

6. O'Brien S.G., Guilhot F., Goldman J.M. et al. International randomized study of interferon versus STI571 (IRIS) 7-year follow-up: sustained survival, low rate of transformation and increased rate of major molecular response (MMR) in patients (pts) with newly diagnosed chronic myeloid leukemia in chronic phase (CMLCP) treated with imatinib (IM) // Blood. — 2008. — Vol. 112, № 11. — P. 186.

Поступила 04.09.09.

EFFECTS OF BREAKS IN TREATMENT WITH IMATINIB IN ACHIEVING CYTOGENETIC AND MOLECULAR RESPONSES IN PATIENTS WITH CHRONIC MYELOID LEUKEMIA

S.I. Kutsev, Yu.V. Shatohin

Summary

Studied was the effect of interruption of imatinib treatment on the probability of achieving large and complete cytogenetic responses, as well as a large molecular response in 298 patients with chronic myeloid leukemia in chronic and acceleration phases. Found was a statistically significant decrease in the likelihood of their achievement in patients with breaks in imatinib therapy for more than 30 days with a median duration of imatinib therapy 24 months.

Keywords: chronic myeloid leukemia, imatinib therapy interruptions, cytogenetic and molecular responses.

УДК 616.411–001–089.8:612–084

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ

Гасрет Сейфуллаевич Рагимов

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав. — проф. М.Г. Ахмадулинов)
Дагестанской государственной медицинской академии, г. Махачкала

Реферат

Предложена тактика хирургического лечения повреждений селезенки, разработанная в условиях эксперимента и использованная в клинике при её травмах. Тактика основана на дифференцированном подходе к оперативному вмешательству при ранах, разрывах, субкапсулярных повреждениях селезенки. Аутотрансплантация ткани селезенки использована как альтернатива спленэктомии при невозможности её сохранения.

Ключевые слова: селезенка, травма, хирургическая тактика.

Частота повреждений селезенки составляет 22,3–30% при травме органов брюшной полости и занимает второе место среди разрывов паренхиматозных органов [1, 3, 9, 10]. Многообразие повреждений селезенки и неудовлетворительные результаты их лечения привели к использованию многочисленных приемов гемостаза — от прошивания, лигирования артерии, применения биологических и синтетических пленок, клеевых композиций до методов неконтактного воздействия (лазерного, плазменного), аргонного коагулятора, спрей-коагуляции [2, 4–8, 11–13]. Остановка лиенальных кровотечений является одной из важнейших проблем хирургии паренхиматозных органов. Тактика хирурга при повреждениях селезенки опре-

деляется характером её травмы и должна быть направлена в первую очередь на обеспечение гемостаза. Однако отсутствует оптимальная тактика в отношении приемов временного и окончательного гемостаза и объема вмешательства в зависимости от тяжести повреждения. Совершенствование способов гемостаза и выбор тактики при травмах селезенки и последующей операции имеют весьма актуальное значение.

Нами обобщены результаты лечения повреждений селезенки в эксперименте. Операции выполняли на беспородных собаках обоего пола с соблюдением этических норм. Под внутривенным наркозом вскрывали брюшную полость. Выводили в операционную рану селезенку. Предварительно моделировали раны (резаные, колото-резаные) различной длины и глубины, создавали гематомы (подкапсульные, внутриорганные) и разрывы диафрагмальной и висцеральной поверхностей селезенки (табл. 1). С момента травмирования селезенки до операции мы наблюдали за животными от 20 до 50 минут, в течение которых объем кровотечения из поврежденной селезенки составил 200–700 мл (в зависимости от тяжести травмы). Та-

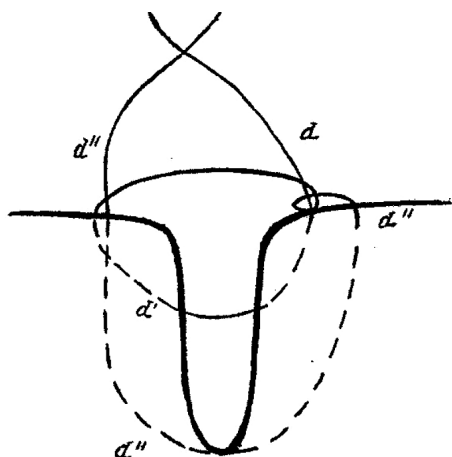


Рис. 1. Схема наложения гемостатического шва при резаных ранах селезенки.

