

УДК 611.718.1:616.34-007.43
© Андреева І. В., Каспарі Н. Р., 2011

МОРФОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ФОРМУВАННЯ ГРИЖ ЗАТУЛЬНОГО КАНАЛУ

Андреева І. В., Каспарі Н. Р.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Андреева І. В., Каспарі Н. Р. Морфологічні передумови формування гриж затульного каналу // Український морфологічний альманах. – 2011. – Том 9, № 3. – С. 13-14.

Основними морфологічними передумовами, що можуть призводити до утворення гриж затульного каналу, є: жіночий тип таза і наявність з правого боку ромбоподібної форми затульного отвору і овальної форми зовнішнього отвору затульного каналу.

Ключові слова: морфологічні передумови, індивідуальна анатомічна мінливість, грижи затульного каналу.

Андреева И. В., Каспари Н. Р. Морфологические предпосылки формирования грыж запирательного канала // Украинский морфологический альманах. – 2011. – Том 9, № 3. – С. 13-14.

Основными морфологическими предпосылками, которые могут приводить к образованию грыж запирательного канала, являются: женский тип таза и наличие с правой стороны ромбоподобной формы запирательного отверстия и овальной формы наружного отверстия запирательного канала.

Ключевые слова: морфологические предпосылки, индивидуальная анатомическая изменчивость, грыжи запирательного канала.

Andreeva I. V., Kaspari N. R. Morphological preconditions of formation of obturator channel hernia // Украинский морфологический альманах. – 2011. – Том 9, № 3. – С. 13-14.

The main morphological preconditions for formation of obturator channel hernia are female type of pelvis, rhomboid shape of obturator foramen and oval shape of external foramen of obturator channel in right side.

Key words: morphological preconditions, individual anatomic variability, obturator channel hernia.

Однією з актуальних проблем сучасної практичної і теоретичної медицини є діагностика і лікування гриж затульного каналу (ГЗК). Летальність при ГЗК, що зацемила, за різними даними, складає від 25 до 100 % [8, 12]. Основною причиною смерті хворих є гостра странгуляційна непрохідність кишечника і поширений перитоніт [10, 11].

Однією з найважливіших причин помилок у діагностиці ущемлених ГЗК є недостатні знання анатомії затульного каналу і проєкції місця виходу грижового мішка [1, 7]. Труднощі клінічної діагностики, інвазивність, променеве навантаження і складність використання інструментальних діагностичних методів диктують необхідність вивчення анатомічних особливостей затульної ділянки і елементів затульного каналу з виявленням схильності до розвитку ГЗК.

Питання анатомічної мінливості затульного отвору вивчені недостатньо. Немає даних про топографо-анатомічні особливості будови затульного отвору і судинно-нервового пучка затульного каналу. Не вивчені також питання про взаємозв'язки між формою і розмірами затульного отвору, а також взаємозв'язки їх з формою таза, його віковими і статевими особливостями.

Мета дослідження – визначити анатомічну мінливість і статеві особливості затульного отвору, каналу та його елементів для прогнозування утворення ГЗК. Дослідження є частиною науково-дослідної роботи кафедри хірургії з основами торакальної, кардіоваскулярної та пластичної хірургії ДЗ «Луганський державний медичний університет» «Морфофункціональні передумови утворення рідкісних форм гриж» (номер державної реєстрації 0109U002501).

Матеріал та методи. Дослідження проведено на 100 паспортизованих клубових кістках з колекції анатомічного музею кафедри анатомії, фізіології людини та тварин ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка» і на 34 трупах. Всі дослідження були виконані з дотриманням біоетичних норм.

Для визначення типу таза (чоловічий, жіночий) вимірювали основні його параметри. Проводили морфометричне дослідження основних кісткових орієнтирів клубової кістки і таза в цілому.

При дослідженні затульного отвору вивчали його форму, описували характер краю затульної борозни із зовнішнього і внутрішнього боку, форму затульної вирізки. Виконували остеометрію затульного отвору.

