

© Ю. М. Тимофеев, Ю. В. Червонабаб, 1997
УДК 616.155.392-089

Ю. М. Тимофеев, Ю. В. Червонабаб

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ГЕМАТОБЛАСТОЗАХ

НИИ клинической онкологии

За последние 10 лет достигнуты существенные успехи в лечении злокачественных заболеваний системы крови, прежде всего лимфом и лейкозов. Благодаря применению новых цитостатических препаратов, их сочетаний и интенсификации терапии частота полных ремиссий при гематобластозах значительно увеличилась. Так, по данным разных авторов, при острых лейкозах она составляет от 60 до 80%, а при лимфомах достигает 90% и даже 100%. Однако применение высоких доз химиопрепаратов неизбежно приводит к удлинению периода миелотоксического агранулоцитоза и, следовательно, резко увеличивает риск инфекционных осложнений — до 70—80% случаев, при этом у 5—20% больных они могут служить причиной смерти.

Среди инфекционных осложнений у больных гематобластозами особое место занимают гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей, такие, как парaproктиты, абсцессы, флегмоны, маститы и др. Как известно, основным методом лечения различных гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей является хирургическое вмешательство [1, 2, 5, 6]. Адекватное рассечение и дренирование воспаленных тканей является основным условием для успешного лечения гнойников. При этом разрез мягких тканей должен быть достаточно широким, все полости и карманы гнойника хорошо дренированы, перемычки между полостями ликвидированы. Недопустимыми являются маленькие разрезы над полостью абсцесса или флегмоны, разрез должен проходить через все воспаленные ткани. Своевременное и правильное вскрытие гнойника имеет решающее значение для эффективного лечения этих грозных осложнений, при этом антибиотикотерапия не является конкурирующим методом, а лишь дополняет хирургическое вмешательство [3].

Иная клиническая картина течения гнойно-воспалительного процесса наблюдается при гемобластозах — лейкозах и лимфомах. Все эти заболевания сопровождаются резким снижением иммунитета, при этом страдает заживляемость тканей. Кроме того, ведущим методом лечения этих заболеваний обычно является массивная полихимиотерапия, которая сама по себе вызывает мощную иммунодепрессию и лейкопению, резко уменьшает заживляемость тканей [4].

В Онкологическом научном центре РАМН с 1981 по 1994 г. наблюдались и лечились 55 больных с различными гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей, осложнившимися течением тех или иных гемобластозов. В основном это были острые лейкозы (48 больных), хронические лейкозы в стадии обострения (2), а также лимфосаркомы с лейкоемизацией (5). По характеру гнойно-воспалительного заболевания боль-

Yu. M. Timofeyev, Yu. V. Chervonobab

PECULIARITIES OF SURGERY FOR SUPPURATIVE INFLAMMATIONS IN HEMATOLOGY MALIGNANCIES

Research Institute of Clinical Oncology

There was a considerable progress in treatment of hematology malignancies first of all lymphomas and leukemias over the last decade. The use of new cytostatics, their combination and therapy intensification have led to a significant increase in the rate of complete response in patients with malignant hemoblastoses. According to different authors this rate is 60 to 80% in leukemia and 90 or even 100% in lymphoma. However, the high-dose chemotherapy leads to longer myelotoxic agranulocytosis and, consequently, to a sharp rise in the risk of infectious complications (upto 70-80% of the cases) which may be fatal in 5 to 20% of the patients.

Suppurative inflammations of soft tissues, such as paraproctitis, abscess, phlegmon, mastitis, etc., are most common infectious complications in patients with hematology malignancies. As known, surgery is the principal treatment modality in soft tissue suppurative inflammations [1, 2, 5, 6]. Adequate dissection and drain of the inflamed tissues is the main condition for successful treatment of abscesses. The soft tissue dissection should be rather wide, all abscess cavities and hollows should be well drained and intercavitary isthmuses removed. Short dissections above the abscess or phlegmon cavity are inadmissible: the dissection should cross the entire inflamed tissue. Timely and correct abscess dissection is of primary significance for effective cure of this severe complication, antibiotic therapy being a supplement rather than an alternative to the surgery [3].

The clinical course of suppurative inflammations in patients with hematology malignancies, i. e. lymphoma and leukemia, is different. These malignancies are characterized by severe immunity deficiency and decreased tissue healing. Besides, high-dose polychemotherapy, which is the principal treatment modality in these diseases, itself induces severe immunity depression and leukopenia, decreases significantly tissue healing [4].

Fifty five patients with various suppurative inflammations of soft tissues as a complication of hematology malignancies were managed at the Cancer Research Center RAMS during 1981-1994. The malignancies were acute leukemias (48), exacerbation of chronic leukemia (2) and lymphatic sarcoma with leukemization (5). Distribution of the cases with respect to suppurative inflammation was, as follows: paraproctitis - 32, gluteal, perineal and femoral abscess and phlegmon - 10, trunkal furuncles - 8, postinjection abscess - 3, sacral decubitus - 2.

