

Этим больным на 2-м этапе лечения наряду с операцией на лимфопутях планируется проведение органосохранного хирургического лечения. В контрольную группу включены пациенты с местно-распространенными опухолями орофарингеальной области, которым проводилось комбинированное лечение, включающее типовые операции и послеоперационный курс ДГТ в стандартном режиме.

**Результаты.** С использованием данного комплекса мероприятий пролечено 6 больных (5 мужчин и 1 женщина) с опухолями полости рта и ротоглотки III–IV стадии. У всех пациентов отмечен клинический эффект после проведения 1-го этапа лечения – химиолучевой терапии. В 1 случае наблюдалась лейкопения I степени и нейросенсорные расстройства. У троих из шести пациентов был отмечен польный клинический эффект, и больные наблюдаются в динамике. У остальных больных зарегистрирована частичная регрессия опухоли и метастазов

(до 50 %), что позволило выполнить II этап лечения в объеме органосохранных операций. Проведение неоадьювантной химиолучевой терапии не отразилось на сроках заживления послеоперационной раны.

**Выводы.** Комбинированное лечение с использованием неоадьювантной химиотерапии по схеме РС (Паклитаксел + Карбоплатин) в сочетании с лучевой терапией показало высокую непосредственную эффективность по отношению к опухолям орофарингеальной области. Проведенное лечение позволило в ряде случаев воздержаться от хирургического лечения, а в остальных случаях выполнить органосохранные и функциональнощадящие операции. Внедрение методики комбинированного лечения с предоперационной химиолучевой в сочетании с органосохранными и функциональнощадящими хирургическими вмешательствами представляется необходимым и аргументированным.

## ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ СИГМОРЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ НЕПРЕРЫВНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА

А.В. ШКРАДЮК, Д.А. ЧАЛБАШ

*Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, г. Симферополь*

**Актуальность.** Двухмоментные оперативные вмешательства в хирургическом лечении больных раком прямой и сигмовидной ободочной кишки прочно вошли в арсенал ургентной хирургии и используются у 40–80 % больных с осложнениями в течении заболевания. Наиболее часто выполняется операция обструктивной резекции прямой кишки по Гартману. Несмотря на значительные преимущества подобного оперативного вмешательства, операции Гартмана присущи и недостатки, связанные с наличием функционирующей колостомы и необходимостью ее закрытия оперативным путем. Реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства на левых отделах толстой кишки сопряжены с высоким риском развития ранних послеоперационных осложнений, ве-

дущим среди которых является несостоятельность швов анастомоза, приводящая к развитию общего перитонита у 30–40 % больных. В настоящее время имеется несколько вариантов реконструкции: «ручной» анастомоз между культей прямой кишки и сигмовидной кишкой – сигмоэктальные термино-латеральные и термино-терминальные соустья; анастомоз, выполняемый путем наложения механического шва с использованием сшивающих аппаратов типа АКА, КЦ-28 и др.; низведение ободочной кишки через культю прямой кишки; брюшно-анальная резекция культи прямой кишки с низведением ободочной кишки в анальный канал; илеоколонопластика. Наиболее популярными методами восстановления непрерывности кишечника после операции Гартмана являются

инвагинационный анастомоз по Г.В. Бондарю и сигморектальный анастомоз, накладываемый «бок в бок», однако использование данных методик допустимо при наличии достаточной длины культи прямой кишки, не менее 7–8 см. Альтернативными методами при короткой культе прямой кишки могут быть илеоколонопластика, низведение сигмовидной кишки, использование сшивающих аппаратов, однако эти вмешательства отличаются значительной травматичностью и требуют наличия высокой квалификации хирурга. Таким образом, выбор способа реконструктивно-восстановительного вмешательства является актуальным.

**Результаты.** Нами предложен способ наложения сигморектального анастомоза, который позволяет применить его при «короткой» культе прямой кишки. После лапаротомии, тщательной ревизии органов брюшной полости, разделения сращений, при помощи двух рядов механических швов отсекают сигмовидную кишку от стомы на передней брюшной стенке. Культю прямой кишки выделяют из сращений,

вскрывают просвет, на расстояние будущего анастомоза; при помощи 5–6 отдельных узловых викриловых швов формируют заднюю губу анастомоза, длина лигатур, наложенных на углы будущего анастомоза, должна составлять 40–50 см. Концы лигатур выводят наружу через культю прямой кишки и при помощи 4–5 отдельных узловых викриловых швов формируют переднюю губу анастомоза. Далее, подтягивая за концы выведенных лигатур, инвагинируют сигмовидную кишку в прямую и при помощи П-образных серозно-мышечных швов производят фиксацию анастомоза по всей окружности. Перитонизируют линию анастомоза листком тазовой брюшины, saniруют и ушивают брюшную стенку наглухо с оставлением контрольного дренажа в малом тазу. Выполняют дивульсию ануса по Рекамье–Субботину.

**Выводы.** Выполненное экспериментальное исследование предложенного метода формирования анастомоза показало его техническую простоту и надежность, что позволяет рекомендовать данный способ в клиническую практику.

## МЕТОДИКА СТИМУЛЯЦИИ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОЛОСТИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ

В.И. ШТИН

*ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»*

**Актуальность.** Опухоли полости носа и околоносовых пазух составляют 8–10 % всех опухолей головы и шеи и представляют серьезную проблему для хирургов-онкологов, занимающихся лечением этой сложной патологии. Поражение нескольких анатомических зон, распространение опухоли на соседние структуры, вовлечение в процесс черепно-мозговых нервов, магистральных сосудов, глазницы, полости черепа затрудняют выполнение адекватных хирургических вмешательств с удалением пораженных тканей в едином блоке и ведут к образованию после оперативных вмешательств обширных дефектов, нередко не совместимых с жизнью. Подобные дефекты характеризуют-

ся как сочетанные, так как они, как правило, сквозные, имеют сообщение с полостью носа, носоглотки и полости рта, серьезно деформируют контур лица вследствие утраты костных структур, сопровождаются хроническим инфекционным процессом. Как известно, воспаление, возникающее в слизистой оболочке дыхательных путей, в результате воздействия различных повреждающих факторов, в том числе на фоне инфекционного процесса, хирургической травмы и т.д., является нормальной защитной реакцией, что обычно приводит к уничтожению инфекционного агента, активации процессов регенерации и восстановлению тканей. Однако в целом ряде случаев воспаление выходит за