

НИИ онкологии
им. проф. Н. Н. Петрова,
Минздрава РФ,
Санкт-Петербург;
Санкт-Петербургский
государственный
медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова

СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ: УХОД ЗА ОПУХОЛЕВОЙ ЯЗВОЙ

Д-р мед. наук В. М. Моисеенко, д-р мед. наук проф. О. Н. Волков

Наличие опухолевой язвы у больных РМЖ утяжеляет клиническую картину заболевания и помимо физических страданий, сопровождается тяжелыми психологическими переживаниями и приводит к социальной изоляции больной.

Изъязвление кожи у больных раком молочной железы может быть следствием прямого распространения первичной опухоли или трофических изменений над быстро растущими внутрикожными или подкожными метастазами. Обычно появление этого симптома сопровождается некрозом тканей с неизбежным инфицированием и последующим образованием зловонных кровоточащих опухолевых язв с обильным отделяемым.

Появление изъязвлений значительно утяжеляет клиническое течение заболевания в связи с:

- интоксикацией вследствие всасывания продуктов распада и воспалительного процесса;
- анемии той или иной степени, обусловленной постоянной кровопотерей;
- неприятным плохо контролируемым запахом, исходящим от больной;
- необходимостью многократных перевязок в течение суток.

Все это, помимо физических страданий, сопровождается тяжелыми психологическими переживаниями и приводит к социальной изоляции больной. Ситуация может усугубляться тем, что указанная картина возможна и у больных с относительно доброкачественным течением опухоли, т. е. когда имеется только растущая в молочной железе опухоль или изолированное метастатическое поражение кожи и мягких тканей. При этом клиническая картина может развиваться годами, принося невероятные страдания пациентам.

Изъязвления могут быть и у больных с системными проявлениями метастатического рака молочной железы. Эти больные, естественно, имеют прогноз значительно хуже, однако также страдают от опухолевой язвы и нуждаются в помощи.

В целом частота появления этого симптома колеблется в широких пределах и, по разным статистическим данным, изъязвление опухолевых узлов развивается у 18,6-50 % больных.

Клиника

У больных, помимо местных проявлений опухолевой язвы, могут быть симптомы общей интоксикации вследствие всасывания продуктов распада и воспаления (лихорадка, слабость, снижение аппетита, недомогание), а также симптомы, обусловленные анемией (слабость, снижение работоспособности, бледность кожных покровов и слизистых оболочек).

При лабораторном исследовании могут выявляться: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ, снижение уровня гемоглобина и числа эритроцитов.

Лечение

Основным способом лечения опухолевых изъязвлений кожи, как впрочем, и поражений других локализаций, является противоопухолевая терапия. При этом обычно с этой целью используются как системные (химиотерапия, гормонотерапия), так и местные воздействия (операция, лучевая терапия, местное применение цитостатика милтефофина). Понятно, что клинический результат с эпителизацией язвы и полным или частичным исчезновением проявлений опухоли зависит только от эффективности этих методов лечения. И именно эти методы должны применяться у всех больных (если нет противопоказаний), включая санитарные операции.

Вместе с тем, не следует забывать и о симптоматическом лечении пациентов, которое облегчает клинические проявления опухолевого процесса. Последнее крайне важно, так как позволяет избежать социальной изоляции больной, особенно в тех случаях, когда с помощью основного лечения удастся добиться только стабилизации процесса.

Симптоматическое лечение опухолевых изъязвлений предполагает:

- 1) лечение основных проявлений язвы:
 - воспаление,
 - кровотечение,
 - неприятный запах;
- 2) профилактику их развития.

В случае *выраженной интоксикации* с лихорадкой, обильным гнойным отделяемым из язвы, выраженной гиперемией окружающих тканей и болевым синдромом лечение следует начать с антибактериальной и дезинтоксикационной терапии. При выборе антибактериальных препаратов следует учитывать, что гноеродная и гнилостная флора опухолевых язв, как правило, характеризуется резистентностью к обычным антибиотикам, поэтому предпочтение следует отдавать препаратам (или их комбинации) с широким спектром действия (как на грамположительную и грамотрицательную аэробную, так и на анаэробную флору), вводимым парентерально. Для этой цели могут использоваться цефалоспорины III-IV поколения (цефтазидим, цефепим) в монорежиме или в комбинации с аминогликозидами, а также препараты с широким спектром активности: тикарциллин+клавулановая кислота, карбапенемы – меропенем или имипенем.

Необходимо выполнять посевы из раны для бактериологического исследования и определения чувствительности флоры к антибактериальным препаратам.

