

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. Grigoriev<sup>1</sup>, A.N. Kulikov<sup>2</sup>, S.V. Sosnovskiy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Naval Clinical Hospital of the Pacific Fleet (4 Ivanovskaya St. Vladivostok 690005 Russia), <sup>2</sup>Military 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. Григорюк<sup>1</sup>, В.А. Ковалев<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Приморская 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 оперативной хирургии и топографической анатомии ВГМУ; тел.: 8 (4232) 42-42-89

симультанных операций у 7 мужчин и 9 женщин 50–60 лет с ПВГ. Диаметр грыжевого выпячивания варьировал от 15 до 30 см. Большие грыжи диагностированы у 9, гигантские – у 7 больных. В каждом случае было диагностировано от 2 до 6 сопутствующих заболеваний, которые требовали предоперационной коррекции (табл.).

У 7 больных колостомы сочеталась с гигантской ПВГ. В прошлом 2 из них были экстренно оперированы по причине ножевого ранения брюшной полости, а 5 – в плановом порядке по поводу рака прямой кишки. У 4 пациентов ПВГ сочеталась с заболеванием гепатобилиарной системы: в 3 случаях – с калькулезным холециститом, в 1 – с механической желтухой. Ранее 2 женщины были оперированы по причине миомы матки, 1 перенесла кесарево сечение и 1 – вмешательство по поводу калькулезного холецистита. У 3 женщин ПВГ сочеталась с заболеванием половой сферы, у 2 – с кистой яичника и у 1 – с миомой матки. Первоначально 2 женщины были оперированы по поводу калькулезного холецистита и 1 перенесла кесарево сечение. У 1 пациентки ПВГ сочеталась с хроническим абсцессом брюшной полости после холецистэктомии. Еще у 1 пациентки, ранее оперированной по причине ножевого ранения, ПВГ сочеталась со спаечной болезнью и хронической кишечной непроходимостью.

**Результаты исследования и обсуждение полученных данных.** Симультанные операции проводились совместно с проктологами и гинекологами. Все операции выполнены под эндотрахеальным наркозом (длительностью 1,5–2,5 часа). Двумя окаймляющими разрезами иссекали послеоперационный рубец, излишки кожи и подкожной клетчатки. Выделяли грыжевой мешок из сращений и проводили тщательный гемостаз. Грыжевой мешок вскрывали, выполняли ревизию органов брюшной полости, разделяли спайки. Далее приглашенные хирурги выполнили следующие вмешательства: закрытие колостомы (7), холецистэктомия (3), холедохотомия с наложением холедохоэноанастомоза (1), надвлагалищная ампутация матки с придатками (2), овариоэктомия (1), иссечение хронического абсцесса брюшной полости (1), рассечение спаек, устранение хронической кишечной непроходимости (1).

Реконструкцию передней брюшной стенки после закрытия колостомы выполняли без натяжения с использованием полипропиленовой сетки PROLENE Mesh в связи с истончением анатомических структур и большими размерами грыжевого дефекта. Моделирование имплантата проводили интраоперационно в соответствии с размерами дефекта в мягких тканях и прибавкой по 5 см на каждую сторону. Свободные края брюшины с элементами рубцовой ткани и грыжевым мешком собирались в дубликатуру и ушивались узловыми швами. Сетку фиксировали к апоневрозу узловыми швами через 1–1,5 см. Подкожную клетчатку подшивали к эндопротезу так, чтобы над ним не оставалось полости. Оставляли дренажи по Родену на 3–5

Таблица

Сопутствующие заболевания, выявленные у оперируемых пациентов

Заболевание	Кол-во наблюдений	
	абс.	%
Артериальная гипертензия	12	75,0
Ишемическая болезнь сердца	5	31,2
Хронический бронхит	5	31,2
Сахарный диабет	2	12,5
Ожирение	7	43,7
Варикозная болезнь нижних конечностей	2	12,5

суток. Во всех остальных случаях выполнялась мышечно-апоневротическая пластика брюшной стенки, поверх линии швов укладывали полипропиленовую сетку PROLENE Mesh необходимого размера, для чего подкожную клетчатку дополнительно отсепааровывали на 5–6 см в каждую сторону и фиксировали имплантат узловыми швами к апоневрозу. В подкожной клетчатке на 3–5 суток оставляли вакуумный дренаж.

В послеоперационном периоде осложнений не было, раны зажили первичным натяжением. Длительность пребывания в стационаре после операции в среднем составила 11,5 суток. При изучении результатов выполненных симульных вмешательств в срок от 6 месяцев до 6 лет рецидивов ПВГ не отмечено.

#### Литература

1. Григорюк А.А., Кравцов Ю.А., Ковалев В.А. и др. Применение медицинского клея МК7М в хирургии грыж брюшной стенки: экспериментальное и клиническое исследование // Тихоокеанский мед. журн. 2007. № 4. С. 76–79.
2. Федоров В.Д., Адамян А.А., Гогия Б.Ш. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж // Хирургия. 2000. № 1. С. 11–14.
3. Чистяков А.А., Емельянов С.И., Богданов Д.Ю. Опыт хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж // Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов: мат. 1й Междунар. конф. М., 2003. С. 44–45.

Поступила в редакцию 20.11.2009.

#### SIMULTANEOUS OPERATIONS IN PATHOLOGY OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL

A.A. Grigoryuk<sup>1</sup>, V.A. Kovalev<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russia), <sup>2</sup>Primorsky Regional Clinical Hospital No. 1 (57 Aleutskaya St. Vladivostok 690950 Russia)

**Summary** – The authors generalize the experience of 16 planned simultaneous operations conducted in patients aged 50–60 years with postoperative hernia ranging from 15 to 30 cm in diameter. Abdominoplasty was accompanied by closing of colostomy (7), cholecystectomy (3), choledochendysis with choledohoeoanastomosis (1), hysterectomy with bilateral oophorectomy (2), ovariectomy (1), resection of chronic abscess of the abdominal space (1), and elimination of chronic enterostasis (1). The abdominal wall defect was covered using two methods: nonstretching hernioplasty and muscular aponeurotic hernioplasty with PROLENE Mesh grid above stitching. During postoperative period, no complications were registered. When studying hernioplasty late results (from 6 months to 6 years), no disease recurrence was diagnosed.

**Key words:** postoperative ventral hernia, concurrent operation, polypropylene grid.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 3, p. 91–92.