

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

А.А. Бочкарев, А.В. Щербатых, А.Л. Агрызков, А.А. Большешапов

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра факультетской хирургии, зав. — д.м.н., проф. А.В. Щербатых)

Резюме. В статье представлен материал о клиническом исследовании нового метода хирургического лечения паховых грыж.

Ключевые слова: паховая грыжа, герниопластика.

SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIAS

A.A. Bochkarev, A.V. Sherbatykh, A.L. Agryzkov, A.A. Bolsheshapov
(Irkutsk State Medical University)

In the work the material about clinical research of a new method of surgical treatment of inguinal hernias is presented.
Key words: inguinal hernias, hernioplasty.

Паховые грыжи являются одним из наиболее часто встречаемых заболеваний в хирургии. Ежегодно в мире выполняется более 20 млн. операций по поводу паховых грыж, что составляет от 10 до 15% всех оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Мнение исследователей об объеме и способе герниопластики при паховых грыжах расходятся. Различия при выборе пластики паховых грыж зависят главным образом от особенностей этиопатогенеза и хирургической анатомии пахового канала. Послеоперационный рецидив грыжи после пластики местными тканями в течение многих десятилетий остается высоким и варьирует от 13 до 42,5% [1,4,7].

Лишь в единичных клиниках, специально занимающихся вопросами хирургии грыж, показатель рецидивов снижен до минимума (1-2%), тогда как более 90% всех грыжесечений выполняется и, видимо, всегда будут выполняться в общехирургических стационарах [4,7].

Неудовлетворительные результаты лечения паховых грыж традиционными способами послужили причиной для разработки и внедрения в практику различных методов пластики пахового канала с использованием имплантатов, среди которых выделяется способ I. Lichtenstein, заключающийся в протезировании задней стенки пахового канала полипропиленовой сеткой. Результаты применения герниопластики по I. Lichtenstein продемонстрировали низкий показатель послеоперационных осложнений и рецидивов 0,7-1,5% [8,9].

Однако не всегда применение пластики с использованием полипропиленовой сети является адекватной. После фиксации протеза остается без изменения внутреннее паховое кольцо, а применяемый имплантат не способен сдерживать периодически возникающие повышения внутрибрюшного давления, в связи с чем внутреннее паховое кольцо может быть источником рецидива грыжи. Также при пластике по I. Lichtenstein не изменяется величина пахового промежутка, что в раннем послеоперационном периоде приводит к повышенной нагрузке на имплантат и, как следствие, иногда к несостоятельности швов и рецидиву грыжи.

Следовательно, при наличии неудовлетворительных результатов лечения паховых грыж с применением имплантатов целесообразно совершенствование имеющихся способов герниопластики и применение комбинированных методик, позволяющих снизить количество рецидивов заболевания и улучшить как медицинские, так

и социальные показатели лечения паховых грыж.

Нами разработана и внедрена в клиническую практику методика герниопластики с использованием полипропиленового имплантата.

За период с января 2003 г. по январь 2007 г. на базе хирургического отделения факультетских клиник ГОУ ВПО ИГМУ оперировано 372 больных с паховыми грыжами. Больные были разделены на три группы. Из них традиционная пластика задней стенки пахового канала аутоканями выполнена у 188 больных — группа клинического сравнения (ГКС), операция I. Lichtenstein — у 137 — группа лечения I (ГЛ I), герниопластика по предлагаемой методике — у 47 — группа лечения II (ГЛ II).

Критерии отбора были следующие: больные мужского пола в возрасте от 20 до 70 лет, односторонний характер поражения, опыт хирурга в выполнении каждого из методов операции не менее 3 лет, длительность отдаленных наблюдений не менее одного года, контрольный осмотр непосредственно в клинике (не по телефону или почте).

При статистическом анализе применялись дисперсионный и дискриминантный анализы, а также методы описательной и сравнительной статистики с использованием параметрических и непараметрических критериев, таких как Т-критерий и критерий Манна-Уитни. Оценка клинической эффективности различных методов оперативного лечения оценивалась в соответствии с международными рекомендациями представлений медико-биологических исследований (CONSORT, 1996) [2,3,6,10].

В качестве клинических критериев, позволяющих объективно оценить качество лечения больных во всех группах, были: в раннем послеоперационном периоде — техническая сложность вмешательства (продолжительность операции), безопасность операции (осложнения), длительность (продолжительность стационарного лечения); в отдаленном периоде — надежность (количество рецидивов) и скорость реабилитации (сроки возвращения к полной физической нагрузке).

