

- стокишечной непроходимости. В кн.: Материалы выездного пленума проблемной комиссии «Неотложная хирургия» и Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы неотложной хирургии». Пятигорск; 2011: 140–1.
6. Пахомова Г.В., Подловченко Т.Г., Утешев Н.С. Неотложная хирургия рака ободочной кишки. М.: Миклош; 2009.
 7. Тотиков В.З., Тотиков З.В. Рак ободочной кишки, осложненный непроходимостью. Владикавказ: СОГМА; 2013.
 8. Stoianov Kh., Vulchev D., Karashmalukov A. The factors determining survivorship in patients with colorectal carcinoma complicated by obstructive ileus of the large intestine. *Khirurgiia-Sofia*. 1996; 49 (2): 17–20.
 9. Белеков Ж.О., Маманов Н.А. Ургентная хирургия рака ободочной кишки. *Колопроктология*. 2011; 3 (37, Прил.): 64.
 10. Кукош М.В., Разумовский Н.К., Фирфарова Л.Е. Эволюция хирургической тактики при раке ободочной кишки, осложненном острой толстокишечной непроходимостью. В кн.: Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. Одесса; 2011: 142–3.
 11. Мармыш Г.Г., Довнар И.С., Цилиндзъ И.Т., Филипович А.В. Неотложные операции при осложненных формах колоректального рака. В кн.: Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы неотложной хирургии: непроходимость кишечника». Гродно; 2012: 41–4.
 12. Помазкин В.И., Мансуров Ю.В. О тактике оперативного лечения при obturatorной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2008; 167 (5): 37–9.
 13. Воробей А.В., Гришин И.Н. Реабилитация стомированных больных. Минск: Бел. наука; 2003.
 14. Сингаевский А.Б., Цикоридзе М.Ю. Особенности диагностики осложненного рака ободочной кишки в многопрофильном стационаре. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2013; 3 (138): 112–6.
- References**
1. Antipova S.V., Kalinin E.V., Shlyakhtin V.V. Algorithm and methods of surgical treatment of complicated forms of colorectal cancer. *Onkologiya*. 2009; 11 (4): 293–7 (in Russian).
 2. Baranov A.I., Promzeleva N.V., Palatkin P.P., Bukhtiyarov A.P., Aleksandrov D.S. Surgical treatment of complicated colorectal cancer. In: Proceedings of the II Congress Coloproctologists CIS, III Congress Coloproctologists Ukraine with the countries of Central and Eastern Europe. Odessa; 2011: 76–7 (in Russian).
 3. Bondar' G.V., Basheev V.Kh., Yakovets Yu.I., Borota A.V., Psaras G.G., Zolotukhin S.E. et al. Primary reconstructive surgical treatment of colon cancer, complicated by complete intestinal obstruction. *Ukrains'kyj zhurnal khirurgii*. 2009; 1: 16–8 (in Russian).
 4. Garelik P.V., Dubrovshchik O.I., Khil'monchik I.V., Zhuk D.A. Acute obstructive ileus with colon cancer in emergency surgery. In: Proceedings of the scientific-practical conference "Topical issues of emergency surgery: bowel obstruction". Grodno; 2012: 14–8 (in Russian).
 5. Korovin A.Ya., Ralka B.V., Bochkareva I.V., Porodenko E.E. Surgical tactics in tumor obstructive bowel obstruction. In: Materials of a plenum of the Problem Commission "Emergency surgery" and Russian scientific and practical conference "Actual issues of emergency surgery". Pyatigorsk; 2011: 140–1 (in Russian).
 6. Pakhomova G.V., Podlovchenko T.G., Uteshev N.S. Emergency surgery for colon cancer. Moscow: Miklosh; 2009 (in Russian).
 7. Totikov V.Z., Totikov Z.V. Colon cancer, complicated by obstruction. Vladikavkaz: SOGMA; 2013 (in Russian).
 8. Stoianov Kh., Vulchev D., Karashmalukov A. The factors determining survivorship in patients with colorectal carcinoma complicated by obstructive ileus of the large intestine. *Khirurgiia-Sofia*. 1996; 49 (2): 17–20.
 9. Belekov Zh.O., Mamanov N.A. Urgent surgery for colon cancer. *Koloproktologiya*. 2011; 3 (37, Suppl.): 64 (in Russian).
 10. Kukosh M.V., Razumovskiy N.K., Firfarova L.E. Evolution of surgical tactics in colon cancer complicated by acute colonic obstruction. In: Proceedings of the II Congress Coloproctologists CIS, III Congress Coloproctologists Ukraine with the countries of Central and Eastern Europe. Odessa; 2011: 142–3 (in Russian).
 11. Marmysh G.G., Dovernar I.S., Tsilindz' I.T., Filipovich A.V. Emergency surgery in complicated forms of colorectal cancer. In: Proceedings of the scientific-practical conference "Topical issues of emergency surgery: bowel obstruction". Grodno; 2012: 41–4 (in Russian).
 12. Pomazkin V.I., Mansurov Yu.V. On the tactics of surgical treatment in colonic obstruction of tumor genesis. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova*. 2008; 167 (5): 37–9 (in Russian).
 13. Vorobey A.V., Grishin I.N. Rehabilitation of patients with stomas. Минск: Бел. nauka; 2003.
 14. Singaevskiy A.B., Tsikoridze M.Yu. The diagnosis of complicated colon cancer in a multidisciplinary hospital. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik*. 2013; 3 (138): 112–6 (in Russian).

