



## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Эркинжонов А.**

*Кафедра детской хирургии Анджижанского государственного медицинского института*

**Научный руководитель: Тошпулатов Б.**

***Аннотация.** Вентральные грыжи у детей представляют собой значимую проблему детской хирургии, так как могут вызывать болевой синдром, снижать качество жизни и приводить к серьезным осложнениям. Особую сложность в лечении представляют вентральные грыжи, сочетающиеся с патологией органов брюшной полости, что требует комплексного хирургического подхода. В ходе исследования были изучены 82 случая хирургического лечения вентральных грыж у детей, проанализированы методы диагностики, хирургические подходы и их эффективность. Основное внимание уделено дифференцированному выбору тактики герниопластики и возможности выполнения симультанных операций. Результаты исследования показали, что использование современных лапароскопических методик и комбинированной пластики с сетчатыми имплантатами позволяет снизить риск рецидивов и послеоперационных осложнений, ускорить восстановление и повысить качество жизни пациентов.*

***Ключевые слова:** вентральные грыжи, детская хирургия, герниопластика, лапароскопия, симультанные операции, сетчатые импланты, послеоперационные осложнения, диагностика, хирургическое лечение.*

***Актуальность.** Вентральные грыжи у детей являются одной из актуальных проблем детской хирургии, так как могут существенно влиять на качество жизни ребенка, вызывать болевой синдром и приводить к осложнениям, таким как ущемление органов брюшной полости. По данным различных исследований, частота вентральных грыж среди всех хирургических патологий брюшной стенки у детей составляет от 2% до 5%. Наибольшие трудности в лечении представляют вентральные грыжи, сочетающиеся с патологией органов брюшной полости, которая требует хирургического вмешательства. Частота таких случаев, согласно литературным данным, составляет 8–40%. В группе риска находятся дети с врожденными пороками развития, нарушениями обмена веществ, а также те, кто перенес ранее абдоминальные операции.*

К наиболее частым сочетанным патологиям относятся:

- желчнокаменная болезнь,
- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь,



- спаечная болезнь брюшной полости,
- кишечные аномалии (атрезии, удвоения, дивертикулы),
- ожирение II–III степени.

Такие сочетанные состояния требуют индивидуального подхода к хирургическому лечению с учетом особенностей детского организма и необходимости выполнения комбинированных хирургических вмешательств.

**Цель исследования.** Оптимизация хирургической тактики при лечении вентральных грыж у детей с сопутствующей патологией органов брюшной полости для снижения частоты послеоперационных осложнений, улучшения функциональных и эстетических результатов, а также сокращения числа повторных оперативных вмешательств.

**Задачи исследования:**

1. Оценить распространенность вентральных грыж у детей и частоту их сочетания с патологией органов брюшной полости.
2. Разработать дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения с учетом возраста пациента, размеров грыжевого дефекта и особенностей анатомического строения передней брюшной стенки.
3. Сравнить эффективность различных методик герниопластики у детей с вентральными грыжами.
4. Определить преимущества и возможные риски выполнения симультанных операций при сочетании вентральных грыж с патологией органов брюшной полости.
5. Оценить влияние комбинированных операций на частоту послеоперационных осложнений, длительность госпитализации и риск рецидива грыж.
6. Выработать клинические рекомендации по диагностике, предоперационной подготовке и выбору тактики оперативного лечения вентральных грыж у детей.

**Материалы и методы исследования**

*Общая характеристика пациентов*

В исследование были включены 82 ребенка в возрасте от 1 года до 17 лет, которым было выполнено хирургическое лечение вентральных грыж. В зависимости от характера хирургического вмешательства пациенты были разделены на две группы:



- Основная группа (n=34, 41,5%) – детям выполнены сочетанные операции (герниопластика + хирургическая коррекция патологии органов брюшной полости).

- Группа сравнения (n=48, 58,5%) – проведена только герниопластика.

