

эндохирургического лечения // Пульмонология. 2004. № 6. С. 95–101.

5. Плужников М.С., Рябова М.А., Карпищенко С.А., Ермаков В.Н. Лазерная хирургия рубцовых стенозов гортани // Вестн. оториноларингологии. 2003. № 1. С. 4–8.

6. Козлов К.К., Коржук М.С., Ситникова В.М., Краля И.В. Клиническая оценка различных методов лечения стенозов трахеи // Пробл. туб. 2006. С. 23–28.

7. Лечение больных со стенозами трахеи / К.К. Козлов, М.С. Коржук, В.К. Косенок [и др.] // Груд. и серд.-сосуд. хирургия. 2002. № 5. С. 50–53.

Translit

1. El Baz HN., Jensik R., Faber LP., Faro RS. One-lung high-frequency ventilation for tracheoplasty and bronchoplasty: a new technique // Ann. Thorac. Surg. 1982. № 34. P. 564–570.

2. Grillo H.C. Development of tracheal surgery: a historical review. Part 1: Techniques of tracheal surgery // Ann. Thorac. Surg. 2003. № 75. P. 610–619.

3. Rol» traheobronhofibroskopii v diagnostike i lechenii stenozov trahei / A.V. Mironov, M.M. Abakumov, V.I. Kartavenko [i dr.] // Grud. i serd.-sosud. hirurgija. 2002. № 1. S. 50–53.

4. Parshin V.D. Hirurgija rubcovykh stenozov trahei. M., 2003. S. 150–152.

5. Ovchinnikov A.A., Seredin R.V. Opuholevye i rubcovye stenozы trahei i krupnyh bronhov: osnovnye principy jendohirurgicheskogo lechenija // Pul'monologija. 2004. № 6. S. 95–101.

6. Pluzhnikov M.S., Rjabova M.A., Karpishhenko S.A., Ermakov V.N. Lazernaja hirurgija rubcovykh stenozov gortani // Vestn. otorinolaringologii. 2003. № 1. S. 4–8.

7. Kozlov K.K., Korzhuk M.S., Sitnikova V.M., Kralja I.V. Klinicheskaja ocenka razlichnykh metodov lechenija stenozov trahei // Probl. tub. 2006. S. 23–28.

8. Lechenie bol'nyh со stenozami trahei / K.K. Kozlov, M.S. Korzhuk, V.K. Kosenok [i dr.] // Grud. i serd.-sosud. hirurgija. 2002. № 5. S. 50–53.

УДК 616.34–007.43–031:611.957–089.163–052:612.821:316.66 (045)

Оригинальная статья

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С НЕУЩЕМЛЕННЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

А.С. Толстокоров — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой хирургии и онкологии ФПК и ППС, профессор, доктор медицинских наук; **В.В. Лякишев** — НУЗ «ДКБ на станции Саратов II» ОАО «РЖД», заведующий первым хирургическим отделением, врач высшей категории; **Т.Д. Селезнева** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры хирургии и онкологии ФПК и ППС, кандидат медицинских наук.

INFLUENCE OF SOCIO-PSYCHOLOGICAL STATUS PECULIARITIES ON PATIENTS WITH OBSTRUCTED INGUINAL HERNIA WHILE CONCERNING SURGICAL TREATMENT

A.S. Tolstokorov — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Surgery and Oncology of Raising Skills Faculty, Professor, Doctor of Medical Science; **V.V. Lyakishev** — Saratov Road Clinical Hospital, Head of Surgical Ward №1; **T.D. Selezneva** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Surgery and Oncology of Raising Skills Faculty, Assistant, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 26.03.2013 г.

Дата принятия в печать — 30.05.2013 г.

Толстокоров А.С., Лякишев В.В., Селезнева Т.Д. Влияние особенностей социально-психологического статуса пациентов с неущемленными паховыми грыжами на длительность принятия решения о хирургическом лечении // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 2. С. 328–332.

