

Ларин Р.А.
**ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПРЕД- И
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У
БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ
НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОРТАНИ**

*ГУЗ Нижегородская областная клиническая
больница им. Н.А. Семашко
г. Нижний Новгород*

Актуальность

Современная хирургия рака гортани располагает достаточно широким арсеналом вмешательств: от щадящих эндоларингеальных лазерных или «холодных» воздействий, как правило в объеме хордэктomий, и открытых функционально-щадящих операций (резекции гортани) до расширенных и комбинированных операций-ларингэктоми с резекцией смежных

анатомических областей (корень языка, щитовидная железа, гортаноглотка) одномоментно с вмешательством на путях регионарного метастазирования (функциональные лимфодиссекции, радикальная операция Крайла и ее модификации). Если в случае эндоларингеальных и функционально-щадящих операций серьезных проблем в послеоперационном периоде как правило не возникает, то, при расширенных комбинированных операциях ситуация куда более сложная. Как известно, основная масса больных со злокачественными опухолями гортани обращаются в стационар уже с запущенными местно-распространенными процессами. Особенно это касается надскладочных локализаций рака гортани (немое раннее течение). Ситуация осложняется тем, что такие локализации очень агрессивны, склонны к раннему метастазированию, часто скрытому (до 30% при первичном обращении), а явные метастазы выявляются почти у половины больных. Также эти опухоли легко проникают через преднагортанниковое и окологолосовое пространство в смежные структуры. Это обуславливает необходимость расширенных операций с одномоментным вмешательством на путях лимфоттока. Частота гнойных осложнений после таких расширенных операций возрастает практически вдвое по сравнению со стандартными ларингэктомиями. Основными осложнениями являются: несостоятельность шва глотки, инфицирование раны содержимым полости рта и глотки, нагноение, формирование фарингоэзофагостом, арозивные кровотечения. Зачастую операции проводятся после ранее выполненного химиолучевого лечения, что обуславливает наличие в тканях фиброза, тромбоза мелких венозных и лимфатических сосудов. Заживление тканей в таких условиях протекает гораздо хуже, соответственно и возрастает частота осложнений, хотя некоторые зарубежные авторы в своих исследованиях отрицают такую зависимость.

Цель исследования - поиск оптимальных схем лечения, позволяющих ускорить заживление раны.

Материал и методы

В клинике ЛОР болезней НГМА традиционно активно разрабатывается хирургия рака гортани. К сожалению, все еще много местно-распространенных и запущенных опухолей при первичном выявлении. Причин этому немало, и это-тема отдельного исследования. Естественно, в таких ситуациях приходится прибегать к расширенным операциям, и почти в половине случаев на фоне проведенной лучевой или химиолучевой терапии.

В структуре операций (за 2 года) – 50% стандартные ларингэктомии, 25%- ларингэктомии (расширенные) с фасциально-футлярной лимфодиссекцией, 25% с операцией Крайла и ее модификациями. Частота нагноений раны на фоне лучевой терапии в группе стандартных ларингэктомий- 40% расширенных- до 60-70%. При этом в 5% случаев наблюдается формирование стойких фистул, требующих пластического закрытия, остальные фарингостомы закрывались самостоятельно на фоне активного лечения. Арозивных кровотечений из сонной и безымянной артерий у нас не наблюдалось.

Было проведено исследование бактериальных посевов из полости рта перед операцией и из раны, при наличии нагноительного процесса. Не было обнаружено прямой связи между составом флоры из раны и полости рта (исключение составляет только Кандида). Из полости рта в основном выселялся зеленающий стафилококк, энтеробактерии и, практически у всех-грибы рода Кандида. В посевах из раны во всех случаях наблюдалась ассоциированная флора. Эпидермальный стрептококк, энтеробактерии и в 30% случаев- синегнойная палочка. Анаэробных возбудителей обнаружено не было. По данным исследования проведенного коллективом авторов РОНЦ им. Блохина суперинфекция грибковой флорой у онкобольных является распространенным явлением. Причиной является иммунокомпрометированность, длительная антибактериальная терапия. При этом отмечено, что чаще всего имеет место простая колонизация полости рта, нежели суперинфекция. В таких случаях кандидоз орофарингеальной зоны клинический себя не проявляет, что имеет место и у нашей категории больных. Однако, наличие кандид в посевах из раны требует, безусловно пристального клинического внимания.

В последние годы, в связи с неуклонным ростом числа онкозаболеваний гортани и степенью их запущенности (крайне низкая онкоподготовка врачей первичного звена) наблюдается и рост числа оперативных вмешательств, и, как следствие, количество осложнений. Поиск путей улучшения заживления операционной раны, уменьшения количества осложнений является одним из приоритетных направлений деятельности.

