

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОВЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ

Лурин И.А., Цема Е.В., Негодуйко В.В.*, Макаров Г.Г., Якуби Д.Г.**

Военно-медицинское управление Службы безопасности Украины, Киев

Военно-медицинский клинический центр северного региона, Харьков, Украина*

Хирургическая клиника на базе провинциального госпиталя города Чакчаран, Исламская Республика Афганистан**

The Experience of Diagnostics and Surgical Treatment of Patients with the Hepatic Hydatid Cysts

I.A. Lurin, E.V. Tsema, V.V. Negoduiko*, G.G. Makarov, J.G. Yaqubi**

Military Medical Department of Security Service of Ukraine, Kiev, Ukraine

Military Medical Clinical Center of North Region, Kharkov, Ukraine*

Surgical Clinic of Chachkaran's Provincial Hospital, Afghanistan**

Received: July 30, 2012

Accepted: September 22, 2012

Адреса для кореспонденції:

Центральний госпіталь ВМУ СБ України

вул. Липська, 11

Київ, 01021, Україна

тел.: +38-044-281-50-73

e-mail: hemorrhoid@ukr.net

Summary

The results of diagnostics and surgical treatment of 71 patients in the Afghanistan are analyzed. It is exposed, that the bulk of patients is made by patients with large and gigantic hydatid cysts. The variants of operative interferences are developed from minilaparotomy directed on diminishing of trauma. Implementation of operation from minilaparotomy was possible at 95% patients of the investigation group. The use of the developed approaches allowed to reduce the terms of hospitalization and improve quality of life of patients in a postoperation period.

Key words: hepatic hydatid cysts, surgery, minilaparotomy.

Введение

Эхинококкоз печени — тяжелое паразитарное заболевание, которое, по данным статистики ВОЗ встречается почти в 100 странах мира [6]. Заболеваемость варьирует от 1 до 42 случаев на 100 тысяч населения [3,4,6]. Операции по поводу больших эхинококковых кист (ЭК) время от времени выполняется практически во

всех крупных клинических учреждениях Украины [3]. Частота послеоперационных осложнений у больных с ЭК больших размеров колеблется от 15% до 64% [1,3,4]. Одним из путей уменьшения частоты послеоперационных осложнений является совершенствование технических особенностей операции. Особенно актуальной является тактика обследования и лечения больных в условиях Украины, где имеются области эндемичные по заболеваемости эхинококкозом, в которых частота выявления больных достигает 8-10 на 10000 населения [3]. Выполнение сложных резекционных операций или лапароскопических вмешательств, требующих специального обеспечения, в таких условиях проблематично, к тому же большими размерами ЭК, является противопоказанием к лапароскопическим и пункционным методам лечения, вследствие высокого риска контаминации брюшной полости [3].

Цель работы — улучшить результаты хирургического лечения больных с ЭК печени путем внедрения малотравматических методов хирургического лечения.

Материалы и методы

Обобщены результаты лечения 71 пациента, которым проводили лечение в хирургической клинике на базе провинциального госпиталя города Чакчаран и медицинской секции передовой оперативной базы «Шит» (Исламская Республика Афганистан). Больные были разделены на две группы: основную — 40 больных (31 женщина и 9 мужчин), которым выполняли оперативные вмешательства при больших кистах печени с использованием минидоступов; контрольную — 31 пациент (24 женщины и 7 мужчин), которым проводили оперативное лечение больших ЭК с использованием традиционных хирургических доступов. Средний возраст женщин в первой группе составил 34,5 года (среднее квадратическое отклонение $\sigma = 11,3$ года), мужчин — 40,4 (10,6) года, женщин во второй группе 30,6 (10,3) года, мужчин — 32,1 (12,7) года. Методики обследования включали сбор анамнеза, физикальное обследование, ультрасонографию, клинические и биохимические анализы по общепринятым методикам.

Нами проанализированы клинические проявления эхинококкоза, возможность использования ультразвуковой диагностики в точном определении локализации ЭК, исследована возможность выполнения оперативных вмешательств из доступов, расположенных в месте локализации кист, возможность применения малотравматических методов хирургического лечения. Проведено сравнение результатов лечения с применением малотравматических методов и операций, выполненных из традиционных доступов. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного обеспечения Microsoft Excel 2007 с использованием параметрических (t-критерий Стьюдента) и непараметрических (χ^2 -критерий Пирсона) методов сравнительной статистики [5].

