

Особенности криодеструкции опухолей кожи кончика и крыла носа

Охотников В.А., Коченов В.И

*ЛОР отделение центральной больницы Горьковской железной дороги,
Нижегородский центр медицинских исследований*

Кожа наружного носа в области кончика и крыльев является одной из самых излюбленных локализаций возникновения разнообразных опухолевых поражений. Хирургическое лечение в этой зоне оставляет весьма грубые рубцы, при необходимости пластического закрытия дефектов возникают большие сложности из-за недостатка свободно перемещаемых тканей в непосредственной близости от этой зоны. Кожа спаяна с очень тонким и нежным хрящевым скелетом. Поэтому повреждающие эффекты хирургического лазера, электрокоагуляции часто оказываются сквозными. Из-за этого же и криодеструкция опухолей в области кончика и крыльев носа несет некоторые особенности методики ее осуществления.

Мы произвели радикальную и косметичную криодеструкцию с отсутствием дефекта и видимого рубца на коже кончика носа более, чем у 200 пациентов с разнообразными доброкачественными новообразованиями, плоскоклеточным раком и базелиомами.

Необходимо подчеркнуть, что стандартная методика криодеструкции с трехкратным повторением циклов глубокого аппликационного замораживания и оттаивания при часто встречающихся фибромах кожи носа с неизменным эпидермисом над ними порой не позволяла полностью охватить весь объем опухоли криодеструкцией. И после отторжения разрушенной ткани, которое чаще всего реализовалось отхождением крионекроза слоями. В средней части оставался фрагмент не полностью разрушенной ткани фибромы, который требовал дополнительно проведения криодеструкции. Поэтому при фибромах необходимо производить криодеструкцию с увеличением количества циклов замораживания–оттаивания патологической ткани до 5 раз, иногда даже 10 по сравнению более легко поддававшимися криодеструкции ангиомами, папилломами, себорейными кератомами, даже плоскоклеточным раком.

Особенностью криодеструкции опухолей на кончике носа являлось и то, что в связи с небольшой глубиной тканей, подлежащих опухоли, близости чувствительной к криодеструкции хрящевой ткани, реализовать обычно принятую криодеструкцию с существенным выходом зоны замораживания за пределы видимого края опухоли, не всегда представлялось возможным из-за риска глубоко повредить здоровые ткани, которые под опухолью со стороны преддверия носа имеют вогнутую в сторону поражения конфигурацию. Поэтому добивались даже при небольших поражениях лишь совпадения

границ зоны замораживания и края опухоли при полном охвате опухоли глубоким охлаждением. Однако дополнительно производили серию аппликаций по внутреннему краю опухоли вокруг нее по периметру с образованием меньших зон обледенения, но с некоторым выходом на здоровые участки, перекрытием этих зон друг другом. А в момент замораживания всего объема опухоли на его «пике» контролировали визуально одновременным осмотром поверхности подлежащих тканей со стороны преддверия носа, констатировали момент появления льда изнутри крыла носа. Ограничивали экспозицию замораживания в каждом цикле этим моментом достижения зоны замораживания внутренней поверхности крыла и кончика носа. Такой прием позволял творчески индивидуализировать процесс криодеструкции и каждого пациента.

Если это диктовала большая распространенность новообразования, на пике роста зоны замораживания со стороны преддверия носа производили контактное согревающее воздействие специальным баллоном, в котором организовывали циркуляцию горячей воды (устройство, сконструированное по принципу «Устройства для теплового воздействия на стенки полого органа», а.с. СССР №1281257, опубл. Б.И. №1, 1987, автор В.И.Коченов). Принцип дополнительного согревающего воздействия при криодеструкции небольших по толщине пораженных тканей с обратной пораженной стороны для защиты от осложнений, отека, сквозного повреждения холодом, вообще может быть реализован при очень многих локализациях патологического процесса в ходе криодеструкции заслуживает дополнительного изучения и компьютерной автоматизации. Ведь дополнительное согревание окружающей не пораженной ткани в конце периода охлаждения ни коим образом не сказывается на качестве криодеструкции основного объема патологического очага, направлено на моделирование зоны замораживания в конце периода ее роста.

При криогенном лечении плоских поражений кожи, имеющих значительную площадь (а для кожи кончика носа значительной вполне может считаться размер уже в 5-6 мм, ведь толщина самой ткани составляет порой 2-3 мм), мы пришли к выводу о целесообразности осуществлять криодеструкцию сначала периферической части опухоли, по периферии, дожидаться эпителизации, а затем разрушать более центральную часть патологической ткани. Причем такой вариант постепенной криодеструкции по принципу сжимающегося кольца мы применяли порой в 3-5 этапов с интервалом между повторными криодеструкциями от 2 недель до 1,5 месяцев. Так удалось без следа и дефектов излечить 3 больных с обширной ринофимой, 8 человек с гемангиомами кожи носа, 4 с базелиомами и 3 с плоскоклеточным раком. Причем у 3 больных со злокачественным процессом имелось сквозное прорастание опухолью тканей кончика носа. Однако принцип постепенного криоразрушения по типу сжимающегося кольца, благодаря пластичности и заместительному принципу заживления криогенных ран, позволил избежать образования косметических дефектов в

области кончика и крыла носа. В этих случаях имеется возможность говорить о применении щадящей косметичной криодеструкции в онкологии при поражениях кончика носа. Понятно, что именно при этой локализации рака косметические характеристика результата наиболее важны.

Перечисленные особенности осуществления криогенного лечения опухолей кожи наружного носа должны оказать помощь специалистам, его использующим, при лечении поражений этой локализации.