As seen, most common site of the suppurative inflammations was the anal zone. The anal suppurative inflammation focus in patients with hematology malignancies usually looks as subcutaneous paraproctitis or necrosis of the hemorrhoid and adjacent tissues.

ные распределялись следующим образом: парапроктиты — 32 больных, абсцессы и флегмоны области ягодиц, промежности и бедер — 10 больных, фурункулы области туловища — 8 больных, постинъекционные абсцессы — 3 больных, пролежни в области крестца — 2 больных.

Как видим, наиболее часто гнойно-воспалительные заболевания возникали в области анальной зоны. Обычно гнойно-воспалительный очаг в области анальной зоны у больных гематосаркома имеет вид подкожного парапроктита или некроза геморроидального узла и окружающих тканей.

Общую реакцию организма в виде гипертермии, недомогания, разбитости и др., как правило, трудно выделить, так как она обусловлена основным гематологическим заболеванием.

Характерен вид раны, образовавшейся после хирургического рассечения мягких тканей или после самостоятельно вскрывшегося гнойника. Края раны серые, грануляции отсутствуют, гнойного экссудата обычно практически нет, особенно при лейкопении менее 1000 в 1 мм³.

Иногда при выраженной лейкоцитомии отмечается некроз кожи и подкожной клетчатки в зоне воспаления. Некротизированная ткань на участке воспалительного очага отторгается, после чего образуется дефект тканей, обычно округлой или фестончатой формы, диаметром от 2 до 10 см, края и дно этой «язвы» покрыты серым налетом, грануляции и гнойный экссудат отсутствуют. Образование таких некрозов и «язв» характерно для наиболее злокачественно протекающих острых лейкозов с выраженной лейкоцитомией и угнетением иммунитета.

Даже если до вскрытия воспалительный очаг имел вид обычного гнойника со всеми характерными классическими признаками (calor, tumor, rubor), то после его вскрытия чаще всего не обнаруживается значительного количества гнойного экссудата.

При хирургическом лечении гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей нами первоначально использовалась традиционная методика широкого вскрытия и дренирования воспаленных тканей. Однако после такого широкого и «адекватного» дренирования получались обширные, плохо и длительно заживающие раны, с вялыми грануляциями, длительным торпидным течением заболевания. Все это резко ухудшало течение основного заболевания у ослабленных гематологических больных, а в ряде случаев даже приводило к так называемому раневому истощению.

Все вышеизложенное побудило нас отказаться от принципа широкого рассечения воспаленных тканей у гематологических больных. Разрез тканей над полостью абсцесса, в месте флюктуации делается небольшой, длиной около 1 см, достаточный лишь для того, чтобы удалить гнойный экссудат и вставить в полость абсцесса марлевую турунду с гидрофильной мазью (диоксиколовой и др.) или резиновый выпускник. Разрез кожи и подкожной клетчатки над флегмоной также должен быть небольшим.

При наличии некротической формы гнойно-воспа-

It is difficult to distinguish the body's general reaction as hyperthermia, sickness, fatigue, etc., because these signs are characteristic of the principal disease.

The wound after surgical soft tissue dissection or abscess burst has a specific appearance. The wound edges are grey, there are no granulations or purulent exudate especially in leukopenia less than 1000 per mm³.

In some cases of marked leukothrombopenia there is skin and subcutaneous cellular tissue necrosis. The necrotic tissue at the inflammation focus is rejected which results in formation of a round or scalloped defect 2 to 10 cm in diameter, the "ulcer" edges being covered with grey coating, there are no granulations or purulent exudate. These necroses and "ulcers" are characteristic of the most malignant acute leukemias with marked leukothrombopenia and immunity depression.

If the inflammation focus even looked as a normal abscess with all typical classical signs (calor, tumor, rubor) before the burst or dissection, most often it has practically no purulent exudate after the opening.

At first we used the routine technique of inflammation wide dissection and drain in surgery for soft tissue suppurative inflammations. But such wide and "adequate" drain as a rule resulted in large, slowly healing wounds with sluggish granulation and long torpid course. All this aggravated the course of the principal disease in weak patients with hematology malignancies and in some cases led to so called wound cachexia.

By this reason we decided not to follow the principle of wide dissection of inflammatory tissues in hematological patients. We now make a short (about 1 cm in length) dissection above the abscess cavity in the site of fluctuation sufficient only for removal of the purulent exudate and insertion of a gauze turunda with hydrophilic (dioxycol, etc.) ointment or a rubber tube in the abscess cavity. The dissection of the skin and subcutaneous cellular tissue should also be small.

In the presence of necrosis the surgery should be restricted to narrow necrectomy.

Frequent bandage (2-3 times daily), abscess cavity washing with antiseptics are indicated after the abscess dissection, ointment bandage should be applied after amelioration of the inflammation. The surgery should be accompanied by intense therapy with broad-spectrum antibiotics (cephalosporins, aminoglycosides, semisynthetic penicillins, fluorquinolones, etc.) with due regard for the antibiogram after determination of the flora sensitivity. Cytostatics therapy is performed by indications as to the principal disease. This treatment is supplemented by detoxication and blood replacement therapies involving transfusion of leukocytes, platelets and other blood components.

