

ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ОПУХОЛЯХ НОСА

В.Н. Малащенко, И.Г. Дряженков, Р.А. Ахвердиев

ГБОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия

Малащенко Виктор Николаевич, зав. кафедрой онкологии, д-р мед. наук,

Дряженков Игорь Геннадьевич,

профессор кафедры госпитальной хирургии, д-р мед. наук,

Ахвердиев Рауф Ахверди оглы, аспирант кафедры оториноларингологии,

150000, Россия, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5,

тел: 8 (4852) 57-79-20,

e-mail: ayra.haqverdiyev@list.ru

На основании результатов клинических, клинико-лабораторных, цитологических, микробиологических исследований, а также динамики локальной электротермометрии установлено, что после хирургического лечения рецидивных опухолей носа после предшествующей лучевой терапии отмечается замедление регенеративных реакций, а также более высокая частота послеоперационных осложнений по сравнению с хирургическим лечением по поводу послеоперационной рецидивной опухоли носа.

Ключевые слова: заживление, рана, рецидив, опухоль носа.

THE COURSE OF THE WOUND PROCESS IN RECURRENT TUMORS OF THE NOSE

V.N. Malashenko, I.G. Drajenkov, R.A. Akhverdiyev

Yaroslavl State Medical Academy

Based on the results of the clinical, cytological, microbiological research, as well as the dynamics of the local elektrotermometry found that after surgical treatment of nasal tumors recurrence after prior radiation therapy indicated slowing regenerative responses, as well as a higher frequency of postoperative complications compared with the surgical treatment of postoperative recurrent tumors of the nose.

The key words: wound healing, recurrent, tumor of the nose.

Введение

Заживление раны после операций в области головы и шеи по поводу опухолевого процесса затрудняется рядом факторов, среди которых стоит выделить обширность вмешательства, его продолжительность, вскрытие полых органов, обильно населенных микроорганизмами, которые оказывают влияние на развитие местного или генерализованного воспалительного процесса. В случае постлучевого рецидива опухоли оперировать приходится в условиях трофически измененных тканей, что обуславливает повышенный риск осложненного заживления раны [1,2,3,4,5].

Все выше изложенное характеризует актуальность проблемы. Особенности характера заживления раны при операциях по поводу рецидивных опухолей носа после хирургического лечения и лучевой терапии требуют дальнейшего изучения.

Цель исследования

Улучшение результатов заживления ран при хирургическом лечении опухолей носа.

Задачи исследования

1. Оценить характер заживления ран и определить частоту послеоперационных осложнений при хирургическом лечении рецидивных опухолей носа после предшествующего оперативного лечения или лучевой терапии.

2. Изучить особенности раневого процесса при выполнении операции по поводу рецидивных опухолей носа после предшествующего хирургического или лучевого лечения на основе цитологического, микробиологического критериев и показаний локальной термометрии.

Материалы и методы

В исследование включены 83 больных с рецидивными формами злокачественных опухолей носа после хирургического лечения. Пациенты были подразделены на 2 группы: основная группа – 39 пациентов с рецидивной опухолью после ранее проведенного оперативного лечения, контрольная – 44 пациента с рецидивной опухолью после лучевой терапии (близкофокусная рентгенотерапия или

дистанционная гамма-терапия). Во время исследования учитывались данные клинико-лабораторных показателей; цитологического исследования раны; количественного микробиологического исследования мазка с кожи носа, пунктата из паравульнарной области и электротермометрия раневой зоны.

Результаты и обсуждение

При исследовании крови в послеоперационном периоде наблюдались более выраженные изменения в виде повышения уровня лейкоцитов, показателя скорости оседания эритроцитов (СОЭ) в контрольной группе больных по сравнению с основной группой. К концу 1 недели лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) был существенно ниже, чуть превышая единицу в основной группе. В контрольной группе пациентов значение ЛИИ к концу 1 недели превышало 1,8, что может свидетельствовать о наличии воспалительной инфильтрации мягких тканей, которая повышает опасность возникновения гнойных осложнений.

Картина изменений локальной температуры в динамике свидетельствовала о том, что после оперативного лечения опухолей носа после ранее проведенной лучевой терапии повышенный уровень температурной реакции тканей паравульнарной области сохранялся длительное время (до 10 дней после операции). Динамика локальной температуры в послеоперационном периоде у пациентов основной группы подтверждала более благоприятные условия для заживления раны по сравнению с группой контроля.

