

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНЦИПА АПАРАЗИТАРНОСТИ И АНТИПАРАЗИТАРНОСТИ В ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА

А.З. Вафин, А.Д. Абдоков, А.В. Попов, У.Ш. Хушвактов
Ставропольская государственная медицинская академия

Эхинококкоз продолжает оставаться тяжелым заболеванием животных и человека, характеризуется длительным течением, прогрессивным ухудшением состояния и без своевременного лечения приводит больных к гибели чаще в молодом, трудоспособном возрасте. Эхинококкоз распространен в различных странах Южной Европы, Азии, Южной Америки. В России эндемичным для эхинококкоза является Северный Кавказ, в том числе Ставропольский край. Эхинококкоз может развиваться во всех органах и тканях промежуточного хозяина, но чаще всего поражает печень [2,8,9].

С целью совершенствования хирургического лечения эхинококкоза в нашей клинике в 1980-1983 гг. были разработаны и внедрены в практику общие принципы апаразитарности и антипаразитарности [4], позже они уточнялись, расширялись и в клиническую практику в полном объеме были внедрены постепенно и поэтапно [5,6,7].

Апаразитарность – это комплекс мероприятий, проводимых до и во время операции с целью профилактики диссеминации и имплантации зародышевых элементов эхинококка в зоне оперативного вмешательства и предполагающих строгое соблюдение таких требований, как точная диагностика характера патологии, локализации и числа кист, оптимальная лечебная тактика, рациональные операционные доступы, минимальная травматизация кисты при ревизии и мобилизации органа, тщательное отграничение операционного поля и др. Операция выбора – радикальная закрытая эхинококкэктомия, позволяющая выполнить вмешательство с профилактикой диссеминации и рецидивирования заболевания. При открытой эхинококкэктомии – обязательная эвакуация содержимого кист без его контакта с операционным полем, бельем, полное удаление зародышевых элементов кисты, кутикулярной оболочки.

Антипаразитарность – комплекс мероприятий, проводимых до, во время и после операции с целью

обезвреживания зародышевых элементов в кисте, попавших на поверхность пораженного или соседних органов, в рану, на операционное белье и также предполагающий соблюдение ряда требований.

К сожалению, достижение полной апаразитарности и антипаразитарности в хирургической практике возможно не всегда, но пунктуальное соблюдение этих принципов при всех вмешательствах и у всех больных может позволить значительно снизить риск интраоперационной диссеминации, частоты инфекционно-воспалительных послеоперационных осложнений и рецидивов эхинококкоза.

С появлением УЗИ, КТ и МРТ как методов диагностики эхинококкоза была установлена важность точного определения локализации, числа паразитарных кист, и стал реальным выбор оптимального операционного доступа. Внедрение плазменных технологий в хирургию эхинококкоза позволило существенно повысить радикальность операций. В целом все основные положения принципа апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза были внедрены в клиническую практику в клинике в 1992-1993 гг. [7].

Цель исследования – клиническая оценка эффективности применения принципа апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза печени.

Материал и методы. Анализированы результаты хирургического лечения 330 больных эхинококкозом печени: у 100 больных, оперированных в 1982-1991 гг., после внедрения в практику основ принципа апаразитарности и антипаразитарности (контрольная группа) и у 230 больных, оперированных в 1992-2009 гг., после стабильного внедрения всех основных положений принципа в клиническую практику (основная группа).

Диагностика эхинококкоза печени. В 1982-1992 гг. применялся блок диагностических методов, таких как: реакции Кацони, латекс-агглютинации (РЛА), непрямо́й гемагглютинации (РНГА), двойной диффузии в геле (РДДГ) и иммуноферментного анализа на гидатидный эхинококк (РИФА), которые позволяли добиться практически 100% достоверности диагноза [1]. Однако, начиная с 1993 года, из соображений экономической целесообразности наша клиника отказалась от использования вышеперечисленных диагностических методов, используя только РИФА на гидатидный эхинококк, диагностическая ценность которой составляет 92% [15].

