

СУЧАСНИЙ СТАН АНАТОМІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПАХВИННОЇ ДІЛЯНКИ У ЛЮДЕЙ ЛІТНЬОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ

Ахтемійчук Ю.Т., Тетірко І.В.

*Кафедра топографічної анатомії та оперативної хірургії (зав. – проф. Ю.Т. Ахтемійчук)
Буковинська державна медична академія*

Ключові слова: пахвинна ділянка, анатомія, геріатрична герніологія

Передньобічна стінка живота використовується в медицині для проведення численних діагностичних та лікувальних маніпуляцій протягом всього життя людини. Особливе клінічне значення мають пахвинні ділянки, морфофункціональні особливості яких забезпечують опір м'язких тканин hypogastrium внутрішньочеревному тиску. Складність структурної організації пахвинної ділянки визначається розміщенням пахвинного каналу з його вмістом, особливостями кровопостачання, іннервації та відтоку лімфи, багатопоровою будовою м'язово-апоневротичних, фасціальних, клітковинних компонентів тощо. В процесі старіння людини певні морфологічні зміни структур пахвинної ділянки у поєднанні з віковими морфофункціональними змінами життєво важливих органів збільшують ризик загальної анестезії та зменшують радикалізм хірургічного лікування. Саме ця медико-соціальна проблема – турбота про здоров'я та якість життя людей пенсійного віку – змушують як вчених морфологів, так і вчених практичної ланки охорони здоров'я активізувати зусилля на вивченні топографо-анатомічних особливостей органів, структур та ділянок тіла літніх людей.

Особливої актуальності набуває комплексне вивчення морфології пахвинної ділянки [28, 37, 47, 49]. Саме серед людей літнього і старечого віку спостерігається найбільша захворюваність на пахвинні грижі. Так, за даними В.В.Жебровського, М.Т.Ельбашир [6], Б.Г.Гавриленко и др. [2], Я.П.Фалештинського [15], цей показник становить 15-20%, тому літнім людям виконують найбільшу кількість хірургічних втручань з приводу рецидиву пахвинної грижі – 35-46% [3, 25]. Окрім цього, в цієї категорії пацієнтів в шість разів більше післяопераційних ускладнень, рецидивів та смертність [14, 16].

Морфологи та клініцисти зазначають, що основною причиною неуспіху хірургічного лікування пахвинних гриж є неадекватність існуючих способів герніопластики на фоні морфофункціональної недостатності анатомічних структур пахвинного каналу [18, 24]. Прогресуюча атрофія апоневроза і м'язів пахвинної ділянки у літніх людей послаблює попередню фасцію, що відіграє основну роль у патогенезі пахвинної грижі та її рецидивів [11-13, 23, 51].

Великий внесок у вивчення морфології пахвинної ділянки і, зокрема, пахвинного каналу зробили вчені вітчизняної школи анатомів [1, 4, 8-10, 17]. Критичний аналіз існуючих догматичних підходів до принципів лікування пахвинних гриж, особливо косих, змусив багатьох дослідників переглянути основні хірургічні методики пластики пахвинного каналу [7, 26, 39, 40], зосередити зусилля на індивідуалізації лікування гриж, оскільки діапазон індивідуальної анатомічної мінливості постійно змінюється [20, 33].

Стрімкий розвиток сучасних методів діагностики [27, 53] та малоінвазивних способів ендоскопічної хірургії ставить перед морфологами нові завдання щодо анатомо-топографічного їх обґрунтування. Останнім часом значно зросла кількість досліджень ендоскопічної анатомії внутрішньої поверхні пахвинної ділянки [21, 31, 32, 35, 38, 44]. Вчені наводять топографо-анатомічні ознаки глибокого пахвинного кільця, синтопію елементів сім'яного канатика, варіанти будови гілок зовнішніх клубових судин з метою їх надійної візуальної ідентифікації під час лапароскопічних втручань.

Поряд з лапароскопічними методами герніорафії успішно впроваджуються в клінічну практику ендоскопічні (позаочеревинні) методи корекції пахвинного каналу – з перед- і підочеревинного та підпахвинного просторів з використанням роздувних балонів [30]. З цього напрямку ще існують певні технічні проблеми, зумовлені браком комплексних морфологічних досліджень [29, 36], в тому числі з використанням методів ультрасонографії та комп'ютерної томографії [45].

Одночасно з широким впровадженням у клінічну практику лапаро- та ендоскопічних методів герніорафії, увагу вчених привертає детальне вивчення особливостей іннервації пахвинної ділянки. Одним з досить частих ускладнень таких операцій є парестезії та інші наслідки пошкодження нервових структур пахвинної ділянки [22, 50, 54, 42]. Лапароскопічні маніпуляції (проведення інструментів, препарування, накладання скобок) ушкоджують сполучні гілки між латеральним шкірним нервом стегна, статево-стегновим та клубово-пахвинними нервами, які мають численні варіанти топографії [19, 41, 43, 52].