Результаты количественного микробиологического исследования показали, что на 3-5 сутки после операции, количество микроорганизмов, не превышающее $10^5/\text{см}^2$, в основной группе оказалось больше, чем в группе контроля: 10 из 18 пациентов и 5 из 21 пациентов (55,6% и 23,9%). Однако, число наблюдений, где количество микробов в указанные сроки превышало $10^5/\text{см}^2$, оказалось значительно большим в группе контроля 16 из 21 пациентов против 6 из 18 пациентов в основной группе (76,2% и 33,3%). На 7-9 сутки послеоперационного периода наблюдалась следующая картина: количество микробов, не превышающее $10^5/\text{см}^2$, в обеих группах больных оказалось одинаковым: 11 из 18 пациентов и 11 из 21 пациентов (61,1% и 52,4%), более $10^5/\text{см}^2$ – 2 из 18 пациентов в основной и 4 из 21 пациентов в контрольной (11,1 и 19,1%). Таким образом, результаты количественного микробиологического исследования подтвердили повышенную вероятность осложненного заживления раны у пациентов, страдающих постлучевой рецидивной опухолью носа.

Особенности заживления ран после операций по поводу рецидивных опухолей носа нашли свое отражение в результатах цитологического исследования пунктатов из паравульнарной области. В первые трое суток характер цитологической картины у больных основной и контрольной групп соответствовал воспалительному типу цитогрaмм. Об этом свидетельствовало преобладание в пунктатах

дегенеративных форм лейкоцитов. При этом в основной группе большую часть обнаруженных нейтрофилов составили сохранные сегментоядерные формы ($62,23 \pm 5,69$ в поле зрения – в основной и $25,84 \pm 1,45$ – в контрольной группе), а в контрольной – дегенеративные лейкоциты (соответственно $33,76 \pm 8,45$ и $71,16 \pm 0,77$ в поле зрения). За счет преобладания дегенеративных нейтрофилов у больных контрольной группы значение регенеративно-дегенеративного индекса (РДИ) на 1-3 сутки оказалось значительно меньшим, чем в основной группе ($0,38 \pm 0,03$ в контрольной и $1,88 \pm 0,42$ в основной группе).

Кроме того, уже на данном этапе исследования в цитограммах пациентов основной группы, по сравнению с контрольной, оказалось более высоким число фибробластов ($6,13 \pm 0,12$ и $5,2 \pm 0,07$) и гистиоцитов ($3,92 \pm 0,50$ и $1,02 \pm 0,45$), которые являются основными клетками грануляционной ткани. Это может свидетельствовать о хороших регенеративных возможностях, которые имеются в ране в указанные сроки у больных основной группы.

На 5-7 сутки послеоперационного периода характер цитологической картины у пациентов как основной, так и контрольной группы стал приближаться к воспалительно-регенераторному типу. Общее количество нейтрофильных лейкоцитов в послеоперационной ране у пациентов несколько уменьшилось. Кроме того, среди данных групп клеток происходила перегруппировка, которая выражалась в повышении числа сохранных форм и снижении количества дегенеративных клеток, при этом количество последних в основной группе в данные сроки оказалось достоверно ниже, чем в группе контроля (соответственно $11,64 \pm 4,43$ и $37,34 \pm 9,02$), что свидетельствует о меньшей выраженности воспалительной реакции в ране у пациентов с рецидивной опухолью носа после хирургического лечения по сравнению с постлучевыми рецидивами. В соответствии с этим РДИ в основной группе увеличился более значительно и достиг значения $2,87 \pm 0,28$, а в контрольной группе не достиг единицы и составил $0,82 \pm 0,07$.

Другим примечательным фактом является то, что на 5-7 сутки после операции в цитограммах пациентов основной группы, по сравнению с контрольной, отмечалось преобладание количества фибробластов (соответственно $18,13 \pm 4,32$ и $7,14 \pm 3,11$ в поле зрения) и гистиоцитов ($14,53 \pm 2,72$ и $10,33 \pm 0,64$ в поле зрения).

Сравнительная цитологическая характеристика раневого процесса у больных основной и контрольной групп свидетельствовала о том, что при операциях по поводу рецидивной опухоли носа ранее проведенное облучение способствует пролонгированию фазы воспаления и замедлению регенеративных реакций, повышая вероятность развития инфекционных осложнений.

