

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИПУЗЫРНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Гарелик П.В., Дешук А.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
Гродно, Беларусь

Введение. На сегодняшний день проблема лечения острого холецистита (ОХ), несмотря на достигнутые значительные успехи в данной области, по-прежнему сохраняет свою актуальность. Пациенты с ОХ составляют до 20% больных, поступающих в хирургические стационары по неотложным и срочным показаниям. Большая часть пациентов – лица пожилого и старческого возраста, что зачастую усложняет задачу лечения и требует сдержанного отношения к радикальному хирургическому вмешательству, вследствие наличия сопутствующей патологии в стадии суб- и декомпенсации. Учитывая в большинстве случаев давность заболевания более 48 часов и субъективные данные об его анамнезе, лечение таких пациентов следует начинать с консервативных методов, а при их неэффективности в первые 12–24 часа предпочтение следует отдавать микрохолецистостомии по Роуэру или одномоментной пункции желчного пузыря, выполняемых под ультразвуковым наведением. На сегодняшний день доказана эффективность антимикробной фотодинамической терапии (ФДТ) при лечении таких заболеваний как трофические язвы, острый парапроктит, острый деструктивный панкреатит, которая представляет собой одно из перспективных направлений неонкологического применения ФДТ. Сложность применения данного метода при лечении патологии органов брюшной полости заключается в отсутствии непосредственной доступности к ним. Однако методика представляет практический интерес в ее применении для лечения ОХ, что и являлось основной задачей настоящего исследования.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 58 пациентов с острым холециститом (I контрольная группа – 30 пациентов, II опытная группа – 28 пациентов), находившихся на лечении в хирургическом отделении №1 УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» в период с января 2011 по март 2013 года включительно. Критериями включения пациентов в исследование являлись: возраст, наличие сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной, эндокринной и пищеварительной систем, а также наличие острого холецистита. Диагноз острого холецистита выставлялся

на основании анамнеза жизни, заболевания, клинической картины, инструментальных и лабораторных методов исследования. Пациенты были в возрасте от 31 года до 90 лет, женщин было 40 (68,7%), мужчин – 18 (31,3%). Обращает на себя внимание многочисленная возрастная группа больных с острым холециститом. В возрасте старше 60 лет находились на лечении 42 (72,4%) пациента. В этом возрасте практически у всех из них были сопутствующие заболевания, что часто усложняло задачу лечения. Всем пациентам при поступлении в клинику назначалась стандартная консервативная терапия, включающая в себя спазмолитики, анальгетики, инфузии растворов 5% глюкозы и 0,9% натрия хлорида, а также антибиотики (чаще всего цефалоспорины III поколения). При неэффективности купирования острого холецистита в течение первых 24 часов выносились показания для чрескожной чреспеченочной санационно-декомпрессионной пункции (ЧЧСДПЖП) желчного пузыря под УЗ-наведением (I группа). Во II группе, в отличие от I, ЧЧСДПЖП дополнялась ФДТ. Для оценки эффективности лечения всем пациентам производилось исследование показателей общего (лейкоциты, формула крови) и биохимического анализов крови (С-реактивный белок, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза), определявшихся общепринятыми в клинике методами.

Результаты и обсуждение. Для оценки эффективности лечения всем пациентам производилось исследование показателей общего и биохимического анализов крови. Статистически значимыми ($p < 0,05$) оказались лишь изменения уровня билирубина 8,9 [8,1; 10,7], СОЭ 15 [8; 33], щелочной фосфатазы 71 [42; 133] и АсАТ 36,7 [27,3; 42,9] на 5–6 сутки исследования у пациентов опытной группы по сравнению с контрольной. Остальные же показатели существенно не изменялись в сравнении, в отличие от палочкоядерных нейтрофилов: к 5–6 суткам во II группе после применения ФДТ их количество достигало 1 [0; 2], тогда как в I группе – 4 [2; 7,5].

Среднее время пребывания пациентов I группы в клинике составило $9,34 \pm 2,1$ койко-дня. Во II группе этот показатель составил $7,11 \pm 1,7$ койко-дня, что на 2,23 койко-дня меньше, чем в контрольной группе. Количественные показатели койко-дней подтверждают более быстрое купирование клинических проявлений заболевания. Одна пациентка была оперирована по экстренным показаниям в связи с наличием желчного перитонита после пункции: произведена лапароскопическая холецистэктомия, после чего она благополучно на 6 сутки была выписана из стационара.

Из 30 пациентов I группы у 4 (13,3%) пришлось выполнить повторную ЧЧСДПЖП по поводу рецидива заболевания (наличия выраженного болевого синдрома, увеличенного желчного пузыря при УЗИ, пальпиру-

мого его дна) после кратковременного купирования воспаления в желчном пузыре. Из пациентов II группы повторная ЧЧСДПЖП производилась лишь у 1 (3,6%) из 28, поскольку была выявлена длительная по течению эмпиема желчного пузыря, не подлежащая адекватной санации при первой пункции вследствие наличия крупнодисперстного гнойного содержимого в полости органа.

Выводы. Чрескожно-чреспеченочная санационно-декомпрессионная пункция желчного пузыря под УЗ-наведением с однократным сеансом фотодинамической терапии является альтернативным методом лечения острого холецистита пациентов, у которых длительность заболевания более 48 часов или которым оперативное лечение противопоказано вследствие наличия сопутствующей патологии. Чрескожно-чреспеченочная санационно-декомпрессионная пункция желчного пузыря под УЗ-наведением с ФДТ способствует более быстрому купированию острого воспаления в желчном пузыре, что подтверждается лабораторными методами диагностики, позволяет снизить количество рецидивов воспаления, уменьшив длительность пребывания пациентов в стационаре.

КОМБИНИРОВАННЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В БИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ

Алексеев С.А., Семенчук И.Д., Кошевский П.П., Бовтюк Н.Я.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

кафедра общей хирургии

Минск, Беларусь

Актуальность. В настоящее время билиарная хирургия отличается разнообразием тактических подходов и оперативных приемов, что обусловлено различиями в тактике лечения и материальной оснащенности хирургических стационаров. Существуют разные способы коррекции желчной гипертензии и холедохолитиаза, которые могут выполняться как из «традиционного» лапаротомного доступа (верхнесрединная лапаротомия, реже доступы по Кохеру, Федорову и др.), так и из минилапаротомного доступа с применением набора инструментов «Мини-ассистент», либо с помощью лапароскопической техники, что, по мнению ряда авторов, имеет значительное преимущество вследствие меньших травматичности, летальности и количества послеоперационных осложнений (Бебуришвили А.Г., 2005, Дундаров З.А., 2005, Глушков Н.И., 2010).