

Vilniaus krašto išvaržų registras

The Vilnius region hernia database

Kęstutis Strupas¹, Dainius Šimčikas¹, Vytautas Lipnickas¹, Juozas Stanaitis²,
Audrius Gradauskas³

¹ *Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, Medicinos fakulteto Chirurgijos klinika, Santariškių g. 2, LT-08661 Vilnius*

² *Vilniaus greitosios pagalbos universitetinės ligoninės Bendrosios chirurgijos centras, Šiltnameių g. 29, LT-04130 Vilnius*

³ *Vilniaus miesto universitetinė ligoninė, Antakalnio g. 57, Vilnius*

El. paštas: kestas.strupas@mf.vu.lt

¹ *Vilnius University Hospital Santariškių Klinikos, Clinic of Surgery, Faculty of Medicine, Santariškių str. 2, LT-08661 Vilnius, Lithuania*

² *Vilnius University Emergency Hospital, Center of General Surgery, Šiltnameių str. 29, LT-04130 Vilnius, Lithuania*

³ *Vilnius City University Hospital, Antakalnio str. 57 Vilnius, Lithuania*

E-mail: kestas.strupas@mf.vu.lt

Kirkšninė išvarža yra dažna patologija, kelianti didžiules socialines ir ekonomines problemas. Išvaržų chirurgijoje šiuo metu vienos aktualiausių yra lėtinio skausmo ir gyvenimo kokybės pokyčių po išvaržų operacijų temos. Problemas mėginama spręsti remiantis klinikinių tyrimų ir metaanalizių rezultatais. Viena iš priemonių tam tikriems tiriamųjų skaičiams gauti yra registrų kūrimas. Ar verta kurti išvaržų registrą Lietuvoje? Danijos chirurgai teigia, kad nacionalinių kirkšninių išvaržų duomenų bazių kūrimas gerina bendrus rezultatus ir dėl didelio įtrauktų pacientų skaičiaus leidžia atlikti specifinių pogrupių ar komplikacijų analizes, kurioms neužtektų duomenų iš pavienių gydymo centrų. Nacionalinis bendradarbiavimas yra svarbus daugiacentriams tyrimams atlikti ir tolesniems gydymo rezultatams gerinti.

Lietuvoje sistemingai pateiktų duomenų apie atliktas išvaržų operacijas beveik nėra. 2004 m. buvo bandyta įkurti Lietuvos išvaržų registrą, tačiau gauta tik 44,79% duomenų apie 2001–2003 metais Lietuvoje atliktas išvaržų operacijas. Todėl kuriamas mažesnis regioninis Vilniaus krašto išvaržų registras. Atlikus apklausą apie 2006 metais darytas pilvo sienos išvaržų operacijas Vilniaus krašte, gauta 74,58% duomenų. 20% laparoskopinių operacijų gydant kirkšnines išvaržas yra pažangus modernių technologijų diegimo rodiklis.

Pasaulinė praktika rodo, kad išvaržų registrai yra būtini, nes registras yra paprasta, nebrangi priemonė, kuri suteikia galimybę stebėti ir tobulinti išvaržų chirurgiją nacionaliniu lygmeniu ir palengvina atlikti didelės apimties tyrimus. Norint įsteigti profesionalų išvaržų registrą reikia tai daryti valstybės mastu, sukuriant sistemą, skiriant tam lėšų. Lietuvoje šiuo metu išvaržų chirurgijos rezultatus sistemina tik pavieniai asmenys ar ligoninės. Nesant sąlygų kurti registrą Lietuvos mastu, galima pradėti nuo mažesnio registro, įkurto asmeninėmis arba regiono pastangomis, tačiau jo funkcionavimui palaikyti reikia valstybės paramos ir finansavimo.

Reikšminiai žodžiai: išvarža, registras, Vilniaus kraštas

Inguinal hernia is a common disease which causes significant social and economical problems. Postoperative chronic pain and the quality of life are the main issues in hernia repair. These issues are being solved using the results of trials and metaanalysis. Databases are one of the possibilities to obtain the required number of patients. Is it worth creating such database in Lithuania? According to Danish surgeons, establishment of nationwide groin hernia databases leads to the general improvement of the outcomes and, due to the large number of patients, allows an analysis of specific subgroups or complications which otherwise could not be obtained from single centres. Nationwide collaboration is important for multi-centre research and the further improvement of outcomes.

There is almost no database regarding hernia operations in Lithuania. In 2004, there was an attempt to compile the Lithuanian Hernia Database; however, only 44.79% of the data on hernia operations in 2001–2003 was obtained. As a result, a smaller database for the Vilnius region is in progress. A survey of abdominal wall hernias performed in 2006 in the Vilnius region comprised 74.58% of the data. 20% of the operations were done laparoscopically. This number indicates an advanced use of modern technology.

Worldwide medical practice shows that hernia databases are necessary as it is a simple, inexpensive tool that has the potential to monitor and improve hernia surgery on a national level and to facilitate large-scale prospective studies. To compile an efficient professional hernia database, it is necessary to do it on a national level, creating a system and allotting money specifically for that purpose. At present, in Lithuania hernia repair data are analysed only by individual surgeons or on a hospital level. If resources for the national database are not available, it is possible to compile a smaller database which relies on individual or regional efforts, but receives national financial and other support.

Key words: hernia, database, Vilnius region

Įvadas

Straipsnio tikslas yra parodyti, kaip išvaržos registrus turinčios Europos šalys gali gerinti ir kontroliuoti gydymo rezultatus, pažvelgti, kokie duomenys apie išvaržas buvo rinkti Lietuvoje pastaruoju dešimtmečiu, pateikti 2006 metų žinias apie Vilniaus krašte atliktas išvaržų operacijas.

