

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ПОЯСНИЧНЫМИ И БОКОВЫМИ ГРЫЖАМИ



Абдурахманов Диёр Шукуриллаевич, Исқандаров Юсуф Назимович, Якубов Гафур Шарофович
Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ БЕЛ ВА ЁНБОШ СОҲА ЧУРРАЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ҚОРИН ДЕВОРИНИНГ МОРФОЛОГИК ВА ФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАРИ

Абдурахманов Диёр Шукуриллаевич, Исқандаров Юсуф Назимович, Якубов Гафур Шарофович
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL CHANGES OF THE ABDOMINAL WALL IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE LUMBAR AND LATERAL HERNIAS

Abdurakhmanov Diyor Shukurillaevich, Iskandarov Yusuf Nazimovich, Yakubov Gafur Sharofovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Уибу иши 102 нафар операциядан кейинги бел ва олд-ён қорин чурраси билан оғриган беморларнинг комплекс текшируви ва жарроҳлик даволаши натижалари таҳлилига асосланган. Лумботомия ва ён ёндашувлардан кейин пайдо бўладиган сийдик фистулалари ва оқмалари мушак ҳамда бириттирувчи тўқималарда сезиларни мормофункционал ўзгаришлар билан кечади, айниқса сийдик инфексияланган ҳолларда. Урологик касалликларга ҷалинган беморларда қорин ён деворининг I-II дараҷасали анатомо-функционал йетишмовчилиги, шунингдек, операциядан кейинги маҳсус жароҳат асоратлари (сийдик оқмалари, фистулалар) операциядан кейинги бел ва ён чурраларнинг ривожланишига сабаб бўлади.

Калим сўзлар: операциядан кейинги бел ва олд-ён қорин чурралари, УТТ, ситология.

Abstract. This study is based on the analysis of comprehensive examination and surgical treatment of 102 patients with postoperative lumbar and anterolateral abdominal hernias. The presence of urinary fistulas and leakages after lumbotomy and lateral surgical approaches is accompanied by significant morphofunctional changes in the muscular and connective tissues, especially in cases of infected urine. Anatomical and functional insufficiency of the lateral abdominal wall of grades I-II in patients with urological diseases, as well as postoperative specific wound complications (urinary leakages, fistulas), are major causes of postoperative lumbar and lateral hernia development.

Keywords: postoperative lumbar and anterolateral abdominal hernias, ultrasound, cytology.

Актуальность

Послеоперационные грыжи брюшной стенки остаются одной из наиболее распространённых и клинически значимых проблем современной абдоминальной хирургии. По данным литературы, их частота после лапаротомий достигает 10–18%, что подчёркивает масштабность проблемы и её влияние на качество жизни пациентов. Послеоперационные деформации чаще возникают в области срединных разрезов, однако боковые и поясничные грыжи, хотя встречаются значительно реже, представляют собой особую анатомическую и хирургическую сложность. Низкая распространённость таких дефектов

проблемы.

приводит к тому, что количество научных публикаций по их морфологии и функциональным характеристикам ограничено, а данные остаются фрагментарными [3, 8, 12, 14].

Современные представления о патогенезе послеоперационных грыж выходят далеко за рамки простого механического несостоительности шва. Ряд морфологических исследований демонстрирует, что послеоперационная грыжа является проявлением структурной деградации тканей брюшной стенки. В работах, посвящённых ультраструктурному анализу апоневротических и мышечных элементов, выявлены набухание и фрагментация коллагеновых волокон, деструкция фибробластов, признаки нарушений

микроциркуляции вплоть до сладжей и повреждений капилляров. Эти изменения указывают на глубокие процессы дистрофии и ослабления каркасных структур брюшной стенки, что значительно снижает её механическую прочность и устойчивость к внутрибрюшному давлению. Морфологическая неполноценность тканей объясняет высокую частоту рецидивов при применении традиционных натяжных методов пластики даже при технически корректно выполненных вмешательствах [4, 7, 9, 11, 13].

