

Міністерство охорони здоров'я України
Національна Академія медичних наук України
ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
Українське наукове медичне товариство оториноларингологів
Департамент охорони здоров'я Одеської обласної державної адміністрації
Одеський Національний медичний університет
Одеське обласне товариство оториноларингологів

ХІІІ З'їзд оториноларингологів України

20-22 вересня 2021 р.

Одеса – 2021

Редакційна колегія

Академік НАМН України, проф. Д.І. Заболотний (відповідальний редактор); доктор медичних наук М.Б. Самбур; доктор медичних наук, професор С.М. Пухлік; доктор медичних наук, професор О.М. Борисенко; доктор біологічних наук, професор С.В. Верьовка; доктор медичних наук, професор Д.Д. Заболотна; кандидат біологічних наук А.Ф. Карась; доктор медичних наук, професор Е.В. Лукач; доктор медичних наук В.І. Луценко; доктор медичних наук, професор О.Ф. Мельников; доктор медичних наук В.М. Писанко; доктор медичних наук, професор Т.А. Шидловська; Т.Ю. Холоденко (відповідальний секретар).

Адреса редакції: 01680, м. Київ, вул. Зоологічна, 3, тел. +38 044 483 12 82

Підписано до друку 10.09.2021 р.

Зам. 9-1000. Формат 60x84/8. Тираж 1400 прим.

Виготовлено ФОП Чудутова Г.Ю.

ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ТА ОСНОВНІ ВИДИ ПОВЕРХНЕВИХ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ЗОВНІШНЬОГО НОСА

Актуальність. Новітній розвиток медицини спонукає постійне удосконалення методів діагностики, лікування та профілактики злоякісних захворювань з урахуванням вимог доказової медицини. Сьогодні, не дивлячись, на удосконалення методів діагностики і лікування абсолютна частота смерті від плоскоклітинного (ПК) раку зберігається. Тому все ж таки важлива діагностика на ранній стадії розвитку пухлини.

Відомо, що злоякісне ураження шкіри голови і шиї можуть розвинути в будь-якому місці шкіри людини в результаті дії шкідливих факторів. В результаті дії цих факторів злоякісні пухлини можуть розвинути в будь-якому компоненті шкіри (епідермісі, дерми або суміжних структурах) зовнішнього носу. Дані вітчизняних і зарубіжних авторів свідчать, що рак шкіри зовнішнього носу виникає на тлі передпухлинних і фонових станів.

Перші історичні дані причин і клінічних проявів плоскоклітинного раку шкіри відносяться ще до 1775 року, коли англійський лікар Персиваль Потт описав клінічну картину раку мошонки у лондонських сажотрусів, тобто в результаті дії пічної сажі на шкіру. Таким чином, робота П. Потта є першою по виявленню хімічного канцерогенна.

Шкіра обличчя (зовнішнього носа) є відкрита зона для шкідливої дії ультрафіолетового сонячного опромінення (УСО) або штучної інсоляції, а також дії хімічних агентів (контакт з сажею, сіркою, дьогтем та інші пролонговані дії хімічних агентів). Слід підкреслити шкідливу дію термічних факторів та фізичних подразнень, які також призводять до малігнізації. Особливу роль останніми роками відводять техногенним (наслідки з агрохімікатів), які також сприяють збільшенню як числа запальних так і онкологічних захворювань. Відомо, що пестициди мають широкий спектр дії на організм людини і, зокрема, комплексом різних видів біологічної активності – цитогенетичною, канцерогенною, тератогенною, ембріотоксичною та ін. З точки зору доказової медицини ультрафіолетове опромінення (УО) є відповідальним за ініціацію і пухлинної прогресії актинічного кератозу у плоскоклітинний рак шкіри («так званий каскад розвитку раку шкіри»). УО є індуковане пошкодження ДНК і супресія протипухлинного імунітету. Сьогодні це основна причина розвитку раку шкіри обличчя. Морфологічні види раку шкіри зовнішнього носу (обличчя).

Останнім і головним методом діагностики захворювання шкіри обличчя і тулубу є морфологічне дослідження і в деяких випадках імуногістохімічне. Відомі три найбільш розповсюджених злоякісних пухлин. З них дві, які виникають з базального шару епідермісу – базальноклітинний (БК) і плоскоклітинний (ПК) рак шкіри обличчя та тулубу. Третя – злоякісна меланома з клітин меланоцитів, які розташовані в епідермісі (в верхньому шару шкіри). Перебіг базальноклітинного раку залежить від форми росту. Клінічно спостерігаються різні форми, з різним перебігом: узлуваті, поверхневі, мультицентричні і склеродерміформні форми. Узлуваті і поверхневі форми зустрічаються частіше, клінічно протікають із злоякісними ознаками, але мультицентричні і склеродерміформні протікають відносно доброякісно. Базаліому (базальноклітинний рак) деякими дерматологами оцінюється, як доброякісна пухлина. За даними літератури і наш досвід свідчать, що базальноклітинний рак не дає регіональне і віддалене метастазування. Однак, (базаліома) базальноклітинний рак володіє повільним і обмеженим ростом, але локально протікає з деструкцією тканин, дає поверхневу інвазію, володіє інфільтруючим зростом і локально рецидивує. Тому у всьому світі відносять базаліому до злоякісних пухлин, трактується як базальноклітинний рак і хірургічне лікування проводиться за стандартами радикалізму.

