

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2024 №4

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AХВОРОТНОМАСИ



ВЕСТНИК

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии

с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА №4, 2024
РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

Члены редакционного совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

Herald TMA №4, 2024

EDITORIAL BOARD

Editor in chief

prof. A.K. Shadmanov

Deputy Chief Editor

prof. O.R. Teshayev

Responsible secretary

prof. F.Kh. Inoyatova

EDITORIAL TEAM

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

prof. Jae Wook Choi (Korea)

academician Karimov Sh.I.

prof. Tatyana Silina (Ukraine)

academician Kurbanov R.D. prof. Lyudmila Zueva (Russia)

prof. Metin Onerc (Turkey)

prof. Mee Yeun (Korea)

prof. Najmutdinova D.K.

prof. Salomova F.I.

prof. Sascha Treskatch (Germany)

prof. Shaykhova G.I.

EDITORIAL COUNCIL

DSc. Abdullaeva R.M.

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Khamdamov B.Z. (Bukhara)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Mamatkulov B.M. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagzatova B.X. (Tashkent)

*Journal edited and printed in the computer of Tashkent
Medical Academy editorial department*

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M.N. Aslonov

Russian language editor: O.A. Kozlova

Uzbek language editor: M.G. Fayzieva

English language editor: A.X. Juraev

Corrector: Z.T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

*Publication registered in editorial and information
department of Tashkent city*

Registered certificate 02-00128

*Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30 of
December 2013 in Medical Sciences DEPARTMENT OF SUPREME ATTESTATION*

COMMISSION

COMPLETED MANUSCRIPTS PLEASE SEND following address:

*2-Farobiy street, 4 floor room 444. Administration building of TMA.
Tashkent. 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi, 4-qavat,
444-xona.*

Contact number: 71- 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru. rio@tma.uz

Format 60x84 1/8. Usl. printer. l. 9.75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