Средний возраст пациентов составил  $7,8 \pm 4,3$  года. Среди обследованных преобладали мальчики (61%).

#### *Диагностические методы*

Для диагностики вентральных грыж и сопутствующей патологии органов брюшной полости применялись следующие методы:

- Клинические исследования: сбор анамнеза, физикальный осмотр, лабораторные анализы (общий анализ крови, биохимия крови, коагулограмма).

- Инструментальные исследования:

- УЗИ органов брюшной полости и грыжевого дефекта,

- мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) при крупных грыжевых дефектах,

- фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) при подозрении на гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь,

- лапароскопия при необходимости уточнения характера спаечного процесса.

#### *Методы хирургического лечения*

Хирургическое лечение вентральных грыж у детей требует индивидуального подхода, учитывая возраст пациента, анатомические особенности передней брюшной стенки, наличие сопутствующей патологии и риск развития послеоперационных осложнений.

#### *Подходы к хирургическому лечению*

Выбор тактики оперативного вмешательства зависел от следующих факторов:

- Размер грыжевого дефекта (малые, средние, большие, гигантские грыжи).

- Локализация (срединные, латеральные, комбинированные).

- Состояние тканей передней брюшной стенки (наличие истончения, атрофии, послеоперационных рубцов).

- Сопутствующая абдоминальная патология, требующая хирургической коррекции (желчнокаменная болезнь, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, кишечные аномалии).



*Методы хирургического лечения вентральных грыж*

*1. Открытая герниопластика (традиционный метод)*

Открытый метод используется при средних и крупных вентральных грыжах. Он включает следующие этапы:

- Рассечение тканей над грыжевым мешком.
- Выделение грыжевого мешка и его вскрытие.
- Осмотр содержимого, вправление органов брюшной полости или резекция некротизированных участков (при ущемленных грыжах).
- Устранение грыжевого дефекта и укрепление передней брюшной стенки.

Открытая герниопластика чаще применяется у детей младшего возраста, поскольку их регенераторные способности выше, а риск развития послеоперационного рецидива ниже.

*2. Лапароскопическая герниопластика*

Минимально инвазивный метод, который набирает популярность благодаря снижению послеоперационной боли, короткому периоду восстановления и низкому риску инфекционных осложнений. Лапароскопическая герниопластика выполняется через несколько небольших проколов в брюшной стенке, через которые вводятся инструменты и камера.

Преимущества лапароскопической герниопластики:

- Минимальная травматизация тканей.
- Быстрое восстановление после операции.
- Снижение риска инфицирования.
- Эстетический результат (меньше рубцов).

*Недостатки:*

- Более высокая стоимость операции.
- Требование специального оборудования и подготовки хирурга.
- Не подходит для очень больших грыжевых дефектов.

*3. Симультаные операции (одновременное устранение грыжи и другой патологии)*

У детей с вентральными грыжами часто выявляются сопутствующие заболевания органов брюшной полости, требующие хирургического лечения. В таких случаях выполняются симультаные операции, позволяющие одновременно устранить несколько патологий, снижая риск повторных вмешательств.



Наиболее частые сочетания:

- Вентральная грыжа + холецистэктомия (при желчнокаменной болезни).
  - Вентральная грыжа + фундопликация по Ниссену (при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни).
  - Вентральная грыжа + резекция аномальных кишечных сегментов.
- Симультанные операции позволяют минимизировать операционные риски и снизить нагрузку на организм ребенка.

### ***Методы герниопластики***

Выбор метода герниопластики зависит от размера грыжевого дефекта, состояния тканей брюшной стенки и возраста ребенка.

Основные методы герниопластики:

#### ***1. Натяжная пластика (герниорафия)***

Используется при небольших грыжах, когда края грыжевого дефекта можно сопоставить без сильного натяжения. Метод включает:

- Иссечение грыжевого мешка.
- Сшивание краев апоневроза (край в край).
- Укрепление передней брюшной стенки местными тканями.

