

КИСТА КАНАЛА НУКА – «MORBUS INCOGNITA»

CYST OF THE NUCK CANAL – «MORBUS INCOGNITA»

■ ■ Мяконький Роман Викторович

■ ■ Myakonky Roman Viktorovich

■ Каплунов Кирилл Олегович

■ Kaplunov Kirill Olegovich

■ Краюшкин Сергей Иванович

■ Krayushkin Sergey Ivanovich

■ Баркинхоев Руслан Михайлович

■ Barkinkhoev Ruslan Mikhailovich

■ Волгоградская областная клиническая
больница №3

■ Volgograd Regional Clinical Hospital No. 3

■ Волгоградский государственный
медицинский университет

■ Volgograd State Medical University

E-mail: mr-v-disser@mail.ru

Резюме

В эпоху стандартизации отечественного здравоохранения, реализуемого путем внедрения клинических рекомендаций, остается неохваченным должным вниманием достаточно большой пул относительно редких нозологий, с которыми так или иначе сталкивается практикующий врач. Выходом из сложившейся ситуации становится фиксация и описание клинических кейсов с методическим разбором лечебно-диагностической тактики, что в свою очередь позволяет рационально осуществлять построение диагностической программы и выбирать эффективный метод лечения. В ряде случаев даже правильно выставленный диагноз не сразу способствует эффективному лечению пациента, но не столько по причине неизвестной методики лечения, сколько от того, что не всегда понятен профиль оказываемой помощи.

В статье представлены данные личного опыта авторов, касающиеся оперативного лечения кисты канала Нука (ККН), осуществленного на базе хирургического отделения Волгоградской областной клинической больницы №3 в период с 2017 по 2025 гг. Приведен анализ полученных результатов, предложен вариант лечебно-диагностической программы с обсуждением и обоснованием подхода к оперативному лечению рассматриваемого заболевания. С методической целью в качестве практической наглядности представлен клинический кейс, позволяющий пошагово рассмотреть (алгоритмизировать) и проанализировать ККН как заболевание, которое несмотря на достаточное количество научных публикаций последних лет, продолжает оставаться «morbus incognita» в рутинной общехирургической клинической практике.

Ключевые слова: киста канала Нука, киста нукиева канала, киста круглой связки матки, дифференциальная диагностика при паховой грыже, аномалии развития паховой области.

In the era of standardization of domestic healthcare, implemented through the introduction of clinical recommendations, a fairly large pool of relatively rare nosologies that a practitioner encounters in one way or another remains neglected. The way out of this situation is the fixation and description of clinical cases with a methodical analysis of therapeutic and diagnostic tactics, which in turn makes it possible to rationally build a diagnostic program and choose an effective treatment method. In some cases, even a correct diagnosis does not immediately contribute to the effective treatment of the patient, but not so much because of an unknown treatment method, as because the profile of the care provided is not always clear.

The article presents data from the personal experience of the authors concerning the surgical treatment of the cyst of the Nuck canal (CCN), carried out on the basis of the surgical department of the Volgograd Regional Clinical Hospital No. 3 in the period from 2017 to 2025. The analysis of the obtained results is given, a variant of the therapeutic and diagnostic program is proposed with a discussion and justification of the approach to the surgical treatment of the disease in question. For methodological purposes, as a practical illustration, a clinical case is presented that allows step-by-step consideration (algorithmization) and analysis of CCN as a disease, which, despite a sufficient number of scientific publications in recent years, continues to be "morbus incognita" in routine general surgical clinical practice.

Key words: cyst of the Nuck canal, cyst of the Nuckian canal, cyst of the round ligament of the uterus, differential diagnosis of inguinal hernia, anomalies of the inguinal region.

Библиографическая ссылка на статью

Мяконький Р.В., Каплунов К.О., Краюшкин С.И., Баркинхоев Р.М. Киста канала Нука – «morbus incognita» // Innova. - 2024. - Т. 10. - № 4. - С.51-62.

References to the article

Myakonky R.V., Kaplunov K.O., Krayushkin S.I., Barkinkhoev R.M. Cyst of the Nuck canal – «morbus incognita» // Innova. - 2024. - T. 10. - № 4. - P.51-62.

Повседневная клиническая практика врача-специалиста, как правило, наполнена рутинной патологией, которая хорошо известна и может характеризоваться формулой «что часто, то часто». Однако, в ряде случаев пациент может столкнуться с необходимостью неоднократного обращения к врачам различных специальностей, при этом имеющаяся патология может длительное время не получать «своего врача», который определит диагностическую программу и лечебный алгоритм. По нашему мнению, основывающемуся на реалиях клинической практики, такой патологией на сегодняшний момент продолжает оставаться ККН [1].

