



## ОРИГИНАЛЬНЫЕ РАБОТЫ

### ЛИТЕРАТУРА

1. Прудков М. И., Бебуришвили А. Г., Шулушко А. М. Минилапаротомия с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении калькулезного холецистита // Эндоскоп. хирургия. — 1996. — № 2. — С. 12–16.
2. Ильченко А. А. Постхолецистэктомический синдром: клинические аспекты проблемы // Гастроэнтерология. — Consilium medicum. — 2006. — № 2. — С. 49–53.
3. Сопия Р. А., Чернов К. М., Попов А. А. и др. Опыт применения холецистэктомии из мини-доступа в условиях общехирургического стационара // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. — 2010. — № 2. — С. 65–68.
4. Прудков М. И. Минилапаротомия и открытые «лапароскопические операции» в лечении больных желчнокаменной болезнью // Хирургия. — 1997. — № 1. — С. 32–35.
5. Шулушко А. М., Прудков М. И., Дагвани С. А., Ветшев П. С. Желчнокаменная болезнь. — М., 2000.
6. Богданович В. Б. Функциональное состояние желудка и дуодено-гастральный рефлюкс после хирургического лечения желчнокаменной болезни: дис. ... канд. мед. наук. — М., 1987. — С. 156.
7. Bar-Meir S., Halpern Z., Barden E. et al. Frequency of papillary dysfunction among cholecystectomized patients // Hepatology. — 1984. — № 4. — P. 328–330.
8. Drossman D. A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome I-II process // Gut. — 1999. — № 45 (Suppl. II). — P. 1–5.
9. Olsen D. O. Mini-lap cholecystectomy // Am. J. Surg. — 1993.
10. War J. E. Measuring patients' views: the optimum outcome measure. SF-36: a valid, reliable assessment of health from the patient's point of view // BMJ. — 1993. — № 306. — P. 1429–1430.

### РЕЗЮМЕ

Р. А. Сопия, А. А. Попов, А. Ю. Коробов,  
Э. Р. Сопия

**Отдаленные результаты хирургического лечения калькулезного холецистита с применением мини-доступа**

Представлены отдаленные результаты хирургического лечения 72 больных хроническим и 133 больных острым калькулезным холециститом с применением мини-доступа в сроки от 3 до 6 лет после операции. Отдаленные результаты оценивались с помощью двух международных опросников качества жизни (SF-36, GSRS), а также на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Все пациенты, оперированные по поводу хронического калькулезного холецистита, имели хорошие отдаленные результаты. 99,3 % больных острым калькулезным холециститом имели хорошие и удовлетворительные результаты хирургического лечения. Лишь у 1 (0,7 %) больного получен неудовлетворительный результат, обусловленный холедохолитиазом, выявленным через 2 года после операции.

**Ключевые слова:** калькулезный холецистит, холецистэктомия, мини-доступ, отдаленные результаты.

### SUMMARY

R. A. Sopiya, A. A. Popov, A. J. Korobov,  
E. R. Sopiya

**Long-term results of surgical treatment of calculous cholecystitis with the use of mini-access**

The paper presents the follow-up results of the mini-access surgery for chronic calculous cholecystitis (72 patients) and for calculous cholecystitis (133 patients) performed 3–6 years ago. The long-term results were estimated on two international questionnaires of quality of life (SF-36, GSRS), and on the data of clinical, laboratory and instrumental methods of investigation. All patients operated on for chronic calculous cholecystitis had good long-term results. 99.3% of the patients with acute calculous cholecystitis had good and satisfactory results of surgical treatment. Only 1 (0.7%) patient had an unfavourable result, because of choledocholithiasis, identified 2 years after surgery.

**Key words:** calculous cholecystitis, cholecystectomy, mini-access, long-term results.

© С. В. Васильев, Т. А. Мошкова, 2014 г.  
УДК 616-007.43-089.28/.29

**С. В. Васильев, Т. А. Мошкова**

## ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ СЕТЧАТЫМИ ПРОТЕЗАМИ PROGRIP

Кафедра хирургических болезней стоматологического факультета  
Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского уни-  
верситета имени академика И. П. Павлова

### ВВЕДЕНИЕ

Паховые грыжи — частое хирургическое заболевание, особенно у мужчин. Поэтому качественное лечение паховых грыж так актуально, а способы радикального и надежного устранения заболевания постоянно совершенствуются. Для

улучшения результатов лечения можно либо совершенствовать методы протезирования пахового канала, либо воздействовать на свойства материалов, используемых в качестве протезов, придавая им необходимые полезные качества.