Основными методами локальной диагностики эхинококкоза печени, наряду с РИФА, стали ультразвуковое сканирование, рентгенкомпьютерная и магнитно-резонансная томография. При дифференциальной диагностике некоторых очаговых образований в печени по показаниям применялись тонкоигольная аспирационная биопсия и видеолaparоскопия [10,12].

Вафин Альберт Закирович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 с курсом поликлинической хирургии СтГМА, тел.: (8652) 71-70-03; e-mail: azvafin@mail.ru

Абдоков Артур Джумаладинович – аспирант кафедры хирургических болезней №1 с курсом поликлинической хирургии СтГМА, тел.: 89054140214

Попов Александр Викторович – к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней №1 с курсом поликлинической хирургии СтГМА, тел.: 89054969703

Хушвактов Уткир Шоназарович – соискатель кафедры хирургических болезней №1 с курсом поликлинической хирургии СтГМА, тел.: 89614823721

Хирургическая тактика. При расположении кист в VII-VIII сегментах печени выполнялась торакофренолапаротомия справа – у 52,4% больных. При других локализациях кист в печени применялись различные варианты лапаротомии: верхнее-срединная (25,1%), по Кохеру-Федорову (21,5%) и по Мельникову (1,0%).

Статистический анализ проведен на персональном компьютере IBM P-IV с использованием пакета статистических программ «Биостат» и критериев χ^2 для сравнения долей.

Результаты и обсуждение. Возраст больных в анализируемых группах варьировал от 11 до 75 лет, при этом большинство оперированных (66%) было в возрасте 30-60 лет, соотношение мужчин:женщин составило 1:1,6. Из 330 оперированных больных 77% поступили с первичным, 14,8% – с рецидивным и 8,2% – с резидуальным эхинококкозом. У 71,7% больных обеих групп выявлены солитарные кисты печени, у 28,3% – множественные кисты. Частота патологии в различных группах больных эхинококкозом представлена в таблице 1.

Характер осложнений. В анализируемых группах у 70,4% больных диагностирована неосложненная форма заболевания: у 72,6% – в основной и у 65,0% – в контрольной. Осложненные формы заболевания были у 29,6% больных: у 27,4% – в основной и у 35,0% – в контрольной группе. Нагноение кист было у 20,1% больных, у 3% – перфорация кист в желчные протоки с

развитием холангита и желтухи, у 2,2% – перфорация в свободную брюшную полость, у 1,7% – в плевральную полость и у 1,2% – в бронхи. У 1,4% больных были обызвествленные кисты (табл.2).

Хирургическое лечение эхинококкоза печени. Закрытая эхинококкэктомия (по классификации О.Б. Милонова) произведена у 8,4% больных: у 9% – в контрольной и у 8,4% – в основной группе; открытая – у 88% больных: у 89% – в контрольной и у 87% – в основной группе. У 3,6% больных произведена сочетанная эхинококкэктомия: у 2% – в контрольной группе и у 4,4% – в основной.

При ликвидации остаточной полости капитонаж применялся у 75,2% больных. Метод инвагинации использовался у 9,4% больных. Оментопластика применялась у 8,4% пациентов. Метод аплатизации использовался в 3,6% случаев. Марсупиализация использовалась у 1% больных в контрольной группе. Только наружное дренирование кисты применялось у 2,3% больных основной группы.

В основной группе больных все операции выполнялись специализированной бригадой торакоабдоминальных хирургов со строгим соблюдением принципа апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза. Анализированы следующие показатели: методы диагностики, хирургическое лечение, частота и характер осложнений в послеоперационном периоде, длительность пребывания в стационаре, в том числе продолжительность послеоперационного

Таблица 1

Характер патологии

Эхинококкоз печени	Контрольная группа (%)	Основная группа (%)
1. Первичный, в т.ч.:	80,0	75,7
– солитарный	69,0	52,3
– множественный	11,0	23,4
2. Рецидивный, в т.ч.:	15,0	14,7
– солитарный	11,0	9,1
– множественный	4,0	5,6
3. Резидуальный, в т.ч.:	5,0	9,6
– солитарный	4,0	5,2
– множественный	1,0	4,3
Всего:	100,0	100,0

Примечание. $\chi^2 = 14,08$, $p = 0,003$, различия в двух группах сравниваемых величин статистически достоверны.