Поступила 26.12.2013

© А.В. ГАВРИЛЕНКО, Д.В. ШАТАЛОВА, 2014

УДК 616.137-004.6-089

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

А.В. Гавриленко^{1,2}, Д.В. Шаталова*²

¹ФГБУ «Российский научный центр хирургии им. академика Б.В. Петровского» (директор – профессор С.Л. Дземешкевич), РАМН, 119049, Москва, Российская Федерация; ²ГБОУ «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ, 119435, Москва, Российская Федерация

В статье рассматривается опыт хирургического лечения пациентов после осложнений эндоваскулярных вмешательств. В исследование вошли 36 пациентов с диагнозом критической ишемии нижних конечностей, возникшей вследствие ранее проведенного эндоваскулярного вмешательства в позднем послеоперационном периоде. Всем пациентам выполнены открытые реконструктивные операции. При выполнении реконструктивного

*Шаталова Дарья Владимировна, ординатор кафедры сердечно-сосудистой хирургии № 1. E-mail: shatalova89@yandex.ru
119435, Абрикосовский пер., д. 2.

вмешательства после осложнения стентирования интраоперационно отмечались некоторые особенности (расширение доступа, ограничение использования сосудистых зажимов). В отдаленном послеоперационном периоде в течение трех лет после проведенной вторичной реконструкции показатели проходимости шунта и сохранность нижних конечностей у пациентов с поражениями артериального русла выше паховой связки составили 100%, а у пациентов с поражениями артериального русла ниже паховой связки показатели проходимости шунта и сохранность нижних конечностей были 64,7 и 82,8% соответственно.

Ключевые слова: стент; критическая ишемия; тромбоз стентированного артериального сегмента.

SPECIFIC OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH ATHEROSCLEROTIC DISEASE OF THE LOWER EXTREMITY ARTERIES FOLLOWING COMPLICATED ENDOVASCULAR INTERVENTIONS

A. V. Gavrilenko, D. V. Shatalova

¹Russian Research Centre of Surgery named after Academician B. V. Petrovskiy, 119049, Moscow, Russian Federation;

²First Moscow State Medical University named after I. M. Sechenov of the Ministry of Health of the Russian Federation, 119435, Moscow, Russian Federation

