

## КРИОДЕСТРУКЦИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ ВЕК

© 2009 М.А. Енгибарян, А.П. Светицкий

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт

Поступила в редакцию 09.10.2009

В отделении «Опухоли головы и шеи» и поликлиническом отделении 47 больным злокачественными опухолями кожи век с T1N0M0 – T2N0M0 (I-II стадии) амбулаторно было проведено криогенное воздействие как альтернатива лучевому и оперативному методам лечения. Полученные результаты показали, что у 39 пациентов с T1N0M0 (I стадия) рецидивов отмечено не было в течение 10-летнего наблюдения. Из 8 пациентов с T2N0M0 (II стадия) у двух имел место продолженный рост через 2 и 5 месяцев соответственно, у одного – рецидив заболевания через 18 месяцев после проведенного лечения. Больным с продолжением роста опухоли осуществили хирургическое лечение, а с рецидивом – повторное криогенное воздействие. В дальнейшем новых рецидивов не наблюдалось. Таким образом, криодеструкция является альтернативным методом лечения злокачественных опухолей кожи век при T1N0M0 – T2N0M0 (I-II стадиях).

Ключевые слова: злокачественные опухоли, кожа век, криодеструкция

При раке кожи в основном поражается область головы (лицевая часть), в связи с чем, при выборе тактики лечения необходимо учитывать не только лечебный, но и косметический результат. Оперативное вмешательство, лучевая терапия и комбинированное лечение, применяющиеся при раке кожи лица, не всегда приводят к успеху. Причиной неполного эффекта может быть как недостаточный радикализм вмешательства из-за опасности травмы окружающих здоровых органов и тканей, так и в связи с расположением злокачественного новообразования на неровной поверхности, где сложно достигнуть равномерного распределения лучевой дозы, в частности в области глаза (глазное яблоко, угол глаза, веки) [4]. При этом хирургическое и лучевое лечение часто исключают возможность сохранения слезоотводящей и защитной функции век, а частота рецидивов после вышеуказанных методов составляет от 3% до 40% [1]. Методом выбора при лечении рака кожи головы, в том числе в области век, является криодеструкция, основанная на разрушающем действии низких температур на биологические ткани. В

результате замораживания происходит механическое повреждение мембран и цитоплазматических клеток образующимися кристаллами льда. Вследствие переохлаждения прекращается кровообращение в замороженной ткани, ведущее к развитию крионекроза [7, 8], являющегося обязательным условием применения криодеструкции. Полный и необратимый некроз заданного объема биологической ткани исключает возможность восстановления жизнедеятельности после оттаивания [6]. Преимуществом криогенного метода лечения является абластичность вмешательства, положительный косметический эффект, возможность применения в амбулаторных условиях даже у пожилых больных, страдающих сопутствующими заболеваниями [2, 3].

В настоящее время в качестве источника охлаждения (хладоагента) используется жидкий азот с температурой  $-196^{\circ}\text{C}$ . Выбор способа криогенного воздействия определяется размерами злокачественного процесса. На опухолевые очаги диаметром до 2,0 см и глубиной инвазии более 0,7-0,8 см криогенное воздействие рекомендуется проводить контактным (аппликационным) способом в виде непосредственной фиксации наконечника криогенного инструмента к опухоли. При наличии распространенных новообразований на поверхности кожи с неглубокой инвазией применяется способ распыления (орошения) хладоагента над опухолью.

Енгибарян Марина Александровна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения «Опухоли головы и шеи». E-mail: don-onco@yandex.ru, rnioi@list.ru

Светицкий Андрей Павлович, кандидат медицинских наук, врач-ординатор поликлинического отделения

**Цель исследования:** возможность использования криодеструкции как альтернативы лучевому и оперативному методам лечения больных с первичными злокачественными опухолями кожи век T1N0M0 – T2N0M0 (I–II стадии).

**Материал и методы.** Нами представлены результаты лечения больных с первичными злокачественными опухолями кожи век без инвазии в склеру, слезное мяско и конъюнктиву глазного яблока, отказавшихся от применения лучевого и хирургического лечения, с 1999 по 2008 гг. включительно.

