

DOI: <https://doi.org/10.51922/2074-5044.2025.2.109>

А. Г. Рамков

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

*Кафедра военно-полевой хирургии военно-медицинского института
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

В статье представлены результаты анализа качества жизни 90 пациентов, находившихся на стационарном лечении с 2017 по 2023 годы, после различных методов герниопластики паховой грыжи. Использован опросник SF-36, оценивающий 8 шкал качества жизни. Пациенты разделены на 4 группы в зависимости от вида операции. Тотальная экстрAPERитонеальная пластика является эффективным и малотравматичным методом, обеспечивающим высокое качество жизни пациентов после операции. Операция Лихтенштейна и пластика местными тканями связаны с более выраженными послеоперационными ограничениями и болевым синдромом, что ухудшает показатели качества жизни.

Ключевые слова: паховая грыжа, герниопластика, качество жизни, опросник SF-36, тотальная экстрAPERитонеальная пластика, операция Лихтенштейна, пластика местными тканями.

A. G. Ramkov

QUALITY OF LIFE INDICATORS IN PATIENTS AFTER INGUINAL HERNIA REPAIR

The article presents the results of analyzing the quality of life of 90 patients who were hospitalized from 2017 to 2023 after various methods of inguinal hernioplasty. The SF-36 questionnaire assessing 8 quality of life scales was used. Patients were divided into 4 groups according to the type of surgery. Total extraperitoneal plasty is an effective and minimally traumatic method providing high quality of life of patients after the operation. Lichtenstein operation and local tissue plasty are associated with more pronounced postoperative limitations and pain syndrome, which worsens the quality of life indicators.

Key words: inguinal hernia, hernioplasty, quality of life, SF-36 questionnaire, total extraperitoneal plasty, Lichtenstein operation, local tissue plasty.

На протяжении последних десятилетий ключевым показателем успешности грыжесечения и последующей пластики считалась минимизация частоты рецидивов заболевания. Однако современные исследования указывают на необходимость комплексного подхода, акцентирующего внимание на качестве жизни пациента. Этот параметр позволяет оценить

не только физическое состояние, но и психологическое благополучие, что обеспечивает более глубокое понимание воздействия оперативного лечения на общее здоровье пациента. Оценка качества жизни проводится с использованием валидированных инструментов, среди которых особое место занимает Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) [1, 2, 5].

Опросник SF-36 представляет собой многоуровневый инструмент оценки:

- Он включает 36 вопросов, направленных на анализ различных аспектов здоровья и жизни пациента.
- Формирует восемь ключевых шкал, каждая из которых охватывает специфические аспекты здоровья, позволяя проводить детализированный анализ.
- Предоставляет два интегральных показателя, объединяющих данные шкал для комплексной характеристики качества жизни.

Основные шкалы SF-36 позволяют оценить следующие аспекты:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning, PF): определяет способность пациента выполнять физические нагрузки различной интенсивности. Высокие показатели свидетельствуют о сохранении физической активности, тогда как низкие указывают на ограничения, вызванные заболеваниями.

2. Ролевое физическое функционирование (Role Physical, RP): анализирует степень влияния физического состояния на выполнение повседневных обязанностей. Высокие значения показывают отсутствие ограничений, а низкие – выраженные трудности в деятельности.

3. Интенсивность боли (Bodily Pain, BP): исследует уровень болевого синдрома и его влияние на способность заниматься профессиональной и бытовой деятельностью. Минимальная боль соответствует высоким показателям.

4. Общее состояние здоровья (General Health, GH): отражает субъективную оценку состояния здоровья пациента, его сопротивляемость болезням и общее самочувствие. Высокие баллы коррелируют с позитивным восприятием своего здоровья.

5. Жизнеспособность (Vitality, VT): показывает уровень энергии, усталости и общей жизненной активности. Снижение баллов на этой шкале может сигнализировать об упадке сил и астеническом состоянии.