Kirkšninė išvarža yra dažna patologija, kuri pasitaiko įvairaus, dažniausiai vidutinio, amžiaus žmonėms. Vyrų kirkšninė išvarža serga maždaug 10 kartų dažniau nei moterys. Tai lemia lyčių anatominiai skirtumai [1–4]. Vyrams tai yra dažniausia liga, kurią reikia gydyti chirurginiu būdu JAV ir Vakarų Europoje, o kirkšninės išvaržos operacija yra trečia pagal dažnį iš visų pasaulyje atliekamų operacijų [1, 5]. Apskaičiuota, kad kiekvienais metais visame pasaulyje atliekama apie 20 milijonų kirkšninių išvaržų operacijų, o maždaug 27% vyrų ir 3% moterų per savo gyvenimą turi pavojų susirgti kirkšnine išvarža [1, 6, 7]. Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV) kasmet atliekama apie 770 000 įvairių kirkšninių išvaržų operacijų, Vokietijoje – 200 000, Anglijoje – 80 000. Mūsų šalyje, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (LR SAM) duomenimis, kiekvienais metais operuojama apie 4500 tokių pacientų [8–10]. Amerikiečiai vien šioms operacijoms atlikti

kasmet skiria apie 3 milijonus JAV dolerių, neskaitant daugybės nedarbo dienų [1, 9, 11–14]. Kadangi dažniausiai šia liga serga vidutinio amžiaus (40–60 metų) darbingi žmonės, tai yra didžiulė socialinė ir ekonominė problema.

Pacientai operuojami tiek tradiciniais būdais, tiek naujesniais, kai naudojami sintetiniai aloplastiniai tinkleliai. Operuojant bet kuriuo būdu, svarbu ne tik išvaržos recidyvų, ankstyvųjų ir vėlyvųjų pooperacinių komplikacijų skaičius, bet ir paciento savijauta po operacijos, trumpas hospitalizacijos laikas, greita socialinė reintegracija į visuomeninį gyvenimą, nuo sveikatos priklausomi gyvenimo kokybės pokyčiai, taip pat mažos operacijos ir paciento nedarbingumo išlaidos [5, 8, 13, 15–19].

Nors išvaržų chirurgijoje yra nemažų laimėjimų, tačiau iškyla vis naujų klausimų, į kuriuos bandoma atsakyti remiantis klinikinių tyrimų ir metaanalizių rezultatais. Šiandien vienos aktualiausių, dažnai suvažiavimuose ir konferencijose aptariamų yra lėtinio skausmo ir gyvenimo kokybės pokyčių po išvaržų operacijų temos. Lėtinis skausmas yra gana dažnas chirurginių intervencijų, iš jų ir kirkšninių išvaržų operacijų, padarinys. Kartais lėtinis skausmas labai sumenkina pačios operacijos sėkmę [8, 20–22]. Tikslus lėtinio skausmo

procentas nežinomas, bet didelių imčių klinikiniai ir epidemiologiniai tyrimai leidžia įtarti, kad apie 20% (studijose nurodomi skaičiai yra nuo 0% iki 53%) pacientų turi tokių nusiskundimų, o apie 12% dėl to patiria įvairių kasdienės veiklos nepatogumų [8, 20, 23, 24]. Tyrimų, kurie nagrinėtų gyvenimo kokybės pokyčius po kirkšniųjų išvaržų operacijų, nėra daug. Vienas naujausių yra Austrijoje atliktas daugiacentris atsitiktinių imčių klinikinis tyrimas, lyginantis laparoskopines TAPP (transabdominalines preperitonines), Schouldice ir Bassini operacijas pagal gyvenimo kokybės pokyčius. Šio tyrimo autoriai niekaip negali paaiškinti, kodėl po Bassini operacijos pacientai jaučia statistiškai reikšmingai mažesnę skausmą nei po Schouldice [8, 25].

Registrai

Kad būtų galima nagrinėti jau minėtus ir kitus, dar subtilesnius klausimus, būtina atlikti klinikinius tyrimus, išanalizuoti jų rezultatus. Tam reikalingas tam tikras skaičius tiriamųjų. Registrų kūrimas yra viena iš priemonių tokiems tikslams įgyvendinti, o asmenų registravimas – tik vienas iš registrų pranašumų.

Kiekvienas registras suteikia galimybę tvarkyti įregistruotų objektų duomenis, t. y. juos rinkti, kaupti, saugoti, klasifikuoti, keisti (papildyti ar taisyti), skelbti, atlikti duomenų paiešką. Tačiau registrą būtina administruoti: registruoti duomenų teikėjus, suteikti jiems prieigą ir teises, tvarkyti apskaitą ir statistiką, užtikrinti duomenų saugumą. Taip pat būtina registro priežiūra vykdančių duomenų mainus (klasifikatorių įsigijimas ir atnaujinimas, duomenų gavimas iš kitų registrų ir informacinių sistemų, duomenų teikimas kitiems registrams), informacijos viešinimą (informacijos apie registrą, teikiamų duomenų, ataskaitų formų skelbimas ir atnaujinimas), duomenų teikėjų mokymą (mokymo medžiagos rengimas ir atnaujinimas, duomenų teikėjų mokymas) [26].

Klinikinis registras (klinikinių duomenų bazė) – tai sistemingas, protokolais paremtas klinikinių duomenų rinkimas, kurio tikslas yra sukurti suteiktų paslaugų ir gaunamų rezultatų ryšį [27].

Atsakydami į klausimą, ar verta kurti išvaržų registrą Lietuvoje, kol kas galime remtis tik užsienio šalių patirtimi ir jų padarytomis išvadomis.