СОДЕРЖАНИЕ		CONTENT	
НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ		NEW PEDAGOGICAL TECHNOLOGIES	
Tukhtakhodzhaeva F.Sh., Zakirova M.M., Murodullaev M.N. THE USE OF ARTIFICIAL INTELLECT IN DIGITIZING THE MEDICAL SYSTEM	Tuxtaxodjayeva F.Sh., Zakirova M.M., Murodullayev M.N. TIBBIYOT TIZIMINI RAQAMLASHTIRISHDA SUN'YIY INTELLECT DAN FOYDALANISH	8	
Tukhtakhodjayeva F.Sh., Zakirova M.M., Murodullayev M.N. APPLICATION AND USE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN MEDICINE	Tuxtaxodjayeva F.Sh., Zakirova M.M., Murodullayev M.N. SUN'YIY INTELLEKTN TIBBIYOTDA QO'LLASH VA ISHLATISH	11	
ОБЗОРЫ		REVIEWS	
Акбаров М.М., Исмагуллаев З.У. ФАКТОРЫ РИСКА СТРИКТУРЫ АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ГЕПАТИКОЕЮНОСТОМИИ ПО ПОВОДУ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ	Akbarov M.M., Ismatullaev Z.U. RISK FACTORS FOR ANASTOMOTIC STRICTURE AFTER HEPATICOJEJUNOSTOMY FOR BILE DUCT INJURY	15	
Djamaldinova D.Sh., Nasirova X.Q., Muminova S.U., Hodjaeva F.S. SURUNKALI YURAK ETISHMOVCHILIGI VA 2-TOIFA QANDLI DIABETDA 2-TOIFA GLYUKOZA TASHUVCHISI INGIBITORLARDAN FOYDALANISH	Djamaldinova D.Sh., Nasirova X.Q., Muminova S.U., Hodjaeva F.S. USE OF TYPE 2 GLUCOSE TRANSPORTER INHIBITORS IN CHRONIC HEART FAILURE AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS	19	
Иманкулова Д.А., Аляви А.Л. ЗНАЧЕНИЕ АКТИВАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ И ИЗМЕНЕНИЙ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА	Imankulova D.A., Alyavi A.L. THE SIGNIFICANCE OF PLATELET ACTIVATION AND CHANGES IN ERYTHROCYTES IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE COMBINED WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS	22	
Искандаров Ш.Т., Исмаилова А.А., Джамбекова Г.С. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СПЕКТРА РЕСПИРАТОРНОЙ АЛЛЕРГИИ НА ОСНОВЕ МУЛЬТИПЛЕКСНОГО АНАЛИЗА	Iskandarov Sh.T., Ismailova A.A., Dzhambekova G.S. THE CURRENT STATE OF THE ISSUE OF THE PREVALENCE AND MOLECULAR DIAGNOSIS OF THE RESPIRATORY ALLERGY SPECTRUM BASED ON MULTIPLEX ANALYSIS	26	
Ишанкулов О.А., Зайниев А.Ф. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА	Ishankulov O.A., Zayniyev A.F. MODERN ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF BILIARY PANCREATITIS	31	
Karimov Ah.Kh., Tukhtabaev A.A. MYOCARDITIS IMAGING IN PREGNANCY	Karimov A.X., Tuxtaboev A.A. ҲОМИЛАРЛИҚДА МИОКАРДИТИ ТАСВИРЛАШ УСУЛЛАРИ	35	
Максудова Д.Р., Насырова Х.К., Халимова З.Ю., Мирзаева У.З. ОВАРИАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ	Maksudova D.R., Nasyrova H.K., Khalimova Z.Yu., Mirzaeva U.Z. OVARIAL INSUFFICIENCY IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH OBESITY	40	
Назирова П.Х., Махмудова З.П. КЛИНИКО-ИММУНО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В ПОЗВОНОЧНИКЕ	Nazirov P. KH., Makhmudova Z.P. CLINICAL, IMMUNOLOGICAL, RADIOLOGICAL AND PATHOMORPHOLOGICAL ASPECTS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF DESTRUCTIVE PROCESSES IN THE SPINE	47	
Рустамова Х.М., Каттаева Д.Р., Рустамов А.Р. ТАЛАССЕМИЯ	Rustamova Kh.M., Kattaeva D.R., Rustamov A.R. THALASSEMIA	58	
Таджиева Н.У., Абдиганиева Д.А. ЛИХОРАДОЧНЫЙ СИНДРОМ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ	Tajieva N.U., Abdiganieva D.A. FEBRILE SYNDROME: ISSUES OF DIAGNOSIS AND THERAPY	64	
Xakimov M.Sh., Sattarov O.T., Fayziyev S.I., Yakubov O.E., Qurbonqulov A.A. SEMIZLIKDA BARIATRIK JARROHLIK AMALIYOTLARDAGI ERTA VA KESKKI ASORATLAR	Khakimov M.Sh., Sattarov O.T., Fayziev S.I., Yakubov O.E., Kurbonkulov A.A. EARLY AND LATE COMPLICATIONS OF BARIATRIC SURGERY IN OBESITY	67	
Халиков С.П., Якубов О.Э., Рахмонов У.Р., Эшкүзиев М.Ш. ПАХОВАЯ ГРЫЖА: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, РИСКИ, ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ	Khalikov S.P., Yakubov O.E., Rahmonov U.R., Eshkuziyev M.Sh. INGUINAL HERNIA: PREVALENCE, RISKS, TREATMENT PROSPECTS	70	

ПАХОВАЯ ГРЫЖА: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, РИСКИ, ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ

Халиков С.П., Якубов О.Э., Рахмонов У.Р., Эшкүзиев М.Ш.

CHOV CHURRASI: TARQALISHI, XAVFLARI, DAVOLASH ISTIQBOLLARI

Xalikov S.P., Yakubov O.E., Rahmonov U.R., Eshquziyev M.Sh.

INGUINAL HERNIA: PREVALENCE, RISKS, TREATMENT PROSPECTS

Khalikov S.P., Yakubov O.E., Rahmonov U.R., Eshquziyev M.Sh.

Ташкентская медицинская академия

Chov churrani jarrohlik davolashning turli usullari, jumladan, ochiq va laparoskopik usullar tasvirlangan. Har bir usul o'zining afzalliklari va kamchiliklariga ega, tanlov bemorning individual xususiyatlari va jarrohning tajribasi bilan belgilanadi. Polimer plastik to'rlardan foydalangan holda jarrohlik davolash yaxshi natijalarga erishishga imkon beradi.

Kalit so'zlar: *transabdominal preperitoneal, total ekstrperitoneal, tabiiy teshiklar orqali transluminal endoskopik jarrohlik.*

Various methods of surgical treatment of inguinal hernia have been described, including open and laparoscopic approaches. Each method has its advantages and disadvantages; the choice is determined by the individual characteristics of the patient and the experience of the surgeon. Surgical treatment using polymer plastic meshes allows achieving good results.

