



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

3 (89) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

3 (89)

2026 *март*

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК 617.55-007.43-089.844

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**
(Обзор литературы)

Хамроев Уктам Пирназарович e-mail: hamroyevuktam1@gmail.com

Сафоев Бақодир Барноевич e-mail: safoyev.baqodir@bsmi.uz

Сафоев Бобуржон Баходир угли e-mail: safoyev.boburjon@bsmi.uz

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г.

Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

Грыжи передней брюшной стенки остаются одной из наиболее распространённых патологий в общей хирургии. Несмотря на значительный прогресс в развитии хирургических технологий, проблема оптимального лечения данной патологии сохраняет актуальность. Современные методы хирургического лечения включают как традиционные открытые операции, так и малоинвазивные лапароскопические и робот-ассистированные вмешательства. Особое внимание уделяется использованию синтетических и биологических имплантов, совершенствованию методик герниопластики и разработке новых классификаций грыж. Тем не менее показатели рецидивов и послеоперационных осложнений остаются достаточно высокими. В данной обзорной статье представлены современные представления о патогенезе грыж передней брюшной стенки, рассмотрены классификации, методы хирургического лечения, результаты использования сетчатых эндопротезов и перспективные направления развития герниологии.

Ключевые слова: грыжа передней брюшной стенки, вентральная грыжа, герниопластика, лапароскопическая хирургия, сетчатые импланты, рецидив грыжи.

**ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИ ЧУРРАЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ
МУАММОСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ҲОЛАТИ**

(Адабиётлар шарҳи)

Хамроев Ўктам Пирназарович e-mail: hamroyevuktam1@gmail.com

Сафоев Бақодир Барноевич e-mail: safoyev.baqodir@bsmi.uz

Сафоев Бобуржон Баходир угли e-mail: safoyev.boburjon@bsmi.uz

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

Қорин олд девори чурралари умумий жарроҳликда энг кенг тарқалган патологиялардан бири бўлиб қолмоқда. Жарроҳлик технологияларининг ривожланишидаги сезиларли ютуқларга қарамай, ушбу патологияни оптимал даволаш муаммоси долзарблигини сақлаб қолмоқда. Замонавий жарроҳлик даволаш усуллари анъанавий очик операцияларни ҳам, кам инвазив лапароскопик ва робот ёрдамида аралашувларни ҳам ўз ичига олади. Синтетик ва биологик имплантлардан фойдаланиш, герниопластика усуллари тақомиллаштириш ва чурраларнинг янги таснифларини ишлаб чиқишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Шунга қарамай, рецидивлар ва операциядан кейинги асоратлар кўрсаткичлари етарлича юқорилигича қолмоқда. Ушбу шарҳ мақоласида қорин олд девори чурраларининг патогенези ҳақидаги замонавий гоялар тақдим этилган, таснифлар, жарроҳлик даволаш усуллари, тўрли эндопротезлардан фойдаланиш натижалари ва герниология ривожланишининг истиқболли йўналишлари кўриб чиқилган.

Калит сўзлар: қорин олд девори чурраси, вентрал чурра, герниопластика, лапароскопик жарроҳлик, тўрли имплантлар, чурра рецидиви.

THE CURRENT STATE OF THE SURGICAL TREATMENT OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL HERNIAS (Literature Review)

Uktam Pirnazarovich Khamroyev, e-mail: hamroyevuktam1@gmail.com

Bakodir Barnoevich Safojev, e-mail: safoyev.baqodir@bsmi.uz

Boburjon Bakhodir Safojev, e-mail: safoyev.boburjon@bsmi.uz

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, A. Navoi Street, 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Anterior abdominal wall hernias remain one of the most common pathologies in general surgery. Despite significant advances in surgical technology, the problem of optimal treatment for this condition remains relevant. Modern surgical treatment methods include both traditional open surgeries and minimally invasive laparoscopic and robotic-assisted procedures. Particular attention is paid to the use of synthetic and biological implants, improved hernia repair techniques, and the development of new hernia classifications. However, recurrence and postoperative complication rates remain quite high. This review article presents current understanding of the pathogenesis of anterior abdominal wall hernias, discusses classifications, surgical treatment methods, the results of using mesh implants, and promising areas for the development of herniology.

