

## **ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ИННЕРВАЦИИ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ**

***Белик О.В., Пейкова М.Н.***

*Медицинский и Фармацевтический университет  
имени Николае Тестемицану,  
Молдова, Кишинев*

*Повышенный интерес к изучению вариантной анатомии иннервации паховой области обусловлен постоянным ростом ее патологии, требующей хирургического вмешательства.*

*Материалы и методы исследования: Используя макроскопический метод препарирования, изучили вариантную анатомию источников иннервации паховой области на 10 трупах человека.*

*Результаты: Источники иннервации паховой области могут находиться на задней и передней поверхностях образований пахового канала в равном процентном соотношении. Больше выявляется при нахождении бедренно-полового и подвздошно-пахового нервов на передней поверхности образований пахового канала.*

*Выводы: Иннервация паховой области очень вариабельна, что нужно учитывать при оперативных вмешательствах.*

***Ключевые слова:*** паховая область; бедренно-половой нерв; подвздошно-паховый нерв.

## **INDIVIDUAL VARIABILITY OF THE INNERVATION OF THE INGUINAL REGION**

***Belic O.V., Peicova M.N.***

*Medical and Pharmaceutical University named after Nicolae Testemitanu,  
Moldova, Chisinau*

*Background: The increased interest in the study of the variant anatomy of the inguinal region innervation is due to the constant growth of its pathology, requiring surgical intervention.*

*Material and methods of research: Using the macroscopic method of preparation, we studied the variant anatomy of the sources of the inguinal region innervation on 10 corpses.*

*Results: The sources of innervation of the inguinal region can be located on the posterior and anterior surfaces of the inguinal canal formations in an equal percentage. The case of finding the ilio hypogastric and ilioinguinal nerves on the anterior surface of the inguinal canal formations is richer in branching variants.*

*Conclusions: The inguinal region innervation is very variable, which must be taken into account during surgical interventions.*

**Key words:** *inguinal region; genitofemoral nerve; ilioinguinal nerve.*

**Актуальность.** Хирургическое лечение больных с грыжами передней брюшной стенки остается одной из наиболее актуальных проблем в абдоминальной хирургии. Частота паховых грыж колеблется в пределах от 65 до 80% от общего числа грыж [2]. Операции по поводу паховых грыж занимают по частоте первое место среди плановых оперативных вмешательств, поэтому вопрос вариантной анатомии иннервации паховой области остается по-прежнему актуальным. В Европе ежегодно выполняется более миллиона герниопластик, в США – около 700000, в России – более полумиллиона [1].

В литературе по специальности говорится об индивидуальной изменчивости иннервации паховой области. Al-Dabbagh A. K. (2002), при изучении 110 случаев оперативного вмешательства по иссечению паховой грыжи, описал топографию подвздошно-подчревного и подвздошно-пахового нервов, иннервирующих паховую область. Ход обоих нервов соответствовал классическому только в 46 случаев из 110 (41,8%). В остальных 64 случаях (58,2%), по данным автора, ход одного или обоих нервов оказался переменным.

**Цель** исследования состояла в установлении сложности и индивидуальной изменчивости иннервации паховой области.

**Материалы и методы исследования.** Анатомия индивидуальных особенностей иннервации паховой области была изучена на 10 трупах макроскопическим методом.

**Результаты и выводы.** Используя макроскопический метод препарирования, были изучены морфологические особенности строения и индивидуальные варианты топографии подвздошно-пахового и бедренно-полового нервов, иннервирующих паховую область.

В паховом канале половая ветвь бедренно-полового нерва и подвздошно-паховый нерв находились в 50% случаев на задней поверхности семенного канатика (3 препарата) или круглой связки матки (2 препарата). Половая ветвь, изгибаясь, ветвилась и заканчивалась в паховом канале. Из

наружного кольца выходил только подвздошно-паховый нерв одним стволом и направлялся к мошонке или большим половым губам.

На наших препаратах мы наблюдали подвздошно-паховый и бедренно-половой нервы на передней поверхности круглой связки матки на пяти женских трупах (50%). Ход стволов и их ветвление было самым разным.

В одном случае, половая ветвь бедренно-полового нерва отдавала длинную ветвь к передней поверхности круглой связки матки и с правой и с левой стороны. Подвздошно-паховый нерв шел с правой стороны одним стволом и параллельно половой ветви бедренно-полового нерва по передней поверхности образований пахового канала, а с левой стороны отдавал две ветви к передней поверхности круглой связки матки. С правой стороны оба нерва выходили через наружное кольцо пахового канала самостоятельно. Каждый нерв разветвлялся на два-три нерва, которые заканчивались в жировой клетчатке больших половых губ. С левой стороны до выхода из пахового канала нервы соединялись и одним стволом с многочисленными разветвлениями заходили в большие половые губы.

В другом случае оба нерва находились на передней поверхности образований пахового канала. Половая ветвь бедренно-полового нерва справа имела извитую траекторию, а с левой стороны – прямую. С обеих сторон нерв не имел ответвлений. Подвздошно-паховый нерв с обеих сторон отдавал ответвления до поверхностного кольца пахового канала. В паховом канале, как правые, так и левые нервы соединялись в один ствол, который выходил через поверхностное паховое кольцо и разветвлялся в толще больших половых губ.

На другом препарате подвздошно-паховый и бедренно-половой нервы не имели соединительных ветвей, шли параллельно и выходили через наружное кольцо пахового канала самостоятельно. Каждый нерв разветвлялся на две ветви, которые заканчивались в жировой клетчатке больших половых губ.

Еще один вариант иннервации паховой области – когда нервы по ходу обменивались ветвями и отдавали ветви к образованиям пахового канала. В дистальной части пахового канала подвздошно-паховый нерв поворачивал медиально и заходил в толщу мышц живота. Половая ветвь бедренно-полового нерва до выхода через поверхностное кольцо разветвлялась на две ветви, которые выходили из канала и спускались к большим половым губам.

На другом женском трупе справа с бедренно-половым нервом соединялось до 4 нервов от межузловых ветвей поясничного отдела симпатического ствола. Достигая пахового канала, бедренно-половой нерв соединялся с подвздошно-паховым нервом с образованием сплетения. Оба нерва в паховом канале имели извилистую траекторию, обменивались общими нервными ветвями и находились в паховом канале на

передней поверхности круглой связки матки. Из пахового канала нервы выходили одним стволом, который затем разветвлялся на две ветви, расположенные спереди от круглой связки, и заканчивались в больших половых губах.

С левой стороны к бедренно-половому нерву до входа в паховый канал присоединялись ветви от общего подвздошного периваскулярного сплетения. В паховом канале бедренно-половой нерв был расположен спереди от круглой связки, отдавая ей ответвления, шел параллельно с подвздошно-паховым нервом. Из поверхностного кольца пахового канала каждый нерв выходил самостоятельно и направлялся на иннервацию больших половых губ.

**Выводы.** Иннервация паховой области очень вариабельна, что нужно учитывать при оперативных вмешательствах.

### **Список литературы**

1. Белоусов, А.М. Выбор метода фиксации сетчатых имплантов при лапароскопической герниопластике в хирургии паховых грыж: дис. канд. мед. наук: 14.01.17 / А.М. Белоусов; Москва, 2015. – 117 с.

2. Плотник, А. В. Выбор способа пластики при паховых грыжах / А.В. Плотник, В.С. Апостолов // Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – с. 277-278.

3. Al-Dabbagh A.K. Anatomical variations of the inguinal nerves and risks of injury in 110 hernia repairs / A.K. Al-Dabbagh // Surg Radiol Anat, 2002. – №24(2). – P. 102-7.