

© Л.В.Лебедев, 2003.

ЛЕКЦИЯ

Л.В.Лебедев

ПЕРСПЕКТИВЫ КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОГЕННЫХ ДИСЛИПИДЕМИЙ И ИХ КЛИНИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация: В лекции рассматриваются особенности тактики хирургического лечения атеросклероза в зависимости от клинического течения заболевания и состояния липидного обмена.

Ключевые слова: атеросклероз, дислипидемии

Комплексным изучением и лечением заболеваний сосудов, как известно, занимается ангиология, которой отводится в качестве научной дисциплины весьма важное место, наряду с кардиологией и неврологией. В самой ангиологии важнейшим разделом является учение об атеросклерозе.

Атеросклероз и его клинические осложнения в жизненно-важных органах и конечностях являются, по данным ВОЗ, основной причиной смерти больных в промышленно-развитых странах и составляют приблизительно 53% от числа всех умерших. В Санкт-Петербурге эта цифра доходит до 59-63% [Р.А.Алмазов, Е.В.Шляхто]. В России на 100 тыс. населения в возрасте 35-74 года от сердечно-сосудистых заболеваний умирает 1477 больных. В Финляндии - 533; в США - 458, во Франции - 250, в Японии - 212 [Am. Heart Association, Heart et Stroke, 1997] (Рис. 1).

В настоящее время мы широко применяем реконструктивно-восстановительные операции при атеросклерозе коронарных артерий (ишемической болезни сердца) в виде аортокоронарного шунтирования с послеоперационной летальностью 1.5%; реконструктивно-восстановительные операции на брахиоцефальных артериях, аорте и магистральных артериях с летальностью 1-3%; резекции аневризм аорты различных локализаций с летальностью до 4%; используем методы микрохирургии, широко применяем современные текстильные или пластмассовые протезы кровеносных сосудов, выполняем закрытые эндоваскулярные вмешательства с использованием т.н. «Stent-техники», т.е. ангиопластики с последующей установкой каркасных протезов из сетчатых специальных металлов или пластмасс, обеспечивающих длительную проходимость сосуда.

СТАДИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА



ПРОЯВЛЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА В РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНАХ

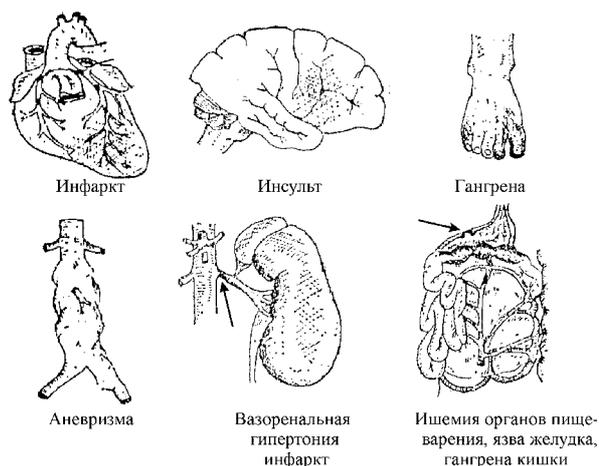


Рис. 1

Все эти операции и новые технические возможности появились после трудоемких исследований, неудач и успехов, тщательного поиска новых решений двух поколений хирургов почти во всех индустриальных странах мира. Сейчас мы

можем корригировать гемодинамику и восстанавливать кровообращение в жизненно-важных органах – сердце, головном мозге, конечностях, почках, кишечнике и т.д.

Эти операции мы можем выполнять одновременно или последовательно. Современные способы обезболивания и реанимационного пособия позволяют выполнять эти тяжелейшие вмешательства у больных в возрасте 60-80 и более лет. Доказано, что, сам по себе, возраст больного не является противопоказанием к операции. Главное значение имеют сопутствующие заболевания, в первую очередь сердца, легких и почек. Однако по-прежнему важной является ранняя диагностика.

