

Всегда ли нужно купировать приступ острого калькулезного холецистита методами консервативной терапии?

В. А. Козлов.

Д. В. Айрапетов.

А. Г. Макароочкин.

А. Ю. Прокопов

Клиника хирургических болезней № 2 (зав.- проф. В.Д. Козлов)

Уральской государственной

медицинской академии, Центр

экспериментальной и клинической

хирургии, Лаборатория

медицинских материалов и

криотехнологий ИФМ Уральского

отделения РАН, ЦГКБ № 1,

Екатеринбург

Представлены результаты лечения 101 пациента с хроническим калькулезным холециститом и различными формами острого калькулезного холецистита, оперированного в клинике хирургических болезней № 2 Уральской государственной медицинской академии в 1998-1999 гг. С целью определения оптимальных сроков оперативного вмешательства при остром калькулезном холецистите проведена сравнительная оценка ряда иммунологических и биохимических показателей. На основании проведенных исследований доказаны преимущества активной хирургической тактики, позволившей улучшить результаты лечения больных с острым калькулезным холециститом.

Is Always Necessary to Arrest Conservatively an Acute Cholecystitis Attack?

V. A. Kozlov.

D. V. Airapetov.

A. G. Makarochkin.

A. Yu. Prokopov

Surgical Clinic № 2 (Chief- Prof.

V.A. Kozlov) USMA, Clinical and

Experimental Surgery Centre,

Medical Material and Cryosurgery

Laboratory IFM UrD RASci.

Hospital № 1. Ekaterinburg

Results of management of IOI chronic and different form acute cholecystitis patients in USMA № 2 clinic during 1998-1999 are presented. Relative analyzes of different immune and biochemical indexes was carried out with the purpose of definition of optimal term of surgery. On the bases of obtained data privileges of an active surgical management was argued. Active surgical management allowed to improve the results of acute cholecystitis management.

Вступление

Значительные достижения в диагностике и технике хирургического лечения, развитие миниинвазивной хирургии до сих пор не позволили однозначно ответить на вопрос, когда оперировать больных острым калькулезным холециститом. По нашему мнению, разрешение этой проблемы и выработка определенного тактического стандарта не только приведут к улучшению результатов лечения пациентов, но и будут иметь экономическое значение.

Ни у кого не вызывает сомнений необходимость экстренного оперативного лечения пациентов с гангренозным холециститом и (или) клинической картиной перитонита. Однозначно сформулирована и тактика при холедохолитиазе и механической желтухе - чем раньше выполнено оперативное вмешательство, тем лучше для больного.

В отношении сроков операции при катаральном и флегмонозном холецистите, протекающем без явлений перитонита и желтухи, существуют различные, подчас взаимоисключающие точки зрения, отсутствует стандартизованная тактика, что затрудняет работу практических хирургов. В настоящее время большинство хирургических школ в данной ситуации придерживается консервативной или активно-выжидательной тактики. В случае купирования болевого приступа операция выполняется в раннем отсроченном периоде, через 10-12 дней, или в "холодном" периоде через 3-4 мес. Больным, у которых консервативная терапия неэффективна в течение 1-2 сут, выполняется неотложная "ранняя" операция [4, 5]. По мнению многих авторов, активная тактика является причиной увеличения числа интраоперационных и послеоперационных осложнений. Многие обосновывают преимущества консервативной тактики меньшей летальностью после

плановых холецистэктомий. На наш взгляд, подобное сравнение по меньшей мере некорректно, так как на операционный стол при плановых холецистэктомиях попадает заведомо более "легкий" контингент пациентов, в то время как тяжелобольных с гангренозной формой воспаления, перитонитом, механической желтухой и холангитом продолжают оперировать в неотложном порядке.

Сторонники активной тактики [7, 8] считают консервативное лечение острого холецистита нецелесообразным. Их основными аргументами являются неблагоприятные местные условия при выполнении хирургического вмешательства на 8-10-е сутки после купирования острого приступа, снижение доли осложнений со стороны протоковой системы и других органов, уменьшение сроков нетрудоспособности, минимизация экономических затрат на лечение при "ранней" холецистэктомии [2]. Необходимо учитывать и психологический фактор, когда пациенты после купирования острого приступа отказываются от плановой операции, что зачастую обуславливает прогрессирование заболевания.