Цель: сопоставить длительность отказа от хирургического лечения неущемленных паховых грыж с особенностями медицинского и социально-психологического статуса пациентов. **Материал и методы.** Обследовано 186 больных с паховыми грыжами в возрасте от 25 до 60 лет. Длительность решения об оперативном лечении определялась от момента официально установленного диагноза до поступления в хирургический стационар. **Результаты.** Самообращаемость за медицинской помощью пациентов с ПГ не превышает 29%, и в большинстве случаев (53,6%) официально диагноз устанавливается при нахождении в медицинских учреждениях с другими заболеваниями, 94,6% больных осознавали тот факт, что полное излечение от паховых грыж возможно только после хирургического вмешательства. **Заключение.** В первый год после постановки диагноза согласие на оперативное лечение ПГ в значительной мере ассоциировано с возрастом до 30 лет, высшим образованием, наличием частично или полностью невправляемой ПГ, преобладанием таких черт характера, как психастения, паранойяльность, гипомания. Через пять-шесть лет после официальной постановки диагноза соглашаются на операцию преимущественно пациенты старше 50 лет, со средним образованием, преобладанием таких черт характера, как ипохондрия, депрессия, психастения, независимо от типа и размера грыжи.

Ключевые слова: паховая грыжа, хирургическое лечение.

Tolstokorov A. S., Lyakishev V. V., Selezneva T. D. Influence of socio-psychological status peculiarities on patients with obstructed inguinal hernia while concerning surgical treatment // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2013. Vol. 9, № 2. P. 328–332.

The research goal is to confront the duration of withholding operative therapy of obstructed inguinal hernias with peculiarities of medical and social and psychological status of patients. **Materials and methods:** 186 patients with inguinal hernias aged from 25 to 60 years were examined. Duration of withholding operative therapy was determined from the moment of officially established diagnosis to the moment of admission to surgical hospital. **Results:** Medical aid to patients with inguinal hernias who went to the hospital by themselves is no more than 29% and in most cases (53,6%) diagnosis is officially established while staying in health care institutions with other diseases, 94,6% of patients realized the fact that full recovery from inguinal hernias was possible only after surgical procedures. **Conclusion:** In the first year after establishment of diagnosis consent to surgical treatment of inguinal hernias is associated with the age under 30, higher education, the presence of partially or entirely unreduced inguinal hernia, prevalence of such qualities of charac-

ter as psychasthenia, paranoia, hypomania. In five-six years after official establishment of diagnosis patients aged over 50 years with higher education and prevailing of such qualities of character as hypochondria, depression, psychasthenia give their consent to surgical treatment of inguinal hernia regardless of its type and size.

Key words: inguinal hernia, surgical treatment.

Введение. В настоящее время основным методом лечения грыж любой локализации является оперативное вмешательство [1–3]. Во всех рекомендациях по лечению паховых грыж (ПГ) отмечается, что бандаж служит паллиативным мероприятием и его следует применять только в тех случаях, когда по той или иной причине, операция не может быть произведена [4, 5]. К таким причинам относятся: старческий возраст, онкологические заболевания, беременность и т.д. Своевременно не проведенное хирургическое лечение ПГ создает своего рода резерв для их ущемления. В последние годы процент ущемленных ПГ, по данным различных авторов, составляет 30–50% [6–10]. Причиной несвоевременного хирургического лечения ПГ чаще всего служит отказ пациентов от оперативного вмешательства. Однако причины быстрого согласия одних пациентов на хирургическое лечение и длительный отказ других от оперативного вмешательства окончательно не изучены и требуют детального анализа.

Цель: сопоставить длительность отказа от хирургического лечения неущемленных ПГ с особенностями медицинского и социально-психологического статуса пациентов.

Материал и методы. Исследование выполнено на базе Дорожной клинической больницы г. Саратова. В исследовании принимали участие 186 больных в возрасте от 25 до 60 лет, находившихся в хирургических отделениях больницы по поводу планового хирургического лечения неущемленных ПГ. Критерием исключения из исследования были рецидивы ПГ после оперативного лечения. Длительность существования ПГ, начиная с официально установленного диагноза до согласия пациента на оперативное вмешательство, варьировала в пределах от одного года до 13 лет.

