

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616-056.52:616.34-089.87-072.1

В.Б.Мосягин, Г.Ю.Сокурено, Л.В.Лебедев, Д.Л.Буряковский

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИИ

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. Н.И.Глушков) Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В.М.Седов) Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, ГУЗ «Больница № 26» (главврач — В.И.Дорофеев), Санкт-Петербург

Ключевые слова: дислипидопротеидемия, частичное илеошунтирование, эндовидеохирургия.

Впервые операцию частичного илеошунтирования (ЧИШ) для лечения дислипидопротеидемии выполнил американский хирург Н. Buchwald в 1963 г. [3]. В 1982 г. Л.В.Лебедев и Ю.И.Седлецкий выполнили модифицированную операцию Бухвальда с применением илеоанастомоза «бок в бок» в 5–6 см от илеоцекального перехода [2]. Гипохолестеринемический эффект модифицированной операции был не хуже, чем при выполнении операции по авторской методике, однако побочные эффекты операции, в частности, диарея и гиповитаминоз В₁₂, стали значительно менее выражены. Однако и в том, и в другом варианте данная операция выполнялась через лапаротомный доступ (срединный или правосторонний параректальный).

В подобной модификации за 25 лет выполнено около 200 операций с послеоперационной летальностью 0,5–1%. Сроки наблюдения составили около 20 лет. После подобных операций уровень общего холестерина крови снижается на 35–45%, триглицеридов — на 10–15%, коэффициент атерогенности, по А.Н.Климову, нормализуется или чуть превышает норму. Эффект сохраняется многие годы и аналогичен эффекту при пожизненном приёме статинов. Длительность заболевания у 90% больных — более 10 лет. Основной клинической формой заболевания был облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. 30% больных в прошлом перенесли различные вмешательства на артериях (аортокоронарное шунтирование, аортобедренное шунтирование, баллонная дилатация и стентирование сосудов, поясничная и грудная симпатэктомия). Более 60% имели в анамнезе острый инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения. Следует отметить, что хирургические методы лечения осложнений атеросклероза дают наилучший результат при комплексном использовании аортокоронарного шунтирования+ЧИШ, аортобедренного шунтирования+ЧИШ, поясничной симпатэктомии+ЧИШ. У ряда больных отмечались регресс атеросклероза и отчётливое улучшение

состояния, уменьшение класса стенокардии при ишемической болезни сердца.

Долгосрочный гиполлипидемический эффект этой операции можно считать доказанным. Однако операция частичного илеошунтирования является профилактической. В связи с этим вопрос максимального снижения травматичности данного оперативного вмешательства, минимизации косметического дефекта является крайне важным [1].

Для решения этих задач нами в эксперименте на нефиксированных трупах были разработаны лапароскопический и лапароскопически ассистированный варианты выполнения модифицированной операции Бухвальда, который с успехом применён на практике клинически впервые в мире.

В 1997 г. на отделении эндовидеохирургии Городской больницы № 26 была впервые выполнена операция частичного илеошунтирования с применением эндовидеохирургической техники.

Больной К., 45 лет, впервые обратился в ангиологическое отделение в апреле 1994 г. с жалобами на боли при ходьбе в обеих икроножных мышцах. Был установлен диагноз облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей и проводилось медикаментозное лечение. В декабре 1994 г. появились симптомы хронической недостаточности мозгового кровообращения в виде ухудшения памяти, шума и звона в ушах, пошатывания при ходьбе. При аускультации был выявлен систолический шум в проекции правой внутренней сонной артерии. Обследован амбулаторно. Выполнены ультразвуковая доплерография брахиоцефальных артерий, транскраниальная доплерография и ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий. Выявлен стеноз в устье правой внутренней сонной артерии более 70% с «нестабильной» атеросклеротической бляшкой.

В январе 1995 г. больной госпитализирован на отделение кардиохирургии Городской больницы № 26, где была выполнена правосторонняя каротидная эндартерэктомия. Больному был исследован липидный спектр. Выявлены значительные изменения холестерина обмена [общий холестерин 7,9 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) 0,92 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) 4,3 ммоль/л, холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) 0,77 ммоль/л, коэффициент атерогенности 6,4, при норме 2,0–3,0]. После операции больной находился под наблюдением ангиоло-

га. Получал терапию дезагрегантами, соблюдал диету с пониженным содержанием животных жиров. При этом сохранялись жалобы на боли при ходьбе в области икроножных мышц. Интенсивность «перебегающей хромоты» составляла около 200 м.

В сентябре 1997 г. обратился в отделение кардиохирургии Городской больницы № 26 с жалобами на значительное усиление болей в нижних конечностях, появление ночных ишемических болей в области обеих голеней и стоп. Пульсация на обеих бедренных артериях не определялась. При ангиографии аорты и артерий нижних конечностей диагностирована окклюзия обеих наружных подвздошных артерий. Пациенту выполнена операция аортобедренного бифуркационного шунтирования синтетическим протезом фирмы «Север».

При повторном исследовании липидного спектра выявлены прежние нарушения липидного обмена [общий холестерин 7,9 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) 0,92 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) 4,2 ммоль/л, холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) 0,77 ммоль/л, коэффициент атерогенности 6,2], несмотря на строгое соблюдение пациентом диеты с пониженным содержанием холестерина.