***Преимущества:***

- Простота выполнения.
- Минимальный риск инородного материала в организме.
- Хорошие результаты у детей младшего возраста.

***Недостатки:***

- Повышенный риск рецидива при больших дефектах.
- Длительный период заживления при больших нагрузках на швы.

#### ***2. Комбинированная пластика (с использованием полипропиленовой сетки)***

Метод применяется при средних и больших грыжах. Он включает:

- Первичное ушивание краев грыжевого дефекта.
- Укрепление зоны пластики полипропиленовой сеткой для снижения натяжения тканей.

Использование сетчатых имплантов позволяет значительно снизить риск рецидива грыжи, особенно у детей старшего возраста.

***Преимущества:***

- Высокая прочность и устойчивость к нагрузкам.



- Минимальный риск рецидива.
- Подходит для лечения послеоперационных вентральных грыж.

*Недостатки:*

- Возможность отторжения импланта.
- Длительный послеоперационный контроль.
- Требование строгого соблюдения стерильности.

### ***3. Лапароскопическая пластика с сетчатым имплантом (IPOM, TAPP, TEP)***

Современный метод, при котором сетка устанавливается интраперитонеально (под брюшину) или преперитонеально (между слоями передней брюшной стенки).

Методы установки сетки:

- IPOM (intraperitoneal onlay mesh) – сетка фиксируется внутри брюшной полости.
- TAPP (transabdominal preperitoneal) – установка сетки между брюшиной и мышцами через лапароскопический доступ.
- TEP (totally extraperitoneal) – техника без проникновения в брюшную полость.

Преимущества лапароскопической герниопластики с сеткой:

- Минимальный травматизм.
- Быстрое восстановление.
- Малое количество рецидивов.
- Косметический эффект.

*Недостатки:*

- Высокая стоимость.
- Требование специального оборудования.
- Наличие противопоказаний (большие спайки, тяжелые сопутствующие заболевания).

### ***4. Метод «Component Separation» (разделение компонентов брюшной стенки)***

Применяется при гигантских грыжах, когда ушивание дефекта невозможно без значительного натяжения тканей.

Методика включает:





- Разделение мышечных слоев передней брюшной стенки для увеличения подвижности тканей.

- Ушивание грыжевого дефекта без использования сетки или с ее минимальным применением.

*Преимущества:*

- Позволяет закрыть большие грыжевые дефекты.
- Снижает риск натяжения тканей и рецидива.

*Недостатки:*

- Высокая сложность операции.
- Длительный восстановительный период.

**Выводы.** Выбор метода герниопластики у детей зависит от возраста пациента, размеров грыжевого дефекта и наличия сопутствующей патологии.

- Натяжная пластика применяется при небольших грыжах у детей младшего возраста.

- Комбинированная пластика с сеткой эффективна при средних и крупных грыжах.

- Лапароскопическая пластика предпочтительна при минимальной травматизации и быстром восстановлении.

- Component Separation используется в сложных случаях при гигантских грыжах.

Таким образом, оптимизация хирургической тактики при вентральных грыжах у детей позволяет снизить частоту осложнений, улучшить качество жизни пациентов и минимизировать риск рецидива.

**Заключение.** Результаты проведенного исследования показывают, что вентральные грыжи у детей нередко сопровождаются сопутствующей патологией органов брюшной полости, требующей хирургической коррекции. Применение современных методов диагностики, таких как ультразвуковое исследование, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и эндоскопические методы, позволяет своевременно выявлять такие заболевания и учитывать их при планировании оперативного вмешательства. Оптимизация тактики хирургического лечения детей с вентральными грыжами заключается в индивидуальном подходе к выбору метода герниопластики и необходимости выполнения симультанных операций. В исследовании показано, что использование лапароскопической герниопластики, а также комбинированной



