

Винахід відноситься до медицини, а саме, до оториноларингології, і може бути використаний при лікуванні осіб літнього (60-75 років) віку, хворих раком гортані III ступеня.

Відомі способи комбінованого лікування хворих раком гортані III ступеня, які полягають у проведенні основної операції в обсязі субтотальної резекції гортані (передньої, бічної, передньо-бічної, циркулярної, задньо-бокової) з наступним курсом променевої терапії в загальній дозі 6-7 тис. рад і на останньому етапі - пластичної реконструкції резектованої гортані різними матеріалами (шкірно-м'язовими шматками, філатовським стеблом, трахеальним шматком, м'язами шиї, слизової оболонки гортаноглотки, серединною фасцією шиї, ауто- чи гомохрящевим трансплантатом, гетерохолодокісткою та ін.) [1].

Однак перераховані вище способи лікування мають ряд недоліків, тому що вони характеризуються:

високою технічною складністю виконання пластичних операцій;

частотою неспроможності пластичних втручань по реконструкції гортані в зв'язку з використанням гістологічно різноманітного матеріалу, який зазнав післяпроменевої зміни, що вимагає проведення повторних операцій;

необхідністю використання для запобігання післяопераційних ускладнень надто дорогих препаратів (антибактеріальних, протизапальних, імуномодулюючих, що поліпшують трофічні процеси в тканинах і т.д.).

Усі перераховані недоліки вищезазначених способів комбінованого лікування рака гортані III ступеня найбільш виражено виявляються при лікуванні пацієнтів літнього віку, тому що геронтологічні особливості організму людини у віці 60 років і більше характеризуються різким зниженням здатності тканин до регенерації, зменшенням загальної і місцевої імунної реактивності й ослабленням компенсаторних механізмів відновлення акта ковтання і мовотворення [2].

Таким чином, загальним недоліком усіх зазначених способів комбінованого лікування рака гортані III ступеня є неможливість проведення їх в пацієнтів літнього віку, у зв'язку з чим їхнє застосування при раку гортані обмежено віковим цензом. Тому на сьогоднішній день тактика лікування літнього віку хворих раком гортані III ступеня передбачає в абсолютній більшості випадків застосування ларингектомії, що веде до стійкої інвалідності, з наступною променевою терапією.

Відомий також спосіб комбінованого лікування рака гортані, узятий нами як прототип [3].

До недоліків цього способу, крім перерахованих вище, відносяться:

велика кількість ускладнень запального характеру після проведення субтотальної резекції гортані у зв'язку з неминучим ушкодженням стравохідних шляхів, що обумовлює первинне інфікування операційної рани;

«важке» загоєння післяопераційної рани, оскільки вона містить у собі дуже різноманітні по морфологічній будові, біологічним, реактивним і репаративним характеристикам тканини (шкіру, підшкірну жирову клітковину, міжфасціальні зкупчення жирової клітковини, фасції, м'яза, хрящі різної будови - гіалінові і фіброзні, - підслизовий шар і слизову оболонку, покриту як миготливим, так і плоским епітелієм);

проведення реконструктивної операції після курсу променевої терапії, що обумовлює прямі ушкодження шкіри шиї (дегенеративні зміни, порушення судинної і внутрішньотихорецької проникності, зниження місцевої імунної резистентності і здатності до фізіологічної регенерації, грубе рубцювання) і в більшості випадків супроводжується післяпроменевими епітеліітами і дерматитами значної поширеності, глибини і ступеня виразності, що об'єктивно змушує збільшити терміни періоду збереження планової ларингостомії і відкласти проведення пластичної операції.

Таким чином, основним недоліком способу-прототипу є використання як пластичного матеріалу шкірних покривів шиї, що утворюють стінки планової ларингостомії, тобто того анатомічного субстрату, що у першу чергу піддається запальним ускладненням після основної операції і впливу, що ушкоджує, променевої терапії. У наслідок цього шкірні шматки найчастіше виявляються неспроможними при реконструкції гортані.

Найбільш сильні зміни шкірних стінок планової ларингостомії в процесі комбінованого лікування рака гортані відбуваються в пацієнтів літнього віку в силу об'єктивних причин - вікової інволюції захисних і адаптаційних механізмів. Таким чином, даний спосіб малоефективний для лікування літнього віку хворих раком гортані III ступеня.

В основу винаходу поставлена задача створення способу комбінованого лікування рака гортані III ступеня в осіб літнього віку, у якому забезпечується підвищення ефективності лікування і скорочення післяопераційних ускладнень за рахунок нормалізації місцевого гомеостазу і поліпшення регенерації тканин.

Поставлена задача досягається тим, що в спосіб комбінованого лікування літніх осіб, хворих на рак гортані III ступеня, який включає субтотальну резекцію гортані з формуванням планової ларингостомії, променеву терапію по радикальній програмі і реконструкцію гортані шкірними шматками, додатково, відповідно до винаходу, на всіх етапах лікування використовують лікувальний гель «Гирудон» у вигляді апікацій на шкірні стінки ларингостомії і шкіру передньої поверхні шиї 2-3 рази в день.

