

ческого баланса показано проведение плазмафеза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Балин В.Н., Александров Н.М. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. С-Петербург. - 1998. - 436 с.
2. Миронов А.Ю. Неклостридиальная анаэробная инфекция полости рта и ЛОР-органов. Вестник оториноларингологии, 1990, № 6.
3. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. М.: Медицина. - 1985. - 189 с.
4. Becker W., Naumann H.H., Pfaltz C.R. Hals-Nasen-Ohren Heilkunde. Stuttgart-New-York: Georg Thieme Verlag. - 1989. - 646 s.
5. J.Krmpotic-Nemanic, W.Draf, J.Helms. Surgical anatomy of Head and Neck. New York, - 1996. - 436 p.

НОВЫЙ ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ ШЕЙНЫХ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЙ

Мовергоз С.В., Ибрагимов В.Р.

ЛОР-отделение, ООО «Медсервис»
Салават, Россия

Несмотря на успехи в лечении злокачественных опухолей головы и шеи, проблема метастатического поражения зон регионарного лимфооттока при данной локализации остаётся актуальной. Метастазы в лимфоузлы шеи являются наиболее частой причиной гибели пациентов, страдающих раком ЛОР-органов и челюстно-лицевой локализации. Самым надёжным способом профилактики и лечения данной патологии остаётся хирургическое вмешательство [1, 2]. Операции на лимфатической системе у пациентов с опухолями головы и шеи относят к числу широко распространённых и в то же время сложных хирургических пособий. Подобные вмешательства для пациентов, требуют высокой квалификации хирурга [4].

Имея более, чем вековую историю, шейная лимфаденэктомия, была впервые описана американским хирургом G. Crile в 1906 году и подразумевала в себе удаление единым блоком лимфоузлов и клетчатки шеи вместе с кивательной мышцей, внутренней яремной веной, добавочным нервом, подчелюстной слюнной железой и нижним полюсом околоушной слюнной железы зачастую с перевязкой наружной сонной артерии [6]. На протяжении пятидесяти лет это оставалось единственной операцией по удалению метастазов в лимфоузлы шеи. И в настоящее время во многих клиниках подобный объём является «золотым стандартом» в хирургии головы и шеи [1, 2, 3, 4]. В 50-х начале 60-х годов в работах Martin, Suarez, Восса было предложено более щадящее в функциональном плане оперативное вмешательство по удалению лимфоузлов и клетчатки шеи, названное

функциональной шейной диссекцией. При этой операции сохранялась кивательная мышца, внутренняя яремная вена, добавочный нерв [5, 7, 8].

В настоящее время операции на лимфопутях шеи выполняются часто в специализированных клиниках нашей страны и за рубежом. Среди отечественных хирургов, занимавшихся проблемами шейных лимфаденэктомий, следует отметить Пачеса А.И., Фалилеева Г.В., Матякина Е.Г., Ольшанского В.О., и др., [1, 2, 3, 4] Трудami вышеназванных авторов были разработаны: классификация операций, техника, показания к лечебным и профилактическим вмешательствам, описаны возможные осложнения и методы их профилактики. Среди шейных лимфаденэктомий Пачес А.И., (1983-2000 г.г.) выделял: операцию Крайля, фасциально-футлярное иссечение лимфоузлов и клетчатки шеи, операцию Ванаха, а также верхний вариант фасциально-футлярного иссечения лимфоузлов и клетчатки шеи. Следует подчеркнуть, что в настоящее время подобная классификация шейных лимфаденэктомий широко используется в клиниках нашей страны, но не является общепринятой за рубежом, что создаёт сложности в общении между врачами и трудности в оценке результатов лечения больных [2, 3, 10, 11, 12].

С целью объективизации данных в области анатомии и хирургии головы и шеи в 80-х годах прошлого столетия в Мемориальном Онкологическом Центре Слоан Кеттеринг (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York) было предложено разделение лимфатического аппарата шеи на уровни. Согласно данной классификации на шее выделяют шесть уровней. Границами между ними являются основные анатомические образования, с которыми приходится сталкиваться хирургу при выполнении шейной лимфаденэктомии. На рисунках 1 и 2 представлены схемы анатомического деления уровней шеи, широко используемые в зарубежных клиниках [9, 10, 11, 12].