Несмотря на доступность современных методов инструментальной (аппаратной) визуализации (ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ)), ККН сохраняет имидж патологии относительно редкой, а при диагностической находке способна вызвать трудности у клинициста в отношении выбора тактики [2].

На пути к правильному диагнозу ККН в диагностический ряд должны быть внесены следующие патологии: грыжа (бедренная, паховая), липома, лимфома, лимфаденит (лимфаденопатия), лейомиома круглой связки матки, сосудистая аневризма, варикозная болезнь нижних конечностей и вульвы, абсцесс, эндометриоз [3]. В большинстве случаев диагноз основывается на данных УЗИ, МРТ или КТ, окончательный диагноз зачастую возможно поставить исключительно послеоперационно с опорой на результат гистологических данных морфологии удаленного препарата [4].

Широко известно, что первое документально зафиксированное описание кистозной опухоли в паховом канале, растущей по ходу круглой связки, спускающуюся в правую большую половую губу, было сделано в 1682 г. и принадлежит голландскому профессору

анатомии и медицины из Лейдена Anton Nuck (1650-1692) [5].

В связи с более совершенной облитерацией брюшинно-пахового дивертикула у женщин (листка брюшины, аналога влагалищного листка у мужчин) патология пахового канала в подавляющем большинстве случаев им несвойственна [6]. Напротив паховый канал, по указанной причине, есть «слабое место» именно у мужчин (речь идет о формировании косой паховой грыжи или водянки семенного канатика). Тем не менее, при неполной облитерации указанного отростка брюшины у женщин может развиваться кистозное образование, именуемое ККН [7].

Анатомически канал Нука представляет собой непостоянный непарный или парный врожденный дивертикул (карман брюшины) ориентированный своим дном в направлении больших половых губ [8]. Говоря о патогенезе ККН, следует указать на то, что во время внутриутробного развития так называемый проводник протаряет дорогу яичникам из верхних отделов брюшной полости в сторону пахового канала [9]. Проводник завершает свой путь в большой половой губе, пройдя паховый канал. Верхняя часть его в дальнейшем превращается в собственную связку яичника, нижняя – в круглую связку матки [10]. Круглая связка внутри пахового канала покрыта влагалищным отростком брюшины. Пространство между листками брюшины и круглой связкой матки в норме к моменту рождения становится облитерировано [11]. При полном отсутствии облитерации формируется карман (дивертикул брюшины), сообщающийся с брюшной полостью, что является предпосылкой для формирования паховой грыжи, а при частичной облитерации развивается ККН [12]. Таким образом, ККН есть неполное заращение брюшинно-пахового отростка у женщин от внутреннего пахового кольца до наружного (карман (дивертикул) Нука) – Рис.1.

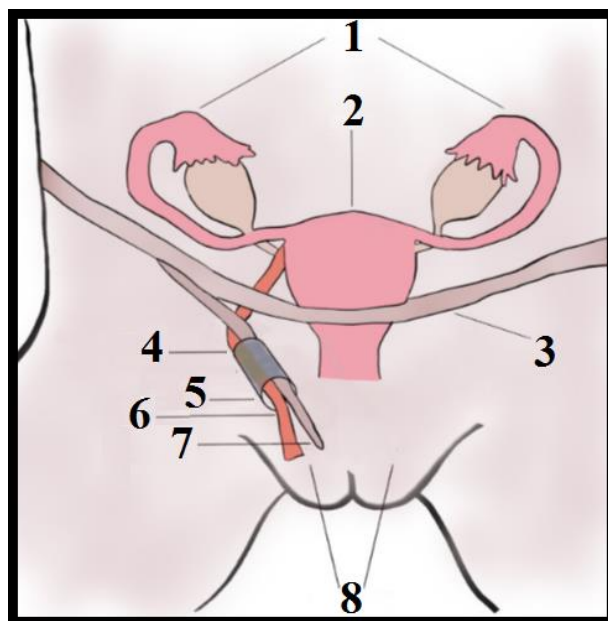


Рисунок 1. 1 – маточные трубы, 2 – матка, 3 – широкая связка матки, 4 – внутреннее паховое кольцо, 5 – паховый промежуток, 6 – наружное паховое кольцо, 7 – паховая (пупартова) связка, 8 – большие половые губы.

Как правило, ККН имеет правостороннее расположение, точного объяснения этому феномену нет, но имеется предположение о том, что связано оно с циркуляцией жидкости в брюшной полости [13]. Как известно, перитонеальная жидкость осуществляет движение по часовой стрелке из левого бокового канала по малому тазу и далее вверх, в правый боковой канал к печени, что, в свою очередь, может объясняться перистальтикой кишечника, дыхательными движениями (присасывающей способностью диафрагмы) [14]. При наличии кармана Нука с последующей облитерацией его шейки и формируется киста. Стоит отметить, сигмовидная кишка и ее брыжейка являются своеобразным барьером для заброса перитонеальной жидкости в левый боковой канал и левую паховую область, поэтому облитерация брюшино-пахового отростка слева происходит более эффективно [15].