Мы считаем, что суть вопроса в общебиологическом понимании проблемы острого холецистита как частной формы воспаления. Обширная информация о сложном патогенезе желчнокаменной болезни свидетельствует о продолжительном и многоэтапном развитии заболевания, в котором участвуют как общие метаболические, так и местные изменения. Немаловажную роль в этих процессах играют иммунные механизмы. Наличие перманентного хронического воспалительного процесса в стенке желчного пузыря приводит к развитию вторичного иммунодефицитного состояния, которое реализуется на уровне Т- и В-систем иммунного надзора и факторов неспецифической резистентности. Вместе с тем влияние на иммунитет операции при активном и хроническом воспалении остается полностью не изученным. Изменения показателей клеточного и гуморального иммунитета у больных с острым и хроническим калькулезным холециститом изучены мало [1, 3, 6], а имеющиеся данные противоречивы. Никем не проводилась комплексная сравнительная оценка клинико-иммунобиохимических показателей у больных с разными формами острого и хронического калькулезного холецистита до и в разные сроки после оперативного вмешательства.

В связи с этим представляется перспективным попытаться ответить на вопрос, вынесенный в заглавие, именно с патогенетических позиций. Планируя данное исследование, мы предполагали, что у больных с катаральным и флегмонозным холециститом происходит закономерная активация защитных механизмов, что естественным путем повышает устойчивость организма к внешним агрессивным факторам, в том числе к хирургическому вмешательству и действию наркоза, что делает выполнение операции в неотложном порядке более выгодным для пациента.

Материал и методы

Работа представляет открытое проспективное контролируемое исследование, основанное на изучении результатов лечения 101 пациента с желчнокаменной болезнью, отобранного методом случайной выборки, оперированного в клинике хирургических болезней № 2 УГМА в 1998-1999 гг. На основании клинико-лабораторных, ультразвукового и интраоперационного исследований из разработки исключались пациенты с патологическими изменениями протоковой системы и панкреатитом. Всем больным была выполнена холецистэктомия: при остром холецистите - в первые часы после поступления, при хроническом - в плановом порядке. В зависимости от результата гистологического исследования удаленного желчного пузыря были сформированы 4 клинические группы: 1-я ($n = 16$)- пациенты с хроническим калькулезным холециститом, 2-я ($n = 21$)- больные с катаральным калькулезным холециститом, 3-я ($n = 35$) - лица, оперированные по поводу флегмонозного калькулезного холецистита, 4-я ($n = 29$) - перенесшие холецистэктомию по поводу гангренозного калькулезного холецистита. Среди больных было 14 (13.9%) мужчин и 87 (86.1%) женщин. Доля мужчин в 1-й и 2-й группах была примерно одинаковой (6.3 и 4.8% соответственно) и значительно увеличивалась в группах с флегмонозным и гангренозным калькулезным холециститом (14.3 и 24.1% соответственно).

Больные с хроническим и катаральным холециститом были сопоставимы по возрасту (53.9 ± 9.9 и 49.9 ± 12.2 года соответственно), возраст большинства из них до 70 лет (100.0 и 80.9% соответственно). Пациенты с флегмонозным и гангренозным холециститом были старше (57.7 ± 12.4 и

64.6 ± 7.3 года соответственно), в 4-й группе основную часть составляли больные в возрасте 60-80 лет - 20 (69.0%).

При гангренозном холецистите в отличие от других групп у 96.6% пациентов зарегистрированы отягчающие состояние сопутствующие заболевания. По мере утяжеления формы воспаления увеличивалась тяжесть состояния больных (66.7% в состоянии средней тяжести или тяжелом при катаральном холецистите, 91.4% - при флегмонозном, 100% - при гангренозном).

Среднее время до госпитализации для пациентов с катаральным калькулезным холециститом было наименьшим среди всех больных с острым холециститом - 19.4 ± 15.4 ч, при флегмонозном - 32.9 ± 22.3 ч, при гангренозном - 55.6 ± 33.1 ч. При катаральной форме большинство пациентов поступили в сроки до 12 ч от начала приступа - 14 (66.7%), при флегмонозной - позднее 12 ч от начала приступа - 21 (60.0%), при гангренозной - более чем через сутки - 20 (68.0%).

