

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ В СТРОЕНИИ ПАХОВОГО КАНАЛА

А.А. Волкова, С.И. Волков

*ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава
России*

Актуальность

Наружные грыжи живота выявляются у 3-4% населения (Тимошин А.Д., 2003), причем у 83% из них имеют место паховые и бедренные грыжи (Коган А.С., 2001). Основным методом лечения паховых грыж является хирургический.

Разработано множество разных способов, основой которых являлось укрепление стенок пахового канала (Стойко Ю.М., 2001; Ромашкин-Тиманов М.В., 2002; Саенко В.Ф., Белянский Л.С., 2003; Мясников А.Д., Колесников С.А., 2005; Шестаков А.Л., 2008). Однако, при исследовании пахового канала используются усреднённые данные, которые позволяют не точно учитывать его конституциональные и половые анатомические отличия, а при выполнении герниотомии, грыжепластики можно серьёзно травмироваться анатомические образования, участвующие в формировании стенок пахового канала.

Цель исследования

Изучить и расширить научные сведения по вариантной анатомии пахового канала человека для улучшения результатов лечения больных с паховой грыжей путем выбора патогенетически обоснованного способа операции и усовершенствования техники вмешательства.

Материалы и методы

Топографо-анатомическое исследование проводили на базе кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии. Работа выполнена на 6-и фиксированных трупах людей мужского пола, различного возраста методами макро и микропрепаровки, морфометрии, фотографирования и зарисовки. Данные полученные в ходе проведенного исследования вносились в протокол вручную.

Результаты

Проведенное исследование показало, что на 3-х препаратах внутренняя косая мышца участвовала в формировании, наряду с апоневрозом наружной косой мышцы живота, передней стенки пахового канала. На 4-х препаратах нижний край внутренней косой мышцы живота на уровне середины паховой связки располагался выше и впереди от семенного канатика и его диастаз с паховой связкой составил 0,6 см. Нижний край поперечной мышцы живота находился кверху от элементов семенного канатика и его диастаз на середине паховой связкой составил 1,4 см.

Отделение семенного канатика всегда сопровождалось значительной травмой m. cremaster. При этом визуально дифференцировать

семявыносящий проток от m. cremaster было крайне сложно. Морфологические изменения тканей брюшной стенки без паховой грыжи зависели от возраста. Если у лиц молодого и зрелого возраста эти изменения были незначительными, то у лиц старших возрастных групп появлялись дистрофические изменения как в апоневрозе, так и в мышечной ткани. Это выражалось в том, что на фоне дистрофических и атрофических процессов в тканях преимущественно у людей пожилого и старческого возраста в соединительной ткани апоневроза обнаруживались прослойки жировой ткани. Мышечные пучки внутренней косой мышцы были представлены волокнами различной толщины.

Выводы

Морфологические изменения тканей брюшной стенки без паховой грыжи зависели от возраста. В составе передней стенки пахового канала в наружной его трети, помимо апоневроза наружной косой мышцы живота, принимает участие нижний край внутренней косой мышцы живота. Отделение семенного канатика всегда сопровождалось значительной травмой m. cremaster. Полученные сведения необходимо учитывать при оперативных вмешательствах по поводу паховых грыж.

Литература

1. Егиев В.Н., Чижов Д.В. Проблемы и противоречия «ненатяжной» герниопластики // Герниология.- 2004, № 4. - С.3-7.
2. Алиев С.А. Способ укрепления задней стенки пахового канала // Вестник герниологии (сборник научных статей) / Выпуск 3. М., 2008. -С.12-14.