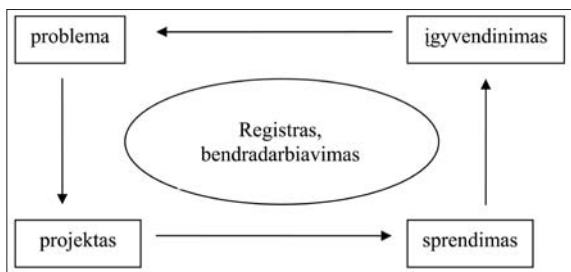
Europoje didžioji dauguma informacijos apie išvaržų operacijas gaunama iš specializuotų centrų ar pavienių

chirurgų, kurie išvaržų chirurgijai skiria ypatingą dėmesį. O nacionaliniai duomenys, dokumentuojantys visos valstybės populiacijos būklę išvaržų operacijų klausimu, prieinami tik Danijoje ir iš regioninių populiacijų Švedijoje, Anglijoje, Vokietijoje, Olandijoje, Škotijoje, Austrijoje, Italijoje, Lenkijoje [28–34].

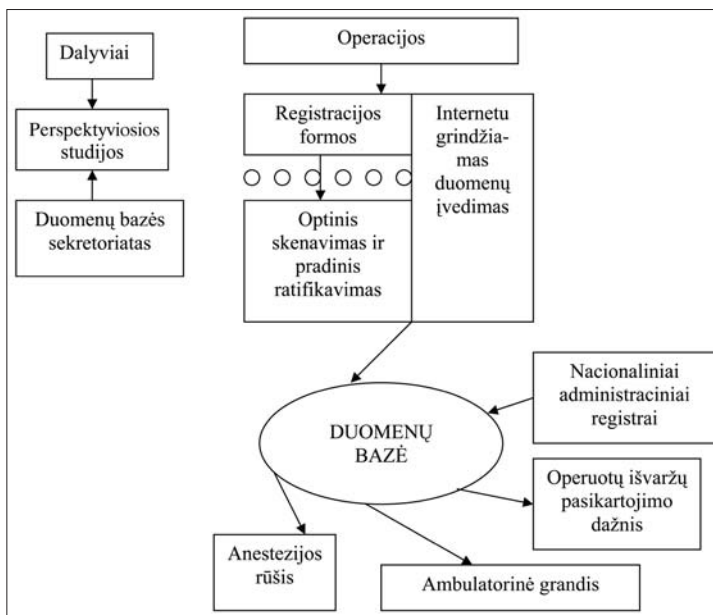
Vienas seniausių Europoje yra Švedijos išvaržų registras. Jis įkurtas 1992 metais tikintis pagerinti išvaržų operacijų techniką ir gydymo rezultatus. Registro tikslai yra kaupti ir analizuoti duomenis apie išvaržų chirurgiją, skatinti prie registro prisijungusius narius tobulėti. Švedijoje šiam registrui teikiama daug dėmesio: jis yra valstybės finansuojamas ir įtrauktas į daugiau kaip trisdešimties nacionalinės kokybės registrų sąrašą. Į registro sistemą pacientai įtraukiami savanoriškai, jiems suteikiami unikalūs identifikaciniai numeriai, kurie padeda registruoti ligonį, besigydančią nuo išvaržos vienoje ar kitoje gydymo įstaigoje. Kad registras duotų norimus rezultatus, būtina gera duomenų kokybė, todėl vykdoma griežta kontrolė, daugybė patikrinimų [35–37].

Kad dalyvavimas registre tikrai veikia gydymo rezultatus, puikiai rodo švedų atliktas tyrimas, palyginęs 1995–1996 metais atliktų pirminių išvaržų ir jų recidyvų operacijų skaičių dviejų grupių ligoninių: pirmąją grupę sudarė 1992 metais registrą įkūrusios 8 ligoninės, antrąją – 1995 metų sausį prie registro prisijungusios kitos 8 ligoninės. Pirmojoje grupėje pakartotinių operacijų buvo 2,7%, o antrojoje – 4,2% ($p = 0,03$). Vienintelis galimas gautų rezultatų paaiškinimas buvo toks: ligoninės, registro narės senbuvės, labiau domėjosi išvaržų chirurgija nei vėliau prisijungusios narės. Tačiau 1992 metais (vos įkūrus registrą) šių dviejų grupių ligoninių išvaržų recidyvų operacijų skaičius procentais nesiskyrė [35].

Remdamiesi Švedijos išvaržų registro veiklos pavyzdžiu Danijos chirurgų draugijos nariai nusprendė, kad registras yra puiki priemonė, padedanti vykdyti ir interpretuoti klinikinius tyrimus, suteikianti infrastruktūrą daugiacentrėms studijoms [27, 37]. Pasitelkiant registrą operatyviai renkami ir analizuojami duomenys, gaunami rezultatai skatina diskusijas susirinkimuose ir suvažiavimuose, diskutuojant kyla problemų, joms išspręsti vykdomi projektai, įgyvendinami sprendimai (1 pav.). Toks bendradarbiavimas skatina teigiamus išvaržų chirurgijos pokyčius [27]. 1997 metais Dani-



1 pav. Registro ir bendradarbiavimo skatinamas tobulėjimas



2 pav. Danijos registro (duomenų bazės) struktūra ir informacijos šaltiniai

jos chirurgų draugijos iniciatyva buvo įkurtas Danijos išvaržų registras. Duomenys pradėti rinkti 1998 metų sausį. Registro struktūra ir veiklos organizacija nėra sudėtinga. Iki 2006 metų birželio Danijos chirurgai po operacijos pildydavo vieno puslapio formas, kurios būdavo siunčiamos į centrinį registro sekretoriatą. Ten visi duomenys būdavo perkeltami į elektroninę sistemą naudojant pusiau automatinį optinį skenavimą. Nuo 2006 metų birželio įdiegta internetinė duomenų rinkimo sistema (2 pav.) [27, 38].

Lėšų registruoti įkurti, būtina kompiuterinei ir programinei įrangai įsigyti, dalį dienos dirbančio sekretoriaus darbą personalo atlyginimams skiria Danijos sveikatos ministerija bei Kopenhagos ligoninių korporacija. Taip pat nuolatiniam darbui samdomas tyrėjas, padedantis tvarkyti registrą ir panaudoti duomenis klinikiškiems tyrimams [38].

