

УДК 616–008.9–052:617.55–007.3

ВПЛИВ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЮ ГРИЖЕЮ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

С. Г. Четверіков, Ю. В. Єрьомін, Д. М. Осадчий, В. Ю. Вододюк

Центр реконструктивної та відновної медицини (університетська клініка)
Одеського національного медичного університету

IMPACT OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS, SUFFERING POSTOPERATIVE ABDOMINAL HERNIA

S. G. Chetverikov, Yu. V. Yeryomin, D. M. Osadchiy, V. Yu. Vododyuk

РЕФЕРАТ

Проаналізовані результати лікування 122 хворих, у яких з приводу грижі передньої черевної стінки (ГЧС) здійснено алопластику. У 76 хворих діагностовано дисплазію сполучної тканини (ДСТ), 32 з них – після операції здійснено медикаментозну корекцію ДСТ, 44 – проведено стандартну терапію. Аналіз показників якості життя з використанням опитувальника SF–36 свідчив, що синдром ДСТ вірогідно погіршує суб'єктивне сприйняття якості життя як до операції, так і у віддаленому післяопераційному періоді. Встановлено, що призначення комплексної терапії ДСТ сприяло поліпшенню якості життя пацієнтів до рівня, середнього у дослідженні, проте, нижчого, ніж у контрольній групі. Медикаментозна корекція ДСТ та комплексна реабілітація хворих з післяопераційною ГЧС, що утворилася на тлі ДСТ, потребують подальшого вдосконалення для підвищення ефективності їх лікування.

Ключові слова: післяопераційна грижа черевної стінки; дисплазія сполучної тканини; якість життя.

SUMMARY

The results of treatment of 122 patients, in whom alloplasty was performed for anterior abdominal wall hernia (AAWH), were analyzed. In 76 patients the connective tissue dysplasia (CTD) was diagnosed, in 32 of them postoperative medicinal correction of CTD was done and in 44 – a standard therapy. Analysis of the quality of life indices, using SF–36 questionnaire, have witnessed, that a CTD syndrome degrades trustworthy a patient's subjective perception of quality of life before the operation and in far remote postoperative period as well. There was established, that the complex therapy of CTD prescription have promoted the patients quality of life improvement up to the level, of average value in the investigation, but lower, than in a control group. Medicinal correction of CTD and complex rehabilitation of patients, suffering postoperative AAWH, which have occurred on a CTD background, need further improvement for rising of their treatment efficacy.

Key words: postoperative abdominal hernia; connective tissue dysplasia; quality of life.

Незважаючи на проведення численних наукових досліджень, впровадження найсучасніших методів оперативних втручань, використання найкращих матеріалів поліпшення результатів лікування хворих з приводу післяопераційної ГЧС не спостерігають [1, 2]. Зважаючи на це, деякі дослідники пропонують вважати грижу не "дефектом черевної стінки", а системним захворюванням організму. З'явився навіть термін "грижова хвороба" [3].

Причинами виникнення післяопераційної ГЧС більшість дослідників вважають: по–перше, технічні дефекти під час зашивання передньої черевної стінки, зокрема, помилки під час зашивання апоневрозу, коли в шов захоплюють слабкі ділянки очеревини, передочеревинної клітковини, м'язів, підшкірного прошарку; створення надмірного натягіння на шви апоневрозу, що зумовлює ішемію тканин, некроз та прорізування лігатур; використання неякісного шовного матеріалу, який може бути недостатньо міцним після операції чи спричинити запальні реакції. По–друге, виникнення глибокої ранової інфекції з залученням у запальний процес м'язово–апоневротичних тканин черевної стінки. По третє, всі інші чинники, профілактику впливу яких не проводили або вона була неефективною після операції [1, 2].

На думку дослідників, одним з основних етіологічних чинників утворення ГЧС є нездатність організму пацієнта створити функціонально спроможну сполучну тканину внаслідок порушення співвідношення колагену типу I і III, тобто, ГЧС є проявом ДСТ [4–6].

Сьогодні не встановлено, чи можливо у якийсь спосіб покращити інтеграцію алотрансплантата до власної сполучної тканини: в одних ситуаціях – стимулювати процеси синтезу колагену та утворення сполучної тканини навколо протеза, в інших – гальмувати надмірну колагенпродукуючу активність фібробластів.

