

Особенности вариантной анатомии пахового промежутка у мужчин

Н.В.Антипов, И.В.Фесак, А.Б.Зарицкий

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,
кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Донецк, Украина

На 31 мужском трупе изучена вариантная анатомия пахового канала, которая имеет значение при герниотомиях. Установлено что в ряде случаев в формировании передней стенки пахового канала, помимо апоневроза наружной косой мышцы живота, участвует и внутренняя косая мышца живота.

Ключевые слова: паховый канал, анатомия, паховая грыжа, герниотомия.

ВВЕДЕНИЕ

Базовые научные источники [1-4] дают идентичные описания особенностей строения пахового канала (ПК). При этом используются усредненные данные, которые не учитывают его конституциональные и половые анатомические отличия. В связи с этим при грыжепластике могут излишне травмироваться во время оперативного доступа те анатомические образования, которые участвуют в формировании стенок ПК.

Целью исследования было дополнить научные сведения по вариантной анатомии пахового канала человека.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом исследования явился 31 труп людей мужского пола (25 – нефиксированных, 6 – фиксированных). Исследования проводили с помощью методов препарирования и морфометрии с последующей фотосъемкой выявленных вариантов на базе Донецкого областного бюро судебной медицинской экспертизы и на кафедре

оперативной хирургии и топографической анатомии ДонНМУ. Препарированию подверглись 4 трупа гиперстенического телосложения, 12 – астенического, 15 – нормостенического. Во всех случаях выполняли разрез длиной 8-10 см параллельно и на 1,5 см выше паховой связки. Рассекалась кожа, два слоя подкожной жировой клетчатки и два листка поверхностной фасции. Края кожной раны разводили с помощью ранорасширителя, после чего обнажался апоневроз наружной косой мышцы живота. У поверхностного кольца ПК выделяли элементы, покидающие канал в составе семенного канатика. На 1 см выше паховой связки и параллельно ей рассекали апоневроз наружной косой мышцы живота. Оценивали степень выраженности внутренней косой и поперечной мышц живота по отношению к паховой связке и содержанию ПК. При помощи измерительной линейки оценивали диастаз между нижними краями внутренней косой, поперечной мышц живота и паховой связкой. Паховый промежуток исследовали последовательно, начиная от его наружной трети (от передней верхней подвздошной ости до глубокого кольца ПК). Затем переходили к средней трети, которая располагалась между глубоким и поверхностным кольцами ПК и соответствовала размерам последнего. Исследование заканчивали выявлением анатомических особенностей медиальной трети пахового промежутка (между поверхностным кольцом отпрепарированного ПК до наружного края пирамидальной или прямой мышц живота). Оценивали синтопию влагалищного отростка брюшины, степень его облитерации. На каждом из выделенных участков пахового промежутка определяли образования, формирующие его стенки.

Полученные количественные данные обработаны с использованием методов вариационной статистики. Для оценки достоверности разности средних величин использовали t-критерий Стьюдента. Полученные данные обрабо-

таны с помощью статистического пакета программ MedStat.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При исследовании границ пахового промежутка на мужских трупах астенического типа телосложения привлекает внимание то, что в 11 (91,7%) случаях с обеих сторон туловища в наружной трети пахового промежутка (до уровня глубокого кольца ПК) внутренняя косая мышца живота примыкала к паховой связке. Поэтому на данном отрезке она формировала, наряду с апоневрозом наружной косой мышцы живота, переднюю стенку ПК. Верхней стенкой ПК являлся нижний край поперечной мышцы живота, поэтому размеры пахового промежутка на данном участке были меньше размеров одноименного канала, чем можно объяснить отсутствием предпосылок формирования грыжевого выпячивания, которому препятствовал нижний край внутренней косой мышцы живота. Такие варианты взаимоотношений анатомических образований, формирующих переднюю стенку ПК на данном уровне, объясняют редкие формирования париетальных паховых грыж и должны нацелить хирургов на необходимость тщательного соблюдения послойности при рассечении апоневроза наружной косой мышцы живота, чтобы избежать неоправданной травматизации внутренней косой мышцы живота.

В 4 (16,8%) из 11 описанных случаев передняя поверхность внутренней косой мышцы живота была прочно сращена с апоневрозом наружной косой мышцы и при его рассечении частично разволокнилась. В 1 (4,2%) случае справа нижний край внутренней косой мышцы живота на указанном уровне располагался выше и кпереди от семенного канатика и его диастаз с паховой связкой составил 0,7 см. Нижний край поперечной мышцы живота находился кверху от элементов семенного канатика, и его диастаз с паховой связкой составил 1,4 см. В 1 (4,2%) случае слева нижний край внутренней косой мышцы живота формировал верхнюю стенку ПК. Его диастаз с паховой связкой составил 1,6 см. Переднюю стенку ПК в этом случае формировал апоневроз наружной косой мышцы живота. При исследовании содержимого ПК на данном трупе обнаружена врожденная косая паховая грыжа. Необлитерированный влагалищный отросток брюшины продолговатой формы, размерами 5,6×1,2×0,8 см располагался кнутри и кверху от элементов семенного канатика, будучи тесно связанным с последним.

