Ю.А. Пархисенко, Д.В. Фетцер, Л.М. Бурмакова, Ю.А. Ачкасова

АКТУАЛЬНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПОПРОТЕИНЕМИИ

Каф. госпитальной хирургии ВГМА им. Н.Н. Бурденко

Дислипопротеинемия общепризнанна одним из важнейший факторов патогенеза облитерирующего атеросклероза. Однако, в практической работе кардио- и ангиохирурги не придают должного значения этому обстоятельству. Не случайно восстановительные операции на артериях нередко осложняются развитием стенозов и реокклюзий, а консервативная терапия атеросклероза, как правило, бесперспективна. Отсюда вытекает необходимость коррекции дислипопротеинемии, как основного фактора, способствующего прогрессированию течения атеросклероза. Анализ историй болезни Воронежской областной клинической больницы за 12 мес. 2004 года выявил 425 пациентов, страдающих атеросклерозом на фоне умеренной и высокой гиперлипидемией. Причем из этих пациентов высокой гиперлипидемией (уровень общего холестерина выше 7,8 ммоль/л) страдает 102 пациента.

В настоящее время существует различные методы коррекции дислипопротеинемии: диетотерапия, фармакологическое лечение, экстракорпоральные методы коррекции патологии липидного обмена. Диетотерапия эффективна при концентрации холестерина до 6,5 ммоль/л [3]. Экстракорпоральные методы коррекции патологии липидного обмена требуют больших материальных затрат, постоянного проведения сеансов. Эффект лекарственной терапии также проблематичен. Во-первых, имеются многочисленные противопоказания к ее применению. Во-вторых, лечение эффективно лишь при длительном, многолетнем применении, что исключает его использование у больных молодого возраста (опасность развития цирроза печени, катаракты, прогрессирующего миозита, импотенции и др.). В-третьих, лечение дорогостоящее, требует постоянного увеличения дозы препаратов. В-четвертых, в 33% случаев наблюдается толерантность к медикаментозной терапии [3]. Применяя данную статистику, не сложно посчитать, что из 102 пациентов с высокой гиперхолестеринемией у 34 пациентов медикаментозное лечение не даст положительного эффекта. Таким образом, при неэффективности дието- и фармакотерапии требуется альтернативный метод коррекции дислипопротеинемии.

Вопросы, связанные с предупреждением и лечением атеросклероза, давно интересовали клиницистов. Многочисленные наблюдения показали, что в ряде случаев резкое ограничение потребления холестеринсодержащих продуктов стабилизирует течение атеросклероза. Было замечено, что у больных перенесших обширную резекцию тонкого кишечника (инфаркт кишечника, ущемленная грыжа), особенно дистальной ее части, в послеоперационном периоде наблюдалось снижение уровня плазменного холестерина. Эти наблюдения явились предпосылками к разработке такого хирургического метода, как операция парциального илеошунтирования.

В 1963 году Генри Бухвальд [7] впервые выполнил операцию парциального илеошунтирования (ПИШ), суть которой заключалась в выключение из процессов пищеварения дистальных двух метров подвздошной кишки. Выяснилось, что после операции ПИШ всасывание холестерина в кишечнике снижается на 85% [5]. Патофизиологической основой операции ПИШ является блокада энтерогепатической циркуляции желчных кислот, вследствие которой, по принципу обратной связи, осуществляется увеличение синтеза холестерина в печени и выделение его в повышенных концентрациях в составе желчных кислот. Не получая должного количества экзогенного холестерина, организм начинает использовать эндогенный холестерин, мобилизуя его из клеточных депо. Результатом операции парциального илеошунтирования является

длительное и стойкое снижение уровня плазменного холестерина и коэффициента атерогенности. Авторы единодушны во мнении, что оперативное вмешательство снижает уровень циркулирующего холестерина на 30-40 % [6,8]. В то же время отмечается снижение триглицеридов на 67,5%, а ЛПНП на 46,2 %, коэффициента атерогенности на 74,7% при одновременном повышении ЛПВП на 75,5% [4]. Операция ПИШ приводит не только к снижению уровня липидов крови, но и к нормализации коагуляционных свойств крови, улучшении микроциркуляции за счет нормализации процессов ПОЛ. Через 12 мес. количество проходимых безболевых шагов увеличивается вдвое. Максимальный эффект от операции зафиксирован через 3 года.