Особый интерес представляет анализ морфологии именно боковых и поясничных послеоперационных грыж. Эти зоны отличаются иной анатомической организацией по сравнению с передней брюшной стенкой: здесь отсутствует чёткая апоневротическая система, а мышечно-фасциальные структуры неоднородны по направлению волокон и прочности. Публикуемые в последние годы хирургические наблюдения подчёркивают, что именно особенности анатомии боковой области, сочетанные с выраженным морфологическими изменениями тканей, создают трудности в выборе оптимального способа реконструкции. Согласно современным обзорам, поясничные послеоперационные грыжи по-прежнему относятся к недостаточно изученным состояниям, что ограничивает возможности стандартизации хирургической тактики [1, 6, 8, 10, 12].

Функциональные изменения брюшной стенки при послеоперационных грыжах являются не менее важным аспектом, чем морфологические. Потеря целостности мышечно-апоневротического каркаса приводит к снижению способности брюшной стенки поддерживать адекватное внутрибрюшное давление. Это отражается на дыхательной механике, физическом усилии, изменяет локальную кинематику мышц, ухудшает их координацию и тонус. Недавние исследования подчёркивают, что функциональная неполноценность брюшной стенки влияет не только на физические параметры и риск рецидива, но и на субъективные показатели качества жизни. Несмотря на это, в современной литературе отсутствуют единые стандарты оценки функционального состояния тканей и мышц брюшной стенки, особенно у пациентов с латеральными и поясничными дефектами, что затрудняет единообразную оценку результатов оперативного лечения [2, 5, 7, 11, 14].

Отдельное внимание в научных публикациях уделяется значению реконструкции брюшной стенки с точки зрения не только устранения дефекта, но и восстановления её функции. Тем не менее большинство доступных работ посвящено передним вентральным грыжам, а исследования пациентов с боковыми и

поясничными грыжами ограничены небольшими выборками. Отсутствие крупных аналитических исследований морфологии и функции в этой группе пациентов создаёт пробел в понимании патогенеза, прогностических факторов и особенностей послеоперационной реабилитации [3, 8].

Анализ литературы свидетельствует о наличии значительного разрыва между клинической значимостью послеоперационных боковых и поясничных грыж и уровнем изученности морфологических и функциональных характеристик брюшной стенки у таких пациентов [5, 9, 12].

Актуальность исследования морфологических и функциональных изменений брюшной стенки при послеоперационных поясничных и боковых грыжах обусловлена рядом факторов. Рост числа абдоминальных вмешательств в последние десятилетия приводит к увеличению абсолютного количества пациентов с послеоперационными грыжами, что делает их одним из наиболее частых осложнений хирургических операций на брюшной полости. Особую значимость приобретают грыжи боковой и поясничной локализаций, поскольку они встречаются реже, имеют менее изученную анатомию и требуют индивидуального подхода к реконструкции [6, 10].

Сложность данной темы заключается в том, что морфологическое состояние тканей при таких грыжах существенно варьирует и может включать выраженные дистрофические изменения, нарушения коллагенового каркаса, сосудистые и регенераторные отклонения. Без понимания этих особенностей невозможно адекватно прогнозировать риск рецидивов и осложнений, а также правильно выбирать хирургическую технику и тип импланта [8, 12].

Функциональная составляющая патологии также имеет первостепенное значение. Восстановление анатомии брюшной стенки не всегда приводит к полному восстановлению её функции, особенно при наличии морфологических нарушений, нарушении тонуса и координации мышц, изменениях внутрибрюшной механики. В современных исследованиях подчёркивается необходимость перехода от простой анатомической пластики к функционально ориентированным методикам восстановления, однако отсутствие стандартизованных методов оценки функционального состояния брюшной стенки затрудняет внедрение таких подходов [13, 14].

С учётом недостаточной изученности морфологических и функциональных особенностей при послеоперационных поясничных и боковых грыжах, проведение

комплексного анализа этой проблемы представляет собой научную и практическую необходимость. Такое исследование позволит глубже понять патогенез и механизмы формирования нестандартных послеоперационных грыж, повысить эффективность хирургического лечения, снизить частоту рецидивов и улучшить качество жизни пациентов.