Среди многочисленных способов лечения паховых грыж повсеместно признан способ протезирования пахового канала по методике Лихтенштейна.

В настоящее время этот способ открытой герниопластики является операцией выбора и «золотым стандартом» лечения паховых грыж [1–3].

В качестве протезного материала используют сетчатые протезы из полипропилена. Полипропилен инертен для организма пациента, но его применение как инородного материала все-таки может привести к ряду нежелательных последствий: раны заживают хуже, а сами операции травматичнее из-за необходимости имплан-

тации и крепления протеза [1 – 3]. Поэтому в настоящее время неустанно изыскиваются возможности совершенствования протезных материалов.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Компания *Sofradim* разработала и внедрила новый полипропиленовый сетчатый протез ProGrip, модифицированный наличием рассасывающихся микрокрючков из PLA. Эти крючки-липучки обеспечивают протезу самостоятельную фиксацию после имплантации. Поэтому применение этой сетки бесшовно, т. е. не требуется никакой фиксации протеза к тканям нитками. Кроме того, этот протез относится к облегченным, поскольку полимолочные крючки со временем рассасываются и сниженное количество оставшегося в организме пациента полипропилена уменьшает частоту осложнений, связанных с его применением. После резорбции полилактидных нитей плотность сетки ProGrip уменьшается в два раза. Другие параметры протеза (толщина, ячеистость, размер пор и т. д.) сообщают ему такую же прочность и надежность эксплуатации, как и у стандартных эксплантатов. Но, по сравнению с ними, новый протезный материал обладает одним немаловажным бесспорным преимуществом — при оценке прочности фиксации сетка ProGrip в 4 раза превышает стандартную текстильную сетку.

Из этого самофиксирующегося протезного материала фирма-производитель изготавливает специальные конструкции с самозастегивающимися манжетами с целью безопасного и щадящего обведения протеза вокруг семенного канатика для право- и левосторонних паховых грыж.

По нашему мнению, клиническими преимуществами использования протезных сеток ProGrip являются:

- 1) сокращение времени операции;
- 2) хорошее расправление протеза и равномерное тесное, по всей его площади, прилегание его к тканям и прочное удерживание в них крючками-липучками, что предотвращает миграцию экспантата и образование сером возле него;
- 3) отсутствие нитевого (шовного) крепления протеза, что устраняет риск лигатурных осложнений;
- 4) облегчение протеза (уменьшение количества полипропилена в нем), что снижает степень перифокальной воспалительной реакции, улучшая условия заживления раны и интеграции протеза в тканях;
- 5) нивелирование хронических послеоперационных болей, связанных с травматизацией задней стенки пахового канала при подшивании к ней протеза лигатурами;

6) качественная полноценная фиксация протеза — основной момент профилактики рецидива заболевания.

Все эти доводы и преимущества послужили причиной использования нами сеток ProGrip для лечения паховых грыж у 12 больных. У 8 из них паховые грыжи были косыми (у 5 — пахово-мошоночными), а у 4 — прямыми. Возраст больных колебался от 41 до 72 лет, составляя в среднем 56 лет, и все наши пациенты были мужчинами. Средний размер грыжевого мешка составлял 12×8×6 см, средний размер грыжевых ворот — 2,5 см (от 2 до 3 см). Только у 6 из 12 больных грыжеобразование было связано с тяжелой физической нагрузкой. Длительность грыженосительства была от 6 месяцев до 3 лет, в среднем — 2 года. У всех этих больных осложнений грыж не наблюдалось, и они были оперированы в плановом порядке после проведения комплекса необходимого предоперационного обследования, выявившего у 10 из 12 пациентов сопутствующие заболевания, как то ХИБС, кардиосклероз, ГБ, СД, ожирение, бронхиты и другие, вне обострения.

На операции, произведенной у всех больных под СМА, была осуществлена пластика пахового канала по методике Лихтенштейна с использованием сетчатых протезов ProGrip. Во всех случаях использован стандартный размер сеток и применялись конструкции изготовителя с самозастегивающимися манжетами вокруг семенного канатика.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Время операции составило от 30 до 40 минут и сокращалось в каждом случае на 10 — 20 минут за счет того, что не надо было пришивать края протеза к тканям. У 11 больных послеоперационное течение было гладким. У 1 пациента с гигантской пахово-мошоночной грыжей после операции сформировалась гематома мошонки, которая была ликвидирована трехкратными пункциями, ношением суспензория и физиотерапевтическими мероприятиями. У всех больных раны зажили первичным натяжением, и все они были выписаны на 7 — 8-й день после операции, кроме одного с осложненным послеоперационным течением.