ким способом мы приближали эксперимент к условиям клиники. Значительное кровотечение имело место при разрывах селезенки. В случаях сильного кровотечения мы предварительно накладывали специальное устройство на питающие сосуды соответствующего участка (патент на полезную модель № 70622 от 10.02.2008 г.) или мягкоэластический жом (патент РФ №2014802) на паренхиму селезенки, проксимальнее раны, разрыва для обеспечения временного гемостаза. Относительно более интенсивное кровотечение отмечалось при продольных ранах, что связано, по видимому, с повреждением или пересечением внутриорганных сосудов селезенки. Временная остановка кровотечения позволяла выполнить полноценную ревизию селезенки и определить хирургическую тактику. Раны ушивали атрауматическими, кишечными иглами хромированным кетгутом (№ 2-3).

С отступом от края раны на 0,8 см прокалывали паренхиму органа с выходом на другую сторону на расстоянии 1,2–1,5 см от края, захватывая 1/3 глубины раны. Затем возвращались на сторону вкола и делали перехлест с первой нитью и вкалывали еще раз кнаружи на 0,5–0,8 см от первого вкола, уже проводя нить под дно раны с выколом на противоположную сторону и выводом ее изнутри от верхнего (первого) вкола. Сначала вытягивали нить, проведенную глубже, затем и верхнюю нить и завязывали оба её конца (патент РФ №2294700 от 10.03.2007 г.). Количество швов зависит от длины раны (рис.1).

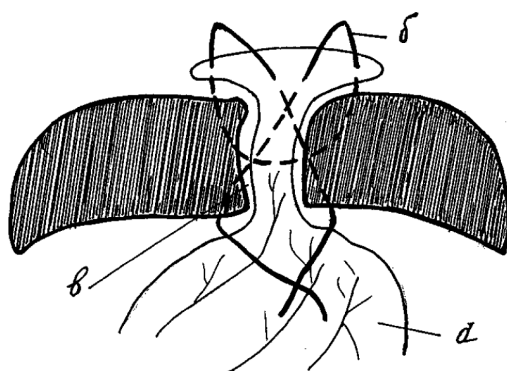


Рис. 2. Схема ушивания колото-резаных ран селезенки (а — большой сальник, б — шовная нить, в — колото-резаная рана).

Колото-резаные раны ушивали следующим образом (рис. 2). Проводили сальник на ножке через рану на противоположную поверхность органа. Далее рану прошивали с захватом 1/2 глубины и сальника на ножке. Затем концы нити перекрещивали между собой, выводили на противоположную сторону раны, прокалывая паренхиму крестообразно, захватывая 2/3 толщины органа, и связывали нити между собой над сальником на ножке (рацпредложение № 95822, выданное ДГМИ 21.06.95 г.).

Гемостаз удалось обеспечить при резаных ранах селезенки в 18 случаях из 23 и колото-резаных — в 16 из 23. Швы, наложенные на продольные раны селезенки, чаще прорезываются и вызывают вторичное кровотечение, так как капсула органа более устойчива при поперечных разрезах. При возникновении кровотечения при ушивании ран накладывали дополнительные швы с использованием пластических материалов, рассасывающейся гемостатической марли и губки. При разрывах селезенки (12 животных) после иссечения нежизнеспособных участков паренхимы с целью гемостаза перевязывали зонально-сегментарные артерии (зональные — 7, сегментарные — 5) и дополнительно ушивали разрыв кетгутом атрауматической иглой с использованием пластических материалов в качестве подкладки. У 9 собак кровотечение удалось остановить. При разрыве диафрагмальной поверхности селезенки в 6 случаях на место разрыва накладывали рассасывающуюся гемостатическую марлю и фикси-

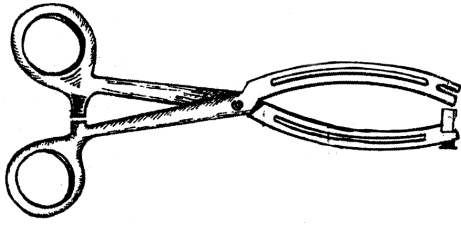


Рис. 3. Устройство для резекции селезенки.

