

Современные возможности криогенного лечения распространённых форм рака кожи лица

И. Н. Пустынский, В. Л. Любаев, А. И. Пачес, С. И. Ткачев, Т. Д. Таболиновская, С. Б. Алиева, Т. П. Птуха, А. С. Ягубов, Г. А. Бажутова, С. Н. Сланина

Рак кожи является одним из наиболее часто встречающихся видов злокачественных новообразований. Более чем у половины больных опухоль локализуется на лице – области со сложным анатомическим рельефом, имеющей большое функциональное и социальное значение. Сохранение функций и структуры лица при удалении новообразований в этой области имеет очень большое значение для полноценной реабилитации больного и успешности лечения. Криогенный метод позволяет максимально сохранять местные ткани, получать хорошие косметические, функциональные и отдаленные результаты. Известно, что частота рецидивов опухоли при криодеструкции ранних форм рака кожи лица – T₁ не выше, чем при других видах лечения (хирургическом, лучевом) и составляет 1–3%. В то же время очевидны преимущества метода – лечение проводится за один сеанс, малоболезненно, максимально сохраняет здоровые местные ткани и анатомический рельеф, возможно одновременное лечение множественных опухолей и ряд других. В связи с этим криодеструкция рака кожи прочно вошла в онкологическую практику.

Для достижения хороших отдаленных результатов необходимо четко соблюдать разработанные методики криогенного лечения и применять метод по показаниям. Так, при криодеструкции распространенных форм рака кожи лица частота рецидивов опухоли возрастает, что в ряде случаев заставляет отказаться от использования метода в пользу хирургического удаления опухоли с пластическим восстановлением дефекта. Однако косметические и функциональные результаты подобных вмешательств, особенно при локализации опухоли в средней зоне лица не всегда удовлетворительны. Задачей нашего исследования явилась разработка эффективных методик, оценка результатов и определение показаний для криогенного лечения местнораспространенного рака кожи лица.

С 1993 по 2004 гг. в клинике опухолей головы и шеи РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН проходили лечение 123 больных по поводу местно-распространенного рака кожи лица. У 45 больных опухоли соответствовали символу T₂, у 43 – T₃ и у 35 больных – T₄, согласно принятой Международной классификации. Базальноклеточный рак кожи был диагностирован у 67, плоскоклеточный рак – у 56 больных. Криодеструкция опухоли была выполнена у 35 больных, хирургическое удаление опухоли – у 29 больных и у 59 больных был применен крио-лучевой способ лечения.

Криодеструкция опухоли выполнялась по разработанной в клинике методике и включала 3-4-х кратное замораживание опухоли с помощью криогенных аппаратов (КРИО-05), в качестве хладоагента используется жидкий азот. Как правило, применялся способ криоаппликации по принципу перекрывающихся «олимпийских колец» с выходом зоны крионекроза на здоровые ткани. Криодеструкция выполнялась при поверхностных и экзофитных формах опухолей с четкими клиническими границами и без глубокой инфильтрации тканей лица.

Для лечения распространенных инфильтративно-язвенной формы роста опухолей применялся разработанный нами крио-лучевой способ лечения. Крио-лучевое лечение осуществляется следующим образом. Непосредственно перед каждым сеансом облучения производится охлаждение опухоли паром азота с помощью криооросителя до достижения температуры замораживания на границе опухоли и здоровой ткани. Сразу же вслед за охлаждением проводится сеанс лучевой терапии разовой очаговой дозой 2-3 Грея. Крио-лучевое воздействие проводили 5 дней в неделю до суммарной очаговой дозы 60-65 Грей. При лечении плоскоклеточного рака в поле облучения кроме первичной опухоли включали также зоны регионарного метастазирования.

Показанием к хирургическому удалению опухоли являлось поражение костей черепа, инфильтрация тканей глазницы или слухового прохода, поражение околоушной слюнной железы, а также при локализация опухоли в области щеки, лба, подбородочной области, когда имеется возможность широкого иссечения опухоли и одновременного пластического восстановления дефекта без образования грубых рубцов и деформаций лица. Как правило, хирургическое лечение применялось в самостоятельном варианте и не дополнялось проведением лучевой терапии.

Таким образом, каждый из перечисленных методов лечения применялся по показаниям с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента, клинической формы новообразования, его распространенности и локализации.

Рецидивы после лечения возникли у 14 (11,4%) больных, в том числе после криодеструкции у 5 (14,3%), после хирургического удаления опухоли – у 5 (17,2%) больных и у 4 (6,8%) больных после крио-лучевого лечения. Наилучшие косметические и функциональные результаты лечения были отмечены после крио-лучевого метода. Проведение данного вида лечения не вызывало осложнений и было осуществимо даже у лиц пожилого и преклонного возраста, с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний, а также при отказе от хирургического лечения. При крио-лучевом лечении удавалось полностью сохранить сложный анатомический рельеф лица с образованием на месте опухоли малозаметных мягких рубцов, имеющих вид окружающей кожи. Полученные результаты показа-

ли перспективность дальнейшего изучения и использования эффектов сочетанного крио-лучевого воздействия для лечения рака кожи.

Таким образом, криогенное воздействие с успехом может быть использовано при лечении местно-распространенных форм рака кожи лица как в виде криодеструкции опухоли, так и в сочетании с лучевой терапией. Необходимыми условиями эффективного криогенного лечения рака кожи являются соблюдение показаний к применению криодеструкции и крио-лучевого метода в зависимости от клинической формы, локализации и распространенности опухоли, а также наличие технической оснащенности, в частности криогенных аппаратов, гарантированно обеспечивающих требуемые параметры криовоздействия.