Jau ankstyvais gyvavimo metais Danijos išvaržų registre pavyko užregistruoti 95% visų Danijoje atliktų išvaržų operacijų [37, 38]. 2006 metais duomenų bazė apėmė daugiau nei 98% visų Danijoje operuojamų išvaržų, buvo įtraukiamos ir kai kurios privačios gydymo įstaigos [28].

Institucijų dalyvavimas buvo savanoriškas. 2006 metų birželį duomenų pateikimas registruoti tapo privalomas [27]. Už tai nariams du kartus per metus siunčiama informacija apie nacionalinius išvaržų operacinio gydymo

rezultatus ir jų palyginimas su institucijos pateiktais duomenimis. Taip pat du kartus per metus rengiami susitikimai, juose diskutuojama apie savo ir kitų narių rezultatus [28].

Toks nacionalinis danų bendradarbiavimas nuo 1998 iki 2005 metų leido [28]:

- 1) daugiau nei 50% sumažinti išvaržų recidyvų operacijų dažnį;
- 2) dažniau naudoti Lichtensteino operacinę techniką;
- 3) padidinti ambulatorinės chirurgijos dažnį;
- 4) beveik nenaudoti regioninės anestezijos;
- 5) dokumentuoti ir sutelkti dėmesį į lėtinio skausmo dažnį ir mechanizmus.

Dabartiniai Danijos išvaržų registro tikslai yra šie [27]:

- 1) įvertinti atviras tinklelines ir laparoskopines operacijas / nenaudoti betinklelinių technikų;
- 2) didinti ambulatorinės chirurgijos dažnį;
- 3) nenaudoti spinalinės nejautos;
- 4) teikti įrodymais pagrįstas sveikimo rekomendacijas;
- 5) įvertinti lėtinio skausmo riziką.

Dabar Danijoje vykdomi dideli atsitiktinių imčių tyrimai ($n = 1000$), lyginantys įvairių tinklelių tipų įtaką lėtiniam skausmui. Taip pat atliekamas nemažas tyrimas ($n = 500$), lyginantis pakartotinių operacijų dažnį po laparoskopiškai atliktos hernioplastikos recidyvo ir recidyvų dažnį po Lichtensteino operacijos [27, 28].

Sėkmingam bendradarbiavimui ir sparčiai Danijos išvaržų registro pažangai įtakos turėjo ir palyginti nedidelis Danijos plotas (43 094 km²) bei populiacija (5 450 661 gyventojų, 2006 m. duomenimis) [27].

Danijos chirurgai padarė išvadą, kad nacionalinių kirkšninių išvaržų duomenų bazių kūrimas gerina bendrus rezultatus ir dėl didelio pacientų skaičiaus leidžia analizuoti specifinius pogrupius ar komplikacijas, kurioms neužtektų duomenų iš pavienių gydymo centrų. Nacionalinis bendradarbiavimas yra svarbus daugiacentriams tyrimams atlikti ir tolesniems gydymo rezultatams, ypač lėtinio skausmo, gerinti. Surinkti duomenys apie dar subtilesnius klausimus turėtų skatinti plačius tyrimus tarptautiniu mastu [27, 28].

Danijos chirurgai tarptautinėse konferencijose šalims, ketinančioms įkurti registrą, pataria [27]:

- 1) registras turėtų būti kuo paprastesnis, reikėtų telkti dėmesį į specifines problemas;
- 2) panaudoti infrastruktūrą ne tik registrui skirtiems projektams;
- 3) registrą suvokti kaip priemonę tyrimams atlikti;
- 3) registras turėtų apimti daugiau nei 95% visų šalyje atliekamų išvaržų operacijų;
- 4) jei negalima registro įteisinti, geriau jo nekurti.

Lietuva

Lietuva dydžiu ir gyventojų skaičiumi panaši į Daniją. Mūsų šalies plotas yra 65 200 km², gyventojų skaičius, 2007 m. duomenimis, buvo 3 384 879. Lietuvoje pilvo sienos išvaržų problemos nagrinėtos nedaug, o sistemingai pateiktų duomenų apie atliktas išvaržų operacijas beveik nėra. Per pastarąjį dešimtmetį išvaržų temomis buvo apgintos vos kelios disertacijos: 2000 m. lapkričio 24 d. R. Rūko „Kirkšnies išvaržų chirurginis gydymas naudojant aloplastines medžiagas“ ir 2007 m. kovo 30 d. V. Lipnicko „Kirkšninių išvaržų chirurginio gydymo būdų metodologinis vertinimas“.

1999–2001 metai

2002 m. sausio 25 d. pirmą kartą nustatytas 1999–2001 metais Vilniaus krašto chirurgų draugijos narių laparoskopiskai atliktų operacijų skaičius. Iš jų atliktos 64 hernioplastikos (Vilniaus universiteto ligoninėje Santariškių klinikose, Vilniaus greitosios pagalbos universitetinėje, Vilniaus miesto universitetinėje, Druskininkų ligoninėse) [39].

2001–2003 metai

2004 m. spalio 15 d. Lietuvos chirurgų asociacijos 2-ajame suvažiavime Vilniuje buvo skaitytas pranešimas apie surinktus 2001–2003 metų duomenis, turint ketinimą įkurti Lietuvos išvaržų registrą. Paštu ir elektroniniu būdu buvo išsiųstos anketos į visas Lietuvos ligonines, kuriose yra chirurgijos skyriai. Gauti duomenys tik iš 22 įstaigų: Vilniaus greitosios pagalbos universitetinės, Vilniaus miesto universitetinės, Panevėžio, Šiaulių ligoninių, Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų, Klaipėdos jūrininkų, Utenos, Biržų, Pakruojo, Rokiškio, Anykščių, Ukmergės, Radviliškio, Joniškio, Naujosios Akmenės, Pasvalio, Visagino, Trakų, Skuodo, Kupiškio, Molėtų ligoninių, Vilniaus universiteto Onkologijos instituto (3 pav.). Visoje Lietuvoje, LR



3 pav. Ligoninių, iš kurių gauti duomenys apie 2001–2003 m. atliktas išvaržų operacijas, pasiskirstymas Lietuvos Respublikos žemėlapyje (pažymėta vėliavėlėmis)

SAM duomenimis, 2001–2003 metais buvo atliktos 22 545 išvaržų operacijos, o gauta informacija tik apie 10 097 operacijas. Tai sudarė 44,79% visų tais metais atliktų išvaržų operacijų Lietuvoje [40].

