

УДК 616.31+616.22+616.327]-006.6-089.168

ВЕДЕННЯ РАНЬОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ХВОРИХ НА РАК СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА, РОТОВОЇ ЧАСТИНИ ГЛОТКИ ТА ГОРТАНІ III—IV СТАДІЇ

О. О. Галай, С. Ю. Карп

Львівський державний онкологічний регіональний лікувально—діагностичний центр,
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

MANAGEMENT OF EARLY POSTOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS, SUFFERING CANCER OF THE ORAL CAVITY MUCOSA, ORAL PART OF PHARYNX AND LARYNX STAGES III—IV

O. O. Halay, S. Y. Karp

Lviv State Oncological Regional Treatment—Diagnostic Centre,
Lviv National Medical University named after Danylo Galytskyi

Реферат

Ведення раннього післяопераційного періоду у хворих за місцево—поширеного раку (МПР) голови та шиї є складним розділом інтенсивної терапії (ІТ). Успіх хірургічного лікування залежить від проведення комплексної післяопераційної терапії, в тому числі з застосуванням гіпербаричної оксигенації (ГБО). Внаслідок об'ємного втручання порушується фізіологічний шлях потрапляння поживних речовин в організм, виникає необхідність у проведенні ентерального харчування (ЕХ) через назогастральний зонд. Проаналізовані результати лікування 64 пацієнтів з застосуванням розширених і комбінованих операцій з приводу МПР голови та шиї в період 2012 — 2015 рр. Комплексний підхід, що включає раціональну ІТ в ранньому післяопераційному періоді з застосуванням ГБО та адекватного зондового харчування, забезпечує покращення результатів лікування хворих, попередження утворення oro— та фарингостоми.

Ключові слова: рак голови та шиї; оперативне втручання; інтенсивна терапія; гіпербарична оксигенація; ентеральне харчування; оростома; фарингостома.

Abstract

Management of early postoperative period in patients, suffering locally—extended cancer of the head and neck, constitutes complex part of intensive therapy. Success of surgical treatment depends on conduction of complex postoperative therapy, including that with hyperbaric oxygenation application. Due to spacious intervention the physiologic way of delivery of the nutrient substances into the organism fails, and necessity for enteral feeding via naso—gastric probe occurs. Results of treatment of 64 patients, using extended and combined operations for the locally—extended cancer of the head and neck in 2012 — 2015 yrs period, were analyzed. Complex approach, including rational intensive therapy in early postoperative period with application of hyperbaric oxygenation and adequate probe nutrition secures improvement of the patients' treatment results, prevention of the oro— and pharyngostoma formation.

Keywords: the head and neck cancer; operative intervention; intensive therapy; hyperbaric oxygenation; enteral feeding; orostoma; pharyngostoma.

Рак голови та шиї є одним з найбільш складних розділів онкології. В останні роки відзначають розширення показань до операції, збільшення агресивності хірургічних втручань. Крім розширених операцій, які є стандартними з приводу пухлин голови та шиї, хірурги все частіше застосовують комбіновані втручання. Успіх хірургічного лікування пухлин з можливістю подальшого проведення специфічної хіміо—променевої терапії залежить від комплексного проведення після операції ІТ, в тому числі з застосуванням ГБО та ЕХ. ГБО ефективна при гіпоксичних станах, що виника-

ють у хворих після операції. Доведений достовірний позитивний місцевий вплив ГБО на репаративні процеси в рані. Надлишок кисню сприяє збільшенню швидкості місцевого капілярного кровотоку в зоні ішемії, росту грануляційної тканини, стимулює відкладання колагенових мас з формуванням каркасу для подальшої реепітелізації ранової поверхні [1]. Ці процеси відбуваються на тлі збільшення концентрації в плазмі ендотеліального фактору росту (VEGF) та інтерлейкіну—6 (ІЛ—6), а також зниження рівня ендотеліну—1, що сприяє формуванню нових відгалужень мікросудин та анасто-

мозів в регенерованій ділянці [2].

Суттєвим є питання забезпечення повноцінного харчування оперованих пацієнтів. Харчування хворих при МПР голови та шиї відрізняється тим, що, внаслідок великих за обсягом оперативних втручань, порушується фізіологічний шлях потрапляння поживних речовин в організм, виникає необхідність у проведенні оптимального ЕХ через назогастральний зонд [3, 4]. Харчування через рот в цей період неможливе у зв'язку з технічними аспектами проведеного оперативного втручання та фізіологічними особливостями. За такої ситуації лише адекват-

не нутритивне забезпечення попередить енергетичний дефіцит з переважанням катаболічних процесів [4, 5]. В свою чергу, доведені переваги ЕХ у порівнянні з парентеральним живленням, основними з яких є збереження фізіологічного шляху всмоктування речовин з активацією мезентеріального кровотоку, профілактика атонії та атрофії кишечника, імунomodуляція, краща якість життя (ЯЖ) [6].