Антибактериальная терапия должна сочетаться с достаточно активной инфузионной терапией (трансфузии изотонического раствора натрия хлорида и раствора глюкозы - 1000-1500 мл/сут).

При наличии чувствительности флоры к антибактериальным препаратам уже через несколько дней лечения наблюдается улучшение самочувствия, уменьшение признаков интоксикации и отделяемого из язвы. Если речь идет о первичной больной (ранее не получавшей химиотерапии), то это оптимальное время для начала активной противоопухолевой терапии. Это связано с тем, что, к сожалению, полностью элиминировать гноеродную и гнилостную флору из язвы практически невозможно, так как опухоль продолжает расти и из-за плохого кровоснабжения постоянно происходит гибель клеток, которые являются прекрасной средой для развития микроорганизмов. Поэтому вышеуказанный симптоматический эффект практически всегда бывает временным. Однако, как показывает опыт, если с помощью, например, химиотерапии удастся добиться выраженного регресса, то обострения воспалительного процесса в опухолевой язве не происходит.

Больные с опухолевыми язвами требуют постоянно-го местного ухода:

- очищение язвы от некротических масс,
- обработка антисептиками.

Очищение язвы от некротизированных тканей производится *механическими, химическими и ферментными методами*.

Механический метод предполагает удаление из язвы некротических масс с помощью хирургических инструментов, промывание струей изотонического раствора натрия хлорида или антисептика и прикладывание на 2-3 ч салфетки с гипертоническим раствором или

присыпание сахарной пудрой, которая действует в данном случае как гипертонический раствор. Если язва не очень глубокая, то можно без боязни рекомендовать большой обычный душ, который позволяет также достаточно эффективно очищать язву.

Химический метод основан на использовании 3% раствора водорода пероксида который, интенсивно разлагаясь, выделяет кислород с образованием пены и одновременно удаляет некротизированные ткани. С этой же целью может также использоваться 0,1-0,5% раствор калия перманганата.

Ферментный метод основан на использовании протеолитических ферментов (химотрипсин кристаллический, химопсин), которые разрушают некротизированные ткани и очищают язву. Для этого рекомендуется 25-50 мг химопсина растворить в 10-50 мл 0,25% раствора новокаина и прикрывать язвенную поверхность на несколько часов салфеткой, смоченной раствором фермента.

Эти три метода удаления некротических масс следует чередовать или применять одновременно постоянно или до полного очищения язвенной поверхности.

На втором этапе, после удаления участков некроза и очищения язвы от отделяемого, необходима обработка язвенной поверхности антибактериальными препаратами. Для этой цели предлагается использовать антибиотики, однако это не всегда бывает эффективно, так как они легко могут инактивироваться белками. Большинство врачей рекомендуют использовать различные антисептические растворы (0,05-0,1% хлоргексидина, 2-4% борной кислоты, 0,05-0,1% этиакринида лактата, 0,02% фурацилина, 1% иодиола, 1% спиртового хлорофиллипта). Антисептики необходимо чередовать из-за "привыкания" к ним флоры. Крайне *нежелательно* использовать мазевые составы до полной очистки язвы, так как мазь, создавая пленку, нарушает дренаж отделяемого из раны.

Большой популярностью у практических врачей пользуются также различные присыпки, которые бывают достаточно эффективными. Присыпки, как правило, включают несколько антибактериальных препаратов и сорбирующие вещества. В качестве примера можно привести прописи нескольких присыпок:

Rp: Ac. borici 10,0
Ac. salicylici 5,0
Zinci oxydati 25,0
Talcii puri 50,0
M.f. pulv.
D.S. Присыпка

Rp: Dermatoli 10,0
Zinci oxydati 20,0
Talcii puri 30,0
M.f. pulv.
D.S. Присыпка

Rp: Laevomycetini 10,0
Ac. borici 10,0
Xeroformii 30,0
Glucosae ad 100,0
M.f. pulv.
D.S. Присыпка

Присыпки наносятся на марлю и прикладываются к

опухолевой язве после удаления некротизированных тканей и обработки её антисептиками.

Перевязка завершается закрытием язвы несколькими слоями стерильной марли или детскими подгузниками (в случае обильного отделяемого). Они прекрасно впитывают отделяемое из язвы. Могут использоваться также так называемые влажновысыхающие повязки с антисептиком.

Время следующей перевязки зависит от количества раневого отделяемого. При этом перевязка должна производиться не менее 1-2 раз в сутки.

