

© Коллектив авторов, 2009  
УДК 616.36:616-08:616-002.951.21:634-008.89

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ И АКТИВНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ МАЛЫХ РАЗМЕРАХ КИСТ

И.Г. Ахмедов, А.М. Абдуллаев, А.И. Курбанова, К.С. Патахова  
Дагестанская государственная медицинская академия

**И**стория хирургии эхинококкоза – это история разработки методов хирургического лечения относительно больших кист. Современная тенденция в решении проблемы эхинококкоза направлена на профилактику заболевания, раннее выявление и раннее комплексное лечение. Известно, что трансформированная из зародышевого элемента эхинококковая киста в начале своего развития имеет микроскопические размеры. Однако выявить кисту у больного становится возможным только при размерах более 5-7 см. Исходя из этого, можно утверждать, что при должной организации диагностического процесса эхинококкоз, в частности, эхинококкоз печени, у большинства больных может быть выявлен на ранней стадии развития, т.е. при малых (до 2-5 см) размерах кист. Тактика лечения заболевания при этих размерах кист в печени до последнего времени не обсуждалась в силу отсутствия возможности выявления таких кист. Актуальной она стала в связи с развитием лучевой диагностической технологии и к настоящему времени конкурирующими между собой оказались выжидательная и активная – пункционные методы PAIR et PEVAK и/или химиотерапия – тактики лечения.

Целью настоящего исследования является выработка оптимальных стандартов выжидательной тактики, а также оценка возможности применения активной тактики лечения эхинококкоза печени при малых размерах кист.

**Материал и методы исследования.** Исследование основано на анализе материала лечения эхинококкоза в клинических базах Республики Дагестан в 1985-2005 гг. у 882 больных эхинококкозом печени. Операции выполнены с соблюдением известных принципов апаразитарности и антипаразитарности [2] и принятых подходов в тактике лечения эхинококкоза. С 1999 года у части больных хирургическое лечение сочеталось с проведением противорецидивного медикаментозного лечения.

Консервативное лечение проведено альбендазолом (albendazole) в средних дозах – 10-13 мг/кг/сутки. Курс лечения длился 28-30 дней. Больные получали три курса по 28-30 дней с перерывом между курсами 3-14 дней. Результаты исследования обработаны статистически с помощью пакета прикладных программ Statistica-6.0 фирмы StatSoft, Inc 1984-2001.

### Результаты и обсуждение.

Место выжидательной тактики лечения эхи-

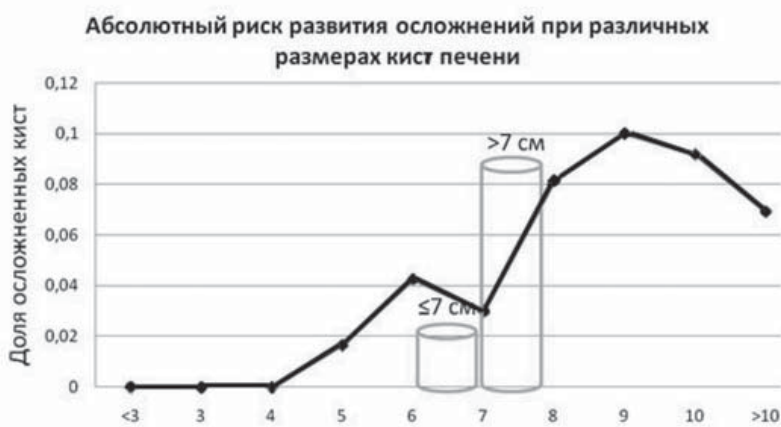
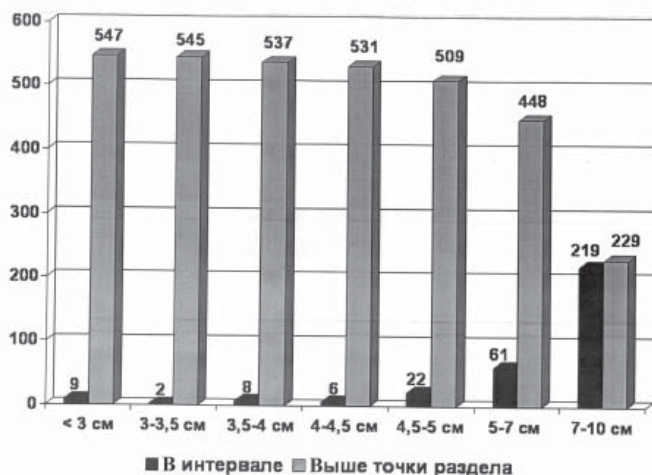