Материалы и методы. В статье представлен данные личного опыта авторов, касающиеся оперативного лечения ККН, осуществленного на базе хирургического отделения Волгоградской областной клинической больницы №3 в период с 2017 по 2025 гг. Приведен анализ полученных результатов, предложен вариант лечебно-диагностической программы с обсуждением и обоснованием подхода к оперативному лечению рассматриваемого заболевания. С методической целью в качестве практической наглядности представлен клинический кейс, позволяющий

пошагово рассмотреть (алгоритмизировать) и проанализировать ККН, как заболевание, которое несмотря на достаточное количество научных публикаций последних лет, продолжает оставаться «*morbus incognita*» в подавляющем большинстве случаев рутинной клинической практики.

Клинический кейс. Пациентка Б. 1992 г.р., поступила в Волгоградскую областную клиническую больницу №3 комитета здравоохранения Волгоградской области (главный врач Е.В. Левшина), была госпитализирована в хирургическое отделение (заведующий отделением С.В. Иванченко) с диагнозом: Киста канала Нука справа.

На момент поступления пациентка предъявляла жалобы на наличие выпячивания («шишки») в правой паховой области, связанный с ним косметический дефект, что значительно снижало качество жизни (ношение купальника, интимная близость и т.п.). Дискомфорт и боль в образовании в покое и при физической нагрузке (в том числе при половом акте) не беспокоили, трансформации имеющегося новообразование во время менструального цикла не имело.

Локальный статус до операции представлен на рисунке 2: над паховой складкой в проекции правого пахового канала определялось опухолевидное образование плотнoэластической консистенции, малоподвижное, безболезненное при пальпации, кожа над новообразованием не изменена, местная температура не повышена.



Рисунок 2. Локальный статус до операции

Пациентка клиничко-лабораторно и инструметально была обследована на догоспитальном этапе, выполнены: клинический и биохимический анализ крови, коагулограмма, общеклинический анализ мочи, полученные результаты в пределах референсных значений.

Проведено УЗИ малого таза, трасабдоминальное, трансвагинальное, на 9 день менструального цикла: матка в обычном положении, границы четкие, контуры ровные, форма обычная, длина 49 мм (норма от 40 до 60 мм), толщина – 40 мм (норма от 30 до 45 мм), ширина – 50 мм (норма от 45 до 60 мм). Структура миометрия не изменена, М-эхо толщина 4 мм, контуры четкие, ровные. Эндометрий соответствует фазе цикла, равномерный, однородный. Полость матки не расширена, не деформирована. Шейка матки: длина – 30 мм (норма от 20 до 30 мм), структура не изменена. Левый яичник: длина 31 мм (норма от 20 до 35 мм), толщина – 20 мм (норма от 15 до 25 мм), ширина – 22 мм (норма от 20 до 30 мм), объем – 7,1 см³ (норма не более 8 см³), фолликулов до 10 шт. в корковом и мозговом слоях до 6 мм в диаметре в нем визуализируется анэхогенное образование неоднородной структуры со множественными гиперэхогенными включениями 16×11 мм с едиными локусами кровотока (дермоидная киста). Правый яичник: длина 32 мм, толщина – 17 мм, ширина – 24 мм, объем – 7,0 см³, фолликулов до 10 шт. в

корковом и мозговом слоях до 7 мм в диаметре. Жидкость в позадиматочном пространстве не визуализируется. В области малого таза, в проекции левых придатков визуализируется анэхогенное образование 14×12 мм аваскулярно (параовариальная киста). В правой паховой области визуализируется анэхогенное образование 62×23 мм (киста круглой связки матки). Заключение: ЭХО-признаки ретенционного образования левого яичника (O-RADS2). Параовариальная киста слева.

Выполнено МРТ органов малого таза (рис. 3): на серии МР-томограмм мягких тканей паховой области справа, взвешенных по T2 и T1 ВИ в трех проекциях с жироводавлением в паховом канале, по ходу круглой связки матки определяется кистозное образование с ровными четкими контурами, с тонкими одиночными внутрисполостными перегородками, гиперинтенсивное по T2 и STIR, гипоинтенсивное по T1 ВИ, размером 60×23×26 мм, диффузию не ограничивает. Паховые лимфатические узлы не увеличены, региональная клетчатка не изменена. Заключение: МР картина кисты круглой связки матки справа.



Рисунок 3. МРТ органов малого таза

Больная осматривалась онкологом, был выставлен диагноз: Киста правой паховой области (Киста Нука?). Грыжа? Клиническая группа 1б.