6. Социальное функционирование (Social Functioning, SF): исследует удовлетворенность социальными взаимодействиями. Высокие значения указывают на активное участие в общественной жизни, а низкие – на социальную изоляцию.

7. Ролевое эмоциональное функционирование (Role Emotional, RE): измеряет влияние эмоциональных факторов на выполнение повседневной деятельности. Чем выше балл, тем меньше эмоциональные трудности ограничивают активность пациента.

8. Психическое здоровье (Mental Health, MH): оценивает общее эмоциональное состояние пациента, включая наличие тревоги, депрессии и общего психологического комфорта.

Применение опросника SF-36 позволяет всесторонне изучить влияние хирургического лечения на состояние пациентов. Например, исследование динамики физических и психологических показателей после оперативного лечения грыж передней брюшной стенки демонстрирует, что современные методы, включая ТЭП, способствуют восстановлению пациентов не только на уровне физической активности, но и в аспекте эмоционального и социального благополучия [3, 4].

Однако, требуются дальнейшие исследования, направленные на интеграцию данных SF-36 с другими объективными методами оценки. Например, корреляция инструментальных параметров с показателями опросника может стать основой для персонализированного подхода к реабилитации. Это позволит разработать более точные стратегии лечения и адаптации после хирургических вмешательств, особенно для пациентов с разной степенью функциональных и психологических нарушений.

Цель. Сравнить качество жизни пациентов после различных герниопластик при паховой грыже: пластика местными тканями; операция Лихтенштейна; тотальная экстраперитонеальная пластика.

Материал и методы

Для изучения результатов хирургического лечения нами опрошено 90 пациентов, находившихся на стационарном лечении в УЗ «2-я городская клиническая больница» г. Минска с 2017 по 2023 гг. После разъяснения цели проводимого исследования респондентам опросник однократно заполнялся ими самостоятельно.

Для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья максимальное значение было равно 100. Чем выше был показатель по каждой шкале, тем лучше было КЖ по этому параметру.

Перед подсчетом показателей восьми шкал проводилась перекодировка ответов (процедура пересчета необработанных баллов опросника в баллы КЖ), затем для получения значений каждой шкалы – суммирование перекодированных ответов согласно методике, представленной авторами опросника в руководстве по применению SF-36 v.2.

Расчет баллов КЖ по каждой из 8 «трансформированных» шкал проводился по формуле

PF, RP, BR, GH, VT, SF, RE, MH =

$$= \frac{\Sigma - \text{Min}}{\text{Max} - \text{Min}} \times 100$$

где: PF, RF, BP, GH, VT, SF, RE, MH – трансформированные баллы 8 шкал опросника, Σ – суммарный счет шкалы, Min – минимально-возможное значение шкалы, Max – максимально-возможное значение шкалы.

Пациенты были разделены на 4 группы исследования в зависимости от вида операции: группа T1 (Т – ТЭП, 1 – односторонний) – 31 пациент, группа T2 (Т – ТЭП, 2 – двусторонний) – 28, группа LH (LH – операция Лихтенштейна) – 21, группа NP (NP – натяжная пластика) – 10. Для подсчета статистических данных была использована программа SPSS Statistics v.27.

Результаты и обсуждение

В ходе исследования качества жизни пациентов, перенесших различные хирургические вмешательства при паховых грыжах, были получены следующие результаты, которые позволили провести сравнительный анализ эффективности различных методик (рис. 1).

