

ГЕРНИОПЛАСТИКА И КРУРОРАФИЯ ПРИ ХИАТАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ РАЗЛИЧНОГО РАЗМЕРА

Розенфельд И.И.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь

Ключевые слова: *хиатальные грыжи, герниопластика, полипропиленовый имплантат, биокарбонированный имплантат.*

Резюме: *в работе были рассмотрены результаты задней крурорафии, а также герниопластики с использованием полипропиленового и биокарбонированного имплантата при хирургическом лечении диафрагмальных грыж различного размера. 716 пациентов были разделены на 3 исследовательские группы, исходя из площади размеров грыжевого дефекта пищеводного отверстия диафрагмы: группа I (314 человек) — с малыми и средними хиатальными грыжами, которым выполнялась задняя крурорафия; группа II (323 человек) — с большими: подгруппа 1 (92 пациента) выполнялась задняя крурорафия, подгруппа 2 (231 пациент) — герниопластика. Подгруппа 2 была разделена на: подгруппу А (89 человек) — пластика полипропиленовым имплантатом и подгруппу Б (142 человек) — пластика биокарбонированным имплантатом. Группа III (79 больных) — пациенты с гигантскими хиатальными грыжами: подгруппа А (29 человек) — пластика полипропиленовым имплантатом и подгруппа Б (50 пациентов) — конструкция из биокарбона. Задняя крурорафия при малых и средних диафрагмальных грыжах имела по площади грыжевого дефекта. Задняя крурорафия с пластикой при больших грыжах ни по одному из критериев достоверно не отличались. Пластика полипропиленовым имплантатом с биокарбонированным при больших грыжах ни по одному из критериев достоверно не отличались. Пластика при больших грыжах при сравнении с гигантскими отличались только по площади грыжевого дефекта. Пластика полипропиленовым имплантатом с таковой из биокарбона при гигантских грыжах не отличались ни по одному из критериев.*

Resume: *the work considered the results of posterior cruraphy, as well as hernioplasty using polypropylene and biocarbon implants in the surgical treatment of diaphragmatic hernias of various sizes. 716 patients were divided into 3 research groups based on the area of the size of the esophageal hernia defect: group I (314 people) — with small and medium hiatal hernias, which underwent posterior cruraphy; group II (323 patients) — with large ones: subgroup 1 (92 patients) underwent posterior cruraphy, subgroup 2 (231 patients) — hernioplasty. Subgroup 2 was divided into: subgroup A (89 people) — plastic surgery with a polypropylene implant and subgroup B (142 people) — plastic surgery with a biocarbon implant. Group III (79 patients) — patients with giant hiatal hernias: subgroup A (29 people) — plastic surgery with a polypropylene implant and subgroup B (50 patients) — a biocarbon construction. Posterior cruraphia with small and medium diaphragmatic hernias had a hernial defect in the area. Posterior cruraphia with plasty for large hernias did not differ significantly according to any of the criteria. Plastic surgery with a polypropylene implant with biocarbon for large hernias did not differ significantly according to any of the criteria. Plastic surgery for large hernias compared with giant ones differed only in the area of the hernial defect. Plastic surgery with a polypropylene implant with that of biocarbon in giant hernias did not differ in any of the criteria.*

Актуальность. В данной работе представлен анализ результатов ретроспективного рандомизированного исследования, проведённого с 2012 года в рамках поиска оптимальной техники хирургической операции хиатальных грыж в зависимости от размеров грыжевого дефекта с использованием задней крурорафии и различных имплантатов.

Цель: в статье приведены результаты использования способа герниопластики больших и гигантских хиатальных грыж с применением сетчатой конструкции из медицинского биокарбона [1-3].

Материал и методы. 716 пациентов были разделены на 3 группы, исходя из площади грыжевого дефекта:

Группа I (314 больных) — с малыми (менее 5 см²) и средними (5-10 см²) грыжами.

Группа II (323 человека) — с большими хиатальными грыжами (10-20 см²): подгруппе 1 (92 пациента) выполняли заднюю крурорафию, а подгруппе 2 (231 пациент) — герниопластику. В зависимости от методики герниопластики подгруппа 2 в свою очередь была разделена на подгруппы: подгруппа А (89 пациентов) — использование полипропиленового имплантата и подгруппа Б (142 пациента) — использование конструкции из биокарбона.

Группа III (79 человек) — пациенты с гигантскими грыжами (более 20 см²) с применением аллопластики: подгруппа А (29больных) — пластика полипропиленовым имплантатом и подгруппа Б (50 человек) — пластика биокарбоновым имплантатом.

Далее для оценки результатов осуществлялось сравнение следующих групп и подгрупп между собой:

1) Группа I с подгруппой 1 группы II (задняя крурорафия при малых и средних хиатальных грыжах с задней крурорафией при больших диафрагмальных грыжах).

2) Подгруппа 1 с подгруппой 2 группы II (задняя крурорафия с герниопластикой при больших хиатальных грыжах).

3) Подгруппа А с подгруппой Б группы II (пластика полипропиленовым имплантатом с герниопластикой с использованием биокарбоновой сетчатой конструкции при больших хиатальных грыжах).

4) Подгруппа 2 группы II с группой III (герниопластика при больших хиатальных грыжах с герниопластикой при гигантских диафрагмальных грыжах).

