

© Коллектив авторов, 2008
УДК [616.36-002.951.21-089:615.832.7:533.9]-036.8

А.З.Вафин, А.Н.Айдемиров, Э.Г.Мнацаканян, Е.В.Сафошкина, А.А.Хрипунова,
Т.М.-С.Бакаева

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОПЕРИРОВАННЫХ ТРАДИЦИОННЫМ СПОСОБОМ И С ПРИМЕНЕНИЕМ ВЫСОКОТЕМПЕРАТУРНЫХ (ПЛАЗМЕННЫХ) ТЕХНОЛОГИЙ

Кафедра хирургических болезней № 1 с курсом поликлинической хирургии (зав. — д-р мед. наук проф. А.З.Вафин) Ставропольской государственной медицинской академии

Ключевые слова: эхинококкоз печени, плазменные технологии, отдаленные результаты.

Введение. Несмотря на достаточно длительную историю борьбы с эхинококкозом человека, данная проблема до сих пор не потеряла своей актуальности и продолжает представлять значительные трудности для здравоохранения. По данным Госсанэпиднадзора РФ, за последние 5 лет отмечен трехкратный рост заболеваемости населения, прежде всего в сельскохозяйственных районах России, в том числе на территориях Ставропольского края с развитым животноводством [1].

Долгое время эхинококкоз относился к числу тяжелых заболеваний, результаты лечения которого оставались неудовлетворительными у достаточно большого числа больных [7]. Благодаря появлению качественно новых технологий, основанных на применении плазменного скальпеля, отношение к хирургическому лечению эхинококкоза претерпело значительные изменения [2]. Согласно исследованиям ряда авторов, при использовании плазменного потока при эхинококкэктомии в раннем послеоперационном периоде наблюдается значительно меньше осложнений, характерных для традиционного оперативного вмешательства [2, 4, 5, 7]. Однако для полного и объективного сравнения эффективности двух хирургических методов: традиционного и с применением плазменных технологий — необходимо проведение комплексной оценки состояния здоровья оперированных больных и в отдаленные сроки после лечения.

Цель работы — изучение отдаленных результатов хирургического лечения больных с эхинококкозом печени, оперированных традиционными методами и с применением плазменных технологий.

Материалы и методы. Исследование проведено в клинике госпитальной хирургии Ставропольской государственной медицинской академии в отделении торакоабдоминальной хирургии.

На начальном этапе работы был произведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, оперированных по поводу эхинококкоза печени в 1984–2002 гг. Диагноз эхинококкоза устанавливался на основании клинических, лабораторных, рентгенологических, серологических, ультразвуковых исследований и компьютерной томографии с верификацией диагноза на операционном столе. Критерием включения больных в исследование установлены: подтвержденный диагноз первичного солитарного/первично-множественного эхинококкоза печени, возраст пациентов старше 18 лет, неосложненное течение заболевания, свободное владение пациентами русским языком. Критерии исключения: психические заболевания, сопутствующая тяжелая соматическая патология, больные, которые в силу различных причин не были оперированы. В результате анализа была отобрана предварительная выборочная совокупность, состоящая из 190 пациентов. Все исследуемые были разделены на две группы: основную (120 человек), оперированных с использованием плазменных технологий, и контрольную (70 пациентов), оперированных традиционными методами.

На втором этапе исследования оперированным были разосланы письма с предложением заполнить разработанный нами «Опросник для изучения качества жизни пациентов, перенесших эхинококкэктомию», содержащий 16 вопросов, включая восемь шкал и соответственно восемь параметров. Критерии, на основе которых формировалась структура опросника, были выработаны на основании анкет «Индекс жизни», КЖ-100 и русской версии MOS-SF-36 [7, 9]. К анкете прилагалась необходимая инструкция по ее заполнению. В силу независимости от нас обстоятельство ответные письма с заполненными опросниками были получены от 97 пациентов опытной группы и от 58 — из контрольной. Таким образом, окончательный объем исследуемой выборочной совокупности составил 155 человек.

Оценка полученных данных включала интерпретацию суммарных баллов в соответствии с ключом к разработанному опроснику и последующую статистическую обработку данных с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows» («StatSoft Inc. 2004»).

Результаты и обсуждение. В обеих группах возраст больных варьировал от 14 до 78 лет, мужчин было меньше, чем женщин: их соотношение в основной группе — 1:1,9, в контрольной — 1:1,6, что позволяет считать выборочную совокупность больных однородной по поло-возрастному составу.

Из 155 больных с первичным эхинококкозом 65% поступили с солитарными кистами печени, у 35% было множественное поражение печени, причем у большей части пациентов диаметр кист превышал 10 см.

Определение локализации кист в печени основывалось на делении ее по сегментам с учетом разветвления портальной системы. У 47,4% пациентов кисты локализовались в VII–VIII сегментах печени и значительно реже — во II–III сегментах.