Мы наблюдали за этими больными в сроки от 6 месяцев до 4 лет (в среднем — 2,5 года). Никаких поздних послеоперационных осложнений (лигатурных свищей, сером и др.) мы не выявили. Рецидивов грыжи также не было. Синдром хронической послеоперационной боли не отмечен нами ни у одного из этих пациентов ни в ранние, ни в поздние периоды наблюдения за ними.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наш небольшой опыт применения полипропиленовых самофиксирующихся сеток PROGRIP продемонстрировал хороший результат и подтвердил улучшение клинических показателей от использования этих протезов нового поколения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Натяжная герниопластика / под ред. В. Н. Егиева. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 147 с.
2. Славин Л. Е., Федоров И. В., Сугал Е. И. Осложнения хирургии грыж живота. — М., 2005. — 175 с.
3. Тимошин А. Д., Юрасов А. В., Шестаков А. П. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. — М., 2003. — 143 с.

## РЕЗЮМЕ

*С. В. Васильев, Т. А. Мошкова*

**Лечение паховых грыж сетчатыми протезами PROGRIP**

Проанализирован опыт применения у 12 больных пахо-

выми грыжами полипропиленовых сеток нового поколения с PLA-саморассасывающимися крючками. Этот протез не нуждается в дополнительной фиксации швами. Наш опыт подтверждает положительный клинический эффект — сокращение времени операции, надежность фиксации, безопасность применения, хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

**Ключевые слова:** паховая грыжа, сетчатый протез PROGRIP.

## SUMMARY

*S. V. Vasiliev, T. A. Moshkova*

**The treatment of inguinal hernia with mesh prostheses PROGRIP**

The experience in application of the new generation of polypropylene mesh with PLA resolved hooks has been analyzed. These prostheses need no supplementary fixation with suture. Our experience confirms their positive clinical efficacy — the reduction of the time of operation, the safety of the use, goods immediate and remotes results.

**Key words:** inguinal hernia, mesh prostheses PROGRIP.

© Коллектив авторов, 2014 г.  
УДК 616.314.17-008.1-089

**С. Б. Улитовский, О. В. Галибин,  
В. В. Томсон, А. В. Антипова,  
А. Д. Вилесов, Д. Н. Сулов, Г. Ю. Юкина,  
В. Е. Юдин, И. П. Добровольская,  
П. В. Попрядухин**

## ПРИМЕНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Кафедра профилактической стоматологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова; Отдел биотехнологии Института детской онкологии, гематологии и трансплантологии имени Р. М. Горбачевой; Институт высокомолекулярных соединений РАН, Санкт-Петербург

История развития хирургических методов в лечении воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) уходит корнями в историю медицинской науки. К настоящему времени эти методы претерпели существенные изменения как по содержанию самих методик, так и по показаниям. Включение в комплексную терапию ВЗП хирургических методов, направленных на ликвидацию очагов хронического воспаления, устранение пародонтальных карманов, приостановление деструкции и регенерации тканей пародонта, является обязательным. Поэтому хирур-

гическое лечение приобретает особое значение как метод ликвидации хронического одонтогенного очага инфекции и сенсibilизации организма.

В зависимости от клинической ситуации хирургическая пародонтологическая помощь может оказываться либо в экстренном порядке, либо в плановом, после обязательного проведения комплексной гигиенической и противовоспалительной подготовки. Неотложная хирургическая помощь показана в период обострения воспалительного процесса, т. е. формирования пародонтальных абсцессов.

Плановые хирургические вмешательства проводятся после полного курса предоперационной подготовки, включающего в себя снятие зубных отложений, местную противовоспалительную терапию, удаление нежизнеспособных зубов, изготовление временных ортопедических конструкций, обучение гигиене полости рта (ГПР), кариесологическую и эндодонтическую санацию полости рта, функциональное избирательное пришлифовывание, при сохраняющейся подвижности — шинирование подвижных зубов [1, 2, 4]. При отсутствии адекватной подготовки эффективность хирургических манипуляций в полости рта ставится под сомнение.

Существует несколько классификаций хирургических методов лечения ВЗП (таблица) [4–6].

С практической точки зрения, все вмешательства на пародонте можно разделить на две большие группы. К *первой группе* относятся вмешательства, направленные на устранение пародонтального кармана (ПК). В эту группу внесены кюретаж ПК закрытый; кюретаж ПК открытый; гингивэкто-