

УДК 611.639+616-071.3-006.326.03
© Коллектив авторов, 2015

ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИИ ПАХОВОГО КАНАЛА ПРИ КОСЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ В СОЧЕТАНИИ С ЛИПОМОЙ СЕМЕННОГО КАНАТИКА

А. В. Черных, Е. И. Закурдаев, В. Г. Витчинкин, Ю. В. Малеев,
А. Н. Шевцов, Е. В. Белов, М. П. Закурдаева

ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»
Минздрава России, г. Воронеж, Россия

Изучали особенности топографии задней стенки пахового канала при липомах. Исследовано 40 нефиксированных трупов лиц мужского пола с косыми паховыми грыжами. Определяли линейные размеры глубокого пахового кольца, пахового промежутка и мышц верхней стенки пахового канала. У грыженосителей с наличием липомы семенного канатика (45%) наблюдались максимальные показатели длины глубокого пахового кольца (2.6 ± 0.6 см) и высоты пахового промежутка (2.7 ± 0.3 см), а также минимальные показатели суммарной толщины мышц верхней стенки пахового канала (0.7 ± 0.1 см). Липома семенного канатика способствует нарушению топографии задней стенки пахового канала и должна быть удалена при грыжесечении по поводу паховых грыж.

Ключевые слова: паховая грыжа, липома семенного канатика, грыжесечение.

© The authors, 2015

Voronezh N.N. Burdenko State Medical University

Features of the Inguinal Canal Topography in Oblique Inguinal Hernia in Combination With the Spermatic Cord Lipomas

We studied the features of the posterior wall topography of the inguinal canal in the lipoma. It was examined 40 non-fixed corpses of males with oblique inguinal hernias. The linear size of the deep inguinal ring, inguinal gap and the muscles of the upper wall of the inguinal canal have been determined. In people with the presence of the spermatic cord lipoma (45%) maximum values (2.6 ± 0.6 cm) of the length of deep inguinal ring (2.6 ± 0.6 cm) and the height of the inguinal period (2.7 ± 0.3 cm) were observed, as well as minimum figures in total thickness of the muscle of the upper wall of the inguinal canal (0.7 ± 0.1 cm). Lipoma of the spermatic cord predisposes to the breach of the inguinal canals posterior wall topography and must be removed when herniotomy inguinal hernia repair.

Keywords: inguinal hernia, lipoma of the spermatic cord, hernia repair.

Введение

Вопросы этиологии паховых грыж достаточно хорошо освещены в доступной литературе, при этом липомам семенного канатика как одному из местных факторов грыжеобразования отводится не так много внимания, вследствие чего хирургическая тактика при обнаружении данной патологии весьма дискуссионна [1, 3]. Известно, что липома семенного канатика представляет инвагинат предбрюшинной жировой клетчатки через глубокое паховое кольцо. В ряде случаев липома возникает первично и, расширяя глубокое паховое кольцо в медиальном направлении, создает условия для развития косой паховой грыжи [4, 6]. Однако, в большинстве случаев липома семенного канатика развивается на фоне косой паховой грыжи [5, 7]. Так или иначе, в последнее время наряду с широким внедрением протезирующих методик герниопластики липомы семенного канатика, особенно небольших размеров, зачастую

не удаляют, тем самым сохраняя у пациента одну из основных причин рецидива грыжи [1, 8].

Цель исследования – изучить особенности топографии задней стенки пахового канала у лиц с наличием косой паховой грыжи и липомы семенного канатика.

Материалы и методы исследования

Работа выполнена на 40 нефиксированных трупах лиц мужского пола с наличием признаков косых паховых грыж, умерших в возрасте от 34 до 87 лет (средний возраст – 56.3 ± 8.7 года). Набор материала осуществлялся на базе БУЗ ВО «Воронежское областное бюро судебно-медицинской экспертизы» (начальник – к.м.н. К.Д. Белянский) и соответствовал положениям Хельсинской Декларации по вопросам медицинской этики.

На аутопсии сначала определяли линейные размеры (длину и ширину) грыжевого мешка и липомы семенного

Таблица 1

Размеры глубокого пахового кольца у грыженосителей в отсутствии и при наличии липомы семенного канатика, М±m

Параметр	При косой паховой грыже	При косой паховой грыже в сочетании с липомой
Длина*	1.9±0.5	2.6±0.6
Высота	1.3±0.2	1.9±0.2

Примечание: * – различия статистически значимы при $p < 0.005$.

Таблица 2

Высота пахового промежутка и суммарная толщина мышц верхней стенки пахового канала у грыженосителей в отсутствии и при наличии липомы семенного канатика, М±m

Параметр	При косой паховой грыже	При косой паховой грыже в сочетании с липомой
Высота пахового промежутка*	2.1±0.4	2.7±0.3
Суммарная толщина мышц верхней стенки пахового канала**	0.9±0.2	0.7±0.1

Примечание: * – различия статистически значимы при $p < 0.005$; ** – различия статистически значимы при $p < 0.01$.

канатика. После этого изучали морфометрические показатели пахового канала, характеризующие состояние его задней стенки: длину и высоту глубокого пахового кольца; высоту пахового промежутка (максимальное расстояние между верхней и нижней стенками пахового канала); максимальную суммарную толщину нижних краев внутренней косой и поперечной мышц живота. Все измерения производили штангенциркулем с использованием стандартных методик [4, 5].

При статистической обработке результатов исследования определяли среднее арифметическое (М), стандартную ошибку среднего (m) и критерий Манна–Уитни (U). Различия считались значимыми при доверительной вероятности 95% ($p \leq 0.05$).

