

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПАХОВЫМИ И ПАХО-МОШОНОЧНЫМИ ГРЫЖАМИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17901107>

Хайитов И.Б.¹, Назаралиев Э.Д.²

¹Ташкентский государственный медицинский Университет,

*²Военно-медицинский институт Университета безопасности и обороны
Республики Узбекистан*

Аннотация

В статье представлены результаты исследования качества жизни пациентов с паховыми и пахо-мошоночными грыжами на фоне абдоминального ожирения при различных хирургических подходах. Качество жизни оценивалось по опроснику SF-36 до лечения и в сроки 3 месяца — 3 года после операции. Установлено, что лапароскопическая герниопластика, особенно в сочетании с абдоминопластикой, обеспечивает более выраженное улучшение физического и психического компонентов здоровья, снижает болевой синдром, повышает социальную активность и жизненный тонус пациентов. Предлагаемый метод показал значительные преимущества относительно традиционной пластики по Лихтенштейну и рекомендован для широкого применения у пациентов с ожирением.

Ключевые слова

паховая грыжа; пахо-мошоночная грыжа; ожирение, лапароскопическая герниопластика; пластика по Лихтенштейну; абдоминопластика, качество жизни, послеоперационная реабилитация.

Актуальность. В США ежегодно проводится около 800 000 операций по поводу паховой грыжи, при этом 1 из 4 мужчин и 1 из 30 женщин переносят операцию в течение жизни. С появлением малоинвазивной хирургии тенденция сместилась в сторону лапароскопических подходов, таких как полностью экстраперитонеальная (ТЭП) или трансабдоминальная преперитонеальная (ТАРП) пластика, обе из которых обычно включают установку и фиксацию сетки. Хотя послеоперационные осложнения редки,

боль в паху после герниорафии является относительно частым неблагоприятным исходом.

Однако этиология этой боли изучена недостаточно и, вероятно, является многофакторной. Возраст, пол, ИМТ, уровень боли до операции, размер грыжи, наличие послеоперационных осложнений и анамнез предшествующей пластики паховой грыжи ранее были определены как потенциальные предикторы послеоперационной боли. Кроме того, существуют противоречия относительно влияния фиксации на боль в паху после герниорафии. Исторически использовались постоянные титановые такеры, но ряд зарегистрированных осложнений и их возможная связь с сильной послеоперационной болью вызвали обеспокоенность относительно типа такеров, которые следует использовать для фиксации. Хотя лишь немногие исследования окончательно выявили значительное влияние постоянной фиксации на боль, теоретическое беспокойство привело к разработке более дорогостоящих альтернатив, таких как рассасывающиеся такеры.

Эффект постоянной и рассасывающейся фиксации на хроническую боль в паху после герниорафии после паховой грыжи был оценен лишь в нескольких исследованиях с небольшими когортами пациентов. Для сравнения, он был оценен в большем количестве исследований при послеоперационных или вентральных грыжах. Данные там не показали повышенного риска хронической боли в паху после герниорафии с постоянными такерами и следовательно, не существует убедительных данных, которые бы оправдывали использование более дорогих рассасывающихся такеров для фиксации. Тем не менее, рандомизированные контролируемые исследования были относительно небольшими и не имели долгосрочного наблюдения за болью. Наша цель в этом исследовании - сравнить частоту хронической боли в паху после герниорафии после лапароскопической пластики паховой грыжи между постоянной и рассасывающейся фиксацией такерами при максимальном наблюдении большой когорты пациентов.

Цель исследования: Оценить параметры качество жизни больных паховыми и пахо-мошоночными грыжами с ожирением после грыжесечения с и без абдоминопластики.

Материал и методы: С января 2023 по 2025 гг. в хирургических отделениях клиники ЦКБ «АО» УТЙ №1 г. Ташкента прооперировано 118 больных с паховыми и пахо-мошоночными грыжами, в возрасте 19-82 лет. У 87

(73,4%) больных сопутствовали ожирение различной степени (ИМТ от 28 до 60,9). Критерием включения было наличие паховыми и пахо-мошоночными грыжами и абдоминального ожирения различной степени.