Цель исследования - изучить характер морфофункциональных периоперационных изменений в тканях брюшной стенки у больных при наличии мочевых свищей и затеков как причины грыжеобразования.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование основано на анализе комплексного обследования и хирургического лечения 102 пациентов с послеоперационными поясничными и переднебоковыми грыжами брюшной стенки, проходивших лечение в хирургическом и урологическом отделениях Многопрофильной клиники Самаркандинского государственного медицинского университета в период с 2019 по 2024 годы. Среди обследованных пациентов 68 человек (66,6%) страдали послеоперационными поясничными грыжами, а 34 пациента (33,3%) — послеоперационными переднебоковыми грыжами. Женщины составили 62 (60,8%) пациента, мужчины — 40 (39,2%). В большинстве случаев, а именно у 83 пациентов (81,4%), заболевание выявлялось у лиц наиболее зрелого трудоспособного возраста от 18 до 60 лет.

Все пациенты с послеоперационными грыжами были распределены согласно классификации J.P. Chevrel и A.M. Rat. У пациентов с поясничными грыжами размеры грыжевых ворот составляли W1 (до 5 см) у 12 (17,6%) пациентов, W2 (5–10 см) у 27 (39,7%), W3 (10–15 см) у 20 (29,4%) и W4 (более 15 см) у 9 (13,2%). При этом число рецидивов в данной группе распределялось следующим образом: у 46 пациентов (67,6%) рецидивы отсутствовали, R1 зарегистрирован у 10 (14,7%), R2 — у 8 (11,7%) и R3 — у 4 (5,9%) пациентов. В группе пациентов с переднебоковыми грыжами размеры грыжевых ворот W1 встречались у 10 (29,4%) пациентов, W2 — у 16 (47,1%), W3 — у 4 (11,7%) и W4 — у 4 (11,7%). Отсутствие рецидивов наблюдалось у 21 пациента (61,7%), R1 — у 5 (14,7%), R2 — у 4 (11,7%) и R3 — у 4 (11,7%). В совокупной выборке, включающей пациентов с поясничными (LL4) и переднебоковыми (L3) грыжами, размеры грыжевых ворот распределялись следующим образом: W1 (до 5 см) — у 22 пациентов (21,5%), W2 (5–10 см) — у 43 (42,1%), W3 (10–15 см) — у 24 (23,5%) и W4 (более 15 см) — у 13 (12,7%) пациентов. При этом рецидивы заболевания отсутствовали у 67 (65,7%) пациентов.

пациентов, R1 — у 15 (14,7%), R2 — у 12 (11,7%) и R3 — у 8 (7,8%).

Все обследованные пациенты ранее перенесли хирургические вмешательства по поводу заболеваний почек и мочеточника. В 75 случаях (73,5%) операции проводились при наличии конкрементов в различных отделах мочевыделительной системы, тогда как у 27 пациентов (26,5%) оперативные вмешательства выполнялись по поводу гнойно-септической патологии. Характер проведённых вмешательств отличался высокой травматичностью, включавшей пересечение мышечных слоёв, нервных стволов и сосудов. Во всех случаях операции завершались чрезраневым дренированием.

Анализ данных историй болезни и выписок из стационаров показал, что в послеоперационном периоде у пациентов отмечались различные раневые осложнения. Среди них у 40 пациентов (39,2%) после урологических вмешательств наблюдалось нагноение лямботомных доступов, у 23 пациентов (22,5%) регистрировались мочевые свищи и затеки, у 20 пациентов (19,6%) развивались гематомы и серомы, а в 19 случаях (18,6%) установить причину формирования послеоперационной грыжи по имеющимся медицинским документам не представилось возможным.

Таким образом, материал настоящего исследования представляет собой клиническую и морфологическую характеристику 102 пациентов с послеоперационными поясничными и переднебоковыми грыжами, у которых учитывались демографические параметры, размеры грыжевых ворот, частота рецидивов, характер предшествующих оперативных вмешательств и послеоперационные осложнения.