Відомі синоніми плоскоклітинного раку: (сквамозноклітинна карцинома, плоскоклітинна епітеліома, епідермічний рак, спиноцелюлярний рак), які зустрічаються у літературі. Плоскоклітинний рак поділяється на чотири види, які відзначаються літерою G, яка відображає диференційовку пухлини. Так, G1 – високодиференційований рак; G2 – помірнодиференційований рак; G3 – низкодиференційований рак і G4 – недиференційований рак. За Європейським та регіональними протоколами, G1 і G2 не залежно від форми росту підлягають на першому етапі – хірургічному лікуванню.

Таким чином, питання ранньої і сучасної діагностики злоякісних новоутворень зовнішнього носа є актуальними тому, що діагностування на пізніх стадіях розвитку раку потребує розширеного хірургічного втручання з формуванням дефектів, що призводить до низької якості життя та виживаності хворих.

Висновки. Злоякісні пухлини шкіри зовнішнього носа можуть розвинути в результаті дії провокуючих факторів та пролонгованої їх дії (шкідливих агентів), так як зовнішній ніс є відкритою зоною. І тому своєчасне звертання людини до лікаря на ранній стадії розвитку змін шкіри зовнішнього носу це життєва необхідність, для того щоб своєчасно провести адекватне обстеження,

спостереження і при необхідності лікування. Для зменшення кількості злоякісних пухлин шкіри потрібно проводити профілактику, яка полягає в уникненні людиною надмірного навантаження фізичних (УФ-опромінення від сонця і штучної засмаги), хімічних (контакт із сажею, з сіркою, смолами, дьогтем та миш'яком) та термічних агентів, що призводять до малігнізації пухлинного процесу.

© С.М. Пухлік, А.Ф. Євчева, І.Е. Чернишева, 2021

С.М. ПУХЛІК, В.В. КОЛЕСНІЧЕНКО (ОДЕСА, УКРАЇНА)

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ВИКОРИСТАННЯ ТРАНКСАМОВОЇ КИСЛОТИ ПРИ ВИКОНАННІ ТОНЗИЛЕКТОМІЇ

Рецидивуючий тонзиліт одне з найпоширеніших ЛОР захворювань. Тонзилектомія, як метод хірургічного лікування пов'язана з крововтратою та супроводжується частими періопераційними кровотечами. Частота ускладнень може сягати 10%. Для контролю кровотеч доцільне використання гемостатичної терапії. Різноманітність існуючих сьогодні гемостатичних препаратів досить невелика. На даний момент перспективними для активного вивчення і подальшого використання відносно покращення гемостазу є препарати з групи інгібіторів фібринолізу.

Найбільшу активність серед препаратів цієї групи має синтетичне похідне амінокислоти лізин – транексамова кислота. Антифібринолітична дія транексамової кислоти полягає в оборотньому блокуванні ділянок зв'язування лізину на молекулі плазміногену. Транексамова кислота сьогодні досить широко використовується для зменшення крововтрати при операціях у кардіохірургії, ортопедії та травматології, урологічних операціях та при кесаревому розтині. На даний час продовжують активно проводитися дослідження відносно ефективності застосування розчину транексамової кислоти у ЛОР спеціальності, зокрема при виконанні тонзилектомії.

Ми провели огляд досліджень, що були опубліковані за останні роки в цій області. У рандомізованому контрольованому дослідженні, проведеному в 2011 році George A, Kumar R та співавторами, одноразове внутрішньовенне введення транексамової кислоти в дозі 10 мг / кг в предопераційному періоді асоціювалося з меншою крововтратою (36,64 мл) в порівнянні з контрольною групою (66,32 мл). У подвійному сліпому рандомізованому дослідженні проведеному в Бразилії в 2012 році Brum M та співавторами, в якому 95 дітей перенесли

тонзилектомію, автори дійшли до висновку, що транексамова кислота у дозі 10 мг / кг до операції не давала значного зниження крововтрати під час операції, а також зменшення частоти вторинних кровотеч протягом 10 днів після операції. Широкий системний огляд та метааналіз застосування транексамової кислоти при тонзилектомії, проведений Chan CC, Chan YY в 2013 році підтвердив, що використання транексамової кислоти достовірно зменшувало крововтрату під час операції, але не виявив будь-якого зниження частоти епізодів кровотеч після тонзилектомії. За даними дослідження, проведеного Robb PJ та Thorning G в 2014 році в Англії, периопераційне застосування транексамової кислоти в одноразовій дозі 10 мг / кг може знизити частоту первинних кровотеч після тонзилектомії. Результати цього дослідження вказують на потенційну користь і необхідність великого проспективного багаточетрового рандомізованого контрольованого дослідження. На даний час не існує досить чітких вказівок відносно дози, яку рекомендовано застосовувати в періопераційному періоді. У дослідженні 2018 року Saad D Elzayat та Ahmed S Elgebaly отримали позитивні результати відносно зменшення обсягу крововтрати при використанні транексамової кислоти за розрахунком 15 мг / кг при тонзилектомії у педіатричній практиці. Публікація Koizumi M та співавторів за 2019 рік, що відображає результати дослідження, проведеного в Японії з використанням даних ретроспективної когорти з 117 598 пацієнтів 750 лікарень, які перенесли тонзилектомію в період між 2010 і 2016 роками, вказала на відсутність достовірних відмінностей в об'ємі крововтрати і частоті післяопераційних кровотеч при використанні транексамової кислоти.

Також є дані щодо аплікаційного використання транексамової кислоти.