ровали орган к диафрагме и париетальной брюшине. Гемостаз был обеспечен в 4 случаях. У 3 собак при разрыве висцеральной поверхности селезенки на место разрыва накладывали рассасывающуюся гемостатическую марлю и фиксировали орган к большой кривизне желудка, проводя швы через его серозно-мышечный слой. У 2 животных при разрыве нижнего полюса селезенки использовали метод «бинтования» гемостатической марлей и сальником на ножке с ушиванием. В большинстве случаев дренировали брюшную полость. В случаях сильной кровопотери более 20–30% ОЦК (500 мл и более в зависимости от массы тела) наряду с инфузионной терапией осуществляли реинфузию крови. Гематомы моделировали у 12 собак: подкапсульные — у 10, внутриорганные — у 2. При подкапсульных гематомах с повреждением паренхимы органа выбирали тактику оперативного (миниинвазивного) лечения ввиду опасности вторичного разрыва с последующим кровотечением.

Суть способа заключается в следующем: путем аспирации извлекали кровь из полости гематомы с помощью пункционной иглы, затем в полость через эту же иглу вводили 3% раствор перекиси водорода и оставляли на 3–5 минут. После этого раствор перекиси водорода удаляли и вводили в полость биоклей и тампоном слегка придавливали отслоенную капсулу в области гематомы на 2–3 минуты (патент на изобретение РФ № 2321427 от 10.04.2008г). При гематомах больших размеров и внутриорганных производили атипическую или клиновидную резекцию соответствующего участка органа. При разможенных ранах, расположенных по краю органа и разрывах, занимающих целую зону или сегмент, производили резекцию соответствующего участка (рис. 3) с использованием сконструированного уст-

ройства (патент РФ №2014802). Селезенку резецировали у 88 собак в трех сериях: в 1-й серии удаляли верхний полюс и раневую поверхность укрывали сальником на ножке (30 собак), во 2-й серии нижний полюс и раневую поверхность укрывали париетальной брюшиной (23), в 3-й серии после резекции 2/3 органа рану укрывали рассасывающейся гемостатической марлей (35). Гемостаз был обеспечен в 69 случаях (в 1-й серии в 25, во 2-й в 18, в 3-й в 26). У 12 собак при резекции селезенки возникло кровотечение, остановленное наложением дополнительно П-образных швов, и у 7 перевязывали сосуды в плоскости резекции. У 3 животных с повреждением ворот селезенки резецировали 2/3 органа с сохранением одного из полюсов. Обычно резецируем от 1/3 до 2/3 селезенки. Время, необходимое для резекции селезенки, составляло в среднем 7–10 минут. 14 животным с повреждением ворот органа и сосудистой ножки производили спленэктомию с аутотрансплантацией ткани в большой сальник (6), предбрюшинную клетчатку (2), забрюшинное пространство (2), в ложе позади прямых мышц живота (4). Для этого использовали фрагменты паренхимы органа вместе со стромой размером 0,3х1,0х2,0 см (табл.1). Животные находились под наблюдением до одного года. В послеоперационном периоде погибли 8 собак: 3 — не вышли из наркоза (2 после резекции верхнего полюса селезенки и одна при ушивании разрыва), 3 — из-за кишечной непроходимости (2 из числа перенесших резекцию нижнего полюса селезенки и одна при аутотрансплантации ткани органа в большой сальник), одна — от перитонита при резекции 2/3 селезенки, развившегося в результате расхождения краев раны брюшной стенки и одна — по причине кишечного кровотечения на 50-й день после резекции 2/3 селезенки. Остальные животные перенесли операцию хорошо. У собак с ушитыми ранами селезенки послеоперационный период характеризовался относительно благоприятным течением. Морфологические данные, полученные в динамике после операции, свидетельствовали о хорошей регенерации в области оперированной раны.