Результаты и их обсуждение. В проведенных исследованиях клиническое проявление ППГ и ППБ грыж характеризовалась жалобами на наличие опухолевидного образования поясничной ($n=68$) и передне-боковой области ($n=34$) живота с тенденцией к постепенному увеличению его размеров (рис. 1, 2).

В 58 (56,8%) наблюдениях пациенты с ППГ и ППБ грыжами жаловались на наличие выпячивания и появления болей, а 21 (20,6%) пациентов беспокоило резкое истончение кожи в области грыжевого выпячивания. В 3 (2,9%) наблюдениях больных беспокоило наличие трофических язв в области обширной боковой грыжи.

Для прогнозирования возможного развития ранних послеоперационных осложнений всем пациентам выполняли измерение ВБД. Оценку показателей ВБД осуществляли в зависимости от размера грыжевых ворот (табл. 1).



Рис. 1. Послеоперационная поясничная грыжа после люмботомии (W3 –W4)

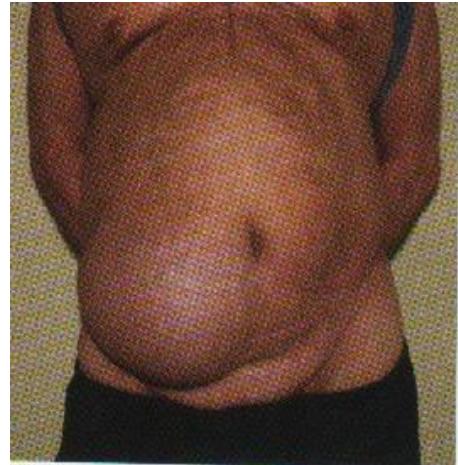


Рис. 2. Послеоперационная передне-боковая грыжа после операции на мочеточнике

Таблица 1. Показатели ВБД в зависимости от ширины грыжевых ворот (n=102)

Ширина грыжевых ворот	Показатели ВБД					
	Норма	I	II	III	IV	Итого
W ₁ (n=18)	17	5			-	22
W ₂ - (n=35)		7	18	18	-	43
W ₃ (n=20)		3	12	9	-	24
W ₄ (n=9)		-	6	7	-	13
Всего	17	15	36	34	-	102



Рис. 3. Ультрасонография при ППГ. В просвете грыжевого мешка петли тонкой кишки

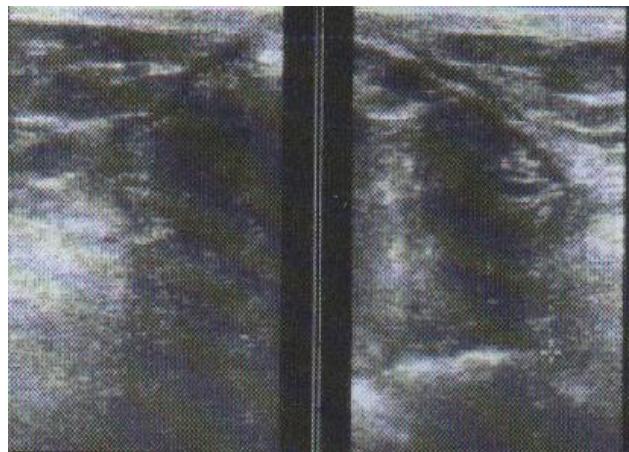


Рис. 4. Ультрасонография при ППГ. Истончение толщины наружной косой мышцы живота

Так, при послеоперационных грыжах ВБДI степени у 5 пациентов W₁, W₂-7, W₃-3. Тогда, как по мере увеличения ширины грыжевых ворот и длительности грыженосительства у 36(35,2%) пациентов имело место ВБГ-II степени, у - 34(33,3%) ВБД- III степени.

Комплексное УЗИ пациентов с ППГ и ППБГ провели в 67 (65,6%) наблюдениях с целью выявления степени выраженности формы грыжевых ворот, грыжевого содержимого, а

также выбора наиболее патогенетически обоснованного метода герниопластики (рис. 3, 4).