Результаты и их обсуждение

Среди всех наблюдений с косыми паховыми грыжами липомы семенного канатика выявлены у 18 (45%). Линейные размеры липом варьировали от 5.4×1.2 до 12.8×2.4 см, а грыжевого мешка – от 4.6×1.8 до 8.2×2.6 см. В 8 случаях (44.5%) размеры липом превышали аналогичные показатели грыжевого мешка. В одном наблюдении была обнаружена липома, которая охватывала канальную часть семенного канатика со всех сторон и выпячивалась через поверхностное паховое кольцо в мошонку (рис.). При этом раз-

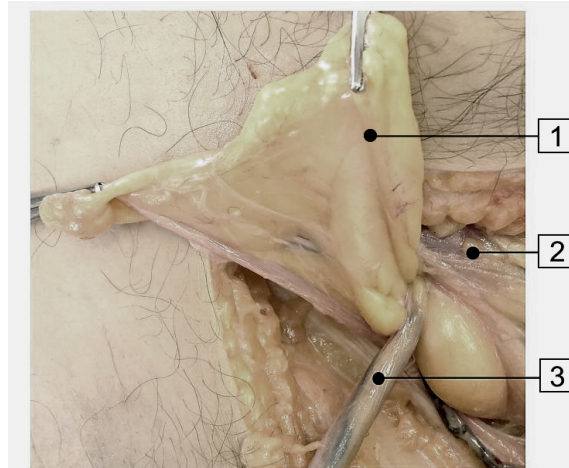


Рис. Липома семенного канатика больших размеров (мужчина 64 лет). Обозначения: 1 – липома, 2 – нижний край внутренней косой мышцы живота, 3 – семенной канатик.

меры липомы составили 12.8×2.4 см, а грыжевого мешка – 5.5×2.1 см.

При изучении линейных размеров глубокого пахового кольца установлено, что его длина, определяемая как максимальное расстояние между внутренним и наружным краями отверстия вдоль горизонтальной оси, была достоверно больше у лиц с наличием липом семенного канатика (табл. 1). Это свидетельствует о том, что липома семенного канатика расширяет глубокое паховое кольцо в медиальном направлении и создает условия для возникновения рецидива косой паховой грыжи.

Далее были исследованы высота пахового промежутка и суммарная толщина верхней стенки пахового канала, образованной нижними краями внутренней косой и поперечной мышц живота. При этом установлено, что у грыженосителей с липомой семенного канатика высота пахового промежутка достоверно больше, а суммарная толщина верхней стенки пахового канала – достоверно меньше, чем у лиц с отсутствием липомы (табл. 2). Таким образом, липома семенного канатика значительно ослабляет область медиальной паховой ямки.

Выводы

1. Липома семенного канатика способствует значительному нарушению топографии задней стенки пахового канала и возникновению риска рецидива грыжи.
2. Обнаружение липомы семенного канатика при грыжесечении по поводу паховых грыж является абсолютным показанием к ее удалению по причине высокого риска рецидива грыжи.

Список литературы

1. Анатомическое обоснование модификации опосредованной пластики пахового канала / А. В. Черных, Е. Н. Любых, В. Г. Витчинкин, Е. И. Закурдаев // *Новости хирургии*. 2014. Т. 22, № 4. С. 403–407.
2. Воробьев А. А. Новая форма спаечного процесса при грыжах переднебоковой стенки живота / А. А. Воробьев, С. А. Алифанов, А. В. Смирнов // *Вопросы реконструктивной и пластической хирургии*. 2010. Т. 10, № 1. С. 51–53.
3. Инновационные пути совершенствования методов ненатяжной герниопластики / П. И. Кошелев, А. А. Глухов, М. Хуссаин, Б. Е. Лейбович // *Системный анализ и управление в биомедицинских системах*. 2007. Т. 6, № 2. С. 528–532.
4. Конституциональные и топографо-анатомические особенности строения подчревной области передней брюшной стенки / А. В. Черных, Е. Н. Любых, Ю. В. Малеев, Е. И. Закурдаев // *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. 2014. Т. 7, № 1. С. 25–31.
5. Черных А. В. Половые, возрастные и типовые закономерности в строении попе-

- речной фасции живота / А. В. Черных, Е. Н. Любых, Е. И. Закурдаев // *Врач-аспирант*. 2014. Т. 63, № 1. С. 134–140.
6. Desarda versus Lichtenstein technique for primary inguinal hernia treatment: 3-year results of a randomized clinical trial / J. Szopinski [et al.] // *World J. Surg.* 2012. Vol. 36, N 5. P. 984–992.
 7. Fibrin sealant effects on the ilioinguinal nerve / E. Olcucuoglu [et al.] // *J. Invest. Surg.* 2011. Vol. 24, N 6. P. 267–272.
 8. Prophylactic ilioinguinal neurectomy in open inguinal hernia repair / Wilfred Lik-Man Mui [et al.] // *Ann Surg.* 2006. Vol. 244, N 1. P. 27–33.

Информация об авторах

Черных Александр Васильевич – д-р мед. наук, профессор, первый проректор, зав. кафедрой оперативной хирургии с топографической анатомией ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России. 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, 10. chernyh@vsmaburdenko.ru

Закурдаев Евгений Иванович – канд. мед. наук, ассистент кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России. 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, 10. ezakurdaev@rambler.ru

Витчинкин Владимир Георгиевич – канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России. 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, 10.

Малеев Юрий Валентинович – д-р мед. наук, доцент кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России. 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, 10.

Шевцов Артем Николаевич – канд. мед. наук, ассистент кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России. 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, 10.

Белов Евгений Владимирович – канд. мед. наук, доцент кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России. 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, 10.

Закурдаева Марина Петровна – студент лечебного факультета ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России. 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, 10. mzakurdaeva@rambler.ru

Поступила в редакцию 1.10.2015 г.