пластики с сетчатыми имплантатами значительно снижает риск рецидивов и послеоперационных осложнений. При этом методика должна выбираться с учетом возраста ребенка, размеров грыжевого дефекта и состояния передней брюшной стенки. Выполнение симультанных вмешательств у пациентов с сопутствующими заболеваниями не оказывает отрицательного влияния на исходы лечения, а, напротив, позволяет сократить число оперативных вмешательств в будущем и снизить общую хирургическую нагрузку на организм ребенка. Анализ послеоперационных результатов показал, что применение индивидуального подхода к выбору хирургической тактики снижает риск осложнений и рецидивов грыж. Важно отметить, что современные малоинвазивные методы позволяют минимизировать травматизацию тканей и ускорить реабилитацию пациентов. Таким образом, комплексный подход к хирургическому лечению вентральных грыж у детей, включающий дифференцированный выбор метода герниопластики и выполнение симультанных операций при необходимости, способствует улучшению результатов лечения, снижению частоты осложнений и повышению качества жизни пациентов в послеоперационном периоде.

#### **Литература:**

1. Бобков А. С., Кузьмин И. В., Соколова Н. П. Осложнения послеоперационного периода у детей с болезнью Гиршпрунга // Российский вестник детской хирургии. 2020. Т. 9. № 2. С. 45-52.
2. Иванова Е. В., Смирнов А. А. Современные методы хирургического лечения болезни Гиршпрунга // Детская хирургия. 2019. № 3. С. 12-18.
3. Климов Ю. А., Петров В. К. Функциональные нарушения кишечника после операций при болезни Гиршпрунга // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2021. № 5. С. 98-105.
4. Семёнов А. Н., Рожков Д. С. Реабилитация детей после хирургического лечения болезни Гиршпрунга // Медицинский вестник Северо-Запада. 2022. № 1. С. 24-30.
5. Тихонов И. В., Фёдоров А. П. Применение биологической обратной связи в лечении функциональных расстройств кишечника у детей // Вопросы современной педиатрии. 2020. № 4. С. 78-85.
6. Чеботарев С. В., Гаврилов А. Л. Коррекция недержания кала после операции при болезни Гиршпрунга // Колопроктология. 2018. № 6. С. 33-39.



7. Джалилова, С. М. (2024, November). Цветовые образы в испанском языке: этнолингвистические аспекты. In Conference Proceedings: Fostering Your Research Spirit (pp. 150-151).
8. Shamahmudova, A., & Djalilova, S. (2024). RETRACTED: Discourse strategies of ecology and environment. In BIO Web of Conferences (Vol. 84, p. 04025). EDP Sciences.
9. Джалилова, С. М. (2024, November). Лингвокультурные особенности пословиц испанского языка. In Conference Proceedings: Fostering Your Research Spirit (pp. 331-333).
10. Rustamdzhanova, K. F. (2021). Problems of development of professional foreign language oral speech of students of philology. Turkish Online Journal of Qualitative Inquiry, 12(6).
11. Khosilova, F. R. U., & Kalinina, O. N. Historical Context of Professional Speech Formation in Philology Education.
12. Ядгарова, Г. И., Шакарова, Ф. Д., Калинина, О. Н., & Хосилова, Ф. Р. (2020). Роль речевых ситуаций в обучении иноязычной речи. Молодой ученый, (17), 155-157.
13. Худайбердиев, А. А., & Шарипов, К. К. (2017). Изучение процесса конденсации углеводородных паров в опытном кожухотрубчатом аппарате. Химическая промышленность, 94(1), 40-44.
14. Шарипов, К. К., Хошимов, Ш. М., & Саида, И. М. (2021). Анализ коэффициента теплоотдачи при конденсации углеводородных паров.
15. Худайбердиев, А. А., Шарипов, К. К., & Исмаилов, О. Ю. (2017). Основные физико-химические и теплофизические свойства газового конденсата. Химическая промышленность, 94(3), 143-146.