Для выявления анатомо-функциональной недостаточности боковых стенок живота до операции проводили УЗИ и КТ. Результаты УЗИ состояния брюшной стенки у больных с ППГ и ППБ грыжи представлены в таблице 4.

Среди пациентов с малыми грыжами доля имевших дегенеративные изменения составила 33,1%, со средними -53%, с большими - 92%, с гигантскими -100%.

Таблица 2. Ультразвуковая характеристика анатомо-функционального состояния боковой стенки живота при ППГ и ППБГ ($M \pm m$)

Ультразвуковые параметры	Здоровые (n=25)	ППГ (n=24)	ППБГ (n=24)
Толщина наружной косой мышцы живота, см	1,6±0,3	0,95±0,03 p<0,01	0,93±0,04 p<0,05
Ширина наружной косой мышцы живота, см	7,4±0,63	12,2±0,6 p<0,001	12,9±0,5 p<0,001
Ширина спигелевой линии, см	0,04±0,05	0,8±0,02 p<0,001	0,85±0,3 p<0,001
Толщина мышечно-апоневротического слоя боковой стенки	1,6±0,3	0,92±0,2 p<0,01	0,8±0,3 p<0,01
Сократимость мышц боковой стенки живота от исходной величины, %	29,8±1,1	10,3±1,7 p<0,001	10,5±1,4 p<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в группе здоровых (по U-критерию Манна-Уитни)

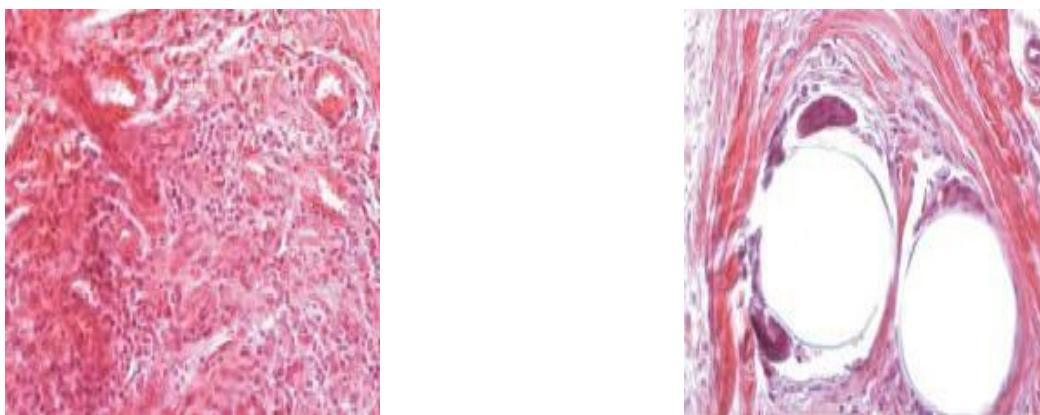


Рис. 5. Морфологические изменения в биоптатах мышц. Окраска гематоксилином-эозином.
Увеличение $\times 450$

Таблица 3. Сравнительный анализ данных УЗИ и КТ в оценке изменения боковой стенки живота у больных с послеоперационными поясничными и боковыми грыжами (в%)

Симптомы	УЗИ	КТ
Визуализация грыжевого выпячивания	100%	100%
Определение объёма грыжевого выпячивания	75,5±0,18%	100%
Оценка размеров грыжевых ворот	84,3±0,45%	100%
Визуализация расхождения поясничных мышц	85,7±0,28%	100%
Оценка выраженности подкожно-жировой клетчатки	100%	100%
Оценка выраженности рубцово-дегенеративных изменений тканей боковой стенки живота	81,2±0,12%	
Частота визуализации дополнительных образований в подкожно-жировой клетчатке (лигатурные гранулемы и абсцессы).	82,2±0,55%	100%
Визуализация содержимого грыжевого мешка	100%	
Неоднородность структуры тканей боковой стенки живота.	91,5±0,08%	

Атрофические изменения различной степени выраженности выявлены у всех 48 обследованных УЗИ больных. Необходимо отметить, что при небольших сроках грыженосительства, а также малых ее размеров при УЗИ выявлял слабую степень атрофии мышечной ткани (n=9) -18,7%, умеренная степень атрофии – у 27 (56,2%) и выраженная – у 12(25%) пациентов.