Больные были разделены на две группы. Контрольная группа (45 больных), оперированных с 2020 по 2022, которым было выполнено грыжесечение с пластикой протезирующими материалами. Основная группа (42 больных), которым была выполнено комплексное оперативное лечение лапароскопическая герниопластика протезирующими материалами в период 2023 по 2025. Отдаленные результаты грыжесечения с протезной пластикой по «Лихтенштейну» изучили у 21 (46,6%) больных из 45 оперированных. Срок наблюдения за больными составил от 3 месяцев до 4 лет. Отдаленные результаты лапароскопической грыжесечения изучили у 23 (54,7%) больных из 42 оперированных. Срок наблюдения за больными составил от 3 месяцев до 3 лет. Больных вызывали на контрольное обследование через телефон, на которое явились 14 (32,1%) больных, перенесших лапароскопическое грыжесечение и 10 (22,2%) больных, перенесших операцию по Лихтенштейну. Остальных 10 (22,6%) больных основной группы и 11 (24,4%) больных контрольной группы заполняли опросник (содержащую специфические вопросы) во время беседы по телефоном.

Одним из показателей эффективности лечения является улучшение качества жизни. Изучение исходного уровня эффективности у больных контрольной и основной группы основано на заполнении специального опросника «SF-36 Health Status Survey», который показывает значительное снижение физического и психического компонента здоровья. Общее состояние здоровья больные оценивали очень низко и лишь 32,6% больных указывали на удовлетворительное состояние здоровья. 25% опрошенных указывали на сохранность психического здоровья, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, было еще более низким и 14% опрошенных больных указывали на его удовлетворительность. Это обуславливало низкую активность социального функционирования и жизненной активности, так большинство больных вели довольно пассивный образ жизни, преобладала гиподинамия. Лишь 40% больных вели нормальную трудовую деятельность, а $\frac{1}{4}$ опрошенных больных указывали на сохранность жизненной активности. При этом КЖ больных находилось в прямой связи с величиной грыжевого дефекта, степенью птоза и ожирения.

Качество жизни оценивали непосредственно перед операцией и в сроки от 3 месяцев до 3 лет после грыжесечения с абдоминопластикой. Для этого больные заполняли специальный опросник – «SF-36 Health Status Survey» (Ware J.E., 1993), относящийся к неспецифическим опросникам для оценки КЖ, данные которых представлены в таблице 1

Таблица 1

Качество жизни больных основной группы перед и после протезной пластики по «Лихтенштейну» (n=42)

Общий показатель	Шкала	Сохраненная функция (%)	
		До операции	После операции
Физический компонент здоровья (Physical health – PH)	Физическое функционирование	37,56±6,56	80,23±10,45
	Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	16,78±8,56	84,34±21,34
	Интенсивность боли	42,17±5,54	64,56±11,76
	Общее состояние здоровья	30,09±6,26	61,62±10,23
Психологический компонент здоровья (Mental Health – MH)	Психическое здоровье	31,70±6,06	80,11±9,10
	Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	20,86±7,45	88,45±7,42
	Социальное функционирование	41,54±9,39	61,67±6,32
	Жизненная активность	23,94±8,63	79,34±8,39

Как видно из таблицы, физический компонент здоровья характеризовался значительным снижением физического функционирования, ролевого, обусловленного физическим состоянием до лечения. При этом каждый больной предъявлял жалобы на боли и поэтому интенсивные боли были расценены как умеренные. Общее состояние здоровья больные оценивали как очень низкое и лишь 32,55±14,34% больных указывали на удовлетворительное состояние здоровья.

Психологический компонент здоровья у больных с паховыми и пахомоночными грыжами также был оценен как очень низкий в предоперационном периоде. Так, лишь ¼ больных указывали на сохранность психического здоровья.

Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, было еще более низким и лишь 14% опрошенных больных указывали на его удовлетворительность.