2003–2005 metai

2002 metų birželį Klaipėdoje vykusioje mokslinėje praktinėje konferencijoje, skirtoje kirkšnių išvaržų chirurginio gydymo standartų Lietuvoje kūrimui, Lietuvos minimaliai invazinės chirurgijos draugija inicijavo pirmąją Lietuvoje perspektyvų daugiacentrių atsitiktinių imčių klinikinį tyrimą: buvo numatyta trijų didžiųjų Lietuvos miestų keturiuose chirurgijos centruose (Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose, Kauno medicinos universiteto klinikose, Vilniaus miesto universitetinėje ligoninėje ir Klaipėdos miesto ligoninėje) palyginti Shouldice, Lichtensteino ir laparoskopinių TAPP kirkšnių išvaržų plastikų rezultatus [1, 41]. Tyrimas vyko 2003–2004 metais. Pacientų gyvenimo kokybės pokyčiai po kirkšnių išvaržų operacijų Lietuvoje iki šio tyrimo dar nebuvo nagrinėti. Pagal standartizuotą metodiką operuoti 248 ligoniai. Klinikinio tyrimo duomenys patvirtino, kad ankstyvu pooperaciniu laikotarpiu laparoskopinės operacijos

pagal gyvenimo kokybę yra neabejotinai pranašesnės. Dalinę paramą šiam tyrimui suteikė Lietuvos valstybinis mokslo ir studijų fondas. Kiek vėliau buvo priimtas sprendimas lygiagrečiai tuose pačiuose chirurgijos centruose atlikti ir kitą taip pat perspektyvų daugiacentrių atsitiktinių imčių klinikinį tyrimą, kurio tikslas būtų palyginti Lichtensteino bei laparoskopinių TAPP hernioplastikų rezultatus, gydant recidyvines kirkšnines išvaržas [1, 5, 8, 41]. Šiuo metu tyrimas yra baigiamas.

2006 metai

Kadangi bandymai įkurti Lietuvos išvaržų registrą norimų rezultatų nedavė, šiuo metu kuriamas mažesnis regioninis Vilniaus krašto išvaržų registras (4 pav.). Vilniaus krašto plotas yra 29 731 km² (24,9% Lietuvos Respublikos ploto). Jame gyvena 1 147 754 gyventojai (34,8% mūsų šalies populiacijos). LR SAM duomenimis, 2006 metais Vilniaus krašte buvo atliktos 2396 išvaržų operacijos. 2007 m. buvo išsiųstos anketos, prašant suteikti informacijos apie 2006 metais atliktas planines ir skubias kirkšnių (pirminių ir recidyvinių), šlauninių, baltosios linijos, bambos ir paraumbilikalinių, pooperacinių bei kitų išvaržų operacijas. Deja, duomenų suteikė ne visi Vilniaus krašto chirurgijos skyriai. Gauta informacija iš devynių Vilniaus krašto chirurgų draugijos narių ligoninių: Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų, Trakų, Molėtų, Druskininkų, Ignalinos, Utenos, Vilniaus miesto universitetinės, Vilniaus universitetinės Antakalnio, Vilniaus greitosios pagalbos universitetinės ligoninių. Šiose įstaigose 2006 metais buvo užregistruotos 1787 pilvo sienos išvaržų operacijos. Tai sudaro 74,58% visų tais metais atliktų išvaržų operacijų Vilniaus krašte. Iš jų 1614 (90,31%) buvo atliktos planine tvarka, 173 (9,69%) – skubiai. Operuotos 1155 kirkšninės



4 pav. Vilniaus chirurgų draugijos veikloje dalyvaujančių chirurgijos skyrių teritorija Lietuvos Respublikos žemėlapyje (pažymėta tamsesne spalva)

Operuotos 1155 kirkšninės

išvaržos (64,63% visų išvaržų), iš jų 69 (5,97%) buvo recidyvinės. Mums žinomų Vilniaus krašte atliktų operacijų skaičiai pagal išvaržų tipus pateikiami 1 lentelėje, duomenys apie įvairias kirkšninių išvaržų operacijas – 2 lentelėje.

Diskusija apie naujus duomenis

Šiuo metu pasaulyje jau neatliekamos priekinės kirkšninio kanalo sienos plastikos operacijos. Yra pasiūlyta daugybė užpakalinės kirkšninio kanalo sienos plastikos būdų ir metodų [5]. Todėl naudoti Girard'o operacinę techniką nerekomenduojama.

1 lentelė. Mums žinomos 2006 m. Vilniaus krašte atliktos operacijos pagal išvaržų tipus

Išvaržos tipas	Atliktų operacijų skaičius (dalis % tarp visų išvaržų operacijų 2006 m.)
Kirkšninės	1155 (64,63%)
Šlaunies	52 (2,91%)
Baltosios linijos	71 (3,97%)
Bambos ir paraumbilikalines	227 (12,70%)
Pooperacines	278 (15,55%)
Kitos	4 (0,22%)
Iš viso	1787 (100%)

2 lentelė. Mums žinomų 2006 m. Vilniaus krašte atliktų kirkšninių išvaržų įvairių operacijų skaičiai

Kirkšninės išvaržos	Pirminės		Recidyvinės			
	planinės	skubios	planinės	skubios		
Operacijos metodas						
Shouldice	196	24	6	0		
Bassini	98	11	6	0		
Girard'o	12	0	0	0		
Lichtenšteino	503	14	29	1		
Laparoskopinės	TAPP	76	24	11	1	1
	TEP	129		13		
Kitos	17	6	0	2		
Iš viso	1031	55	65	6		
Iš viso	1086		69			

Dar neseniai tradicinės atvirosios kirkšninių išvaržų operacijos sudarė pagrindinę kirkšninių išvaržų operacijų dalį. Seniausia tarp šio tipo operacijų yra 1887 metais pasiūlyta originalioji Bassini operacija. Ji buvo atliekama daugiau nei 100 metų [41].