Среди лучевых методов диагностики ППГ и ППБГ особое место занимает комплексная компьютерная томография (КТ) по показаниям

проводили 13 больным с ППГ (n=8) и ППБГ (n=5). При КТ поясничной области, брюшной стенки у этого контингента больных, изменения зависимости, как правило, от локализации грыж, ее размеров, содержимого грыжевого мешка.

Степень выраженности атрофических процессов в мышцах при ППГ и ППБ грыжах определяли на основании исследования биоптатов мышц. Так, при послеоперационных грыжах W₃-W₄ в биоптатах мышц наблюдались глубокие атрофические изменения (рис. 5).

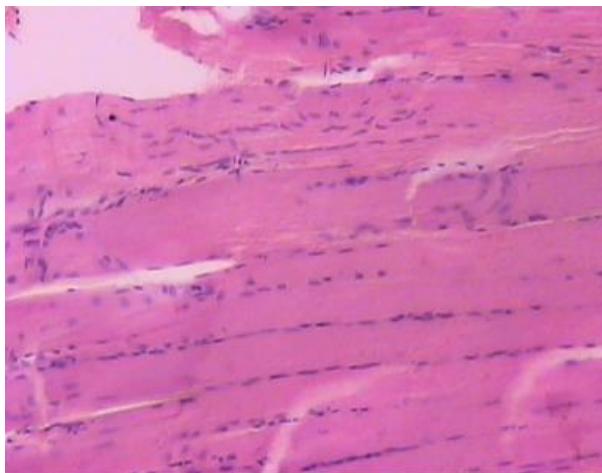


Рис. 6. Разрушение мышечной и соединительной ткани на 9-10-е сутки. Окраска гематоксилином-эозином. Увеличение $\times 450$



Рис. 7. Выраженный экссудативно-воспалительный процесс в окружающих раны мышечных структурах. Окраска гематоксилином-эозином. Увеличение $\times 450$

Для сравнительного изучения информативности УЗИ и КТ в диагностике особенностей анатомо-функционального строения поясничной и передне-боковой стенки живота вокруг грыжевого выпячивания, а также определения размеров грыжевого выпячивания и грыжевых ворот у больных с ППГ и ППБГ был проведен анализ результатов исследования у 48 пациентов (табл. 3).

В результате проведенных гистологических исследований мышечно-апоневротических тканей с воздействием на них асептической мочи морфологически сопровождалась явлениями вторичного разрушения мышечной и соединительной ткани (рис. 6, 7).

На фоне такого негативного влияния асептической мочи на мышечно-апоневротические ткани отмечалось пролонгирование фазы воспаления в 2 раза. Ещё более выраженные морфофункциональные нарушения со стороны мышечно-апоневротических структур наблюдали в биоптатах 5 пациентов у которых имелись мочевые свищи с инфицированной мочой. На фоне дегенеративных изменений в мышечной ткани и выраженного вторичного воспалительного разрушения, наблюдалась острая экссудативно-воспалительная реакция с пролонгированной фазой воспаления в 3-4 раза.

Результаты морфологических исследований показывают, что наличие мочевых затеков и свищей в послеоперационном периоде после лямботомии сопровождаются морфологическими изменениями со стороны мышечно-апоневротической структуры, особенно при воздействии инфицированной мочи, что в дальнейшем способствует риску возникновения послеоперационных грыж.

Таким образом, анатомо-функциональной недостаточности боковой стенки живота I-II степени у больных с урологическими заболеваниями, а также наличие послеоперационных специфических раневых осложнений (мочевые затеки, свищи) являются причиной развития послеоперационных поясничных и боковых грыж.

Выходы:

1. Наличие мочевых свищей и затеков после лямботомии и боковых доступов сопровождаются значительными морфофункциональными изменениями в мышечной и соединительной ткани особенно при наличии инфицированной мочи.

