

## КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Назарьянц Ю.А., Петрушко С.И., Винник Ю.С., Кочетова Л.В., Пахомова Р.А.,  
Василена Е.С.

*ФГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения РФ, Красноярск, e-mail: yuliya-nazaryanc@mail.ru.*

Паховые грыжи входят в число самых распространенных хирургических заболеваний. Поэтому понятно стремление хирургов к дальнейшему изучению анатомо-топографических соотношений при различных видах паховых грыж с тем, чтобы данные хирургической анатомии применять обоснованно и индивидуально. Статья посвящена определению конституциональной формы слоев передней брюшной стенки, ее влияния на характер грыжи и на результаты герниопластики, а также для индивидуального подхода к выбору метода оперативного лечения больных паховой грыжей. Установлено, что больные с сложными и рецидивными паховыми грыжами преимущественно встречаются у мужчин и женщин с овоидной формой живота и расширяющейся вверх, а наиболее распространенной формой живота у мужчин с паховыми грыжами является форма живота, расширяющаяся вверх.

Ключевые слова: паховая грыжа, форма живота, конституция.

## CONSTITUTIONAL FEATURES OF PATIENTS WITH INGUINAL HERNIA

Nazaryants Yu.A., Petrushko S.I., Vinnik Yu.S., Kochetova L.V., Pakhomova R.A.,  
Vasilenya E.S.

*Federal state-funded educational institution of the higher education "The Krasnoyarsk state medical university of the  
prof. V.F. Voyno-Yasensky" of the Ministry of Health Russian Federation, Krasnoyarsk, e-mail: yuliya-  
nazaryanc@mail.ru*

Inguinal hernias are among the most common surgical diseases. It is therefore understandable desire of surgeons for further study of the anatomic-topographic relationships in different types of inguinal hernias that the data of surgical anatomy to apply reasonably and individually. The article is devoted to definition of the constitutional form of the layers of the anterior abdominal wall, its impact on the nature of the hernia and the results of hernioplasty, as well as for individual approach to the choice of method of operative treatment of patients with inguinal hernia. It is established that patients with complex and recurrent inguinal hernias occur mainly in men and women with ovoid shape of the abdomen and extending upward, and the most common form of the stomach in men with inguinal hernias is the shape of the abdomen, extending up.

Keywords: inguinal hernia, form of stomach, constitution.

Проблема лечения паховых грыж не потеряла актуальности [2]. Операции по поводу паховых грыж занимают первое место по частоте среди плановых хирургических вмешательств [3,4].

К факторам, способствующим возникновению и развитию грыж, относятся:

- недоношенная беременность, в результате которой влагалищный отросток с остальными органами еще не завершил свой цикл развития и остался «открытым»;

- наследственность, наличие грыжи у членов семьи и близких родственников;

- наличие анатомической слабости мышц брюшной стенки;

- избыточный вес, вызывающий повышенную нагрузку на органы брюшной полости;

- травмы в области паха, спровоцировавшие ослабление связочного аппарата;

- сильное исхудание. Отсутствие жировых прослоек в канале приводит к образованию пустых объемов, в которые может продавливаться наружный слой брюшины;
- беременность, в результате которой часто возникает повышенное внутрибрюшное и механическое давление на органы, кишечник, что способствует образованию грыжи;
- гиподинамия, при которой дряблые и атрофированные мышцы не в состоянии выполнять свои функции, в результате чего брюшина, не встречая мышечное сопротивление, может «продавливаться» в канал;
- физические перегрузки, создающие постоянное повышенное давление в брюшной полости;
- хронический, сильный кашель, обеспечивающий дополнительную нагрузку на «слабые» места брюшины;
- заболевания кишечника, сопровождающиеся постоянными запорами, которые также вызывают увеличение давления.

Виды патологии:

паховая – грыжа заходит в паховый канал, но не выходит за уровень наружного отверстия;

канатиковая – грыжевое содержимое опускается в мошонку, достигая семенного канатика;

пахово-мошоночная – грыжевое содержимое доходит до уровня яичка (бывает только у мужчин);

прямая – проходит в паховый канал, не затрагивая внутреннее отверстие, через брюшную стенку, непосредственно из паховой ямки ближе к средней линии. Встречается у мужчин и женщин, как правило, в результате перенапряжения;

комбинированная – встречается редко. Состоит из 2 и более грыжевых мешков на одной стороне. Каждая грыжа имеет свои грыжевые ворота. Чаще всего наблюдается одновременное косое и прямое выпячивание;

