

УДК616.36-003.4-089-036.868

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ НЕПАРАЗИТАРНЫХ И ГИДАТИДНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ**

**Котельникова Л.П., Белякова Я.В., Баженова О.В.**

*ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. Е.А. Вагнера Минздрава России», Пермь, Россия (614000, ул. Петропавловская, 26), e-mail:psma@mail.ru*

Проведен сравнительный анализ качества жизни (КЖ) с использованием опросника SF-36 через год и более после различных видов хирургических вмешательств («открытых» и лапароскопических операций, чрескожного дренирования и склерозирования) у 10 пациентов с непаразитарными солитарными кистами печени (НКП), 10 – поликистозом печени (ПК) и 9 – эхинококковыми кистами (ЭХ) без рецидива заболевания и жалоб. По данным непараметрического корреляционного анализа пожилой возраст, наличие сопутствующей патологии и кист другой локализации при ПК отрицательно влияют на КЖ. Худшие показатели КЖ обнаружены у больных НКП без рецидива заболевания за счет психоэмоциональных расстройств, лучшие – у больных ЭХ. Больные ПК, несмотря на низкие баллы по шкале общего здоровья, ролевого и физического функционирования были социально адаптированы, трудоспособны, эмоционально стабильны, что свидетельствует о целесообразности использования паллиативных мини-инвазивных методов (лапароскопической фенестрации и чрескожного склерозирования) его лечения.

Ключевые слова: качество жизни, непаразитарные кисты печени, поликистоз печени, эхинококковые кисты печени.

## **QUALITY OF LIFE IN LONG TERM FOLLOW-UP PERIOD AFTER SURGICAL TREATMENT FOR NON-PARASITIC, HYDATID LIVER CYSTS AND POLYCYSTIC LIVER DISEASE**

**Kotelnikova L.P., Belyakova Y.V., Bazhenova O.V.**

*PermStateMedicalAcademy.n.a. E.A. Vagner, Perm, Russia (614000, Petropavlovskaya, st., 26), e-mail:psma@mail.ru*

Quality of life of 29 patients (10 – with solitary non-parasitic liver cysts, 10 – with the polycystic liver disease and 9 – with hydatidcysts) after surgical treatment were studied using the SF-36 questionnaire. Nobody had recurrence. Statistical tests included Fisher's exact test, Spearman's correlation coefficient showed that older age, presence of comorbid diseases and cysts in other organs decreased the quality of life. The worst quality of life had patients with non-parasitic liver cysts without recurrence due to psycho-emotional disorders, the best - patients with hydatid cysts. The patients with polycystic liver disease showed lower scores on a scale of general health, physical functioning and role, but they were socially adaptable, able-bodied, emotionally stable, indicating the feasibility of using the palliative mini-invasive methods (laparoscopic fenestration and percutaneous sclerotherapy) of treatment.

Keywords: quality of life, polycystic liver disease, non-parasitic cysts, hydatid cysts.

### **Введение**

Отдаленные результаты хирургического лечения кистозных образований печени оценивают по количеству рецидивов, исчезновению клинических симптомов [2, 10], а также качеству жизни (КЖ). В медицине под этим термином понимают интегральную оценку физической, психической и социальной деятельности больного, основанную на его субъективном ощущении [3]. Исследование КЖ в хирургии необходимо для стандартизации способов лечения, оптимизации его выбора для каждого больного с учетом его особенностей, социального положения и экономических возможностей [1]. Для пациента имеет существенно большее значение улучшение самочувствия и повышение

удовлетворенности жизнью в психоэмоциональном и социальном аспектах, а не положительная динамика симптомов заболевания, лабораторных и инструментальных показателей.

Для изучения КЖ используют стандартизованные опросники, которые заполняются пациентом, среди которых наиболее популярен SF-36. Многочисленными исследованиями показано, что оценка КЖ, сделанная больным, может не совпадать с таковой, сделанной врачом, но отражает удовлетворенность своим здоровьем [3]. При некоторых доброкачественных заболеваниях выполнение радикальных хирургических операций связано с большим риском, а применение паллиативных вмешательств позволяет добиться хорошего КЖ в течение длительного периода.