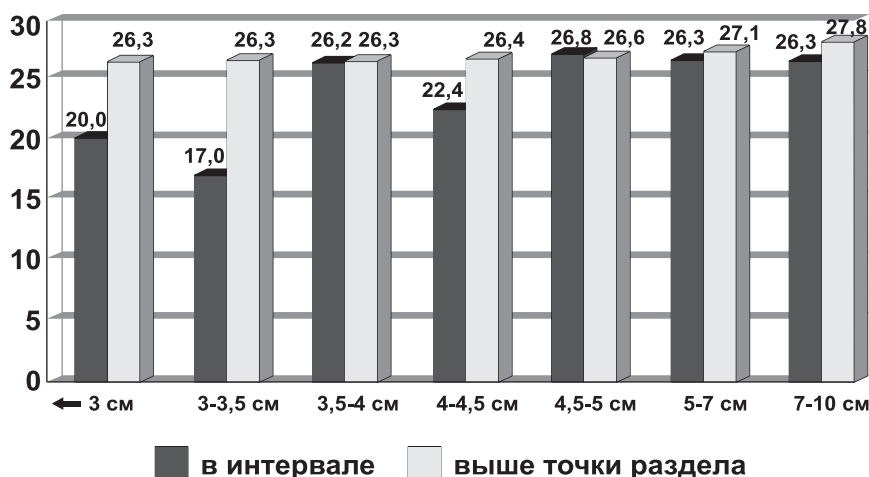
Рис. 1. Соотношение риска развития дооперационных осложнений при различных размерах кист.



**Рис. 2. Соотношение числа случаев эхинококкоза печени в первой фазе развития кист при различных значениях "точки раздела" размера максимальной кисты.**

нококкоза печени при малых размерах кист. Выжидательная тактика после диагностики эхинококкоза печени с малыми размерами кист в клинической практике применяется достаточно часто. Так, анализ клинической практики хирургического лечения различных форм эхинококкоза печени в клиниках Республики Дагестан показал, что из 882 больных у 71 (8,0%) длительность периода с момента визуализации кисты печени до выполнения операции составила более 32 суток (максимально – 3020 дней, медиана – 168 дней). Причиной отсрочки операции были чаще всего нерешимость пациентов и сомнения в диагнозе, потребовавшие динамического наблюдения, а также небольшие размеры выявленных кист в печени.

Из 388 случаев хирургического лечения солитарного эхинококкоза печени (в той же выборке) только в 8 (2,1%) случаях эхинококковые кисты имели размеры менее 5 см (интраоперационные данные), причем преимущественно в практике детской хирургии. В остальных 380 случаях кисты печени были размерами от 5 до 20 см (медиана – 10 см, квартили – 8 и 12 см), что является обычным для хирургии эхинококкоза печени.



**Рис. 3. Соотношение показателей средней продолжительности стационарного лечения больных эхинококкозом при различных значениях "точки раздела" размера максимальной кисты.**

Слишком малое число случаев операции при кистах менее 5 см, при том что они доступны визуализации и в более раннем периоде развития, а также нередкие случаи резидуального эхинококкоза подтверждают сложившуюся тенденцию к выбору выжидательной тактики хирургического лечения эхинококкоза печени при малых размерах кист.

