

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

Разрешено Минздравом Республики
Беларусь для практического использования

И.о. министра здравоохранения



Л.А. Постоялко

4 июля 2002 г.

Регистрационный № 86-0601

**МЕТОДИКА СМЕШАННОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ИНТРАСТАТОВ ПРИ
ВНУТРИКАНЕВОЙ КОНТАКТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА
ЯЗЫКА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДНА ПОЛОСТИ РТА**

(инструкция по применению)

Учреждение-разработчик: ГУ «НИИ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»

Авторы: Н.И. Океанова, Е.Г. Якубович, Л.А. Фурманчук

[Перейти к оглавлению](#)

ОГЛАВЛЕНИЕ

Показания к применению	3
Перечень необходимого оборудования.....	3
Технология использования метода.....	4

Методика смешанной имплантации интрастатов при внутритканевой контактной лучевой терапии рака языка и слизистой оболочки дна полости рта

Методика смешанной имплантации интрастатов предназначена для проведения внутритканевой контактной лучевой терапии рака языка и слизистой оболочки дна полости рта на дистанционно управляемых шланговых аппаратах.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Рак языка II–III стадий, рак слизистой оболочки дна полости рта II–III стадий.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ

Набор гибких нейлоновых интрастатов диаметром 2 мм (односторонних с глухим запаянным концом и двусторонних, длиной 30 см); металлические иглы-проводники с мандренами диаметром 1,9 мм и длиной 20 см; рентгеноконтрастные пластмассовые кнопки.

ТЕХНОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Методика смешанной имплантации заключается в создании излучающей системы, состоящей из дугообразных и торцевых интрастатов (см. рис.).

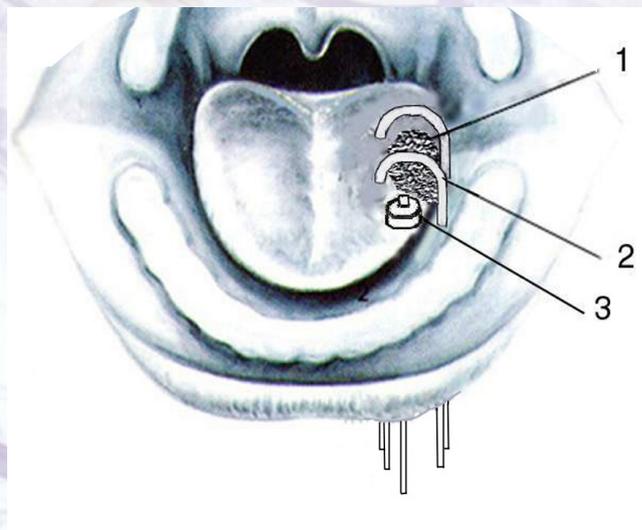


Рис. Схема методики смешанной имплантации:
1 — опухоль; 2 — дуга, сформированная из интрастата; 3 — рентгеноконтрастная кнопка

Имплантацию проводят в условиях операционной под чрезназальным интубационным наркозом с искусственной вентиляцией легких, нейролептаналгезией, последующей тампонадой глоточного пространства, установкой роторасширителя и обработкой операционного поля.

Методика смешанной имплантации интрастатов при внутритканевой контактной лучевой терапии рака языка и слизистой оболочки дна полости рта

Введение интрастатов начинают с задних отделов языка, отступив кнаружи от видимой границы опухоли на 1 см. Под визуально-мануальным контролем, отступив не менее чем на 0,5 см кнутри от границы нижней челюсти, двумя металлическими иглами-проводниками с мандренами последовательно осуществляют пункцию кожных покровов в подчелюстной области на стороне поражения с выколом в области спинки языка. Через ротовой конец металлической иглы после извлечения мандрена проводят специальный гибкий пластмассовый катетер (интрастат) с двумя герметически запаянными концами, имеющими более тонкие ответвления. Один конец интрастата вводят в первую металлическую иглу, другой конец — во вторую. Затем металлические иглы удаляют подтягиванием кнаружи, на их месте остаются гибкие интрастаты, дистальные концы которых выводят в подчелюстной области и закрепляют рентгеноконтрастными кнопками. В полости рта из интрастатов формируют дуги, приподнятые над спинкой языка на 4–5 мм. На вершину каждой дуги накладывают лигатуру с длинными концами для последующего удаления интрастата после курса брахитерапии. Расстояние между дугами должно быть 1–1,5 см.

Для создания адекватного объема облучения при смешанной методике имплантации в мягкие ткани тела языка и дна полости рта вводят также торцевые интрастаты, которые представляют собой гибкие трубки, имеющие с одной стороны тонкий дистальный конец, с другой — рентгеноконтрастную кнопку. Чтобы торцевой интрастат был выше уровня спинки языка на 4–5 мм, до начала имплантации дополнительно нанизывают еще одну рентгеноконтрастную кнопку.

Для постановки торцевого интрастата металлическая игла располагается параллельно дугам с ориентацией в тканях языка во фронтальной плоскости на расстоянии 1–1,5 см от последней дуги, при этом его дистальный конец также выводится наружу и рентгеноконтрастной кнопкой фиксируется к коже. В полости рта под рентгеноконтрастные кнопки подводятся лигатуры с длинными концами, которые выводят наружу и фиксируют к коже щеки пластырем возле угла рта, при этом необходимо следить за тем, чтобы они не были чрезмерно натянуты, так как может произойти смещение интрастатов. Лигатуры служат для удаления интрастатов после завершения курса брахитерапии.

Число используемых интрастатов определяется протяженностью опухолевого процесса. В зависимости от конфигурации опухоли формирование дуг и постановку торцевых интрастатов можно чередовать в произвольном порядке.

Методика смешанной имплантации интрастатов при внутритканевой контактной лучевой терапии рака языка и слизистой оболочки дна полости рта

На следующий день после имплантации концы интрастатов, обращенные наружу со стороны кожи подчелюстной области, вскрывают с помощью острого лезвия и извлекают расположенную внутри его просвета леску. Затем проводят рентгенотопометрическую подготовку, компьютерное планирование сеанса брахитерапии и последующее лечение. При лечении интрастаты присоединяют к аппарату при помощи специальных трубок, обеспечивающих перемещение радионуклида ^{192}Ir к зоне облучения.

После завершения брахитерапии в асептических условиях дистальные концы интрастатов отрезают ножницами на уровне кожи подчелюстной области и элементы излучающей системы последовательно извлекают через полость рта осторожным потягиванием за фиксирующие лигатуры.

Возможные ошибки: неравномерная имплантация гибких интрастатов.

Возможные осложнения: внутритканевая гематома при пункции металлической иглой-проводником кровеносного сосуда, расположенного в мягких тканях в зоне имплантации.

Противопоказания: распад опухоли, кровотечение из опухоли.