- cause of failure // *Minerva Chir.* – 2000. – V. 55, № 7-8. – P. 499-504.
26. **Grabenhorst R.** Evaluation of the Bassini reconstruction principle for inguinal hernia // *Zentralbl. Chir.* – 1993. – V. 118, № 12. – P. 767-773.
27. **Hughes P., Scott C., Bodenham A.** Ultrasonography of the femoral vessels in the groin: implications for vascular access // *Anaesthesia.* – 2000. – V. 55, № 12. – P. 1198-1202.
28. **Katkhouda N, Mouiel J.** Laparoscopic treatment of inguinal hernias. A personal approach // *Endosc. Surg. Allied. Technol.* – 1993. – V. 1, № 4. – P. 193-197.
29. **Kingsnorth A.N., Skandalakis P.N., Colborn G.L.** et al. Embryology, anatomy, and surgical applications of the preperitoneal space // *Surg. Clin. North. Am.* – 2000. – V. 80, № 1. – P. 1-24.
30. **Lange J.F., Rooijens P.P., Koppert S.** et al. The preperitoneal tissue dilemma in totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic hernia repair: an anatomico-surgical study // *Surg. Endosc.* – 2002. – V. 16, № 6. – P. 927-930.
31. **Lau W.Y.** History of treatment of groin hernia // *World J. Surg.* – 2002. – V. 26, № 6. – P. 748-759.
32. **Lau H., Lee F.** A prospective endoscopic study of retroperitoneal vascular anatomy in 121 patients undergoing endoscopic - extraperitoneal inguinal hernioplasty // *Surg. Endosc.* – 2003. – V. 17, № 1. – P. 82-87.
33. **Ledinsky M., Matejcic A., De Syo D.** et al. Some structural characteristics of the inguinal region in the northern Croatia // *Coll. Antropol.* – 1998. – V. 22, № 2. – P. 515-524.
34. **Mann B.D., Heath C.M., Gracely E.** et al. Use of a paper-cut as an adjunct to teaching the Whipple procedure by video // *Am. J. Surg.* – 1998. – V. 176, № 4. – P. 379-383.
35. **Marks S.C.Jr., Gilroy A.M., Page D.W.** The clinical anatomy of laparoscopic inguinal hernia repair // *Singapore Med. J.* – 1996. – V. 37, № 5. – P. 519-521.
36. **Metternich F.U., Claeys L.G., Koebke J.** The anatomic structure of the preperitoneal tissue (PPT) of the inguinal canal // *Acta. Chir. Belg.* – 1997. – V. 97, № 1. – P. 19-22.
37. **Nano M., De Simone M., Casalegno P.A.** et al. Modified Gilbert's technique in the treatment of persistent inguino-scrotal hernias in aged patients // *Minerva Chir.* – 1994. – V. 49, № 4. – P. 309-314.
38. **Nixon R.G., Pope J.C., Adams M.C.** et al. Laparoscopic variability of the internal inguinal ring: review of anatomical variation in children with and without a patent processus vaginalis // *J. Urol.* – 2002. – V. 167, № 4. – P. 1818-1820.
39. **Nyhus L.M.** Individualisation of hernia repair a nev era // *Surgery.* – 1993. – V. 114. – P. 1-2.
40. **Nyhus L.M., Condon R.E.** Hernia. – Hardcover, 1989. – 764 p.
41. **Rab M., Ebmer A.J., Dellon A.L.** Anatomic variability of the ilioinguinal and genitofemoral nerve: implications for the treatment of groin pain // *Plast. Reconstr. Surg.* – 2001. – V. 108, № 6. – P. 1618-1623.
42. **Rosen A., Halevy A.** Anatomical basis for nerve injury during laparoscopic hernia repair // *Surg. Laparosc. Endosc.* – 1997. – V. 7, № 6. – P. 469-471.
43. **Rosenberger R.J., Loeweneck H., Meyer G.** The cutaneous nerves encountered during laparoscopic repair of inguinal hernia: new anatomical findings for the surgeon // *Surg. Endosc.* – 2000. – V. 14, № 8. – P. 731-735.
44. **Rosser J.** The anatomical basis for laparoscopic hernia repair revisited // *Surg. Laparosc. Endosc.* – 1994. – V. 4, № 1. – P. 36-44.
45. **Shadbolt C.L., Heinze S.B., Dietrich R.B.** Imaging of groin masses: inguinal anatomy and pathologic conditions revisited // *Radiographics.* – 2001. – V. 21, № 10. – P. 261-271.
46. **Shapiro S.J., Gordon L.A., Daykhovsky L.** et al. The laparoscopic hernia trainer. The role of a life-like trainer in laparoendoscopic education // *Endosc. Surg. Allied. Technol.* – 1994. – № 2 (1). – P. 66-68.
47. **Siragusa G., Geraci G., Li Volsi F.** et al. The treatment of inguinal hernia in a one-day surgery protocol. Our experience // *Minerva Chir.* – 2000. – V. 55, № 7-8. – P. 493-497.
48. **Slater G.H., Jourdan I., Folscher D.J.** et al. The Guildford MATTU TEP hernia model // *Surg. Endosc.* – 2001. – V. 15, № 5. – P. 493-496.
49. **Spratt J.** Groin dissection // *J. Surg. Oncol.* – 2000. – V. 73, № 4. – P. 243-62.
50. **Stark E., Oestreich K., Wendl K.** et al. Nerve irritation after laparoscopic hernia repair // *Surg. Endosc.* – 1999. – V. 13, № 9. – P. 878-881.
51. **Stoppa R.** Anatomoclinical research report // *Hernia.* – 2002. – V. 6, № 1. – P. 48-49.
52. **Surucu H.S., Tanyeli E., Sargon M.F.** et al. An anatomic study of the lateral femoral cutaneous nerve // *Surg. Radiol. Anat.* – 1997. – V. 19, № 5. – P. 307-310.
53. **Van den Berg J.C., De Valois J.C., Go P.M.** et al. Detection of groin hernia with physical examination, ultrasound, and MRI compared with laparoscopic findings // *Invest. Radiol.* – 1999. – V. 34, № 12. – P. 739-743.
54. **Van Mameren H., Go P.M.** Surgical anatomy of the interior inguinal region. Consequences for laparoscopic hernia repair // *Surg. Endosc.* – 1994. – V. 8, № 10. – P. 1212-1215.