Приступая к лечению атеросклероза в поликлинике или стационаре, необходимо иметь ясное представление об особенностях течения этого «заболевания века». Мы условно различаем «доброкачественный» атеросклероз и «злокачественный» (или «недоброкачественный») атеросклероз. Это условные клинические понятия, но весьма важные для определения тактики лечения и прогноза. «Доброкачественный» атеросклероз характеризуется медленным, «мягким» течением, поражает постепенно почти все артерии человека, однако проявляется клинически чаще всего сначала в одном бассейне, например, в коронарных артериях. В других случаях это могут быть артерии головного мозга или конечностей.

Иногда поражается аорта, ее ветви. Течение «доброкачественного» атеросклероза многолетнее, однако всегда прогрессирующее, сопровождающееся острым или хроническим тромбозом атеросклеротически измененных артерий. Кроме «доброкачественного» клинического течения атеросклероза, мы различаем т.н. «злокачественное» течение этого заболевания, однако, конечно, не в онкологическом смысле. Чаще подобный вариант клинической картины заболевания встречается у сравнительно молодых больных в возрасте 40-50 лет. Характеризуется от внезапным началом, связанным с острым тромбозом атеросклеротически измененных артерий или сопутствующим спазмом, резким нарушением кровоснабжения органов, выраженной их ишемией. Это наблюдается в конечностях, сердце, мозге, кишечнике, почках, других органах. Часто ишемия после применения антикоагулянтов, сосудорасширяющих препаратов уменьшается или даже исчезает иногда полностью.

Через короткое время может быть новое повторение «атаки», иногда требующей экстренного оперативного вмешательства (тромбэктомия, эмболэктомия, шунтирование, эндартерэктомия, ангиопластика и др.). В этих случаях иногда даже первоначально технически успешные реконструктивно-восстановительные операции довольно

скоро сопровождаются закупоркой реконструированного сегмента артерии, аутотрансплантата, синтетического трубчатого протеза или ветви бифуркационного синтетического протеза.

Если исключить технические ошибки, то причиной подобных осложнений является «злокачественное» течение атеросклероза. В этом случае играют роль иммунологические факторы, существенные изменения реологии крови в сторону гиперкоагуляции, резкие изменения липидного спектра в виде высокого коэффициента атерогенности (более 5.0), высокого уровня холестерина сыворотки крови (более 7 ммоль/л), гиперплазии неоинтимы в зоне операции и других изменений. Существенное значение имеют сопутствующий вазоспастический компонент и генетические факторы.

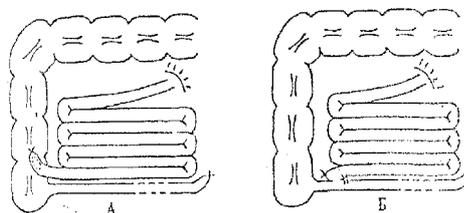


Рис. 2
Варианты межкишечных анастомозов при частичном илеостомии (ЧИШ). Выключение из процесса пищеварения дистального отдела (1/3, т.е. 2-2,5 метра) тонкой кишки с наложением соустья между оставшейся частью тонкой кишки (2/3) и восходящим отделом толстой (А) или тонкой (Б) кишки.

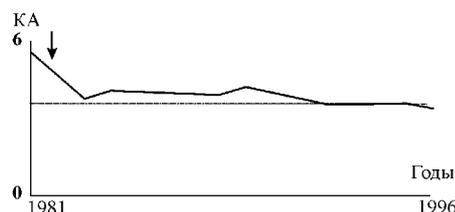


Рис. 3
Коэффициент атерогенности (КАТ) после операции ЧИШ у больной Н., 1910 г.р.