Цель исследования – сравнить качество жизни пациентов с солитарными непаразитарными и гидатидными кистами печени, поликистозом после хирургического лечения.

### **Материалы и методы**

По результатам ультразвукового исследования (УЗИ) печени, данным общего и биохимического анализов крови через 12 месяцев и более после различных видов хирургических вмешательств («открытых» и лапароскопических операций, чрескожного склерозирования) были изучены отдаленные результаты у 34 пациентов с солитарными непаразитарными кистами печени (НКП), у 36 – спликистозом (ПК), у 11 – с эхинококковыми кистами (ЭХ).

У 29 (35,8 %) из них без рецидива кист и жалоб оценили КЖ методом анкетирования. На вопросы русифицированного опросника SF-36 ответили 10 пациентов с НКП, 10- ПК и 9- ЭХ. Всем пациентам с НКП и ПК была выполнена лапароскопическая фенестрация кист, при ЭХ – перицистэктомия традиционным лапаротомным доступом. По результатам УЗИ у больных НКП и ЭХ рецидивов не обнаружено, а у пациентов с ПК – фенестрированные кисты были замещены рубцом, а размер оставшихся не превышал 5 см в диаметре.

Качество жизни анализировали в зависимости от этиологии кистозного образования печени, способа его лечения, сопутствующих заболеваний, возраста пациентов. Результаты представлены в виде оценок в баллах по 8 шкалам (физическое, ролевое, социальное и эмоциональное функционирование, боль, общее и психологическое здоровье, жизнеспособность), составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее качество жизни. Все шкалы объединены в два суммарных измерения – физический компонент здоровья (1–4) и психологический (5–8).

Накопление, обработку и анализ материала производили с использованием стандартных пакетов прикладных компьютерных программ Excel 2003, StatisticaforWindows

6.0. Изучаемые количественные признаки приближенно нормального распределения представлены в виде  $M \pm \sigma$ , где  $M$  – среднее арифметическое значение,  $\sigma$  – стандартное отклонение. Для определения значимых различий в рассматриваемых группах использовали стандартные методы непараметрической статистики: определяли односторонний и двусторонний точный критерий Фишера для таблиц 2x2. Взаимосвязь между переменными и степень ее выраженности устанавливали с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмана. Различия считали значимыми при величине ошибки  $p \leq 0,05$ .

### **Результаты и их обсуждение**

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения непаразитарных солитарных кист печени показал, что рецидивы после всех видов мини-инвазивных вмешательств возникли в 6,5 % случаев: из них после лапароскопической фенестрации – в 6,6 %, после чрескожной пункции, дренирования и склерозирования этиловым спиртом – в 50 %. После «открытых» и мини-ассистированных фенестраций, по результатам УЗИ, рецидивов не было.

Последние годы большинство хирургов признают лапароскопическое вмешательство лучшим методом лечения НКП по сравнению с «открытыми» операциями с одинаковым количеством рецидивов – 11 % и 13 % соответственно. Некоторые авторы указывают даже на более низкий процент рецидивов при лапароскопических вмешательствах – 5,5 % и отмечают также преимущества этого метода перед чрескожным пункционным [2, 5, 6, 10].

При ПК через 5–7 лет рецидив жалоб возник у 40 % после «открытой», у 10 % – после лапароскопической фенестрации кист и у 10 % – после чрескожной пункции и склерозирования этиловым спиртом. В то же время ремиссии после «открытых» операций были длительнее по сравнению с мини-инвазивными вмешательствами. По данным УЗИ, ранее оперированные кисты замещались рубцовой тканью, а другие увеличивались в размерах.