Под УЗ-контролем проведена тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТИАПБ) кистозного образования 61×22×26 мм ($V=18-20 \text{ см}^3$) паховой области справа – визуально, киста Нука, результат цитологического исследования – оксифильное вещество, эритроциты, макрофаги.

По результатам обследования онкологом рекомендована консультация хирурга по месту жительства с решением вопроса об удалении

кисты, аллопластики паховой грыжи. Также пациентка осмотрена гинекологом, выставлен диагноз: Киста круглой связки матки справа (киста канала Нука). Новообразование левого яичника небольших размеров. Параовариальная киста слева.

На госпитальном этапе было проведено обследование, результаты которого представлены в Таблице 1.

Таблица 1. Лабораторное обследование пациентки

№ п/п	Название исследования	Дата получения результата	Результат
1	ОАК	07.11.2024 г.	Эр. – $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб — 123 г/л, гематокрит – 35%, ЦП — 0,9, Тр. – $279 \times 10^9/\text{л}$, Лейк. – $8,9 \times 10^9/\text{л}$, б-0%, э-2%, п-2%, с-67%, л-23%, м-6%, СОЭ - 22 мм/ч;
2	ИФА АГ/АТ HIV (ВИЧ)	05.11.2024 г.	отрицательно
3	Маркеры вирусных гепатитов В и С	05.11.2024 г.	отрицательно
4	Группа крови	05.11.2024 г.	А (11) положительная;

5	СЭМ	05.11.2024 г.	отрицательно
6	Коагулограмма	05.11.2024 г.	протромбиновое время – 13,6 с., протромбиновый индекс — 103%, МНО — 0,97, фибриноген – 2,45 г/л, АЧТВ – 27 с.;
7	ОАК	05.11.2024 г.	Эр. – $4,44 \times 10^{12}$ /л, Нб — 135 г/л, гематокрит – 42%, ЦП — 0,98, Тр. – 311×10^9 /л, Лейк. – $6,1 \times 10^9$ /л, б-0%, э-1%, п-2%, с-66%, л-28%, м-3%, СОЭ - 16 мм/ч;
8	Печеночные пробы	05.11.2024 г.	общий билирубин — 8,4 мкмоль/л, АлАТ — 19,2 Е/л, АсАТ — 25 Е/л, ЩФ — 47,2 Е/л;
9	Мочевина крови	05.11.2024 г.	3,3 ммоль/л;
10	Креатинин крови	05.11.024 г.	54,3 мкмоль/л;
11	α-амилаза крови	05.11.2024 г.	68,6 Е/л;
12	Общий белок крови	05.11.2024 г.	67,1 г/л;
13	Альбумины крови	05.11.2024 г.	44,1 г/л;
14	С-реактивный белок	05.11.2024 г.	0,6 мг/л;
15	Общий холестерин крови	05.11.2024 г.	6,34 ммоль/л;
16	Сахар крови	05.11.2024 г.	5,81 ммоль/л;
17	Кал на яйца гельминтов и простейшие	05.11.2024 г.	отриц.;
18	ОАМ	05.11.2024 г.	св.-желт, прозр., щелочн., уд. вес — 1010, белок — 0 г/л, сахар — 0 ммоль/л, кетоны — 0 ммоль/л, билирубин — 0 мкмоль/л, уробилиноген — 0 мкмоль/л, лейкоц. - 3-4 в п/зр., эритроц. - 0 в п/зр., эпителий. пл. - знач. к-во в п/зр.;
19	Анализ жидкости из кисты	06.11.2024 г.	количественно 20 мл, соломенно-желтая, мутная, белок - 51 г/л, глюкоза — 5,5 ммоль/л. После центрифугирования — желтая, лейкоц. - 1-2 в п/зр., эритроц. - 0 в п/зр., клетки мезотелия — 1-2 в п/зр. Цитологическое исследование: одиночные лимфоциты, других клеточных элементов не выявлено.

УЗИ паховой области справа (рис. 4): в правой паховой области визуализируется анэхогенное образование 76×22 мм с ровными контурами, аваскулярное (киста круглой связки).



Рисунок 4. УЗИ паховой области справа (А – лежа, Б – стоя)

06.11.2024 г. под спинномозговой анестезией 2% раствором лидокаина 2,0 мл выполнено удаление кисты круглой связки матки справа. Интраоперационный вид кисты представлен на рисунке 5.