Keywords: anterior abdominal wall hernia, ventral hernia, hernia repair, laparoscopic surgery, mesh implants, hernia recurrence.

Актуальность

Грыжи передней брюшной стенки представляют собой одно из наиболее распространённых хирургических заболеваний. По данным различных исследований, они составляют до 10–15 % всех хирургических вмешательств, выполняемых в общей хирургии. Среди них наиболее распространены паховые, пупочные и послеоперационные вентральные грыжи [3].

Несмотря на значительный прогресс в развитии хирургических технологий, проблема лечения грыж передней брюшной стенки остаётся актуальной. Это связано с высокой распространённостью заболевания, значительным числом рецидивов, а также высоким риском послеоперационных осложнений [6].

Ежегодно выполняется большое количество операций по поводу вентральных грыж. Например, только в России проводится более 50 000 операций при послеоперационных грыжах, при этом большинство вмешательств выполняется с использованием сетчатых эндопротезов. Однако частота рецидивов может достигать до 48 %, что свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования хирургических методов лечения [11].

Современная герниология активно развивается благодаря внедрению новых технологий, таких как лапароскопическая хирургия, роботизированные системы, а также усовершенствованные синтетические импланты. Однако до настоящего времени не существует универсальной методики лечения, которая позволяла бы полностью исключить риск рецидива заболевания [3].

Цель данной обзорной статьи — анализ современного состояния проблемы хирургического лечения грыж передней брюшной стенки, включая вопросы классификации, методов герниопластики, применения имплантов и перспективных направлений развития.

Эпидемиология и социальная значимость проблемы

Грыжи передней брюшной стенки относятся к числу наиболее распространённых заболеваний хирургического профиля. По данным различных авторов, распространённость грыж среди взрослого населения достигает 3–7 % [7].

Особое место среди них занимают послеоперационные вентральные грыжи, которые развиваются после хирургических вмешательств на органах брюшной полости. Частота их возникновения может составлять 10–20 % после лапаротомии, а в некоторых группах пациентов — до 30 % [17].

Вентральные грыжи, включая первичные и разрезные грыжи, являются распространёнными патологиями заболеваний в хирургической практике. Первичная грыжа — это спонтанный дефект брюшной стенки, тогда как разрезная грыжа — это грыжа, возникающая в месте предыдущего разреза и включающая повторяющиеся грыжи. Разрезная грыжа — одно из самых частых осложнений при абдоминальной хирургии, и оценивается, что до 30% пациентов развивают симптоматическую грыжу через 2 года после открытой абдоминальной операции [8].

Рост частоты данной патологии обусловлен несколькими факторами:

- увеличением количества хирургических операций;
- старением населения;
- распространённостью ожирения;
- увеличением числа пациентов с сопутствующими заболеваниями.

К факторам риска развития грыж относятся:

- ожирение;
- хронические заболевания лёгких;
- повышенное внутрибрюшное давление;
- инфекционные осложнения после операции;
- нарушение синтеза коллагена.

Этиологические факторы грыж живота является сложным патологическим процессом, происходящим в результате взаимодействия целого ряда этиологических факторов и патогенетических механизмов. Некоторые из этих факторов и механизмов считаются общими для возникновения грыж и некоторых андрологических заболеваний. Факторы, как снижение индекса массы тела, преклонный возраст, мужской пол, европейская раса, семейный анамнез грыж, курение, алкоголизм, высокий индекс коморбидности, повышают вероятность образования грыж, а ожирение является фактором риска возникновения осложнений [4].

Таким образом, грыжи передней брюшной стенки представляют не только медицинскую, но и значительную социально-экономическую проблему.

Патогенез грыж передней брюшной стенки.