The article discusses outcomes of surgical treatment obtained in patients developing complications of endovascular interventions. The study included 36 subjects diagnosed with critical lower extremity ischaemia that had developed because of a previous endovascular intervention in the late postoperative period. All patients underwent open reconstructive surgical interventions. Some specifics were observed intraoperatively during the reconstructive surgery, following complicated stenting (such as broader surgical approach and restricted use of vascular clamps). In the late postoperative period, within three years after the secondary reconstruction, there were 100 % shunt patency and lower extremity preservation rates in patients with an arterial damage lying above the inguinal ligament, while subjects with an arterial damage below the inguinal ligament had respective rates of 64.7 % for shunt patency and 82.8 % for lower extremity preservation.

Key words: stent; critical ischaemia; thrombosis in stented arterial segment.

Введение

Рентгенохирургическое вмешательство считается методом выбора при лечении пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей [1]. Существует мало исследований, сравнивающих эффективность лечения эндоваскулярного и открытого хирургического метода. Преимущества рентгенохирургических методов заключаются в малой инвазивности и травматичности, относительно более низкой стоимости, значительном сокращении сроков пребывания пациентов в стационаре, возможности проведения инвазивных вмешательств у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, возможности выполнения повторного вмешательства в той же зоне, отсутствии необходимости применения общей анестезии [2–4]. Несмотря на многообразие имеющихся стентов, идеального стента, отвечающего всем требованиям, не существует [5]. Частота осложнений, связанных с установкой стента, по разным данным варьирует от 1,6 до 19,4% [6]. Основными осложнениями, обусловленными установкой сосудистых стентов, являются следующие: смещение стента в доставляющей системе; миграция стента или его эмболия; развитие острого тромбоза стента; инфицирование; развитие артериального спазма, связанного с вмешательством; образование гематомы, ложной аневризмы или артерио-

венозной фистулы; диссекция интимы; перфорация сосуда; окклюзия боковой ветви; аллергическая реакция на контраст; развитие транзиторной почечной недостаточности, вызванной введением контраста [7].

Наиболее часто встречающееся осложнение в позднем послеоперационном периоде эндоваскулярного вмешательства – это развитие рестенозов. Внедрение в клиническую практику стентов с лекарственным покрытием позволило значительно снизить частоту возникновения рестенозов, тем не менее она может достигать 6–8% [8, 9]. Рестеноз, уменьшающий просвет сосуда более чем на 50%, развивается в среднем через 6–9 мес после установки стента и представляет собой результат избыточного клеточного ответа на повреждение стенки сосуда [10]. Механизм развития рестеноза очень сложен и связан как с пролиферацией гладкомышечных клеток, так и с развитием реакции гиперчувствительности. Кроме того, довольно часто наблюдается еще одно осложнение – это переломы стентов при их установке в месте сгибов нижних конечностей. Попытки лечения рестенозов эндоваскулярными методами, по данным исследования R. Mehran и соавт., не дали хороших результатов [11]. В настоящее время существует мнение, что внутрисосудистая реваскуляризация может быть использована в качестве первичной терапии у пациентов с критической ишемией нижних конечностей

(КИНК). Если же эндоваскулярное вмешательство не дало хороших результатов, то в качестве альтернативы для лечения таких пациентов можно выбрать хирургические шунтирующие операции. Однако такие современные рандомизированные исследования, как *BASIL*, или исследования В.В. Nolan и соавт. свидетельствуют о том, что у пациентов, которым изначально были выполнены эндоваскулярные вмешательства, исход шунтирующих операций гораздо хуже в позднем постоперационном периоде, чем у пациентов, первично подвергшихся хирургическому лечению [12, 13].

Целью нашего исследования являлась оценка результатов хирургического лечения пациентов с КИНК, получивших осложнения вследствие эндоваскулярного лечения заболеваний периферических артерий.