Метою дослідження був аналіз особливостей ведення раннього післяопераційного періоду з застосуванням ГБО та зондового ЕХ у хворих, оперованих з приводу МПР голови та шиї.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати лікування 64 пацієнтів, яким здійснені розширені та комбіновані операції з приводу МПР голови та шиї в період 2012 — 2015 рр. Вік хворих у середньому (56 ± 3) року, жінок — 4 (6,25%), чоловіків — 60 (93,7%). Геміглотомія, операція Крайля здійснені у 5 (7,8%) хворих, комбінована ларингектомія, операція Крайля — у 26 (40,6%), резекція дна ротової порожнини, язика, лімфаденектомія — у 20 (31,2%), резекція верхньої та нижньої губи з пластикою — в 1 (1,6%), ларингектомія з селективною лімфаденектомією — у 9 (14,1%), резекція нижньої щелепи з пластикою — у 3 (4,7%).

В основну групу включені 42 (65,6%) хворих, яким в комплексі лікування після операції призначали сеанси ГБО. У 22 (34,4%) пацієнтів (група порівняння) ГБО не проводили у зв'язку з наявністю протипоказань. Сеанси ГБО проводили в однокімнатній барокамері БЛКС-301, розпочинали їх як у 1—шу добу після операції, так і на 3 — 4—ту добу. За відносно задовільного стану хворого проводили по одному сеансу щоденно, 5 разів на тиждень. Дозу кисню визначали за режимом ГБО, що включав рівень робочого тиску, тривалість перебування хворого під цим тиском, кількість і тривалість сеансів, інтервали між ними. Як правило, проводили до 10 сеансів ГБО,

тиск кисню 1,0 — 1,5 абс. атм., тривалість 30 — 40 хв. Для захисту від можливої кисневої інтоксикації за 30 хв до сеансу вводили аскорбінову кислоту, седуксен або димедрол. Зондове ЕХ проводили фракційним методом, тобто, окремими порціями, 5 — 6 разів на день, через назогастральний зонд за допомогою шприца Жане. У 1—шу добу вливали близько 50% добової норми енергетичної цінності, у наступні 3 доби кількість суміші поступово збільшували, з 4—ї доби вводили весь об'єм харчової суміші. Найчастіше з цією метою використовували: суміші, приготувані перед вживанням, з рідких компонентів (молока, вершків, сметани, яєць, бульйону) з додаванням сухого молока, цукру, тощо; суміші з продуктів дитячого харчування (Малютка, Nutrilon); гомогенізовані консервовані суміші промислового виробництва (м'ясо—овочеві, фруктово—молочні). Зондове ЕХ має забезпечувати енергетичні потреби організму на рівні, не меншому 120 — 210 кДж на 1 кг маси тіла хворого на добу [6]. У деяких пацієнтів застосовували збалансовані суміші з енергетичною цінністю 4 — 6 кДж в 1 мл суміші.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Часто причиною виникнення післяопераційних ускладнень є порушення енергозабезпечення життєдіяльності організму. Необхідна для репаративних процесів і повноцінної функціональної активності органів і систем енергія утворюється внаслідок біологічного окиснення, при цьому важливу роль відіграє надходження кисню в організм, транспортування його до клітин та інтенсивність утилізації. Виражене порушення забезпечення організму киснем після обширних хірургічних втручань з приводу МПР голови та шиї обґрунтовує доцільність призначення ГБО в ранньому післяопераційному періоді. Слід наголосити, що в кожній конкретній ситуації питання щодо призначення ГБО вирішують індивідуально, зважаючи на стан пацієнта, вираженість супутніх захворювань. Проти-

показаннями до проведення сеансів ГБО були:

- наявність порожнин в легенях, бронхоплевральні нориці — в 1 (4,5%);
- порушення прохідності слухових труб — в 1 (4,5%);
- гостра респіраторна вірусна інфекція — у 2 (9,1%);
- епілептичні напади в анамнезі — в 1 (4,5%);
- клаустрофобія — в 1 (4,5%);
- підвищена індивідуальна чутливість до кисню — в 1 (4,5%);
- інтенсивний біль у вухах (під час першого сеансу) — у 8 (36,4%);
- серцево—судинні захворювання, тяжка гіпертонічна хвороба — у 7 (31,8%).