Диагноз ПГ устанавливался по результатам клинического осмотра пациентов и, при необходимости, уточнения в ходе рентгенологического и ультразвукового исследования. Размеры грыж оценивались согласно рекомендациям М.И. Яцентюк (1989). Психологические особенности личности больных анализировались с помощью сокращенного варианта опросника MMPI в адаптации Ф.Б. Березина и М.П. Мирошникова (1987).

Для статистической обработки результатов исследования использовали пакеты программ «Microsoft Excel», «Statistica 6.0» (Stat Soft Inc, США). Проверка нормальности распределения значений в выборке проводилась с помощью теста Колмогорова — Смирнова. Распределение значений признаков в изученной выборке нормальное. В связи с этим рассчитывали среднее арифметическое (M), среднюю ошибку среднего арифметического (m), среднеквадратичное отклонение (σ). Показатель достоверности различий (P) определялся с использованием критериев Стьюдента (t). Различия оценивались как достоверные при вероятности 95% ($P < 0,05$) и выше.

Результаты. При тщательно собранном анамнезе, изучении выписок из историй болезни, амбулатор-

ных карт были изучены условия, при которых диагноз «паховая грыжа» официально был поставлен впервые. Так, самообращаемость больных с ПГ в медицинские учреждения оказалась достаточно низкой и не превысила 29% (табл. 1). В большинстве случаев

Таблица 1

Условия диагностики паховых грыж

Условия, при которых впервые официально был поставлен диагноз ПГ	Частота встречаемости (абс/%)	
	Абс. число	%
Стационар	57	30,6
Поликлиника.	43	23,1
Профосмотры	32	17,3
Самообращение в медицинские учреждения с характерными жалобами	54	29,0
Всего	186	100

(53,6%) диагноз «паховая грыжа» был поставлен в медицинских учреждениях при обращении пациентов по поводу других заболеваний. Количество диагностированных в ходе профосмотров ПГ составило 17,4%, что указывает на недостаточный охват населения данным видом медицинской помощи.

В ходе собеседования с пациентами отмечено, что после постановки диагноза ПГ медицинские работники подробно информировали больных о минимальной вероятности самоизлечения, высоком риске ущемления грыжи и тяжелых последствиях данного осложнения, необходимости хирургического лечения. По результатам опроса, 94,6% больных осознавали тот факт, что полное излечение от ПГ возможно только после хирургического вмешательства.

Учитывая, что все пациенты с ПГ в достаточной мере были информированы о клиническом течении ПГ и возможных осложнениях данного заболевания, была изучена длительность принятия решения пациентами о хирургическом лечении с учетом клинических проявлений ПГ (табл. 2).

Как следует из табл. 2, при наличии прямых грыж больные принимали решение о хирургическом лечении в среднем через $5,6 \pm 2,2$ года после постановки диагноза, при косых грыжах через $5,4 \pm 1,8$ года ($P > 0,05$). Период принятия решения об оперативном лечении свободных грыж составил $4,9 \pm 1,6$ года, при частично или полностью невправляемых был меньше на 1,2 года (однако различия статистически незначимы, $P > 0,05$). Увеличение размеров грыж с малых до больших размеров также не приводило к статистически значимым изменениям в длительности принятия решения пациентами об оперативном вмешательстве. При наличии болевых ощущений больные принимали решение оперироваться через $3,7 \pm 1,2$ года, при их отсутствии от постановки диагноза до оперативного вмешательства проходило в среднем $6,1 \pm 0,8$ года. Таким образом, тип грыжи, ее размеры влияют на длительность принятия пациентами решения о хирургическом лечении незначи-

Таблица 2

Длительность принятия решения пациентами о хирургическом лечении паховых грыж после официально установленного диагноза