На протяжении последних 25 лет в нашей клинике выполняется операция частичного илеостомии, предложенная в 1963 г. американским хирургом Г.Бухвальдом и приводящая к надежной и стабильной нормализации липидного обмена (Рис. 2). В 1982 г. мы видоизменили эту операцию и в нашей модификации (Ю.И.Седлецкий, К.К.Мирчук, Л.В.Лебедев) она представлена в виде илеоилеостомии (5 см от баугиниевой заслонки, иногда с декомпрессивной микроеюноеюностомой и выключением подвздошной кишки на протяжении 250 см. Подобная модификация позволила устранить недостатки операции Бухвальда (длительная диарея после операции и др.). Таких операций мы выполнили около 200 с послеоперационной летальностью 0.5-1%. Сроки наблюдения за больными около 20 лет. В ряде

случаев мы могли констатировать безусловный регресс атеросклероза и отчетливое улучшение состояния больных, в частности, уменьшение класса стенокардии при ИБС (Рис. 3). Однако особенно рациональным оказался комбинированный подход к проблеме.

Мы с середины 80-х годов стали одновременно или последовательно выполнять противотеросклеротические операции илеошунтирования и операции, коррегирующие гемодинамику (аорто-коронарное шунтирование, маммаро-коронарное шунтирование, аорто-бифуркационное шунтирование, внутрибрюшную поясничную симпатэктомию, реконструктивные операции на брахиоцефальных артериях и др.). В последнее время (с 1997 г.) операцию частичного илеошунтирования мы стали в ряде случаев выполнять лапароскопическим методом (В.Б.Мосягин).

Решение проблемы лечения атерогенных дислипидемий и их осложнений возможно лишь на путях комплексного подхода. При этом лечение должно быть этиопатогенетическим и состоит оно из этапов, выполняемых одновременно или последовательно (Рис. 4):

1. Коррекция гемодинамики с устранением ишемии жизненно-важных органов (сердца, мозга, кишечника, почек и др.) или конечностей.
2. Коррекция липидного обмена.
3. Коррекция иммунной системы.
4. Коррекция реологического статуса.
5. Устранение спастического компонента, способствующего ишемии.

Шестым фактором является генетический статус больного, корригировать который наиболее сложно.

Лев Валерьевич Лебедев – лауреат Государственных премий, профессор, доктор медицинских наук, главный ангиолог Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга, профессор кафедры факультетской хирургии Санкт-Петербургского Государственного Медицинского Университета им. акад. И.П.Павлова.

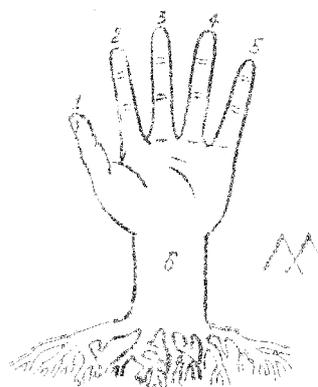
Lev Lebedev - doctor of medical sciences, the main vascular surgeon and angiologist of Committee on public health services of Management of St.-Petersburg, professor of the St.-Petersburg State Medical University

Контактная информация:

197089, г.Санкт-Петербург, ул. Л.Толстого, 6/8, СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, каф. факультетской хирургии, проф. Лебедеву Л.В.

Correspondence: L.Lebedev, Saint-Petersburg State Medical University, L.Tolstoy str., 6/8, Saint-Petersburg, 197089, Russia.

ФИЛОСОФИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА



1. Гемодинамика
2. Липиды
3. Иммунный статус
4. Реология
5. Вазоспазм
6. Генетика

Рис. 4

L.Lebedev
OUTLOOKS FOLLOWING COMPLEX SURGICAL PROCEDURES: ATHEROGENOUS DISLIPIDEMIAS AND CLINICAL IMPLICATIONS
(The lecture)

*Saint-Petersburg State Medical University
Russia*

In the lecture the features of tactics of surgical treatment of an atherosclerosis are esteemed depending on clinical flow of disease and condition of lipids exchange.

Организационный комитет Конференции от всей души поздравляет
Главного ангиолога Санкт-Петербурга Лауреата Государственных премий,
профессора, доктора медицинских наук Льва Валерьевича Лебедева с 80-
летием и желает ему здоровья, счастья и многих лет плодотворной научной
работы.