Key words: *transabdominal preperitoneal, totally extraperitoneal, natural orifice transluminal endoscopic surgery.*

Паховая грыжа составляет 75% всех грыж передней брюшной стенки, а риск развития в течение жизни отмечается у 32% мужчин и у 3% женщин. Косые (наружные) паховые грыжи превосходят по количеству прямые (внутренние) паховые грыжи примерно в соотношении 2:1. Заболеваемость наиболее распространенной хирургической патологией имеет два рискованных периода: в возрасте 16-24 лет (110 больных на 100 тыс. населения) и в 65 лет и старше (2 тыс. на 100 тыс. населения). Заболеваемость паховой грыжей увеличивается с возрастом, средний возраст при постановке диагноза составляет 40-59 лет [1,3,6].

Несмотря на то, что женщины гораздо меньше страдают паховой грыжей, они имеют факторы риска развития данной патологии, что особенно проявляется во время беременности и родов (0,1%). Среди детей заболеваемость паховой грыжей составляет 1-5%, среди недоношенных этот показатель достигает 10-30% [7,10].

Как в мире, так и в Республике Узбекистан одним из самых распространенных оперативных вмешательств является грыжесечение. По поводу различных грыж в стране ежегодно выполняется около 250 тыс. операций. В России в год количество операций по поводу данной патологии достигает 400 тыс. По статистике, в США ежегодно проводится более 1 млн операций по пластике грыж передней брюшной стенки, из которых около 750 тыс. приходится на операцию по поводу паховой грыжи [1,22,24].

История паховой грыжи уходит корнями в 1500 г. до нашей эры, когда в Древнем Египте появились самые ранние свидетельства о паховой грыже. Хирургическая история грыж, имея многовековой опыт, ограничивалась перевязкой шейки грыжевого мешка, с последующей ампутацией яичка, или прижиганием грыжи, которая в дальнейшем также оканчивалась удалением яйца [2,5].

С появлением анатомической истории радикальное лечение грыж при помощи оперативных вмешательств стало бурно развиваться. Не каждая анатомическая структура или орган человека может похвастаться наличием имен, названных в честь специалиста. F. Roupart (1661-1709) – пупартова связка (паховая), P. Camper (1722-1789) – фасция Кампера, A. Scarpa (1752-1832) – фасция Скарпы, C. Amyand (1660-1749) – грыжа Амьанда, A.P. Cooper (1768-1841) – связка Купера, F.K. Hesselbach (1759-1816) – треугольник Гессельбаха [4,7].

Впервые об успешной трансабдоминальной пластике 1716 г. сообщил Деметрий Кантемир (1673-1723). Генри Марси (1837-1924) заявил, что отсутствие закрытия внутреннего пахового кольца или низкая перевязка грыжевого мешка могут привести к рецидиву, тем самым описав технику реконструкции. Он был первым, кто применил высокую перевязку грыжевого мешка и закрытие пахового кольца. Bassini описал анатомию переднего отдела пахового канала и предложил безопасную и эффективную хирургию – операцию Bassini (1887). В последующем Уильям Холстед (1852-1922) и Эдмунд Эндрюс (1824-1904) модифицировали пластику Бассини. Модифицированная пластика Бассини (североамериканская пластика Бассини) применялась во всем мире, хотя при ее использовании часто возникали рецидивы. Честер Маквей (1911-1987) для восстановления пахового канала в 1939 г. впервые применил связку Купера. В 1919 г. Жорж Рок (1876-1934) использовал разрезы брюшной полости и кожи, а затем лигировал втянутый из брюшной полости грыжевой мешок. В 1936 г. Арнольд Генри (1886-1962) разработал аналогичный доступ с помощью разреза по средней линии нижней части живота. В 1920 г. Джордж Лентал (1865-1951) впервые применил тотально внебрюшинный доступ в качестве радикальной хирургической операции как при паховых, так и при бедренных грыжах, с использованием нижнесрединного предбрюшинного доступа. В соответствии с концепцией предбрюшинного

доступа в 1959 г. Ллойд М. Найхус (1923-2008) предложил восстановление подвздошно-лобкового пути. Впоследствии на основании этой концепции предбрюшинного доступа в 1965 г. Жан Ривз (1873-1985) впервые описал протезное армирование для односторонних грыж, а в 1969 г. Рене Стопп (1921-2006) – для двусторонних паховых грыж [2,4,5,7].