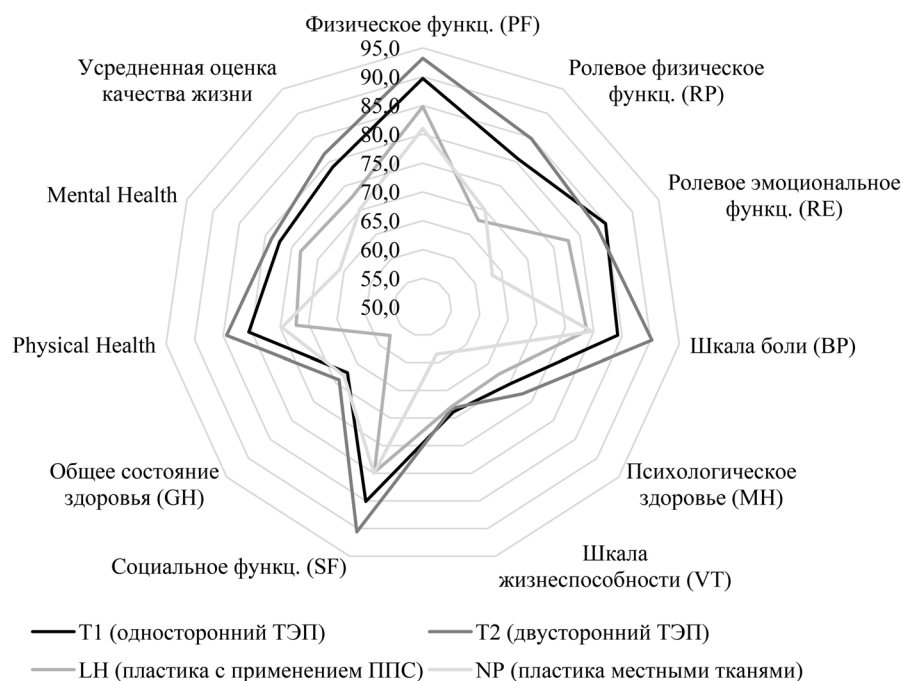


Рис. 1. Показатели качества жизни в зависимости от перенесенной герниопластики

Компонент Physical Health (физическое здоровье). Все группы имеют схожие высокие показатели физического функционирования (от 81 до 93,2), с высоким медианным значением у группы T2. Значения ролевого функционирования из-за физических ограничений у группы LH (67,9) ниже, медианы групп LH и NP сопоставимы, а групп T1 и T2 достаточно близки. Медианные показатели боли выше у группы T2 (90,2) и ниже у группы LH (78,8). Наименьшее значение общее состояние здоровья у группы LH (57,5), другие группы сопоставимы (67,3–69,2) (табл. 1).

Компонент Mental Health (психическое здоровье). Высокие значения медианы ролевого эмоционального функционирования наблюдаются у групп T1 (84,9) и T2 (83,3). У группы NP медиана значительно ниже (63,3). Группа NP имеет самые низкие показатели психического здоровья (61,2). Показатели жизненной активности схожи между группами T1, T2 и LH (68,9, 68,2 и 67,9 соответственно). Группы T1 и T2 имеют высокие значения медианы по показателю социальное функционирование

(90,6, 85,1 соответственно), в отличии от групп NP и LH (80 и 79,8 соответственно) (табл. 2).

Группа T2 имеет наивысшую медиану по показателю Physical Health (Физическое здоровье) – 84,4, за ней следует группа T1 (80,5). Группы LH и NP имеют схожие низкие медианные значения (72,2 и 74,7 соответственно). Показатели Mental Health (Психическое здоровье) в группе T1 (77,3) и T2 (78,8) выше, чем у групп LH (73,3) и NP (65,8). Усредненная оценка качества жизни в группе T2 демонстрирует наилучшие результаты (81,6), группа T1 находится на втором месте с медианой 78,9. Группы LH и NP имеют более низкие значения 72,7 и 70,2), при этом группа NP демонстрирует худшие результаты (табл. 3).