Подобная тактика во многом оправдывается технической сложностью вмешательства и высоким риском развития интраоперационных осложнений при удалении малых кист, как правило, располагающихся интрапаренхиматозно, а также сложностью их «обнаружения» во время вмешательства без интраоперационного УЗИ. Вместе с тем стандарты применения выжидательной тактики сложились эмпирически.

*Прогностическая оценка риска развития догоспитальных осложнений при выборе выжидательной тактики лечения.* Проанализирована степень повышения риска развития дооперационных осложнений с увеличением размеров кисты. Для этого сформирована выборка историй болезни больных, оперированных в 1985-2005 гг., отвечающая следующим критериям: а) любая форма эхинококкоза печени; б) диаметр максимальной кисты в печени не более 15 см.

Всего у пациентов, отвечающих этим критериям, были выявлены и оперированы 917 кист, локализованных в различных сегментах печени. Из них осложненной (нагноение и прорыв содержимого в полости и трубчатые структуры) оказалась 51 киста (5,6%). Анализ абсолютного риска развития осложнений при различных размерах кисты показал, что он возрастает с увеличением диаметра кисты (рис.1). Тем не менее степень повышения риска оказалась относительно равномерной и небольшой, в связи с чем данные разделены на две группы. Так, до достижения кистой размеров 5-7 см риск развития осложнений незначителен и укладывается в рамки статистической погрешности. Абсолютный риск

развития осложнений при этих размерах кисты составил 0,017 (1,7%). Выбор точки разделения 7 см был обусловлен тем, что из 297 кист размерами от 1 до 7 см только 5 кист были осложненными, что составляет 1,7% и статистически значимо не отличается от 0%. При выборе точки разделения 8 см результаты (12 (3,1%) из 390) уже статистически значимо отличались от 0% ( $p=0,002$ ).

При более крупных размерах эхинококковых кист абсолютный риск развития дооперационных осложнений составил 7,42% (46 из 620 кист), что достоверно больше показателя риска при меньших размерах кист ( $\chi^2=11,5$   $p=0,00$ ).

Связь фактора риска с развитием болезни

| Фактор риска – размер кисты печени                                                                                                                                    | Осложнение |                            | Всего |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------|-------|
|                                                                                                                                                                       | Есть       | Нет                        |       |
| Максимальный диаметр более 7 см                                                                                                                                       | A=46       | B=574                      | 620   |
| Максимальный диаметр не более 7 см                                                                                                                                    | C=5        | D=292                      | 297   |
| Всего                                                                                                                                                                 | 51         | 866                        | 917   |
| Показатель                                                                                                                                                            |            | Значение                   |       |
| Риск осложнения при размерах более 7 см                                                                                                                               |            | $A/(A+B)=0,074$            |       |
| Риск осложнения при размерах не более 7 см                                                                                                                            |            | $C/(C+D)=0,017$            |       |
| Абсолютное различие риска (absolute risk difference, ARD)                                                                                                             |            | $A/(A+B)-C/(C+D)=0,057$    |       |
| Относительный риск (Relative Risk, RR)                                                                                                                                |            | $[A/(A+B)]/[C/(C+D)]=4,35$ |       |
| Частный (объяснимый, атрибутивный) риск (attributable risk, AtrR)                                                                                                     |            | $(RR-1)/RR=0,77$           |       |
| Различие риска (снижение относительного риска) (RR reduction, RRR)                                                                                                    |            | $RR-1=3,35$                |       |
| Шансы на развитие осложнения при размерах кисты более 7 см                                                                                                            |            | $A/B=0,080$                |       |
| Шансы на развитие осложнения при размерах кисты не более 7 см                                                                                                         |            | $C/D=0,017$                |       |
| Отношение шансов (при наличии фактора риска к шансам при его отсутствии, Odds Ratio OR)                                                                               |            | $(A/B)/(C/D)=4,7$          |       |
| Число больных, которых необходимо оперировать до достижения размеров не более 7 см для предупреждения развития одного случая осложнения (Number Needed to Treat, NNT) |            | $1/ARD=17,5$               |       |

Поскольку при вышеприведенной «точке раздела» в 7 см размер статистически достоверно выступает как фактор риска, мы сочли возможным более подробно остановиться на нем (табл.).