Кровотечение, помимо воспаления, является важнейшей проблемой симптоматического лечения этих больных. Кожа передней грудной стенки и молочная железа - достаточно хорошо васкуляризованные зоны, и нам известны случаи фатальных кровотечений из опухолевых язв. Кроме того, немалой проблемой является анемия, которая усугубляет тяжесть состояния и требует иногда гемотрансфузий. Последние, как правило, невозможны в наших условиях амбулаторно, а к госпитализации подобных больных, к сожалению, относятся негативно. Поэтому основные усилия практических онкологов должны быть направлены на профилактику анемии у больных с кровотечением из опухолевой язвы.

Небольшие венозные и капиллярные кровотечения могут легко останавливаться раствором водорода пероксида, давящей повязкой и/или гемостатической губкой. При более интенсивных, повторяющихся кровотечениях рекомендуется выполнение санитарной мастэктомии, даже если имеются метастатические очаги другой локализации.

С целью уменьшения травматизации легкокровотокающих изъязвлений больной рекомендуют избегать физического раздражения этой области (давление, трение), температурных колебаний и химических раздражителей (пот, отделяемое из язвы, раздражающие препараты).

С целью профилактики железодефицитных состояний целесообразно использовать поливитаминные комплексы с добавками, необходимыми для полноценного кроветворения (фероглобин-В₁₂, ферретаб, ферринат) или препараты железа (сульфат железа + аскорбиновая кислота, гемофер пролонгатум 1 драже г 1 раз в день натощак; феррум лек 2-4 мл внутримышечно в течение 10 дней).

Другой важной проблемой является *неприятный за-*

пах, который обычно сопровождает образование опухолевой язвы. Причем интенсивность запаха может быть такой, что находиться с больной в одном помещении очень тяжело. Как уже указывалось, нередко это является причиной того, что такие больные избегают общения и самоизолируются.

Появление запаха связано с особенностями микрофлоры опухолевых язв, которые плохо аэрируются и содержат большое количество некротических тканей. Опухолевая язва, помимо гноеродной флоры, содержит некоторые возбудители гнилостной инфекции. Среди них могут быть: *Bac. subtilis*, *Bac. mesentericus*, *Proteus vulgaris* и другие. Они вегетируют в каждой гноящейся ране, не нарушая течения раневого процесса и даже способствуя освобождению раны от погибших тканей. Однако в условиях опухолевой язвы с плохой аэрацией и обилием некротизированных тканей, а также сниженными иммунными возможностями организма у онкологической больной эти микробы могут проявлять и патогенные свойства.

Белковые молекулы в аэробных условиях подвергаются глубокому распаду с образованием множества промежуточных и конечных продуктов. В анаэробных условиях, напротив, образуется меньше продуктов гниения, но они более токсичны. Появление гнилостного запаха обусловлено жизнедеятельностью гнилостных микроорганизмов, которые разрушают серу, содержащуюся в белках, до сероводорода и веществ меркаптанового ряда.

Для уменьшения запаха рекомендуется:

- частые перевязки с удалением некротизированных тканей и противовоспалительными мероприятиями;
- периодически после перевязки на 15-20 мин язву закрывать слоем марли, на которую наносятся молочно-кислые пищевые продукты (ацидофилин, кефир, йогурт). При этом в язву попадают молочно-кислые бактерии вместе с продуктами жизнедеятельности, обладающими бактерицидными и бактериостатическими свойствами;
- орошение язвы хлорофиллиптом;
- использовать в помещениях освежители воздуха и емкости, заполненные слоем активированного угля.

Проведение подобной симптоматической терапии, как правило, бывает достаточно эффективным, по крайней мере, позволяет несколько улучшить качество жизни больной и помогает ей справиться с создавшимся положением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Большая медицинская энциклопедия/ Гл. ред.: акад. Б. В. Петровский. - М.: Медицина, 1977. - Т.6. - С. 206-208.
2. Гершанович М.Л., Пайкин М.Д. Симптоматическое лечение больных злокачественными новообразованиями в далеко зашедших стадиях. - М.: Медицина, 1980. - 200 с.
3. Лебедев М.Н. Микробиология. - М.: Медицина, 1969. - 391 с.
4. Billing J. A. *Fungating tumors and ulcerated wounds// Outpatient Management of Advanced Cancer.* - Philadelphia: J.B. Lippincott Co., 1985. - P.103-105.
5. Foltz A.T. *Nursing care of ulcerating metastatic lesions //Oncology Nursing Forum.* - 1980. - vol: 7(2); 8-13 - p. 1980.
6. *Skin Integrity Changes Secondary to Cutaneous Metastases (PDQ®).* Supportive Care - Health Professionals. Date Last Modified: 02/2000.