интерстициальная прямая грыжа – второй вариант названия – подкожная. Грыжевое выпячивание располагается в структуре наружной косой мышцы. При этом грыжа не опускается в мошонку, а заходит в подкожную клетчатку апоневроза наружной косой мышцы. Грыжевой мешок определяется на бедре, в промежности;

скользящая – самый опасный вид. Характеризуется дополнительным выпячиванием внутренней брюшины. Формируется как из париетальной брюшины, так и из висцеральных тканей, покрывающих соскальзывающий орган. В грыжевой мешок могут попадать не только тонкий кишечник, но и слепая кишка, стенки мочевого пузыря, матка, трубы, яичники и др. органы [1, 3, 5].

Вопрос о хирургическом лечении паховых грыж в настоящее время еще до конца не разрешен, требует дальнейшей разработки и совершенствования [1,5]. Процент рецидивов после операций все еще высок и не имеет особой тенденции к снижению. Одновременно многими авторами отмечается, что рецидивы при прямых паховых грыжах значительно превышают количество рецидивов при косых паховых грыжах [6,7,8]. Поэтому понятно стремление хирургов к дальнейшему изучению анатомо-топографических соотношений при различных видах паховых грыж с тем, чтобы данные хирургической анатомии применять обоснованно и индивидуально. Не всегда учитываются особенности анатомо-топографических структурных изменений тканей паховой области при грыжах.

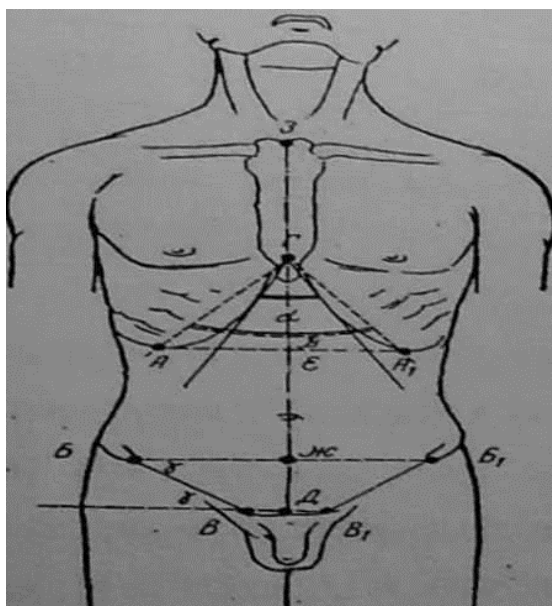
### **Цель исследования**

Определение конституциональной формы передней брюшной стенки, ее влияния на характер грыжи и на результаты герниопластики, а также для индивидуального подхода к выбору метода оперативного лечения больных паховой грыжей.

### **Материалы и методы**

Работа выполнена на клинических базах кафедры общей хирургии – в I-м и II-м хирургических отделениях МУЗ ГКБ № 7, I-м хирургическом отделении Дорожной больницы на ст. Красноярск с 2003 по 2007 гг. Нами было обследовано 100 больных с паховыми грыжами, подвергшихся различным видам герниопластики. Из них 82 – первичные грыжи, 18 – рецидивные. Среди них было 70 мужчин и 30 женщин (соотношение 9:1).

С целью выяснения конституциональной формы передней брюшной стенки, у каждого больного производился замер передней брюшной стенки по В.Н. Шевкуненко. (Рис. 1).



*Рис. 1. Антропометрические показатели*

А-А1 dist. costarum; Б-Б1 — dist. spinarum; Б—В – длина паховой связки; В-В2 – ширина лобка; Г—Д – высота передней брюшной стенки; Г—Е – высота надчревя; Ж—Д – высота подчревя; З—Д – высота туловища, а – подгрудной угол; b – надчревный угол; с – угол наклона паховой связки.

У всех пациентов проводили лапарометрические измерения, где нулевой точкой является основание мечевидного отростка. Отличительной особенностью этого метода является двойное измерение одних и тех же параметров: по прямой штангенциркулем и по кривизне поверхности гибкой метрической лентой. На первом этапе больной укладывается на жесткую кушетку лицом вверх. По периферии передней брюшной стенки и на границе отделов на коже ручкой наносятся следующие метки: на основании мечевидного отростка, нижние точки десятых ребер, переднее – верхние ости подвздошных костей, латеральные точки прикрепления прямых мышц к лонным костям, верхняя точка лонного сочленения, точки по белой линии, разделяющие эпи- и мезогастральные области. С помощью штангенциркуля и гибкой метрической ленты при задержанном дыхании измеряются продольные, поперечные и заднепередние размеры живота и передней брюшной стенки. Из продольных размеров определяются: высота передней брюшной стенки, высота верхней и нижней половин, высота эпи-, мезо- и гипогастральной областей.