Патогенез грыж связан с нарушением баланса между прочностью тканей брюшной стенки и действием внутрибрюшного давления, а также образование грыжи — это результат нарушения динамического равновесия между внутрибрюшным давлением и способностью стенок живота ему противодействовать. Наиболее частыми причинами повышения внутрибрюшного давления или резких его колебаний служат поднятие тяжестей, хронический запор, затруднение мочеиспускания при аденоме простаты и стенозе уретры, кашель при хронических лёгочных заболеваниях, беременность и роды. К «слабым» участкам брюшной стенки изначально относят паховую область, пупочное кольцо, белую линию живота, полулунную (Спигелиеву) линию и ряд других мест. Прочность брюшной стенки снижается после перенесённых хирургических вмешательств, особенно при дефектах ушивания раны или её нагноении. Предрасполагающим фактором также служит наследственная слабость соединительной ткани. В таком случае у пациента наряду с формированием грыжи нередко развиваются плоскостопие, варикозная болезнь или геморрой. Для грыж характерно постепенное прогрессивное увеличение их размеров. Чем дольше существует грыжа у пациента, тем выше опасность развития осложнений: ущемления, неврастимости, копростазы или воспаления. Грыженосительство ограничивает трудоспособность и снижает качество жизни пациентов. Летальность, связанная с грыжей, зависит от развития наиболее частого осложнения - ущемления, которое чревато некрозом грыжевого содержимого, развитием острой кишечной непроходимости и перитонита [16].

Согласно современным представлениям, грыжа возникает вследствие сочетания следующих факторов:

- слабость соединительной ткани;
- дефекты апоневроза;
- повышенное внутрибрюшное давление;
- нарушения процессов регенерации тканей.

Современные исследования рассматривают грыжу как биомеханическое заболевание, возникающее при дисбалансе между механическими нагрузками и прочностью тканей брюшной стенки.

Брюшная стенка представляет собой динамическую структуру, которая постоянно подвергается воздействию: дыхательных движений, кашля, физической нагрузки, изменений внутрибрюшного давления.

Нарушение механических свойств тканей приводит к формированию дефектов апоневроза и развитию грыжи [13].

Классификация грыж передней брюшной стенки.

Для выбора оптимальной хирургической тактики большое значение имеет классификация грыж.

Наиболее распространённой является классификация Европейского общества герниологов (EHS) [17].

Она учитывает три основных параметра:

локализацию грыжи;
ширину грыжевых ворот;
наличие рецидива.

В зависимости от локализации выделяют:

срединные грыжи
латеральные грыжи

По ширине дефекта выделяют:

W1 — до 4 см
W2 — 4–10 см
W3 — более 10 см

Данная классификация позволяет стандартизировать описание грыж и облегчает сравнение результатов различных методов лечения.

Кроме того, выделяют так называемые сложные вентральные грыжи, для которых характерны большие размеры дефекта, выраженные рубцовые изменения, наличие инфекции, сопутствующие заболевания. Такие грыжи требуют индивидуального подхода к лечению [14].

Эволюция взглядов на хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки: от натяжных методик к протезирующим технологиям.

Эволюция лечения вентральных грыж имеет очень долгую историю — от признания вентральных грыж до её нынешнего лечения, с значительным вкладом различных авторов. Достижения в хирургии привели к увеличению числа случаев образования вентральной грыжи, что потребовало разработки новых техник и материалов для лечения вентральной грыжи. Биосовместимость протезных материалов сыграла важную роль в разработке сетки. Функциональная анатомия и физиология брюшной стенки стали важными для лечения вентральной грыжи. Новые методы закрытия брюшной стенки могут предотвратить или снизить заболевание вентральной грыжи в будущем. Лечение вентральной грыжи постоянно совершенствуется, отвечая новым требованиям и новым технологиям в хирургии [2,13].

Новый подход к лечению грыж роботизированное трансбрюшинное пребрюшинное восстановление диафрагмальной грыжи представлено в статье американских авторов. Эта техника обладает преимуществами уменьшения мешка грыжи, использования непокрытой сетки в экстрабрюшинной плоскости и минимальной фиксации, что приводит к снижению послеоперационной боли по сравнению с другими методами. Для оценки эффективности этого нового подхода были восстановлены пять последовательных симптоматических грыж морганьи (МГ) с помощью подхода rTAPP. Для сравнения были задокументированы размер дефекта, размер сетки, продолжительность пребывания, последующая визуализация и осложнения последующих процедур. Размер дефектов МГ варьировался от 4 × 6 см до 5 × 10 см. Средний срок ослабления составлял 1,2 дня. Двое из пяти пациентов прошли параллельное восстановление грыжи нижней части живота (одна грыжа Спигеля и одна косвенная паховинальная грыжа). Амбулаторное наблюдение после операции варьировалось от 6 месяцев до 4 лет, при этом большинство пациентов получали последующее наблюдение после 1 года. Четыре из пяти пациентов прошли последующие КТ для подтверждения отсутствия рецидива грыжи. Один пациент получил разрезную грыжу в середине 12-мм порта, которую оперировали через год. Преимущества восстановления, включающие минимальную послеоперационную боль, минимальную продолжительность пребывания и экономичную протезную сетку, скрытую от висцерального содержимого, соответствуют опыту автора по восстановлению rTAPP при грыже передней брюшной стенки [19].