Ахтемийчук Ю.Т., Тетирко И.В. Современное состояние анатомического исследования паховой области у людей пожилого и старческого возраста // *Український медичний альманах.* – 2004. – Том 7, №1. – С.10 – 12.

В статье рассматриваются современные аспекты хирургической анатомии паховой области у пожилых людей и их практическое значение. Подчеркиваются необходимость всестороннего изучения анатомии паховой области с точки зрения гериатрической герниологии.

Ключевые слова: паховая область, анатомия, гериатрическая герниология.

Akhtemiichuk Yu.T., Tetirko I.V. Modern state of anatomical research of the inguinal region in persons of elderly and senile age // *Український медичний альманах.* – 2004. – Том 7, №1. – С.10 – 12.

The paper deals with modern aspects of surgical anatomy of the inguinal region in elderly persons and their practical significance. The need in-depth study of the anatomy of the inguinal region in terms of geriatric herniology is underlined.

Key words: inguinal region, anatomy, geriatric herniology.

Надійшло 28.05.03 р

Не менше значення має індивідуальна мінливість судин пахвинної ділянки. Дослідники цього питання звертають увагу на варіабельність судин у кожного пацієнта, яка спостерігається під час герніорафії, причому аберантна затульна артерія виявлена у 22% хворих, однойменна вена – у 27%, “вінець смерті” – у 40% [31]. Доопераційне вивчення особливостей ангіотопографії пахвинної ділянки – надійний спосіб профілактики можливих ускладнень. Найбільш інформативний метод обстеження – ультразвукографія, але, як зауважують деякі дослідники [27], розробці подібних методик повинні передувати топографо-анатомічні дослідження варіантів кровопостачання пахвинної ділянки.

Актуальним для хірургічної практики є моделювання пахвинного каналу, як напрямком морфологічних досліджень пахвинної ділянки. Виготовлення та демонстрація моделі цієї

складної тривимірної структури значно покращує її засвоєння студентами-медиками [34, 48], а також сприяє опануванню основними прийомами ендоскопічної герніопластики хірургам-початківцям [46].

Людам літнього і старечого віку нерідко виконують хірургічні маніпуляції та втручання в пахвинній ділянці, не пов'язані з пахвинною грижою. Наприклад, проводяться успішні спроби використовувати нижню надчеревну артерію для аутореваскуляризації міокарда [5].