Стадию жизнедеятельности паразитарной кисты определяли согласно классификации М.Ю. Гилевича [3]: живой паразит, когда в кисте нет дочерних пузырей, а жидкость светлая и прозрачная — I стадия; обнаружение в кисте дочерних пузырей и светлой, прозрачной эхинококковой жидкости — IIa, период ранних посмертных изменений паразита. Когда жидкость становилась мутной и в фиброзной капсуле выявлялись кальцинаты — IIb стадия, или период поздних посмертных изменений. Осложнившиеся нагноением или перфорацией в желчные пути кисты относились к III стадии. В обеих группах больных встречались все стадии жизнедеятельности кист, кроме III.

Удельный вес открытой эхинококкэктомии составил 90,7% в обеих группах больных. На долю других видов хирургических вмешательств приходилось 9,3%.

Основным методом ликвидации остаточных полостей в основной группе больных был капитонаж со сквозным сменным транспеченочным дренажем — в 48% случаев. В контрольной группе у

45% больных применялся капитонаж с концевым дренажем. Кроме того, для ликвидации остаточных полостей использовались методы инвагинации, оментопластики, аплатизации и марсупиализации (табл. 1).

В качестве операционного доступа у 55% больных использована торакофренолапаротомия, у 32,5% — верхнесрединная лапаротомия, у 12,5% — разрез по Кохеру-Федорову. Рациональность доступа определялась следующими положениями: возможность неограниченных манипуляций хирурга, наличие условий для технической свободной удалению кист и минимальной травматизации внутренних органов больного. Так, при локализации кист в VII–VIII сегментах печени применялся торакофренолапаротомный доступ справа; в V–VI сегментах — лапаротомия правосторонним подреберным доступом; в остальных случаях применялась верхнесрединная лапаротомия. Более широкое использование торакофренолапаротомии в основной группе больных при отсутствии статистически значимого различия в локализации эхинококковых кист объясняется совершенствованием хирургической техники.

В послеоперационном периоде общая частота осложнений в основной группе составила 12,6% (табл. 2), в то время как в контрольной это число приблизилось к 55%, что соотносится с данными, полученными в других исследованиях [6]. В контрольной группе больных тяжелым осложнением, приведшим к летальному исходу в 6,2% наблюдений, была острая сердечно-сосудистая недостаточность. Воспалительные осложнения включали: пневмонию, плеврит, печеночно-почечную недостаточность. Основу воспалительных осложнений местного характера в подавляющем большинстве случаев (53,2%) составило нагноение остаточных полостей (см. табл. 2).

Таблица 1

Методы ликвидации остаточных полостей после эхинококкэктомии

Методы ликвидации остаточных полостей	Число операций					
	Основная группа		Контрольная группа		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Капитонаж, в том числе:						
без дренирования	15	15	13	21,3	28	17,5
с концевым дренажем	12	12	27	45	39	24,4
со сквозным дренажем	48	48	–	–	48	30
Инвагинация	8	8	4	6,6	12	7,5
Оментопластика	10	10	15	25	25	15,6
Аплатизация	7	7	–	–	7	4,4
Марсупиализация	–	–	1	1,7	1	0,6
Только наружное дренирование	–	–	–	–	–	–

Таблица 2

Характер и частота послеоперационных осложнений в основной и контрольной группе больных (n=100)

Характер осложнений	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс. число	%	Абс. число	%
<i>Осложнения общего характера</i>				
Невоспалительные, в том числе:				
сердечно-сосудистая недостаточность	–	–	2	6,2
ТЭЛА	1	7,7	–	–
Воспалительные, в том числе:				
пневмония	1	7,7	3	9,4
печеночно-почечная недостаточность	1	7,7	1	3,1
плеврит	1	7,7	2	6,2
<i>Осложнения местного характера</i>				
Воспалительные, в том числе:				
нагноение раны	2	15,4	1	3,1
нагноение остаточной полости	3	23,1	17	53,2
гнойные и желчные свищи	4	30,8	3	9,4
поддиафрагмальный и подпеченочный абсцессы	–	–	3	9,4

Таблица 3

Длительность стационарного лечения (M±m)

Группы больных	Общий койко-день	Послеоперационный койко-день	p
Основная, n=100	24,4±2,4	17,6±1,8	0,0117
Контрольная, n=60	41,3±3,6	29,2±2,1	

Послеоперационные осложнения не могли не отразиться на длительности стационарного лечения — больные контрольной группы провели в отделении достоверно больше койко-дней, чем пациенты основной группы (табл. 3).

Следует отметить, что в основной группе больных рецидивов заболевания не выявлено, в контрольной группе, напротив, они имели место у 13,8% оперированных, что потребовало проведения повторных оперативных вмешательств, причем у 3,4% больных они производились неоднократно.

Анализ данных заполненных опросников показал, что в опытной группе суммарный индекс качества жизни (КЖ) был достаточно высоким (72 балла) в отличие от контрольной, в которой этот показатель едва достигал 45. Высокое КЖ в основной группе оперированных отмечено у подавляющего большинства больных — 57,7%, в контрольной — лишь у 17,2%.

