

МОНИТОРИНГ ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

В. В. Дарвин, А. Н. Поборский, Н. И. Понамарев, Ш. Д. Асутаев

Цель – оценить динамику параметров качества жизни пациентов, перенесших паховую герниопластику лапароскопическим доступом с использованием тотальной экстраперитонеальной и трансабдоминальной предбрюшинной герниопластики. **Материал и методы.** Проведен сравнительный анализ показателей качества жизни с помощью опросника EQ-5D в 1-й день, через 1 месяц и 12 месяцев после операций у 20 и 33 пациентов соответственно. **Результаты.** Максимальные различия в анализируемых параметрах проявились в первые сутки после операции. Наличие проблем в этот период в большей степени пациенты связывали с болью/дискомфортом в зоне операции, которые прежде всего проявлялись у большинства перенесших лапароскопическую трансабдоминальную предбрюшинную герниопластику (64 %) и становились причиной более низкой оценки состояния здоровья. Выявленные отличия нивелировались уже через месяц после вмешательств и отсутствовали через 12 месяцев после операции.

Ключевые слова: качество жизни, мониторинг, паховая герниопластика.

ВВЕДЕНИЕ

Современная герниология идет по пути повышения надежности применяемых методов пластики пахового канала при одновременном снижении травматичности и числа послеоперационных осложнений. Достаточно эффективными показывают себя прежде всего видеолапароскопические методы, такие как тотальная экстраперитонеальная лапароскопическая паховая герниопластика (Total ExtraPeritoneal repair – TEP) и лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (TransAbdominal PrePeritoneal repair – TAPP), имеющие значительные преимущества перед классическими способами пластики пахового канала [1–3]. Вместе с тем до настоящего времени нет единого мнения о сравнительных преимуществах этих герниопластик и прежде всего об их влиянии на качество жизни (КЖ) пациентов в ближайшем и долгосрочном периоде [2, 4–5]. Лежащая

в основе оценки проведенного лечения динамика объективных клинических критериев эффективности, к сожалению, не всегда равна социальной значимости полученных результатов и субъективной оценке своего состояния пациентом [2, 4, 6]. В настоящее время, когда стандартизация подходов к лечению и внедрение высокотехнологичных методов стали общим явлением, среди хирургов растет понимание того, что невозможно провести полноценную оценку преимуществ или недостатков различных оперативных вмешательств лишь по «количественным» итогам, без рассмотрения их влияния на КЖ с точки зрения самого пациента [2, 7–8]. Учет последнего позволит составить объективную и максимально полную картину эффективности проведенного лечения.

Цель – оценить динамику параметров качества жизни пациентов, перенесших паховую герниопла-

PARAMETERS MONITORING OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER INGUINAL HERNIORRHAPHY

V. V. Darvin, A. N. Poborsky, N. I. Ponamarev, Sh. D. Asutaev

The aim of the study is to evaluate the dynamics of the quality of life parameters of patients who underwent inguinal herniorrhaphy using totally extraperitoneal repair and trans-abdominal preperitoneal hernia repair methods. **Material and methods.** A comparative analysis of the indicators of quality of life was carried out using the EQ-5D questionnaire on the 1st day, in 1 month and in 12 months after totally extraperitoneal repair (20 patients) and transabdominal preperitoneal repair (33 patients). **Results.** Maximum differences in the analyzed parameters appeared on the first-day post-surgery. Largely the presence of problems during this period, patients associated with pain or discomfort in the area of operation. The latter, first of all, manifested itself in the majority of those who underwent transabdominal preperitoneal hernia repair (64 %) and caused their lower health rating. The revealed differences abated within a month after the intervention and were absent in 12 months after surgery.

Keywords: quality of life, monitoring, inguinal herniorrhaphy.