В 1986 г. Ирвинг Лихтенштейн (1920-2000) впервые представил сетчатую пробку, изготовленную путем скручивания куска плоского полипропилена в форме сигареты для заполнения дефекта бедренной кости. Сетка фиксировалась узловыми швами; эта «сигаретная пробка» использовалась для пластики паховых, бедренных и рецидивных грыж. Таким образом, Лихтенштейн создал технику безнатяжной пластики, которая открыла новую эру хирургии. При классической пластике грыжи использовались швы под натяжением, что приводило к высокой частоте рецидивов. Данная методика значительно уменьшила частоту рецидивов и инфекций, вследствие этого стала предпочтительной и распространилась по всему миру [23,24].

Начиная со второй половины XX века, протезная сетка рутинно стала использоваться в практической хирургии в соответствии с концепцией безнатяжной пластики.

Лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная (TAPP) пластика основана на том же принципе (чрезбрюшинного доступа при паховой грыже), что и методика, опубликованная Лоусоном Тейтом (1845-1899) в 1891 г. В 1979 г. П. Флетчер впервые применил лапароскоп для пластики паховой грыжи. Впоследствии Ральф Гер в 1982 г., С. Богоявленски в 1989 г., Леонард Шульц в 1990 г. и Морис Э. Арреги в 1992 г. опубликовали свой опыт герниопластики по методике TAPP [21,23].

Первым, кто использовал термин «полностью экстраперитонеальный» был Эдвард Филлипс в 1993 г. Totally extraperitoneal (TEP) без вхождения в свободную брюшную полость, при помощи эндоскопической техники, выполняется выкраивание предбрюшинного пространства, с установкой синтетического протеза для укрепления паховой области. Практически в одно и то же время аналогичные сообщения о герниопластике по методике TEP публикуют G. Ferzli (1992), J. Himpens (1992), J. McKernan и H. Laws (1993) [18,19].

Транслюминальная эндоскопическая хирургия через естественные отверстия (Natural orifice transluminal endoscopic surgery – NOTES) продолжает изучаться как будущий вариант общей хирургии. Panait с соавт. сообщили о 107 пациентах, перенесших трансвагинальную аппендэктомию, холецистэктомию и пластику вентральной грыжи. Сторонники такого подхода заявляют о потенциальных преимуществах в косметическом плане, об уменьшении послеоперационной боли, раннем возвращении к повседневной деятельности, уменьшении осложнений в месте порта и конкретных преимуществах у людей с ожирением. Однако большинство исследователей согласны с тем, что операции NOTES по герниопластике увеличивают риск тя-

желого осложнения, поэтому в данный момент эти методы следует рассматривать как экспериментальные и выполнять в соответствии с протоколами институциональных исследований [15,25].

Роботизированная технология в общей хирургии приобретает все большую популярность с тех пор как в 1997 г. G. Himpens и G. Cadriere выполнили с помощью хирургической системы да Винчи первую роботизированную холецистэктомию 72-летнему пациенту с ожирением. Хирургическая система da Vinci – продукт компании Intuitive Surgical, Inc. (Sunnyvale, California, USA) – был одобрен Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) в 2000 г. Первая пластика паховой грыжи с помощью роботизированного доступа датируется 2007 г. С тех пор растет интерес к использованию роботизированной платформы для устранения дефектов брюшной стенки [15,20,25].

Современная хирургия паховых грыж пополнилась высокотехнологичными малоинвазивными вмешательствами. Практикующий хирург теперь может выбирать из нескольких видов доступов (открытый или лапароскопический, передний или предбрюшинный), выбирать слой размещения сетчатого импланта (на поперечную фасцию или предбрюшинное пространство), виды методов фиксации протеза к поверхности малого таза (шовный, без шва, на липучках, клеевый), с разнообразным выбором лоскутов синтетического материала для укрепления паховой области (мягкие или жесткие, листовые или трехмерные).

Методы диагностики паховых грыж. У 95% пациентов с подозрением на паховую грыжу врач общей практики или хирург может диагностировать заболевание на основании клинической картины и результатов физикального обследования. Если при постановке диагноза возникают сомнения, специалист может назначить визуализирующие исследования, такие как УЗИ брюшной полости, рентгенологические методы (МСКТ или МРТ) [3,12].