Спосіб здійснюється в такий спосіб: з першого ж дня після субтотальної резекції гортані і до виписки хворого зі стаціонару двічі в день роблять перев'язки, під час яких після санації планово сформованої ларингостомії і навколишніх її тканин на шкірні стінки ларингостомії і шкіру передньої поверхні шиї рівномірно наносять «Гирудон» - 0,5% гель з екстрактом медичної п'явки. Аналогічні апікації препарату «Гирудон» проводять тричі в день під час проходження всього курсу променевої терапії (безпосередньо перед сеансом, після нього і на ніч). Після реконструктивної операції двічі в день гелем «Гирудон» обробляють післяопераційну ділянку.

Гель «Гирудон» з натуральної сировини - медичної п'явки (*Hirudo medicinalis*) - затверджений Фармакологічним комітетом МОЗ України 06.03.98. (реєстраційний номер 470/A).

Препарат «Гирудон» є натуральним лікарським засобом, основним діючим компонентом якого служить збалансований комплекс біологічно активних речовин секрету слинних залоз *Hirudo medicinalis*: гирудин, гиалуронидаза і колагеназа, ліпіди, інгібітори трипсину і химотрипсина, гістамноподібна речовина, бделіни і егліни, брадикініни, апіраза, простагландини і фібринолізуєчий фермент дестабілаза. У клінічній практиці застосовується у вигляді 0,5% гелю.

"Гирудон" сповільнює згортання крові, перешкоджає тромбоемболоутворенню і забезпечує тромболізис, володіє протизапальною і протиопіковою дією, поліпшує мікроциркуляцію, підвищує стійкість тканин до різних ушкоджень, поліпшує показники фагоцитозу. Препарат володіє бактерицидною і навіть бактеріостатичною дією, впливаючи на

стінку судини, полегшує доставку в тканини різних речовин, стимулює білковий обмін у тканинах, робить місцевий анальгезуючий ефект [4].

У результаті застосування даного способу комбінованого лікування рака гортані III ступеня в літніх осіб вдається скоротити кількість і тривалість ускладнень хірургічного і променевого лікування і створити умови для ефективної реконструкції резектованої гортані з задовільним відновленням усіх її функцій, що дозволяє уникнути повного видалення гортані. Тим самим розроблений спосіб дозволяє поліпшити якість життя літніх хворих на рак гортані III ступеня.

Приводимо приклади конкретного виконання способу:

Приклад 1.

З історії хвороби №2773

Хворий Б., 63 років, надійшов у ЛОР-клініку 01.02.00. у зв'язку з захворюванням гортані 3 32.1. T3N0M0, станом після комбінованого лікування, ларингостомою.

З анамнезу: при первинній госпіталізації в підставі гортанної поверхні надгортанника з переходом на обидві вестибулярні складки гортані (більше ліворуч) визначалася туморозна пласко-тканина з ділянками некрозу. Відповідь патогістологічного дослідження №46798-9 від 18.12.00: пласкоклітинний неороговеваючий Сг.

22.12.00. була зроблена фронтальна субтотальна резекція гортані. Плин післяопераційного періоду без особливостей, одержував антибактеріальну терапію, знеболюючі препарати. Щодня проводилися перев'язки, під час яких двічі в день на шкіру стінок ларингостоми і прилягаючої області наносили гель «Гирудон». Протягом 8 днів знаходився на зондовому харчуванні. Запальної реакції, зон некрозу в післяопераційній області не відзначено. На 13 добу після операції був виписаний з відділення під спостереження ЛОР-лікаря за місцем проживання і для проходження курсу променевої терапії в онкологічному диспансері за місцем проживання.

Протягом місяця проводилася променева терапія (сумарна доза 6 тис.рад), з обов'язковими щоденними аплікаціями гелю «Гирудон». Відзначалася неясна гіперемія шкіри навколо ларингостоми, відсутність її інфільтрації.

При надходженні: загоєння ларингостоми повне, без грубих фляків і зон некрозу. Шкіра стінок ларингостоми і навколишньої області не інфільтрована, звичайного кольору, ділянок мокнотія, мацерації, ущільнення не виявлено. Гортань деформована попередньою операцією, реактивні післяпроменеві явища відсутні, черпаловидні хрящі рухливі. Подих через ларингостому задовільний. При ковтанні періодично в дихальні шляхи попадає рідка їжа. Мова нерозбірлива.

03.02.01. зроблено пластику ларингостоми шкірними шматками. В процесі операції відзначені нормальний тургор і еластичність шкіри, відсутність «спаяності» її з навколишніми тканинами.

У післяопераційному періоді одержував антибактеріальну терапію, перев'язки з використанням «Гирудона». На 7 добу зняті шви. Загоєння повне, первинним натягом. Шви реконструйованої гортані заможні, реактивні післяопераційні явища вщухли.

До моменту виписки подих через природні шляхи задовільний, при ковтанні зрідка в гортань попадає вода, мова значно більш виразна.

Спостерігається протягом 2,5 років. Функції гортані задовільні. Ознак рецидиву захворювання немає. Прикладі.