Все больные с хроническим калькулезным холециститом оперированы из минилапаротомного доступа. Продолжительность оперативного вмешательства, а значит, и угнетающее действие операционной травмы и наркоза на защитные механизмы при хроническом и катаральном холецистите были сопоставимы (68 ± 12 и 70 ± 18 мин). При флегмонозном и гангренозном холецистите из-за выраженных местных изменений средняя продолжительность операции была значительно больше (93 ± 14 и 85 ± 24 мин соответственно).

Помимо рутинных клинических и биохимических исследований, в протокол обследования было включено определение некоторых параметров гомеостаза. Оценку иммунограммы проводили стандартными унифицированными методами в соответствии с методическими рекомендациями Института иммунологии (1989 г.). Мононуклеарные клетки выделяли центрифугированием в градиенте плотности фиколл-верографин ($p = 1.077$) по методу Воупт. Определяли количество Т-лимфоцитов (методом спонтанного розеткообразования с эритроцитами барана, Е-РОК); количество В-лимфоцитов (методом спонтанного розеткообразования с эритроцитами мыши, М-РОК). Перечисленные выше показатели представлены в работе в абсолютных единицах ($10^9/л$). Абсолютное количество Т- и В-лимфоцитов определяли, исходя из количества лейкоцитов и лимфоцитов по данным общего анализа крови. Иммуноглобулины классов А, М, О в сыворотке крови определяли методом радиальной иммунодиффузии в агаровом геле, предложенным О. Mancini (1965 г.). Уровень комплементарной активности сыворотки крови (СН50) оценивали с помощью титрования, по 50% гемолизу эритроцитов барана, сенсibilизированных кроличьей антисывороткой по А.Е. Cabot в модификации Л.С. Резникова (1967 г.). Функциональное состояние фагоцитов изучали с помощью реакции восстановления нитросинего тетразолия, НСТ-теста, (В.Н. Park и соавт. 1968 г.) в модификации А.А. Демина, поглотительную и переваривающую функцию нейтрофилов (АФ и ИФ) - методом фагоцитоза по В.М. Берман и Е.М. Славской в модификации Е.А. Олейниковой (1974 г.). Содержание лизоцима определяли по методу О.В. Бухарина и Н.В. Васильева, (1974 г.). О состоянии перекисного окисления липидов и активности антиоксидантных систем судили по следующим параметрам: содержанию малонового диальдегида (МДА), определяемому с помощью метода И.Д. Стальной, Т.Г. Гаришвили (1977 г.), концентрации супероксиддисмутазы (СОД) по Ch. Beauchamp и Y. Fridovich (1971 г.) в модификации Л.Т. Шмелевой, суммарной антиокислительной активности (АОА) сыворотки крови - по методике Ю.О. Теселкина и соавт. (1987 г.). Для оценки тяжести интоксикационного синдрома проведено исследование свойств связывающих центров сывороточного альбумина. Образцы сыворотки венозной крови исследовали на анализаторе АКЛ-01 с помощью набора реактивов "Зонд-альбумин" (НИМВЦ "Зонд", Россия) в соответствии с прилагаемой инструкцией. Определяли общую концентрацию альбумина (ОКА), эффективную концентрацию альбумина (ЭКА), рассчитывали названный индексом токсичности (ИТ) интегральный показатель, равный ОКА/ЭКА-1, а также выраженный в процентах параметр, представляющий собой отношение ЭКА/ОКА.

Перечисленные показатели были изучены в динамике: перед операцией на 3-й, 6-7-е и 21-е сутки послеоперационного периода. Иммунокоррекции в исследованных группах больных не проводили. За нормативные были приняты аналогичные показатели 27 практически здоровых лиц (4 мужчин и 23 женщины), средний возраст которых составил 52.5 ± 13.0 года. Исследования

гомеостаза проводили на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории УГМА. Статистическую обработку данных осуществляли методом вариационной статистики с вычислением средней величины, ошибки средней величины. Рассчитывали критерий χ^2 . Показатель достоверности различий принимали равным $p < 0.05$.