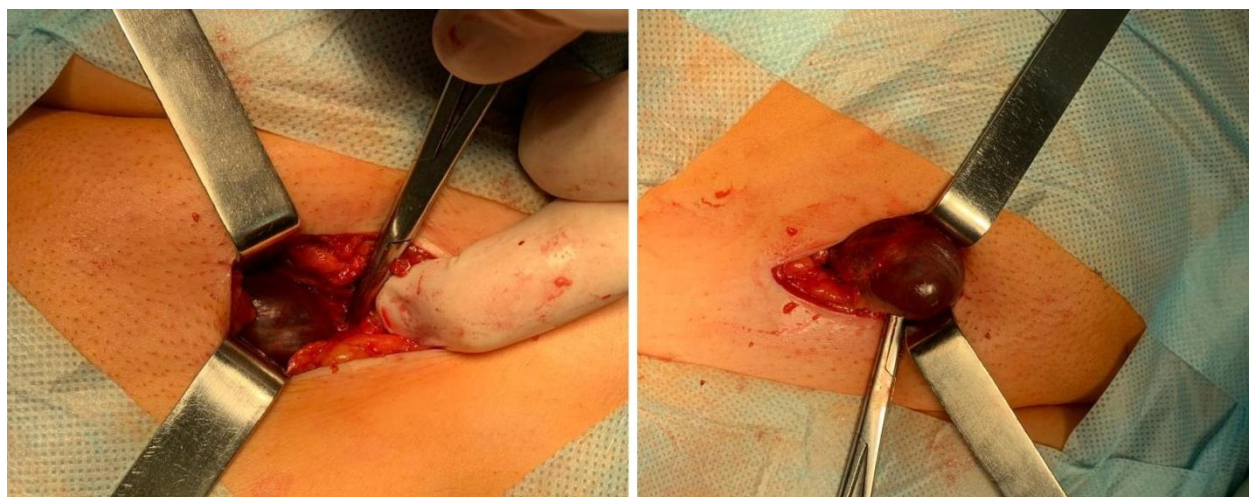


Рисунок 5. Интраоперационный вид кисты канала Нука

Макропрепарат (рис. 6): удаленный препарат представляет собой гладкостенную кисту грушевидной формы, размерами 64×46 мм, на разрезе выявлены перегородка, формирующая две неравные полости,

заполненные соломенно-желтой прозрачной жидкостью, похожей на асцитическую (перитонеальная), внутренняя поверхность кисты белесого цвета, поверхность гладкая, блестящая, внешне напоминает брюшину.



Рисунок 6. Макропрепарат киста канала Нука

После удаления кисты канала Нука выполнена пластика пахового канала сетчатым

эндопротезом 11,0×6,0 см. Рана ушита
внутрикожным швом, послеоперационный
период протекал без особенностей, рана зажила

первичным натяжением, вид послеоперационной
раны (6-е сутки) перед выпиской на
амбулаторный этап лечения (рис. 7).



Рисунок 7. Вид послеоперационной раны

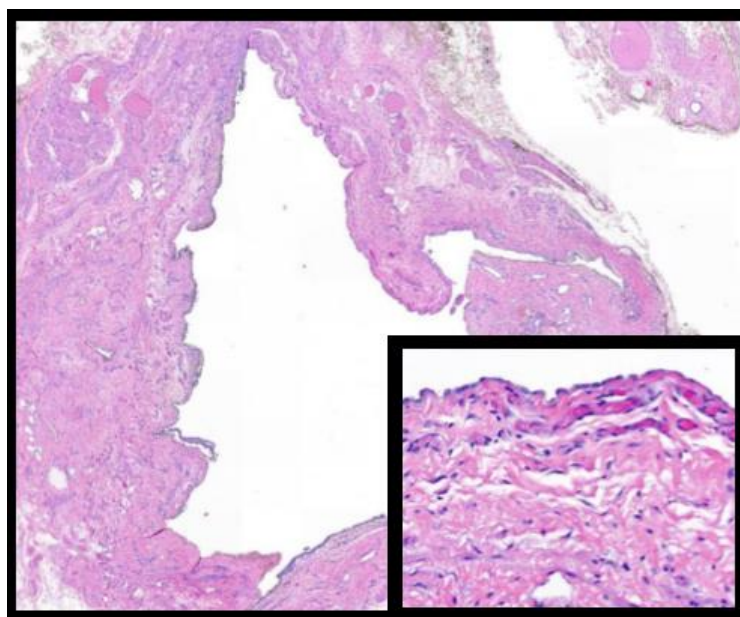


Рисунок 8. Микропрепарат кисты канала Нука

Результат прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала от 19.11.2024 г. (микроскопическое описание, рис. 8): в препарате фрагменты соединительной и жировой ткани с участками прилежащего полостного образования, стенка которого представлена рыхлой, местами отечной соединительной тканью с полнокровными сосудами, с очаговой, преимущественно периваскулярной лимфогистиоцитарной инфильтрацией, стенка на отдельных участках выстлана одним слоем

уплощенных клеток, типа клетки мезотелия.

