

6. Barbosa J.F. Tumors of the Mouth // *Surgical treatment of head and neck tumors*. New-York – San-Francisco – London: Grune and Srtatton, 1974. P. 81–117.
7. Ferguson G.B. Experiences in Lateral Pharyngotomy // *Laryngoscope*. 1976. Vol. 86, No. 11. P. 1626–1632.
8. Leither Y.B., Johns M.E. Extended posterolateral pharyngectomy for carcinoma fo the posterior pharyngeal wall // *Am. J. Otolaryngol.* 1982. Vol. 3, No. 6. P. 383–387.
9. Oqura J.H., Marks J.E., Freeman R.B. Results of conservation surgery for cancer of the supraglottis and pyriform sinus // *Laryngoscope*. 1980. Vol. 90, No. 4. P. 591–600.
10. Saetti R. Considerazioni sul trattamento chirurgico dei carcinomi della parete posteriore della faringe // *Descrizione di un caso clinico*. Valsalva. 1975. Vol. 51, No. 4. P. 246–267.
11. Statford F.W., Mathias D.B. Pharyngectomy for postericoid carcinoma with precervation of the larynx (A new technique) // *J. Laryngol. Otol.* 1986. Vol. 100, No. 12. P. 1385–1389.
12. Trotter W. The surgery of the malignant disease of the Pharynx // *Brit. Med. J.* 1926. Vol. 1. P. 296–301.

Поступила в редакцию 15.12.2010.

RESULTS OF MODIFIED OPTIONS FOR LARYNGOPHARYNX RESECTIONS

R.A. Sultanbekov, K.K. Dzhunushaliev, E.S. Aytbaev, L.D. Sushanlo
National Oncology Centre of the Republic of the Kyrgyz Republic
(92 Ahunbaeva St. Bishkek 720064 Kyrgyz Republic)

Summary – The paper describes authors' modified options for laryngopharynx organ-preserving resections. The authors have performed anatomic and topographic studies and operated 44 patients suffering from cancer of laryngopharynx. The developed method allows making neck lymph node dissection and radical primary oncotomy. Now, 25 patients (59%) are alive, 3-year and 5-year survival rates are 74.7±8.3 and 66.5±10.8%, respectively.

Key words: laryngopharynx, cancer, resection, lymph node dissection.
Pacific Medical Journal, 2011, No. 3, p. 88–90.

УДК 617.7-089.28-089.883

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ КУЛЬТИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ИМПЛАНТАТОМ ИЗ ПОЛИТЕТРАФТОРЭТИЛЕНА ПРИ ЗАДНЕЙ ЭВИСЦЕРАЦИИ

Д.В. Григорьев¹, А.Н. Куликов², С.В. Сосновский²

¹ Военно-морской клинический госпиталь Тихоокеанского флота (690005 г. Владивосток, ул. Ивановская, 4),

² Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (194044 г. Санкт-Петербург, ул. Лебедева, 6).

Ключевые слова: глаз, эвисцерация, имплантат тетрафторэтилен.

Описан опыт клинического использования имплантата из политетрафторэтилена для формирования опорно-двигательной культи глазного яблока при задней эвисцерации. Выполнено 20 операций. Срок наблюдения – 36 месяцев. Получены положительные результаты, которые обосновывают целесообразность внедрения предложенного варианта протезирования глаза в клиническую практику.

Достижения офтальмохирургии позволяют не только повысить эффективность лечения заболеваний и травм органа зрения, но и сохранять глазное яблоко в тех случаях, когда ранее это было невозможно. Органосохранная направленность современной офтальмологии ставит вопрос о выборе тактики оперативного лечения патологически измененного и утратившего зрительные функции глаза с целью создания опорно-двигательной культи, отвечающей косметическим требованиям [1–3, 6]. При этом степень медико-социальной реабилитации пациента, утратившего зрительные функции, определяется способом удаления патологически измененных оболочек глазного яблока и типом использованного для формирования опорно-двигательной культи имплантационного материала [7–9].