Результаты и обсуждение

При анализе состояния системы иммунитета до оперативного вмешательства обнаружено, что острый калькулезный холецистит сопровождается развитием полноценного выраженного иммунного ответа, что проявляется активацией как клеточного, так и гуморального звеньев (табл. 1). При этом выраженность изменений в клеточном звене оказалась пропорциональной степени деструктивных изменений в стенке желчного пузыря. Состояние иммунитета у пациентов с хроническим калькулезным холециститом в предоперационном периоде можно охарактеризовать как иммунодепрессию на фоне длительно существующего вялотекущего воспалительного процесса, о чем свидетельствуют низкое содержание Е-РОК и М-РОК, а также повышенная концентрация Ig М. В раннем послеоперационном периоде происходило угнетение в первую очередь клеточного звена иммунного ответа. Но если при катаральном и флегмонозном холецистите уровни Е-РОК и М-РОК, иммуноглобулинов восстанавливались к уже 7-м суткам, то при хроническом и гангренозном холецистите наблюдалось стойкое и длительное угнетение большинства показателей как клеточного, так и гуморального звеньев иммунного ответа. Особую тревогу в эти сроки вызывает отсутствие увеличения концентрации Ig М в сыворотке крови больных с гангренозным и хроническим холециститом. Ig М является естественным опсономом, принимающим участие в элиминации антигена, и его дефицит в послеоперационном периоде рассматривалось нами как неблагоприятный признак.

В послеоперационном периоде показатели иммунного ответа при хроническом калькулезном холецистите оставались монотонно сниженными на протяжении всего срока наблюдения. Отмечалась лишь вялая активация Т-клеточного иммунитета, регистрируемая в виде увеличения концентрации Е-РОК (табл. 2).

У пациентов с катаральным холециститом до операции имелась незначительная активация гуморального звена на фоне угнетенного клеточного (табл. 3).

На 3-й сутки угнетение большинства показателей было максимальным. Но далее в отличие от хронического калькулезного холецистита наблюдалось развитие полноценного иммунного ответа к 21-м суткам после операции.

Больные с флегмонозным холециститом характеризовались напряжением всех звеньев иммунитета до операции, резким угнетением их на 3-й сутки. Тенденция к восстановлению наблюдалась с 7-х суток послеоперационного периода, а к 21-м суткам значение основных показателей не отличалось от нормативных (табл. 4).

При гангренозном холецистите выявлена чрезмерная активация клеточного компонента до операции. Наряду с этим, начиная с 3-х суток послеоперационного периода, происходит депрессия иммунного ответа, которая со временем не только не компенсируется, но и прогрессирует. Стойкое достоверное снижение показателей клеточного и гуморального иммунного ответа, сохраняющееся более 21 сут после холецистэктомии по поводу гангренозного холецистита, свидетельствует о срыве компенсаторных реакций (табл. 5).

Однонаправленные сдвиги были зарегистрированы и при изучении фагоцитарной активности и факторов неспецифической защиты. До операции при хроническом холецистите показатели функциональной активности нейтрофилов незначительно отличались от контрольного уровня, при этом развитие острого холецистита сопровождалось активацией фагоцитоза, выраженность которой была пропорциональна степени деструкции пузыря.

