

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Новиков С.В.

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Хирургическое лечение больных с вентральными грыжами остается одной из наиболее острых проблем абдоминальной хирургии. Вопросы хирургического лечения грыж передней брюшной стенки на современном этапе имеют большое практическое и экономическое значение. Связано это в первую очередь с большой распространенностью заболевания. По статистическим данным 4-7% населения имеют грыжи передней брюшной стенки. Ежегодно в мире выполняется более 20 миллионов операций по поводу грыж передней брюшной стенки. Из общего числа операций в хирургических стационарах 10-21% приходится на герниопластику. [1].

Частота рецидива по данным разных авторов составляет до 30%. Основным фактором, приводящим к рецидиву и послеоперационным осложнениям, является синдром высокого внутрибрюшного давления. Существующие хирургические способы герниопластики можно условно разделить на две большие группы: 1) методы пластики с использованием местных тканей (аутопластические операции); 2) методы с использованием дополнительных пластических материалов (аллопластические операции).

Приоритетным направлением в современной герниологии является достижение максимальной радикальности герниопластики за счёт полного либо частичного восстановления анатомической целостности брюшной стенки. Особого внимания заслуживают пациенты с вентральными грыжами больших размеров. Так как одномоментное вправление объёмного грыжевого содержимого в брюшную полость с последующей пластикой передней брюшной стенки может вызвать резкое повышение внутрибрюшного давления, что приводит к нарушению сердечно-сосудистой деятельности и дыхательной функции [2.6].

Влияние операции на качество дальнейшей жизни пациентов изучено недостаточно. [3]. В настоящее время во всех разделах медицины уделяется большое внимание оценке самочувствия пациентов. Одним из новых критериев оценки эффективности лечения,

получающих в последнее время все большее распространение, является качество жизни – интегральный показатель физического, психического, социального и экономического функционирования больного, основанный на субъективном восприятии. Оценка качества жизни позволяет дифференцированно определить влияние заболевания и метода лечения на состояние больного с учетом как связанных, так и не связанных с заболеванием факторов. Качество жизни способно претерпевать изменения во времени в зависимости от состояния больного, что обусловлено рядом внешних и внутренних факторов. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию лечения. Нельзя в полной мере судить о достоинствах и недостатках того или иного лечебного метода, не изучая влияния хирургического вмешательства на качество жизни в послеоперационном периоде. Пока не изучено влияние хирургического лечения на качество жизни в послеоперационном периоде, нельзя с объективностью говорить о преимуществах той или иной операции.[4,5,7,8]

Цель работы. Изучение результатов использования предлагаемого нами способа интраабдоминальной герниопластики полипропиленовым имплантатом у пациентов с вентральными грыжами (ВГ).

Материалы и методы. Герниолапаротомия. Остатки грыжевого мешка на данном этапе не иссекаются. Изнутри по периметру дефекта в мышечно-апоневротическом слое, на расстоянии не менее 5 см от его краёв, большой сальник, а при верхнесрединной локализации грыжевого дефекта – и висцеральная брюшина передней поверхности lig. gastrocolicum, подшивается к париетальной брюшине и заднему листку апоневроза передней брюшной стенки. Между последней и подшитым к ней большим сальником размещается полипропиленовый сетчатый имплантат. Имплантат подшивается к мышечно-апоневротическому слою со стороны брюшной полости. После этого производится полное или частичное ушивание дефекта в мышечно-апоневротическом слое. В случае неполного ушивания дефекта последний закрывается путём сшивания между собой остатков грыжевого мешка. Иссекаются остатки грыжевого мешка и рана послойно ушивается. При необходимости производится дренирование подапоневротического пространства и подкожной жировой клетчатки через контрапертуры методом низкого вакуума.