Материал и методы

В исследование включены 36 пациентов, находившихся на лечении в РНЦХ РАМН имени Б.В. Петровского в период с 2006 по 2012 г. с диагнозом критической ишемии нижних конечностей, возникшей в позднем послеоперационном периоде вследствие ранее проведенного эндоваскулярного вмешательства в других лечебных учреждениях. У 28 пациентов была хроническая ишемия нижних конечностей (ХИНК) III степени и у 8 пациентов – ХИНК IV степени. У 30 пациентов стенты были установлены в различных лечебных учреждениях РФ, у 6 – за рубежом (Израиль, Германия). Всем пациентам выполнены открытые реконструктивные вмешательства. По локализации поражения мы разделили пациентов на две группы. В 1-ю группу вошли 17 (47,2%) пациентов с поражением артериального русла выше паховой связки, во 2-ю – 19 (52,8%) пациентов с локализацией поражения ниже паховой связки. У 10 пациентов из 1-й группы были жалобы на боли в ягодичных мышцах и в мышцах поясничной области (высокая перемежающаяся хромота), у 13 одновременно наблюдался рестеноз стентированных участков наружной подвздошной артерии (НПА) и общей бедренной артерии (ОБА), а у 4 – окклюзия брюшной части аорты и подвздошных артерий. Во 2-й группе у 15 пациентов была диагностирована окклюзия поверхностной бедренной артерии (ПБА), у 2 пациентов одновременно установлены стенты в ПБА и подколенной артерии (ПКА). У 4 пациентов 2-й группы диагностировано изолированное поражение подколенной артерии вследствие тромбоза стента (см. таблицу).

Пациентам 1-й группы выполнили 3 операции бифукарционного аортобедренного шунтирования (БАБШ), 7 операций бифукарционного

Локализация поражения артериального русла

Локализация установленного стента	1-я группа – поражение выше паховой связки (n=17)	2-я группа – поражение ниже паховой связки (n=19)
НПА + ОБА	13	–
Дистальный отдел брюшной аорты и НПА	4	–
ПБА	–	13
ПБА + ПКА	–	2
ПКА	–	4

аортобедренного протезирования (БАБП) и 7 операций линейного аортобедренного протезирования синтетическими протезами. Хирургическая тактика во 2-й группе пациентов распределялась следующим образом: бедренно-подколенное шунтирование (БПШ) выше щели коленного сустава у 12 пациентов, БПШ ниже щели коленного сустава у 4, профундопластика у 3 пациентов.

При выполнении реконструктивного вмешательства после осложнения стентирования интраоперационно отмечались некоторые особенности и трудности.

В 4 случаях из 17 у пациентов 1-й группы сложность хирургической тактики была обусловлена трудностью выделения брюшной части аорты и создания проксимального анастомоза непосредственно под левой почечной веной. Также в основном за счет высокого стояния стента в просвете аорты при формировании проксимального анастомоза чаще всего приходилось протезировать проксимальный конец анастомоза.

При выделении пораженного артериального участка у пациентов 2-й группы нам пришлось расширить доступ в 10 случаях из-за развившейся в периартериальной зоне рубцовой ткани. Выделение пораженного артериального участка из рубцовых тканей, обычно сопровождается повреждением лимфатических сосудов и их коллекторов, коллатеральных сосудов, что после операции может привести к образованию гематом и лимфолей. Также при выделении стентированного сосуда следует помнить о риске развития массивного кровотечения вследствие перфорации сосудистой стенки стентом, который может мигрировать или быть поломан при выделении. В связи с этим для предотвращения такого осложнения следует максимально аккуратно использовать сосудистые зажимы в области дистального анастомоза. Это приводит к расширению хирургического доступа. В трех случаях в месте пункции бедренной артерии сформировалась ложная аневризма. При дуплексном сканировании артерий нижних конечностей у таких пациентов была выявлена окклюзия ПБА. В связи с этим в качестве оперативной тактики таким больным выполняли реконструкцию

артериального русла в объеме профундопластики. Расширение хирургического доступа у некоторых пациентов привело к удлинению послеоперационного периода и увеличению времени пребывания пациентов в стационаре в среднем на 30% по сравнению с пациентами, у которых открытые хирургические вмешательства были выполнены в качестве первичной реконструкции артериального русла.

