

ID: 2014-03-24-A-3242

Краткое сообщение

Черных А.В., Любых Е.Н., Закурдаев Е.И., Попова М.П.

Индивидуальные особенности строения пахового промежутка

ГБОУ ВПО "ВГМА им. Н.Н. Бурденко" Минздрава России, кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией

Резюме

В связи с недостаточно изученными предрасполагающими факторами возникновения паховых грыж поставлена цель изучить вариантную анатомию пахового промежутка. Работа выполнена на 123 трупах лиц разного пола и возраста. Конкретизировано строение пахового промежутка. Для систематизации его форм наиболее удобна классификация Т.Ф. Лавровой. Формы пахового промежутка различаются вариабельностью строения нижних краев внутренней косой и поперечной мышц живота, величиной и шириной серповидного апоневроза, что важно учитывать практикующим хирургам.

Ключевые слова: паховый промежуток, форма, вариантная анатомия

Введение

В герниологии проблема прогнозирования возникновения паховых грыж по-прежнему актуальна. В настоящее время хирурги глубоко осведомлены о производящих факторах возникновения паховых грыж, в то время как предрасполагающие факторы изучены недостаточно хорошо, что стало основой выполнения настоящего исследования.

Цель исследования: конкретизировать данные по вариантной анатомии пахового промежутка с учетом новых линейных параметров анатомических образований пахового канала.

Материал и методы

Работа выполнена на 123 нефиксированных трупах лиц, умерших скоропостижно от заболеваний, не связанных с патологией и травмами живота. Из них 91/74% мужчин и 32/26% женщин.

Выполнялось топографо-анатомическое препарирование брюшной стенки, всего исследовано 246 подвздошно-паховых областей. Симметричных различий в форме пахового промежутка и величине исследуемых параметров подвздошно-паховых областей выявлено не было.

Форма пахового промежутка определялась в соответствии с общепринятой классификацией Т.Ф. Лавровой (1979): щелевидно-овальная, овально-переходная и треугольная. Измерялась высота, длина, площадь пахового промежутка и ширина серповидного апоневроза.

Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрических критериев. Различия считались значимыми при доверительной вероятности 95% ($p \leq 0,05$).

Результаты

Исследуемые лица одинаково часто имели овально-переходную (51/41,5%) и щелевидно-овальную (49/39,8%) формы пахового промежутка. Треугольная же форма обнаружена лишь в 23/18,7%.

При щелевидно-овальной форме пахового промежутка нижние края внутренней косой и поперечной мышц живота направлены строго дугообразно, огибая семенной канатик (круглую связку матки) сверху, и, образуя в медиальном отделе пахового канала серповидный апоневроз, прикрепляющийся к лобковой кости. Описанные особенности, как подчеркивают многие анатомы, определяют благоприятные в функциональном аспекте возможности щелевидно-овальной формы пахового промежутка, что во многом обусловлено, главным образом, ее незначительной величиной и хорошо выраженным серповидным апоневрозом. При этом высота пахового промежутка составила 1,3 (1,1; 1,6) см, длина – 5,5 (5,2; 6) см, а площадь – 5,3 (4,4; 5,5) см². Ширина серповидного апоневроза составила 2,6 (2,3; 2,8) см. Таким образом, можно предположить, что при сокращении внутренней косой и поперечной мышц живота их нижние края плотно сопоставляются с паховой связкой, тем самым надежно обеспечивая клапанный механизм пахового канала при повышении внутрибрюшного давления.