Kaip jau minėta, siekiant įkurti Lietuvoje išvaržų registrą, 2004 m. atlikta Lietuvos gydymo įstaigų chirurgijos skyrių apklausa. Jos rezultatai parodė, kad Bassini operacija 2001–2003 m. užėmė pirmąją vietą Lietuvoje, ypač rajonų ligoninėse. 2006 metais Bassini technika naudojama rečiau.

Kanadiečio E. Shouldice pasiūlyta hernioplastika yra Bassini operacijos modifikacija. Tai pakankamai tobula ir universali, tinkanti tiesiosioms ir įstrižosioms, paprastosioms ir mišriosioms, vienpusėms ir abipusėms, vyrų ir moterų kirkšninėms išvaržoms operuoti [41–43]. Po

šios operacijos recidyvų skaičius yra mažas – nuo 0,5% iki 1% [14, 41, 42]. Nemaža dalis pacientų, turinčių kirkšnines išvaržas, operuojama Shouldice metodika ir Lietuvoje, tačiau dabar populiarėja operacijos naudojant tinklelius, todėl Shouldice operacijų skaičius santykiškai mažėja.

I. Lichtenšteinas 1984 metais pasiūlė atvirą hernioplastiką aloplastiniu tinkleliu be tempimo (angl. *tension-free*), o literatūroje aprašė 1987 ir 1989 metais, jau turėdamas gerus operacijos rezultatus [41, 44–46]. Lietuvoje pirmą kartą ši operacija buvo atlikta 1996 m. Vilniaus greitosios pagalbos universitetinėje ligoninėje. Laikantis operacijos principų, išvaržų recidyvų ir kitų pooperacinių komplikacijų, įskaitant ir lėtinį skausmą, skaičius nesiekia ir 1% [13, 41, 47, 48]. Ši operacija yra labai populiari Lietuvoje ir visame pasaulyje.

Vos tik atsiradusios laparoskopinės išvaržų operacijos greitai išplito kaip naujas kirkšniinių išvaržų gydymo būdas [41, 49–51]. Šiuo metu naudojami du pagrindiniai būdai – transabdominalinis preperitoninis, arba TAPP, ir visiškas ekstraperitoninis, arba TEP (angl. *totally extraperitoneal*) [41, 52–55]. Daugelio autorių manymu, laparoskopinės operacijos ypač tinka gydant recidyvines ir abipuses išvaržas. Tiek indikacijos, tiek operacijos trukmė, tiek pooperacinių komplikacijų skaičius abiejų laparoskopinių būdų beveik nesiskiria, tik nurodoma, kad operuoti TEP metodika yra sudėtingiau, mokymosi kreivė šiuo atveju yra ilgesnė [41, 56, 57]. Kelių Lietuvos gydymo įstaigų chirurgai taip pat yra įvaldę laparoskopinius kirkšniinių išvaržų gydymo būdus ir sukaukę nemažą patirtį, gydymo rezultatai geri [41].

2006 metais Vilniaus krašte apie 20% kirkšniinių išvaržų operacijų buvo atlikta laparoskopiniu būdu. Jei lygintume su kitomis Europos šalimis, tai būtų pakankamai geras rodiklis.

Tarptautinė veikla

Nors tyrimų Lietuvoje atlikta nedaug, tačiau naujausi rezultatai jau pateikiami tarptautinėse konferencijose ir suvažiavimuose. Minėto pirmojo Lietuvoje perspektyviojo daugiacentrio atsitiktinių imčių klinikinio tyrimo, lyginusio Shouldice, Lichtensteino ir laparoskopines TAPP kirkšniinių išvaržų plastikas, ankstyvieji rezultatai buvo pristatyti ketvirtajame Baltijos chirurgų asociacijos suvažiavime (2004 m. gegužės mėnesį Liepojoje Latvijoje), pirmajame tarptautiniame Europos chirurginių mokslų akademijos suvažiavime (2004 m.

rugsėį Gdanske, Lenkijoje). Apie galutinius šio tyrimo rezultatus buvo skaitytas pranešimas trečiajame Tarptautiniame herniologų (jungtiniame Amerikos ir Europos herniologų draugijų) kongrese (2006 m. birželio mėnesį Bostone, JAV).

Dvidešimt šeštajame Europos herniologų draugijos suvažiavime (2004 m. Prahoje, Čekijoje) dr. V. Lipnickas skaitė pranešimą apie pooperacines pilvo sienos išvaržas.

2008 m. sausį Vokietijoje (Štutgarte) vykusioje IEHS (International Endohernia Societas) konferencijoje prof. K. Strupas pateikė 2006 metų Vilniaus krašto kirkšniinių išvaržų gydymo duomenis. 20% laparoskopinių operacijų gydant kirkšnines išvaržas buvo įvertinta kaip pažangus modernių technologijų diegimo rodiklis.

Išvados

1. Pasaulinė praktika rodo, kad išvaržų registrai būtini, nes tai yra paprasta, nebrangi priemonė, kuri suteikia galimybę stebėti ir tobulinti išvaržų chirurgiją nacionaliniu lygmeniu ir palengvina atlikti didelius tyrimus.
2. Lietuvoje šiuo metu išvaržų chirurgijos rezultatus sistemina tik pavieniai asmenys ar ligoninės. Asmeninėmis arba regionų pastangomis galima įkurti registrą, tačiau jo veiklai palaikyti reikia valstybės paramos ir finansavimo.

