ результатов лечения по новым и традиционным методикам, позволяющий найти как положительные, так и отрицательные стороны того или иного метода, и определяющий место нового метода в конкретном разделе хирургии. Это послужило поводом для настоящего анализа.

По нашему мнению одной из наиболее перспективных является герниопластика «sublay» по Rives-Stoppa, TAR-пластика по Новицкому при послеоперационных вентральных грыжах. Несмотря на большую сложность, травматичность и длительность операции, данные методики приводят к «восстановлению» анатомии и физиологии передней брюшной стенки, разрушенной грыжей. Немаловажная роль принадлежит и атравматичной лапароскопической IPOM-пластике. Однако, полученные нами при анкетировании показатели физического здоровья при этих вариантах операций дали более худший результат, чем при применении onlay, inlay методик. Так, например, показатель «интенсивность болей» при Rives-Stoppa и IPOM-пластике превышал на 25 % другие варианты. Индексы психического здоровья: ролевое функционирование и психическое здоровье на 10–30 % лучше аналогичных при inlay onlay способах. С другой стороны, методики onlay и inlay просты в выполнении,

по данным литературы, имеют худшие результаты по рецидивам грыж и раневым осложнениям [17], что определяет снижения частоты их использования (14 % в наших наблюдениях).

Особенности каждой техники, положительные и отрицательные их стороны, нашли свое отражение в индексах физического и психического здоровья проведенного анкетирования наших пациентов. Однако, представленный опросник SF-36 имеет существенный недостаток – он не специфичен ни для одной из нозологий. Более детальному анализу различных вариантов герниопластик помог бы специализированный опросник, необходимость разработки которого в настоящее время является очень актуальной.

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы:

- наиболее простые способы герниопластики (onlay, inlay) характеризуются лучшими показателями физического здоровья в раннем и позднем послеоперационном периоде;

- способы sublay-пластики являются более сложными и травматичными в исполнении и поэтому оказывают большее влияние на здоровье пациента в послеоперационном периоде. Однако, качество жизни пациентов, которое характеризуется и психическим здоровьем у данной группы респондентов, превосходит более простые методики герниопластики, что связано с восстановлением анатомии и частично функции передней брюшной стенки;

- опросник качества жизни SF-36 не является специфичным и не позволяет детально оценить положительные и отрицательные стороны различных вариантов герниопластик, что указывает на необходимость разработки специализированного опросника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверьянов М. Ю., Гаар Е. В., Горохов В. Н. Сравнительный анализ применения ненапряжных и традиционных способов герниопластики при грыжах живота различной локализации // *Соврем. технол. мед.* – 2011. – № 3. – С. 39–43.
2. Амирджанова В. Н., Горячев Д. В., Коршунов Н. И., Ребров А. П., Сороцкая В. Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж») // *Научно-практическая ревматология.* – 2008. – № 1. – С. 36–48.
3. Бабаджанов Б. Р., Якубов Ф. Р., Бабаджанов М. Б. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж в условиях инфицирования // *Герниология.* – 2005. – № 2. – С. 33–35.
4. Бабурин А. Б., Федаев А. А., Логинов В. И., Романов Р. В., Паршиков В. В. Открытые ненапряжные вмешательства по поводу паховых грыж у мужчин молодого возраста // *Современные проблемы науки и образования.* – 2012. – № 5.
5. Егизев В. Н. Современное состояние и перспективы герниологии (лекция) // *Герниология.* – 2006. – № 2. – С. 5–13.
6. Жебровский В. В., Мохамед Том Эльбашир. Хирургия грыж живота и эвентраций. – Симферополь, 2002. – 438 с.
7. Жуковский В. А. Полимерные эндопротезы для герниопластики. – СПб.: Эскулап, 2011. – 104 с.
8. Карпачев А. А., Парфенов И. П., Хлынин А. Ю., Ярош А.

Л., Солошенко А. В., Полянский В. Д. Сравнительная оценка влияния различных методов хирургического лечения хронического панкреатита на качество жизни больных // Казанский медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 34–38.

9. Мирзабекян Ю. Р., Добровольский С. Р. Прогноз и профилактика раневых осложнений после пластики передней брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грыжи // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2008. – № 1. – С. 66–71.