Был сформулирован развернутый клинический диагноз: Правосторонняя внутриканальная грушевидная многокамерная неосложненная киста канала Нука средних размеров. Код по МКБ-10: Q52.9

Результаты и обсуждение. За восьмилетний период нами прооперировано 18 пациенток с ККН, в 14 случаях патология имела правостороннее расположение, все оперативные вмешательства выполнены открытым способом, в 12 случаях пластика пахового канала

осуществлена с использованием полипропиленового сетчатого эндопротеза.

За отчетный период по рассматриваемой патологии в рамках телемедицинских консультаций оказана методическая помощь коллегам из Санкт-Петербурга, Тюмени, Орла. В формате медицинского туризма в нашей клинике прооперированы пациентки из Екатеринбурга, Тюмени и Ростова-на-Дону.

Недостаточная информированность хирургов и гинекологов в отношении ККН обрекает пациенток на бесконечные диагностические процедуры (повторные УЗИ, МРТ, КТ) и поиск специалиста, который «отважится» на оперативное лечение. Одним из аспектов трудности постановки правильного диагноза является то обстоятельство, что зачастую пациентки с рассматриваемой патологией оперируются в детском и

подростковом возрасте, что наряду с относительно редкой встречаемостью делает указанную патологию «дикувиной» для общих хирургов, которые могут столкнуться с ККН у взрослых женщин. Рассматриваемое заболевание, согласно МКБ 10 пересмотра, относится к врожденным аномалиям (порокам развития) женских половых органов и кодируется как Q52.9: Другие уточненные врожденные аномалии женских половых органов.

Кроме эстетического «изъяна» и косметического дефекта, снижающего качество жизни, ККН не несет в себе ничего, если не развиваются осложнения (кровоизлияние, нагноение, разрыв, перекут).

В зарубежной литературе принят подход классификации ККН на три типа (рис. 9) [16].

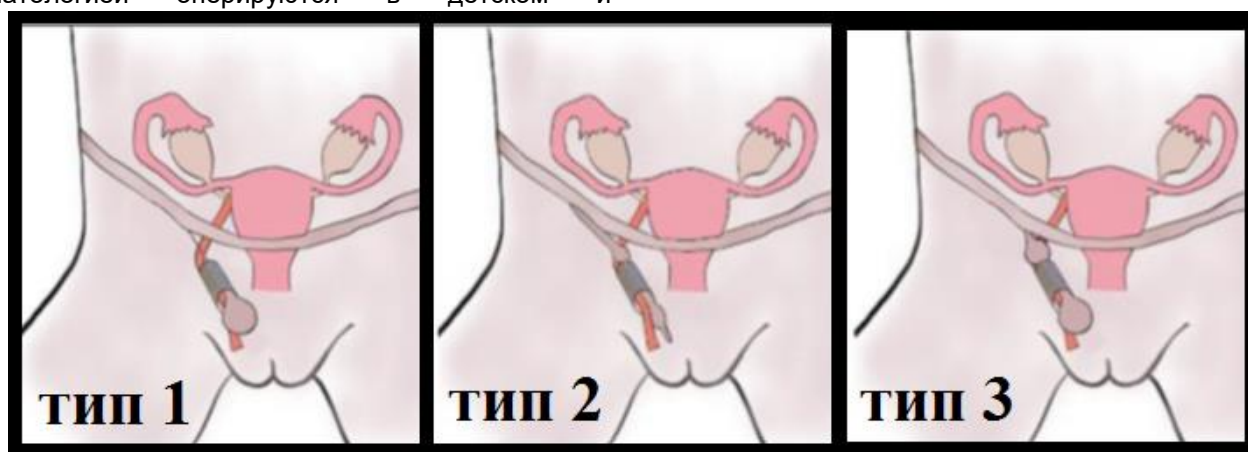


Рисунок 9. Типы кисты канала Нука

В 2019 году на VI съезде хирургов Южного федерального округа, проходившем в г. Ростов-на-Дону, нами была предложена оригинальная классификация, позволяющая более детально отображать особенности ККН,

что имеет значение для научно-статистической обработки. В настоящее время, с учетом накопленного опыта, мы готовы представить дополнения к ранее разработанной классификации (табл. 2).

Таблица 2. Классификация кисты канала Нука (Р.В. Мяконький и соавт., 2024)

Классификация кисты канала Нука (Р.В. Мяконький и соавт., 2024)	
Признак	Характеристика
1. по локализации	• односторонняя (с указанием стороны: правосторонняя, левосторонняя); • двусторонняя
2. по отношению к паховому каналу	• внутриканальная; • внеканальная (часть кисты выходит через наружное паховое кольцо)

3. по размеру	• малая – 2,0–4,0 см; • средняя – 5,0–7,0 см; • большая – более 8,0 см
4. по форме	• круглая; • овоидная; • грушевидная; • грибовидная (на ножке); • веретенообразная; • гантелевидная
5. по количеству полостей	• однокамерная; • многокамерная;
6. по наличию осложнений	• с кровоизлиянием; • с нагноением; • с разрывом; • перекрут
7. сочетание патологии	наличие кисты канала Нука, паховой и/или бедренной грыжи с одноименной стороны

Хирургическая тактика. В настоящее время, оперативное лечение ККН может быть выполнено как открытым способом, так и лапароскопически [17]. С методической точки зрения считаем необходимым описать принципы обоих видов хирургических вмешательств.