Функционально-анатомические параметры овально-переходной формы пахового промежутка кардинально отличаются от щелевидно-овальной формы. Так, поперечная мышца живота, как и при щелевидно-овальной форме пахового промежутка, описывает дугу над семенным канатиком (круглой связкой матки), при этом в медиальной половине пахового канала образует серповидный апоневроз, который прикрепляется к лобковой кости. Однако нижний край внутренней косой мышцы живота отличался горизонтальным направлением к прямой мышце живота. Следовательно, если поперечная мышца живота имела две опорные точки крепления – паховую связку и лобковую кость, то внутренняя косая мышца живота – только одну – паховую связку. Исходя из топографо-анатомических соображений, при сокращении мышц живота у лиц с овально-переходной формой пахового промежутка его медиальный отдел прикрывается лишь апоневрозом поперечной мышцы. Однако по величине и степени развития серповидного апоневроза лица с овально-переходной формой пахового промежутка не отличались от наблюдений с щелевидно-овальной формой. Высота пахового промежутка составила 1,5 (1,3; 1,7) см, длина – 5,6 (5,1; 5,8) см, а площадь – 5,2 (4,8; 5,5) см². Ширина серповидного апоневроза составила 2,7 (2,4; 3) см.

При треугольной форме пахового промежутка нижние края, как внутренней косой так и поперечной мышц живота направлены строго горизонтально, к латеральному краю прямой мышцы, у которого они, образовав апоневротические растяжения, переходят на ее переднюю поверхность, образуя глубокий листок сухожильного влагалища. У лиц с данной формой пахового промежутка отмечались максимальные показатели величины и слабое развитие серповидного апоневроза. Высота пахового промежутка составила 2,7 (2,5; 2,8) см ($p=0,0002$), длина – 6,2 (6; 6,4) см ($p=0,0004$), а площадь – 6,6 (6,1; 6,8) см². Ширина серповидного апоневроза составила 1,6 (1,5; 2) см ($p=0,0001$). Серповидный апоневроз чаще всего вплетался в глубокий листок влагалища

прямой мышцы живота на уровне середины высоты пахового промежутка (14/60,9%), реже – на уровне нижней трети (4/17,4%) и верхней трети высоты пахового промежутка (3/13%).

Обсуждение

Конкретизировано строение пахового промежутка. Для систематизации его форм наиболее удобна классификация Т.Ф. Лавровой. Формы пахового промежутка различаются вариабельностью строения нижних краев внутренней косой и поперечной мышц живота, величиной и шириной серповидного апоневроза, что важно учитывать практикующим хирургам.

Заключение

1. Конкретизировано строение пахового промежутка. Для систематизации его форм наиболее удобна классификация Т.Ф. Лавровой.

2. Формы пахового промежутка различаются вариабельностью строения нижних краев внутренней косой и поперечной мышц живота, величиной и шириной серповидного апоневроза, что важно учитывать практикующим хирургам.

Литература

1. Внуков, П. В. Влияние натяжной и ненатяжной паховой герниопластики на показатели качества жизни у мужчин : автореф. дис. канд. мед.наук: 14.00.27 / Внуков Павел Владимирович. – Воронеж, 2007. – 20 с.
2. Газиев, Р. М. Дифференцированный подход к реконструкции задней стенки пахового канала при различных формах паховых грыж : дис. ... канд. мед.наук : 14.00.27 / Газиев Рашид Магомедович. – Махачкала, 2006. – 154 с.
3. Йоффе, И. Л. Оперативное лечение паховых грыж / И. Л. Йоффе. – М.: Медицина, 1968. – 172 с.
4. Лаврова, Т. Ф. Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки / Т. Ф. Лаврова. – М.: Медицина, 1979. – 104 с.
5. Metternich F. U. The anatomical structure of the preperitoneal tissue (PPT) of the inguinal canal / F. U. Metternich, L. G. Claeys, J. Koebke // Acta Chir Belg. – 1997. – Vol. 97, N 1. – P. 19-22.
6. Read R. C. Herniology: past, present, and future // Hernia. – 2009. – Vol. 13, N 6. – P. 577-580.
7. Tubbs R. S. Anatomy of the reflected ligament of the inguinal region/ R. S. Tubbs [et al.] // Rom J Morphol Embryol. – 2009. – Vol. 50, N 4. – P. 689-691.