Это обуславливало низкую жизненную активность социального пациентов, при этом большинство больных вели довольно пассивный образ жизни, преобладала гиподинамия. Лишь 40% больных вели нормальную трудовую деятельность, а $\frac{1}{4}$ опрошенных указывали только на сохранность жизненной активности.

Следовательно, исходное качество жизни больных было довольно низким в результате низких физических и психических компонентов здоровья. Качество жизни больных находилось в прямой связи с величиной грыжевого дефекта, степенью птоза и ожирения.

Учитывая эти факты, нами была произведена оценка качества жизни больных с паховыми и пахо-мошоночными грыжами в отдаленные сроки после грыжесечения с абдоминопластикой.

При этом было установлено значительное улучшение качества жизни оперированных больных

Так, физическая активность у больных основной группы возросла в 9,06 раз. При этом в 2 раза сократилось число больных с жалобами на боли в области грыжевого выпячивания, дискомфорта в этой области и что не мало важно внешний вид большинства пациентов удовлетворял.

Такая же положительная динамика была отмечена и в психологическом компоненте здоровья. Так, 80% больных в послеоперационном периоде указывали на хорошее психическое состояние оперированных больных, что в 3,04 раза выше, относительно показателей до лечения. На улучшение психоэмоционального фона, указывали 88% оперированных больных, что в 3,36 раза превосходило исходных величин.

На сохранность социального функционирования и жизненной активности указывали 62 и 79% обследованных, что в 1,55 и 3,25 раза больше чем у пациентов, которые по каким либо причинам отказывались от предложенного оперативного лечения, (табл. 2).

Таблица 2

Качество жизни больных после операции грыжесечение по «Лихтенштейну» и по модифицированному лапароскопическому герниопластике.

Общий	Шкала	Сохраненная функция (%)
-------	-------	-------------------------

показатель		Протезная пластика по «Лихтенштейну»	Лапароскопическая герниопластика протезирующими материалами
Физический компонент здоровья (Physical health - PH)	Физическое функционирование	56,23±4,76	80,23±10,45
	Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	66,76±6,65	84,34±21,34
	Интенсивность боли	52,15±3,37	64,56±11,76
	Общее состояние здоровья	50,87±8,23	61,62±10,23
Психологический компонент здоровья (Mental Health - MH)	Психическое здоровье	33,54±8,36	80,11±9,10
	Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	31,44±9,78	88,45±7,42
	Социальное функционирование	46,43±7,63	61,67±6,32
	Жизненная активность	27,76±6,86	79,34±8,39

Таким образом, показатели качества жизни больных после операции лапароскопической герниопластики с протезирующими материалами значительно улучшилось. При этом повысилась физическая активность больных, возможность самообслуживания, основная патология существенно не влияла на выполнение определенных физических занятий. Наряду с этим улучшение общего здоровья, отсутствие косметических дефектов и снижение боли способствовало улучшению эмоционального состояния больных, контакт с окружающими, существенно уменьшилось число больных с депрессией, замкнутостью и др.

Результаты исследования: Анализируя физический и психический статусы в обеих исследуемых данных, при предлагаемом методе лечения указывали в 1,43 и 1,26 лучше показатели физического статуса у больных которым выполнена абдоминопластика.

Следовательно, если у 56% больных, оперированных без абдоминальной пластики основное здоровье не мешало выполнению повседневных работ, то при сочетании с абдоминопластикой данный показатель возрос до 80%. Интенсивность боли в обеих группах была приблизительно одинаковой.

Число больных, указывающих на хорошее состояние здоровья, было в 1,21 раза больше, чем при традиционных операциях.

Психический компонент здоровья также был выше у больных, перенесших грыжесечение с абдоминопластикой. Так, число больных с нормальным психическим здоровьем было в 2,4 раза больше, чем у больных без абдоминопластики, т.е. если число больных с депрессией, тревожными переживаниями и психическим неблагополучием в группе без абдоминопластики было 66,5%, тогда как при предлагаемом лечении этот показатель значительно возрос. И лишь у 31,5% оперированных без абдоминопластики эмоциональное состояние не мешало выполнению повседневной работы, тогда как в группе больных, перенесших грыжесечение с абдоминопластикой данный показатель был в 1,81 раза больше, составляя 88,5%.