Клинические особенности ПГ		n	Длительность принятия решения о хирургическом лечении ПГ после официально установленного диагноза (лет)	Достоверность различий (P)
			M±m	
Типы грыж:	прямые	74	5,6±2,2	P ₁ >0,05
	косые	112	5,4±1,8	
	свободные	136	4,9±1,6	P ₂ >0,05
	частично или полностью направляемые	50	3,7±1,2	
Размеры грыж:	малые	87	6,3±1,4	P ₃ >0,05
	средние	83	5,2±1,8	
	большие	16	4,2±1,4	P ₃ >0,05
Наличие болевых ощущений:	да	59	3,7±1,2	P ₄ >0,05
	нет	127	6,1±0,8	

Примечание: P₁ — достоверность различий между прямыми и косыми грыжами, P₂ — достоверность различий между свободными и частично или полностью направляемыми грыжами, P₃ — достоверность различий с малыми размерами грыж, P₄ — достоверность различий при наличии или отсутствии болевых ощущений.

Таблица 3

Длительность принятия решения пациентами о хирургическом лечении паховых грыж с учетом особенностей социального статуса

Особенности социального статуса		n	Длительность принятия решения о хирургическом лечении после постановки диагноза	Достоверность различий (P)
			M±m	
Пол:	мужчины	172	5,3±1,6	P ₁ >0,05
	женщины	14	4,8±1,2	
Образование	среднее	84	5,4±2,1	P ₂ >0,05
	среднее специальное	61	4,8±1,2	
	высшее	41	3,9±1,7	P ₂ >0,05
Возраст (лет)	<30	37	3,1±1,4	P ₃ >0,05
	30–50	54	4,6±2,2	
	>50	95	5,8±1,6	P ₃ <0,05
Городские жители		89	4,2±1,1	P ₄ >0,05
Сельские жители		97	5,3±1,4	
Наличие семьи	да	137	4,7±1,6	P ₅ >0,05
	нет	49	5,6±1,8	

Примечание: P₁ — достоверность различий между мужчинами и женщинами; P₂ — достоверность различий с группой пациентов со средним образованием; P₃ — достоверность различий с возрастом <30 лет; P₄ — достоверность различий между городскими и сельскими жителями; P₅ — достоверность различий при наличии и отсутствии семьи.

тельно, в то время как наличие болевых ощущений уменьшает этот показатель практически в два раза.

Длительность принятия решения о хирургическом лечении ПГ у женщин несколько ниже, чем у мужчин (P>0,05). Больные с высшим образованием принимали решение о хирургическом вмешательстве в среднем на 1,5 года раньше. Однако различия оказались статистически незначимы (P>0,05) (табл. 3).

Больные в возрасте до 30 лет принимали решение о хирургическом лечении ПГ в среднем через 3,1±1,4 года после постановки диагноза; лица старше 50 лет — через 5,8±1,6 года (P<0,05). Проживание в городской и сельской местности, отсутствие или наличие семьи не приводило к достоверному снижению

длительности принятия решения об оперативном лечении ПГ. Суммируя полученные данные, можно сделать заключение, что среди социальных факторов к статистически значимому снижению длительности принятия решения о хирургическом лечении ПГ приводит возраст пациентов менее 30 лет. Высшее образование, проживание в городской местности, наличие семьи являются предрасполагающими, но не определяющими причинами быстрого принятия решения о хирургическом лечении ПГ (табл. 3).

Важно отметить, что тактика поведения больного в ответ на наличие заболевания, включая готовность к операции по поводу ПГ, как показали наши исследования, определяется не только медико-социальным

Таблица 4

Психологические особенности личности больных паховыми грыжами с учетом длительности принятия решения о хирургическом лечении

Исследуемые показатели	Группы обследованных		
	Здоровые лица (n=24)	Длительность принятия решения о хирургическом лечении ПГ < 1 года (n=36)	Длительность принятия решения о хирургическом лечении ПГ > 5 лет (n=53)
	M±m	M±m	M±m
Ипохондрия (ед)	39,2±2,1	44,2±1,8	55,7±1,6*..
Депрессия (ед)	36,7±1,4	42,8±2,4	56,2±2,1*..
Истерия (ед)	32,4±1,6	41,2±2,0*	43,4±1,7*
Психопатия (ед)	34,7±1,2	53,7±1,9*	36,8±2,1
Паранойяльность (ед)	32,5±1,6	48,9±1,6*	34,1±2,0..
Психастения (ед)	36,6±1,8	49,2±1,8*	50,3±1,4
Шизоидность (ед)	39,7±1,3	40,3±2,1	42,7±1,4
Гипомания (ед)	36,2±1,6	49,2±1,6*	38,4±1,2..