В группе T1 (ТЭП при односторонней грыже) показатели качества жизни высокие, особенно в аспектах физического функционирования (PF: 89,7) и интенсивности боли (BP: 84,2), что свидетельствует о быстром восстановлении. Общее состояние здоровья (GH: 67,3) и психическое здоровье (MH: 70,2) также указывают на

Таблица 1. Показатели качества жизни (компоненты Physical Health (физическое здоровье)) в зависимости от перенесенной герниопластики

Группы	PF	RP	BP	GH
T1	89,7 [90; 100]	80,6 [50; 100]	84,2 [74; 100]	67,3 [55; 82]
T2	93,2 [95; 100]	84,8 [100; 100]	90,2 [74; 100]	69,2 [60; 81,5]
LH	84,8 [82,5; 100]	67,9 [37,5; 100]	78,8 [57; 100]	57,5 [47,5; 67]
NP	81 [80; 96,25]	70 [25; 100]	79,7 [59,3; 100]	68,1 [52; 83,3]
	$p = 0,28$	$p = 0,23$	$p = 0,20$	$p = 0,08$

Уровень значимость равен 0,05.

Таблица 2. Показатели качества жизни (компоненты Mental Health (психическое здоровье)) в зависимости от перенесенной герниопластики.

Группы	RE	MH	VT	SF
T1	84,9 [100; 100]	70,2 [60; 84]	68,9 [60; 80]	85,1 [75; 100]
T2	83,3 [66,7; 100]	72,9 [53; 91]	68,2 [55; 83,8]	90,6 [78,1; 100]
LH	77,8 [66,7; 100]	67,6 [56; 84]	67,9 [55; 80]	79,8 [62,5; 100]
NP	63,3 [25; 100]	61,2 [42; 77]	58,5 [47,5; 72,5]	80 [62,5; 100]
	$p = 0,29$	$p = 0,47$	$p = 0,32$	$p = 0,14$

Уровень значимость равен 0,05.

Таблица 3. Усредненная оценка качества жизни в зависимости от перенесенной герниопластики

Группы	Physical Health	Mental Health	Усредненная оценка качества жизни
T1	80,5 [71,3; 90,3]	77,3 [73,4; 91,3]	78,9 [74,3; 87,9]
T2	84,4 [76,4; 92,7]	78,8 [70,9; 91,4]	81,6 [72,7; 91,9]
LH	72,2 [53,4; 91,6]	73,3 [62,2; 87,4]	72,7 [59,3; 86,8]
NP	74,7 [60,7; 93,6]	65,8 [41,2; 86,3]	70,2 [54,8; 90,4]
	$p = 0,24$	$p = 0,25$	$p = 0,23$

Уровень значимости равен 0,05.

комфортное восстановление. Средняя оценка качества жизни – 78,9. ТЭП характеризуется как малоинвазивный метод с низким уровнем осложнений и рецидивов, что способствует более высокому качеству жизни.

В группе T2 (ТЭП при двусторонней грыже) показатели выше, чем в группе T1. Особенно выделяются физическое функционирование (PF: 93,2) и ролевое функционирование (RP: 84,8). Средняя оценка качества жизни – 81,6, подтверждает высокую оценку качества жизни при использовании метода ТЭП, как высокоэффективную операцию одномоментного радикального лечения двусторонней грыжи, пациенты испытывают меньшую послеоперационную боль и быстрее возвращаются к активной жизни.

В группе LH (операция с применением ППС) показатели ниже, чем в группах T1 и T2, особенно по ролевому функционированию (RP: 67,9) и общему состоянию здоровья (GH: 57,5). Это связано с более высокой инвазивностью и послеоперационными болями. Средняя оценка качества жизни – 72,7. Пациенты после открытой герниопластики испытывают более выраженные послеоперационные боли и ограничения в физической активности, чем при эндоскопических операциях.

В группе NP (пластика местными тканями) наблюдаются самые низкие показатели по всем параметрам, особенно в жизненной активности (VT: 58,5) и психическом здоровье (MH: 61,2). Средняя оценка качества жизни – 70,2, что указывает на более низкое качество жизни по сравнению

с другими методами, из-за сильной боли и ограничений в движении после пластики местными тканями.