Лапароскопическое оперативное лечение предполагает выполнение лапароскопии, интраабдоминальной перитонеотомии, вскрытие и иссечение кисты круглой связки матки, с последующим интракорпоральным ушиванием брюшины. В целом, технология лапароскопической операции при ККН во многом походит на выполнение лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной протезирующей герниопластики (TAPP от англ. «Trans Abdominal Pre-Peritoneal» – герниопластика трансабдоминальная преперитонеальная).

В свою очередь, открытое вмешательство предполагает выполнение кожного разреза выше пупартовой связки с переходом на большую половую губу или без такового (зависит от размера кисты), рассечение подкожно-жировой клетчатки, вскрытие пахового канала с последующим выделением круглой связки матки, полное вылушивание кисты с капсулой из

окружающих тканей с частичной резекцией круглой связки матки, восстановление непрерывности круглой связки с последующей пластикой передней стенки пахового канала, ушивание подкожно-жировой клетчатки и кожи.

На наш взгляд, предпочтительно выполнение открытых вмешательств со следующей аргументацией:

1) положительный косметический эффект со стороны кожного разреза легко может быть достигнут путем смещения его проекции максимально близко к паховой складке и/или наложением внутрикожного шва;

2) время, требуемое на выполнение открытой операции, затрачивается значительно меньше, кроме того, имеется возможность контроля состояния апоневроза наружной косой мышцы живота (передней стенки пахового канала);

3) для восстановления передней стенки пахового канала, как правило, достаточно ушивания апоневроза и наружного пахового кольца наглухо, не используя полипропиленовый сетчатый эндопротез (у фертильных женщин использование сетчатого эндопротеза по понятным причинам позволяет профилактировать развитие грыжи при будущих беременностях);

4) при отработанной методике, аккуратном и бережном обращении с тканями, болевой синдром не выражен и легко купируется анальгетиками или НПВП, активизация (вертикализация, ходьба, питание) пациентки возможна в первые сутки послеоперационного периода, что сопоставимо с эффектами лапароскопического вмешательства;

5) при лапароскопическом вмешательстве технология операции предполагает разрушение задней стенки пахового канала, перитонеотомию, что сопряжено с выраженной травматизацией тканей, способствует спайкообразованию, а при слабости передней стенки пахового канала требует использования имплантации полипропиленового сетчатого эндопротеза;

6) открытое вмешательство может быть выполнено как под наркозом, так и без его использования, например, под спинномозговой, эпидуральной или местной анестезией.

Стоит отметить, что использование полипропиленового сетчатого эндопротеза оправдано у пациенток со слабостью соединительной ткани, например, при грыжевой болезни или в случаях сочетанной патологии при наличии ККН и паховой или бедренной грыжи с одноименной стороны.

Выводы. За последнее десятилетие информированность врачей в отношении ККН можно считать возросшей, но остающейся недостаточной [18-20]. При своевременной диагностике и правильно поставленном диагнозе отсутствует четкий трек, позволяющий быстро и качественно получить хирургическое лечение, поскольку в медицинском сообществе отсутствует консенсус о том, кто должен оперировать рассматриваемую патологию: хирурги или гинекологи. С одной стороны, заболевание формально отнесено к гинекологической патологии, однако, оперативная техника, по сути, требует герниологических навыков. С другой стороны, выполнение операции в условиях хирургического отделения, не имеющего в своем составе гинекологических коек, сопряжено с рисками при экспертизе качества оказания медицинской помощи, проведенной страховой компанией получить замечание (штраф, снятие) по причине непрофильности лечения. Кроме того, выписывая пациентку на амбулаторное лечение с диагнозом: Другие уточненные врожденные аномалии женских половых органов, продлевать лист нетрудоспособности и проводить амбулаторное долечивание должен будет гинеколог.

Таким образом, ККН должна быть признана междисциплинарной проблемой, со множеством нерешенных аспектов, требующих включения в дискуссию хирургов, гинекологов, онкологов, организаторов здравоохранения, а также представителей медицинских страховых компаний.

Литература.