Исходя из чёткого представления об анатомии органов шеи в 1991 году Американской академией оториноларингологии, хирургии головы и шеи была предложена классификация шейных диссекций (лимфаденэктомий), согласно которой выделяют следующие виды данных операций:

1. Радикальная шейная диссекция (radical neck dissection), I-V уровни.
2. Модифицированная радикальная шейная диссекция (modified radical neck dissection), I-V уровни.
3. Селективная шейная диссекция (selective neck dissection):
 - супраомохиоидальная (supraomohyoid type), I-III уровни;
 - латеральная (lateral type), II-IV уровни;

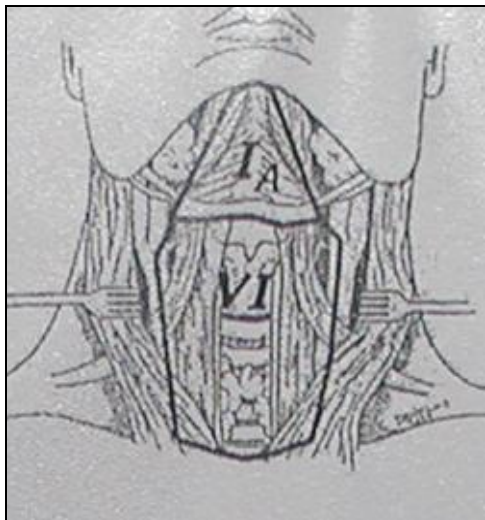


Рис. 1. Уровни шеи, вид спереди.

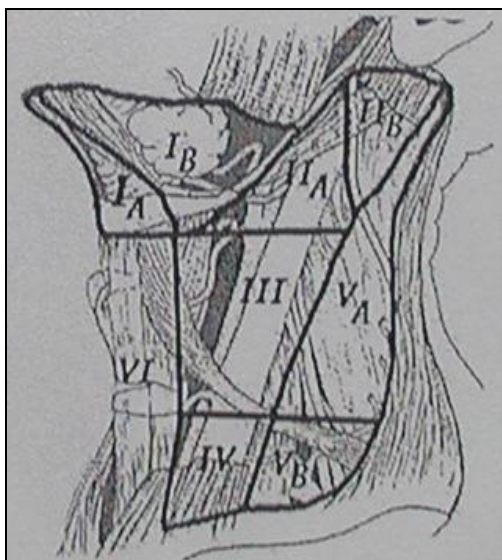


Рис. 2. Уровни шеи, вид сбоку.

- заднелатеральная (posterolateral type), II-V уровни;

- передняя (anterior compartment type), VI уровень.

4. Расширенная радикальная шейная диссекция (extended radical neck dissection), I-V уровни.

В этой классификации наименование радикальная шейная диссекция соответствует операции Крайля. Модифицированная радикальная шейная диссекция подразумевает удаление лимфоузлов всех 5 уровней с сохранением одного или более следующих анатомических образований: добавочный нерв, кивательная мышца, внутренняя яремная вена. Группа селективных шейных диссекций включает в себя супраомохиоидальную, латеральную, заднелатеральную, переднюю шейные диссекции. Подобное разделение является логичным и объясняется различным объемом удаленных уровней лимфоузлов шеи. Под термином расширенная радикальная шейная

диссекция понимается операция, при которой в объем удаляемых тканей входят образования, обычно не резецируемые при радикальной шейной диссекции, а именно: подъязычный нерв, превертебральные мышцы, общая сонная артерия, ретрофарингеальные лимфоузлы [7, 8, 9, 10, 11, 12].

Следует подчеркнуть, что подобное разделение позволяет хирургу четко классифицировать выполненную операцию. В настоящее время многие европейские и американские хирурги выступают за всеобщее использование данной классификации, что способствует лучшему пониманию между врачами, позволит объективизировать накопленный опыт [9, 12].

С 2008 года в клинике ООО «Медсервис» при выполнении шейных лимфаденэктомий используется вышеназванная классификация. Кроме того, врачи лучевой диагностики нашей клиники используют в своей повседневной работе деление лимфоузлов шеи на уровни. Это позволяет при выполнении УЗ-исследования и компьютерной томографии перед операцией четко локализовать подозрительные лимфоузлы, что, безусловно, улучшает согласованность работы врачей различных специальностей.

На наш взгляд предложенная зарубежными коллегами классификация шейных лимфаденэктомий является современной, практичной и заслуживает внимания со стороны отечественных врачей, занимающихся диагностикой и лечением опухолей головы и шеи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Огольцова Е.С. Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей. – М.: Медицина. – 1984. – 223 с.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина. – 1983. – 416 с.
3. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина. – 2000. – 480 с.
4. Погосов В.С. Атлас оперативной оториноларингологии. – М.: Медицина – 1983. – 416 с.
5. Calero C.V., Teatini G. Functional neck dissection: anatomical grounds, surgical technique, clinical observations. // Ann. Otorhinolaryn. – 92:1983 – P. 215-222.
6. Crile G. Landmark article Dec 1, 1906: Excision of cancer of the head and neck. With special reference to the plan of dissection based on one hundred and thirty-two operations. By George Crile. // JAMA. – 1987 Dec 11; 258 (22) – P. 3286-3293.
7. Ferlito A., Rinaldo A. Osvaldo Suarez: often-forgotten father of functional neck dissection. // Laryngoscope. – 2004 Jul.; 114(7). – P. 1177-1178.
8. Gavilan J., Gavilan C., Herranz J. Functional neck dissection: three decades of controversy. // Ann Oto Rhino Laryngol. – 1992 Apr.; 101(4) – P. 339-341.
9. Kus J., Osmolski A., Frenkiel Z., et al. Classification of the neck dissections. // Otolaryngol Pol. – 2000; 54 – Suppl 31 – P. 129-132.