Таблица 2

Характер осложнений эхинококкоза печени

Осложнения заболевания	Контрольная группа (%)	Основная группа (%)
1. Неосложненный	65,0	72,6
2. Осложненный в т.ч.:	35,0	27,4
– прорыв кисты в желчные ходы	5,0	2,1
– прорыв кисты в плевральную полость	2,0	1,7
– прорыв в бронхи	3,0	0,4
– в брюшную полость	3,0	1,7
– нагноение кисты	22,0	19,4
– обызвествление кисты	0	2,1
Всего:	100,0	100,0

Примечание. $\chi^2 = 10,3$, $p = 0,03$, различия в двух группах сравниваемых величин статистически достоверны.

Результаты лечения

Результаты лечения	Контрольная группа (%)	Основная группа (%)
1. Послеоперационные осложнения	36,0	11,7
2. Летальность	7,0	4,0
3. Рецидивы	15,0	1,3
4. Койко-дни общие	41,3	24,4
5. Койко-дни после операции	29,2	17,6

периода, летальность и частота рецидивов заболевания.

После эхинококэктомии из печени традиционными способами послеоперационные осложнения в количестве 52 развились у 36% оперированных (у ряда больных имелось сочетание нескольких осложнений). В контрольной группе у 7% больных осложнения стали причиной летальности: у 3% была печеночно-почечная недостаточность, у 1% – сердечно-сосудистая недостаточность, у 2% – распространенный гнойный перитонит и у 1% – сепсис.

В основной группе послеоперационные осложнения были у 11,5% больных, у 1,7% из них осложнения стали причиной летальных исходов – 4 больных умерли от сердечно-сосудистой недостаточности.

Приведенные данные позволяют судить о том, что в 1992-2009 гг. в результате рационального применения современных инструментальных и диагностических методов, оптимальной лечебной тактики, обязательного соблюдения разработанного и внедренного в клиническую практику принципа апаразитарности и антипаразитарности достигнуто снижение частоты послеоперационных осложнений эхинококкоза с 36,0% в контрольной группе до 11,5% в основной, послеоперационной летальности соответственно с 7% до 1,7%, рецидивов заболевания – с 15% до 1,3% и общего койко-дня с 41,3 до 24,4 (табл.3).

В литературе последних лет приводятся данные о высокой частоте послеоперационных осложнений эхинококэктомии из печени («закрытой», т.е. с ликвидацией остаточной полости) – от 17,6% [16], 27,9% [13], до 30% [3]; нагноение остаточных полостей – 12,9% [11]. В отдаленные сроки после операции остаточные полости сохраняются у 15-21% оперированных с их нагноением у 60-65% [12]. Рецидивы заболевания выявлены у 11,2% [20], 19% [19] и у 25% оперированных [21].

Хорошие результаты хирургического лечения эхинококкоза печени в России приводят В.Н. Чернышов с соавт. [17] – остаточные полости в печени выявлены у 9,6% оперированных, летальность не превышала 1,46% и рецидивы заболевания – 6,8%. После «открытой» эхинококэктомии результаты операции были на порядок хуже [17].

Таким образом, представленные результаты исследования свидетельствуют о том, что строгое соблюдение принципа апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза и применение современных достижений науки и техники при эхинококэктомии позволили существенно улучшить результаты хирургического лечения эхинококкоза печени независимо от наличия осложнений заболевания, способа операции и ликвидации остаточных полостей.