Всем больным перед операцией проводится бактериологический посев из полости рта и оценивается степень патогенности микрофлоры. Выполняется санация полости рта, проводится фиброскопическое исследование желудка на предмет рефлюкс-эзофагита и язвенной болезни. Первый, помимо того, что сам является

одной из причин развития рака гортани, значительно утяжеляет течение раневого процесса за счет обсеменения раны микрофлорой желудка и кишечника, что доказано другими авторами. Язвенная болезнь желудка и 12 п.к. с большой вероятностью обостряется после операции в связи с зондовым питанием и, зачастую приводит к язвенным кровотечениям, которые, у данной категории больных, протекают особенно тяжело и могут явиться причиной летального исхода. Наличие свежей язвы, особенно кровоточащей, вообще должно расцениваться как временное противопоказание к операции. Предоперационная антибактериальная терапия, по-возможности, не должна быть длительной. Это обусловлено и вероятностью формирования антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов и увеличивает риск грибковой суперинфекции. Обычно проводится монотерапия цефалоспорином 1-2 поколения. Также проводится инфузионная терапия по обычным схемам. Особое внимание необходимо уделить наличию трахеостомы. Исследования других авторов и многочисленные собственные наблюдения показали достоверное увеличение количества осложнений, если операция производится в условиях раннее сформированной трахеостомы. Если есть возможность, лучше провести операцию на первичном очаге и зонах регионарного метастазирования без превентивного наложения трахеостомы. Когда необходимость трахеотомии продиктована ургентными факторами, не следует откладывать основное вмешательство более чем на 5 дней.

Принципиальным является вопрос о методе кожного разреза и ушивания глотки. Мы используем стандартный языкообразный разрез, Т-образный разрез кожи применяем только у необлученных больных. Тщательному ушиванию глотки вертикальным или Т-образным способом также уделяется особое внимание. Аппаратный шов мы не применяем, однако новейшие сшивающие аппараты весьма интересны в плане дальнейшего исследования.

В послеоперационном периоде используется полный набор методик, имеющихся в распоряжении клиники. Мы считаем главным критерием успешного заживления раны качественные, ежедневные (при необходимости дважды в день) перевязки. Отдельный вопрос – продолжительность зондового питания. Мы считаем возможным перевод больного на естественное питание только после полного заживления раны. В случае первичного заживления – не ранее, чем через 3 недели. Практикуемый в последние годы зарубежными авторами принцип раннего (на 3-7 сутки) перевод с зондового питания, нам пред-

ставляется сомнительным, поскольку связан с еще большим риском формирования фистул. С другой стороны, нам ни разу не приходилось наблюдать пролежней пищевода, обусловленным длительным питанием через зонд. Антибактериальная терапия проводится по стандартной схеме: Цефалоспорины 3 поколения+метронидазол для профилактики анаэробной инфекции. Как указывалось выше, в бак.посевах нам не приходилось наблюдать анаэробной флоры. Нами проводились исследования по применению различных групп антибактериальных препаратов в качестве базисной терапии при неосложненном течении раневого процесса в результате которых мы пришли к выводу, что первоначальная терапия может оставаться стандартной и ее варианты не влияют существенно на процесс заживления, а более сильные препараты следует оставлять в качестве резерва на случай осложнений. При наличии нагноительного процесса обязательно выполняется бак.исследование отделяемого из раны. К терапии добавляются респираторные фторхинолоны, при подозрении на синегнойную инфекцию –цефалоспорины 4 поколения. Применяются методы санации раны, использование дренажно-поролоновых систем, активной аспирации отделяемого и слюны. Перспективным представляется фиброэндоскопический контроль раны под кожным лоскутом для более адекватной оценки процессов заживления и своевременного удаления некротизированных тканей. Включение в схему лечения ГБО также улучшает репаративные процессы.

Что касается стойких фарингостом, то в последнее время, мы активно применяем пекторальный лоскут для их ликвидации.

Результаты

Средний срок заживления раны при обычной ларингэктомии -10-14 дней.

После комбинированных вмешательств- 3 недели.

На фоне ранее проведенной лучевой терапии в радикальной программе срок заживления возрастает до 1,5 – 2 месяцев.

Активное применение вышеуказанных методик и поиск путей их совершенствования позволило нам в последний годы несколько сократить сроки заживления раны, добиться значительного уменьшения количества обширных фарингостом и ,практически полного отсутствия тяжелых аррозивных кровотечений.

Выводы

Проблема предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, перенесших стандартные и комбинированные вмешательства на гортани по поводу злокачественных

опухолей является весьма актуальной в свете возрастающего количества онкозаболеваемости. В российской литературе данная проблема освещается недостаточно широко. Оптимизация схем лечения приводит к уменьшению сроков пребывания больного в стационаре, быстрой медицинской и социальной реабилитации и более эффективного использования коечного фонда. Наиболее эффективными путями решения данной проблемы являются: подбор оптимальных схем антибактериальной терапии развившегося нагноительного процесса, активное использование физических методов лечения, внедрение методик укрепления шва глотки ауто или алло-материалом.

Литература

- 1.Абызов Р.А. ЛОРонкология.- СПб.2004-255с.
- 2.Пачес А.И. Опухоли головы и шеи.-М.:Медицина,2000-479 с.
3. Ганцев Ш.Х. Онкология. –М.:МИА,2004-487 с.
- 4.Shah J.P. Cancer of the head and neck.- London,2001-484 с.
5. Head and neck tumours. World health organization classification of tumors.
- Lyon:IARCPress,2005-430 с.