При подробном анализе выявлено, что большинство пациентов (71%), оперированных с

применением плазменного скальпеля, определяли свое качество жизни (КЖ) как «отличное»; 14% — оценивали этот показатель как «хороший»; 7% — считали, что качество их жизни можно назвать «средним»; у 5% — самооценка КЖ была «удовлетворительной»; у оставшихся 3% респондентов — «неудовлетворительная». В контрольной группе оперированных распределение ответов было следующим: «отличное» КЖ — 32%, «хорошее» — 16%, «среднее» — 14%, «удовлетворительное» — 20%, «плохое» — 18%. По шкале «Самооценка здоровья» 69% исследуемых основной группы, в отличие от 30% лиц контрольной, характеризовали свое самочувствие как «отличное» и лишь 2% — как «плохое» при 35% аналогичных ответов в группе контроля. Высокие баллы по шкале «Эмоциональное состояние» у 50% респондентов основной группы по сравнению с 36% контрольной свидетельствовали о том, что в 1-й группе исследуемых эмоциональный фон жизни был значительно благоприятным. 68% пациентов, оперированных с применением

плазменных технологий, сохранили способность выполнять свои социальные функции в полном объеме, в то же время в контрольной группе подобный ответ дали лишь 34% респондентов, что свидетельствует об их полной или частичной социальной дезадаптации, обусловленной следствием заболевания и его лечения.

«Физическая работоспособность» и «Умственная работоспособность» у лиц основной группы (65% и 67% соответственно) позволяют говорить о хорошей когнитивной деятельности и способности к физическому труду оперированных, в отличие от такового в группе больных, оперированных традиционными хирургическими методами. Наиболее низкие показатели по шкале «Финансовые вопросы лечения» выявлены в группе контроля: тяжелое материальное положение испытывали 24% респондентов, что в 4 раза превышало аналогичные значения в основной группе. Более половины (63%) оперированных основной группы не отмечали последствий хирургического лечения эхинококкоза печени, что свидетельствует о достаточной эффективности проведенного лечения с использованием плазменных технологий.

Выводы. 1. Оценка КЖ в отдаленные сроки после хирургического лечения эхинококкоза печени свидетельствует о несомненных преимуществах лечения эхинококкоза с применением плазменных технологий перед традиционными хирургическими методами.

2. Применение плазменного потока позволило значительно сократить число и снизить частоту и тяжесть непосредственных и отдаленных послеоперационных осложнений, рецидивов эхинококкоза, послеоперационную летальность, сроки стационарного лечения.

3. Высокий индекс качества жизни оперированных в отдаленные сроки после эхинококкэктомии с использованием плазменных технологий является результатом эффективного гемостатического, сколексоцидного и антисептического, а в итоге и противорецидивного действия потока высокотемпературной плазмы.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Агаев Б.А., Агаев Р.М., Мамедов Р.М., Будан А.К. Принципы диагностики и лечения эхинококкоза печени // *Анналы хир.*—2005.—№ 1.—С. 54–59.
2. Вафин А.З. Современное состояние хирургии эхинококкоза // *Материалы конгресса хирургов Ставропольского края.*—Ставрополь, 1997.—С. 9–12.
3. Гилевич М.Ю., Князева Г.М., Нотрашвили Г.С., Касторная И.П. Клинико-морфологическое обоснование в выборе метода лечения эхинококкоза органов брюшной полости и забрюшинного пространства // *Хирургия.*—1990.—№ 11.—С. 116–120.
4. Зубарев П.Н., Иванов С.А., Игнатович И.Г. Новые методы хирургического лечения эхинококковых кист печени // *Вестн. хир.*—2001.—№ 7.—С. 75–78.
5. Кихирон А.Н., Мчдлишвили И.П. Плазменная перицистэктомия и внутриканальная электрокоагуляция при эхинококкозе печени // *Хирургия.*—1998.—№ 3.—С. 14–16.
6. Насиров М.Я., Панахов Д. М., Ахмедов Г.Х. Пути улучшения результатов лечения эхинококкоза печени // *Анналы хир. гепатол.*—2002.—№ 1.—С. 23–26.
7. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине.—СПб.: ЭЛБИ, 1999.—140 с.
8. Шевченко Ю.Л., Харнас С.С., Самохвалов А.В., Лотов А.Н. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени // *Хирургия.*—2004.—№ 7.—С. 49–55.
9. Ware J. E., Shubouene C. D. The Mos 36 — item Short Mos Form Health Survey (SF — 36). Conceptual framework and item selection // *Medical Care.*—1992.—Vol. 30, № 6.—P. 473–483.

Поступила в редакцию 09.01.2007 г.

A.Z.Vafin, A.N.Aidemirov, E.G.Mnatsakanyan,
E.V.Safoshkina, A.A.Khripunova, T.M.-S.Bakaeva

LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH LIVER ECHINOCOCCOSIS OPERATED BY A TRADITIONAL METHOD AND BY USING HIGH TEMPERATURE (PLASMA) TECHNOLOGIES

A comparative analysis of surgical treatment of 160 patients with liver echinococcosis treated by traditional surgical methods and with using plasma technologies followed by a complex assessment of the long-term results has reliably confirmed advantages of operations using the plasma flow. They were followed by less incidence of postoperative complications and recurrences of the disease. It was also confirmed by high quality of life of the contingent observed that was estimated by a specially developed questionnaire.