## Прогностические факторы при лечении больных злокачественными опухолями головы и шеи

Чиж Г.И.
*Научно-исследовательский институт онкологии, Ростов-на-Дону*

В настоящее время для лечения злокачественных опухолей применяют лучевое, хирургическое, комбинированное, комплексное воздействие с использованием химио- и гормонотерапии, а также нетрадиционные виды терапии с применением магнито- и гипертермии, низкочастотного ультразвука, криогенного влияния и др.

Если при злокачественных опухолях головы и шеи разработаны и внедрены в широкую практику адекватные, стандартные методы лучевого, хирургического, комбинированного и комплексного лечения, то наличие регионарных метастазов, имеющих, как правило, одинаковую гистологическую структуру с первичной опухолью, в значительной степени осложняет течение заболевания и ухудшает его прогноз.

При верификации первичного опухолевого процесса различных локализаций обычно выявляются одно- или двусторонние регионарные метастазы в лимфатических узлах шеи. Добиться стойкого излечения метастазов плоскоклеточного рака с помощью лучевой терапии, как правило, не удается. Поэтому при комбинированном лечении путем облучения и хирургического вмешательства в той или иной последовательности, производят удаление первичного очага и регионарных метастазов (если они имеются) одновременно или только первичной опухоли при их отсутствии.

В настоящее время общепринятыми видами операций при поражении регионарных шейных лимфатических узлов является операция Вакаха, верхнее и полное фасциально-футлярное иссечение Клетчатки шеи, операция Крайля.

Если метастазы в лимфатических узлах ограниченно подвижны, то облучение перед операцией обычно приводит к уменьшению объема узлов и более легкому их удалению. При спаянности опухолевого узла со стенкой внутренней яремной вены или общей сонной артерии радикализма и абластики вмешательства удается добиться резекцией пораженной вены и денудации или «раздевания» пораженной части артерии путем отслойки адвентиции, если это возможно и удаления ее вместе с опухолью.

Таким образом, в настоящее время совершенно ясно, что успех лечения и прогноз заболевания больных опухолями головы и шеи зависит не только от элиминации первичного очага, но и своевременного удаления метастазов в регионарных лимфатических узлах шеи.

## Сочетанное применение активного дренирования и перитонеального лаважа - диализа с целью коррекции гомеостаза при распространенном гнойном перитоните

Шапошников В.И.
*Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар*

Для коррекции гомеостаза при распространенном гнойном перитоните были разработаны методы перитонеального диализа и активного дренирования брюшной полости.

Перитонеальный диализ выполняется с использованием жировых эмульсий, которые в конце операции вливаются в брюшную полость (или автоклавированный рыбий жир - 80 - 100 мл, или липофундин-500 мл). Метод предусматривает чередование капельного и струйного введения различных растворов. В качестве базисной диализирующей жидкости используется 1,5% раствор хлорида натрия, при этом через каждые 4 часа капельного и непрерывного поступления данного раствора в брюшную полость, переходят на струйное вливание в указанной последовательности: вначале 0,25% раствор новокаина (до 250 мл), фурацилина (до 500 мл) в смеси с 3% раствором перекиси водорода (до 100 мл), 5% раствор глюкозы (до 500 мл), то есть в это время осуществляется лаваж этой полости. На введение всех перечисленных выше растворов обычно уходит 15 - 25 минут. Как только прекращается вытекание последней порции 5% раствора глюкозы, опять приступают к капельному введению 1,5% раствора поваренной соли. Вливание всех растворов производят или через продольно-сквозные перфорированные трубки с очистным устройством в просвете в виде бусинки (размер ее чуть меньше диаметра трубки), или через три дренажные трубки, введенных в оба поддиафрагмальные в подпеченочное пространства. Диализат выделяется через трубки диаметром 1 см, которые расположены в малом тазу и в левом боковом канале. Продолжительность лаваж - диализа от 2 до 5 суток - до появления стойкой перистальтики кишечника. Во время каждого цикла лечения производят контроль за объемом введенной и выведенной жидкости (чтобы не допустить скопления растворов в брюшной полости) - диализата должно быть больше влитой жидкости.

Активное дренирование брюшной полости проводят путем ритмичного раздувания (частота нагнетаний воздуха 18 -22 в одну минуту, на одну емкость - перчатку 300-350 см3, давление на вдувании - 28 см водного столба, на декомпрессии - 0) 2 - 4 резиновых перчаток, введенных в брюшную полость через боковые контрапертуры пальцевыми выступами вовнутрь брюшной полости. Мимо перчаток вводятся трубки с множеством боковых отверстий, которые служат для оттока гноя из брюшной полости. В просвет каждой перчатки вставляют плотные трубки, вокруг которых при помощи крепких ниток осуществляют герметизацию пространства внутри перчаток. Данные трубки предназначены для раздувания перчаток. Для этой цели используется дыхательный аппарат (например, РО-6-03), шланги которого через переходники соединяют с трубками. Длительность процедуры - до стой-

кого восстановления перистальтики кишечника (2 - 3 суток). Во время акта внутрибрюшного раздувания резиновой емкости-перчатки происходит: 1) компрессия и декомпрессия органов и тканей в брюшной полости, 2) выдавливание из брюшной полости экссудата через перфорированные трубки, 3) перемещение влитой жидкости во все пространства и карманы этой полости, 4) пассивное перемещение кишечного содержимого в оральном и аборальном направлениях, что способствует его отделению через зонды, 5)предотвращение спаяния тонкой и толстой кишок между собою и со стенками полости. Во время лечения вводили до 2 литров плазмы.

