

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КУПИРОВАНИИ ПРИСТУПА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Дешук А.Н., Гарелик П.В., Кислюк И.В., Гривачевский С.А.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Проблема хирургического лечения острого холецистита (ОХ) сегодня определяется прогрессивным ростом заболеваемости и недостаточно удовлетворительными результатами его лечения. При наличии острого калькулезного холецистита многие авторы рекомендуют начинать лечебные мероприятия с консервативной терапии [1,2]. При отсутствии положительной динамики в течение 1-2 суток предпочтение следует отдавать микрохолецистостомии по Роуэру или одномоментной пункции желчного пузыря, выполняемых под ультразвуковым наведением. В настоящее время доказана эффективность 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 [3,4,5].

Цель. Анализ результатов миниинвазивного хирургического лечения острого холецистита с ФДТ у пациентов пожилого и старческого возраста в клинике общей хирургии УО «ГрГМУ».

Материалы исследования. Нами проведен анализ результатов лечения 23 пациентов с острым холециститом, находившихся на лечении в хирургическом отделении № 1 УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» в период с января 2014 года по октябрь 2015 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. Все пациенты находились в возрасте старше 60 лет, женщин было – 19 (66%), мужчин – 4 (34%).

Результаты и их обсуждение. Всем пациентам с ОХ после поступления в клинику назначалась 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 (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 желчного пузыря (ЧЧСДПЖП) под УЗ-наведением с ФДТ. Противопоказаниями для выполнения данной манипуляции являлись коагулопатии, гангренозный перфоративный холецистит, рак желчного пузыря, разлитой перитонит.

ЧЧСДПЖП с ФДТ выполняли следующим образом. После обработки операционного поля и установки УЗ-датчика в наиболее выгодное положение производилось обезболивание кожного покрова в месте пункции 0,5% раствором новокаина, продвигаясь вглубь до предбрюшинной клетчатки с последующим введением в нее от 20 до 40 мл данного раствора (количество введенного раствора новокаина отличалось в зависимости от конституционных особенностей пациента). Далее пункционной иглой со стилетом прокалывали обезболенную кожу и под контролем УЗИ послойно чреспеченочно проходили в желчный пузырь со стороны его ложа, что подтверждалось наличием конца иглы в нем на мониторе, а также истечением желчи по игле наружу (бралась на бакпосев, чувствительность к антибиотикам, определение колониеобразующих единиц (КОЕ) и осуществляли аспирацию всего возможного содержимого желчного пузыря с помощью подсоединения шприца к игле с последующим тщательным промыванием полости желчного пузыря 0,25% раствором новокаина до светлого отделяемого. После 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. Объем раствора хлорофиллипта для введения рассчитывался, исходя из объема аспирированной желчи (объема желчного пузыря), и составил $78,6 \pm 6,4$ мл ($M \pm \sigma$). После десятиминутной экспозиции ФС хлорофиллипта в желчном пузыре через иглу в его полость вводился световод диаметром 1 мм и проводилось низкоинтенсивное лазерное облучение воспалительного очага. Экспозиция в 10 минут – это время накопления фотосенсибилизатора в поврежденных, воспаленных клетках и микроорганизмах. Использовался аппарат лазерный терапевтический (АЛТ) «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/см² (терапевтическая доза облучения). После облучения все содержимое из желчного пузыря эвакуировалось с извлечением пункционной иглы на аспирации

(решение о выдаче патента РБ на изобретение «Способ лечения острого холецистита» А.Н. Дешук, П.В. Гарелик, заявитель Гродн. гос. мед. ун-т. – № а 20111703, заявл. 12.12.2011, опубл. 25.09.2014.). Консервативное лечение после проведения данной процедуры продолжалось.

Из 23 пациентов у 21 (91,3%) данный метод лечения был эффективен после однократного его применения: наблюдалось значительное улучшение состояния пациентов, исчезновение боли и признаков воспаления в желчном пузыре при контрольном ультразвуковом исследовании, нормализовались лабораторные показатели крови. У 2 (8,7%) пациентов ЧЧСДПЖП с ФДТ пришлось произвести повторно вследствие отсутствия положительной динамики в первые 2-е суток, а также из-за наличия хронической эмпиемы желчного пузыря, однако после повторной миниинвазивной манипуляции состояние больных резко улучшилось. Среднее время пребывания пациентов в клинике составило $6,45 \pm 1,2$ койко-дня. После нормализации лабораторных показателей крови и данных УЗИ пациенты выписывались на амбулаторное лечение. Оперативное лечение после выписки рекомендовалось не ранее, чем через 2 месяца при условии компенсации функции со стороны других органов и систем организма и заключениями соответствующих специалистов.

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; способствует более быстрому купированию острого воспаления в желчном пузыре, благоприятно влияет на локальную микроциркуляцию желчного пузыря, позволяет снизить количество рецидивов воспаления, уменьшив длительность пребывания пациентов в стационаре.

Литература

1. Васильев, В.Е. Современные технологии в диагностике и лечении острого холецистита и сопутствующих поражений желчных протоков : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.27 / В.Е. Васильев ; Рос. гос. мед. ун-т. – Москва, 2006. – 34 с.
2. Гостищев, В.К. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста / В.К. Гостищев // Хирургия. – 2001. – № 9. – С. 30-34.
3. Гинюк, В.А. Комплексный подход к лечению пациентов с острым парапроктитом с применением фототерапии / В.А. Гинюк, Г.П. Рычагов // Новости хирургии. – 2011. – № 6 (19). – С. 70-75.
4. An ultrasound-driven needle-insertion robot for percutaneous cholecystostomy / J. Hong [et al.] // Phys. Med. Biol. – 2004. – № 3. – P. 441-455.
5. Percutaneous cholecystostomy for high-risk patients with acute cholecystitis / K. Welschbillig-Meunier [et al.] // Surg. Endosc. – 2005. – № 9. – P. 1256-1259.