На тлі проведення сеансів ГБО значно зменшилася задихка у спокою та під час фізичного навантаження — у 32 (84,2%) з 38 пацієнтів, у яких такі скарги були перед операцією. У 9 хворих при виникненні миготливої аритмії після операції застосування ГБО сприяло відновленню синусового ритму, збільшенню ударного й серцевого індексів. При використанні кисню під високим тиском збільшувався діурез, що дозволяло зменшити дозу сечогінних засобів. Завдяки усуненню регіонарної гіпоксії до закінчення курсу ГБО стан хворих покращувався, зменшувався індураційний набряк шкіри, швидше епітелізувалася рана поверхня. Особливої уваги заслуговує вивчення впливу ГБО на попередження та лікування такого післяопераційного ускладнення, як фаринго— та оростоматоз. Зокрема, таке ускладнення виникло в 11 (17,2%) пацієнтів, в тому числі у 4 (9,5%) — основної групи та у 7 (31,8%) — групи порівняння. В основній групі у 3 (75%) хворих це були фарингокутанні нориці (за класифікацією Funk [7]), які під впливом консервативної терапії та чергових сеансів ГБО закрились самостійно у середньому через (14 ± 3) доби. У групі порівняння такі нориці виникли у 4 (57,1%) хворих.

У пацієнтів при злоякісних новоутвореннях ротової порожнини та гортанної частини глотки часто спостерігають супутнє ураження

травного каналу. Виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, ерозивний гастрит діагностовані у 24 (37,5%) хворих. Доцільність проведення сеансів ГБО зумовлена можливістю зменшити тяжкість регіонарної гіпоксії слизової оболонки органів гастродуоденальної зони, що особливо важливо після операції [8].

Проведення оксигенотерапії сприяло усуненню клінічних проявів кандидозу на тлі протигрибкової терапії швидше, ніж у пацієнтів групи порівняння. Так, у 2 пацієнтів основної групи відзначали повну санацію патологічного вогнища вже на 3—ту добу лікування.

Ще одним важливим аспектом успішного ведення раннього післяопераційного періоду у хворих з пухлинами голови та шиї є адекватне нутритивне забезпечення. З 39

(60,9%) пацієнтів, яким проводили ЕХ в межах, наближених до енергетичної добової норми з розрахунку 120—210 кДж/кг на добу [9], ускладнення загоєння операційної рани виникли у 3 (7,7%); з 25 (39,1%) пацієнтів, які систематично та повною мірою не харчувались в силу певних обставин — у 8 (32%). У таких пацієнтів після операції відзначали формування стом, розходження швів, збільшення тривалості зондового харчування. Пацієнтів без ускладнень через (14 ± 2) доби переводили з зондового харчування на звичайний спосіб прийому їжі.

ВИСНОВКИ

1. Раціональна ІТ в ранньому післяопераційному періоді забезпечує успіх у лікуванні хворих з приводу МПР голови та шиї.

2. Включення ГБО в комплекс лікувальних заходів після операції сприяє позитивній динаміці клінічних проявів, зменшенню частоти післяопераційних ускладнень, підвищенню ефективності хірургічного лікування хворих з приводу МПР голови та шиї.

3. Збалансоване ЕХ через назогастральний зонд є важливою складовою ведення пацієнтів після операції з приводу МПР голови та шиї.

4. Різниця частоти утворення оро— та фарингостоми та їх характеристики у хворих залежно від застосування ГБО потребує детального подальшого вивчення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Andre—Levigne D, Modarressi A, Pignel R, et al. Hyperbaric oxygen therapy promotes wound repair in ischemic and hyperglycemic conditions, increasing tissue perfusion and collagen deposition. *Wound Repair Regen.* 2016;6(3):1—32.
2. Johnston BR, Ha AY, Brea B, et al. The mechanism of hyperbaric oxygen therapy in the treatment of chronic wounds and diabetic foot ulcers. *R I Med J.* 2016;99(2):26—9.
3. Гриневич В, Успенський Ю. Клиническая и метаболическая эффективность полного перорального питания сбалансированной смесью Берламин Модуляр у больных некоторыми заболеваниями органов пищеварения. *Клиническое питание.* 2003(1):12—5.
4. Heidegger CP, Darmon P, Pichard C. Enteral vs. parenteral nutrition for the critically ill patient: a combined support should be preferred. *Curr Opin Crit Care.* 2008;14:408—14.
5. Bishop S, Reed WM. The provision of enteral nutritional support during definitive chemoradiotherapy in head and neck cancer patients. *J Med Radiat Sci.* 2015;62(4):267—76.
6. Yan X, Zhou FX, Lan T, et al. Optimal postoperative nutrition support for patients with gastrointestinal malignancy: a systematic review and meta — analysis. *Clin Nutr.* 2016;12(1):123—8.
7. Villares CM, Pomar P, Iglesias MC, et al. Predictive biochemical indicators of a postlaryngectomy pharyngocutaneous fistula: a clinical study. *Acta Otorhinolaringol Esp.* 2005;56:140—4.
8. Tra WM, Spiegelberg L, Tuk B, et al. Hyperbaric oxygen treatment of tissue—engineered mucosa enhances secretion of angiogenic factors in vitro. *Tissue engineering Part A.* 2014;20(9—10):1523—30.
9. Davies AR. Practicalities of nutrition support in the intensive care unit. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2007;10:284—90.