Выводы

1. Внедрение в практику принципов апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза позволяет значительно снизить риск диссеминации зародышевых элементов эхинококковых кист во время операции, частоты послеоперационных осложнений, летальности и рецидивов заболевания.
2. Применение плазменных технологий в хирургии эхинококкоза как компонента принципов апаразитарности и антипаразитарности является высокоэффективной лечебной технологией.
3. Строгое соблюдение принципов апаразитарности и антипаразитарности, применение современных достижений науки и техники – эффективная основа совершенствования хирургического лечения эхинококкоза и улучшения его результатов.

Литература

1. Андреев, А.В. Методы интервенционной радиологии у больных эхинококкозом печени / А.В. Андреев, В.Д. Сахно, А.М. Мануйлов, К.А. Шамахян // Анн. хирург. гепатол. – 2005. – Т. 1, № 2. – С. 98-99.
2. Ахмедов, И. Г. Морфогенез гидатидной кисты печени / И.Г. Ахмедов // Вестник хир. – 2003. – Т. 1 – С. 70-76.
3. Ашуrow, Т.А. Сравнительная оценка методов эхинококэктомии у детей / Т.А. Ашуrow // Автореферат дисс... канд. мед. наук. – Душанбе, 2000. – 20 с.
4. Вафин, А.З. Принцип апаразитарности и антипаразитарности в хирургии эхинококкоза / А.З. Вафин // Актуальн. пробл. медицины. – Ставрополь, 1982. – С.194-200.
5. Вафин, А.З. Общие принципы апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза / А.З. Вафин, А.Н. Айдемиров, А.В. Попов // Мат. конгресса хирургич. обществ. Ставропольского края.-Ставрополь, 1997.-С.23-25.
6. Вафин, А.З. К клинической оценке плазменного скальпеля / А.З. Вафин, А.Н. Айдемиров, А.В. Попов // Плазма в медицине и биологии, новые технологии в хирургии: Тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф.-Смоленск, 1997. – С.14-15.
7. Вафин, А.З. Апаразитарность и антипаразитарность хирургических вмешательств при эхинококкозе / А.З. Вафин // Хирургия. –1993. – №4. – С.70-74.
8. Гаврилин, А.В. Эхинококкоз печени / А.В. Гаврилин, Г.И. Кунцевич, В.А. Вишневский // Хирургия. – 2000. – № 8. – С. 39-46.