Примечание: * — достоверность различий с группой контроля (P<0,05); ** — достоверность различий при быстром и медленном принятии решения о хирургическом лечении (P<0,05).

статусом, но и психологическими особенностями личности.

Кроме того, производилось изучение психологических особенностей личности больных ПГ с учетом длительности принятия решения о хирургическом лечении заболевания. Как оказалось, для пациентов, принимавших решение о хирургическом лечении ПГ в течение 5 лет и более, характерными оказались повышенные значения по шкалам ипохондрии, депрессии, психастении. В группе контроля показатель ипохондрии составил 39,2±2,1 ед., при согласии на операции в течение года 44,2±1,8 ед. (P>0,05), при длительности принятия решения >5 лет 55,7±1,6 ед. (P<0,05). Показатель депрессии при длительном принятии решения об операции достигал 56,2±2,1 ед., при значениях в группе контроля 36,7±1,4 ед. (P<0,05) (табл. 4).

Для лиц, принимавших решение о хирургическом лечении ПГ в течение года, после официальной постановки диагноза и разъяснительной работы о возможном ущемлении и его тяжелых последствиях, характерным было повышение значений по шкалам психопатии, паранойяльности и гипомании. В контрольной группе показатель гипомании составил 36,2±1,6 ед., при длительности принятия решения об операции в течение 5 лет и более 38,4±1,2 ед., если решение принималось в первый год после постановки диагноза ПГ — был равен 49,2±1,6 ед. (P<0,05) (табл. 4).

Обсуждение. Результаты исследования показали, что в большинстве случаев (53,6%) официальный диагноз ПГ был поставлен при обращении в медицинские учреждения с другими заболеваниями, у 29% больных с ПГ вследствие самообращения с характерными жалобами и у 17,4% в ходе профосмотров, что указывает на низкую медицинскую активность пациентов с данной патологией и недостаточный охват населения профосмотрами.

Решение о хирургическом лечении ПГ в первый год после официальной постановки диагноза характерно для лиц до 30 лет, с высшим образованием, при наличии болевых ощущений, частично или полностью невправляемой грыжей с преобладанием таких черт характера, как паранойяльность и гипомания. Пациенты старше 50 лет со средним образованием, независимо от размеров и типа ПГ, с преобладанием

таких черт характера, как ипохондрия, депрессия и психастения, нуждаются в целенаправленной разъяснительной работе со стороны медицинских работников о минимальной вероятности самоизлечения и высоком риске развития ущемления, а также тяжелых последствий данного осложнения. Это связано с тем, что пациенты с перечисленными особенностями медико-социального и психологического статуса принимают решение о хирургическом лечении в среднем через 5–6 лет после постановки диагноза.

Выводы:

1. Самообращаемость за медицинской помощью пациентов с ПГ не превышает 29%, и в большинстве случаев (53,6%) официально диагноз устанавливается при нахождении в медицинских учреждениях с другими заболеваниями.

2. Пациенты старше 50 лет со средним образованием и преобладанием таких черт характера, как ипохондрия, депрессия и психастения, нуждаются в целенаправленной разъяснительной работе врачей о высоком риске ущемления и его тяжелых последствий в связи с тем, что они принимают решение о хирургическом лечении, независимо от размеров и типа грыжи, через 5–6 лет после официальной постановки диагноза.

3. Согласие на хирургическое лечение ПГ в первый год после официальной постановки диагноза в значительной мере ассоциировано с возрастом <30 лет, наличием высшего образования, частичной или полной невправляемостью, преобладанием таких черт характера, как психастения, паранойяльность и гипомания.

