

но, снижение риска нозокомиальной инфекции позволили применять А. в амбулаторных условиях.

Обобщая литературные данные и собственные наблюдения можно сделать заключение, что априд не только по медицинским, но и по социальным показателям является золотым стандартом и антибиотиком первого выбора для больных с инфекцией мочевых путей.

#### Литература:

1. Буданов П.В., Асланов А.Г. Комбинация амоксициллин клавуланат в лечении пиелонефрита у беременных. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2003, т. 2, №2с. 98-102.

2. Грэхам-Смит Д.Г., Аронсон Дж. К. Оксфордский справочник по клинической фармакологии и фармакологии. М.: Медицина, 2000; 740.

3. Комарова О.В., Сергеева Т.В., Цыгин А.Н. Опыт применения амоксициллина клавуланата в лечении инфекции мочевыводящих путей у детей с гломеруло-

нефритом в условиях стероидной терапии. // Вопросы современной педиатрии, 2003, т.2, №4, с.80-82.

4. Пытель А.Я., Голигорский С.Д. Пиелонефрит М.; Медицина, 1997;

5. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Пенициллины, Ч.2. Ингибиторозащищенные и комбинированные пенициллины. Клиническая антимикробная терапия. 2000; 2;2: 67-70.

6. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств. Раздел 5, «Противомикробные средства». Выпуск 1 М.2000

7. Martines-Suares V/ Cimadevilla – Suares R.. Or-bones –Alvares F.A. etal . treatment of urinary tract infections in children. ACTA PEDI – ATR ESP, 2000; vol. 58/4; 214-222

8. Mangiaotti P., Pizzini C., Fanos V., Fntibiotic prophylaxis in children with relapsing urinary tract infections; review. J. Chemoth – tr. 2000; vol. 115-123/

### Зэр шығару жолдарының инфекциясы кезіндегі апридті қолдану тәжірибесі

Z.K. Zhumadilova, R.I. Alibekova, I.S. Imanalinov, Zh.U. Kusegenova

Зэр шығару жолдарының инфекциясы бар науқастарда ингибиторлы қорғаныс аминопенициллин - апридті қолдану тәжірибесінің оң нәтижесі жазылды.

### Aprid application experience at treatment of urinary tract infection

Z.K. Zhumadilova, R.I. Alibekova, I.S. Imanalinov, Zh.U. Kusegenova

Positive experience of aprid - inhibitor-protected aminopenicillin - application at patients with urinary tract infection is described.

УДК 616.33-006-089

## УРГЕНТНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ

М.М. Абенова

Западно-Казахстанская областная клиническая больница

В структуре заболеваемости и смертности злокачественные опухоли желудка остаются на 2-м месте.

В Казахстане ежегодно регистрируется до 3000 новых случаев рака желудка. Несмотря на некоторое снижение заболеваемости, смертность от рака желудка остаётся очень высокой и не позволяет считать проблему решённой.

Течение рака желудка у ряда больных усугубляется развитием острых осложнений: стеноза, перфорации или кровотечения из опухоли, что в 40-60% случаев требует экстренной госпитализации в хирургические стационары лечебно-профилактических учреждений. Перфорация рака желудка встречается в 0,3-9,3%.

Несмотря на большие достижения в хирургии рака желудка в последнее десятилетие, по-прежнему остаётся высока летальность от перфорации рака желудка в послеоперационном периоде: 33% после радикальных операций, 45,4% после паллиативных вмешательств. Лечение больных раком желудка, осложнённого перфорацией, представляет собой одну из наиболее сложных задач современной онкохирургии.

**Цель исследования.** Целью проведённого исследования явилось изучение результатов лечения рака желудка, осложнённого перфорацией, после проведённого им радикального хирургического лечения.

**Материалы и методы.** Проведён анализ 88 историй болезней пациентов, госпитализированных в хирургические отделения лечебно-профилактических учреждений, по четырём областям Западно-Казахстанской области за период с 1996 по 2006г. Все больные разделены на две группы: группу сравнения - 48 больной и основную группу -40 больной.

В исследуемые группы вошли больные, перенесшие различные варианты хирургического лечения: ушивание перфоративного отверстия, резекции желудка и гастрэктомии, дополненные расширенной лимфодиссекцией и послеоперационной иммунотерапией. Оперативное лечение выполнялось в зависимости от общего состояния больного, степени распространённости злокачественного процесса и формы перитонита.

Основными критериями оценки являлись хирургическая активность, сроки и объём вмешательства, непосредственные результаты лечения.

Объём выполненного обследования в целом отвечал сегодняшним требованиям. Наряду с общеклиническими и обязательными инструментальными: рентгенография, эндоскопическое исследование, применялась диагностическая лапароскопия.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Все больные с перфоративным раком желудка госпитали-

зированы в стационар по экстренным показаниям. Преобладающее большинство составили мужчины 72 (81,8%), женщин 16 (18,2%). Соотношение мужчин и женщин было 5:1. Из общего числа больных, основную массу составили больные от 51 до 60 лет – 52(59,1%).