Продолжительность операций традиционными методами оказалась несколько дольше, чем способ герниопластики с использованием предложенной нами методики и пластики по I. Lichtenstein. Продолжительность операции в ГКС составила в среднем $59,9 \pm 15,2$ мин., в ГЛ I — $50,3 \pm 12,2$ мин. и в ГЛ II — $56,2 \pm 8,7$ мин. Значимые различия по продолжительности оператив-

ного вмешательства получены между ГКС и ГЛ I, ГЛ I и ГЛ II ($p < 0,05$), между группами ГКС и ГЛ II различия не значимы ($p > 0,05$).

Средний койко-день после пластики местными тканями был несколько выше, чем грыжесечение с использованием аллопланта и составил в среднем $8,7 \pm 1,4$ сут., ГЛ II — $6,8 \pm 0,8$ сут. и в ГЛ I — $7,9 \pm 1,1$ сут. Значимые различия получены между ГКС и ГЛ I ($p < 0,05$), между остальными группами различия не значимы ($p > 0,05$).

Больные в ГЛ II меньше времени находились в стационаре и быстрее приступали к работе. После операции I.Lichtenstein реабилитация больных проходила значительно быстрее, чем после традиционных операций, и несколько дольше, чем после операции по предлагаемой методике как при занятиях легким, так и тяжелым трудом.

По такому критерию, как срок реабилитации (срок нетрудоспособности) у больных, чья работа не связана с физическим трудом, наименьшие значения наблюдались после пластики с использованием предложенной нами методики и составили в среднем $12,3 \pm 2,3$ дней. В ГЛ I длительность нетрудоспособности составила $13,1 \pm 3,2$ дней и в ГЛ II — $16,9 \pm 4,6$ дней. Значимые различия получены между ГКС и ГЛ I, ГКС и ГЛ II ($p < 0,05$), между группами ГЛ I и ГЛ II различия не значимы ($p > 0,05$).

По такому критерию как срок реабилитации (срок нетрудоспособности) у больных, чья работа связана с физическим трудом, наименьшие значения также наблюдались в ГЛ II и составили в среднем $17,1 \pm 2,8$ дней, в ГЛ I — $19,2 \pm 3,6$ дней и в ГКС — $23,1 \pm 3,5$ дней. Значимые различия получены между всеми тремя группами ($p < 0,05$).

Общее количество осложнений после традиционных операций — 53 (28,2%), после операции I.Lichtenstein — 28 (20,4%), после авторской методики — 9 (19,1%).

Структура осложнений в исследуемых группах больных оказалась различной. Операционных осложнений не наблюдалось ни при одной из герниопластик. Послеоперационные осложнения при традиционных операциях отмечались чаще, как по сравнению с предлагаемой методикой так и операций I.Lichtenstein.

Соотношения рецидивов грыж распределились в следующем порядке: после традиционных операций — 18 (9,6%), после операции I.Lichtenstein — 4 (2,9%), после авторской методики — 1 (2,1%).

Значения послеоперационных осложнений и рецидивов выразились в показателях СОР (снижение относительного риска), САР (снижение абсолютного риска) и ЧБНЛ (число больных, которых необходимо лечить определенным методом в течение определенного времени, чтобы достичь определенного эффекта или предотвратить неблагоприятный исход у одного больного), которые наиболее достоверно указали на эффективность той или иной методики. Все полученные величины колебались в пределах значений доверительно-го интервала (ДИ).

Клиническая эффективность хирургического лечения паховых грыж по критерию функциональных и анатомических нарушений выглядит следующим образом. При сравнении ГКС и ГЛ I полученные оценки СОР 27,4 % при ДИ (17,8-39,3) и САР 7,8%, ЧБНЛ — 12,8

(95% ДИ 6,9-22,2). При сравнении ГКС и ГЛ II полученные оценки СОР 32,3% при ДИ (21,9-45,2) и САР 9,1%, ЧБНЛ — 10,9 (95% ДИ 5,5-19,7). При сравнении ГЛ I и ГЛ II полученные оценки СОР 6,3% при 95% ДИ (2,2-13,1) и САР 1,3%, ЧБНЛ — 76,9 (95% ДИ 58,8-92,9).

