УДК 617.55–007.43–02

ОСОБЛИВОСТІ АНАТОМІЇ ПЕРЕДНЬОБІЧНОЇ СТІНКИ ЖИВОТА І ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ГРИЖІ

В. В. Власов, Ю. Т. Ахтемійчук
Буковинська державна медична академія, Хмельницька обласна клінічна лікарня

Передньобічна стінка живота (ПСЖ) є багатошаровою частиною тіла людини, що входить до його м'якого остова. Однією з основних функцій ПСЖ є опорна. М'язово–апоневротичний шар ПСЖ складається з 10 м'язів, які мають певне просторове розташування і топографію. Одночасно апоневрози широких м'язів живота утворюють білу лінію (БЛ) та піхву для прямих м'язів живота (ПМЖ), які топографічно мають неоднакову будову.

Зважаючи на зазначене та повідомлення про будову ПСЖ, можна припустити існування топографоанатомічних передумов виникнення післяопераційної грижі ПСЖ та розробити відповідні запобіжні заходи.

Для уточнення особливостей будови структур ПСЖ виконане дослідження на 130 нефіксованих трупах дорослих людей шляхом препарування структур ПСЖ, ін'єкції судин, його документації.

Під час проведення роботи встановлено, що БЛ частіше має I форму з розширенням в ділянці пупка (Т. Ф. Лаврова, 1979). У жінок, незалежно від типу будови тіла, ширина БЛ вірогідно більша, ніж у чоловіків. Тільки у чоловіків брахіморфної будови тіла ширина БЛ на рівні пупка наближається до її розмірів у жінок за доліхоморфного і мезоморфного типу будови тіла.

У жінок БЛ на всіх рівнях ширша, ніж у чоловіків. Розміри БЛ на рівні пупкового кільця (ПК) незалежно від статі завжди більші, ніж на інших ділянках ПСЖ і залежать від розмірів ПК.

На основі аналізу даних літератури і результатів власних досліджень в ПСЖ виділені серединний, параректальний, медіальний, бічний, пахвинний, присередній (медіальний) та дугоподібний фасціальні вузли (ФВ). На основі вивчення особливостей будови ФВ виділені певні механізми взаємодії складових ФВ при скороченні м'язів живота, які ми назвали «парасольковим», «стременним» та «затульним» механізмами пахвинного каналу. Зазначені механізми забезпечують стабільний кровоток та іннервацію ПСЖ за її різних функціональних станів.

Таким чином, результати топографоанатомічного дослідження структур ПСЖ підтверджують існування морфологічних передумов виникнення грижі, на це слід зважати під час виконання операції, при необхідності здійснювати розширену лапаротомію та зашивати лапаротомну рану.

Якщо візуально чи під час пальпації встановити розміри БЛ складно (значна товщина підшкірної основи), застосовували ультразвукове дослідження ПСЖ. При порівнянні даних, отриманих під час ультразвукового та топографоанатомічного досліджень, принципові відмінності не виявлені.

Розроблений діагностично–профілактичний комплекс заходів з запобігання виникненню серединної післяопераційної грижі ПСЖ, який включає три діагностичні і два профілактичні етапи.

Впровадження діагностично–профілактичного комплексу під час лікування 173 пацієнтів з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини сприяло зменшенню частоти утворення грижі ПСЖ з 14 до 3,4%.