При формировании групп больных по формам живота использовали формулу определения ПИЖ (параметры индекса живота) по В.М. Жукову (1972):

$$ПИЖ = \frac{\text{distancia bicostarum}}{\text{distancia bicspinarum}} \times 100$$

По форме живота обследуемые распределялись в три группы с различной частотой (в % от общего количества) и соотношением (в количество раз от минимальной группы, принятой за 1,0). По величине индекса фаса формы живота они распределялись следующим образом:

- 97,5 – 102,5 – овоидная;
- 97,4 и меньше – расширяющаяся вниз;
- 102,6 и больше – расширяющаяся вверх.

### **Результаты и обсуждение**

Данные лапарометрического обследования 30 женщин с паховыми грыжами сравнили с аналогичными показателями 100 женщин с различной хирургической патологией (таблица 1).

Выявлено, что средние значения поперечного индекса живота по Т.Ф. Лавровой (1979 г.) у женщин контрольной группы составили  $93,2 \pm 1,3$  а у больных с паховыми грыжами –  $106,2 \pm 0,7$ . Высота передней брюшной стенки по кривизне достоверно больше (при  $p < 0,001$ ) у людей с формой живота, расширяющейся вверх. Расстояние между нижними точками

десятих ребер достоверно (при  $p < 0,001$  – по прямой и  $p < 0,05$  – по кривизне) больше у женщин с грыжами. Наоборот, расстояние между передними верхними остями подвздошных костей меньше (при  $p < 0,05$  по прямой). Соответственно, изменяется площадь передней брюшной стенки и поперечный индекс живота, значения которого достоверно больше ( $p < 0,001$ ) у больных с грыжами.

Таблица 1

Размеры передней брюшной стенки у женщин с паховыми грыжами

Показатели ПБС	Контрольная группа n=100	С грыжами n=30
	1	2
1. Высота по прямой, в см	27,1±0,4	29,4±0,2
2. Высота по кривизне, в см	31,7±0,10 - 001	36,5±0,52 - 0,001
3. Dist.bicost. по прямой, в см	24,6±0,10- 001	28,3±0,1 - 0,001
4. Dist.bicost. по кривизне, в см	34,4±0,1 - 0,05	37,8±0,8 - 0,05
5. Dist.bispin. по прямой, в см	28,5±0,1 - 0,05	24,8±0,2 - 0,05
6. Dist.bispin. по кривизне, в см	37,8±0,1	38,4±0,8
7. Площадь, в см <sup>2</sup>	715,9±19,1 - 0,01	782,3±21,1 - 0,01
8. Поперечный индекс живота	93,2±0,1 - 0,001	106,2±0,7 - 0,001
Примечание: $X \pm x$ , 0,05; 0,01; 0,001 – различия достоверны между группами.		

Проведенное лапарометрическое обследование показало, что в двух обследуемых группах форма живота, расширяющаяся вниз, овоидная и расширяющаяся вверх, встречаются с различной частотой (рис. 2).

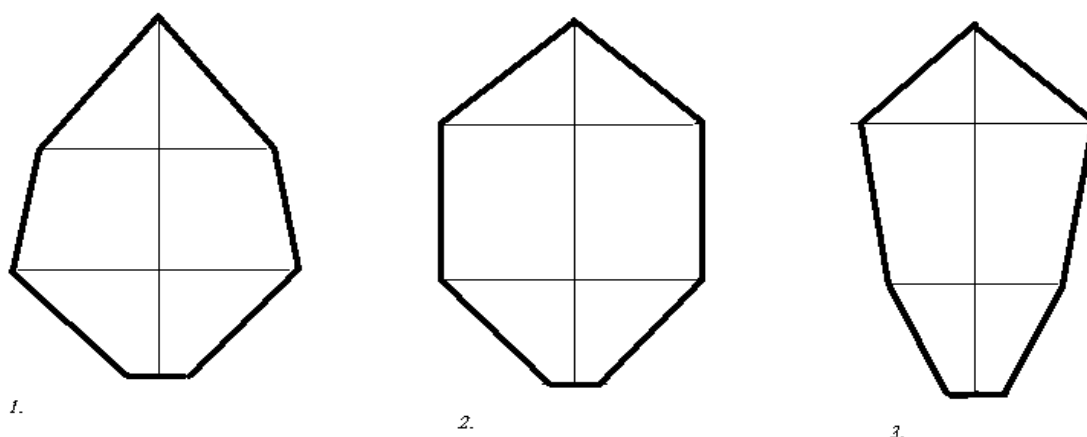


Рис. 2. Формы живота: 1 – расширяющаяся вниз, 2 – овоидная, 3 – расширяющаяся вверх