Полученные результаты свидетельствуют о снижении количества осложнений при лечении с использованием предложенной методики и операцией I.Lichtenstein по сравнению с традиционными методами лечения.

Клиническая эффективность хирургического лечения паховых грыж по критерию послеоперационных рецидивов выглядит следующим образом. При сравнении ГКС и ГЛ I полученные оценки СОР 69,8% при ДИ (53,4-86,2) и САР 6,7%, ЧБНЛ — 14,9 (95% ДИ 8,4-24,7). При сравнении ГКС и ГЛ II полученные оценки СОР 78,1% при ДИ (60,8-95,4) и САР 7,5%, ЧБНЛ — 13,3 (95% ДИ 6,9-22,2). При сравнении ГЛ I и ГЛ II полученные оценки СОР 27,6% при 95% ДИ (18,6-40,5) и САР 0,8%, ЧБНЛ — 125 (95% ДИ 103,1-146,9).

Полученные результаты свидетельствуют о статистически значимой эффективности предложенной методики и операции I.Lichtenstein по сравнению с традиционными методами лечения.

Таким образом, по сложности, безопасности, времени реабилитации, надежности значительно лучше оказались результаты методов герниопластики, при которых используется полипропиленовая сеть.

Преимуществами предложенной нами методики перед традиционными методами явились статистически значимые ($p < 0,05$) показатели — меньшие сроки госпитализации, более быстрая реабилитация больных, меньшее количество осложнений и рецидивов.

При сравнении предлагаемой методики и операции I.Lichtenstein различия менее значительны. По таким критериям, как сложность (время операции), преимуществом обладает операция I.Lichtenstein, а по таким как скорость реабилитации (сроки возвращения к полной физической нагрузке) — методика автора.

Внедрение нового способа в практику лечения паховых грыж позволило уменьшить процент осложнений, как в раннем, так и отдаленном послеоперационном периоде и самое главное — снизить частоту рецидивов.

Применение разработанной методики дает возможность полного восстановления функционального состояния передней брюшной стенки, уменьшение продолжительности стационарного лечения и более быстрого восстановления трудоспособности у больных, занимающихся как легким, так и тяжелым физическим трудом.

Относительно малая травматичность, быстрая медицинская и социальная реабилитация больных, патогенетическая обоснованность данного вида пластики, универсальность методики — все это должно дать методу более широкое распространение в хирургической практике паховых грыж.

Таким образом, применение операций с использованием синтетических аллоплантов позволяет значительно улучшить результаты оперативного лечения паховых грыж по сравнению с грыжесечением местными тканями. Паховое грыжесечение с пластикой по предлагаемой методике, по сравнению с операцией I.Lichtenstein и традиционными методами герниоплас-

тики, сопровождается меньшим показателем числа рецидивов и осложнений раннего и отдаленного послеоперационного периода. Предлагаемая методика, по сравнению с герниопластикой местными тканями, спо-

собствует сокращению сроков госпитализации, временной нетрудоспособности, уменьшает период реабилитации в связи с более ранней трудовой активностью больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян А.А., Магомадов Р.Х., Кутин А.А., Наумов С.С. Комбинированная пластика при паховых грыжах // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. — 2007. — № 2. — С.74-79.
2. Алферова М.А. Основы прикладной статистики: Метод. рекомендации. — Иркутск.: ИГИУВ, 2007. — 101 с.
3. Герасимов А.Н. Медицинская статистика: Учебное пособие. — М.: МИА, 2007. — 480 с.
4. Жебровский В.В., Тоскин К.Д., Бабанин А.А. и др. Новый способ пластики пахового канала при лечении паховых грыж // *Вестник хирургии*. — 1995. — Т. 154, № 3. — С.81-85.
5. Скрипченко Н.А. Анализ данных в MICROSOFT EXCEL. — Иркутск: Изд-во ИрГТУ, 1998. — 60 с.
6. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А. Методики хирургического лечения паховых грыж: (методические рекомендации) // *Хирург*. — 2006. — № 9. — С.40-50.
7. Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А., Тимошин А.Д. Современные подходы к лечению паховых грыж // *Хирург*. — 2006. — № 9. — С.18-21.
8. Amid P.K., Lichtenstein I.L. Long term result and current status of the Lichtenstein open tension-free hernioplasty // *Journal Hernia*. — 1999. — Vol. 2. — P.89-94.
9. Henry J., Andrew M.R. Using numerical results from systematic reviews in clinical practice // *Ann Intern Medicine*. — 1997. — Vol. 126. — P.712-720.