Рецидив симптомов заболевания при ПК, по мнению T. N. Robinson и соавт. (2005), неизбежен у 3/4 пациентов через  $41 \pm 17$  месяцев после фенестрации доминирующих кист. В то же время авторы отмечают безопасность, быстроту, достаточную эффективность лапароскопических вмешательств и возможность их повторений [8]. Радикальным методом лечения в настоящее время признается пересадка печени, необходимость в которой постоянно растет и при другой ее патологии. Количество выполненных операций значительно меньше, чем потребность в них. Послеоперационные осложнения при трансплантации печени по поводу ПК встречаются в 57 %, летальные исходы – в 30 % [9], что значительно выше, чем при других заболеваниях. Многие хирурги используют лапароскопические операции и пункционный метод в лечении ПК, признавая их

паллиативными, но в то же время позволяющими предотвратить развитие осложнений и улучшить качество жизни [6, 7, 9].

При ЭХ рецидивы кист возникли в 20 %, из них в одном случае (7,6 %) после закрытой эхинококкэктомии и в обоих случаях после лапароскопической ЭЭ (100 %) с обработкой остаточной полости УЗИ – кавитацией и 30 % р-ром хлорида натрия. Радикальные хирургические вмешательства в опытных руках дают лучшие результаты, однако бывают послеоперационные осложнения. Частота рецидивов после них не превышает 5 %. Последние десятилетия с успехом стали активно внедряться мини-инвазивные способы лечения паразитарных кист, включающие радиочастотную абляцию, чрескожный пункционный метод и лапароскопические операции даже при многокамерных эхинококковых кистах.

В 67 % обследованные в отдаленном периоде пациенты имели сопутствующую патологию, в том числе множественную. В группе НКП и ЭХ сопутствующие заболевания (артериальная гипертония, ИБС, дорсопатия, артрозо-артрит и т.д.) выявлены у половины пациентов, при ПК – в 89 %, что отрицательно влияло на результаты хирургического лечения и КЖ.

Результаты обследования КЖ в виде оценок в баллах по 8 шкалам опросника SF-36 представлены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели качества жизни у оперированных больных по поводу кистозных заболеваний печени

| Показатели                       | ПК (n=9)        | p <sub>1</sub> | НКП (n=10)      | p <sub>2</sub> | ЭХ (n=9)        | p <sub>3</sub> |
|----------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|
| КЖ                               |                 |                |                 |                |                 |                |
| Физическое функционирование (PF) | 61,25<br>±24,75 | 4              | 73,01±<br>18,28 | 4              | 69,37±32<br>,99 | 2              |
| Рольное функционирование (RP)    | 40,63<br>±49,89 | 1*             | 25,<br>0±42,49  | 0,1            | 50,73±46<br>,29 | <0,<br>001*    |
| Интенсивность боли (BP)          | 62,37<br>±26,53 | 4              | 60,23±<br>25,96 | 0,1            | 70,75±38<br>,49 | 9              |
| Общее здоровье (GH)              | 46,37<br>±12,48 | 5              | 46,17±<br>26,50 | 0,0            | 61,17±23<br>,53 | 2*             |
| Жизненная активность (VT)        | 64,37<br>±18,41 | <0,<br>001*    | 42,04±<br>25,62 | 0,2            | 59,37±26<br>,26 | 8              |
| Социальное функционирование      | 81,2<br>±20,04  | <0,<br>001*    | 62,45±<br>24,29 | 0,0            | 67,18±27<br>,49 | 1*<br>7        |

|                                     |                 |             |                 |             |                 |           |
|-------------------------------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|-----------|
| ание (SF)                           |                 |             |                 |             |                 |           |
| Эмоциональное функционирование (RE) | 62,51<br>±41,55 | <0,<br>001* | 26,67±<br>40,97 | <0,<br>001* | 58,33±46<br>,29 | 5<br>0,3  |
| Психическое здоровье (MH)           | 74,50<br>±17,36 | <0,<br>001* | 49,64±<br>22,08 | 0,0<br>3*   | 61,29±28<br>,58 | 5*<br>0,0 |

Примечание:  $p_1$  – значимость различий в группах ПК и НКП;  $p_2$  – значимость различий в группах ПК и ЭХ;  $p_3$  – значимость различий в группах больных НКП и ЭХ; \* – различия достоверны.

