

Повышение концентрации ЛФ в крови отражает наличие более тяжелых форм воспалительного процесса, в частности, деструктивных форм ОХ, при таких формах ОХ концентрация ЛФ в 91% случаев доходит до 4828 нг/мл, а при катаральных формах частота выявления ЛФ составляет 58,7%, концентрация – 3600 нг/мл. В процессе лечения (в том числе оперативного) регистрировалось снижение уровня ЛФ. Мы обнаружили рост уровня ЛФ в сыворотке крови, коррелирующее со степенью выраженности воспаления, деструкции нагноения. При этом частота случаев положительных тестов на ЛФ достоверно выше при деструктивных формах, чем такие общепринятые лабораторные показатели, как лейкоцитоз, СОЭ. При лечении отмечается спад уровня ЛФ до нормальных цифр у большинства больных.

Приведенные примеры показывают достаточно высокую информативную ценность иммунохимических тестов на ЛФ по сравнению с обычными лабораторными анализами. Определение этого белка в сыворотке крови больных холециститом, позволяет более точно судить о выраженности воспалительного процесса, наличии деструкции и гнойного осложнения в брюшной полости, а также прогнозировать исход заболевания. Своевременное использование методов клинико-лабораторной диагностики с применением иммунохимической диагностики скрытых форм ОХ, прогнозирования гнойно-септических осложнений при острой хирургической патологии поджелудочной железы и желчного пузыря позволит добиться улучшения тактики и результатов лечения.

Рост концентрации ЛФ в крови отражает наличие более тяжелых форм воспалительного процесса, в частности скрытых деструктивных форм ОХ, что дает возможность применять данный тест в оценке степени деструкции ткани желчного пузыря, выборе тактики лечения и прогнозировании осложнений.

Литературы

1. Гербов В.В. и др. / В сб. Мининвазивные технологии в неотложной хирургии. Краснодар, 2002. С. 30–31.
2. Коровин А.Я. и др. // Эхография. 2003. Т.4, №2. С. 192.
3. Кулиш В.А. и др. / В сб: Мининвазивные технологии в неотложной хирургии. Краснодар, 2002. С. 55–56.
4. Лиценко А.Н. и др. // Вопросы оказания экстренной и неотложной помощи: Мат-лы юбил. конф., посв. 35-летию Краснодарского городского центра скорой мед. помощи. Краснодар, 1999. Т.1. С. 39–44.
5. Назаров П. Г. Реактанты острой фазы воспаления. СПб.: «Наука», 2001. С. 401–403.
6. Ломакин М.С. Иммунологический надзор. М.: Медицина, 1990. С. 256.

УДК 616.316.1-002; 618.14-006.6

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

В.М. ИВАНОВ, В.А. ЗУРНАДЖЬЯНЦ, О.В. ИВАНОВА *

Ключевые слова: мукозит, остеомиелит, цитостатики.

Лучевая терапия злокачественных новообразований полости рта, особенно в сочетании с лекарственной терапией, сопровождается развитием лучевых реакций со стороны нормальных тканей в зоне облучения и более выраженными реакциями слизистых оболочек. Цитостатический эффект от лучевого воздействия и химиотерапии у этого контингента больных может вести к мукозиту с вовлечением в этот процесс всех составных компонентов ротовой полости: самой слизистой, малых и больших слюнных желез, костных структур с обязательными изменениями в зубах [4]. Наличие же различной микрофлоры, способной в любой момент привести к серьезным осложнениям патологии со стороны зубов, обостряющейся при проведении химиотерапии, заставляют постоянно проводить специальные осмотры ротовой полости с профилактическими лечебными мероприятиями, изучать и совершенствовать методы прогнозирования оральных осложнений.

Операция заключается в радикальном удалении пораженной слизистой оболочки и мягких тканей полости рта, а также краевой, либо сегментарной резекции нижней челюсти. Для замещения дефекта тканей полости рта используются различные виды кожно-мышечных либо кожно-жировых лоскутов. Предоперационная лучевая терапия или полихимиотерапия, сам характер операции, во

время которой происходит обсеменение раны микрофлорой полости рта, сообщение с раневой поверхностью костных опилок нижней челюсти увеличивают риск развития местных гнойных осложнений. Исходя из этих предпосылок, представляется важным оценить влияние вида предоперационного противоопухолевого лечения, объема оперативного вмешательства и схемы антибактериальной терапии на частоту и характер местных гнойных осложнений.