стику лапароскопическим доступом с использованием тотальной экстраперитонеальной и трансабдоминальной предбрюшинной герниопластики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В работе проанализированы показатели КЖ 53 пациентов-мужчин, которым были выполнены в плановом порядке оперативные вмешательства по поводу первичных односторонних неосложненных паховых грыж в хирургическом отделении БУ «Сургутская городская клиническая больница» в 2015–2017 гг. Медиана возраста составила 57 (44; 61) лет. Медиана длительности грыженосительства составила 14 (6; 18) месяцев. Операция по методу ТЕР была проведена у 20 (38 %) пациентов, по методу ТАРР – у 33 (62 %) больных при II, IIIa, IIIб-2, IIIб-3 типах паховой грыжи (по классификации L. Nyhus) [9]). В качестве сетчатого имплантата использовалась частично рассасывающаяся облегченная монофиламентная сетка ULTRAPRO (ETHICON Johnson&Johnson, США). Оперативное лечение выполнялось под общей анестезией с искусственной вентиляцией легких.

Качество жизни пациентов оценивалось с помощью валидированной русской версии международного опросника EuroQoL Index (EQ-5D), разработанного Европейской группой исследования КЖ [10–11]. Настоящий опросник дает возможность оценить сферы жизнедеятельности, которые составляют основу понятия КЖ. EQ-5D является открытым, может использоваться свободно для некоммерческих целей и состоит из 2 частей [7, 11]. Базовая часть в первом разделе позволяет оценить состояние здоровья на момент заполнения по 5 компонентам, отражающим подвижность, самообслуживание, активность в повседневной жизни, наличие боли/дискомфорта и тревоги/депрессии. Шкала оценки каждого компонента имеет три уровня в зависимости от степени выраженности проблемы: 1 – нет нарушений; 2 – есть умеренные нарушения; 3 – есть выраженные нарушения. На основании оценки выраженности нарушений по 5 шкалам может быть получено 243 различных вариантов оценки состояния здоровья, представляемых в виде пятизначного кода (например, «33333» означает, что у пациента выраженные нарушения по всем анализируемым компонентам). Следующий раздел определяет состояние здоровья на настоящий момент по сравнению с тем, каким оно было год назад, и также имеет три уровня: 1 – улучшилось; 2 – не изменилось; 3 – ухудшилось. Вторая часть опросника – визуально-аналоговая шкала (ВАШ) («термометр» здоровья), представляющая собой градуированную линейку, на которой «0» означает самое плохое, а «100» баллов – самое хорошее состояние здоровья. Пациент делал отметку на той части «термометра», которая соответствовала его КЖ на момент заполнения. Эта часть опросника отражает индивидуальную количественную оценку КЖ, связанного со здоровьем. Сбор данных проводили методом анкетирования пациентов в 1-й день, через 1 месяц и через 12 месяцев после операции.

Анализ типа распределения данных показал его отличие от нормального. Статистическая обработка результатов проводилась непараметрическими методами. Сравнение двух независимых выборок проводили с использованием U-критерия Манна-Уитни. Статистическую значимость изменений параметра

при повторных исследованиях оценивали, используя критерий Уилкоксона. В качестве параметров распределения в описании данных приводятся значения медианы, верхнего и нижнего квартиля. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка эффективности используемых методов герниопластики показала отсутствие рецидивов заболевания во все периоды обследования. Зафиксированные в ближайшем послеоперационном периоде осложнения были немногочисленны (серома у одного пациента после ТАРР и одного – после операции по методу ТЕР), не приводили к инфицированию или нагноению раны и не требовали медикаментозного лечения, хирургического вмешательства (осложнения I степени по классификации Clavien-Dindo [12]).

Мониторинг КЖ с использованием международного опросника EQ-5D у пациентов, перенесших эндоскопические герниопластики, продемонстрировал наличие разных вариантов субъективной оценки состояния своего здоровья в различные периоды после оперативных вмешательств. В первые сутки после ТЕР и ТАРР на проблемы по всем рассматриваемым компонентам EQ-5D указывали все пациенты, но наиболее значительная выраженность, отмечаемая по шкалам «боль/дискомфорт» и «тревожность/депрессия», имела место у прооперированных методом ТАРР (табл. 1).

Через месяц после операции неблагоприятную оценку своему состоянию давали только 20 % (n = 4) прооперированных методом ТЕР и 27 % (n = 9) – ТАРР и лишь по таким показателям, как «боль/дискомфорт» и «тревога/депрессия». По этим же компонентам опросника проблемы сохранялись и у 6 % (n = 2) перенесших ТАРР через 12 месяцев после операции.