Отже, аналіз сучасної літератури стосовно анатомічних особливостей пахвинної ділянки у людей літнього і старечого віку засвідчує, що певне коло питань залишається невирішеним, практично відсутні дані щодо анатомії основних структур пахвинного каналу у цієї категорії людей з урахуванням конституційного типу будови тіла

ЛІТЕРАТУРА:

1. Воскресенский Н.В., Гореллик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки. – М.: Медицина, 1965. – 326 с.
2. Гавриленко Б.Г., Банный А.В., Пагава А.З. и др. Хирургическое лечение паховой грыжи у больных пожилого и старческого возраста // Пробл. старения и долголетия. – 1993. – Т. 3, № 2. – С. 137-139.
3. Гавриленко В.Г., Банный А.В., Пагава А.З. и др. Хирургическое лечение паховой грыжи у больных пожилого и старческого возраста // Клиническая хирургия. – 1992. – № 2. – С. 29-31.
4. Гореллик М.М. К хирургической анатомии пахового канала // Клиническая хирургия. – 1969. – № 6. – С. 76-81.
5. Жбанов И.В., Новиков М.С., Дыдыкин С.С. и др. Топографо-анатомическое обоснование использования нижней надчревной артерии в качестве свободного трансплантата для аортокоронарного шунтирования // Хирургия. – 1995. – № 6. – С. 13-14.
6. Жебровский В.В., Эльбашир И.Т. Хирургия грыж живота и эвентраций. – Симферополь: Бизнес-Информ, 2002. – 440 с.
7. Коган А.С., Веронский Г.И. Таевский А.В. Патогенетические основы хирургического лечения паховых и бедренных грыж. – И-утск: Изд-во Иркутского ун-та, 1991. – 176 с.
8. Крымов А.П. Учение о грыжах. – Л., 1929. – 551 с.
9. Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи. – М.: Медицина, 1969. – 440 с.
10. Лаврова Т.Ф. Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки. М., 1979. – 104 с.
11. Ороховский В.И., Глазов Ф.К., Дудниченко А.С. и др. Хирургическое лечение больших ventральных грыж у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. – 92. – № 2. – С. 85-89.
12. Седов В.М., Лебев Л.В., Тарбаев С.Д. и др. Операции при паховых грыжах из преперитонеального доступа с применением брюшной стенки эксплантатами // Вестник хирургии. – 1996. – № 2. – С. 33-34.
13. Седов В.М., Тарбаев С.Д., Чеканина С.В. Многослойная боковая пластика при паховых грыжах // Вестник хирургии. – 1997. – Т. 156, № 1. – С. 101-102.
14. Стойко Ю.М., Силищев С.Н. Ошибки и осложнения при оперативном лечении паховых грыж // Вестник хирургии. – 1991. – № 5-6. – С. 122-126.
15. Фалештинський Я.П. Хірургічне лікування пахвинної грижі у хворих літнього і старечого віку // Кліни. хірургія. – 1997. – № 5-6. – С. 40-42.
16. Шутка Б.В., Грицуляк Б.В., Грицуляк В.Б. Характер структурних змін в яєчку в умовах пластики задньої стінки пахвинного каналу // Гал. лікар. вісник. – 1995. – № 3-4. – С. 20-23.
17. Ярцев Ю.А. Материалы к хирургической анатомии паховой области: Дис. ... канд. мед. наук. – Саратов, 1964. – 16 с.
18. Ярыгин В.А., Совершаев А.П., Тодрик А.Г. Этиология и патогенез паховых грыж // Хирургия. – 1994. – № 4. – С. 45-47.
19. Al-Dabbagh A.K. Anatomical variations of the inguinal nerves and risks of injury in 110 hernia repairs // Surg. Radiol. Anat. – 2002. – V. 24, № 2. – P. 102-107.
20. Amar A., Gouffrant J.M., Marry J.P. et al. Anatomic peculiarities of the inguinal canal in West Indians. Influence on the management of inguinal hernia // J. Chir. (Paris). – 1990. – V. 127, № 4. – P. 216-219.
21. Brick W.G., Colborn G.L., Gadacz T.R. et al. Crucial anatomic lessons for laparoscopic herniorrhaphy // Am. Surg. – 1995. – V. 61, № 2. – P. 172-177.
22. Chevallier J.M., Wind P., Lassau J.P. Damage to the inguino-femoral nerves in the treatment of hernias. An anatomical hazard of traditional and laparoscopic techniques // Ann. Chir. – 1996. – V. 50, № 9. – P. 767-775.
23. Condon R.E., Carilli S. The Biology and Anatomy of Inguinofemoral Hernia // Semin. Laparosc. Surg. – 1994. – V. 1, № 2. – P. 75-85.
24. Friedman D., Boyd C., Norton P. Increases in type III collagen gene expression and protein synthesis in patients with inguinal hernias // Ann. Surg. – 1993. – V. 218, № 6. – P. 754-760.
25. Garavello A., Teneriello G.F., Manfroni S. Recurrent inguinal hernia. Intraoperative findings and