Больных было 47, из них мужчин – 34 (72,3%), женщин – 13 (27,7%). Возраст пациентов составил от 52 до 83 лет. В зависимости от пола и возраста пациенты были распределены следующим образом (табл. 1). Распределение больных по локализации опухолевого процесса представлено в табл. 2. Диагноз во всех случаях был верифицирован. Базальноклеточный рак был отмечен у 38 (80,8%), плоскоклеточный – у 9 (19,2%) пациентов. По распространенности опухолевого процесса больные распределялись следующим образом (табл. 3).

**Таблица 1.** Распределение больных в зависимости от пола и возраста

Возраст больных	Количество больных	%	Мужчины	Женщины
от 52 до 60	7	14,3	6	1
61 - 70	28	59,5	18	10
71 - 80	9	19,1	7	2
81 - 83	3	7,1	3	-
Всего	47	100	34	13

**Таблица 2.** Распределение больных в зависимости от локализации опухоли

Локализация опухоли	Количество больных	%
верхнее веко	11	23,4
нижнее веко	3	7,1
наружный угол глаза	7	14,3
внутренний угол глаза	26	55,2
всего	47	100

**Таблица 3.** Распределение больных в зависимости от распространенности опухолевого процесса

Морфологическая характеристика опухоли	T1N0M0 (I стадия)	%	T2N0M0 (II стадия)	%	Всего	%
базальноклеточный рак	31	67,1	7	14,3	38	80,8
плоскоклеточный рак	8	16,5	1	2,1	9	19,2

Больные с T3N0M0 – T4N0M0 (III–IV стадии) в связи с распространенностью процесса направлялись в стационар на хирургическое лечение. Для контроля за процессом криогенного воздействия, непосредственно перед замораживанием раствором йода или бриллиантовой зелени намечались центры использования криоинструмента и границы зон предполагаемого некроза. Все больные получили лечение амбулаторно в поликлинике

и отделении «Опухоли головы и шеи» РНИОИ. Большинству пациентов предварительная анестезия не проводилась, у 7 больных с T2N0M0 (II стадия) при наличии болевого синдрома местно вводили 0,5% раствор новокаина или 2% лидокаин. Криогенное воздействие осуществляли в виде нескольких циклов замораживания – оттаивания, продолжительностью 2-3 минуты.

Все больные перенесли криогенное лечение удовлетворительно. Во время проведения криодеструкции и после нее осложнений не наблюдалось. В послеоперационном периоде с целью предупреждения инфицирования очагов замораживания назначалось комплексное противовоспалительное лечение: при необходимости антибактериальная терапия, местно-мазевые аппликации, примочки и т.д.

**Результаты лечения.** У всех 47 больных, подвергнутых криогенному воздействию, наблюдался полный непосредственный клинический эффект. К концу первого месяца происходило отторжение некротического струпа с последующей эпителизацией. Выраженных рубцовых деформаций не было, не считая потери ресниц в случаях локализации опухолей в интермаргинальном пространстве. У пациентов с T1N0M0 (I стадия) продолженного роста и рецидивов не наступило. У двух больных с T2N0M0 (II стадия), у которых соответственно через 2 и 5 месяцев возник продолженный рост, провели оперативное вмешательство. У одного пациента также с T2N0M0 (II стадия) был отмечен рецидив через 18 месяцев после проведенного криогенного лечения. Данному больному провели повторную криодеструкцию, после чего новых рецидивов не наблюдалось.

В качестве иллюстрации приводим следующее клиническое наблюдение.

Б-й Х., 1935 г. рождения. Ист. бол. № 9934/я. Болен с 2000 г., когда отметил появление небольшой язвы в области нижнего века, справа. В 2002 г. было проведено криогенное воздействие. До настоящего времени наблюдается без рецидивов (рис. 1 и 2).