Наиболее ясный показатель практической эффективности возможной профилактики – вычисление числа людей, которых необходимо оперировать до достижения размеров кист не более 7 см для предотвращения развития одного случая

осложнения (общепринятый англоязычный термин – Number Needed to Treat, NNT – в данном случае оказался равным 17,5 (17-18 пациентов). Это достаточно весомое значение показателя, из чего следует необходимость учета возможности развития осложнения при планировании выжидательной тактики хирургического лечения в случае эхинококкоза печени с малыми размерами кист. Другими словами, при выборе выжидательной тактики необходимо больных оперировать до достижения размеров кист более 7 см во избежание возрастания риска развития осложнений.

Допуская возможность практического применения выжидательной тактики до достижения кистами достаточных для проведения хирургического вмешательства размеров (как показывают вышеприведенные данные – около 7 см), мы провели анализ ближайших и

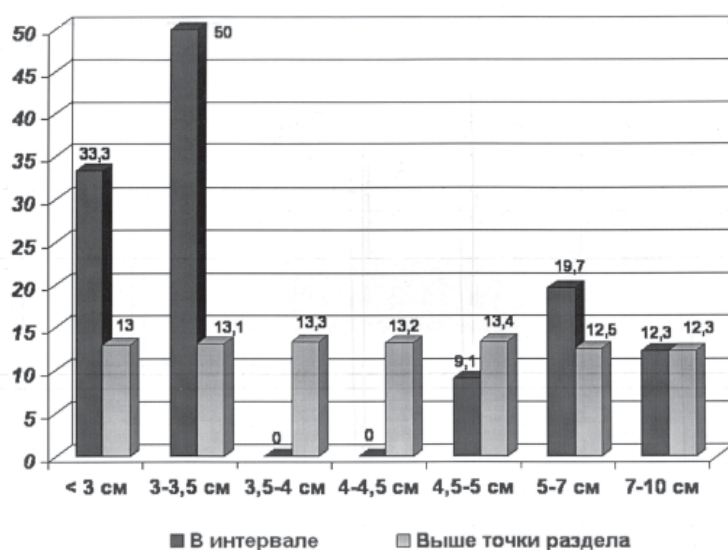
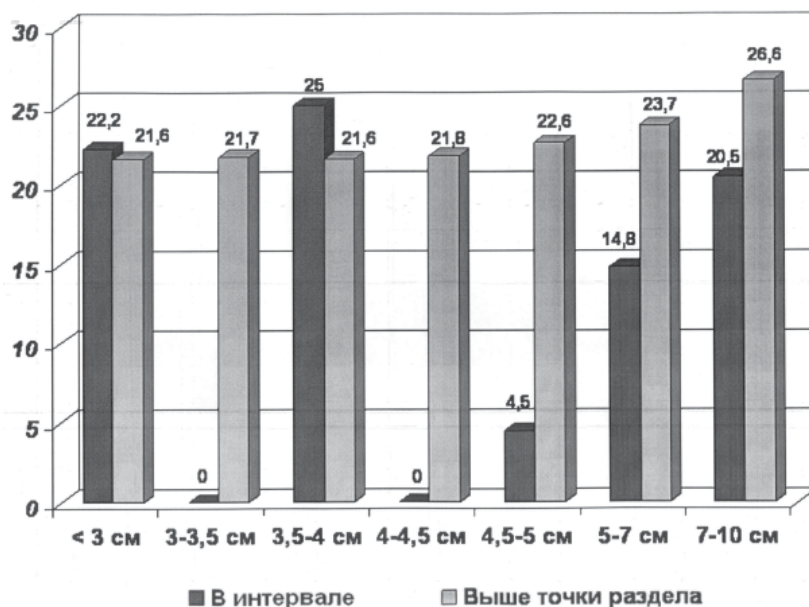


Рис. 4. Соотношение вероятности рецидива эхинококкоза при различных значениях «точки раздела» размера максимальной кисты.