У более 50% больных с традиционным грыжесечением сохранялись значительные ограничения социальных контактов, снижения уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния, тогда как в группе больных с лапароскопической герниопластикой с протезирующими материалами, оно снизилось на 38% больных в отдаленном послеоперационном периоде, что в 1,4 раза стало встречаться реже.

В группе больных с протезной пластикой по «Лихтенштейну» лишь 27,8% больных в отдаленные периоды после операции ощущали себя полным сил и энергии, 72,8% жаловались на утомление, снижение жизненной активности. В то же время в группе больных, оперированных с абдоминопластикой, число больных с высокой жизненной активностью было в 2,86 раза больше.

Следовательно, грыжесечение с абдоминопластикой значительно улучшала качество больных. Возрастало число больных с сохранностью физического и психического компоненты здоровья, большинство их возвращались к активной трудовой деятельности, появлялись признаки эмоциональной удовлетворенности.

Показатели качество больных после операции по «Лихтенштейну» улучшились, повысилась физическая активность больных, возможность самообслуживания, основная патология существенно не влияла на выполнение определенных физических занятий. Наряду с этим улучшение общего здоровья, отсутствие косметических дефектов и снижение боли способствовало улучшению эмоционального состояния больных, контакт с окружающими, существенно уменьшилось число больных с депрессией,

замкнутостью и др. Однако, несмотря на такие положительные сдвиги, полного их восстановления не наблюдалось.

Качество жизни больных основной группы было существенно выше, чем в контрольной. Так, на сохранность физического компонента здоровья, включающего физическое функционирование и ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, при предлагаемом методе лечения указывали в 1,43 и 1,26 чаще, чем без абдоминопластики. Если у 56% больных, оперированных по «Лихтенштейну» основное здоровье не мешало выполнению повседневных работ, то при лапароскопической пластики данный показатель возрос до 80%. Число больных, указывающих на хорошее состояние здоровья, было в 1,21 раза больше, чем в контрольной.

Психический компонент здоровья также был выше у больных, перенесших лапароскопическую пластику. Если число больных с депрессией, тревожными переживаниями и психическим неблагополучием в контрольной группе составило 66,5%, тогда как при предлагаемом лечении – лишь 20%. У более 50% больных контрольной группы сохранялись значительные ограничения социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния, тогда как в группе с абдоминопластикой оно выявлено у 38% больных. В контрольной группе больных у 72,8% опрошенных жаловались на утомление, снижение жизненной активности. В то же время в основной группе число больных с высокой жизненной активностью было в 2,86 раза больше.