Можливо, взагалі треба розглядати процеси лікування післяопераційної ГЧС як регенерацію власної сполучнотканинної структури. При цьому алотрансплантат є лише матрицею для створення складного клітинно—позаклітинно—протезного комплексу з такими самими функційними властивостями, як і власна апоневротична тканина, а хірургічний етап лікування є лише одним з етапів регенераторного лікування післяопераційної ГЧС.

Невідомо, як впливає на результати лікування, насамперед, на якість життя хворих з післяопераційною ГЧС синдром DST [7—9].

Мета роботи: вивчити вплив DST на якість життя хворих з післяопераційними ГЧС до операції та у віддаленому післяопераційному періоді.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під спостереженням перебували 122 хворих з післяопераційною ГЧС. Чоловіків було 43 (35,2%), жінок — 79 (65,8%). Вік пацієнтів у середньому ($57,6 \pm 5,1$) року. Наймолодшій пацієнтці було 23 роки, найстаршому хворому — 81 рік. Найбільша кількість хворих — 67 (52,5%) були віком від 41 до 70 років, тобто, працездатного віку. За класифікацією SWR (J. P. Chevrel, A. M. Rath, 1999), до групи W1 віднесені 32 (26,2%) пацієнти, до групи W2 — 27 (22,1%), до групи W3 — 43 (35,2%), до групи W4 — 20 (16,4%). Рецидивні ГЧС виявлені у 18 (14,8%) пацієнтів. У більшості — 67 (54,9%) пацієнтів ГЧС сформувалася у строки до 6 міс після операції, у 37 (30,3%) — від 6 до 12 міс. Ускладнений перебіг загоєння рани після операції, який міг сприяти утворенню грижі, відзначений у 35 (28,8%) пацієнтів. Це визначило тенденцію до раннього формування грижі. Для діагностики синдрому DST у хворих визначали фенотипові прояви ураження різних органів і систем, що формують цей синдром. Для виявлення зовнішніх маркерів DST оцінювали конституцію хворого, гіпермобільність суглобів, гіпереластичність шкіри, перебудову кістково—м'язової системи, наявність арахнодактилії, стигм дисембріогенезу. Визначали вісцеральні прояви DST: кардіальні, варикозну хворобу нижніх кінцівок, спланхноптоз, патологію органів травного каналу, очного яблука.

Для імуногістохімічного дослідження колагену I і III типу первинними були моноклональні антитіла до колагену I і III типу (ізотипи Ig G1, Chemicon International). Препарати також обробляли з застосуванням стандартних наборів НПК "Лектинотест" (Львів) у розведенні лектину 1:50 за рекомендованою методикою (А. Д. Луцик та співавт., 1989).

У 76 хворих діагностований синдром DST, 32 з них — після операції проводили медикаментозну корекцію DST (основна група), 44 — стандартну терапію (група порівняння), у 46 пацієнтів DST не виявлена (контрольна група).

Як інструмент вивчення якості життя обраний опитувальник SF—36, адаптований та валідизований для Росії та країн СНД фахівцями Міжнародного центру з дослідження якості життя. Він відповідає вимогам багатовимірності, простоти заповнення, має необхідні психометричні властивості. На запитання опитувальника SF—36 пацієнти відповідали письмово, обираючи найбільш слушну відповідь з списку запропонованих, кожній з яких відповідало певне цифрове значення.

Опитувальник включає 8 шкал: фізичне функціонування (PF), фізичне рольове функціонування (RP), інтенсивність болю (BP), загальний стан здоров'я (GH), життєва активність (VT), соціальне функціонування (SF), емоційне рольове функціонування (RE) і психічне здоров'я (MH). Застосування опитувальника SF—36 передбачає диференційований підхід до оцінки складових якості життя залежно від статі і віку пацієнта.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оцінку якості життя за опитувальником SF—36 проведено в усіх пацієнтів трьох груп. Під час аналізу показників фізичного компоненту здоров'я встановлено вірогідну різницю фізичного функціонування (PF) та фізичного рольового функціонування (RP): відповідно ($78,3 \pm 9,7$) та ($44,1 \pm 7,6$) бала, ($74,5 \pm 11,2$) та ($44,5 \pm 10,2$) бала ($P < 0,05$). Показники болю та загального здоров'я були меншими у хворих з DST, проте, їх різниця недостовірна.