Показатель	Группа				
	контрольная	1-я	2-я	3-я	4-я
Е-РОК, $\times 10^9$	0.93 \pm 0.31	0.84 \pm 0.23	0.42 \pm 0.27	0.9 \pm 0.2	1.13 \pm 0.23
М-РОК, $\times 10^9$	0.21 \pm 0.12	0.14 \pm 0.05	0.1 \pm 0.08	0.18 \pm 0.03	0.25 \pm 0.11
Ig A, г/л.	1.43 \pm 0.53	1.8 \pm 0.88	2.38 \pm 1.18	1.7 \pm 0.27	1.4 \pm 0.38
Ig M, г/л.	1.29 \pm 0.91	0.76 \pm 0.38	1.48 \pm 0.44	1.02 \pm 0.31	1.21 \pm 0.23
Ig G, г/л.	11.19 \pm 4.31	13.45 \pm 3.97	17.36 \pm 6.12	15.1 \pm 3.00	16.8 \pm 2.34
НСТ, %	1.45 \pm 0.12	0.64 \pm 0.09	0.82 \pm 0.07	1.82 \pm 0.31	2.03 \pm 0.85
АФ, %	1.72 \pm 0.31	1.68 \pm 0.21	0.81.6 \pm 0.12	3.44 \pm 0.76	2.87 \pm 0.51
ИФ, %	3.7 \pm 1.71	5.31 \pm 3.57	3.45 \pm 1.45	9.73 \pm 3.51	1.00 \pm 0.98
Лизоцим, мг/мл	24.37 \pm 5.71	23.89 \pm 4.6	27.51 \pm 3.07	25.87 \pm 4.5	21.34 \pm 2.67
СН 50. гем. ед.	46.36 \pm 2.33	49.77 \pm 5.45	48.63 \pm 8.87	45.33 \pm 5.51	48.80 \pm 2.36

Показатель	До операции	Сутки после операции		
		3-и	7-е	21-е
Е-РОК, $\times 10^9$	0.84 \pm 0.23	0.77 \pm 0.22	0.98 \pm 0.22	0.99 \pm 0.21
М-РОК, $\times 10^9$	0.14 \pm 0.05	0.17 \pm 0.09	0.14 \pm 0.06	0.14 \pm 0.05
Ig A, г/л.	1.8 \pm 0.88	1.48 \pm 0.59	0.73 \pm 0.75	2.02 \pm 0.6
Ig M, г/л.	0.76 \pm 0.38	0.61 \pm 0.28	0.63 \pm 0.31	0.62 \pm 0.19
Ig G, г/л.	13.45 \pm 3.97	12.74 \pm 5.17	9.49 \pm 4.90	13.10 \pm 3.85
НСТ, %	0.64 \pm 0.09	1.51 \pm 0.21	1.13 \pm 0.11	1.08 \pm 0.9
АФ, %	1.68 \pm 0.21	3.22 \pm 0.58	2.43 \pm 0.66	2.63 \pm 0.39
ИФ, %	5.31 \pm 3.57	5.21 \pm 1.98	7.20 \pm 5.22	8.06 \pm 3.02
Лизоцим, мг/мл	23.89 \pm 4.6	24.87 \pm 3.67	23.83 \pm 4.77 \pm 2	21.90 \pm 5.57
СН 50. гем. ед.	49.77 \pm 5.45	51.10 \pm 6.22	52.37 \pm 3.99	51.20 \pm 4.46

Динамика анализируемых показателей после операции у больных с острым и хроническим холециститом была практически одинаковой - происходила активация кислородзависимых механизмов защиты и фагоцитоза на 3-й сутки, сменяющаяся постепенной нормализацией, начиная с 7-х суток послеоперационного периода. При этом показатели, характеризующие фагоцитарную активность, при хроническом и катаральном холецистите уже на 7-е сутки возвращались к исходным, в то время как при флегмонозном и гангренозном холецистите активация фагоцитоза сохранялась вплоть до 21-х суток.

Другие факторы неспецифической защиты (лизоцим, комплемент) при хроническом холецистите мало изменялись и практически не отличались от контрольного значения как до операции, так и после нее. При остром холецистите эти показатели вели себя по-другому. При катаральном и флегмонозном холецистите происходила активация лизоцима на фоне наличия в организме очага воспаления. Этот показатель постепенно снижался до контрольной отметки после операции. Комплементарная активность в этих группах нарастала сразу после операции и постепенно нормализовалась к 21-м суткам, что согласовывалось с повышенным уровнем Ig M. При гангренозном холецистите можно говорить о выраженном достоверном угнетении факторов неспецифической защиты как до, так и после операции.

Анализируя состояние свободнорадикального окисления, отметим, что при катаральном и хроническом холецистите показатели перекисного окисления, АОА сыворотки крови до и после операции сбалансированы наилучшим образом. При катаральном холецистите значения МДА

оставались всегда несколько ниже, а значения АОА - несколько выше, чем при хроническом холецистите. При деструктивном холецистите эти же показатели характеризовали напряжение и дисбаланс между окислительными и антиокислительными процессами, наиболее выраженными на протяжении всего исследования при гангренозном холецистите. При флегмонозном холецистите баланс имел тенденцию к восстановлению в конце срока исследования.