В исследование были включены 119 больных с опухолевой патологией: 58 больных – рак слизистой оболочки дна полости рта; 29 – рак языка; 17 – рак альвеолярного отростка нижней челюсти; 15 – рак слизистой оболочки ретромолярной области. У 60 пациентов диагностирован местно-распространенный опухолевый процесс, у 24 – опухоль соответствовала символу T₂. В 19 случаях имели место остаточные опухоли после неэффективного курса лучевого лечения и у 16 – были рецидивы. Клинически у всех больных был гиперпластический гингивит, который проявлялся гиперемией и отечностью, отмечалась атрофия слизистой оболочки с геморрагией, нередко были эрозивно-язвенные изменения. Изменение всех составляющих полости рта определялись путем ежедневного мониторинга специалистом-стоматологом. Такие симптомы, как изменение цвета слизистой оболочки, ее отечность и нарушение слюноотделения были у всех пациентов. Достаточно характерным симптомом была атрофия слизистой оболочки полости рта, которая отмечена у 93,1% больных. В 85,1% случаев приводило к эрозивно-язвенным изменениям.

Ангулярный стоматит отмечен у 12 (13,8%) больных. В основном это были ослабленные пациенты, обремененные сопутствующей патологией или с распространенными формами основного заболевания. Все остальные симптомы отмечались у подавляющего большинства из них. Характерными жалобами больных при эрозивно-язвенных процессах были: болезненность (самостоятельная и при пережевывании пищи), ограниченное открывание рта. Иногда больных беспокоило чувство онемения слизистой оболочки, извращение вкусовых ощущений.

Как правило, с первых же дней назначения лучевой терапии больные ощущали сухость и жжение в полости рта. Для увеличения слюноотделения одновременно назначали полоскания полости рта 0,1-0,2% раствором йодистого калия, особенно в тех случаях, когда наблюдался радиационный паротит, который проходил у большинства пациентов в течение 2-3 суток.

В период формирования деструктивных процессов сухость в полости рта сменялась обильным выделением вязкой и трудно эвакуируемой слюны, количество которой у некоторых пациентов доходило до 0,5-0,8 литров в сутки.

Предоперационно 55 больным проведена лучевая терапия в дозе 40 Гр., 31 – в дозе 60-70 Гр. и 33 больным – 2 курса полихимиотерапии по схеме (5-фторурацил суммарно 3,0 г за курс, производные платины 120мг/м²). Все оперативные вмешательства в зависимости от вида резекции нижней челюсти разделены на 3 группы:

1 группа – 83 больным сделана краевая резекция нижней челюсти с закрытием дефекта слизистой оболочки и опила нижней челюсти кожно-жировым или кожно-мышечным лоскутом;

2 группа – 22 больным проведена срединная мандибулотомия для создания оптимального операционного доступа при опухолях, поражающих подвижную часть языка или при распространении новообразования на корень языка или ротоглотку;

3 группа – 8 больным произведена сегментарная резекция нижней челюсти с одномоментным замещением дефекта: в 4 случаях – титановой пластиной и в 2 – кожно-мышечным лоскутом. Инфекционные осложнения в результате проведенного лечения отмечены у 66 пациентов (55,4%) и обусловлены в основном частичным некрозом кожно-мышечного или кожно-жирового лоскута после перенесенных различных форм мукозита. Остеомиелит нижней челюсти диагностирован у 16 больных (13,4%). При этом отмечена тенденция роста случаев остеомиелита нижней челюсти при увеличении дозы лучевой терапии.

Методика соединения фрагментов нижней челюсти влияет на частоту послеоперационных осложнений. Применение проволочного костного шва при срединной мандибулотомии в 3 случаях привело к развитию подвижности фрагментов челюсти и, как следствие, – к остеомиелиту и формированию ложного сустава; при использовании титановых минипластин осложнений не было.