Использование пластики сетчатыми протезами по сравнению с аутопластикой значимо не увеличило частоту раневых осложнений, но достоверно уменьшило количество летальных исходов. Летальность при пластике местными тканями оказалась достоверно выше, чем при протезирующей пластике сетчатыми имплантатами. Одной из причин летального исхода в группе больных с аутопластикой стал тромбоз мезентериальных артерий, который развился на фоне компартмент-синдрома. Данного осложнения можно избежать, используя корригирующие методы пластики грыжевых ворот сетчатыми протезами. При этом выполнение резекции тонкой кишки достоверно не увеличивает частоту летальных исходов в группе больных с аллопластикой по сравнению с группой пациентов, которым выполнена пластика местными тканями. Авторы рекомендуют применение сетчатых протезов для хирургического лечения ущемленных послеоперационных вентральных грыж даже при выполнении резекции некротизированных петель [15].

Вентральные и разрезные грыжи теперь можно лечить различными методами. Тем не менее, до сих пор ведутся споры относительно лучшего способа коррекции этих грыж, и частота рецидивов остаётся слишком высокой. Несмотря на достижения в методах исцеления, риск заболеваемости и даже летальности всё ещё высок. Для проведения операций может использоваться только хирургическое вмешательство, и доступны два метода: открытая сетка и лапароскопическая сетка. Восстановление без натяжения возможно при установке протеза для усиления брюшной стенки, хотя такие методы лечения связаны с высоким риском рецидива от 2 до 36% [12]. Лапароскопическая хирургия была разработана в основном для уменьшения дискомфорта за счёт уменьшения количества разрезов и ускорения восстановления пациента. Многочисленные рандомизированные контролируемые исследования изучали лапароскопические и открытые абдоминальные процедуры, хотя в основном оценивали краткосрочные результаты. Ранее систематические обзоры были сосредоточены на конкретных заболеваниях и типах хирургических вмешательств. Из-за редкого анализа показателей резовой грыжи в результате процента и короткого времени наблюдения ожидается недооценённые реальные показатели. Хотя обычно ожидается, что лапароскопические процедуры уменьшают разрезные грыжи, в хирургической литературе нет количественных данных. Ретро-мышечный метод лечения сетки также является отличным и оптимальным методом лечения вентральных грыж, поскольку его можно применять на всех местах разрезной грыжи. Сетка обычно скрыта и крепится за оболочкой прямой кишки, риск осложнений низок, а риск рецидива тоже низок [15].

Использование протезной сетки при безнатяжном методе — золотой стандарт лечения вентральных и разрезных грыж. Теперь открытое лечение грыжи может выполняться с помощью этой техники, а в качестве альтернативы — лапароскопический подход [12]. Сравнивая лечение на основе сетки и на основе швов, анализ нескольких подходов к восстановлению грыжи с разными характеристиками результата показывает, что лечение с использованием на основе сетки даёт лучший выбор. Основная проблема — это затраты и повышенный риск инфекции, вызванный имплантацией инородного тела. Значительная диссекция и манипуляции тканями, используемые при операциях по удалению грыжи, широко обвиняются в послеоперационных проблемах, включая развитие серомы, гематому, целлюлит и инфекции ран [15]. Использование сетки имеет более высокую интраоперационную потерю крови и более длительное время операции. Сообщается, что эти два фактора связаны с ростом инфекций ран. Большое перекрытие около 5 см над дефектом грыжи во всех направлениях с сеткой, расположенной в преперитонеальной, ретро-мышечной области, впервые было использовано в конце 1980-х годов. При улучшении этой техники частота рецидивов снизилась до 3,5%, и она была признана стандартом лечения вентральных грыж [18].