Изучение параметров, характеризующих связывающую активность сывороточного альбумина, показало, что при хроническом холецистите оперативное вмешательство и наркоз приводили к длительному их нарушению, что проявлялось снижением ОКА и ЭКА и параметра, представляющего собой отношение ЭКА/ОКА, а также повышением ИТ. При всех формах острого холецистита изменения были однотипными и определялись угнетающим влиянием операционного и анестезиологического стресса, интоксикационным синдромом. Следует отметить, что при всех формах холецистита полной нормализации описанных параметров в течение всего срока наблюдения так и не произошло, что, по-видимому, связано с незавершенностью процессов репарации.

Таблица 3. Некоторые показатели гомеостаза у больных с катаральным калькулезным холециститом до и после операции ($M \pm m$)				
Показатель	До операции	Сутки после операции		
		3-и	7-е	21-е
Е-РОК, $\times 10^9$	0.42 \pm 0.27	0.56 \pm 0.27	0.71 \pm 0.54	1.11 \pm 0.22
М-РОК, $\times 10^9$	0.1 \pm 0.08	0.18 \pm 0.09	0.18 \pm 0.09	0.25 \pm 0.11
Ig A, г/л.	2.38 \pm 1.18	1.35 \pm 0.38	1.58 \pm 0.62	1.50 \pm 0.50
Ig M, г/л.	1.48 \pm 0.44	1.48 \pm 0.87	1.47 \pm 0.29	1.19 \pm 0.32
Ig G, г/л.	17.36 \pm 6.12	10.11 \pm 3.16	11.60 \pm 3.94	15.50 \pm 2.00
НСТ, %	0.82 \pm 0.07	1.59 \pm 0.28	0.79 \pm 0.09	1.24 \pm 0.27
АФ, %	0.81.6 \pm 0.12	3.39 \pm 0.57	2.02 \pm 0.54	2.52 \pm 0.54
ИФ, %	3.45 \pm 1.45	4.96 \pm 1.95	8.83 \pm 2.60	7.40 \pm 2.60
Лизоцим, мг/мл	27.51 \pm 3.07	25.60 \pm 4.59	22.01 \pm 3.57	20.80 \pm 1.70
СН 50. гем. ед.	48.63 \pm 8.87	49.22 \pm 4.47	43.67 \pm 7.91	49.90 \pm 0.30

Таблица 4. Некоторые показатели гомеостаза у больных с флегмонозным калькулезным холециститом до и после операции ($M \pm m$)				
Показатель	До операции	Сутки после операции		
		3-и	7-е	21-е
Е-РОК, $\times 10^9$	0.90 \pm 0.2	0.77 \pm 0.29	1.93 \pm 0.37	1.24 \pm 0.56
М-РОК, $\times 10^9$	0.18 \pm 0.03	0.08 \pm 0.04	0.19 \pm 0.03	0.22 \pm 0.10
Ig A, г/л.	1.7 \pm 0.27	2.27 \pm 0.42	1.68 \pm 0.41	1.33 \pm 0.34
Ig M, г/л.	1.02 \pm 0.31	1.24 \pm 0.37	0.94 \pm 0.23	0.99 \pm 0.23
Ig G, г/л.	15.1 \pm 3.00	9.33 \pm 1.11	13.13 \pm 3.69	12.60 \pm 2.19
НСТ, %	1.82 \pm 0.31	3.02 \pm 0.87	2.56 \pm 0.79	2.13 \pm 0.66
АФ, %	3.44 \pm 0.76	3.44 \pm 0.76	3.61 \pm 0.85	4.40 \pm 0.89
ИФ, %	9.73 \pm 3.51	6.83 \pm 2.22	6.90 \pm 2.20	6.70 \pm 1.98
Лизоцим, мг/мл	25.87 \pm 4.5	26.21 \pm 3.47	28.50 \pm 0.67	27.90 \pm 1.23
СН 50. гем. ед.	45.33 \pm 5.51	54.93 \pm 3.38	50.87 \pm 1.16	50.12 \pm 0.98

Необходимо обратить внимание на схожую динамику изменения ряда параметров после операции при катаральном и хроническом холецистите - М-РОК, Ig A, НСТ, лизоцима, ЭКА. Динамика, IgG, МДА, АОА, РСА и ИТ подобна при всех формах острого холецистита. Изменения Е-РОК, Ig M, ИФ, АФ, СН50 и СОД значительно отличаются только при гангренозном холецистите.