Проведенная оценка профиля «состояние здоровья» EQ-5D показала, что в первые сутки после ТЕР, все пациенты имели индекс КЖ «22222», отмечая наличие некоторых проблем с передвижением, самообслуживанием, повседневной активностью, они указывали на незначительные проявления боли, дискомфорта и, в связи с этим, небольшой тревоги (табл. 2). В то же время код состояния здоровья «22222» имел место у 36 % (n = 12) пролеченных методом ТАРР, показывая небольшие трудности с передвижением, самообслуживанием, отражая наличие некоторых проблем с выполнением повседневных дел, небольшую боль и дискомфорт, что сопровождалось незначительным проявлением тревоги. Большая же часть перенесших ТАРР (64 % – 21 пациент) оценили состояние своего здоровья по шкалам опросника, как «22333». Из табл. 2 видно, что они имели некоторые проблемы с передвижением в пространстве, самообслуживанием, отмечая при этом невозможность выполнения повседневных дел, что связывалось с наличием сильной боли в зоне операции. Последнее вызывало проявление выраженной тревоги или депрессии. Оценивая на данном этапе состояние своего здоровья за предшествующий год, все пациенты, вне зависимости от способа проведенной герниопластики, отмечали его ухудшение.

Показатели КЖ по шкале-«термометру» были невысокими, но статистически значимую более позитив-

ную характеристику своего состояния давали прооперированные методом ТЕР (значения медианы, верхних и нижних квартилей после ТЕР – 42 (28; 49), TAPP – 31 (18; 42), $p = 0,020$).

По прошествии месяца после оперативных вмешательств значительная часть пациентов (80 % – 16 пациентов, перенесших ТЕР, и 73 % – 24 пациента, прооперированных методом TAPP), отмечали состояние здоровья, соответствующее максимальному индексу КЖ «11111», которое характеризовалось отсутствием проблем с передвижением, самообслуживанием, выполнением повседневных дел. Анкетированные указывали на то, что их перестали беспокоить боль и дискомфорт в области операции, проявления тревоги. На фоне высокой оценки своего состояния эти обследуемые характеризовали динамику изменения своего здоровья за год уже положительно.

В то же время 20 % ($n = 4$) пациентов, перенесших ТЕР и 27 % ($n = 9$) оперированных способом TAPP, отражая свое состояние кодом «11122», не имея проблем с передвижением в пространстве, самообслуживанием, в повседневной активности, при отсутствии болевого синдрома продолжали испытывать небольшой дискомфорт в зоне оперативного вмешательства. Это вызывало у них определенную, пусть и незначительную тревогу. На данном этапе обследования, в отличие от описанного в первые сутки после операции, анкетированные констатировали неизменность своего состояния, делая акцент на наличие у них вышеуказанных негативных ощущений.

Позитивная характеристика состояния здоровья, отразившаяся в вышеописанных профилях, проявилась и в результатах оценки КЖ по ВАШ. При этом величины показателя КЖ после ТЕР и TAPP возросли относительно предшествующего периода обследования и стали сопоставимы (после ТЕР с 42 (28; 49) до 53 (45; 59), $p = 0,018$; после TAPP с 31 (18; 42) до 50 (40; 58), $p < 0,0001$ соответственно).

Оцениваемые параметры через 12 месяцев после операции продемонстрировали улучшение и рост КЖ у всех обследуемых после ТЕР. Индекс состояния здоровья в этой группе на момент проведения анкетирования составил «11111», что отражало отсутствие проблем по всем оцениваемым компонентам. Однако за прошедший после вмешательства год лишь 50 % ($n = 10$) пациентов отметили улучшение состояния своего здоровья, 35 % ($n=7$) указали на неизменность и 15 % ($n = 3$) – его ухудшение.

