

ПРИМЕНЕНИЕ КРИОХИРУРГИИ В ОНКОЛОГИИ

Ханевич М.Д., Вашкуров С.М., Семенов А.В., Анисимова А.В.

Городской клинический онкологический диспансер, Санкт-Петербург.

В настоящее время все более широкое применение находит метод вымораживания опухолей различной локализации. В литературе опубликованы самые разнообразные показания для его использования, что в большей степени связано с различной профилизацией онкологических отделений и учреждений.

Для криодеструкции мы использовали аппарат криохирургический «КРИО-МТ». Основные характеристики аппарата: время непрерывной работы аппарата от одной заправки жидким азотом объемом 10 л не менее 120 мин; интервал регулирования температуры от 0 до минус 180 °С; время охлаждения аппликатора до заданной температуры не более 5 мин. У аппарата имеется возможность программирования необходимых значений температуры, времени криовоздействия, скорости отогрева. В оснащение «КРИО-МТ» входят разнообразные по форме и размеру аппликаторы, позволяющие производить криовоздействие в многих анатомических областях.

Криовоздействие выполняли с использованием следующих параметров: диаметр аппликатора – 30 - 50 мм; длительность воздействия 3 - 15 мин; рабочая температура – минус 180 °С; расчетный объем замороженной зоны ~ 60 - 100 см³; контроль зоны заморозки – визуальный; отогрев аппликатора автоматический; отогрев зоны криовоздействия – самопроизвольный. Параметры подбирались с учетом локализации и характера опухоли, ее размеров. Контроль объема промороженной ткани был расчетным и визуальным.

Данный метод применялся при лечении 25 больных.

При опухолях поджелудочной железы, с целью купирования болевого синдрома, криовоздействие выполнено у 6 больных. У 4-х пациентов опухоль локализовалась в теле поджелудочной железы, у одного в хвосте, еще у одного – занимала тело и хвост поджелудочной железы. У 4 больных во время операции были наложены обходные анастомозы. У большинства больных был достигнут стойкий обезболивающий эффект.

У 2-х больных после выполнения резекций (панкреатодуоденальной и дистальной субтотальной), с целью повышения радикальности операции, произведено вымораживание тканей ложа части удаленной железы.

При ограниченном количестве метастазов в печени (от 1 до 3), их криодеструкция выполнена у 5 больных. Описываемый метод также успешно применен у пациентки с множественными гемангиомами печени.

В трех случаях метод применен при опухолях ободочной кишки. У 2-х пациентов в связи с недостаточной уверенностью радикальности удаления опухолей и распространением ткани опухоли на забрюшинное пространство. У одной больной произведена криодеструкция оставшейся части опухоли с локализацией в передней брюшной стенке.

В одном случае криодеструкция использовалась с целью увеличения радикальности операции при удалении одиночного метастаза забрюшинного пространства.

При опухолях кожи и мягких тканей различных областей криодеструкция применена у 6 пациентов. У 2-х больных были множественные поражения базальноклеточным раком кожи туловища. У одного имелась базалиома крыла носа. Длительность заживления под струпом составила от 15 до 25 дней.

У пациента с рецидивом рабдомиосаркомы криовоздействие было проведено перед ее иссечением. Основная цель состояла в повышении абластичности операции. В дальнейшем больному потребовалось выполнение свободной аутодермопластики. Произведен контроль гистологических и гистохимических исследований из 12 точек раневой поверхности. Рецидива опухоли не выявлено.

Криохирургическое saniрующее лечение также было использовано у пациента с множественными транзиторными внутрикожными метастазами меланомы и больного с рецидивом опухоли перианальной области. В последнем случае проводилось многоэтапное криохирургическое воздействие со значительным уменьшением опухолевой массы.

В одном случае криодеструкция использовалась с целью увеличения радикальности операции при удалении одиночного метастаза забрюшинного пространства.

У пациента с плоскоклеточным раком губы, имеющего тяжелую сопутствующую патологию, криодеструкция позволила радикально избавиться от существующей опухоли

Результаты применения метода криодеструкции показали, что в ряде случаев он может являться методом выбора лечения онкологических больных, особенно это касается лиц с запущенными опухолями.

Хорошие результаты могут быть получены, при использовании криодеструкции в ниже перечисленных клинических ситуациях. При опухолевых поражениях кожи, слизистых и мягких тканей, когда радикальное иссечение приводит к значительным по протяженности дефектам мягких тканей (опухоли гигантских размеров; множество малых опухолей, расположенных на небольшом расстоянии друг от друга). При опухолях поджелудочной железы с целью купирования болевого синдрома и уменьшение объема опухолевой массы; вымораживания опухолевой ткани оставшейся после различных видов резекций; перед выполнением радикального вмешательства с целью повышения абластики. При опухолях печени или наличии в ней единичных метастатических очагов. При радикальных операциях по поводу опухолевых поражений полых органов живота, когда радикально опухолевую ткань удалить не представляется возможным или имеются сомнения в радикальности хирургического вмешательства. По поводу опухолевого поражения почек, когда очаг не превышает 2 см и располагается в одном из полюсов почки или опухоль локализуется в единственной почке. При опухолевых поражениях предстательной железы, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, а также при наличии тяжелой сопутствующей патологии со стороны жизненно важных органов и систем организма. У гинекологических больных при опухолях шейки матки, вульвы и влагалища; как конечный этап циторедуктивного вмешательства на органах малого таза. При опухолях анальной зоны, когда имеются противопоказания или резистентность к лучевой терапии, а объем хирургического вмешательства имеет ограничения.