Таблица 1. Локализация кист в сегментах печени

Сегмент	Группа				Всего
	основная		контрольная		
	N	%	N	%	
1	-	-	2	6,5	2
2	2	5	-	-	2
2-3	-	-	1	3,2	1
3	1	2,5	-	-	1
5	5	12,5	2	6,5	7
5-6	2	5	1	3,2	3
7-8	12	30	3	9,7	15
8	18	45	18	58,1	36
4+5+6	-	-	1	3,2	1
5+6+7+8	-	-	1	3,2	1
5+8	-	-	2	6,5	2
Всего	40		31		71

Таблица 2. Распределение больных в группах по размерам кист

Размеры кист	Группа				Всего
	основная		контрольная		
	N	%	N	%	
Средние	1	2,5	4	12,9	5
Большие	29	72,5	22	71,0	51
Гигантские	10	25	5	16,1	15
Всего	40		31		71

По клиническим проявлениям выделяли 3 стадии заболевания:

1. Доклиническая стадия: отсутствие жалоб, киста случайная находка при ультразвуковом исследовании и серологической диагностике. Больных с доклинической стадией в исследуемых группах не было.
2. Стадия клинических проявлений — 60 (84,5%) больных, которые предъявляли жалобы и имели изменения в местном статусе.
3. Стадия осложнений — 11 (15,5%) больных с клиникой нагноения кисты (14,1%) и 1 больная (1,4%) с разрывом ЭК.

Основным диагностическим методом, позволявшим подтвердить диагноз и наметить план лечения, являлось ультразвуковое исследование (УЗИ). По данным УЗИ определяли размер кисты, ее локализацию, проекцию кисты на брюшную стенку, расстояние до поверхности печени, фазу процесса. Фазы жизнедеятельности приведены в соответствии с классификацией И.Г. Ахмедова, 2002 г. [2], согласно которой выделяются две последовательные фазы жизнедеятельности ЭК (I и II). В обеих фазах кисты могут содержать множество дочерних кист (Iб, IIб фазы) или единичные дочерние кисты (Iа, IIа).

Результаты и обсуждение

Клинические проявления эхинококкоза имели место у всех обследованных больных. Наиболее частым симптомом болезни являлись: боли в эпигастрии — 70 (98,6%) больных; боли, возникающие после еды — 8 (11,3%); боли в правом подреберье — 57 (80,3%); деформация живота — 54 (76,1%); болезненность

Таблица 3. Характеристика оперативных доступов при кистах левой доли печени

Группа	Доступ	Сегмент печени				Всего
		1	2	2-3	3	
Основная	Срединная минилапаротомия	-	2	-	1	3
	Доступ по Кохеру	2	-	-	-	2
Контрольная	Верхнесрединная лапаротомия	-	-	1	-	1

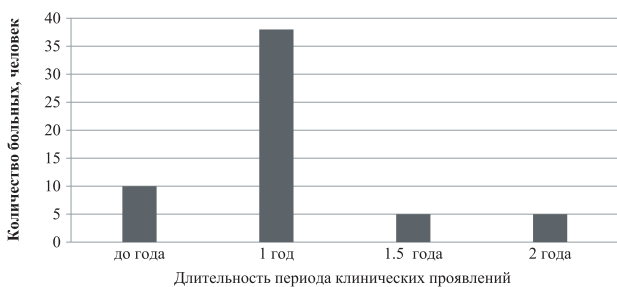


Рис. 1

Длительность периода клинических проявлений по данным анамнеза.

при пальпации — 17 (23,9%); запоры — 3 (4,2%); чувство тяжести в эпигастрии — 38 (53,5%); общая слабость — 48 (67,6%); отсутствие аппетита — 38 (53,5%); тошнота и рвота — 11 (15,5%); желтушность кожных покровов — 2 (2,8%).

Наиболее частым сочетанием клинических признаков являлось увеличение в размерах и деформация живота с наличием чувства тяжести и постоянных или периодических болей в правом подреберье, которые отмечались у 54 (76,1%) больных. У 38 (54%) пациентов отмечались симптомы интоксикации (слабость, отсутствие аппетита, рвота). Пальпируемое образование отмечалось у всех исследуемых больных, кроме 1 пациента с разрывом кисты.

Длительность периода клинических проявлений заболевания по данным анамнеза составила от 3 мес. до 15 лет (рис. 1). У 67 больных имелась единичная киста. Из них кисты в Ia фазе наблюдались у 32 (47,8%) больных, в Ib фазе — у 4 (6%), во IIa фазе — у 3 (4,5%), во IIb фазе — у 18 (26,9%), у 9 (13,4%) больных имелось нагноение кисты, а у 1 (1,5%) пациента — разрыв ЭК. У 2 больных имелись 2 кисты, у 1 — 3 кисты и у 1 — 4 кисты. Локализация кист в сегментах печени представлена в таблице 1.

По результатам УЗИ и интраоперационным данным в зависимости от размеров кисты выделяли малые (до 100 мл), средних размеров (100-500 мл), большие (500-3000 мл) и гигантские (свыше 3000 мл) ЭК — таблица 2. В группе сравнения использовали традиционные оперативные доступы, в исследуемой

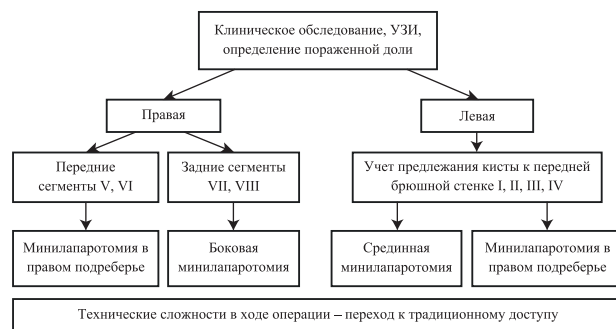


Рис. 2

Выбор оперативного доступа при крупных ЭК печени.

