

### **Литературные ссылки**

1. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований. Сборник научных статей / под ред. О.Г. Суконко, С.А. Красновского // Профессиональные издания. – Мн. – 2012. – 508 с.
2. Аксель, Е.М., Барулина, Н.М. Колоректальный рак (заболеваемость, смертность, социально-экономический ущерб) / // Рос. онкологический журнал. – 1999. – № 6. – С. 40–46.
3. Efficacy and Safety of Fast-Track Recovery Strategy for Patients Undergoing Laparoscopic Nephrectomy / A. Recart [et al.] // Journal of Endourology. – 2005. – Vol.19, № 10. – P. 1165–1169.

## **ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ХОЛЕЦИСТИТОВ ПРИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ**

*Дешук А.Н., Гарелик П.В., Сак В.Г.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Гродно, Республика Беларусь

**Актуальность.** Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый холецистит (ОХ) по частоте занимает первое место, а по количеству операций уступает только острому аппендициту. Проблема острого калькулезного холецистита сегодня определяется прогрессивным ростом заболеваемости и недостаточно удовлетворительными результатами его лечения.

Одним из главных ограничений проведения оперативного лечения при ОХ, которое существует и по сегодняшний день, являются сроки от момента заболевания. Оптимальным сроком для выполнения лапароскопической холецистэктомии являются первые 48 часов от начала заболевания. Однако даже при ее проведении в эти сроки зачастую имеется массивный воспалительный процесс в желчном пузыре, что объясняется относительностью данных анамнеза заболевания. Проблема лечения ОХ остается актуальной и требует проведения исследований, обосновывающих использование новых методик лечения, направленных на уменьшение воспалительной реакции, улучшение микроциркуляции в стенке

желчного пузыря и оказание противомикробного действия, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста.

На сегодняшний день доказана эффективность антимикробной фотодинамической терапии (АМФДТ) при лечении таких заболеваний, как трофические язвы, острый парапроктит, острый деструктивный панкреатит, которая представляет собой одно из перспективных направлений неонкологического применения ФДТ.

**Цель исследования.** Оценить эффективность фотодинамической терапии в миниинвазивном лечении острого холецистита в клинике.

**Материалы и методы.** В клинике общей хирургии УО «ГрГМУ» на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» в период с января 2011 года по август 2012 года включительно на лечении находились 43 пациента с острым холециститом (I контрольная группа – 23 пациента, II опытная группа – 20 пациентов), проведен анализ их лечения. Диагноз острого холецистита выставлялся на основании анамнеза жизни, заболевания, клинической картины, инструментальных и лабораторных методов исследования. Пациенты находились в возрасте от 31 года до 90 лет, женщин было 30 (69,8%), мужчин – 13 (30,2%). Обращает на себя внимание многочисленная возрастная группа больных с острым холециститом. В возрасте старше 60 лет находилось на лечении 35 (81,4%) пациентов. В этом возрасте практически у всех из них были сопутствующие заболевания, что усложняло задачу лечения: так ишемическая болезнь сердца и коронарокардиосклероз встречались у 36 (83,7%) больных, артериальная гипертензия у 34 (79%) пациентов.

Всем пациентам при поступлении в клинику назначалась стандартная консервативная терапия (спазмолитики, анальгетики, инфузии растворов, антибиотики). При неэффективности купирования острого холецистита в течение первых 24 часов (пальпируемый желчный пузырь, увеличение желчного пузыря в размерах (10 см и более) при динамическом УЗИ, появление перивезикальных осложнений, рецидив заболевания после кратковременного затихания воспалительного процесса) выносились показания для чрескожной чреспеченочной санационно-декомпрессионной пункции (ЧЧСДПЖП) желчного пузыря под УЗ-наведением (контрольная группа). В опытной группе, в отли-