Such sparing surgery with narrow abscess dissection supplemented with massive antibiotic therapy leads to more fast sanation, granulation and epithelization of the abscess especially if the principal disease is treated successfully. There were no cases of disease generalization or abscess progression in our study.

Thus, surgery for suppurative inflammation (phlegmons, abscesses, etc.) in hematology malignancies has

лительного заболевания хирургическое лечение должно ограничиваться экономной, без «излишеств», некрэктомией.

После вскрытия гнойника необходимы частые перевязки (2—3 раза в сутки), промывание полости гнойника антисептиками, а после стихания воспалительных процессов — мажевые повязки. Хирургическое лечение должно сопровождаться мощной антибиотикотерапией с применением антибиотиков широкого спектра действия (цефалоспоринов, аминогликозидов, полусинтетических пенициллинов, фторхинолонов и др.), с учетом антибиотикограммы после определения флоры на чувствительность. Лечение цитостатиками проводится по показаниям с учетом основного гематологического заболевания. Это лечение дополняется детоксикационной и кровезамещающей терапией с переливанием лейкоцитарной массы и других компонентов крови.

Такое щадящее хирургическое лечение с «экономным» вскрытием гнойника при обязательном применении мощной антибиотикотерапии приводит к тому, что гнойный очаг быстрее санируется, значительно быстрее гранулируется и эпителизируется, особенно при успешном лечении основного гематологического заболевания. Случаев генерализации и прогрессирования гнойников при таком методе лечения не отмечено ни у одного больного.

© Коллектив авторов, 1997
УДК 616-006.81-085.277.3

Г. Н. Егоров, П. А. Синуков, В. А. Горбунова

СИСТЕМНАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ЦИСПЛАТИНА, ВИНБЛАСТИНА И ДАКАРБАЗИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ МЕЛАНОМЫ

НИИ клинической онкологии

В настоящее время диссеминированная меланома продолжает оставаться одной из наиболее резистентных к лекарственному лечению опухолей. Полная регрессия опухоли регистрируется редко, а достигнутый эффект обычно длительно не сохраняется. Больные, прожившие 5 лет и более, составляют менее 5% [11]. Наиболее активным препаратом для лечения меланомы считается дакарбазин [8]. Частота объективного эффекта при его использовании составляет 20—30%, по данным разных авторов, при полной регрессии — 5—10% [2,7], причем выраженность эффекта тесно взаимосвязана с выживаемостью [1, 10]. Другим достаточно высокоэффективным препаратом является цисплатин, эффективность которого превышает 20%, в том числе и у больных, ранее безуспешно получавших дакарбазин [4, 9]. Эффективность винкаалкалоидов не превышает 8—10% [5], однако они достаточно часто включаются в комбинированные режимы лечения, как не усиливающие существенно их токсичность. Исходя из вышесказанного,

some peculiarities of much practical significance. Massive administration of antibiotics allows narrow abscess dissection without large damage to the tissues in such patients.

Таким образом, хирургическое лечение гнойно-воспалительных очагов (флегмон, абсцессов и др.) при гематосаркомах имеет некоторые нюансы, очень важные в практическом отношении. Применение массивной антибиотикотерапии позволяет делать расчленение гнойников у этих больных щадящим и экономным, без обширного вскрытия тканей.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии. — М., 1946.
2. Дульцев Ю. В., Саламов К. Н. Парапроктит. — М., 1981.
3. Кузин М. И., Костюченко Б. М. Раны и раневая инфекция. — М., 1990.
4. Лорие Ю. И. // Клиническая онкология. — М., 1971. — Т. 1. — С. 124—193.
5. Попкиров С. Гнойно-септическая хирургия: Пер. с болг. — София, 1977.
6. Стручков В. И., Григорян А. В., Гостицев В. К. Гнойная рана. — М., 1975.

Поступила 17.01.96 / Submitted 17.01.96

G. N. Egorov, P. A. Sinyukov, V. A. Gorbunova

SYSTEMIC COMBINED CHEMOTHERAPY WITH CISPLATIN, VINBLASTINE AND DACARBAZINE IN PATIENTS WITH DISSEMINATED MELANOMA

Research Institute of Clinical Oncology

Disseminated melanoma is most refractory to medication. Complete tumor regression is observed in rare cases, while the remission is not durable. The 5-year survival is less than 5% [11]. Dacarbazine is considered the most efficient chemotherapeutic for this disease [8], objective response being 20-30% with a 5-10% complete response [2,7]. The response degree is related to the survival [1, 10]. Another agent demonstrating rather high efficiency in melanoma is cisplatin with a 20% response including cases refractory to previous dacarbazine therapy [4, 9]. Though the effect of vincaalkaloids is not higher than 8-10% [5] these agents are often included in combined treatment schedules as they do not increase toxicity. It is therefore interesting to evaluate efficacy and toxicity of combinations including the three drugs, i.e. cisplatin, vinblastine and dacarbazine (CVD). According to foreign authors [3, 6] the CVD schedule developed and modified in the USA is rather efficient (objective response 25-37%) [3, 6]. Some authors believe