В контрольной группе женщин форма живота, расширяющаяся вниз, встречается в 70 % (70 человек), овоидная в 10 % (10 человек), расширяющаяся вверх – в 20 % (20 человек). Соотношение составляет 7:1:2. В группе больных с паховыми грыжами формы живота характеризуются другой частотой встречаемости: у 2 женщин (6,6 %) выявлена форма живота, расширяющаяся вниз, у 4 (13,3 %) – овоидная и у 24 (80 %) – расширяющаяся вверх. Соотношение составляет 1:2:11. Таким образом, среди женщин грыжами преобладает форма живота, расширяющаяся вверх. Данные отражены на рисунке 3.

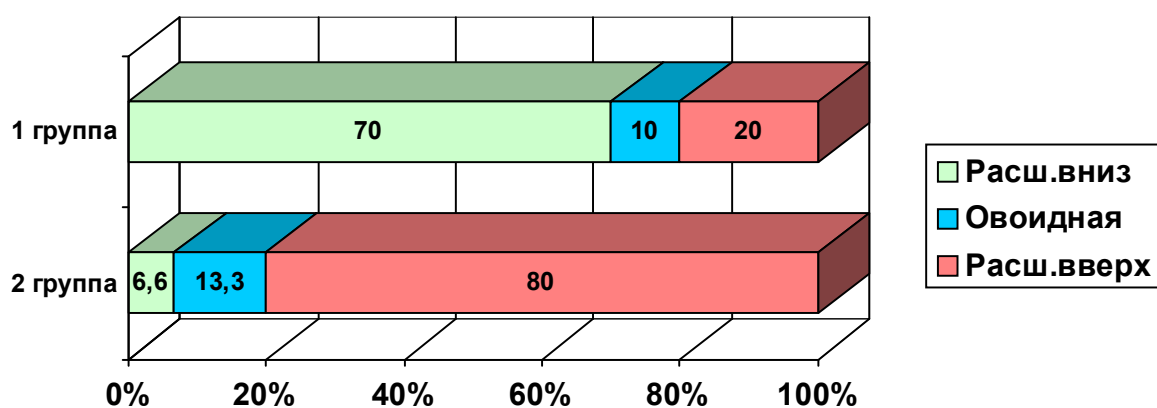


Рис. 3. Частота встречаемости форм живота у женщин в контрольной группе (группа 1) и у больных с паховыми грыжами (группа 2)

Подобное лапарометрическое обследование проведено и у 70 мужчин в возрасте 21–78 лет, с различными формами паховых грыж. Полученные показатели сравнили с аналогичными показателями мужчин без грыж с различной хирургической патологией (100 человек), которые составили контрольную группу. У мужчин с паховыми грыжами высота по кривизне передней брюшной стенки, расстояние между нижними точками десятых ребер и поперечный индекс живота было достоверно большим, чем аналогичные показатели в контрольной группе.

Проведенное лапарометрическое обследование показало, что у мужчин обеих групп формы живота встречаются с различной частотой (таблица 2).

Таблица 2

Размеры передней брюшной стенки у мужчин с паховыми грыжами

Показатели ПБС	Контрольная группа	С грыжами
	n=100	n=70
1. Высота по прямой, в см	29,7±0,6	30,1±0,3

2. Высота по кривизне, в см	31,5±1,3 - 0,01	36,1±0,9 - 0,01
3. Dist.bicostarum, в см	23,2±1,20,05	27,5±0,5 - 0,05
4. Dist.bicost. по кривизне, в см	32,4±2,30 - 001	38,4±0,9 - 0,001
5. Dist.bispinarum, в см	27,5±0,90 - 001	22,5±0,4 - 0,001
6. Dist.bispin. по кривизне, в см	35,0±1,8	37,2±1,3
7. Площадь, в см <sup>2</sup>	700,5±49,1	722,0±47,6
8. Поперечный индекс живота	92,7±2,9 - 0,001	122,7±1,9 - 0,001
Примечание: X±x 0,05; 0,01; 0,001 – различия достоверны между группами		