В группе, где была проведена герниопластика TAPP, 94 % ($n = 31$) анкетированных определяли свое состояние как максимально оптимальное, отмечая индекс КЖ как «11111». Лишь у 6 % ($n = 2$) пациентов этой группы индекс КЖ «11122» свидетельствовал

о том, что при отсутствии проблем с передвижением в пространстве, самообслуживанием, выполнением повседневных дел по прошествии 12 месяцев после операции сохранялось чувство дискомфорта в зоне операции, которое сопровождалось состоянием тревоги или депрессии. Оценивая динамику состояния своего здоровья за прошедший год, 42,4 % ($n = 14$) пациентов указывали на улучшение, 36,4 % ($n = 12$) отметили его неизменность и 21,2 % ($n = 7$) констатировали ухудшение здоровья (табл. 1).

Примечательно, что на «термометре» здоровья отражаемая количественная оценка КЖ оставалась неизменной относительно предшествующего периода исследования (1 месяц после вмешательства). При этом различия в показателях после ТЕР и TAPP отсутствовали (ТЕР – 59 (48; 62), TAPP – 55 (45; 62)).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мониторинг параметров КЖ с целью рассмотрения эффективности проведенных эндоскопических герниопластик показал наличие проблем со здоровьем, максимально проявившихся в первые сутки после операции. Именно в этот период выявлены различия в оценке состояния своего здоровья и КЖ у пациентов, перенесших ТЕР и TAPP, которые нивелируются уже через месяц после вмешательств и отсутствуют через 12 месяцев после операции.

Наличие проблем, прежде всего в первый день после вмешательства, по всем оцениваемым компонентам опросника EQ-5D в большей степени пациенты связывали с болью/дискомфортом в зоне операции. Последние максимально проявлялись у большинства перенесших TAPP (64 %), что становилось причиной более низкой оценки состояния здоровья по шкале-«термометру» по сравнению с ТЕР. Это, по-видимому, обусловлено особенностями методики выполнения TAPP, когда имеет место рассечение париетальной брюшины, что определяет большую интенсивность и длительность послеоперационной боли [1, 4, 13].

Отмечено, что при позитивной динамике параметров КЖ и нивелировании различий в их оценке с течением времени у перенесших ТЕР и TAPP, значительное число пациентов отмечали умеренные баллы на шкале-«термометре» и ухудшение или неизменность своего состояния через 12 месяцев после операции. Проведенный опрос показал, что это было связано прежде всего с развитием сопутствующих заболеваний и не имело отношения к проведенным оперативным вмешательствам по поводу паховой грыжи.

Конфликт интересов – авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Егиев В. Н., Воскресенский П. К. Грыжи. М. : Медпрактика-М, 2015. 480 с.
2. Bittner R., Montgomery M. A., Arregui M. E. et al. Update of Guidelines on Laparoscopic (TAPP) and Endoscopic (TEP) Treatment of Inguinal Hernia (International Endohernia Society) // Surg Endosc. 2015. Vol. 29. P. 289–321.
3. Miserez M., Peeters E., Aufenacker T. et al. Update with Level 1 Studies of the European Hernia Society

REFERENCES

1. Egiev V. N., Voskresenskii P. K. Gryzhi. Moscow : Medpraktika-M, 2015. 480 p. (In Russian).
2. Bittner R., Montgomery M. A., Arregui M. E. et al. Update of Guidelines on Laparoscopic (TAPP) and Endoscopic (TEP) Treatment of Inguinal Hernia (International Endohernia Society) // Surg Endosc. 2015. Vol. 29. P. 289–321.
3. Miserez M., Peeters E., Aufenacker T. et al. Update with Level 1 Studies of the European Hernia Society

Таблица 1

Динамика состояния здоровья пациентов разные периоды после паховой герниопластики по данным опросника EQ-5D