Если оценивать результаты заживления послеоперационных ран у больных исследуемых групп, можно отметить, что у пациентов основной группы течение раневого процесса оказалось более благоприятным в сравнении с больными контрольной

группы. У 34 (87,2%) пациентов основной группы наблюдалось заживление раны первичным натяжением. Осложнённый характер заживления послеоперационной раны имел место у 5 человек, что составило $12,8 \pm 5,4\%$. Процент первичного заживления раны у 27 больных группы контроля составил $61,4 \pm 7,3\%$. Процент вторичного заживления раны у 17 человек группы контроля составил $38,6 \pm 7,3\%$.

Результаты заживления послеоперационных ран у больных исследуемых групп свидетельствуют, что у пациентов основной группы течение раневого процесса оказалось более благоприятным в сравнении с больными контрольной группы.

Выводы

1. Течение раневого процесса после хирургического удаления рецидивных опухолей носа зависит от выполнения предшествующей лучевой терапии. Заживление ран первичным натяжением после операции без лучевой терапии повышается на 25,8 %.

2. Замедление заживления ран при удалении рецидивных опухолей носа после лучевой терапии связано с повышением локальной температуры, повышением количества дегенеративных нейтрофилов (в 3,2 раза), на фоне снижения числа фи-

бробластов (в 2,5 раза). Пролонгированию фазы воспаления способствует повышение микробиологической обсемененности раны на 42,9%. Частота нагноения ран после предшествующей лучевой терапии достигает 38,6%.

Список литературы

1. Абдулаева Н. Н., Ходжаева К. А. Некоторые патогенетические механизмы раневого процесса при стойких деформациях гортани и трахеи // Вестник оториноларингологии. – 2002. – №4. – С. 8-10.
2. Назаренко Г. И., Сугурова И. Ю., Глянцев С. П. Рана. Повязка. Больной. – М.: Медицина, 2002. – 472 с.
3. Bowler P. G. The 105 bacterial growth guideline: reassessing its clinical relevance in wound healing. // Ostomy Wound Manage. – 2003. – Vol. 49. – №1. – P. 44-53.
4. Paydarfar J., Birkmeyer N. Complications in head and neck surgery. // Archive of otolaryngology and head neck surgery. – 2006. – Vol. 132. – №1. – P. 67 – 72.
5. Simmons J.P., Johnson J.T., Yu V.L. et al. The role of topical antibiotic prophylaxis in patients undergoing contaminated head and neck surgery with flap reconstruction. // Laryngoscope. – 2001. – Vol. 111. – № 2. – P. 329-335.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

И.Л. Микитин, Ю.С. Винник, Г.Э. Карапетян, Н.М. Маркелова, М.Н. Кузнецов, А.А. Захарченко, А.В. Попов, Г.Н. Гуликян, В.А. Арапова

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, кафедра общей хирургии

Микитин Игорь Львович,

аспирант кафедры общей хирургии КрасГМУ,
660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана-Железняка, д. 1,
тел. 8 (391) 220-13-95,
e-mail: medtop24@yandex.ru

Винник Юрий Семенович, заведующий кафедрой общей хирургии КрасГМУ, д-р мед. наук, профессор,

Карапетян Геворк Эдуардович,
зам. гл. врача по хирургии НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск ОАО «РЖД», канд. мед. наук,

Маркелова Надежда Михайловна,
доцент кафедры общей хирургии КрасГМУ, канд. мед. наук,

Кузнецов Михаил Николаевич, ассистент кафедры КрасГМУ,
канд. мед. наук,
660132, Россия, г. Красноярск, ул. Ломоносова 47,
тел. раб. 8 (391) 248-88-45, 8 (391) 278-01-98,
e-mail: kuznesovpro@mail.ru

Захарченко Александр Александрович, д-р мед. наук,
профессор кафедры общей хирургии КрасГМУ,

Попов Артем Викторович,
аспирант кафедры общей хирургии КрасГМУ,

Гуликян Гарэн Нораирович,
клинический ординатор кафедры общей хирургии КрасГМУ,

Арапова Валерия Анатольевна,
клинический ординатор кафедры общей хирургии КрасГМУ