При анализе данных выяснили, что физическая активность во всех группах имела слабую отрицательную корреляцию с возрастом ( $p < 0,001$ ,  $r = -0,25$ ), а при наличии сопутствующей патологии достоверно ухудшались показатели жизненной активности (VT) ( $p < 0,001$ ,  $r = -0,33$ ) и социального функционирования (SF) ( $p < 0,001$ ,  $r = -0,49$ ). При наличии кист другой локализации (почки, поджелудочная железа) больных ПК ухудшались показатели общего состояния и интенсивности боли (BP) ( $p < 0,001$ ,  $r = 0,31$ ).

При сравнении КЖ больных НКП и ПК после лапароскопической фенестрации оказалось, что показатели по всем шкалам, кроме физического функционирования и общего здоровья, были выше у больных поликистозной болезнью печени. По шкале физического функционирования баллы при ПК были статистически достоверно ниже, чем при солитарных непаразитарных кистах ( $p = 0,04$ ). Интенсивность болевого синдрома при НКП и ПК после лапароскопической фенестрации и общее здоровье практически не отличались. Наиболее выражен был болевой синдром у больных ЭХ, которые были оперированы традиционным лапаротомным доступом.

В то же время пациенты с НКП были тревожны, депрессивны, что отражалось на их жизненной активности, социальном и эмоциональном функционировании, психическом здоровье. Показатели по этим шкалам у них на 20–50 % были ниже, чем у больных ПК. Повседневная деятельность, жизненная активность в группе с ПК была достоверно ограничены в меньшей степени, чем при НКП ( $p < 0,001$ ), хотя показатели физического функционирования у больных ПК были хуже по сравнению с таковыми при НКП и ЭХ.

По данным литературы, при изучении качества жизни пациентов с непаразитарными кистами уже до лечения с помощью опросника SF-36 установлено снижение по всем показателям по сравнению с общероссийской популяцией. У них обнаружены различные психопатические синдромы, которые формируют «вторую болезнь» и утяжеляют течение соматического заболевания, требуют дополнительного лечения и наблюдения [4]. По мнению ряда авторов, в отдаленном периоде качество жизни при НКП было сопоставимо с показателями в общей популяции, а при ПК количество рецидивов симптомов составляет 85

%, причем в 46 % из них требуются повторные вмешательства. Несмотря на большое количество рецидивов жалоб, качество жизни после фенестрации у больных ПК выше, чем после резекции печени [5].

При оценке суммарно физического и психического компонента КЖ худшие показатели также обнаружены у больных НКП (таб. 2). Свое физическое здоровье оценивали также больные ПК, а их психический компонент был статистически достоверно ниже, чем в других группах ( $p < 0,001$ ). Пациенты с НКП отличались эмоциональной лабильностью, плохим настроением, что снижало их социальную активность. Они испытывали трудности в выполнении повседневной работы, несмотря на отсутствие рецидивов НКП по данным УЗИ. Развитие психопатических синдромов приводило к необходимости дополнительного лечения.

Таблица 2. Суммарные показатели качества жизни у оперированных больных по поводу кистозных заболеваний печени

| Показатели            | ПК<br>(n=9)     | $p_1$       | НКП<br>(n=10)   | $p_2$    | $p$      | ЭХ<br>(n=9) | $p_3$     |
|-----------------------|-----------------|-------------|-----------------|----------|----------|-------------|-----------|
| Физический компонент  | 52,65<br>±31,39 | 0,0<br>5*   | 51,07±<br>33,71 | 0<br>,09 | 0<br>,49 | 62,78±35    | 0,0<br>7  |
| Психический компонент | 70,65<br>±26,17 | <0,<br>001* | 45,19±<br>30,98 | 0<br>,11 | 0<br>,73 | 61,47±31    | 0,0<br>1* |

Примечание:  $p_1$  – значимость различий в группах ПК и НКП;  $p_2$  – значимость различий в группах ПК и ЭХ;  $p_3$  – значимость различий в группах больных НКП и ЭХ; \* – различия достоверны.