2. Анатомо-функциональная недостаточность боковой стенки живота I-II степени у больных с урологическими заболеваниями, а также наличие послеоперационных специфических раневых осложнений (мочевые затеки, свищи) являются причиной развития послеоперационных поясничных и боковых грыж.

3. Разработанные и усовершенствованные методы интраоперационной ультразвуковой диагностики анатомо-функциональной недостаточности боковой стенки живота диктуют необходимость превентивного эндопротезирования, что позволяет снизить частоту образования послеоперационных грыж и ее рецидивов.

Литература:

1. Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Абдукадиев А. А. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2020. – №. 3. – С. 162-165.

2. Ризаев Ж. А., Ризаев Э. А., Кубаев А. С. Роль иммунной системы ротовой полости при инфицировании пациентов коронавирусом SARS-CoV-2 //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2020. – №. 3. – С. 67-69.
3. Ризаев Ж. А., Бекжанова О. Е., Ризаев Э. А. Оценка эндогенной интоксикации у детей с герпетическим стоматитом по спектральному составу веществ низкой и средней молекулярной массы //Клиническая стоматология. – 2017. – №. 4. – С. 15-17.
4. Ризаев Э. А., Бабакулов Ш. Х., Сайфуддинов А. А. Современные аспекты прогнозирования тяжести течения острого панкреатита и его осложнений (обзор литературы) //Tadqiqotlar. – 2025. – Т. 61. – №. 2. – С. 325-332.
5. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.
6. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.
7. Ризаев Э. А. и др. Применение визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости для выбора хирургической стратегии при остром панкреатите: анализ эффективности и летальности //scientific approach to the modern education system. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 140-141.
8. Ярмухamedova Н. А., Ризаев Ж. А. Изучение Краткосрочной Адаптации К Физическим Нагрузкам У Спортсменов Со Вторичными Иммунодефицитами //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2023. – №. 6. – С. 128-132.
9. Szczęsny W., Kaska Ł., et al. "Surgical treatment of incisional hernias: Techniques and outcomes." Hernia Journal. 2021; 25(3): 345–354.
10. Deerenberg E. B., Timmermans L., et al. "Small bites versus large bites for closure of abdominal mid-line incisions (STITCH): A double-blind, multicentre, randomised controlled trial." Lancet. 2015; 386(10000): 1254–1260.
11. Gurusamy K. S., Vaughan J., et al. "Mesh versus suture repair for incisional hernias." Cochrane Database of Systematic Reviews. 2022; (3): CD007781.
12. Sauerland S., Walgenbach M., et al. "Laparoscopic versus open surgical techniques for ventral or incisional hernia repair." Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020; (10): CD007781.
13. Palladino E., Turra F., et al. "Postoperative complications after mesh-based abdominal wall hernia repair." Annals of Surgery. 2020; 271(5): 862–869.
14. Carbonell A. M., Warren J. A., et al. "Trends in incisional hernia repair: Emerging techniques and patient outcomes." Surgical Clinics of North America. 2022; 102(5): 901–915.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ПОЯСНИЧНЫМИ И БОКОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Абдурахманов Д.Ш., Исакандаров Ю.Н., Якубов Г.Ш.

Резюме. Настоящая работа основана на анализе комплексного обследования и хирургического лечения 102 пациентов с послеоперационными поясничными и послеоперационными передне-боковыми грыжами живота. Наличие мочевых свищей и затеков после люмботомии и боковых доступов сопровождается значительными морфофункциональными изменениями в мышечной и соединительной ткани особенно при наличии инфицированной мочи. Анатомофункциональная недостаточность боковой стенки живота I-II степени у больных с урологическими заболеваниями, а также наличие послеоперационных специфических раневых осложнений (мочевые затеки, свищи) являются причиной развития послеоперационных поясничных и боковых грыж.

Ключевые слова. послеоперационные поясничные, послеоперационные передне-боковые грыжи живота, УЗИ, цитология.