Лабораторные методы исследования не специфичны при обследовании больных с паховыми грыжами, однако могут быть полезны для общей медицинской оценки.

Компьютерная томография брюшной полости и таза может помочь обнаружить многие скрытые грыжи, демонстрируя раздельное расположение кишечника, мочевого пузыря или женских внутренних репродуктивных органов. МСКТ показана при диагностике запирательной или сомнительной грыжи, а также в тех случаях, когда грыжу необходимо дифференцировать от образований брюшной стенки (опухоли, гематомы, абсцессы, аневризмы, не опустившееся яичко). Этот метод диагностики также необходимо использовать, когда качественное физикальное обследование затрудняет телосложение пациента [6,10].

Для сравнения изучена роль УЗИ, МРТ и КТ в диагностике паховых грыж, для определения наиболее точного метода для диагностики заболевания. Специалисты пришли к выводу, что УЗИ обладает более высокой чувствительностью и специфично-

стью, чем КТ и МРТ. Так, чувствительность УЗИ составляет 87%, специфичность – 100%; КТ соответственно 73 и 63%; МРТ – 93 и 95% [8,10].

Положительная прогностическая ценность УЗИ составляет 90,9%, что говорит о высокой частоте прогнозирования хирургически значимой паховой грыжи. При проведении исследования необходимо учитывать следующие стандарты: положение пациента во время исследования, использование пробы Вальсальвы (+ или -), определение размеров ворот и самой грыжи, характер содержимого грыжевого мешка [3,11].

Использование для диагностики в качестве дополнительных инструментов лучевых методов позволяют получить полноценную картину паховой грыжи. На основании этого для инструментальной дифференцированной диагностики паховых грыж рекомендуется придерживаться протокола выполнения лучевых методов передней брюшной стенки.

Классификации паховых грыж. Классификация паховой грыжи является необходимым инструментом хирурга при принятии решения об оперативном вмешательстве. Классификация грыж менялась на протяжении длительного времени, поэтому ее не следует считать прочной конструкцией, так как она отражает развитие хирургии грыж. Каждая предложенная классификация – это индивидуальное мнение или видение специалиста при подходе к данной патологии.

Паховую грыжу в соответствии с тремя функциональными структурами (поперечная фасция, апоневроз наружной косой мышцы и подвздошно-гребенчатая связка (Купера)) классифицировал в 1967 г. Кастен. Халверсон и Маквей в 1970 г. выделили четыре класса грыж: малая косая паховая грыжа, средняя косая паховая грыжа, большая косая и прямая паховая грыжа, бедренная грыжа [9,17]. В 1989 г. Гилберт на основании анатомических и функциональных дефектов, установленных интраоперационно, опубликовал свое видение: наличие или отсутствие брюшинного мешка, размер внутреннего кольца и целостность задней стенки. Рутков

и Роббинс (1993), модифицировав эту классификацию, добавили комбинированную прямую и непрямую грыжу и бедренную [14,16].

L. Nyhus (1991) для определения анатомических критериев использовал размер внутреннего кольца и целостность задней стенки. Продолжив данную идею, для измерения диаметра грыжевых ворот было предложено определять размер при помощи пальцев рук, один палец – I степень, два пальца – II, если в грыжевых воротах помещается три пальца и более, грыжа считается большой (Аахенская классификация, 1995). В 2003 г. Zollinger представил модифицированный вариант традиционной классификации паховых грыж, которая включала все классы или степени, предложенные L. Nyhus и Стоппом, Гилбертом и Шумпеликом [9,13].

Специальная классификация, посвященная рецидивным паховым грыжам, предложенная Жебровским (2005), основывалась на локализации выхода грыжевого мешка. В последующем эта классификация была модифицирована по степени сложности (2007). Этому же направлению были посвящены работы Кампанелли (2006) и Островского (2010).

Классификация паховых грыж помогает специалисту при правильном выборе метода оперативного лечения. При осмотре больного с паховой грыжей специалист в первую очередь определяет размеры грыжи, так как хирургическая тактика при больших грыжах меняется кардинально. В этих случаях необходимо выполнение открытого вмешательства вместо малоинвазивного, а учитывая наличие в арсенале у хирурга лапароскопической технологии, малоинвазивные вмешательства должны превалировать.