Сума балів фізичного компоненту здоров'я була вірогідно менша у хворих з DST, ніж у контрольній групі — відповідно ($281,3 \pm 10,3$) та ($200,5 \pm 9,8$) бала ($P < 0,05$). Це свідчило про значний негативний вплив DST на якість фізичного компоненту здоров'я у пацієнтів з післяопераційною ГЧС.

Показники психічного компоненту здоров'я також суттєво гірші при наявності у хворих синдрому DST: життєва активність (VT) — ($56,3 \pm 9,1$) і ($41,4 \pm 8,3$) бала ($P > 0,05$), соціальне функціонування (SF) — ($65,6 \pm 7,5$) і ($47,1 \pm 9,6$) бала ($P < 0,05$), емоційне функціонування (RE) — ($74,2 \pm 12,6$) і ($45,9 \pm 10,8$) бала ($P < 0,05$), психічне здоров'я (MH) — ($64,3 \pm 8,9$) і ($53,8 \pm 10,4$) бала ($P > 0,05$). Сума балів психічного компоненту здоров'я у пацієнтів без DST ($260,4 \pm 11,2$) бала, з DST — ($190,5 \pm 10,8$) бала ($P < 0,05$); загальна сума балів — відповідно ($541,7 \pm 11,3$) і ($391,0 \pm 10,7$) бала ($P < 0,05$).

Таким чином, аналіз показників якості життя у хворих з післяопераційною ГЧС свідчив, що наявність синдрому DST вірогідно погіршує суб'єктивне сприйняття якості життя.

Показники якості життя за опитувальником SF—36 можуть бути використані і для аналізу ефективності проведеного лікування у віддаленому післяопераційному періоді.

Пацієнтам з синдромом ДСТ після операції призначали комплексну медикаментозну терапію, спрямовану на корекцію порушень обміну сполучної тканини, основними компонентами якої були препарати магнію, хондропротектори, вітаміни.

Важливу увагу приділяємо ранній активізації хворих після операції. Для запобігання надмірного навантаження на зону пластики черевної стінки використовували абдомінальні бандажі, які пацієнти носили протягом 1,5 – 3 міс після операції, залежно від розмірів грижі, типу пластики, наявності ДСТ та типу протеза (при використанні композитних протезів тривалість використання бандажа збільшували до 3 – 4 міс). Пацієнтам призначали лікувальну гімнастику залежно від віку та наявності супутніх захворювань.

Під час оцінки якості життя оперованих хворих у строки пізніше ніж 12 міс отримані наступні дані. При аналізі фізичного функціонування (PF) за опитувальником SF-36 відзначені вірогідні відмінності: в основній групі – (74,9 ± 9,2) бала, в групі порівняння – (55,0 ± 9,4) бала (P < 0,05). За шкалою рольового

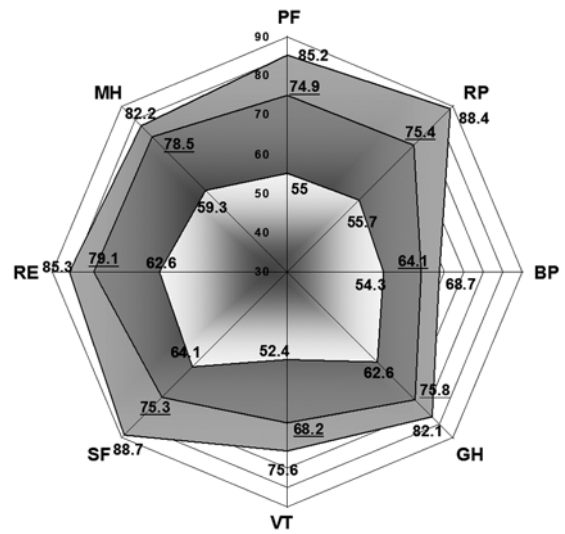


Рис. 1. Якість життя хворих у віддаленому періоді після алогерніопластики з приводу післяопераційної ГЧС за опитувальником SF-36.



Рис. 2. Інтегративні показники якості життя за опитувальником SF-36 у обстежених хворих.

(фізичного) функціонування (RP) в основній групі – (75,4 ± 9,2) бала, в групі порівняння – (55,7 ± 9,7) бала (P < 0,05). За шкалою інтенсивності болю (BP) в основній групі – (64,1 ± 7,4) бала; в групі порівняння – (54,3 ± 7,5) бала; загальне здоров'я (GH) – відповідно (75,8 ± 10,8) і (62,6 ± 9,9) бала (P > 0,05).