Из 4 случаев пластики дефекта нижней челюсти кожно-мышечным лоскутом осложнения в виде некроза лоскута отмечены у 2 больных. После произведенной некрэктомии заживление раны проходило вторичным натяжением.

* Астраханская государственная медицинская академия

С целью профилактики этих осложнений нами предложен комплекс профилактических мероприятий, который определялся совместно со стоматологом, проводившим мониторинг в процессе лечения этого контингента больных. В основе всех профилактических мероприятий лежит правильная диагностика имеющихся нарушений со стороны составных компонентов полости рта, которая предусматривает индивидуальное планирование лечебно-профилактического воздействия на организм в целом и на слизистую оболочку в частности.

Пациентам, поступающим для проведения химио- и лучевой терапии, как правило, удавалось предварительно осуществить санацию полости рта с удалением зубных отложений, пломбированием кариозных полостей, удалением некачественных протезов, а при необходимости – экстракции зубов. В комплексе профилактических мероприятий, помимо общеизвестных препаратов и методов стоматологического и общего лечения больных, мы использовали гипохлорит натрия 0,03%, который применяли местно в виде полоскания от 3 до 6 раз в сутки. А при выраженных клинических проявлениях вводили его однократно внутривенно непосредственно до применения химиопрепаратов и лучевой терапии.

Местно также использовали препарат иммуностимулирующего действия «Алфит» и аэрозольный антибиотик «Биопарокс», действующим началом которого является фузафунжин, обладающий двойными свойствами антибиотика и противовоспалительного средства. Анализ непосредственных результатов лечения показал, что при обширных комбинированных операциях мы получили достаточно высокий процент послеоперационных осложнений. Однако эти осложнения были связаны с тяжелым контингентом больных, имеющих, помимо основного заболевания, сопутствующие патологии, отягощённые большим объемом удаляемых тканей, проведением высоких доз лучевой терапии на зоны хирургического вмешательства, последствиями полихимиотерапии и рядом других причин. Определенную роль играли осложнения, связанные с воспалением слизистой оболочки, возникающие при проведении цитостатической и лучевой терапии. Правильное проведение профилактических и лечебных мероприятий способствовало снижению явлений мукозита и купированию основных его проявлений на более ранних стадиях развития.

Ретроспективный анализ историй болезней и осмотр больных в раннем послеоперационном периоде позволил нам выявить определенную закономерность в развитии гнойных осложнений со стороны послеоперационной раны в зависимости от состояния слизистой оболочки полости рта. При развитии мукозита после лучевой и цитостатической терапии эти осложнения возникали значительно чаще. Для профилактики остеомиелита мы вводили антибиотики непосредственно в нижнюю челюсть 12 больным.

При использовании внутрикостного введения антибиотиков мы руководствовались концепциями об особенностях распространения опухоли и инфекционного процесса на нижнюю челюсть. Примерно у половины здоровых людей лимфатический отток со слизистой оболочки дна полости рта осуществляется через надкостницу нижней челюсти. Это является частой причиной раннего прирастания опухоли к челюсти, хотя прорастание в кость в большинстве случаев не наблюдается.

При разрушении надкостницы очень быстро происходит перфорация нижнего альвеолярного канала, особенно при вторичной полной адентии, когда наступает атрофия альвеолярного отростка и канал располагается в непосредственной близости от жевательной поверхности и находится примерно на уровне дна полости рта. В последующем образуется единая непрерывная связь между опухолью, слизисто-надкостничным слоем нижней челюсти и костно-мозговым пространством в местах, где имеются кортикальные микродефекты. Указанные анатомические особенности диктуют необходимость местного использования антибиотиков с созданием больших концентраций препарата в костно-мозговом пространстве и надкостнице. При внутрикостном введении лекарственных веществ создаются высокие терапевтические концентрации препарата в очаге поражения, включая и костную ткань.

Для этих целей нами предложено и внедрено «Устройство для внутрикостного введения лекарственных веществ в нижнюю челюсть» (рис. а, б). (Патент на изобретение №2203100 по заявке № 2001106724/14 от 11.03.2001г.)