Таким образом, острая воспалительная реакция на фоне длительного хронического процесса в желчном пузыре оказывала общее стимулирующее воздействие на защитные силы организма как до, так и после операции. Наркоз и хирургическая агрессия в послеоперационном периоде действовали прямо противоположно.

Скорость восстановления параметров гомеостаза после операции определяла быстроту компенсации состояния больных и результаты оперативного лечения, которые были следующими. При катаральном холецистите течение послеоперационного периода было самым легким. Вставать эти больные начинали значительно раньше остальных - через 12 ч вставали 88% больных, потребность в обезболивании была наименьшей (кратность обезболивания 2.4). Перистальтика выслушивалась уже в первые сутки. Как следствие ранней активизации самостоятельный стул отмечался в первые 2 сут - 68% пациентов. Послеоперационные осложнения были лишь у 9.4% больных.

Аналогичные показатели у пациентов с хроническим и флегмонозным калькулезным холециститом были несколько хуже. Активизация больных отмечалась позднее, особенно при флегмонозном холецистите, что объяснялось более тяжелыми общими и местными изменениями в организме, большей длительностью и травматичностью хирургического вмешательства, более старшим возрастом и большим числом сопутствующих конкурирующих заболеваний. При флегмонозном холецистите отмечали наименьшее количество осложнений (8.6%), низкая потребность в обезболивании (3.0). При хроническом холецистите количество осложнений в послеоперационном периоде было наибольшим - 12.5%, это были все осложнения со стороны других систем, что подтверждает неготовность организма к хирургической агрессии. Выявлена самая высокая потребность в обезболивании - 3.3.

При гангренозном холецистите больные активизировались медленнее всего. Тем не менее у них отмечалась низкая потребность в обезболивании - 2.5. Количество осложнений - самое большое среди исследуемых групп - 15.7%, основная часть осложнений наблюдалась со стороны других систем.

Во всех группах в послеоперационном периоде не было осложнений со стороны органов пищеварительного тракта. Летальных исходов во всех группах не отмечено. Тяжесть общих и местных изменений в организме, большая продолжительность и травматичность операции приводили к более длительному восстановлению и пребыванию в стационаре больных после холецистэктомии при флегмонозном и гангренозном калькулезном холецистите.

Как свидетельствуют полученные нами результаты, больные желчнокаменной болезнью до операции характеризуются угнетением и разбалансированностью показателей гомеостаза, наименее выраженными при хроническом калькулезном холецистите и наиболее выраженными при гангренозном калькулезном холецистите. Казалось бы, что именно пациенты с хроническим холециститом должны отличаться лучшими показателями и в послеоперационном периоде. Но, как мы и предполагали, после операции именно у больных с катаральным и флегмонозным калькулезным холециститом наименьшая потребность в обезболивании в кратчайшие сроки восстанавливается большинство показателей, меньше осложнений. Послеоперационная клиническая картина свидетельствует, что больные с катаральным холециститом выгодно отличаются от остальных больных еще и быстрее разрешением пареза кишечника и активизацией, минимальным сроком пребывания в стационаре.