Сума балів фізичного компоненту здоров'я в основній групі становила (290,2 ± 10,2) бала, що достовірно більше аналогічного показника в групі порівняння – (228,1 ± 10,2) бала (P < 0,05), вона не відрізнялася від середнього значення у дослідженні – (280,5 ± 9,7) бала (P > 0,05), проте, була менше, ніж у контрольній групі – (324,4 ± 10,1) бала (P < 0,05).

За шкалою життєвої активності (VT) показник у пацієнтів основної групи становив (68,2 ± 9,1) бала, що було більше, ніж у хворих групи порівняння – (52,4 ± 9,5) бала (P > 0,05), не відрізнялося від середнього показника у дослідженні – (65,3 ± 9,2) бала (P >

0,05) і було менше, ніж у контрольній групі – (75,6 ± 9,3) бала (P < 0,05) (рис. 1).

За шкалами психічного здоров'я відзначена аналогічна тенденція без вірогідної різниці. За шкалою соціальне функціонування (SF): в основній групі – (75,3 ± 8,7) бала, в групі порівняння – (64,1 ± 8,5) бала, в контрольній групі – (88,7 ± 7,9) бала (P > 0,05). За шкалою емоційне функціонування (RE): в основній групі – (79,1 ± 10,2) бала, в групі порівняння – (62,6 ± 10,5) бала, в контрольній групі – (85,3 ± 10,7) бала (P > 0,05). За шкалою психічне здоров'я (MH): в основній групі – (78,5 ± 9,2) бала, в групі порівняння – (59,3 ± 9,7) бала, в контрольній групі – (82,8 ± 9,1) бала (P > 0,05).

Сума балів психічного компоненту здоров'я в основній групі становила (301,1 ± 10,5) бала, що вірогідно більше аналогічного показника в групі порівняння – (238,4 ± 10,9) бала (P < 0,05), не

відрізнялося від середнього значення у дослідженні — $(290,3 \pm 10,8)$ бала ($P > 0,05$), проте, було менше, ніж у контрольній групі — $(332,4 \pm 10,7)$ бала ($P < 0,05$) (рис. 2). Ці показники в основній групі були вірогідно більшими, ніж у групі порівняння, проте, не досягали рівня у пацієнтів контрольної групи, що свідчило про недостатньо ефективну та повну корекцію синдрому ДСТ після операції.

Таким чином, призначення комплексної терапії ДСТ забезпечує вірогідне поліпшення якості життя пацієнтів, оперованих з приводу післяопераційних ГЧС, до рівня, середнього у дослідженні, проте, меншого, ніж у хворих контрольної групи. Медикаментозна корекція ДСТ та комплексна реабілітація хворих з післяопераційною ГЧС, що утворилася на тлі ДСТ, потребують подальшого вдосконалення для підвищення ефективності їх лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гостевский А. А. Послеоперационные вентральные грыжи / А. А. Гостевский. — М.: Мос. информ. агентство, 2008. — 129 с.
2. Егиев В. Н. Современное состояние и перспективы герниологии (лекция) / В. Н. Егиев // Герниология. — 2006. — № 2. — С. 5 — 10.
3. Милица Н. Н. Грыжа и грыжевая болезнь: новый взгляд на патогенез заболеваний / Н. Н. Милица, Ю. Д. Торопов, К. Н. Милица // Клін. хірургія. — 2009. — № 1. — С. 35 — 37.
4. Кадурина Т. И. Дисплазия соединительной ткани: руководство для врачей / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова. — М.: ЭЛБИ, 2009. — 714 с.
5. Клеменов А. В. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани / А. В. Клеменов. — М., 2005. — 136 с.
6. Нечаева Г. И. Дисплазия соединительной ткани: терминология, диагностика, тактика ведения пациентов / Г. И. Нечаева, И. А. Викторова. — Омск: БЛАНКОМ, 2007. — 188 с.
7. Исследование качества жизни больных в хирургии / С. Р. Добровольский, Ю. Х. Абдурахманов, Э. К. Джамынчиев, А. А. Абдуллаева // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. — 2008. — № 12. — С. 73 — 76.
8. Качество жизни пациентов после герниопластики / В. В. Паршиков, В. В. Петров, Р. В. Романов [и др.] // Мед. альманах. — 2009. — № 1. — С. 100 — 103.
9. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — СПб.: Нева; М.: ОЛМА — ПРЕСС Звездный мир, 2002. — 320 с.