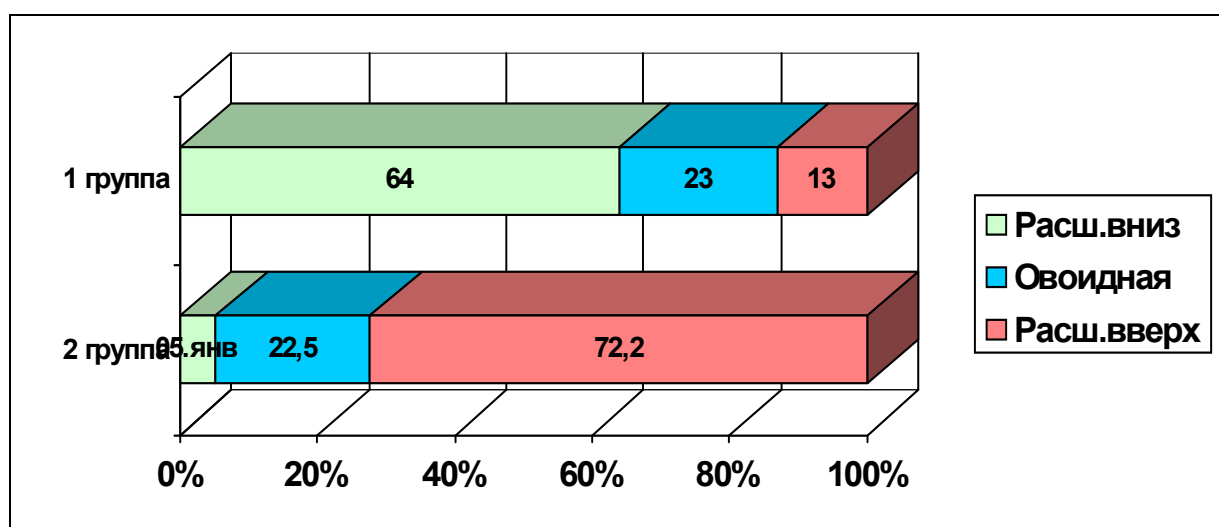


Рис. 4. Частота встречаемости форм живота у мужчин с другой хирургической патологией (группа 1) и с паховыми грыжами (группа 2)

В основной группе мужчин с формой живота, расширяющейся вверх – 72 %, с овоидной – 23 %, расширяющейся вниз – 5 %.

В контрольной группе мужчин с формой живота, расширяющейся вниз, встречается 64 % (64 человека), с овоидной формой – 23 % (23 человек) и в 13 % (13 случая) – расширяющаяся вверх. Соотношение составляет 4,92: 1,77: 1,0. У больных с паховыми грыжами форма живота, расширяющаяся вниз, встречается в 13,8 раза реже, а расширяющаяся вверх, наоборот, в 5 раза чаще.

#### Выводы:

1. Следовательно, наиболее распространенной, в контрольной группе, является форма живота, расширяющаяся вниз, а в группе мужчин с паховыми грыжами достоверно превалирует форма живота, расширяющаяся вверх ( $p < 0,05$ ).

2. Установлено, что сложные и рецидивные паховые грыжи преимущественно

встречаются у мужчин и женщин с овоидной формой живота и расширяющейся вверх.

### Список литературы

1. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. и др. Атлас оперативной хирургии грыж. – М.: Медпрактика, 2003. – 228 с.
2. Жуков В.М. Форма живота у людей разного возраста / В.М. Жуков // Вопросы клинической анатомии: матер. науч. конф. – Краснодар, 1971. – С. 68-70.
3. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. – М.: Триада-Х, 2003. – 144 с.
4. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А. Современные подходы к лечению паховых грыж // Анналы хирургии. – 2000. – № 5. – С. 13-16.
5. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. – М.: Медицина, 1990. – 269 с.
6. Abdominal-wall defects: an anatomic and clinical study // Plastic and Reconstructive Surgery. – 1990. – Vol. 86 (3). – P. 519-526.
7. Akman, P.C. A study of five hundred incisional hernias / P.C. Akman// J. Int. Coll. Surg. – 1962. – V. 37, № 2. – P.125-142.
8. Chevrel J.P., Rath A.M. Classification of incisional hernias of the abdominal wall // Hernia. – 2000. – Vol. 4, № 1. – P. 1-7.