**Рис. 5. Соотношение относительного числа послеоперационных осложнений при эхинококкозе печени в первой фазе развития кист при различных значениях «точки раздела» размера максимальной кисты.**

отдаленных результатов традиционных хирургических вмешательств при эхинококкозе печени с кистами до 5-7 см, находящихся в первой фазе развития [1].

Прогностическая оценка результатов хирургического лечения эхинококкоза печени при выборе выжидательной тактики. Объектом исследования служили истории болезни больных эхинококкозом печени (сочетанный эхинококкоз и солитарный эхинококкоз печени), оперированных в 1985-2005 гг. в хирургических клиниках Республики Дагестан. Критериями отбора служили: а) наличие эхинококковых кист печени, причем максимальная по диаметру киста должна быть в первой фазе развития; б) полноценность информации в историях болезни о характере интраоперационной находки, выполненном вмешательстве и послеоперационном течении. Критериями исключения служили данные истории болезни, свидетельствующие о развитии интра- и послеоперационных осложнений со стороны внепеченочных кист.

Всего историй болезни, отвечающим названным выше критериям, оказалось 556. В них анализированы следующие моменты во взаимосвязи с размером максимальной кисты печени:

- длительность пребывания на койке;
- развитие послеоперационных осложнений, в число которых включена необходимость продолжения чрезфистульной санации остаточной полости после выписки из стационара;
- развитие рецидива болезни (подтвержденное в анамнезе последующими клинико-инструментальными исследованиями).

Проведена сравнительная оценка результа-

тов хирургического лечения эхинококкоза печени при размерах кисты выше «точки раздела» и в определенном интервале значений (верхняя граница интервала является «точкой раздела»). Были рассмотрены следующие значения «точки раздела» размера максимальной кисты печени: 3 см, 3,5 см, 4 см, 4,5 см, 5 см, 7 см, 10 см. Подобный подход позволяет моделировать ситуацию, когда планируется выжидательная тактика до достижения кистой размеров, соответствующих «точке раздела». Число случаев с соответствующими интервалами значений размеров кисты при каждой «точке раздела» представлено на рисунке 2.

Показатель средней продолжительности стационарного лечения после операции, в общем характеризующий эффективность и стоимость послеоперационного лечения, не выявил статистически достоверного различия ни при одном из значений «точки раздела» (рис. 3).

Число случаев рецидивирования при малых размерах кист (рис. 4) также не имеет статистически достоверного различия ни при одной из «точек раздела», хотя для уверенного суждения недостаточен объем выборки (малая статистическая мощность). «Осторожно» можно отметить слишком высокий процент рецидивирования при минимальных размерах кист, скорее всего обусловленный продолжением развития исходно имеющихся еще меньших по размеру кист.

Частота развития послеоперационных осложнений разного характера (рис. 5) выравнивается при «точке раздела» 10 см. При меньших размерах кист следует ожидать более благоприятного течения послеоперационного периода, хотя и здесь недостаточная статистическая мощность не позволяет утверждать это.

Таким образом, вышеприведенный анализ позволяет говорить об интервале 4,5-7 см как о наиболее оптимальном периоде для хирургического лечения печеночных кист при выборе выжидательной тактики. При этих размерах кист достоверно менее вероятны дооперационные осложнения, а результаты хирургического лечения не уступают результатам операций при больших размерах кист.