Существуют значительные структурные различия в передней стенке брюшной стенки между здоровыми людьми и людьми с крупными и гигантскими вентральными грыжами. Эта информация может улучшить предоперационное лечение и хирургические методы, направленные на восстановление целостности и функции брюшной стенки [10].

Методы хирургического лечения.

Хирургическое лечение является единственным радикальным методом терапии грыж передней брюшной стенки.

Все методы герниопластики можно условно разделить на две основные группы, это пластика собственными тканями и пластика с использованием имплантов [1].

Традиционные методы герниопластики

Классические методы пластики основаны на использовании собственных тканей пациента.

К наиболее известным относятся:

- а) метод Бассини;
- б) метод Мейо;
- в) метод Напалкова;
- г) метод Сапежко.

Основным принципом данных операций является закрытие грыжевого дефекта путём сближения тканей.

Однако данные методы имеют ряд недостатков, такие как натяжение тканей, нарушение кровоснабжения, или высокий риск рецидива.

Частота рецидивов после натяжной герниопластики может достигать 20–50 % [5].

Ненатяжная герниопластика.

Значительным этапом развития герниологии стало внедрение ненатяжной герниопластики. Суть метода заключается в использовании синтетических сетчатых имплантов, которые укрепляют дефект брюшной стенки. Преимущества этого метода является отсутствие натяжения тканей, снижение частоты рецидивов и улучшение функциональных результатов [6].

В настоящее время большинство операций выполняется именно с использованием сетчатых эндопротезов.

Лапароскопическая герниопластика.

Одним из наиболее значимых достижений современной хирургии является внедрение малоинвазивных технологий.

Лапароскопическая герниопластика имеет ряд преимуществ такие как меньшая травматичность, снижение послеоперационной боли, более быстрое восстановление пациента, меньшая частота инфекционных осложнений.

Развитие минимально инвазивной хирургии значительно расширило возможности лечения грыж передней брюшной стенки. Основные лапароскопические методики это IPOM (intraperitoneal onlay mesh), TAPP, TEP [10].

Роботизированная хирургия.

В последние годы активно развивается робот-ассистированная хирургия.

К преимуществам роботизированных операций относится высокая точность манипуляций, улучшенная визуализация, возможность выполнения сложных реконструктивных вмешательств.

Однако высокая стоимость оборудования ограничивает широкое распространение данной технологии. И имеет ряд осложнений [8].

Осложнения хирургического лечения.

Несмотря на совершенствование методов лечения, осложнения остаются достаточно частыми. К основным осложнениям относятся серома, гематома, инфекция раны, хроническая боль, рецидив грыжи. Частота осложнений может достигать 10–30 %. Наиболее серьёзной проблемой остаётся рецидив грыжи. К факторам риска рецидива могут относиться ожирение, инфекция, большие размеры дефекта, технические ошибки операции [9].

Перспективные направления развития герниологии.

Современные исследования направлены на совершенствование диагностики и лечения грыж. Основными направлениями развития это биомеханический подход, использование компьютерного моделирования и МРТ для оценки прочности брюшной стенки. Разрабатываются также новые импланты. К ним относятся биологические сетки, композитные материалы, резорбируемые импланты. К основным направлениям развития герниологии можно отнести и персонализированную хирургию при этом подбор метода операции осуществляется в зависимости от анатомических особенностей пациента, размеров дефекта и сопутствующих заболеваний [5].