Рис. 1. Б-й Х. Д-з: Базальноклеточный рак кожи нижнего века правого глаза, T2N0M0, St. 2, кл. гр. 2

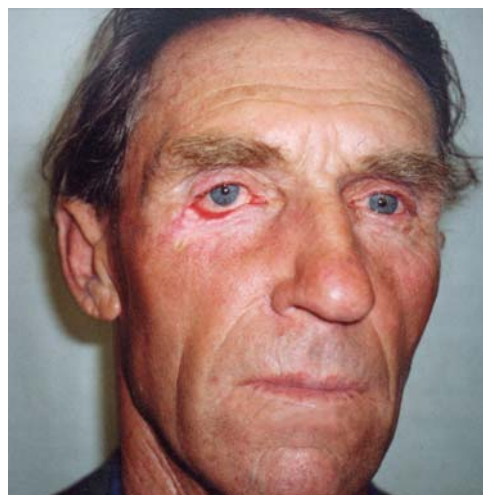


Рис. 2. Тот же б-й через 5 лет после криодеструкции. На месте опухоли – рубец

**Выводы:** полученные результаты свидетельствуют о том, что криогенное воздействие является альтернативой лучевому и хирургическому методам лечения у больных со злокачественными опухолями кожи век T1N0M0 – T2N0M0 (I–II стадии).

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Буйко, А.С. Криогенное лечение злокачественных эпителиальных опухолей кожи век / А.С. Буйко, В.А. Елагина, И.А. Сафроненкова и др. // Медицинская криология. – Н. Новгород, 2003. – Вып. 4. – С. 51-54.
2. Коченов, В.И. Прогресс современной медицинской криологии в России. Международная научно-практическая конференция «Новое в практической медицинской криологии». // Сб. научных трудов. – М., 2004. – С. 9-10.
3. Михайловский, А.В. Криодеструкция рака кожи головы и лица / А.В. Михайловский, А.И. Пачес, В.Л. Любаев и др. // Медицинская криология. – Н. Новгород, 2006. – Вып. 6. – С. 81-83.
4. Пачес, А.И. Опухоли головы и шеи. – М., 2000. – 480 с.
5. Пустынский, И.Н. Современные возможности криохирургического лечения больных опухолями кожи головы и шеи / И.Н. Пустынский, А.И. Пачес, С.И. Ткачев и др. // 1-я Международная научно-практическая конференция «Криохирurgia. Современные методы и инновационные технологии». – Санкт-Петербург, 22 – 23 июня 2007. – С. 33-34.

6. Шенталь, В.В. Криогенный метод лечения рака кожи головы и шеи / В.В. Шенталь, И.Н. Пустынский, Г.В. Голдобенко и др. // Медицинская криология. – Н. Новгород, 2001. – Вып. 1. – С. 192-194.
7. Rubinsky, B. Cryosurgery. // Медицинская криология. – Н. Новгород, 2001. – Вып. 1. – С. 6-44.
8. Sinclair, R. Cryosurgery in dermatology: Treatment of malignant and premalignant skin diseases. // Медицинская криология. – Н. Новгород, 2001. – Вып. 2. – С. 149-177.

## CRYODESTRUCTION AS A METHOD OF CHOICE FOR TREATMENT OF MALIGNANT EYELID SKIN TUMORS

© 2009 M.A. Engibaryan, A.P. Svetitsky  
Rostov Cancer Research Institute

47 patients with malignant eyelid skin tumors T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> (st. I-II) received cryogenic influence as an alternative to radio- and surgical treatment at «Head and Neck Tumors» department and polyclinic department. Subsequent surveillance revealed no recurrences in 39 patients with T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> (st. I) during ten-year observation. 2 of 8 patients with T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> (St. II) had continued tumor growth 2 and 5 months, in 1 case recurrence occurred 18 months after treatment. The patients with continued tumor growth underwent surgical treatment, and the patient with recurrence received repeated cryogenic influence. During subsequent surveillance no new recurrences were observed. Thus, cryodestruction is a method of choice for treatment of malignant eyelid skin tumors T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>-T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> (st. I-II).

Key words: *malignant tumors, eyelid skin, cryodestruction*