Dėkojame 2006 metų duomenis apie išvaržų operacijas atsiuntusiems chirurgijos skyrių vedėjams: M. Kasparavičiui, V. Lydekiui, V. Kvedarui, O. Sosunovui, A. Grincevičiui, D. Dominauskui ir asmenims, aktyviai prisidėjusiems prie jų rinkimo.

LITERATŪRA

1. Lipnickas V. Kirkšniinių išvaržų chirurginio gydymo būdų metodologinis vertinimas [disertacija]. (Methodological evaluation of surgical treatment modes of inguinal hernias [dissertation].) Vilnius: Vilniaus universitetas; 2006.
2. Nyhus L. M, Condon R. E. Hernia. 4th ed. Philadelphia: Lippincot; 1995, p. 3–72.
3. Berliner S. D. An anterior transversalis fascia repair for adult inguinal hernias. *Am J Surg* 1978; 135: 633–636.
4. Ahlbom A, Norell S. Introduction to modern epidemiology. *Epid Recources Inc* 1990; 138 (2): 74–81.
5. Gradauskas A, Lipnickas V, Kiudelis M. Kirkšniinių išvaržų gydymo standartas. Lietuvos chirurgų asociacijos ir Lietuvos

išvaržų registro rekomendacijos. (Groin hernia treatment standard. Recommendations of Lithuanian association of surgeons and groin hernia register of Lithuania.) Lietuvos chirurgija 2005; 3(1): 55–59.

6. Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. *Lancet* 2003; 362: 1561–1571.

7. Kingsnorth A. Introduction to Current Practice of Adult Hernia Repair. *World J Surg* 2005; 29: 1044–1045.

8. Lipnickas V, Kiudelis M, Gradauskas A, Kaselis N, Narmontas D, Strupas K. Shouldice, Lichtensteino ir laparoskopinių TAPP kirkšniinių išvaržų operacijų lyginamasis daugiacentris perspektyvus atsitiktinių imčių klinikinis tyrimas: lėtinis skausmas ir

gyvenimo kokybės pokyčiai. (Randomized multicenter prospective clinical trial of Shouldice vs Lichtenstein vs laparoscopic TAPP inguinal hernia repair: chronic pain and health-related changes of quality of life.) *Lietuvos chirurgija* 2007; 5(1): 33–44.

9. Puri V, Felix E, Fitzgibbons R. J. Laparoscopic vs conventional tension free inguinal herniorrhaphy: 2005 Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons (SAGES) annual meeting debate. *Surg Endosc* 2006; 20: 1809–1816.

10. Zieren J, Küpper F, Paul M, Neuss H, Müller JM. Inguinal hernia: obligatory indication for elective surgery? A prospective assessment of quality of life before and after plug and patch inguinal hernia repair. *Langenbecks Arch Surg* 2003; 387: 417–420.

11. Strupas K, Rūkas R, Saltanavičius R. Kirkšnies srities išvaržų chirurgija – kryžkelė? *Medicinos teorija ir praktika* 1998; 14(2): 84–86.

12. Amid P. K, Shulman A. G, Lichtenstein I. L. Die Herniotomie nach Lichtenstein. *Chirurg* 1994; 65: 54–58.

13. Rūkas R. Kirkšnies išvaržų chirurginis gydymas, naudojant aloplastines medžiagas [disertacija]. Vilnius: Vilniaus universitetas; 2000.

14. Cervantes J. Inguinal Hernia in New Millenium. *World J Surg* 2004; 28: 343–347.

15. Grant AM. Laparoscopic versus open groin hernia repair: meta-analysis of randomized trials based on individual patient data. *Hernia* 2002; 6: 2–10.

16. Kawji R, Feichter H, Fushsjager N, Kux M. Postoperative pain and return to activity after five different types of inguinal herniorrhaphy. *Hernia* 1999; 3: 31–35.

17. Kingsnorth AN, Porter C, Bennett DH. The benefits of a hernia service in a public hospital. *Hernia* 2000; 4: 1–5.

18. Gholghesaei M, Langeveld HR, Veldkamp R, Bonjer HJ. Costs and quality of life after endoscopic repair of inguinal hernia vs open tension-free repair. A review. *Surg Endosc* 2005; 19: 816–821.

19. Reeves B. Health-technology assessment in surgery. *Lancet* 1999; 315: S13–S15.

20. O'Dwyer PJ, Ch M, Ahmed Alani MB, McConnachie A. Groin Hernia Repair: Postherniorrhaphy Pain. *World J Surg* 2005; 29: 1062–1065.

21. Macrae WA. Chronic pain after surgery. *Br J Anaesth* 2001; 87: 88–98.

22. Aasvang E, Kehlet H. Surgical management of chronic pain after inguinal hernia repair. *Br J Surg* 2005; 92: 795–801.

23. Poobalan AS, Bruce J, Smith WC, King PM, Krukowski ZH, Chambers WA. Chronic pain and quality of life following open inguinal hernia repair. *Br J Surg* 2001; 88: 1122–1126.

24. Bay-Nielsen M, Perkins FM, Kehlet H. Pain and functional impairment 1 year after inguinal herniorrhaphy: a nationwide questionnaire study. *Ann Surg* 2001; 233: 1–7.

25. Pokorny H, Klingler A, Scheyer M, Függer R, Bischof G. Postoperative pain and quality of life after laparoscopic and open

inguinal hernia repair: results of a prospective randomized trial. *Hernia* 2006; 10: 331–337.

26. Reikalavimai integravimui švietimo ir mokslo registrams. *Valstybės žinios* 2008; 21, publ. nr. 775.

27. Bay-Nielsen M, editor. National clinical databases in abdominal wall surgery. Why and how? Proceedings of the 30th Congress of the European Hernia Society; 2008 May 7–10; Sevilla, Spain.

28. Bay-Nielsen M, Kehlet H. Nationwide quality improvement of groin hernia repair from the Danish Hernia Database of 87,840 patients from 1998 to 2005. *Hernia* 2008; 12: 1–7.