На сегодняшний день широко используется классификация L. Nyhus (1993), которая разделяет три типа и применяется во всем мире. Однако она не лишена недостатков, в частности, в ней не учитываются такие факторы, как вправимая грыжа или невправимая, врожденные и двусторонние грыжи. Эта классификация основана также на показаниях при открытом (переднем) доступе.

Классификация паховой грыжи L. Nyhus (1993)	
I тип	Косые грыжи с внутренним паховым кольцом нормального размера. Задняя стенка в проекции медиальной ямки интактна, грыжевой мешок находится внутри пахового канала
II тип	Косые грыжи, имеющие расширенное и смещенное внутреннее паховое кольцо без выпячивания задней стенки пахового канала. Грыжевой мешок в мошонку не опускается
III A	Все прямые грыжи
III B	Косые грыжи с расширенным внутренним паховым кольцом. Грыжевой мешок часто находится в мошонке. Сюда же относятся панталонные (комбинированные) и скользящие грыжи
III C	Бедренные грыжи
IV тип	Все рецидивные грыжи

На заседании Европейского общества грыж (EHS, 2007) предложена модифицированная классификация паховых грыж, основанная на анатомиче-

ском расположении процесса, временном факторе и определении размера внутреннего пахового кольца.

Классификация паховой грыжи Европейского общества грыж (EHS) 2007

L 1	косая паховая грыжа < 1,5 см (один палец)
L 2	1,5-3 см (два пальца)
L 3	> 3 см (более двух пальцев)
M 1	прямая паховая грыжа < 1,5 см (один палец)
M 2	1,5-3 см (два пальца)
M 3	> 3 см (более двух пальцев)
F	бедренная грыжа
R	рецидивная прямая или косая паховая грыжа

Конечно же, упрощенная классификация не дает очень подробного описания грыжи: не учитывается анатомическая функция, не позволяет оценить функцию внутреннего кольца или задней стенки пахового канала, не может определить наличие липом окружающих структур, что усложнило бы ее.

Основным компонентом классификации EHS является простота в использовании. Измерение грыжевых ворот в сантиметрах позволяет использовать ту же классификацию при лапароскопических операциях, так как большинство малоинвазивных инструментов (зажим, диссектор, ножницы) имеют одинаковую длину лопастей, что помогает в ориентации размера грыжевого кольца.

Классификация заболевания является помощником в деятельности специалиста. Учитывая распространенность паховых грыж, используемая классификация должна быть простой в использовании и легко запоминаться. Однако нельзя упускать основные моменты, такие как размер грыжи, расположение рядом лежащих анатомических структур по отношению к грыже, наличие осложнений грыж и сопутствующую патологию.

Заключение

1. Паховая грыжа является наиболее распространенной хирургической патологией. Риск развития паховой грыжи связан с полом и возрастом. У мужчин риск составляет 32%, у женщин – 3%. Заболевание чаще возникает в возрасте от 16 до 24 лет и после 65 лет. Средний возраст при постановке диагноза – 40-59 лет. Женщины страдают паховой грыжей реже, однако риск развития патологии возрастает во время беременности и родов. У детей заболеваемость паховой грыжи составляет 1-5%, а среди недоношенных детей может достигать 10-30%.

2. Операция грыжесечения является одной из самых распространенных хирургических процедур. Так, в России по поводу паховой грыжи ежегодно проводится около 400 тыс. операций.

3. Хирургическое лечение паховой грыжи включает открытый и лапароскопический доступы, каждый из которых свои преимущества и недостатки.

4. Добиться уменьшения рецидивов после операций и улучшить качество жизни пациентов удалось благодаря появлению в конце XX века широких полимерных пластиковых сеток. Хирургическое лечение с использованием полимерных пластиковых сеток считается наиболее эффективным и безопасным методом, который позволяет достичь хороших результатов.

Со списком литературы можно ознакомиться в редакции

ПАХОВАЯ ГРЫЖА: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, РИСКИ, ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ

Халиков С.П., Якубов О.Э., Рахмонов У.Р., Эшкузиев М.Ш.

Описаны различные методы хирургического лечения паховой грыжи, включая открытый и лапароскопический доступы. Каждый метод имеет свои преимущества и недостатки, выбор определяется индивидуальными особенностями пациента и опытом хирурга. Достичь хороших результатов позволяет хирургическое лечение с использованием полимерных пластиковых сеток.

Ключевые слова: трансабдоминальная предбрюшинная, полностью экстраперитонеальная, транслюминальная эндоскопическая хирургия через естественные отверстия.