На трупах проводили пошарове препарування затульної ділянки з правого і лівого боку. Описували форму зовнішнього отвору затульного каналу. Штангенциркулем вимірювали його розміри. При цьому поперечний розмір зовнішнього отвору затульного каналу вимірювали штангенциркулем між сторонами затульної вирізки, подовжній – від верхнього краю затульного отвору до затульної мембрани. Проводили препарування зовнішнього отвору затульного каналу і його елементів, відділяючи роздільно нерви, артерії, вени і їх анастомози. Комплексне морфометричне дослідження проводили по фотознімках. Цифрові дані обробляли методами варіаційної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення.

При дослідженні вологих та кісткових препаратів затульної ділянки виявлена індивідуальна анатомічна мінливість та статеві особливості форми і розмірів затульного отвору, затульної борозни, зовнішнього отвору затульного каналу.

За даними літератури, ГЗК частіше зустрічаються у немолодих худих жінок, що багато народжували [4, 9]. З погляду справжнього дослідження цей факт можна пояснити наступними анатомічними особливостями. По-перше, жіночий таз має більші розміри, ніж чоловічий. У аспекті затульного каналу це стосується, перш за все, більших розмірів затульного отвору. Нами встановлено, що при жіночому типі таза подовжній, поперечний розміри затульного отвору і його площа перевищують відповідні показники при чоловічому типі таза. По-друге, чинником,

що викликає утворення ГЗК, може бути характерна для жіночого типу таза широка дрібна форма затульної борозни, що, у свою чергу, збільшує поперечні розміри затульного каналу і його зовнішній отвір. По-третє, закруглені краї затульної борозни, що зустрічаються при жіночому типі таза в більшості випадків, також, ймовірно, можуть сприяти вільнішому руху грижового мішка у бік затульного каналу.

Крім того, за нашими даними, як додаткова анатомічна передумова до формування ГЗК може виступати ромбоподібна форма затульного отвору при жіночому типі таза. При цій формі затульного отвору спостерігаються великі розміри затульного отвору і велика довжина і ширина затульної борозни.

Велика частота ГЗК у немолодих жінок, що багато народжували, може бути пояснена збільшенням розмірів зовнішнього і внутрішнього отвору затульного каналу за рахунок збільшення розтяжності затульної мембрани і затульних м'язів, що є наслідком загальних вікових дегенеративно-склеротичних процесів. У результаті збільшення рухливості затульної мембрани збільшується передньозадній розмір зовнішнього отвору затульного каналу, що дозволяє грижовому мішку легко пройти через затульний канал у момент підвищення внутрішньочеревного тиску.

Ряд авторів серед причин анатомічного нахилу до ГЗК визнає існування черевного дивертикула або перетвореного грижового мішка [5]. Відмічають також велику рухливість очеревини в зоні внутрішнього отвору затульного каналу у зв'язку із зникненням жирової клітковини в затульному каналі [5]. Таку особливість також частіше виявляють у жінок.

Як відомо з літератури, появу ГЗК частіше відмічають справа [1, 2]. В результаті нашого дослідження встановлено, що з правого боку розміри затульного отвору були більшими, ніж з лівого. Крім того, праворуч переважали і розміри затульної борозни.

В більшості випадків ГЗК зустрічаються разом з іншими видами гриж [3, 6]. Двосторонні затульні грижі виявляють у 20 % пацієнтів [13]. Цей факт свідчить про загальні дегенеративні процеси сполучної і м'язової тканин, що відбуваються в організмі в літньому і старечому віці.

Як і для інших видів гриж, для ГЗК характерні такі сприяючі чинники, як певна втрата маси тіла і різке підвищення внутрішньочеревного тиску.

До анатомічних передумов утворення ГЗК слід віднести також овальну форму зовнішнього отвору затульного каналу. При овальній формі передньозадній розмір зовнішнього отвору затульного каналу значно більше, ніж при щілиновидній. І при відповідній податливості затульної мембрани і зсуві її вниз при раптового підвищенні внутрішньочеревного тиску може утворитися і ущепитися грижа затульного каналу.