Состояние здоровья	1-е сутки после операции		1-й месяц после операции		12 месяцев после операции	
	TEP, n (%)	TARP, n (%)	TEP, n (%)	TARP, n (%)	TEP, n (%)	TARP, n (%)
Передвижение в пространстве						
Нет проблем	0	0	20 (100)	33 (100)	20 (100)	33 (100)
Есть некоторые проблемы	20 (100)	33 (100)	0	0	0	0
Прикован к кровати	0	0	0	0	0	0
Самообслуживание						
Нет проблем	0	0	20 (100)	33 (100)	20 (100)	33 (100)
Есть некоторые проблемы	20 (100)	33 (100)	0	0	0	0
Не может сам мыться и одеваться	0	0	0	0	0	0
Повседневная активность						
Нет проблем	0	0	20 (100)	33 (100)	20 (100)	33 (100)
Есть некоторые проблемы	20 (100)	12 (36)	0	0	0	0
Не в состоянии выполнять повседневные дела	0	21 (64)	0	0	0	0
Боль/дискомфорт						
Нет проблем	0	0	16 (80)	24 (73)	20 (100)	31 (94)
Есть умеренная боль и дискомфорт	20 (100)	12 (36)	4 (20)	9 (27)	0	2 (6)
Сильная боль и дискомфорт	0	21 (64)	0	0	0	0
Тревога/депрессия						
Нет проблем	0	0	16 (80)	24 (73)	20 (100)	31 (94)
Есть умеренная тревога и депрессия	20 (100)	33 (100)	4 (20)	9 (27)	0	2 (6)
Есть выраженная тревога и депрессия	0	0	0	0	0	0
Изменение состояния здоровья за год						

Продолжение табл. 1

Улучшилось	0	0	16 (80)	24 (73)	10 (50)	14 (42,4)
Не изменилось	0	0	4 (20)	9 (27)	7 (35)	12 (36,4)
Ухудшилось	20 (100)	33 (100)	0	0	3 (15)	7 (21,2)

Таблица 2

Профили «состояния здоровья», встречающиеся у пациентов, в разные периоды после паховой герниопластики

Состояние здоровья	Индекс	1-е сутки после операции		1-й месяц после операции		12 месяцев после операции	
		ТЕР, n (%)	TAPR, n (%)	ТЕР, n (%)	TAPR, n (%)	ТЕР, n (%)	TAPR, n (%)
Нет проблем с передвижением в пространстве Нет проблем с самообслуживанием Нет проблем с выполнением повседневных дел Отсутствуют боль или дискомфорт Отсутствуют тревога или депрессия	11111	0	0	16 (80)	24 (73)	20 (100)	31 (94)
Нет проблем с передвижением в пространстве Нет проблем с самообслуживанием Нет проблем с выполнением повседневных дел Умеренная боль или дискомфорт Умеренная тревога или депрессия	11122	0	0	4 (20)	9 (27)	2 (6)	
Некоторые проблемы с передвижением в пространстве Некоторые проблемы с самообслуживанием Некоторые проблемы с выполнением повседневных дел Умеренная боль или дискомфорт Умеренная тревога или депрессия	22222	20 (100)	12 (36)	0	0	0	0
Некоторые проблемы с передвижением в пространстве Некоторые проблемы с самообслуживанием Не может выполнять повседневные дела Выраженное чувство боли или дискомфорта Выраженная тревога или депрессия	22333	0	21 (64)	0	0	0	0

Примечание: Индекс состояния здоровья позволяет оценить состояние здоровья на момент заполнения по 5 компонентам.