Эта система состоит из специально подобранных игл различных по диаметру и конфигурации, а также проводника-фиксатора. Рабочая часть иглы имеет резьбу для ввинчивания ее в костную ткань, что позволяет плотно фиксировать иглу и исключает подтекание препарата. Головка иглы своей внутренней частью строго подог-

нана к канюле шприца и сделана в виде конуса. Верхняя часть головки имеет 2 паза, куда входят «лопасти» проводника фиксатора, который работает как отвертка.

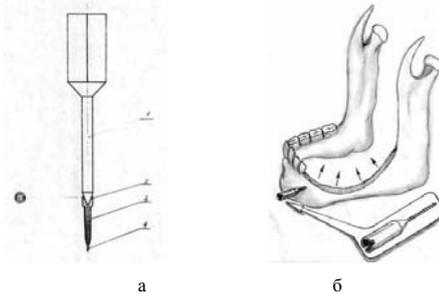


Рис.1 (а,б). Устройство для внутрикостного введения лекарственных веществ в нижнюю челюсть

При вращении проводника происходит вворачивание иглы на нужную глубину. Проводник-фиксатор на конце имеет шилообразный мандрен, плотно входящий в просвет иглы. Конец мандрена выступает из просвета иглы на 0,2-0,3 см и остро заточен, что позволяет одновременно выполнять функцию сверла. За счет этого игла свободно входит в костную ткань. При вворачивании иглы на нужную глубину проводник-фиксатор извлекается, а игла остается в нижней челюсти на необходимое время. Учитывая длительное (до 5-7 дней) и стойкое нахождение иглы в кости, возможно многократное введение антибиотиков в течение дня. Можно полагать, что при внутрикостном введении антибиотиков концентрация препарата в очаге поражения увеличивается в десятки, а то и сотни раз. При введении раствора в губчатое вещество кости цитостатик проникает не только в кровяное русло, но и в самые истоки лимфатического аппарата, а через них в лимфатические сосуды и регионарные лимфатические узлы. Внутрикостное введение антибиотиков в растворе новокаина отвечает принципам нейротропно-патогенетической и этиотропной терапии.

Осложнений в этой группе больных не было. Таким образом, анализ непосредственных результатов показал целесообразность проведения адекватной индивидуализированной предоперационной подготовки в комплексе с внутрикостным введением антибиотиков. Всем больным проводилась профилактическая антибиотикотерапия в следующих режимах: линкомицин (клиндамицин) внутримышечно + цефалоспорины внутрикостно 12 больным (1 группа), карбапенемы (меронем) 24 больным (2 группа) и полусинтетические пенициллины 83 больным (3 группа) с аминогликозидами или без них. Частота местных раневых осложнений была следующей: в первой группе – 25% случаев, во второй – в 45,8% случаях, и в третьей группе – 53,0% случаях. Разница статистически недостоверна ($p > 0,05$). Остеомиелит нижней челюстью не был диагностирован ни в одном случае в 1 группе, в 3 случаях (12,5%) во 2 группе и в 17 случаях (20,5%) в 3 группе ($p > 0,05$).

Таким образом, использование внутрикостного введения антибиотиков было наиболее эффективно в профилактике раневой инфекции у данной категории больных.

Выводы. Для профилактики инфекционных осложнений при лечении больных раком слизистой полости рта рекомендуется постоянный мониторинг стоматологом в процессе всего лечения этого контингента больных. Профилактика и лечение мукозита после лучевой и цитостатической терапии у больных, готовящихся к операции, способствует снижению инфекционных осложнений со стороны послеоперационной раны. Пролонгированное внутрикостное введение антибиотиков в нижнюю челюсть позволяет снизить число гнойных осложнений.

Литература

1. Матякин Е.Г., Кропотов М.А. // Сб. тез. «Онкология на рубеже XXI века. Возможности и перспективы». М., 1999. С. 231
2. Пачес А.И. и др. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани. М.: Медицина, 1998. 304с.
3. Бурлаков А.С. // Высокая технология в онкологии: Материалы 5 Всерос. съезда онкол. Казань, 2000. Т.3. С.365–366.
4. Попович В.И. // Рос. онкол. ж. 2000. №6. С.7–10.
5. Ristic J. // J of Cranio-Maxil Surg. 1996. P.276–279.
6. Presas F.S. et al. // J of Cranio-Maxil Surg. 1997. P.39–45.