Таким чином, основними морфологічними передумовами, які призводять до утворення ГЗК, є жіночий тип таза, ромбоподібна форма затульного отвору, овальна форма зовнішнього отвору затульного каналу, права сторона. Супутніми чинниками є жіноча стать, наявність в анамнезі декількох вагітностей, літній вік і чинники, що ведуть до раптового підвищення внутрішньочеревного тиску.

Форма і розміри зовнішнього отвору затульного каналу мають пряме відношення до формування ГЗК. Якщо поперечний розмір його залишається

відносно постійним завдяки своїй кістковій основі (ширина затульної борозни), то передньозадній розмір залежить від форми отвору, наявності жирової клітковини і розтяжності затульної мембрани, що створює його нижню стінку.

Завдяки щільності і неподатливості перетинки грижа, що з'являється тут, буває звичайно невеликою, але легко ущепляється гострим краєм *membrana obturatoria*. Канал може бути розширений тільки по напрямку донизу за рахунок *membrana obturatoria*. Тому рухливість нижньої стінки зовнішнього отвору затульного каналу відіграє важливу роль у момент раптового підвищення внутрішньочеревного тиску з виникненням ГЗК.

Висновки: Основними морфологічними передумовами, що можуть призводити до утворення гриж затульного каналу, є: жіночий тип таза і наявність з правого боку ромбоподібної форми затульного отвору і овальної форми зовнішнього отвору затульного каналу.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Крымов А. П. Учение о грыжах / А. П. Крымов – 2-е изд. – Ленинград : Практическая медицина, 1929. – 551 с..
2. Левина В. П. Диагностика грыжи запирающего канала / В. П. Левина, И. В. Андреева, А. А. Виноградов // Клиническая хирургия. – 2002. – №1. – С.14– 6.
3. Спостереження защемленої грижі затульного отвору, поєднаної з невірною стегною грижею / [В. В. Плонський, О. Я. Сумко, В. С. Олійник, І. Я. Зима] // Клиническая хирургия. – 2003. – № 8. – С. 62.
4. Burt B. M. Clinical images. Classic presentation of a type II obturator hernia / B. M. Burt, M. Cevalco, D. S. Smink // Am. J. Surg. – 2010. – Vol.199(6). – P.75 – 76.
5. Callaghan C. J. Obturator canal fat plug: a pre-hernial condition? / C. J. Callaghan, R. H. Whitaker // Clin. Anat. – 2002. – Vol. 15(4). – P. 276 – 279.
6. Dundamadappa S. K. Clinics in diagnostic imaging / S. K. Dundamadappa, I. Y. Tsou, J. S. Goh // Singapore Med. J. – 2006. – Vol. 47(1). – P. 89 – 94.
7. Existence of the preperitoneal fatty plug and hernia in obturator canal / [P. Hubka, J. Spacková, O. Nanka, J. Masata] // Ceska Gynekol. – 2010. – Vol. 75(3). – P. 208 – 211.
8. Green B. T. Strangulated obturator hernia: still deadly / B. T. Green. // South Med. J. – 2001. – Vol. 94(1). – P. 81 – 83.
9. Mohammad S. K. Obturator hernia of the Richter type, a diagnostic challenge / S. K. Mohammad // Ugeskr. Laeger. – 2005. – Vol. 167(35). – P. 3312 – 3313.
10. Parkar S. P. Subacute abdominal pain in a very old woman / S. P. Parkar, S. Haram // Tidsskr. Nor. Laegeforen. – 2000. – Vol. 120(17). – P. 2007 – 2008.
11. Preoperative diagnosis of obturator hernia by computed tomography in six patients / [M. Nishina, C. Fujii, R. Ogino et al.] // J. Emerg. Med. – 2001. – Vol. 20(3). – P. 277 – 280.
12. Strangulated obturator hernia: a report of 17 cases / [S. Hennekinne-Mucci, P. Pessaux, R. Du Plessis et al.] // Ann Chir. – 2003. – Vol. 128(3). – P. 159 – 162.
13. Walid M. S. Pararectal and obturator hernias as incidental findings on gynecologic laparoscopy / M. S. Walid, R. L. Heaton // Hernia. – 2009. – Vol. 5. – P. 314 – 316.

Надійшла 12.09.2011 р.

Рецензент: доц. А.І. Чистолінова