Обобщая полученные данные можно сказать что, лапароскопическая герниопластика у больных с паховыми и пахо-мошоночными грыжами на фоне ожирения существенно улучшает результаты лечения, снижает частоту общих и локальных ранних и отдаленных послеоперационных осложнений и летальность. Это подтверждается возрастанием числа больных с сохранностью физического и психического компонентов здоровья и возвращением их к активной трудовой деятельности, снижению депрессивных состояний и внушения о неизлечимости от основной патологии. Все вышеизложенное свидетельствует о высокой эффективности предлагаемого способа лечения на фоне ожирения и диктует необходимость широкого внедрения ее в клиническую практику.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Hodgkinson DJ, McIlrath DC. Реконструкция мошонки при гигантских паховых грыжах. *Surg Clin N Am*. 1984;64:301–313. doi: 10.1016/S0039-6109(16)43287-1.
2. Кавалли М., Бионди А., Бруни П.Г., Кампанелле Г. Гигантская паховая грыжа: сложная техника обхвата. *Грыжа*. 2015;19:775–783. doi: 10.1007/s10029-014-1324-7.
3. Лардьер-Дегельт С., Анпери Ф., Гой А.В., Маркус С., Фламан Ж.Б., Делатр Ж.Ф., Палот Ж.П. Прогрессирующая эффективность пневмоперитонеумной в предоперационном периоде в условиях больших событий: объемная оценка по томоденситометрии. e – мемуары Национальной академии хирургии. 1984;9:103–106.
4. Морено И.Г. Хронические эвентрации и большие грыжи; предоперационная подготовка методом прогрессирующего пневмоперитонеума; оригинальная процедура. *Хирургия*. 1947;22:945–953.
5. Опреля В., Матей О., Георгеску Д., Леука Д., Буя Ф., Розияну М., Динка М. Прогрессивный предоперационный пневмоперитонеум (ППП) как вспомогательное средство при хирургии грыж с потерей домена. *Хирургия (Букур)* 2014; 109: 664–669.
6. Sabbagh C, Dumont F, Fuks D, Yzet T, Verhaeghe P, Regimbeau JM. Прогрессивная предоперационная подготовка пневмоперитонеума (протокол Goni Moreno) перед операцией по поводу обширной послеоперационной грыжи: объёмное, респираторное и клиническое влияние. Проспективное исследование. *Hernia*. 2012;16:33–40. doi: 10.1007/s10029-011-0849-2.
7. Рамирес О.М., Руас Э., Деллон А.Л. Метод «разделения компонентов» для закрытия дефектов брюшной стенки: анатомическое и клиническое исследование. *Plast Reconstr Surg*. 1990;86:519–526. doi: 10.1097/00006534-199009000-00023.
8. Мерретт Н.Д., Уотерворт М.В., Грин М.Ф. Лечение гигантской пахово-мошоночной грыжи с использованием сетки Marlex и кожных лоскутов мошонки. *Aust NZJ Surg*. 1994;64:380–383. doi: 10.1111/j.1445-2197.1994.tb02231.x.
9. Ладжеварди С.С., Гундара Дж.С., Коллинз С.А., Самра Дж.С. Острый разрыв желудка при гигантской пахово-мошоночной грыже. *J Gastrointest Surg*. 2015;19:2283–2285. doi: 10.1007/s11605-015-2916-y.
10. Gaedecke J, Schuler J, Brinker, Quintel M, Ghadimi M. Экстренное лечение гигантской пахово-мошоночной грыжи у пациента с сепсисом. *J Gastrointest Surg*. 2013;17:837–839. doi: 10.1007/s11605-012-2136-7.

11. Рутков И.М. Демографические и социально-экономические аспекты грыжесечения в США в 2003 году. Surg Clin N Am. 2003;83(5):1045–1051. doi: 10.1016/S0039-6109(03)00132-4.
12. Кингснорт А., Леблан К. Грыжи: паховые и послеоперационные. Lancet. 2003;362(9395):1561–1571. doi: 10.1016/S0140-6736(03)14746-0.
13. Холлеран Т.Дж., Наполитано М.А., Спаркс А.Д., Дункан Дж.Э., Гарретт М., Броди Ф.Дж. Тенденции и результаты открытой, лапароскопической и роботизированной герниопластики паховых грыж в системе по делам ветеранов. Грыжи. 2022;26(3):889–899. DOI: 10.1007/s10029-021-02419-3.
14. Мэдион М., Голдблатт М.И., Гулд Дж.К., Хиггинс Р.М. Десятилетние тенденции в малоинвазивной герниопластике: обзор базы данных NSQIP. Surg Endosc. 2021;35(12):7200–7208. DOI: 10.1007/s00464-020-08217-9.
15. Christoffersen MW, Brandt E, Helgstrand F, Westen M, Rosenberg J, Kehlet H, Strandfelt P, Bisgaard T. Частота рецидивов после фиксации сетки рассасывающимся такером при лапароскопической герниопластике послеоперационных грыж. Br J Surg. 2015;102(5):541–547. doi: 10.1002/bjs.9750.