Адрес для переписки:

664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ, кафедра факультетской хирургии.

Щербатых Андрей Васильевич - зав. кафедрой, профессор, д.м.н.

© МУТИНА А.Н., БРЕГЕЛЬ Л.В., СУББОТИН В.М., МИХАЛЕВИЧ И.М. — 2008

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В РАННЕЙ СТАДИИ СЛИЗИСТО-КОЖНО-ЛИМФО-ЖЕЛЕЗИСТОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

А.Н. Мутина, Л.В. Брегель, В.М. Субботин, И.М. Михалевич

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра педиатрии, зав. — д.м.н., проф. Л.В. Брегель)

Резюме. Исследованы изменения ЭКГ в ранней стадии слизисто-кожного лимфо-железистого синдрома у детей. Сравнение групп детей с коронаритом и миокардитом показало, что отрицательный зубец $T_{II,III,V4-V6}$ при коронарите (группа III) встречаются достоверно чаще, чем при миокардите (группа II, $p_{II-III}=0,047$), а снижение вольтажа зубцов комплекса QRS более характерно для миокардита, чем для коронарита ($p_{II-III}=0,003$). При коронарите с повреждением левой коронарной артерии либо обеих главных артерий патологические сдвиги ЭКГ выражены наиболее резко и включают инверсию зубца T, смещение ST-сегмента относительно изолинии (чаще ST-депрессию), патологический зубец Q, удлинение интервала QT. С помощью дискриминантного анализа были вычислены линейные дискриминантные функции, позволяющие прогнозировать поражение коронарных артерий по данным электрокардиограммы.

Ключевые слова: слизисто-кожно-лимфо-железистый синдром, дети, электрокардиограмма, коронарные артерии, коронарит.

ELECTROCARDIOGRAPHIC ABNORMALITIES IN AN ACUTE STAGE OF A MUCOCUTANEOUS LYMPH NODE SYNDROME IN CHILDREN

A.N. Mutina, L.V. Bregel, V.M. Subbotin

(Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies)

ECG abnormalities in an acute stage of a mucocutaneous lymph node syndrome in children are investigated. Comparison of groups of children with coronaritis and myocarditis has shown, that negative wave $T_{II,III,V4-V6}$ in coronaritis (group III) met authentically more often, than in myocarditis (group II, $p_{II-III}=0,047$), and reduction voltage complex QRS is more typical for myocarditis, than for coronaritis ($p_{II-III}=0,030$). In coronaritis with damage of the left coronary artery or both main arteries pathological shifts of an ECG are expressed most sharply and include inversion wave T, displacement of a ST-segment is relative isoline (is more often ST-depression), pathological wave Q, lengthening interval QT. With the help of the discriminant analysis the linear discriminant functions have been calculated, allowing to predict defeat of coronary arteries according to the electrocardiogram.

Key words: mucocutaneous lymph node syndrome, children, electrocardiogram, coronary arteries, coronaritis.

Слизисто-кожно-лимфо-железистый синдром (СКЛС, болезнь Кавасаки) — один из наиболее распространенных в мире детских системных васкулитов, который часто сопровождается поражением сердца (в первую очередь коронарных артерий). Различают полную и неполную форму СКЛС, в зависимости от числа диагностических признаков в начале заболевания. К ним относятся: подъем температуры тела $\geq 38,5^\circ\text{C}$ аксиллярно в течение 5 дней и более, изменения кожи конечностей, полиморфная экзантема, 2-х-сторонний катаральный конъюнктивит, изменения слизистых обо-

лочек ротовой полости, негнойный шейный лимфаденит [1]. Если у пациента нет других известных заболеваний, наличие 4-5-ти из этих симптомов позволяет поставить диагноз полной формы СКЛС. При неполной форме отсутствуют 2-3 перечисленных признака. Большинство публикаций о болезни Кавасаки посвящено серьезным осложнениям коронарита — аневризмам, инфаркту миокарда, внезапной сердечной смерти [3,4,8,9]. Клинические симптомы коронарита включают стенокардию или ее эквиваленты у младенцев (внезапное беспокойство, бледность, проливной пот, боли