Больные ПК, несмотря на низкие баллы по шкалам физического здоровья, были социально адаптированы, эмоционально стабильны, трудоспособны. Учитывая медленное прогрессирование симптомов, длительное отсутствие печеночной недостаточности, удовлетворенность КЖ, многие хирурги используют лапароскопическую фенестрацию кист в лечении ПК печени [6], отмечая их преимущество по количеству рецидивов перед чрескожным пункционным методом лечения и меньшую травматичность по сравнению с «открытыми» операциями [7].

Больные ЭХ, несмотря на «открытый» способ оперативного лечения, имели лучшие показатели как по физическому, так и психическому компонентам здоровья. Эти пациенты имели меньшее количество сопутствующей патологии. Они активны, общаются с друзьями, работают, испытывают больше положительных эмоций.

**Таким образом,** пожилой возраст, наличие кист другой локализации при поликистозе печени и сопутствующая патология ухудшают показатели качества жизни во всех группах после хирургического лечения. Худшие показатели качества жизни обнаружены у больных НКП без рецидива заболевания за счет психоэмоциональных расстройств, что снижает их социальную активность, создает трудности в выполнении повседневной работы, общении.

Среди больных кистозными образованиями печени лучшее качество жизни после операции – у пациентов с эхинококкозом. Больные поликистозом печени, несмотря на низкие баллы по шкале общего здоровья, ролевого и физического функционирования, были социально адаптированы, эмоционально стабильны, трудоспособны, что свидетельствует о целесообразности использования паллиативных методов его лечения.

### Список литературы

1. Исследование качества жизни больных в хирургии / В.А. Добровольский, Ю.Х. Абдурахманов, Э.К. Джамынчиев, А.А. Абдуллаева // Хирургия. – 2008. – №.8. – С.73–76.
2. Лобаков А.И. Результаты хирургического лечения истинных кист печени / А.И. Лобаков, В.Б. Румянцев, Ю.И. Захаров // Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского. – 2011. – Т.6. – № 2. – С.104–105.
3. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.А. Ионова. – М.: Олма, 2007. – С.20–159.
4. Смолькина А.В. Исследование качества жизни у пациентов с непаразитарными кистами печени / А.В. Смолькина, А.А. Манучаров, М.И. Дойко, Р.И. Казыханов, Е.Н. Тонеев // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 2; URL: [www.science-education.ru/108-8816](http://www.science-education.ru/108-8816) (дата обращения: 22.06.2013).
5. Gall T.M. Surgical management and long term follow-up of non-parasitic hepatic cysts / T.M. Gall, G.C. Oniscu, K. Madhavan // HPB (Oxford). – 2009. – № 11. – P. 235–241.
6. Gigot J.F. The surgical management of congenital liver cysts / J.F. Gigot, S. Metairie, J. Etienne // Surg. Endosc. – 2001. – № 15. – P. 357–363.
7. Hodgson W.J.B. Laparoscopic management of cystic disease of the liver / W.J.B. Hodgson, G.K. Kuczabski, R. Malhotra // Surg. Endosc. – 1998. – № 12. – P. 46–49.
8. Robinson T.N. Everson Laparoscopic palliation of polycystic liver disease / T.N. Robinson, G.V. Stiegmann // Surg. Endosc. – 2005. – № 19. – P. 130–132.
9. Schnelldorfer T. Polycystic Liver Disease. A Critical Appraisal of Hepatic Resection, Cyst Fenestration and Liver Transplantation / T. Schnelldorfer, V.E. Torres, S. Zakaria // World J. Gastroenterol. – 2012. – № 18(28). – P. 3705–3709.
10. Zacher J. Long-term results after laparoscopic unroofing of solitary symptomatic congenital liver cyst / J. Zacher, C. Scheuba, R. Imhof // Surg. Endosc. – 2000. – № 14. – P. 59–62.

Специальность «Хирургия» - 14.01.17

**Рецензенты:**

Новиков В.Н., д.м.н., зам. главного врача по науке Пермского клинического центра  
Федерального медико-биологического агентства РФ, г. Пермь.

Самарцев В.А., д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей хирургии ГОУ ВПО «Пермская  
государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России», г. Пермь.