Минимально инвазивные методы, такие как тотальная экстраперитонеальная пластика, считаются более щадящими, однако в контексте качества жизни значимых статистических различий между группами по методу операции не наблюдается ($p > 0,05$). Каждая методика лечения обладает собственными особенностями, влияющими на отдельные аспекты восстановления. Так, показатели физического функционирования и боли у пациентов, перенесших ТЭП при двусторонней грыже, выше, чем в других группах, что указывает на потенциал данного подхода для ускоренного возвращения к активной жизни.

Таким образом, данные исследования подтверждают, что хирургическое лечение паховых грыж обеспечивает высокий уровень качества жизни для пациентов и подчеркивают важность выбора метода операции в зависимости от индивидуальных характеристик пациента и типа грыжи.

Выводы

1. Тотальная экстраперитонеальная пластика подтверждает свое преимущество как малотравматичный метод, способствующий улучшению качества жизни пациентов после хирургического лечения паховой грыжи. Превосходя метод Лихтенштейна по всем показателям на 1,5%–18,7%,

а пластику местными тканями – на 5,6 % – 34,1 % (за исключением шкалы Общее состояние здоровья, GH). Данный метод менее инвазивен, что, в свою очередь, положительно сказывается на восстановлении пациентов.

2. Несмотря на то, что пациенты, перенесшие операцию Лихтенштейна, имеют на 3,6 % выше усредненную оценку качества жизни по сравнению с пластикой местными тканями, их физический компонент на 3,3 % ниже.

3. Низкие показатели по шкалам интенсивности боли, ролевого функционирования, общего состояния здоровья и социального функционирования у пациентов после операции Лихтенштейна подчеркивают значительные ограничения в их повседневной жизни. Это может быть связано с хронической болью и ограничениями в активности, что негативно сказывается на их психосоциальном состоянии и социальной жизни.

Литература

1. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М., ОЛМАПРЕСС, 2002. – С. 314.
2. Полинский А. А., Козловская А. В., Кречко А. С. Качество жизни и отдаленные результаты хирургического лечения пациентов рецидивными паховыми грыжами // Журнал Гродненского государ-

ственного медицинского университета. – 2015. – №. 4 (52). – С. 30–32.

3. Смотрин С. М., Визгалов С. А. Качество жизни пациентов в отдаленном периоде после различных видов герниопластики // Хирургия. Восточная Европа. – 2016. – №. 4. – С. 478–485.

4. Тарасенко С. В., Зайцев О. В., Ахмедов Ш. И. Качество жизни пациентов после лечения паховых грыж методом TAPP и TER // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2016. – №. 4. – С. 107–111.

5. Ware J. E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. Sf-36 Health Survey. Manuel and Interpretation Guide, Lincoln, RI. QualityMetric Incorporated, 2000, 150.

References

1. Novik A. A., Ionova T. I. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v medicine. M., OLMA PRESS, 2002. – S. 314.

2. Polynskij A. A., Kozlovskaya A. V., Krechko A. S. Kachestvo zhizni i otdalennye rezul'taty hirurgicheskogo lecheniya pacientov recidivnymi pahovymi gryzhami // Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. – 2015. – № 4 (52). – S. 30–32.

3. Smotrin S. M., Vizgalov S. A. Kachestvo zhizni pacientov v otdalennom periode posle razlichnykh vidov gernioplastiki // Hirurgiya. Vostochnaya Evropa. – 2016. – №. 4. – S. 478–485.

4. Tarasenko S. V., Zajcev O. V., Ahmedov SH. I. Kachestvo zhizni pacientov posle lecheniya pahovykh gryzh metodom TARR i TER // Vestnik Rossijskogo universiteta družby narodov. Seriya: Medicina. – 2016. – №. 4. – S. 107–111.

5. Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek V. Sf-36 Health Survey. Manuel and Interpretation Guide, Lincoln, RI. QualityMetric Incorporated, 2000, 150.

Поступила 29.01.2025 г.