Операция парциального илеошунтирования выполняется из параректального доступа справа. Подвздошная кишка пересекается на расстоянии 2-х метров от илеоцекального угла. В выключаемой части подвздошной кишки проксимальный ее конец погружается в кисетный шов и фиксируется к брюшине медиальнее слепой кишки. Оставленную для функционирования подвздошную кишку анастомозируют с подвздошной кишкой на расстоянии 4 см. от баугиниевой заслонки. Анастомоз накладывается по типу конец в бок двухрядными швами. В настоящее время операция парциального илеошунтирования выполняется с использованием эндовидеохирургической техники [2], что позволяет снизить травматичность операции и уменьшить послеоперационный период реабилитации.

В настоящее время показанием к операции парциального илеошунтирования является некоррегируемая с помощью диеты и фармакотерапии дислипопротеинемия сопровождающаяся атеросклерозом. Желательно, чтобы возраст оперированных больных был в пределах 30-60 лет. К противопоказаниям относят легочную, почечную и печеночную недостаточность, тяжелые формы гипертонической болезни и сахарного диабета, вторичную гиперлипидемию (гипотиреоз, нефротический синдром), врожденные пороки сердца.

Ряд авторов указывают на возможность развития в послеоперационном периоде таких осложнений, как диарея, оксалатный уролитиаз, «байпас-энтерит» [6, 1], однако, процент этих осложнений не велик. На наш взгляд, возможно нарушение функций печени, связанное с выключением из пищеварения 2 метров тонкого кишечника. Прежде чем внедрять операцию парциального илеошунтирования в практику нашей клиники, решено провести экспериментальное исследование на беспородных собаках, целью которого является выявление изменений связанных с выключением из пищеварения части тонкого кишечника на функции печени и организм в целом. Состояние печени оценивается по анализам биохимических исследований, также берется биопсия печени с последующим изучением гистохимических и гистоморфологических изменений в ткани. Первоначальные данные, полученные в результате исследования, показали, что в сроки до 6 мес. грубых нарушений со стороны печени и организма в целом не наблюдается. Несмотря на изначальную нормолипидемию у собак отмечается снижение общего холестерина на 21%, а коэффициента атерогенности на 32%. Исследование требует продолжения для окончательного заключения о целесообразности внедрения операции в практику Воронежской областной клинической больницы.

Литература.

1. Лебедев Л.В., Седлецкий Ю.И. Хирургическое лечение ожирения и гиперлипопротеидемии. – Л., 1987.

2. Мосягин В.Б., Лебедев Л.В., Сокуренко Г.Ю., Васильев С.Г. // Прогресс и проблемы в диагностике и лечении заболеваний сердца и сосудов: Материалы юбил. конф., посвященной 100-летию каф. фак. хирургии и фак. терапии Санкт-Петербургской гос. мед. ун-та им. И.П. Павлова. – Спб., 2000. – С. 250-251.

3. Петухов В.А., Сергеева Н.А., Дибиров А.Д., Коструб В.В., Кузнецов М.Р. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - № 3. – С. 38-42.

4. Савельев В.С., Петухов В.А., Кузнецов М.Р. // Хирургическое лечение ожирения; Материалы 1-го Рос. Симпозиума. – М., 1999. – С. 38-39.

5. Buchwald H. // Circulation. – 1963. – Vol. 28. – P. 649-656.

6. Buchwald H., Fitch L., Varco R. // Wld J. Surg. – 1985. – Vol. 9. – P. 850 – 859.

7. Buchwald H. et al. // J. clin/ Epidemiol.- 1989.- Vol. 42, N 12.- P. 1111 – 1127.

8. Campos Ch., Matts J., Santilli S. et al. // Amer. J. Surg. – 1988. – Vol. 155. – P. 138 – 146.