У 28 (31,8%) имело место поражение тела желудка, у 11(12,5%) субкардиальный и кардиальный отделы, у 49(55,7%) - антральный отдел желудка.

Стадию заболевания определяли по 4-х стадийной классификации и по Международной классификации TNM.

Сроки госпитализации с момента возникновения осложнения определяли со слов больных, т. е субъективно. В первые 6 часов от момента перфорации оперированы 67больных, что составляет 76,2% из всех оперированных больных, в сроки от 6 до 12 часов – 12(13,6%) больных, остальные 9 (10,2%) - оперированы позже 12 часов.

При анализе тактики лечения, все больные оперированы по экстренным показаниям, в ближайшее время после поступления, либо после кратковременной предоперационной подготовки в случаях разлитого перитонита с явлениями эндотоксикоза.

В исследуемой группе 18(45,0%) больным выполнена субтотальная дистальная резекция желудка по Бильрот 2 с лимфодиссекцией D1, D2, 9(22,5%) больным выполнена гастрэктомия с лимфодиссекцией D1, D2 и 13(32,5%) больным выполнено ушивание перфоративного отверстия с тампонадой сальником.

Хирургические осложнения в исследуемой группе после операций наблюдались у 11(27,5%) пациентов, среди них несостоятельность швов анастомоза - 2(5,0%), формирование внутрибрюшных абсцессов- 1(2,5%), нагноение послеоперационной раны - 2(5,0%), внутрибрюшные кровотечения – 1(2,5%), острая спаечная кишечная непроходимость - 1(2,5%), пневмония - 2(5,0%), инфаркт миокарда - 2(5,0%).

В послеоперационном периоде летальность составила 5(12,5%) случаев. Основными причинами послеоперационной летальности явились: несостоятельность швов анастомоза -2(5,0%), пневмония -1(2,5%),

Жедел хирургиялык операциялар – перфорациямен асқынған асқазан обырымен ауыратын наукастарды емдеудің ең қиын компоненті. Операция жасайтын хирург мүмкін болатын хирургиялық операцияларды толық білу керек. Хирургиялық тактика наукастың жалпы жағдайымен, кәтерлі ісіктің таралу дәрежесімен, перитониттың сипатымен анықталады. Субъективті мәліметтерге сүйенуге болмайды. Қазыргы танда, перфорациямен асқынған асқазан обырымен ауыратын наукастарды емдеуде онкологиялық принциптерге негізделген хирургиялық операциялардың жана түрлерін енгізу қажет.

Urgent surgical operations are the heaviest method of stomach cancer patients' treatment, complicated by a perforation.

An operating surgeon shall have necessary arsenal of operations in full scope and a surgical approach shall be determined by patient's state, by the degree of malignant process prevalence and peritonitis' form, but not by human factors.

At the present stage, greater necessity in surgical intervention scope expansion for patients that have stomach perforation cancer, with oncologic methods application is appeared.

инфаркт миокарда -1(2,5%), раковая интоксикация - 1(2,5%).

Анализ непосредственных результатов лечения больных перфоративным раком желудка показал, что в группе больных которым проведено лечение с учётом разработанной тактики хирургического лечения, число послеоперационных осложнений снизилось с 41,7% до 27,5%, а летальность с 18,8% до 12,5%

#### Выводы.

Экстренные хирургические операции- самый тяжёлый компонент лечения больных раком желудка, осложнённого перфорацией.

Оперирующий хирург должен в полном объёме владеть необходимым арсеналом операций, а хирургическая тактика должна определяться состоянием больного, степенью распространённости злокачественного процесса и формой перитонита а не субъективными факторами.

На современном этапе возникает всё большая необходимость в расширении объёма оперативных вмешательств у больных перфоративным раком желудка с применением онкологических принципов.

#### Литература:

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000г-М; МИА, 2002.-С.95-97, 223-224.

2. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. – М; Медицина, 1986.

3. Мышкин К.И., Алипов В.В. Неотложная хирургия рака желудочно-кишечного тракта. // Изд-во Саратовского университета 1988.- С 56-71.

4. Бейшембаев М.И. Хирургическое лечение осложнённых форм рака желудка: дисс. к.м.н. –М. - 1996. –С.118-238

5. Давыдов М.И., Комов Д.В., Лотоков А.М. и др. Неотложная помощь при осложнённом раке желудка // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина РАМН. 2006.- Т.17, №2 - С 21-25.

УДК 615.212.7+616.428

### МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ТИМУСА И ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У УМЕРШИХ ОТ ОТРАВЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

С.А. Апбасова, Д.М. Шабдарбаева, Н.Б. Саякенов

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины ГМУ г. Семей

Судебно-медицинская диагностика отравлений наркотическими веществами основывается на совокупности результатов судебно-химического исследования биологических жидкостей и тканей трупа, а так-

же данных секционного исследования, которое включает в себя и морфологические данные [1,2]. В последнее время увеличилось количество публикаций, посвященных морфологическим исследованиям внут-