Результаты и обсуждение

При анализе результатов в первые 6 мес наблюдения за пациентами сохранность нижних конечностей и проходимость шунтов составили 100%.

В отдаленном послеоперационном периоде в первый год после реконструктивного вмешательства удалось отследить состояние всех 36 пациентов (рис. 1).

Сохранность нижних конечностей и проходимость шунтов в 1-й группе составила 100%, во 2-й группе сохранность нижних конечностей равнялась 100%, проходимость шунтов – 89,5%. У 3 пациентов был диагностирован тромбоз бедренно-подколенного шунта выше щели коленного сустава, без развития КИНК вследствие формирования достаточного коллатерального кровотока ($p>0,05$).

В течение трех лет после реконструкции артериального русла было проанализировано состояние 32 пациентов. Проходимость шунта в 1-й группе составила 100%, во 2-й – 64,7% ($p=0,095$), сохранность нижней конечности в 1-й группе – 100%, во 2-й – 88,2%. Повторная реконструктивная операция проведена 7 пациентам (2 пациентам из 1-й группы и 5 пациентам из 2-й). Два пациента (6,3%) из общего числа больных умерли от инфаркта миокарда. Ампутация нижней конечности потребовалась 2 (11,8%) пациентам 2-й группы вследствие развития острой критической ише-

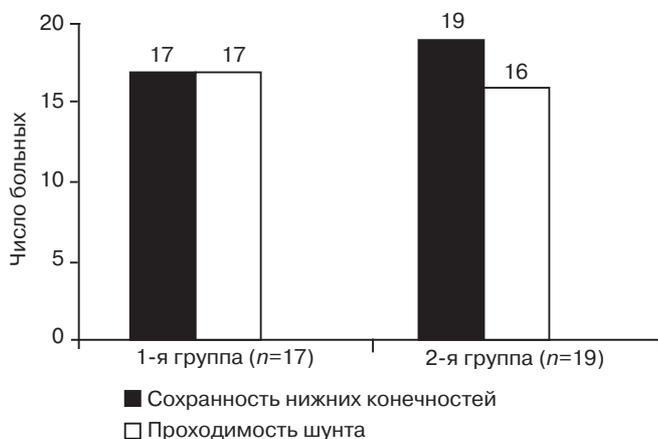


Рис. 1. Отдаленные результаты хирургического лечения пациентов после осложнений эндоваскулярного вмешательства через год после операции

мии нижней конечности и позднего обращения за специализированной медицинской помощью (рис. 2).

Выводы

1. Первоочередная ангиопластика у пациентов с поражениями артерий нижних конечностей в случае возникновения осложнений создает определенные трудности для проведения шунтирующей операции, увеличивая объем хирургического вмешательства, и создает предпосылки для тромбоза шунта в отдаленном послеоперационном периоде.

2. В отдаленном послеоперационном периоде в течение трех лет после проведенной вторичной реконструкции проходимость шунта и сохранность нижних конечностей у пациентов с поражениями артериального русла выше пупартовой связки составили 100%, а у пациентов с поражениями артериального русла ниже пупартовой связки 64,7 и 82,8% соответственно.

3. Хирургическое лечение осложнений после стентирования артерий нижних конечностей является эффективным методом, однако имеет ряд особенностей по сравнению с первичной реконструктивной операцией – трудность выделения сосудов из рубцовой ткани, необходимость расширения хирургического доступа, ограничение использования сосудистых зажимов.

4. В настоящее время не существует четких рекомендаций в отношении тактики и методов хирургического лечения пациентов после осложнений эндоваскулярных вмешательств, что делает этот вопрос актуальным и требует дальнейшей проработки и исследования.