Ввиду значительного и быстрого прогрессирования атеросклеротического поражения сосудов на фоне выраженных нарушений липидного обмена, были определены показания к операции частичного илеошунтирования с целью остановить дальнейшее прогрессирование атеросклероза.

В декабре 1997 г. пациент был госпитализирован на отделение эндовидеохирургии Городской больницы № 26, где была выполнена операция частичного илеошунтирования лапароскопически ассистированным методом (В.Б.Мосягин).

Под интубационным наркозом через полулунный разрез над пупком длиной 1 см с помощью иглы Вереща наложен карбоксиперитонеум. Трояком диаметром 10 мм выполнен прокол передней брюшной стенки. Введен лапароскоп, проведена ревизия брюшной полости. Во время ревизии выбрано место для постановки дополнительных троакар: в левой подвздошной области по средней ключичной линии и в правом подреберье по средней ключичной линии. В левой подвздошной области введен троакар диаметром 5 мм, в правом подреберье — 12 мм. Двумя зажимами-манипуляторами визуализирован илеоцекальный угол. В брюшную полость введена влажная марлевая полоска длиной 10 см, с помощью которой произведено измерение тонкой кишки от илеоцекального угла на протяжении 2 м. На отмеренном участке кишки в брыжейке тупо сделано отверстие с помощью диссектора, стенка кишки мобилизована на участке 2,5–3 см. Через окно проведена кетгуттовая нить-держалка. Второе отверстие в брыжейке выполнено на расстоянии 15 см от илеоцекального угла, через которое также проведена нить-держалка из лавсана. Под контролем лапароскопа в правой подвздошной области выбрано оптимальное место для выведения петель тонкой кишки. Сделан разрез в правой подвздошной области длиной 4 см. Вскрыт апоневроз, тупо разведены мышцы передней брюшной стенки. Через брюшину выполнен прокол зажимом Кохера, которым захвачены нити-держалки под контролем лапароскопа, и после рассечения брюшины выведены в рану. За кетгуттовую нить-держалку выведена петля тонкой кишки (на расстоянии 2 м от илеоцекального угла). Стенка кишки прошита аппаратами УО-40, перитонизирована. В рану за лавсановую нить-держалку выведена вторая петля тонкой кишки (15 см илеоцекального угла). Экстраперитонеально наложен анастомоз «бок в бок» и погружен в брюшную полость. Восстановлена целостность передней брюшной стенки, вновь наложен пневмоперитонеум, и под визуальным контролем проверена правильность наложения анастомоза.

В ближайшем послеоперационном периоде у больного отмечался частый стул до 4–5 раз в сутки. Больной выписан на 6-е сутки после операции. При контрольном исследовании липидного спектра через 3 мес выявлено значительное улучшение показателей холестеринового обмена (общий холестерин 5,6 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности 3,8 ммоль/л, коэффициент атерогенности 2,4). Стул у больного нормализовался к концу 3-го месяца после операции.

При контрольном обследовании, выполненном через 3 года после операции частичного илеошунтирования, сосудистый синтетический бифуркационный протез функционирует нормально. Данных в пользу рестеноза правой внутренней сонной артерии не получено. Общий холестерин 5,6 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности 3,8 ммоль/л, коэффициент атерогенности 2,4. Больной имеет группу инвалидности.

В дальнейшем лапароскопическая операция частичного илеошунтирования была усовершенствована. Модифицированный вариант лапароскопической операции Бухвальда отличался тем, что пересечение тонкой кишки на расстоянии 2 м от илеоцекального угла выполняли в брюшной полости с помощью эндоскопического сшивающего аппарата GIA-30. Использование сшивающего аппарата сокращало как время операции, так и время нахождения петли тонкой кишки за пределами брюшной полости, однако при этом значительно возрастала стоимость вмешательства.

После операции больных переводили на отделение эндовидеохирургии, минуя реанимационное отделение. Двигательный режим расширяли, начиная с 1-го дня после операции. Снятие швов и выписку больных из стационара осуществляли на 6–7-е сутки после операции.

Всего выполнено 20 подобных операций больным с атеросклеротическим поражением артерий. Сроки наблюдения за больными после лапароскопической операции Бухвальда составили от 24 до 42 мес (в среднем 32 ± 6 мес). Стойкий гиполлипидемический эффект был достигнут у всех пациентов. Ни у одного из оперированных пациентов не наблюдали прогрессирования атеросклеротического поражения артерий.

Таким образом, выполнение операции частичного илеошунтирования у больных с гиперхолестеринемией с применением эндовидеохирургического метода технически возможно, эффективно и значительно уменьшает травматичность данного оперативного вмешательства, облегчает течение послеоперационного периода.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Климов А.Н., Нагорнев В.А. Эволюция холестериновой концепции атеросклероза: от Аничкова до наших дней // Мед. академ. журн.—2001.—№ 3.
2. Лебедев Л.В., Седлецкий Ю.И. Хирургическая коррекция гиперлипидемии у больных с нормальной и избыточной массой // Вестн. хир.—1982.—№ 12.—С. 56–60.
3. Buchwald H. A surgical operation to lower circulating cholesterol // Circulation.—1963.—Vol. 23, № 11.—P. 649–656.

Поступила в редакцию 24.09.2008 г.