Выбор тактики зависит, прежде всего, от размеров грыж. Пациентам с рецидивными и послеоперационными ВГ малых размеров, а также пациентам с первичными грыжами малых размеров, с индексом массы тела равным 25 и более выполняется подапоневротическая герниопластика полипропиленовым имплантатом с ушиванием над ним мышечно-апоневротического слоя. Остальным пациентам с грыжами малых размеров выполняется пластика местными тканями. Пациентам с ВГ средних размеров выполняется описанная

выше герниопластика. Но полное сшивание апоневроза может привести к интраабдоминальной гипертензии и, как следствие, развитию синдрома интраабдоминальной гипертензии (СИАГ). В связи с этим на анестезиологическом оборудовании производится контроль сатурации крови (pO_2). Критические значения показателей: $pO_2 = 90\%$. При достижении указанного значения дальнейшее сшивание апоневроза является недопустимым, т.к. может привести к развитию СИАГ. Пациентам с ВГ больших (обширных) и гигантских размеров выполняется описанная выше герниопластика. Для предупреждения развития СИАГ у этих пациентов на анестезиологическом оборудовании производится контроль сатурации крови (pO_2) и измеряется внутрибрюшное давление (ВБД). Критические значения показателей: $pO_2 = 90\%$, ВБД = 15 mm Hg. При достижении указанных значений дальнейшее сшивание апоневроза является недопустимым, т.к. может привести к развитию синдрома интраабдоминальной гипертензии. ВБД целесообразно измерять по методу Iberti - Kron.

Качество жизни исследовалось с использованием русскоязычного варианта опросника SF-36 методом анкетного телефонного интервьюирования. SF-36 относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни. Он широко распространен в США и странах Европы при проведении подобных исследований. Перевод на русский язык и апробация методики была проведена «Институтом клинико-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург). Опросник SF-36 был нормирован для общей популяции США и репрезентативных выборок в Австралии, Франции и странах Европы. 36 пунктов опросника сгруппированы в 8 шкал. Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.[3,4]

Результаты предоставляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни. Количественно оцениваются следующие показатели: 1. Physical Functioning (PF) – физическое функционирование – отражает степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей); 2. Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование – выполнение будничной деятельности; 3. Bodily Pain (BP) – выраженность болевого синдрома; 4. General Health (GH) – общее состояние здоровья – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения; 5. Vitality (VT) – витальность (энергичность) – подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным; 6. Social Functioning (SF) – социальное функционирование – определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение); 7. Role- Emotional (RE) –

Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; 8. Mental Health (МН) – психическое здоровье – характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, положительных эмоций). [4,5,7,8]

Изучены отдалённые результаты оперативного лечения 118 пациентов. Выявлено 7 (5,9%) случаев возникновения рецидива грыжи. Показатели качества жизни получены следующие: RF – 59,0; RP – 49,5; BP – 65,3; GH – 42,5; VT – 46,7; SF – 68,2; RE – 52,6; МН – 60,3.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что предлагаемый метод лечения вентральных грыж может с успехом применяться на практике.

Список литературы

1. Бородин И.Ф. Хирургия послеоперационных грыж живота / И.Ф. Бородин [и др.]// – Минск: «Беларусь», 1986. – 159 с.
2. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота / В.В. Жебровский // М.: МИА, 2005. –384 с.
3. Нелюбин П.С. Хирургическое лечение больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами/ Нелюбин, П.С., Галота Е.А.// Хирургия. – 2007. - №7. – С. 69-74.
4. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине/ Новик А.А., Ионова Т.И. – СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС» Звездный мир, 2002. – 320 с.
5. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине/ Новик, А.А., Ионова Т.И., Кайнд – СПб.: ЭЛБИ, 1999. – 140 с.
6. Тимошин А.Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А.Д. Тимошин [и др.]// – М.: «Триада-Х», 2003. – 144 с.
7. Шевченко Ю.Л. Концепция исследования качества жизни в здравоохранении России/ Шевченко, Ю.Л. // Исследование качества жизни в медицине: материалы научной конференции. – СПб., 2000. – С. 3 – 22.
8. Salek M.S. Health-related quality of life: a review/ Salek, M.S., Luscombe D.K. // J. Drug Dev. – 1992. – Vol. 5, № 3. – P. 137 – 153.