чие от контрольной, после СДПЖП и полного спадения пузыря в очаг воспаления по той же пункционной игле вводился 0,25% раствор фотосенсибилизатора (ФС) хлорофиллипта, разведенный в отношении 1:5 с 0,25% раствором новокаина согласно инструкции по применению препарата. После десятиминутной экспозиции ФС хлорофиллипта в желчном пузыре через иглу в его полость вводился световод и проводилось низкоинтенсивное лазерное облучение воспалительного очага (аппарат лазерный терапевтический «Родник-1»). Длительность облучения 10 минут, длина волны  $0,67 \pm 0,02$  мкм, мощность излучения на дистальном конце световода 20 мВт, плотность мощности 25–30 Дж/см<sup>2</sup> (терапевтическая доза облучения). После облучения все содержимое из желчного пузыря эвакуировалось с извлечением пункционной иглы на аспирации. Консервативное лечение после проведения данной процедуры продолжалось.

**Результаты.** Для оценки эффективности лечения всем пациентам производилось исследование показателей общего и биохимического анализов крови, а также объемной скорости локального кровотока. Статистически значимыми ( $p < 0,05$ ) оказались изменения уровня билирубина 8,8 [8,3; 10,4], СОЭ 18 [9; 37], щелочной фосфатазы 70 [45; 143] и АсАТ 37,7 [27; 43,7] на 5–6 сутки исследования по сравнению с пациентами контрольной группы, в которой данные показатели были следующими: билирубин – 10,2 [9,2; 12,9], СОЭ – 35 [23; 43], щелочная фосфатаза – 141,3 [79,5; 234], АсАТ – 44,9 [37; 58,5]. 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 0 [0; 2], тогда как в I группе – 3 [1; 6].

Объемная скорость кровотока в собственной печеночной артерии в I группе на 5 сутки после лечения увеличилась в 1,25 раза, а во II опытной группе в 4,22 раза, что свидетельствует о лучшем восстановлении локальной микроциркуляции. К 5 суткам после проведенного лечения скорость кровотока в портальной вене в контрольной группе возросла в 1,26 раза, а в опытной – в 1,85 раза. Таким образом, значения данного показателя сильно не различались.

Среднее время пребывания пациентов 1-й группы в клинике составило 9,65 койко-дня. Во второй группе этот показатель

составил 7,29 койко-дня, что на 2,36 койко-дня меньше, чем в контрольной группе. 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 23 пациентов I группы у 4 (17,4%) пришлось выполнить повторную ЧЧСДПЖП по поводу рецидива заболевания (наличия выраженного болевого синдрома, увеличенного желчного пузыря при УЗИ, пальпируемого его дна) после кратковременного купирования воспаления в желчном пузыре. У пациентов II группы производилась повторная ЧЧСДПЖП лишь у 1 пациента (5%), поскольку была выявлена длительная по течению эмпиема желчного пузыря, не подлежащая адекватной санации при первой пункции вследствие наличия крупнодисперстного гнойного содержимого в полости органа.

**Заключение.** Чрескожно-чреспеченочная санационно-декомпрессионная пункция желчного пузыря под УЗ-наведением с фотодинамической терапией является альтернативным методом лечения острого холецистита пациентов, у которых длительность заболевания более 48 часов или которым оперативное лечение противопоказано вследствие наличия сопутствующей патологии, способствует более быстрому купированию острого воспаления в желчном пузыре, что подтверждается лабораторными методами диагностики. Кроме того, она благоприятно влияет на локальную микроциркуляцию желчного пузыря, позволяет снизить количество рецидивов воспаления, уменьшив длительность пребывания пациентов в стационаре.

#### **Литературные ссылки**

1. Галлингер, Ю.И. Осложнения лапароскопической холецистэктомии / Ю.И. Галлингер, В.И. Карпенкова // Анналы хирург. гепатол. – 2000. – Т.5. – № 2. – С. 103–104.

2. Качалов, С. Н. Обеспечение безопасности холецистэктомии при остром холецистите / С.Н. Качалов, В.А. Коновалов, С.И. Чич-кань // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – № 2. – С. 55 – 56.

3. Современные технологии лечения острого холецистита / П.В. Гарелик, О.И. Дубровщик, А.Н. Дешук, М.И. Милешко // Хирургия. Восточная Европа. – 2012. – № 1. – С. 14 – 20.