9. Дадвани, С.А. Лечение гидатидного эхинококкоза / С.А. Дадвани, О.С. Шкроб, А.Н. Лотов, Г.Х. Мусаев // Хирургия. – 2000. – № 8. – С. 27-32.
10. Зейналов, Н.А. Лапароскопическая эхинококкэктомия / Н.А. Зейналов, С.М. Зейналов // Эндоскопическая хирургия. – 2004. – № 5. – С. 58-66.
11. Кубышкин, В.А. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени / В.А. Кубышкин, В.Л. Вишневский, М.А. Кахаров // Анн. хирург. гепатол. – 2002. – Т.7. – С.18-22.
12. Мусаев, Г.Х. Гидатидозный эхинококкоз: диагностика и комплексное лечение / Г.Х. Мусаев // Автореф. дисс... д-ра мед. наук. – М., 2000. – 41 с.
13. Мухиддинов, Н.Д. Оптимизация хирургической тактики при эхинококкозе печени в зависимости от локализации кисты / Н.Д. Мухиддинов // Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Душанбе, 2000. – 20 с.
14. Назыров, Ф.Г. Минимально инвазивные вмешательства в лечении гнойных осложнений эхинококкоза печени / Ф.Г. Назыров, Х.А. Акалов, А.И. Икрамов и др. // Анн. хирург. гепатол. – 2002. – Т. 7, № 2. – С. 18-21.
15. Назыров, Ф.Г. Пункция и дренирование нагноившихся остаточных полостей под контролем компьютерного томографа / Ф.Г. Назыров, Б.А. Абдурахманов, Ф.А. Ильхамов // Анн. хирург. гепатол. – 1998. – Т. 3, № 3. – С. 324.
16. Нечитайло, М.Е. Хирургическое лечение эхинококкоза печени / М.Е. Нечитайло, К.И. Буланов, В.В. Черный, В.Ф. Саенко // Анн. хирург. гепатол. – 2001.-1, Т.6, – С.41-50.
17. Чернышов, В.Н. / В.Н. Чернышов, С.А. Иванов // Хирургия эхинококкоза печени. – Самара, 2005. – 196 с.
18. Чернышов, В.Н. Лечение гидатидного эхинококкоза печени / В.Н. Чернышов, К.А. Панфилов, В.Е. Богданов // Хирургия. – 2005. – №9.-С. 39-44.
19. Bektas, H. Surgical Therapy of cystic echinococcosis of the liver / H. Bektas, F. Lehener, U. Werner, M. Bartels, G. Piso, H. Schrem, J. Klempnauer // Am. J. Surg. – 2001. – Vol. 126(5). – P. 369-373.
20. Cirenci, A. Evolution of surgery for hydatidosis from 1950 to today: analysis of a personal experience / A. Cirenci, I. Bertoldi // World. J. Surg. – 2001. – Vol. 25(1). – P. 87-92.
21. Jorganci, K. Surgical treatment of hydatid cysts of the liver in the era percutaneous treatment / K. Jorganci, I. Sayek // Am. J. Surg. – 2002. – №184(1). – P. 63-69.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНЦИПА АПАРАЗИТАРНОСТИ И АНТИПАРАЗИТАРНОСТИ В ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА

А.З. ВАФИН, А.Д. АБДОКОВ, А.В. ПОПОВ,
У.Ш. ХУШВАКТОВ

Для оценки результатов хирургического лечения эхинококкоза печени на основе соблюдения принципа апаразитарности и антипаразитарности проведен анализ результатов лечения 100 больных, оперированных в 1982-1991 гг. традиционными методами (контрольная группа), и 230 больных, лечившихся в 1992-2009 гг., когда принцип апаразитарности и антипаразитарности был внедрен в клинику в полном объеме (основная группа). Соблюдение принципа апаразитарности и антипаразитарности и применение плазменных технологий при эхинококкэктомии позволило существенно улучшить результаты хирургического лечения эхинококкоза печени: послеоперационные осложнения снижены с 36,0% в контрольной группе до 11,5% – в основной, послеоперационная летальность снижена соответственно с 7% до 1,7%, рецидивы заболевания – с 15% до 1,3% и общий койко-день – с 41,3 до 24,4%.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, диагностика, хирургическое лечение, апаразитарность и антипаразитарность, плазменный поток

CLINICAL EFFICIENCY OF APPLICATION OF PRINCIPLE APARASITOGENITY AND ANTIPARASITOGENITY IN ECHINOCOCCOSIS SURGERY

VAFIN A.Z., ABDOKOV A.D., POPOV A.V.,
HUSHVAKTOV U.Sh.

For estimation of results of surgical treatment of liver echinococcosis on the basis of observance of aparasitogenity and antiparasitogenity principle the analysis of results of treatment of 100 patients operated in 1982-1991 with traditional methods (control group), and 230 patients treated in 1992-2009 when the principle of aparasitogenity and antiparasitogenity has been introduced in clinic in full volume (basic group) is carried out. Aparasitogenity and antiparasitogenity principle observance and application of plasma technologies at echinococcectomy has allowed to improve essentially results of surgical treatment of liver echinococcosis: postoperative complications are reduced from 36,0 % in control group to 11,5 % in basic group, postoperative lethality is lowered respectively from 7 % to 1,7 %, disease relapses – from 15 % to 1,3 % and the total bed day – from 41,3% to 24,4 %.

Keywords: liver echinococcosis, diagnostics, surgical treatment, aparasitogenity and antiparasitogenity, plasma stream