29. Bay-Nielsen M, Kehlet H, Strand L, Malmstrøm J, Andersen FH, Wara P, Juul P, Callesen T; Danish Hernia Database Collaboration. Quality assessment of 26,304 herniorrhaphies in Denmark: a prospective nationwide study. *Lancet* 2001; 358: 1124–1128.

30. O'Riordan DC, Kingsnorth AN. Audit of patient outcomes after herniorrhaphy. *Surg Clin North Am* 1998; 78: 1129–1139.

31. Nilsson E, Haapaniemi S. Assessing the quality. In: Fitzgibbons RJ, Greenburg AG (eds) *Nyhus and Condon's hernia*. Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, 2002; p. 567–573.

32. Klinge U, Krones CJ. Can we be sure that the meshes do improve the recurrence rates? *Hernia* 2005; 9: 1–2.

33. Aufenacker TJ, de Lange DH, Burg MD, Kuiken BW, Hensen EF, Schoots IG, Gouma DJ, Simons MP. Hernia surgery changes in the Amsterdam region 1994–2001: decrease in operations for recurrent hernia. *Hernia* 2005; 9: 46–50.

34. Atkinson HD, Nicol SG, Purkayastha S, Paterson-Brown S. Surgical management of inguinal hernia: retrospective cohort study in southeastern Scotland, 1985–2001. *BMJ* 2004; 329: 1315–1316.

35. Nilsson E, S. Haapaniemi. The Swedish hernia register: an eight year experience. *Hernia* 2000; 4: 286–289.

36. Nilsson E, Haapaniemi S, Gruber G, Sandblom G. Methods of repair and risk for reoperation in Swedish hernia surgery 1992–1996. *Br J Surg* 1998; 85: 1686–169.

37. Nilsson E, Haapaniemi S. Hernia registers and specialization. *Surg Clin North Am* 1998; 78(6): 1141–1155.

38. Bay-Nielsen M, Kehlet H, the Steering committee of the Danish hernia data base. Establishment of a national Danish hernia data base: preliminary report. *Hernia* 1999; 3: 81–83.

39. Gradauskas A, Žemaitaitienė R. Laparoskopinė chirurgija Vilniaus krašte. Pranešimas Vilniaus chirurgų draugijos konferencijoje, 2002 m. sausio 25 d., Vilnius.

40. Gradauskas A, Budrys D. Lietuvos išvaržų registras. Pranešimas 2-ajame Lietuvos chirurgų asociacijos suvažiavime, 2004 m. spalio 15 d., Vilnius.

41. Lipnickas V, Kiudelis M, Gradauskas A, Kaselis N, Strupas K. Shouldice, Lichtensteino ir laparoskopinių transabdominalinių

preperitoninių kirkšninių išvaržų operacijų ankstyvieji rezultatai: daugiacentris atsitiktinių imčių klinikinis tyrimas. (Early results of Shouldice vs Lichtenstein vs laparoscopic transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair: multicenter randomized clinical trial.) Lietuvos chirurgija 2006; 4(4): 247–258.

42. Shouldice EE. The treatment of hernia. Ontario Med Rev 1953: 1–14.

43. Glassow F. Short-stay surgery (Shouldice technique) for repair of inguinal hernia. Ann R Coll Surg Engl 1976; 58: 133–139.

44. Lichtenstein IL. Herniorrhaphy. Am J Surg 1987; 153: 553–559.

45. Lichtenstein IL., Shulman AG, Amid PK, Montllor MM. The tension-free hernioplasty. Am J Surg 1989; 157: 188–193.

46. Amid PK. Lichtenstein tension-free hernioplasty: Its inception, evolution and principles. Hernia 2004; 8: 1–7.

47. Amid PK. Groin Hernia Repair: Open Techniques. World J Surg 2005; 29: 1046–1051.

48. Kingsnorth AN, Bowley DMG, Porter C. A prospective study of 1000 hernias: results of the Plymouth Hernia Service. Ann R Coll Surg Engl 2003; 85: 18–22.

49. Arregui ME, Navarette J, Davis CJ, Castro D, Nagan RF. Laparoscopic inguinal herniorrhaphy: techniques and controversies. Surg Clin North Am 1993; 73: 513–527.

50. DeTurris SV, Cacchiore RN, Mungara A. Laparoscopic

herniorrhaphy: beyond the learning curve. J Am Coll Surg 2002; 194: 65–73.

51. Schwab JR, Beaird DA, Ramshaw BJ. After 10 years and 1903 inguinal hernias, what is the outcome for the laparoscopic repair? Surg Endosc 2002; 16: 1201–1206.

52. Felix EL, Michas CA, McKnight RL. Laparoscopic herniorrhaphy transabdominal preperitoneal floor repair. Surg Endosc 1994; 8: 103–104.

53. Heithold DL, Ramshaw BJ, Mason EM. 500 total extraperitoneal approach laparoscopic herniorrhaphies: a single institution review. Am Surg 1997; 63: 299–301.

54. Mellinger JD, Felix EL. Primary inguinal hernia repair. Open or laparoscopic, that is the question. Surg Endosc 2004; 18: 1144–1148.

55. Arregui ME, Young SB. Groin Hernia Repair by Laparoscopic Techniques: Current Status and Controversies. World J Surg 2005; 29: 1052–1057.

56. Leibl BJ, Jäger C, Kraft B, Kraft K, Schwarz J, Ulrich M, Bittner R. Laparoscopic hernia repair – TAPP or/and TEP? Langenbecks Arch Surg 2005; 390: 77–82.

57. McCormack K, Wake BL, Fraser C, Vale L, Perez J, Grant A. Transabdominal preperitoneal (TAPP) versus totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic techniques for inguinal hernia repair: a systematic review. Hernia 2005; 9: 109–114.

Gauta: 2008-09-25

Priimta spaudai: 2008-10-10