Конфликт интересов. Работа выполнена в рамках запланированной кандидаткой диссертации соискателя кафедры хирургии и онкологии ФПК ППС Лякишева В. В.

Библиографический список

1. Адамян А. А. Путь герниопластики в герниологии и современные ее возможности // Современные методы герниопластики с применением полимерных имплантатов: мат. I Междунар. конф. М., 2003. С. 15.
2. Воскресенский П. К., Емельянов С. И., Ионова Е. А. Натяжная герниопластика / под ред. В. Н. Егиева. М.: Мед-практика, 2002. 148 с.

3. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентьев Р.С. Современные методы лечения брюшных грыж. Киев: Здоров'я, 2001.
 4. Заводчиков Д.А. Патогенетическое обоснование выбора способа операции у больных паховыми грыжами: дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2009. С. 30–32.
 5. Современные подходы к выбору метода пластики рецидивной паховой грыжи / В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский, А.С. Лаврик [и др.] // Герниология. 2007. №3. С. 11–15.
 6. Арий Е.Г., Широкопояс А.С., Шpileвой М.С. Этиологические предпосылки грыжевой болезни. Новосибирск: Сиб. мед. ун-т, 2000.
 7. Борисов А.А., Величко Р.Е. Медико-социальные аспекты пластики передней брюшной стенки // Анналы пласт., реконстр. и эстетической хирургии. 1999. № 3–4. С. 41–48.
 8. Inguinal hernia recurrence: classification and approach / Campanelli G. [et al.] // Hernia, 2006. Vol. 10. № 2. P. 159–161.
 9. Corbitt J.D. Laparoscopic herinorrhaphy // Surg. Laparosc. Endosc. 2004. Vol. 1. P. 23–25.
 10. Островский В.К., Филимончев И.Е. Возрастные аспекты рецидивов паховых грыж // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. № 1. С. 158–159.
- Translit**
1. Adamjan A.A. Put» gergioplastiki v gerniologii i sovremennye ee vozmozhnosti // Sovremennye metody gernioplastiki s primeneniem polimernyh implantatov: mat. I Mezhdunar. konf. M., 2003. S.15.
 2. Voskresenskij P. K., Emel»janov S. I., Ionova E.A. Nenatjazhnaja gernioplastika / pod red. V.N. Egieva. M.: Medpraktika, 2002. 148 s.
 3. Grubnik V.V., Losev A.A., Bajazitov N.R., Parfent»ev R.S. Sovremennye metody lechenija brjushnyh gryzh. Kiev: Zdorov»ja, 2001.
 4. Zavadchikov D.A. Patogeneticheskoe obosnovanie vybora sposoba operacii u bol»nyh pahovymi gryzhami: dis. ... kand. med. nauk. Samara, 2009. S. 30–32.
 5. Sovremennye podhody k vyboru metoda plastiki recidivnoj pahovoj gryzhi / V.F. Saenko, L. S. Beljanskij, A. S. Lavrik [i dr.] // Gerniologija. 2007. №3. S. 11–15.
 6. Arij E. G., Shirokopojas A. S., Shpilevoj M. S. Jetiologicheskie predposylki gryzhevoj bolezni. Novosibirsk: Sib. med. un-t, 2000.
 7. Borisov A.A., Velichko R.E. Mediko-social»nye aspekty plastiki perednej brjushnoj stenki // Annaly plast., rekonstr. i jesteticheskoy hirurgii. 1999. № 3–4. S. 41–48.
 8. Inguinal hernia recurrence: classification and approach / Campanelli G. [et al.] // Hernia, 2006. Vol. 10. № 2. R. 159–161.
 9. Corbitt J.D. Laparoscopic herinorrhaphy // Surg. Laparosc. Endosc. 2004. Vol. 1. P. 23–25.
 10. Ostrovskij V.K., Filimonchev I.E. Vozrastnye aspekty recidivov pahovyh gryzh // Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal. 2011. № 1. S. 158–159.