В.Л. Красильникова, применив офтальмологический имплантат из высокопористой алюмооксидной пенокерамики, показала, что именно эвисцерация задним доступом обеспечивает максимальную подвижность опорно-двигательной культи в 4 основных меридианах [4, 5]. Ю.С. Астахов и В.П. Николаенко в серии экспериментальных и клинических работ доказали высокую биологическую совместимость с

тканями глаза и орбиты имплантата из пористого тетрафторэтилена (ПТФЭ) [1–3, 6].

Цель настоящей работы: клиническое обоснование собственного варианта формирования опорно-двигательной культи глазного яблока, объединяющего два вышеуказанных метода: эвисцерацию задним доступом и применение офтальмологического имплантата из ПТФЭ.

Материал и методы. Прооперировано 20 пациентов (20 глаз). Вмешательство заключалось в удалении внутренних оболочек патологически измененного, нефункционального глаза способом задней эвисцерации и в имплантации в фиброзную капсулу глазного яблока вкладыша из ПТФЭ под общей и местной анестезией. Сформированную опорно-двигательную культи глазного яблока оценивали при помощи биомикроскопии и определения ее подвижности на портативном периметре. Биомикроскопию выполняли с помощью щелевой лампы ШЛ-3Г (Россия). Срок наблюдения – 36 месяцев. Полученные цифровые данные подвергнуты обработке методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Инъекцию конъюнктивы глазного яблока, которая самостоятельно разрешалась на 14,0±2,3 сутки после операции, наблюдали у всех пациентов. Перикорнеальная инъекция, зарегистрированная в 5 случаях, самостоятельно разрешалась на 17,0±3,2 сутки. Хемоз глазного яблока, самостоятельно разрешившийся на 12,0±2,9 сутки, диагностирован у 4 человек. Глубокие новообразованные сосуды роговицы начинали проявляться на 26,0±2,8 сутки после операции у всех пациентов, а поверхностные – к концу

5-го месяца, что постепенно снижало прозрачность роговицы. Признаков нагноения и отторжения имплантата на нашем материале не отмечено.

Подвижность опорно-двигательной культи глазного яблока статистически достоверно не отличалась от объема движений интактных глаз в течение всего срока наблюдения. Так, суммарная подвижность интактных глаз составляла $148,2 \pm 2,8^\circ$, а объем движения культи – $146,6 \pm 3,2^\circ$.

Обсуждение полученных данных. Все клинические проявления острой реакции на хирургическое вмешательство и имплантат полностью разрешились самостоятельно во всех случаях в течение 20 суток. В дальнейшем биомикроскопически отмечали лишь признаки интеграции имплантата и фиброзной капсулы глаза в виде глубокой и поверхностной васкуляризации роговицы. Отсутствие ограничений объема движений имплантата также свидетельствует в пользу предлагаемого варианта опорно-двигательной культи глазного яблока.

В результате имплантации вкладыша в фиброзную капсулу, в ходе которой сохранялась собственная роговица пациента, формировалась объемная поверхность культи, рельеф которой максимально соответствовал нормальной географии передней глазной поверхности. Это создавало предпосылки для косметической реабилитации с помощью роговичной контактной линзы без применения протеза.

Таким образом, клинический опыт формирования опорно-двигательной культи глазного яблока имплантатом из ПТФЭ при задней эквисцерации подтвердил хорошую переносимость имплантата, что является обоснованием для внедрения данной операции в офтальмохирургическую практику.

Литература

1. Астахов Ю.С., Николаенко В.П. Результаты энуклеации с имплантацией орбитального вкладыша из пористого политетрафторэтилена при посттравматической субатрофии глазного яблока // *Лечение посттравматической патологии* [...]: мат. науч.-практ. конф. М., 2004. С. 20–22.