В отдаленном периоде у части оперированных больных выявляются остаточные образования в печени, в том числе полости. Остаточные полости обнаруживаются у 25-65% больных в зависимости от характера выполненной операции в сроки до 2 и более лет после операции [4]. В большинстве случаев они не имеют клинических проявлений. Однако часто вызывают беспокойство у пациентов, нередко инициированное вра-

чами, обнаружившими их при обследовании. В ближайшие несколько лет после операции больные многократно подвергаются малопродуктивному инструментальному обследованию, отмечают снижение трудоспособности и другие моральные и материальные издержки. Подобные психологические проблемы в той или иной степени наблюдаются у больных и при «ожидании» достижения оптимальных размеров эхинококковой кисты печени.

#### Выводы

1. Выжидательная и активная (консервативная) тактики лечения эхинококкоза печени при размерах кист до 3,5-4 см клинически обоснованы. Наиболее оптимальным параметром кисты для выполнения операции при выжидательной тактике являются 4,5-7 см. При этих размерах кист уровень дооперационных осложнений достоверно ниже, а результаты их хирургического лечения не уступают результатам оперативного лечения более крупных по размерам кист.

2. Лечение эхинококкоза печени при малых размерах кист сопряжено с необходимостью решения проблемы верификации диагноза, а также психологических проблем пациентов, обусловленных как длительным периодом выжидания (при выжидательной тактике), так и длительным сохранением остаточных патологических очагов в печени и «ожиданием» рецидива заболевания (при консервативном лечении).

#### Литература

1. Ахмедов, И.Г. Морфогенез гидатидной кисты печени / И.Г. Ахмедов // Вестник хирургии. - 2003. - Т. 152, №1. - С. 70-76.
2. Вафин, А.З. Апаразитарность и антипаразитарность хирургических вмешательств при эхинококкозе / А.З. Вафин // Хирургия. - 1993. - №4. - С. 70-74.
3. Де Роза, Ф. Успехи в лечении гидатидозов человека / Ф. Де Роза, М.Г. Ластилла, К. Франки, А. Теджи // Российский медицинский журнал. - 1997. - №1. - С. 25-30.
4. Хамидов, А.И. Динамика редукции остаточных полостей после эхинококкэктомии печени / А.И. Хамидов, И.Г. Ахмедов, М.А. Хамидов [и др.] // Анналы хирургии. - 2000. - №5. - С. 38-41.

#### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ И АКТИВНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ МАЛЫХ РАЗМЕРАХ КИСТ

И.Г. АХМЕДОВ, А.М. АБДУЛЛАЕВ,  
А.И. КУРБАНОВА, К.С. ПАТАХОВА

Проведен анализ лечения 882 больных эхинококкозом печени в 1985-2005 гг.

Показано, что при размерах кист печени до 3,5-4 см выжидательная и активная (консервативная) тактика лечения эхинококкоза клинически обоснованы. При этих размерах кист достоверно более низкий уровень дооперационных осложнений, а результаты хирургического лечения сопоставимы с таковыми более крупных кист. Вместе с тем лечение эхинококкоза печени при малых размерах кист сопряжено с проблемами верификации диагноза и рядом психологических проблем пациентов.

**Ключевые слова:** эхинококкоз печени, малые размеры кист, тактика лечения

#### COMPARATIVE ESTIMATION OF WAITING AND ACTIVE TACTICS OF LIVER ECHINOCOCCOSIS TREATMENT AT THE SMALL CYSTS SIZES

AKHMEDOV I.G., ABDULLAEV A.M.,  
KURBANOVA A.I., PATAKHOVA K.S.

The treatment analysis of 882 patients with liver echinococcosis is carried out in 1985-2005.

It is shown, that at the sizes of liver cysts up to 3,5-4 cm, waiting and active (conservative) tactics in treatment of echinococcosis are clinically proved. At these cysts sizes, the level of preoperative complications is authentically lower, and the results of surgical treatment are comparable to those of larger cysts. At the same time, treatment of liver echinococcosis at the small cysts sizes is connected with problems of verification of the diagnosis and a number of psychological problems of patients.

**Key words:** liver echinococcosis, the small cysts sizes, tactics of treatment