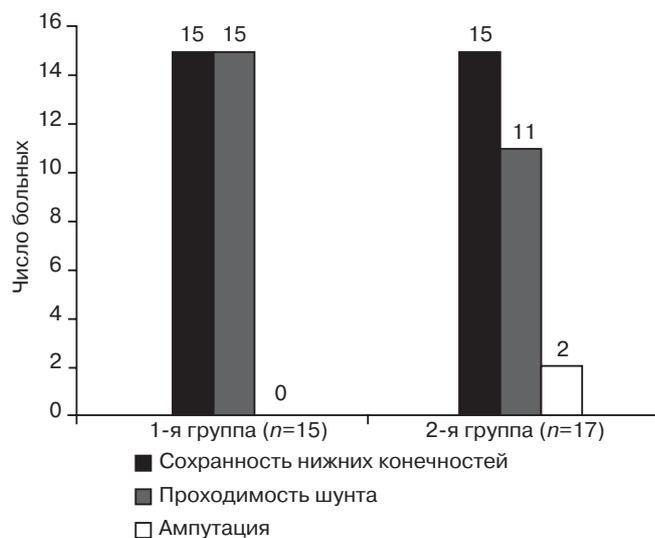


Рис. 2. Отдаленные результаты хирургического лечения пациентов после осложнений эндоваскулярного вмешательства через 3 года после операции

Литература

1. Бокерия Л.А., Алекян Б.Г. (ред.). Руководство по рентгенэндоваскулярной хирургии сердца и сосудов. М.: НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН; 2007.
2. Ерошкин И.А., Ерошенко Ан.В., Ерошенко Ал.В., Карпалов В.Т. Направленная катетерная атерэктомия как метод лечения окклюзионно-стенотических поражений артерий нижних конечностей. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2009; 15 (4).
3. Покровский А.В. (ред.). Клиническая ангиология. В 2 т. Т. 2. М.: Медицина; 2004.
4. Гавриленко А.В., Скрялев С.И., Кубузова Е.А. Оценка качества жизни у пациентов с критической ишемией нижних конечностей. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2002; 8 (3): 8–14.
5. Becker G.J. Intravascular stents: general principles and status of lower extremity arterial applications. *Circulation*. 1991; 83 (Suppl. I): 122–36.
6. Lugmayr H.F., Holzer H. et al. Treatment of complex arteriosclerotic lesions with nitinol stents in the superficial femoral and popliteal arteries: A midterm follow up. *Radiology*. 2002; 222 (1).
7. Vorwerd D., Guenther R.W. et al. Aortic and iliac stenoses: follow-up results of stent placement after insufficient balloon angioplasty in 118 cases. *Radiology*. 1990; 198: 45–8.
8. Marx S.O., Marx A.R. Bench to bedside: the development of rapamycin and its application to stent restenosis. *Circulation*. 2001; 104: 852–25.
9. Morris R.E. Mechanisms of action of new immunosuppressive drugs. *Ther Drug Monitor*. 1995; 17: 564–9.
10. Costa M.A., Simon D.L. Molecular basis of restenosis and drug-eluting stents. *Circulation*. 2005; 111: 2257–73.
11. Mehran R., Dangas G., Abizaid A.S. et al. Treatment of focal in-stent restenosis with balloon angioplasty alone versus stenting: short- and long-term results. *Am. Heart J*. 2001; 141: 610–4.
12. Bypass versus angioplasty in severe ischaemia of the leg (BASIL): multicentre, randomized controlled trial. *Lancet*. 2005; 366: 1925–34.
13. Nolan B.W., De Martino R.R., Stone D.H. Prior failed ipsilateral percutaneous endovascular intervention in patients with critical limb ischemia predicts poor outcome after lower extremity bypass. *J. Vasc. Surg*. 2011; 54 (3): 730–5; disc. 735–6.