10. Shah J. Patterns of cervical lymph node metastasis from squamous carcinomas of the upper aerodigestive tract. // *Am J Surg.* – 1990 Oct.; 160(4) – P. 405-409.

11. Shah J. Head and neck surgery and oncology. // Mosby, 2003, p. 731

12. Spiro R.H., Strong E.W., Shah J.P. Classification of neck dissection: variations on a new theme. // *Am J Surg.* – 1994 Nov.; 168(5) – P. 415-418.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ КРИОМЕДИЦИНЫ

Силантьев В.А., Мовергоз С.В.
ЛОР-отделение, ООО «Медсервис»
Салават, Россия

Лечебное применение холода известно на протяжении всей истории человечества. Противовоспалительные, стимулирующие иммунную реактивность свойства дозированных холодовых воздействий на организм доказаны исторически. Применение холода для обезболивания при выполнении ампутаций впервые описано в воспоминаниях барона Larrey (1817). В начале 40-х годов Нобелевский лауреат П.Л.Капица в Советском Союзе и Collins в Соединенных Штатах приступили к разработке систем промышленного получения жидкого гелия и водорода. В результате их создания жидкий азот - инертный газ, имеющий температуру - 196 °С, стал просто побочным продуктом производства. Жидкий азот стал основным криогенным агентом в медицине [1, 2, 3, 7].

Современная криохирургия берет свое начало с опубликованной в 1961 году совместной работы американского врача нейрохирурга Irving Cooper и Arnold Lee. Они создали специальное криогенное устройство для криодеструкции мозговой ткани и впервые применили эту технику для разрушения лимбической структуры с целью лечения болезни Паркинсона. Этим они вывели криохирургию за традиционную онкологическую сферу применения. Их криозонд - по существу является моделью всех других криоинструментов, которые были созданы позже [6, 7].

С созданием удобных криохирургических устройств, стали активно осуществлять тонзиллэктомию (П.Г.Рудня – 1969г.). Д.Г. Чирешкин, Б.В. Шаврыгина, Л.М. Никулина, И.И. Потапов позднее стали применять криохирургические вмешательства при фарингитах, папилломах гортани, при операциях на среднем ухе. Однако, радикальные криохирургические операции стали возможными только после 1980 года, когда в основном были завершены фундаментальные исследования в криобиологии и криомедицине. Пожалуй, одной из самой частой патологией ЛОР-органов, с которой встречается врач на приеме в поликлинике, является хронические фарингиты.

Эффективным и малотравматичным методом лечения данного состояния является криотерапия в различных ее вариантах. В последние десятилетия также увеличивается количество лиц, страдающих аллергическим и нейровегетативным ринитом, в лечении которых имеется немало трудностей. Усугубляется положение и тем, что увеличивается количество лиц, страдающих медикаментозным ринитом. Следует подчеркнуть, что криовоздействие в полости носа не сводится к деструкции слизистых нижних носовых раковин как таковой, а является разновидностью регенеративной криотерапии [4, 6, 7].

Совершенно заслужено криодеструкция признана самым физиологическим методом разрушения биологической ткани. Существенным является и тот факт, что нечувствительных к криогенному разрушению форм новообразований в природе не существует. Лечение холодом в онкологии не носит пробного характера, при правильном применении и соблюдении методических требований криодеструкция является полноценным видом лечения новообразований, особенно доброкачественного характера. Криогенный метод создал новые возможности лечения опухолей кожи, в том числе области головы и шеи. Доброкачественные опухоли ушных раковин, лица излечиваются почти всегда. Криохирургия эффективна при радиорезистентных опухолях кожи. Она с успехом применяется у пожилых и престарелых пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Проведение криовоздействия в большинстве случаев не требует анестезии и может выполняться амбулаторно. После криодеструкции регенерация тканей и эпидермизация происходит без образования грубых рубцов и трофических нарушений. Все перечисленное позволило онкологам высказать мнение, что криогенное лечение при опухолях кожи является методом выбора [5].

В данной статье представлен опыт применения криолечения работникам ОАО «Салаватнефтеоргсинтез», жителям города Салавата и близлежащих городов юга Башкортостана за период 1990-2008 г.г. Основные реализуемые нами направления: лечение заболеваний горла и носа, онкология, лечение заболеваний кожи. В МСЧ в настоящее время специальную подготовку имеют три врача. В общей сложности пролечено 7904 пациента. В работе нами использован аппарат КАО-02 – автономного режима работы с оттаивателем наконечника. Данный прибор работает на жидком азоте, имеется восемь различных типов наконечников, изготовлен в Одесском технологическом институте низких температур.

В зависимости от патологии нами преследовались следующие цели лечения: косметический, заживляющий эффект, устранение хронических очагов инфекции, получение стимулирующего эффекта, гипосенсибилизация организма,