- Guidelines on the Treatment of Inguinal Hernia in Adult Patients // *Hernia*. 2014. Vol. 18 (2). P. 151–163.
4. Осмонбекова Н. С., Курбанов Ф. С., Добровольский С. Р. Значение и методика анализа качества жизни хирургических больных // *Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова*. 2012. № 5. С. 84–87.
 5. Poelman M. M., van den Heuvel B., Deelder J. D. EAES Consensus Development Conference on Endoscopic Repair of Groin Hernias // *Surg Endosc*. 2013. Vol. 27. P. 3505–3519.
 6. Мизерницкий Ю. Л., Дартау Л. А. Управление здоровьем населения с позиций системного подхода // *Вестник СурГУ. Медицина*. 2017. № 2. С. 39–44.
 7. Поборский А. Н., Дрожжин Е. В., Понамарев Н. И., Асутаев Ш. Д. Фармако-экономический анализ антибиотикотерапии осложнений после грыжесечения // *Вестник СурГУ. Медицина*. 2017. № 1. С. 59–61.
 8. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. Шевченко Ю. Л. М. : ЗАО «ОЛМА» Медиа Групп, 2007. 320 с.
 9. Nyhus L. M. Individualization of Hernia Repair: a New Era // *Surgery*. 1993. Vol. 114 (1). P. 1–2.
 10. Амирджанова В. Н., Эрдес Ш. Валидация русской версии общего опросника EuroQol-5D (EQ-5D) // *Науч.-практич. ревматология*. 2007. № 3. С. 69–76.
 11. EQ-5D: site. URL: <https://euroqol.org/> (дата обращения: 20.01.2019).
 12. Dindo D., Demartines N., Clavien P. A. Classification of Surgical Complications. A New Proposal with Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey // *Annals of Surgery*. 2004. Vol. 240 (2). P. 205–213.
 13. *Inguinal Hernia Surgery* / Ed. G. Campanelli. Milano: Springer-Verlag Mailand, 2017. 205 p.
4. Osmonbekova N. S., Kurbanov F. S., Dobovol'skiy S. R. The Importance and Evaluation Methods of the Quality of Life in Surgical Patients // *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2012. No. 5. P. 84–87. (In Russian).
 5. Poelman M. M., van den Heuvel B., Deelder J. D. EAES Consensus Development Conference on Endoscopic Repair of Groin Hernias // *Surg Endosc*. 2013. Vol. 27. P. 3505–3519.
 6. Mizernitsky Yu. L., Dartau L. A. System Approach to Public Health Management // *Vestnik SurGU. Medicina*. 2017. No. 2. P. 39–44. (In Russian).
 7. Poborsky A. N., Drozhzhin E. V., Ponamaryov N. I., Asutayev Sh. J. Pharmacological and Economic for Herniatomy Complications // *Vestnik SurGU. Medicina*. 2017. No. 1. P. 59–61. (In Russian).
 8. *Rukovodstvo po issledovaniiu kachestva zhizni v meditsine* / Ed. Shevchenko Iu. L. Moscow : ZAO "OLMA" Media Group, 2007. 320 p. (In Russian).
 9. Nyhus L. M. Individualization of Hernia Repair: a New Era // *Surgery*. 1993. Vol. 114 (1). P. 1–2.
 10. Amirdjanova V. N., Erdes S. F. Validation of general questionnaire EuroQol-5D (EQ-5D) Russian version // *Rheumatology Science and Practice*. 2007. No. 3. P. 69–76. (In Russian).
 11. EQ-5D [Electronic Source]. URL: <https://euroqol.org/> (accessed: 20.01.2019).
 12. Dindo D., Demartines N., Clavien P. A. Classification of Surgical Complications. A New Proposal with Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey // *Annals of Surgery*. 2004. Vol. 240 (2). P. 205–213.
 13. *Inguinal Hernia Surgery* / Ed. G. Campanelli. Milano: Springer-Verlag Mailand, 2017. 205 p.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Дарвин Владимир Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: e.suhojckova2012@yandex.ru.

Поборский Александр Николаевич – доктор медицинских наук, профессор Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: poborsky@mail.ru.

Понамарев Николай Ильич – заместитель главного врача по медицинской части, Сургутская городская клиническая больница; e-mail: sgkb@surgkb.ru.

Асутаев Шариф Джамалович – аспирант кафедры хирургических болезней Медицинского института, Сургутский государственный университет; врач-хирург, Сургутская городская клиническая больница; e-mail: sait@list.ru.

ABOUT THE AUTHORS

Vladimir V. Darvin – Doctor of Science (Medicine), Professor, Head, Surgical Diseases Department, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: e.suhojckova2012@yandex.ru.

Aleksandr N. Poborsky – Doctor of Science (Medicine), Professor, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: poborsky@mail.ru.

Nikolay I. Ponamarev – Deputy Chief Medical Officer, Medicine, Surgut City Clinical Hospital; e-mail: sgkb@surgkb.ru.

Sharif D. Asutayev – Postgraduate, Surgical Diseases Department, Medical Institute, Surgut State University; Surgeon, Surgut City Clinical Hospital; e-mail: sait@list.ru.