Разработанные нами варианты швов мы использовали в клинике у 4 больных

Таблица 1

Неулучшения операций на травмированной селезенке

Виды операций	Кол-во	Гемостаз	Кровотечение
Наложение швов при ранах резаных колото-резаных	23 23	18 16	5 7
При разрывах ушивание с перевязкой сосудов френолиенопексия гастролиенопексия наружное сдавливание органа	12 6 3 2	9 4 3 2	3 2 — —
Миниинвазивный метод при гематомах подкапсульных	10	10	—
Резекция при гематомах внутриорганных при травме верхнего полюса нижнего полюса 2/3 органа	2 30 23 35	2 25 18 26	— 5 5 9
СЭ с аутотрансплантацией при травме ворот и сосудистой ножки селезенки	14	—	—

при ушивании резаных ран селезенки (из них у 2 по поводу травмы в ходе операции на левой почке) и у 2 при ушивании колото-резаной раны нижнего полюса селезенки. Резекцию селезенки выполнили в клинике 4 больным (у 3 в связи с травмами, у одного — из-за кисты нижнего полюса) с хорошими результатами. Нижний полюс селезенки резецировали у 3 больных (с разрывом нижнего полюса, связанного с переломом нижних ребер, с колото-резаной раной нижнего полюса и с кистой нижнего полюса). У одного больного резецировали верхний полюс селезенки по поводу травмы в ходе операции на желудке. Подкапсульные гематомы диафрагмальной поверхности селезенки диаметром до 3 см с повреждением паренхимы лечили миниинвазивным методом у 4 больных (гематомы средней части селезенки — у 2 и нижнего полюса — у 2). Во всех случаях удалось обеспечить надежный гемостаз.

Многообразие повреждений селезенки при закрытой травме живота предопределяет сложность хирургической тактики, выбор которой зависит от конкретной ситуации и в первую очередь от данных интраоперационной ревизии поврежденного органа, поэтому после временного гемостаза и эвакуации крови из брюшной полости решающее значение придаем тщательной оценке характера и локализации повреждений. При ранениях и небольших разрывах селезенки мы согласны с авторами

[1, 4, 7], предлагающими ушивать орган с захватом дна раны, но с проведением лигатуры вне предполагаемой проекции сегментарных сосудов и фиксации к линии шва пластического материала. Для достижения гемостаза при разрывах селезенки наряду с её ушиванием возможна и перевязка сегментарно-долевых артериальных сосудов при необходимости с фиксацией (френолиенопексия, гастролиенопексия). При глубоких разрывах наряду с ушиванием можно применять наружное сдавливание органа для достижения окончательного гемостаза. При подкопсульных гематомах с повреждением паренхимы органа предпочтение отдавали миниинвазивным методам лечения. При размозженных ранах и разрывах, расположенных по краю органа, в области полюсов и занимающих целую долю или сегмент производили атипичную резекцию соответствующего участка [9]. Мы разделяем мнение авторов [1], согласно которому при глубоких ранах в области ворот, множественных разрывах селезенки показана спленэктомия с имплантацией фрагментов селезенки. Обязательным условием является перитонизация резекционной поверхности селезенки с дренированием зоны повреждения.