Заключение

Грыжи передней брюшной стенки остаются одной из наиболее актуальных проблем современной хирургии. Несмотря на значительный прогресс в области герниологии, результаты лечения не всегда удовлетворительны, что связано с высокой частотой рецидивов и осложнений. Современные тенденции развития хирургии направлены на внедрение малоинвазивных технологий, использование современных имплантов и индивидуализацию хирургической тактики. Дальнейшее развитие герниологии связано с совершенствованием классификаций, внедрением биомеханических методов оценки брюшной стенки и разработкой новых материалов для герниопластики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдурахманов ДШ, Хурсанов ЁЭ. Использование ненатяжной герниопластики в хирургическом лечении ущемленных грыж передней брюшной стенки (обзор литературы). *Research Focus*. 2023;2(11):104-109.
2. Грачев ДБ. Обоснование выбора способа операции у пациентов с вентральными грыжами и ожирением [автореферат]. Самара; 2023. 27 с.
3. Канахина ЛБ, Протасов АВ, Мазурова ОИ. Ремоделирование мышечного слоя брюшной стенки у пациентов с послеоперационной вентральной грыжей. *Хирургия (Москва)*. 2025;(4):46-52.
4. Магомедов ММ. Сравнительная оценка различных методов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж. *Вестник КPCY*. 2016;16(11):43-45.
5. Маликов МХ, и др. Хирургическая тактика при гигантских грыжах передней брюшной стенки. *Вестник Авиценны*. 2021;23(2):251-261.
6. Муаззамов ББ. К проблеме лечения грыж передней брюшной стенки. *Достижения науки и образования*. 2021;(8):64-65.
7. Рузибоев СА, Авазов АА, Хурсанов ЕЭ. Сравнительные результаты лечения послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки. *Research Focus*. 2022;1(2):184-191.
8. Самарцев ВА, Гаврилов ВА, Паршаков АА, Кузнецова МВ. Задняя сепарационная герниопластика TAR при послеоперационных вентральных грыжах W3. *Пермский медицинский журнал*. 2017;34(1):35-42.
9. Тарасова НК, и др. Результаты хирургического лечения ущемленных послеоперационных вентральных грыж при различных видах пластики грыжевых ворот. *Сибирское медицинское обозрение*. 2025;(1):58-63.
10. Хакимов МШ, Беркинов УБ, Асраров АА, Саттаров ОТ. Место и значение новых методов грыжесечения при пупочной грыже. *Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана*. 2017;(4):13-17.
11. Чудных СМ, Свекольников ОЕ, Николаев ЛЛ, Капустин ВИ. Симультантные операции у больных гигантскими послеоперационными вентральными грыжами. *Хирург*. 2025;(5-6):66-73.
12. Dries P, Verstraete B, Allaeys M, Van Hoef S, Eker H, Berrevoet F. Anterior versus posterior component separation technique for advanced abdominal wall reconstruction: a proposed algorithm. *Hernia*. 2024;28(3):895-904. doi:10.1007/s10029-023-02845-1.
13. Elhage SA, Marturano MN, Prasad T, Colavita PD, Kercher KW, Augenstein VA, et al. Impact of perforator sparing on anterior component separation outcomes in open abdominal wall reconstruction. *Surg Endosc*. 2021;35(8):4624-4631. doi:10.1007/s00464-020-07905-1.
14. Martis G, Laczik R, Németh N, Martis G, Damjanovich L. Bilateral rectus muscle turning-over for complicated and eventrated abdominal wall hernias: results of a novel method. *Acta Cir Bras*. 2024;39:e393624. doi:10.1590/acb393624.
15. Parker SG, Halligan S, Liang MK, Torkington JJ, Windsor ACJ. International classification of abdominal wall planes (ICAP) to describe mesh insertion for ventral hernia repair. *Br J Surg*. 2020;107(3):209-217. doi:10.1002/bjs.11450.
16. Remulla D, Woo KP, Bennett WC, Krpata DM, Miller BT. Predicting fascial non-closure in ventral hernia repair with transversus abdominis release: risk factors, clinical outcomes, and implications for surgical planning. *Hernia*. 2025;29(1):268. doi:10.1007/s10029-024-03074-5.
17. Sioda N, Liu S, Janowski C, Gamble A, Abdo C, Wakim A, et al. A novel approach for the treatment of Morgagni hernias: robotic transabdominal preperitoneal diaphragmatic hernia repair. *Hernia*. 2022;26(1):355-361. doi:10.1007/s10029-021-02487-2.
18. Tsukanov AV, Ivanov IS, Ponomareva IV, Tarabrin DV, Panarina NV, Bushueva OY. Geneticheskaya arkhitektura gryzh perednei bryushnoi stenki [Genetic architecture of anterior abdominal wall hernias]. *Khirurgiia (Mosk)*. 2024;(8):118-124.
19. Vasile MA, Cochior D, Stefanescu V, Betianu C, Neagu A, Bucur A, et al. The impact of laparoscopic transversus abdominis release on the intra-abdominal pressure in patients with large anterior wall defects. *Chirurgia (Bucur)*. 2025;120(6):657-667. doi:10.21614/chirurgia.120.6.657.

Поступила 20.02.2026