Показатель	До операции	Сутки после операции		
		3-и	7-е	21-е
Е-РОК, $\times 10^9$	1.13 \pm 0.23	0.56 \pm 0.12	0.46 \pm 0.12	0.48 \pm 0.11
М-РОК, $\times 10^9$	0.25 \pm 0.11	0.15 \pm 0.04	0.15 \pm 0.05	0.16 \pm 0.05
Ig A, г/л.	1.4 \pm 0.38	1.82 \pm 0.57	1.89 \pm 0.56	1.79 \pm 0.67
Ig M, г/л.	1.21 \pm 0.23	0.89 \pm 0.34	0.78 \pm 0.39	0.80 \pm 0.56
Ig G, г/л.	16.8 \pm 2.34	11.00 \pm 2.36	13.89 \pm 4.78	12.60 \pm 3.56
НСТ, %	2.03 \pm 0.85	3.81 \pm 0.97	1.72 \pm 0.54	2.31 \pm 0.21
АФ, %	2.87 \pm 0.51	9.95 \pm 1.37	3.40 \pm 0.71	3.56 \pm 0.53
ИФ, %	1.00 \pm 0.98	12.23 \pm 1.67	9.59 \pm 0.78	8.34 \pm 1.26
Лизоцим, мг/мл	21.34 \pm 2.67	14.70 \pm 2.34	18.60 \pm 2.38	19.80 \pm 3.26
СН 50. гем. ед.	48.80 \pm 2.36	53.20 \pm 2.62	53.90 \pm 2.84	48.10 \pm 3.85

При хроническом холецистите до операции большинство показателей были снижены на фоне хронического воспалительного процесса, из-за отсутствия острой воспалительной реакции не стимулировались защитные силы, после вмешательства оставалось угнетающее воздействие наркоза и хирургической агрессии, что и приводило к длительному "провалу" защитных сил.

При катаральном и флегмонозном холецистите на фоне воспаления защитные механизмы были активированы и напряжены, защитные реакции сохранялись и после хирургического вмешательства. Исследованные параметры указывали на адекватную реакцию организма как на инфекционный агент, так и на операционную травму и наркоз, что приводило к скорейшей компенсации состояния больных в ближайшем послеоперационном периоде. Быстрее всего после операции это происходило у больных с катаральным холециститом.

В период повышенной активности защитных сил на фоне воспалительной реакции больные наиболее устойчивы к воздействию любых неблагоприятных факторов окружающей среды, в том числе хирургической агрессии. Для оперативного вмешательства при катаральном и флегмонозном калькулезном холецистите мы считаем оптимальным время сразу после поступления в стационар. Пациенты с хроническим калькулезным холециститом менее устойчивы к хирургической травме и наркозу, чем с катаральным или флегмонозным.

Мы далеки от мысли отказаться от плановых операций по поводу хронического калькулезного холецистита и ждать острого приступа, но лишь подчеркиваем, что больным с катаральным и флегмонозным калькулезным холециститом операцию при отсутствии противопоказаний и наличии условий следует выполнять в первые часы пребывания в стационаре. Больные, которым операция выполняется после неэффективной в течение 1-2 сут медикаментозной терапии, находятся в менее благоприятных условиях, так как защитные механизмы на момент хирургического вмешательства либо миновали пик активации, либо истощены.

Список литературы

1. Ковальчук Л.А., Венгер И.К. Нарушение иммунологической толерантности у больных хроническим калькулезным холециститом // Клин. хирург. 1989. № 9. С. 6-8.
2. Котельникова Л.П., Буренкова Л.К. Диагностическая ценность иммуноглобулинов сыворотки крови и печеночной желчи // Первый Московский Конгресс хирургов: сб. статей. М., 1995. С. 325-326.
3. Луцевич Э.О. Гепатопанкреатодуоденальная иммунотерапия в комплексном лечении больных хроническим калькулезным холециститом // Дис. ... канд. мед. наук. М., 1995. 104 с.
4. Мороз ИМ. Лечебная тактика при остром холецистите // Хирургия. 1977. № 3. С. 26-31.
5. Петров Б.А., Гальперин Э.И., Иванова И.И. О лечении острого холецистита // Хирургия. 1970. № 4. С. 65-71.
6. Реджепова О.А. Иммунологические аспекты у больных калькулезным холециститом // Дис. ... канд. мед. наук. Ашгабад, 1995. 150 с.
7. Bjerkeset T., Edna T.H., Drogset J.O., Svinas M. Early elective cholecystectomy in acute stoun-related cholecystitis // Tidsskr. Nor. Laegeforen. 1997 Aug. 17: 20. P. 2941-2944.
8. D. Ambrosio K., Leone L., Peppas C. et. al. Acute cholecystitis: teaming of surgery // Minerva Chir.. 50:1. P. 39-46.