Описанные способы лечения были применены у 70 больных с распространенным гнойным перитонитом, имевших тяжелую степень токсемии (шоковый индекс достигал 2,0), из которых умерло 20 пациентов (28,6%). Различные послеоперационные осложнения (в основном, нагноение раны) были отмечены у 24 выживших больных (48%). Специфические осложнения, обусловленные методикой лечения, не наблюдались.

## Прокоагулянтная активность крови у больных хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

Широков В.Ю., Киричук В.Ф., Костин А.Ю.
*Государственный медицинский институт, Саратов*

У больных при заболеваниях пародонта процесс гемокоагуляции нарушен (Иванов В.С., Беликов П.П., 1985; Беликов П.П., 1986; Мингазов Г.Т., Файзуллина Д.Б., Аминова Э.Т., 2001; Киричук В.Ф., Широков В.Ю., 2003; Киричук В.Ф., Лепилин А.В., Апальков И.П., Деревянченко И.А., 2003). Однако данные литературы о характере изменений в процессе свертывания крови противоречивы, и у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с заболеваниями желудочно-кишечного тракта не изучены.

Цель настоящего исследования – изучение особенностей коагуляционного звена системы гемостаза у больных хроническим генерализованным пародонтитом при сочетании с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Проведенные исследования показали, что у указанной группы больных коагуляционные свойства крови нарушены: происходит статистически достоверное укорочение времени свертывания крови, активированного парциального тромбопластинового времени, тромбинового времени, уменьшение уровня фибриногена в крови, падение активности антитромбина III при отсутствии статистически значимых изменений в величине протромбинового индекса. Представленные данные свидетельствуют о том, что происходит активация прокоагулянтного и угнетение антикоагулянтного звеньев коагуляционного механизма системы гемостаза с возникновением синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Это сопровождается увеличением содержания в крови маркеров ДВС-синдрома – растворимых фибрин-мономерных комплексов. Наиболее выражены указанные изменения в показателях коагуляционного механизма системы гемостаза у больных хроническим генерализованным пародонтитом при сочетании с эрозивным гастродуоденитом, хроническим и неспецифическим язвенным колитом.

Степень нарушений в процессе свертывания крови и выраженности диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови у больных хроническим генерализованным пародонтитом зависит от фазы обострения и периода ремиссии, длительности и степени тяжести сопутствующего заболевания.

Выявленные изменения в прокоагулянтной и антикоагулянтной активности крови могут приводить к нарушению микроциркуляции и гемореологии у больных с указанной патологией и способствовать развитию патологического процесса как в тканях пародонта, так и слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта.

## Морфометрические параметры тимуса в условиях раневого процесса, озонотерапии и действия низкочастотного ультразвука

Широченко С.Н., Путалова И.Н.
*Омская медицинская академия, Омск*

Теоретические основы клинической лимфологии пока недостаточно разработаны, с этих позиций особого внимания заслуживает вилочковая железа, от состояния которой во многом зависят защитные реакции организма в целом. В эксперименте на белых крысах-самках линии Wistar были исследованы морфометрические параметры основных структурных компонентов тимуса в послеродовом периоде, в условиях искусственной родовой травмы и лечении ее традиционными методами и с использованием озона, либо низкочастотного ультразвука.

Установлено, что общая площадь сечения тимуса на 5 сутки родовой раны промежности имеет самые наименьшие значения по сравнению со всеми сериями опыта, что расценивается как следствие акцидентальной инволюции органа. В дольках доминирует корковое вещество, в результате К/М индекс равен 6,87+0,19. К 10 суткам общая площадь железы увеличивается в 9 раз, происходит это, главным образом, за счет доли мозгового вещества, которое занимает в этот период третью часть общей площади (на 5 сутки – десятую), К/М индекс уменьшается до 1,84+0,01. На 5 сутки течения раневого процесса в условиях традиционных методов лечения в 2 раза увеличивается площадь соединительнотканного компонента железы (капсулы, трабекул), что, видимо, связано с общим эндотоксическим отеком стромы. При лечении раневого процесса низкочастотным ультразвуком общая площадь тимуса на 5 и 10 сутки меняется незначительно. Доля коркового вещества на 10 сутки на 16% меньше таковой в группе с традиционными методами лечения, К/М индекс на 5 сутки достигает контрольных показателей (1,86), а на 10 сутки меньше таковой на 80% (1,35). При озонотерапии динамика общей площади тимуса соответствует контролю, а абсолютные значения ее и на 5, и на 10 сутки меньше кон-