З історії хвороби №27577

Хворий Г., 64 років, надійшов у ЛОР-клініку 19.12.99. у зв'язку з захворюванням гортані 3 32.0, T3N0M0, станом після комбінованого лікування, ларингостомою.

З анамнезу: при первинному звертанні ларингоскопічне визначалося - вхід у гортань вільний, слизова оболонка гіперемійована. Передні відділи правої голосової складки з поширенням на передню комісуру туморозно змінені, рухливі. Голосова щілина звужена, але достатня для задовільного подиху в спокої. Голос хрипкий.

Діагноз верифікований: патогістологічний висновок №21026 (біопсія зроблена за місцем проживання) - пласкоклітинний ороговеваючий Сг з високим ступенем диференціації, ділянками некрозу.

21.10.99. була виконана передньобічна субтотальна резекція гортані з накладенням планової ларингостоми.

У післяопераційному періоді одержував антибактеріальні і знеболюючі препарати, щодня проводилися перев'язки з використанням гелю «Гирудон». На 8 добу вилучений носотравовідний зонд. Шви з рані зняті на 7 добу. На 14 добу після операції виписаний з відділення під спостереження ЛОР-лікаря за місцем проживання і для курсу променевої терапії.

Протягом місяця проводилася променева терапія (сумарна доза 6,5 тис.рад), з обов'язковими щоденними аплікаціями гелю «Гирудон». Відзначалася незначна сухість шкіри навколо ларингостоми.

При надходженні: загоєння ларингостоми повне, без грубих фляків і зон некрозу. Шкіра стінок ларингостоми і навколишньої області звичайного фарбування і тургору, інфільтрації її не виявлено, ушкоджень не визначається. Гортань деформована попередньою операцією, реактивні післяпроменеві явища відсутні, лівий черпаловидний хрящ рухливий. Подих через ларингостому задовільний. При ковтанні в дихальні шляхи попадає невелика кількість рідкої і твердої їжі. Мова нерозбірлива.

23.12.99. зроблено пластику ларингостоми шкірними шматками. У післяопераційному періоді одержував антибактеріальну терапію, перев'язки з використанням «Гирудона». На 7 добу зняті шви. Загоєння повне, первинним натягом. Шви реконструйованої гортані заможні, реактивні післяопераційні явища стихли.

До моменту виписки подих задовільний, при ковтанні зрідка в гортань попадає вода, мова значно більш виразна.

Спостерігається протягом 3,5 років. Мова розбірлива, акт ковтання відновився цілком. Подих задовільний. Ознак рецидиву захворювання немає.

Таким чином, пропонується спосіб комбінованого лікування літніх хворих раком гортані III ступеня завдяки застосуванню гірудотерапії забезпечує:

виражений протизапальний ефект на першому етапі - після субтотальної резекції гортані (шляхом придушення активності трипсину і химотрипсина, бактерицидного і бактериостатического впливу, поліпшення фагоцитозу);

зменшення виразності і поширеності променевого ушкодження тканин (шляхом поліпшення мікроциркуляції, нормалізації білкового обміну і підтримки місцевого гомеостазу) на етапі променевої терапії;

гарне приживлення пластичних шматків на етапі реконструктивної операції (шляхом поліпшення мікроциркуляції, реологічних властивостей крові, трофіки тканин і нормалізації білкового обміну).

Дослідження показників напруги кисню в тканинах методом полярографії підтвердило високу ефективність гелю «Гирудон» на всіх етапах комбінованого лікування хворих раком гортані: воно зберігається на фізіологічному рівні відновлюється до нормальних цифр під час курсу фармакогірудотерапії.

У результаті на всіх етапах комбінованого лікування рака гортані вдається значно зменшити або цілком запобігти виникненню і розвитку типових ускладнень хірургічної і променевої терапії. Застосування гірудотерапії морфологічно і функціонально створює умови для заможної пластики резектованої гортані шкірними шматками, що, у свою чергу, забезпечує відновлення дихальної, мовної і розділювальної при акті ковтання функцій гортані.

Гель «Гирудон» має приємний запах, м'яку консистенцію, легко наноситься на шкіру і добре переноситься пацієнтами. Побічних дій препарату не відзначено. Протипоказанням до його використання можуть бути захворювання системи гомеостазу з гіпокоагуляційним синдромом (гемофілія, геморагічний васкуліт, тромбоцитопенічна пурпура).

Здійснення пропонованого способу лікування не вимагає додаткової апаратури і може бути впроваджене в практику онкологічних і ЛОР-стаціонарів без додаткових економічних витрат.

Джерела інформації.

1. С.Н.Тымчук. Реконструктивно-восстановительная хирургия гортани. -Харьков, «Основа», 1997.
2. Гериатрия (учебное пособие). Под ред. Д.Ф.Чеботарева. - М., «Медицина», 1990.
3. С.Н.Лапченко, В.В.Рево, А.А.Чесноков. Реконструкция гортани после субтотального ее удаления. - М., «Медицина», 1987.
4. К.Г.Селезнев. Лечение пиявками в домашних условиях. - СПб, «Нева», 2003.