группе использовали малотравматичные доступы. Характеристика оперативных доступов при ЭК левой доли печени представлена в таблице 3.

С данных таблицы 3 следует, что при локализации кисты в 1 и 4 сегментах печени предпочтительнее использовать доступ по Кохеру или минилапаротомию в правом подреберье, тогда как при локализации в 2 и 3 сегментах — срединную лапаротомию или срединную минилапаротомию. Характеристика оперативных доступов при ЭК правой доли печени в группах представлена в таблице 4. Как видно, при локализации кисты в передних сегментах (5,6) правой доли печени выполняется доступ Кохера или минилапаротомия в правом подреберье, а при локализации кисты в задних сегментах печени (6,7) — боковая минилапаротомия или переднебоковая лапаротомия.

В основной группе удалось выполнить оперативное вмешательство с использованием минидоступа у 38 (95%) пациентов больных. Частота переходов к традиционному доступу (переднебоковой лапаротомии) составила 5% (2 больных). На основании анализа результатов лечения нами предложен алгоритм выбора оперативного доступа, который позволяет осуществить переход к традиционному оперативному доступу при возникновении технических сложностей в ходе операции.

В послеоперационном периоде проводилась инфузионная терапия коллоидами и кристаллоидами в объеме до 3 литров в сутки на протяжении первых 2-3 суток, стандартная схема антибиотикотерапии

Таблица 4. Характеристика оперативных доступов при кистах правой доли печени

Группа	Доступ	Названия столбцов							Всего
		5	5-6	7-8	8	5+8	4+5+6	5+6+7+8	
Основная	Минилапаротомия в правом подреберье	5	2	-	18	-	-	-	25
	Переднебоковая минилапаротомия	-	-	10	-	-	-	-	10
	Переднебоковая лапаротомия	-	-	2	-	-	-	-	2
Контрольная	Доступ по Кохеру	2	1	-	16	2	1	1	23
	Переднебоковая лапаротомия	-	-	2	-	-	-	-	2
	Верхнесрединная лапаротомия	-	-	1	2	-	-	-	3

Таблица 5. Сравнительная характеристика результатов лечения в группах больных

Группа	Длительность операции, часы / М (σ)	Отхождение газов, сутки / М (σ)	Койко-день, сутки / М (σ)	Обезболивание, сутки / М (σ)
1	1,2 (0,21)	1,5 (0,36)	6,9 (1,92)	2,1 (0,76)
2	1,8 (0,29)*	3,2 (1,52)*	9,7±(3,39)*	4,2 (1,46)*

*Примечание: различия между группами статистически достоверны ($p < 0,05$).

включала: беталактамы антибиотики, аминогликозиды и метронидазол в стандартных дозировках. Группы сравнивали по следующим параметрам: длительность операции, время отхождения газов, время пребывания в стационаре, потребность в обезболивающих препаратах (таблица 5).

После выписки из стационара больным проводилась терапия альбендазолом в дозе 10 мг/кг массы тела на протяжении 4 месяцев. Дренаж из полости кисты удаляли в сроки от 2 месяцев.

Выводы

У больных с эхинококковой кистой печени в большинстве случаев возможно выполнение малотравматичных операций, которые могут проводиться в условиях регионарной анестезии.

Использование предложенного алгоритма выбора оперативного доступа к эхинококковой кисте позволяет достоверно ($p < 0,05$) снизить время пребывания

больных в стационаре, уменьшить травматичность вмешательства, улучшить качество жизни больных в послеоперационном периоде.

Предложенный алгоритм лечения больных с эхинококкозом печени с применением современных методов анестезии является перспективным направлением по улучшению результатов лечения данной категории больных и требует дальнейшего всестороннего изучения.

Литература

1. Альперович Б.И. (1996) Радикальные и условно-радикальные операции при альвеококкозе печени. *Анналы хирургической гепатологии*. 1: 31-36
2. Ахмедов И.Г., Османов А.О., Курбанов А.Э. (2004) Ультразвуковое исследование в диагностике гидатидного эхинококкоза печени. *Хирургия*. 3: 42-45
3. Грубник В.В., Четвериков С.Г., Шипулин П.П. (2011) Эхинококкоз человека: современные методы диагностики и лечения. (Киев). «Медицина». 224 с.
4. Джоробеков А.Д., Баймаханов Б.Б., Разакулов Р.О., Кутманбеков Э.А. (2007) Совершенствование хирургической тактики и техники оперативных вмешательств, при альвеококкозе печени. *Хирургия Кыргызстана*. 2: 111-114
5. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. (2001) Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. (Киев). «Морион». 408 с.
6. Eckert I.J., Gemmell M.A., Meslin F.X., Pawlowski Z.S. (2001) Geographic distribution and prevalence. WHO/OIE manual on echinococcosis in humans and animals: a public health problem of global concern. (Paris). World Organisation for Animal Health. 142 p.