

К вопросу о классификации паховых грыж

Акад. РАМН А.А. АДАМЯН, проф. А.В. ФЕДОРОВ, доктор мед. наук Б.Ш. ГОГИЯ

Classification on inguinal hernias

A.A. ADAMYAN, A.V. FEDOROV, B.SH. GOGIYA

Институт хирургии им. А.В. Вишневского (дир. — акад. РАМН В.Д. Федоров) Росмедтехнологий, Москва

При больших успехах герниологии до настоящего времени остается ряд дискуссионных вопросов, нуждающихся в разрешении. К числу нерешенных относится вопрос о единой классификации паховых грыж.

Большинство отечественных хирургов пользуются традиционной для нашей страны классификацией паховых грыж с разделением их на косые и прямые, которые в свою очередь подразделяются на первичные и рецидивные. До недавнего времени эта классификация удовлетворяла хирургов, так как при прямых грыжах рекомендовалось укрепление задней стенки пахового канала, при косых — передней стенки. В настоящее время указанная методология пересмотрена. Согласно современным воззрениям, патогенетически обоснованным считается укрепление задней стенки пахового канала как при прямых, так и при косых грыжах.

Кроме того, за последнее время все большее признание получают новые методы пластики пахового канала, такие как пластика без натяжения с использованием сетчатых эндопротезов. Если прежде операции с применением сетчатых имплантатов производились исключительно в специализированных центрах, то в настоящее время их выполняют многие хирурги общего профиля.

В связи с этим требуется классификация, учитывающая тяжесть повреждения задней стенки пахового канала, облегчающая объективную оценку различных методик пластики, что чрезвычайно важно с позиции практической хирургии.

Классификация паховых грыж необходима для сравнения результатов операций до принятия универсального метода пластики пахового канала. Кроме того, при рецидивных грыжах хирург должен располагать информацией о типе грыжи и ранее проведенном оперативном вмешательстве, чему также способствовало бы принятие классификации.

Сравнительный анализ классификаций Lichtenstein (1987 г.), Gilbert (1989 г.), Rutkow & Robins (1993 г.) Schumpelick (1995 г.), Bendavid (1994 г.) Alexander (1998 г.), Zollinger (1999 г.) выявляет большое их сходство. Все они выделяют, как в традиционной классификации, косые, прямые и бедренные грыжи. Но в отличие от традиционной классификации в большинстве из них косые и прямые паховые грыжи рассматриваются по степени повреждения внутреннего пахового кольца и задней стенки пахового канала.

В то же время в отличие от большинства современных классификаций предложенная Nyhus классификация охватывает также рецидивные грыжи и учитывает местные отягощающие факторы, что немаловажно для выбора метода пластики. Кроме того, выделены панталонные грыжи, являющиеся комбинацией косой и прямой грыж.

Классификация NYHUS 1993 г.

I тип — косые грыжи с внутренним паховым кольцом нормального размера. Обычно встречается у детей и молодых людей. Задняя стенка пахового канала в проекции медиальной паховой ямки интактна, и 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 может занимать весь паховый канал, но в мошонку не опускается.

III тип — разделен на 3 группы:

III A — все прямые грыжи большие и малые;

III B — косые грыжи с большим расширенным внутренним паховым кольцом. Грыжевой мешок часто находится в мошонке. Кроме того, типичные панталонные грыжи и скользящие грыжи;

III C — бедренные грыжи.

Все рецидивные грыжи относятся IV типу:

IV A — прямые,

IV B — косые,

IV C — бедренные,

IV D — сочетания рецидивирующих грыж.

В 1998 г. Stopra к этой классификации добавил отягощающие факторы местного (скользящая

© Коллектив авторов, 2007

О Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2007
Khirurgija (Mosk) 2007; 11: 44–45

грыжа, множественность, большая грыжа, технические трудности, риск инфекции) и общего (ожирение, коллагеновая недостаточность, возраст, заболевания дыхательной системы, дизурия, запоры) характера. Отягощающие факторы переводят каждый тип грыж в следующий, например грыжи с фактором отягощения из I типа переходят во II тип.

По результатам проведенного в 1998 г. опроса 75 хирургов Европы и Америки уточнено соотношение использования ими четырех действующих классификаций паховых грыж:

<i>Классификация</i>	<i>США</i>	<i>Европа</i>
Традиционная	50%	33%
Nyhus	30%	33%
Gilbert/Rutkow и Robins	20%	17%
Achen/Schuinpelick	—	17%

Таким образом, к 1998 г. треть хирургов США и Европы придерживались классификации Nyhus. Однако через 5 лет (2003 г.) по результатам проведенного нами опроса большинство герниологов Европы и Америки отдавали предпочтение классификации Nyhus, которая на современном этапе является наиболее признанной.

Участниками I международной конференции "Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов", проведенной в Институте хирургии им. А.В.

Вишневского РАМН (Москва, 25—26 ноября 2003 г.), единодушно принята резолюция о целесообразности использования классификации Nyhus вместо традиционной. Необходимость внедрения на современном этапе в клиническую практику наиболее универсальной классификации Nyhus подтвердили также участники герниологической секции V международной конференции "Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов", проведенной в Институте хирургии им. А.В. Вишневского РАМН 24—25 января 2006 г.

Принятие классификации Nyhus всеми герниологами страны поможет дальнейшей интеграции различных герниологических школ, а главное, расширяет возможности сопоставления результатов пластики пахового канала российскими хирургами с соответствующими результатами европейских и американских герниологов.

Четкое разделение по категориям является необходимым условием для сравнения методов лечения грыж и частоты их рецидивирования.

Кроме того, широкое применение классификации Nyhus позволит точнее очертить показания к применению не только аллопластики, но и аутопластики, что не безразлично для лиц молодого возраста.

Поступила 29.03.07