Таким образом, результаты исследований показали эффективность предложенных способов гемостаза при повреждениях селезенки.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абакумов М.М., Тверитнева Л.Ф., Титова Т.И., Ильницкая Т.И.* Хирургическая тактика при повреждениях селезенки // Вестн. хирургии. — 1989. — № 10. — С.134–138.
2. *Алексеев В.С.* Клинико-экспериментальное обоснование органосохраняющих операций при повреждении селезенки: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. — Чебоксары, 1997. — С.159.
3. *Алиев Д.Х.* О некоторых вариантах органосохраняющих операций при травматических повреждениях (ранах) селезенки (экспериментально-клиническое исследование): Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — Тбилиси, 1988. — 23 с.
4. *Бордуновский В.Н.* Пластическая хирургия селезенки и печени (экспериментально-клиническое исследование): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Пермь, 1992. — С. 52.
5. *Булгаков Г.А.* Резекция селезенки с применением сшивающего аппарата // Хирургия. — 1990. — № 35. — С. 147–148.
6. *Литвин А.А., Цыбуляк Г.И.* Местный гемостаз в хирургии повреждений печени и селезенки. // Хирургия. — 2000. — № 4. — С.74–76.
7. *Одишелашвили Г.Д.* Гемостаз при повреждениях печени, селезенки, почек, поджелудочной железы (экспериментально- клиническое исследование): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1996. — 33 с.
8. *Сафронов Э.П.* Органосохраняющие операции

при травмах селезенки: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — М., 1997. — 17 с.

9. *Усольцев Ю.К.* Атипическая резекция селезенки: Автореф. дисс. ... канд.мед.наук.. —Иркутск, 1998. — С. 24.

10. *Уткин В.В., Юдин М.Я., Лиепиньш М.А., Рубене М.Я.* Диагностика и лечение закрытых повреждений селезенки // Хирургия.—1988.— № 5. — С.84– 87.

11. *Чалык Ю.В.* Высоко-, низкоинтенсивные лазеры в хирургии паренхиматозных органов живота: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Саратов, 1993. — С. 24.

13. *Criado F. G., Wilson P. H.* Conservative surgery for splenic injury // Injury. —1981.— Vol. 13, No. 1. — P.57–60.

12. *Mooney D.P.* Multiple trauma: liver and spleen injury // Curr Opin Pediat. — 2002. — Vol. 14. — P. 482–485.

Поступила 25.02.09.

CHOICE OF SURGICAL TACTICS IN DAMAGED SPLEEN

G.S. Ragimov

Summary

Proposed is a surgical treatment of lesions of the spleen, developed in the experimental conditions and used in the urgent surgery clinic. Tactics are based on a differentiated approach to surgical intervention in wounds, fractures, and subcapsular injuries of the spleen. Autotransplantation of spleen tissue used as an alternative to splenectomy in the impossibility of maintaining it.

Key words: spleen, trauma, surgical tactic.

УДК 616.33 - 006.6 - 089.8

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА IV СТАДИИ

*Шамиль Ханафиевич Ганцев¹, Давран Турсункулович Арыбжанов²,
Онласбек Кудайбергенович Кулакеев², Илья Ризаметович Юнусметов²*

¹Кафедра онкологии с курсом ИПО (зав. — проф. Ш.Х. Ганцев) Башкирского государственного медицинского университета, ² кафедра онкологии и маммологии (зав. — проф. О.К. Кулакеев) Южно-Казахстанской государственной медицинской академии, г. Шымкент, e-mail: davran_a@mail.ru

Реферат

Обобщены результаты лечения 100 больных раком желудка IV стадии. Трехлетняя выживаемость после дистальной субтотальной резекции выше, чем после гастрэктомии в 3,3 раза и проксимальной резекции в 3,8 раза. После циторедуктивной дистальной субтотальной резекции желудка 6,1% больных прожили пятилетний срок, пройдя за этот период до 4 курсов системной химиотерапии.

Ключевые слова: рак желудка, резекция, гастрэктомия, химиотерапия.

Несмотря на устойчивое снижение заболеваемости, рак желудка сохраняет одну из ведущих позиций. В структуре онкологической патологии населения России на него приходится 12,7% всех злокачествен-

ных новообразований, а по показателю смертности рак желудка занимает второе место (16,7%). В Республике Казахстан заболеваемость раком желудка составляет 20 на 100 тысяч населения, в структуре онкопатологии раку желудка принадлежит третье место (10,3%). Несмотря на динамическое улучшение состояния онкологической помощи в Республике Казахстан отмечается увеличение числа лиц с IV стадией заболевания (свыше 40%) и летальности в первый год с момента установления диагноза (до 52,5%).

Наибольшее число больных к началу лечения имеет местнорегионарное распространение процесса. Основным и