5) Подгруппа А с подгруппой Б между собой группы III (герниопластика полипропиленовым имплантатом с герниопластикой биокарбоновой сетчатой конструкции при гигантских хиатальных грыжах).

Результаты и их обсуждение. При сравнении группы I с подгруппой 1 группы II были получены следующие результаты. По риску «ASA» различие было статистически незначимым в распределении больных (260/54 против 71/21; $p = 0,4594$; χ^2). По средней площади грыжевого диафрагмального дефекта различие между пациентами было статистически значимым ($5,8 \pm 1,1$ против $12,3 \pm 2,3$; $p < 0,0001$; критерий Манна-Уитни). По среднему сроку оценки отдалённых результатов различие между больными оказалось статистически незначимым ($28,2 \pm 9,6$ против $28,6 \pm 7,4$; $p = 0,5502$, критерий Манна – Уитни).

При сравнении подгруппы 1 с подгруппой 2 группы II были получены следующие результаты. По риску «ASA» различие было статистически незначимым в распределении между пациентами (71/21 против 187/44; $p = 0,5225$; χ^2). По средней площади грыжевого диафрагмального дефекта различие между пациентами было статистически незначимым ($12,0 \pm 2,2$ против $12,3 \pm 2,3$; $p = 1,0000$; критерий Манна – Уитни). По среднему сроку оценки отдалённых результатов различие между

больными оказалось статистически незначимым ($28,2 \pm 9,6$ против $28,6 \pm 7,4$; $p = 0,0666$; критерий Манна – Уитни).

При сравнении подгруппы А с подгруппой Б между собой группы II распределение больных по риску «ASA» различие было статистически незначимым между пациентами (72/17 против 114/28; $p = 0,4692$; χ^2). По средней площади грыжевого диафрагмального дефекта различие между пациентами было статистически незначимым ($12,2 \pm 2,1$ против $12,4 \pm 2,2$; $p = 0,5090$; критерий Манна – Уитни). По среднему сроку оценки отдалённых результатов различие между больными оказалось статистически незначимым ($29,3 \pm 6,9$ против $28,2 \pm 7,4$; $p = 0,1592$; критерий Манна – Уитни).

При сравнении Подгруппа 2 группы II с группой III распределение больных по риску «ASA» различие было статистически незначимым между пациентами (187/44 против 64/15; $p = 0,8599$; χ^2). По средней площади грыжевого диафрагмального дефекта различие между пациентами было статистически значимым ($12,3 \pm 2,3$ против $27,8 \pm 9,4$; $p < 0,0001$; критерий Манна – Уитни). По среднему сроку оценки отдалённых результатов различие между больными оказалось статистически незначимым ($28,6 \pm 7,4$ против $28,2 \pm 9,7$; $p = 0,7217$; критерий Манна – Уитни).

При сравнении подгруппы А с подгруппой Б между группы III различие в распределении больных по риску «ASA» различие было статистически незначимым между пациентами (22/7 против 41/9; $p = 0,5989$; χ^2). По средней площади грыжевого диафрагмального дефекта различие между пациентами было статистически незначимым ($29,5 \pm 10,7$ против $26,8 \pm 8,6$; $p = 0,2223$; критерий Манна – Уитни). По среднему сроку оценки отдалённых результатов различие между больными оказалось статистически незначимым ($28,8 \pm 10,0$ против $27,9 \pm 9,7$; $p = 0,6582$; критерий Манна – Уитни).

Выводы: задняя крурорафия при малых и средних хиатальных грыжах с задней крурорафией при больших грыжах имели статистически значимое отличие только по степеням и типам грыж, а также по средней площади диафрагмального грыжевого дефекта.

Задняя крурорафия с герниопластикой при больших хиатальных грыжах не ни по одному из критериев не имели статистически значимое отличие.

Герниопластика полипропиленовым имплантатом с аналогичной пластикой биокарбоновым имплантатом при больших хиатальных грыжах не по одному из критериев не имели статистически значимое отличие.

Аллопластика при больших хиатальных грыжах с таковой при гигантских грыжах имели статистически значимое отличие только по степеням и типам грыж, а также по средней площади диафрагмального дефекта.

Герниопластика полипропиленовым имплантатом с герниопластикой сетчатой биокарбоновой конструкцией при гигантских хиатальных грыжах не по одному из критериев не имели статистически значимое отличие, кроме распределения пациентов по полу, которое не имело принципиального значения, что позволило сделать сравнение результатов хирургических операций в данных подгруппах корректно.

Литература

1. Анищенко В. В. Проект национальных клинических рекомендаций по лечению грыж пищеводного отверстия диафрагмы / В. В. Анищенко, К. В. Пучков, А. С. Аллахвердян и др. — Москва. — 2016.
2. Григорьев Е. Г. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета «Statistica» / Е. Г. Григорьев. — Москва: «ГЭОТАР – Медиа». — 2013.– 384 с.
3. Уварова Н. А. Особенности клинико-эндоскопических проявлений грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у пациентов с гастроэзофагиальной рефлюксной болезнью / Н. А. Уварова, Н. В. Колпакова, М. Н. Сатывалдаев // Современные проблемы науки и образования. — 2017. — № 2. — С. 89–90.