2. Астахов Ю.С., Николаенко В.П. Имплантация орбитальных вкладышей из пористого политетрафторэтилена в условиях вероятной инфекции // *Актуальные проблемы офтальмологии: мат. VII науч.-практ. конф. М., 2004. С. 5–6.*
3. Астахов Ю.С., Николаенко В.П. Первый опыт использования орбитальных имплантатов из отечественного пористого политетрафторэтилена // *Совр. направления в диагностике, лечении и профилактике заболеваний. СПб., 2002. С. 168–169.*
4. Красильникова В.Л. Косметическое протезирование глазного яблока: учебно-методическое пособие. Минск: Изд-во БелМАПО, 2005. 23 с.
5. Красильникова В.Л. Пластика опорно-двигательной культи при эквисцерации композиционным офтальмологическим имплантатом // *Мат. республиканской науч.-практ. конф. офтальмологов. Минск, 2006. С. 125–131.*
6. Николаенко В.П. Современные материалы для производства орбитальных имплантатов // *Клин. офтальмол. 2005. Т. 6, № 1. С. 9–12.*
7. Филатова И.А., Катаев М.Г., Харлампиди М.П. Сравнительный анализ результатов удаления глазного яблока различными способами: тез. науч.-практ. конф. М., 2000. С. 141–143.
8. De Potter P., Duprez T., Cosnard G. Postcontrast magnetic resonance imaging assessment of porous polyethylene orbital implant (Medpor) // *Ophthalmology. 2000. Vol. 107, No. 9. P. 1656–1660.*
9. Woog J., Dresner S., Lee T. et al. The smooth surface tunnel porous polyethylene enucleation implant // *Ophthalmic Surg. Lasers Imaging. 2004. Vol. 35, No. 5. P. 358–362.*

Поступила в редакцию 28.01.2011.

CLINICAL REASONING OF PROBABLE FORMATION OF EYEBULB SUPPORTING-MOTOR STUMP WITH POLYTETRAFLUORETHYLENE IMPLANT DURING POSTERIOR DEVISCERATION

D.V. Grigoriev¹, A.N. Kulikov², S.V. Sosnovskiy²

¹Naval Clinical Hospital of the Pacific Fleet (4 Ivanovskaya St. Vladivostok 690005 Russia), ²Military Medical Academy named after S.M. Kirov (6 Lebedeva St. St.-Petersburg 194044 Russia)
Summary – The paper provides experience of clinical application of polytetrafluorethylene implant to form eyebulb supporting-motor stump during posterior devisceration. In total, 20 operations have been made. The period of observations lasted 36 months. The authors obtained positive results reasoning the advisability to introduce the suggested option for eye prosthesis into clinical practice.

Key words: eye, devisceration, polytetrafluorethylene implant.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 3, p. 90–91.

УДК 617.55-06:616-007.43

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

А.А. Григорюк¹, В.А. Ковалев²

¹Владивостокский государственный медицинский университет (690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),

²Приморская краевая клиническая больница № 1 (690950 г. Владивосток, ул. Алеутская, 57)

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, сочетанная операция, полипропиленовая сетка.

Интенсивное развитие хирургии органов брюшной полости привело к увеличению числа послеоперационных вентральных грыж (ПВГ), которые возникают у 3–10 % пациентов после всех лапаротомий [1, 3]. Хирургическое лечение больных ПВГ является сложной и до конца не решенной проблемой герниологии. Особое внимание

здесь необходимо уделить пациентам с большими и гигантскими грыжами, при которых патология передней брюшной стенки оказывает отрицательное воздействие как на органы грудной, так и брюшной полостей [2].

Цель работы: дать оценку результатам лечения ПВГ в сочетании с хирургическими вмешательствами на органах брюшной полости.

Материал и методы. С 2003 по 2009 г. в хирургическом отделении № 2 ПКПБ № 1 выполнено 16 плановых

Григорюк Александр Анатольевич – канд. мед. наук, доцент кафедры анатомии с курсом оперативной хирургии и топографической анатомии ВГМУ; тел.: 8 (4232) 42-42-89