References

1. Bockeria L.A., Alekyan B.G. (eds.) Guidance on roentgen-endovascular surgery on heart and great vessels. Moscow: A.N.Bakoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery of the Russian Academy of Medical Sciences; 2007 (in Russian).
2. Eroshkin I.A., Eroshenko An.V., Eroshenko Al.V., Karpalov V.T. Directional coronary atherectomy as a technique for the treatment of occlusive-stenotic lesions of the arteries of the lower extremities. *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya*. 2009; 15 (4) (in Russian).
3. Pokrovskiy A.V. (ed.) Clinical angiology. In 2 volumes. Vol. 2. Moscow: Meditsina; 2004 (in Russian).
4. Gavrilenko A.V., Skrylev S.I., Kubuzova E.A. Evaluation of quality of life of patients with critical limb ischaemia. *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya*. 2002; 8 (3): 8–14 (in Russian).
5. Becker G.J. Intravascular stents: general principles and status of lower extremity arterial applications. *Circulation*. 1991; 83 (Suppl. I): 122–36.
6. Lugmayr H.F., Holzer H. et al. Treatment of complex arteriosclerotic lesions with nitinol stents in the superficial femoral and popliteal arteries: A midterm follow up. *Radiology*. 2002; 222 (1).
7. Vorwerd D., Guenther R.W. et al. Aortic and iliac stenoses: follow-up results of stent placement after insufficient balloon angioplasty in 118 cases. *Radiology*. 1990; 198: 45–8.
8. Marx S.O., Marx A.R. Bench to bedside: the development of rapamycin and its application to stent restenosis. *Circulation*. 2001; 104: 852–25.
9. Morris R.E. Mechanisms of action of new immunosuppressive drugs. *Ther Drug Monitor*. 1995; 17: 564–9.
10. Costa M.A., Simon D.L. Molecular basis of restenosis and drug-eluting stents. *Circulation*. 2005; 111: 2257–73.
11. Mehran R., Dangas G., Abizaid A.S. et al. Treatment of focal in-stent restenosis with balloon angioplasty alone versus stenting: short- and long-term results. *Am. Heart J*. 2001; 141: 610–4.
12. Bypass versus angioplasty in severe ischaemia of the leg (BASIL): multicentre, randomized controlled trial. *Lancet*. 2005; 366: 1925–34.
13. Nolan B.W., De Martino R.R., Stone D.H. Prior failed ipsilateral percutaneous endovascular intervention in patients with critical limb ischemia predicts poor outcome after lower extremity bypass. *J. Vasc. Surg*. 2011; 54 (3): 730–5; disc. 735–6.

Поступила после переработки 10.02.2014

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 615.272.6:616.37-002-06

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОКТРЕОТИДА НА ЛЕТАЛЬНОСТЬ И РАЗВИТИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИЗНАЧАЛЬНО ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

И.А. Колотушкин*², С.И. Балныков¹, Л.Б. Шубин¹

¹ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, 150000, Ярославль, Российская Федерация; ²ГБУЗ «Некрасовская центральная районная больница», 152260, Ярославская область, Российская Федерация

Цель. Оценка влияния октреотида на динамику летальности и частоту развития гнойных осложнений у больных с изначально тяжелым течением панкреонекроза (9 и более баллов по шкале *APACHE-II*). Проанализированы результаты лечения 204 больных. Наряду с одномерным статистическим анализом использовались логистическая регрессия и регрессия Кокса, которые позволили оценить совокупное влияние октреотида и других потенциальных предикторов (факторов тяжести состояния и лечебных факторов) на летальность и частоту развития гнойных осложнений у больных панкреонекрозом. Определено, что назначение октреотида в лечебном комплексе у больных с тяжелым течением панкреонекроза снижает летальность и частоту гнойных осложнений.

Ключевые слова: октреотид; острый деструктивный панкреатит; регрессионный анализ.

*Колотушкин Игорь Александрович, заведующий хирургическим отделением. E-mail: dr_kia@mail.ru
152260, Ярославская обл., Некрасовский район, Некрасовское рп, ул. Набережная, 46.