1. Беженарь В. Ф., Круглов С. Ю., Граматикова А. Г. и др. Киста канала Нука как «маска» эндометриоза // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. – 2022. – №181(3). – С. 62-68. DOI: 10.24884/0042-4625-2022-181-3-62-68.
2. Мяконький Р. В., Иванченко А.Ю., Каплунов К.О. Киста канала Нука: тактика лечения и объем вмешательства // Медицинский вестник Юга России. – 2019. – Т.10. – №3. – С 62.
3. Мяконький Р. В., Иванченко С. В. Киста канала Нука – «terra incognita» в общей хирургии // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2019. – № 2. – С. 30-33.
4. Мяконький Р. В., Каплунов К. О. Случай кисты канала Нука // Волгоградский науч.-мед. журн. –2017. – № 3. – С. 51-55.
5. Мяконький Р. В., Каплунов К. О., Дворянинов М.В. Киста канала Нука в повседневной хирургической практике // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2020. – № 2. – С. 14-18.
6. Сонова М.М., Колыгин А.В., Фельдшеров М.В. и др. Киста канала Нука, или когда грыжа не грыжа. Проблемы репродукции. – 2024. – №30(3) – С. 111-114.
7. Хирургические болезни / М.И. Кузин, О.С. Шкроб, М.А Чистова и др.: Под ред. М.И. Кузина. – М.: Медицина, 1986. С. 341.
8. Bagley, J. E., & Davis, M. B. (2014). Cyst of Canal of Nuck. Journal of Diagnostic Medical Sonography, 31(2), 111–114. doi:10.1177/8756479314557277.
9. Caviezel, A., Montet, X., Schwartz, J., Egger, J.-F., & Iselin, C. E. (2009). Female Hydrocele: The Cyst of Nuck. Urologia Internationalis, 82(2), 242–245. doi:10.1159/000200808.
10. Holley, A. (2018). Pathologies of the canal of Nuck. Sonography, 5(1), 29–35. doi:10.1002/sono.12137
11. Kim KS, Choi JH, Kim HM, Kim KP, Kwon YJ, Hwang JH, Lee SY. Hydrocele of the Canal of Nuck in a Female Adult. Arch Plast Surg. 2016 Sep;43(5):476-8. doi: 10.5999/aps.2016.43.5.476.
12. Nasser, H., King, M., Rosenberg, H. K., Rosen, A., Wilck, E., & Simpson, W. L. (2018). Anatomy and pathology of the canal of Nuck.

Clinical Imaging, 51, 83–92.
doi:10.1016/j.clinimag.2018.003.

13. Okoshi K, Mizumoto M, Kinoshita K. Endometriosis-associated hydrocele of the canal of Nuck with immunohistochemical confirmation: a case report. *J Med Case Rep.* 2017 Dec 21;11(1):354. doi: 10.1186/s13256-017-1522-x. PMID: 29262869; PMCID: PMC5738847.

14. Ozel A, Kirdar O, Halefoglu AM, Erturk SM, Karpaz Z, Lo Russo G, Maldur V, Cantisani V. Cysts of the canal of Nuck: ultrasound and magnetic resonance imaging findings. *J Ultrasound.* 2009 Sep;12(3):125-7. doi: 10.1016/j.jus.2009.05.002. Epub 2009 Jun 21. PMID: 23397010; PMCID: PMC3567455.

15. Pandey A, Jain S, Verma A, Jain M, Srivastava A, Shukla RC. Hydrocele of the canal of Nuck - Rare differential for vulval swelling. *Indian J Radiol Imaging.* 2014 Apr;24(2):175-7. doi: 10.4103/0971-3026.134408. PMID: 25024529; PMCID: PMC4094972.

16. Patil SN, Bielałowicz K. Female hydrocele of canal of nuck. *J Ark Med Soc.* 2010 Aug;107(2):38-9. PMID: 20806583.

17. Patnam V, Narayanan R, Kudva A. A cautionary approach to adult female groin swelling: hydrocoele of the canal of Nuck with a review of the literature. *BMJ Case Rep.* 2016 Mar 17; 2016:bcr2015212547. doi: 10.1136/bcr-2015-212547. PMID: 26989112; PMCID: PMC4800195.

18. Prodromidou A, Paspala A, Schizas D, Spartalis E, Nastos C, Machairas N. Cyst of the Canal of Nuck in adult females: A case report and systematic review. *Biomed Rep.* 2020 Jun;12(6):333-338. doi: 10.3892/br.2020.1295. Epub 2020 Mar 27. PMID: 32346477; PMCID: PMC7184959.

19. Ryan JD, Joyce MR, Pierce C, Brannigan A, O'Connell PR. Haematoma in a hydrocele of the canal of Nuck mimicking a Richter's hernia. *Hernia.* 2009 Dec;13(6):643-5. doi: 10.1007/s10029-009-0493-2. PMID: 19301083.

20. Zawaideh, J. P., Trambaiolo Antonelli, C., Massarotti, C., Remorgida, V., & Derchi, L. E. (2018). Cyst of Nuck: A Disregarded Pathology. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 25(3), 376–377. doi:10.1016/j.jmig.2017.08.003.