10. Романов Р. В., Федаев А. А., Петров В. В., Ходак В. А., Паршиков В. В. Современное состояние проблемы интраперитонеальной пластики брюшной стенки синтетическими эндопротезами // Современ. технол. мед. – 2012. – № 4. – С. 161–170.

11. Чузунов А. Н. Современное состояние проблемы лечения послеоперационных вентральных грыж // Герниология. – 2005. – № 4. – С. 5–41.

12. Amid P. Classification of biomaterials and their related

complications in abdominal wall herniasurgery. *Hernia*. – 1997. – Vol.1. – P. 15–21.

13. Bachman S. Prosthetic material in ventral hernia repair: how do I choose? / S. Bachman, B Ramshaw. // *Surg. Clin. North. Amer.* – 2008. – Vol. 88, 1. – P. 101–12.

14. Bittner R. et al. International Endohernia Society (IEHS). Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society [IEHS])– Part III // *Surg Endosc.* – 2014. – Т. 28. – № 2. – С. 353–379.

15. Chevrel J. P., Rath A. M. Classification of incisional hernias of the abdominal wall. *Hernia*. – 2000. – № 4. P. 7–11.

16. Dickinson K.J., Thomas M., Fawole A.S. Predicting chronic post-operative pain following laparoscopic inguinal hernia repair. – *Hernia*. – 2008. – № 12. – P. 597–601.

17. Junge K. Pain and stiff man syndrome. *Hernia*. – 2009. – № 1. – P. 45.

Поступила 28.02.2017

Д. А. ДОМЕНЮК¹, М. П. ПОРФИРИАДИС¹, Г. М-А. БУДАЙЧИЕВ¹, Э. Г. ВЕДЕШИНА², С. В. ДМИТРИЕНКО²

ВЛИЯНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ПАРАМЕТРЫ ЗУБНЫХ ДУГ У ДЕТЕЙ С ОДНОСТОРОННИМ НЕСРАЩЕНИЕМ ГУБЫ, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И НЕБА ДО УРАНОПЛАСТИКИ

¹Кафедра стоматологии общей практики и детской стоматологии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310; тел. 8 (918) 870-1205. E-mail: domenyukda@mail.ru,

²кафедра стоматологии Пятигорского медико-фармацевтического института – филиал ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 357532, Ставропольский край, г. Пятигорск-32, пр. Калинина 11; тел. 8 (8793) 32-44-74. E-mail s.v.dmitrienko@pmedpharm.ru

С помощью биометрических исследований моделей челюстей 75 детей с врожденным несращением твердого неба в период прикуса молочных зубов до и после проведенного ортодонтического лечения изучена динамика изменения индивидуальных размеров зубных дуг верхней, нижней челюсти, а также твердого неба. Результатом ортодонтического лечения капповыми расширяющими аппаратами на верхней челюсти до уранопластики явилось увеличение фронтально-ретромолярных и трансверсальных размеров зубных дуг между молочными клыками и молярами, а также ширины твердого неба на уровне молочных клыков и вторых моляров. Изменения параметров зубных дуг нижней челюсти, а также высоты твердого неба являлись статистически не достоверным.

Ключевые слова: врожденное несращение твердого неба, уранопластика, ортодонтическое лечение, зубные дуги, детское население.

D. A. DOMENYUK¹, M. P. PORFYRIADIS¹, G. M-A. BUDAYCHIEV¹, E. G. VEDESHINA², S. V. DMITRIENKO²

THE INFLUENCE OF ORTHODONTIC TREATMENT ON DENTAL ARCH PARAMETERS IN CHILDREN WITH UNILATERAL NONUNION OF LIP, ALVEOLAR PROCESS AND PALATE TO URANOPLASTY

¹Department of general practice dentistry and child dentistry, Stavropol state medical university of Ministry of healthcare, Russian Federation, 310, Mira Street, Stavropol, Russia 355017; tel. 8 (918) 870-1205. E-mail: domenyukda@mail.ru,

²Department of Dentistry, Pyatigorsk Medical-Pharmaceutical Institute (Branch of Volgograd State Medical University, Ministry of Healthcare, Russian Federation, 11, pr. Kalinina, Pyatigorsk-32, Stavropol Region, Russia, 357532; tel. +7 (8793) 32-44-74. E-mail: s.v.dmitrienko@pmedpharm.ru