После вскрытия влагалищного отростка обнаружен фрагмент большого сальника.

На трупах с нормостеническим типом телосложения у 12 (80,0%) объектов с обеих сторон туловища в наружной трети пахового промежутка внутренняя косая мышца живота нависала над паховой связкой кпереди от элементов семенного канатика, образуя вместе с апоневрозом наружной косой мышцы переднюю стенку ПК. Его верхнюю стенку формировал нижний край поперечной мышцы живота. Диастаз нижнего края внутренней косой мышцы с паховой связкой составил: справа — 0,6-0,8 см, слева — 0,4-0,7 см. На 4 (26,6%) трупах с нормостеническим типом телосложения с обеих сторон туловища выявлено, что нижний край внутренней косой мышцы живота располагался кпереди и сверху от элементов семенного канатика. При этом диастаз нижнего края данной мышцы с паховой связкой составил: справа — 0,6-1,2 см, слева — 0,5-1,1 см.

На 3 (75,0%) трупах гиперстенического телосложения с обеих сторон туловища в наружной трети пахового промежутка внутренняя косая мышца живота нависала над паховой связкой кпереди от элементов семенного канатика, образуя вместе с апоневрозом наружной косой мышцы переднюю стенку ПК. Диастаз нижнего края внутренней косой мышцы живота с паховой связкой составил: справа — 0,5-0,7 см, слева — 0,5-0,8 см. На 1 (25,0%) трупе гиперстенического телосложения с обеих сторон туловища выявлено, что нижний край внутренней косой мышцы живота располагался кпереди и сверху от элементов семенного канатика. При этом диастаз нижнего края данной мышцы с паховой связкой составил: справа — 0,5-1,1 см, слева — 0,6-1,2 см. Объекты исследования с гиперстеническим типом телосложения во всех случаях имели в составе нижней стенки, кроме паховой связки, еще и волокна внутренней косой мышцы живота.

Медиальнее глубокого кольца ПК у 26 (83,2%) трупов с обеих сторон туловища выявлено расположение наружного края пирамидальной мышцы, у 5 (16,8%) трупов — наружный край прямой мышцы живота. Однако при визуальном исследовании в 4 из последних 5 случаев в фасциальном футляре прямой мышцы живота обнаружены мышечные волокна, имеющие направление снизу вверх и медиально. Поэтому считаем, что сведения об отсутствии пирамидальных мышц в 30-40% случаев (по данным литературы) не совсем корректны, так как, вероятнее всего, имеет место врастание волокон пирамидальной мышцы в волокна

прямой мышцы живота с последующим формированием единого фасциального футляра. Диаметр наружного края указанных мышц с наружным кольцом ПК составил: слева — 0,6-1,4 см, справа — 0,5-1,3 см. Такие варианты строения ПК объясняют отсутствие надпузырных грыж у объектов исследования.

Задней стенкой ПК у всех трупов с обеих сторон туловища являлась внутрибрюшная фасция, которую большинство авторов называют поперечной фасцией живота, игнорируя то обстоятельство, что на данном уровне фасция не прилежит к поперечной мышце живота.

ВЫВОДЫ

1. В составе передней стенки пахового канала в наружной его трети, помимо апоневроза наружной косой мышцы живота, принимает участие нижний край внутренней косой мышцы-живота.

2. Устоявшееся в литературе мнение о высокой частоте отсутствия пирамидальных мышц нуждается в пересмотре, так как в некоторых случаях волокна этих мышц врастают в толщу прямой мышцы живота.

ЛИТЕРАТУРА

1. Семенова Т.В. Клиническая анатомия и оперативная хирургия / Т.В.Семенова. — Донецк: Друкинфо, 2006. — 276 с.
2. Фениш Х. Карманный атлас анатомии человека / Х.Фениш. — Минск: Высшая школа, 1997. — 464 с.
3. Привес М.Г. Анатомия человека / М.Г.Привес, Н.К.Лысенков, В.П.Бушкович. — Санкт-Петербург: Гиппократ, 2003. — 683 с.
4. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека / Р.Д.Синельников, Я.Р.Синельников. — М.: Медицина, 1996. — Т. 2. — 263 с.

М.В.Антипов, І.В.Фесак, О.Б.Зарицький.
Особливості варіантної анатомії пахвинного проміжку у чоловіків. Донецьк, Україна.

Ключові слова: паховий канал, анатомія, пахова грижа, герніотомія.

На 31 чоловічому трупі вивчена варіантна анатомія пахового каналу, яка має значення при виконанні операційних доступів з приводу пахових гриж. Виявлено, що в низці випадків волокна нижнього краю внутрішнього косого м'яза живота беруть участь у формуванні передньої стінки пахового каналу.

N.V.Antipov, I.V.Fesak, A.B.Zaritskiy.
Features of variant anatomy of inguinal interval at males. Donetsk, Ukraine.

Key words: inguinal channel, anatomy, inguinal hernia.

On a 31 masculine dead body the variant anatomy of inguinal channel, which matters at inguinal hernia, is studied. It is set that in a number of cases in forming of front wall of inguinal channel the internal slanting muscle of stomach participates besides aponeurosis of outward slanting muscle of stomach.

Надійшла до редакції 19.06.2013 р.