

показателей в отношении рефлюкс-гастрита (рост показателей с 4,4 балла до 6,4), диспепсического синдрома. Во 2-й группе пациентов наблюдались похожие тенденции.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У подавляющего числа пациентов удаление желчного пузыря не приводит к полному выздоровлению. В обеих исследуемых группах на разных временных промежутках прослеживаются диспепсический и болевой синдромы, прогрессирующий впоследствии рефлюкс-гастрит. Возникающие в послеоперационном периоде изменения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта и синдром нарушенного пищеварения требуют дополнительной диагностики и соответствующего лечения.

С.Д. Фокеев <sup>1</sup>, А.Ф. Лазарев <sup>2</sup>, Е.С. Казанцева <sup>1</sup>

### РЕГИОНАРНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

<sup>1</sup> Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)

<sup>2</sup> Алтайский филиал ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН (Барнаул)

**Цель исследования:** изучить эффективность регионарной антибиотикотерапии, от метода её введения, в комплексном лечении послеоперационных поддиафрагмальных абсцессов у больных раком желудка.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положены данные о 17 пациентах. Из них — 16 мужчин и 1 женщина. Основное количество больных (11 чел., 64,7 %) приходилось на возраст старше 50 лет. Правосторонние поддиафрагмальные абсцессы наблюдались у 4 пациентов (23,5 %), левосторонние — у 13 лиц (76,5 %), все они располагались внутрибрюшинно. Причиной развития поддиафрагмального абсцесса: несостоятельность анастомоза — у 10 (58,8 %) больных, острый панкреатит — у 3 пациентов (17,6 %) и нагноившаяся гематома — у 4 лиц (23,6 %).

Комплексное лечение включало вскрытие поддиафрагмального абсцесса по А.В. Мельникову, дренирование полости 2-хпросветным зондом с активной аспирацией, орошением полости антисептиками 2–3 раза в сутки. Декомпрессия тонкого и толстого кишечника трансназальным зондом, лечебный плазмаферез — 5–7 сеансов (за один сеанс забирали до 1 литра крови, замещая нативной плазмой крови, белковыми препаратами и аминокислотами), инфузионная терапия. Больные были разделены на две группы по методу введения антибиотиков: 1-я группа — 12 пациентов, которым на 2-е сутки после вскрытия и дренирования полости абсцесса, трансортальным доступом катетеризировали чревный ствол и проводили регионарную инфузию — антибиотики в терапевтических дозах, два раза в сутки, по 2 часа, в течение 10 дней. 2-я группа — 5 пациентов, которым катетеризировали чревный ствол по Сельдингеру и с помощью линеомата вводили антибиотики в терапевтических дозах, непрерывно в течение 5 дней.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

В 1-й группе у 8 (66,7 %) пациентов признаки интоксикации купированы на 4–5-е сутки, а у 3 больных (25,0 %) — на 6–7-й день. Показатели С-реактивного белка и прокальцитонина нормализовались у 8 лиц (66,7 %) на 6–8-е сутки, у 3 (25,0 %) — на 9–10-й день. Выздоровление отмечено у 11 больных (91,7 %), летальный исход был у одного пациента (8,3 %) с инфицированным панкреонекрозом. Во второй группе признаки интоксикации прекращались у всех лиц на 4–5-е сутки с момента начала лечения, и в этот период происходила нормализация показателей С-реактивного белка и прокальцитонина. В 100 % наступило выздоровление.

#### ВЫВОДЫ

Более эффективным в лечении поддиафрагмального абсцесса, является применение внутриартериальной непрерывной антибиотикотерапии, на что указывает нормализация на 4–5-е сутки показателей С-реактивного белка и прокальцитонина, а также купирование признаков интоксикации.