

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ СПИГЕЛИЕВОЙ ЛИНИИ

*Кафедра военно-полевой хирургии военно-медицинский факультет  
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,  
УЗ «4 городская клиническая больница»<sup>2</sup>*

---

Грыжи спигелиевой (полулунной) линии живота – это выхождение предбрюшинного жира, брюшины или внутренних органов через патологическое пространство овальной или щелевидной формы по линии, проходящей от пупка в направлении передней верхней ости подвздошной кости (реже выше или ниже этой линии) рядом с наружным краем влагалища прямой мышцы. В этом месте анастомозирующие ветви *a. thoracica interna* и *a. epigastrica inferior* по полулунной линии проходят в щели апоневроза поперечной мышцы. Грыжи спигелиевой линии впервые описаны Klinkosch в 1764 году. Они относятся к редким видам грыж и составляют около 0,12% от всех грыж передней брюшной стенки.

Выделяют три вида грыж спигелиевой линии: подкожные, интерстициальные (грыжевой мешок находится между апоневрозом и внутренней кривой мышцей) и предбрюшинные [1]. Чаще эти грыжи появляются в возрасте от 40 до 70 лет и связаны с ослаблением мышц передней брюшной стенки и повышением внутрибрюшного давления [1, 2, 3]. Грыжи склонны к ущемлению из-за узких и жестких грыжевых ворот. Диагностические трудности представляют грыжи подапоневротические, предбрюшинные и грыжи небольших размеров у пациентов с избыточным весом.

**Цель исследования.** Установить особенности клинических проявлений, определить тактику диагностики и лечения грыж спигелиевой линии.

**Материалы и методы.** Исследованы 12 пациентов, оперированных по поводу грыж спигелиевой линии с января 2011 года по март 2015 года в городского центра герниологии и бариатрической хирургии на базе хирургического отделения 4 городской клинической больницы г. Минска.

**Результаты и обсуждение.** Все пациенты обратились по поводу локальных болей медиальнее передней верхней ости подвздошной кости справа или слева, усиливающихся при физической нагрузке. Некоторые из них отмечали при этом появление небольшого опухолевидного выпячивания, которое они сами выявляли. В анамнезе у троих были эпизоды ущемления (нестерпимые боли, появление небольшого напряженного выпячивания и исчезновение жалоб в покое). Возраст пациентов был от 42 до 86 лет ( $65,5 \pm 12,6$ ). Женщин было 8 (67%), мужчин – 4 (33%). Время с момента появления жалоб до обращения в центр составило от 6 месяцев до 7 лет. При осмотре дефект в апоневрозе и наличие выпячивания определялись четко только у 6 пациентов (50%). У остальных при напряжении мышц передней брюшной стенки усиливалась локальная болезненность при пальпации и нечетко пальпировалось небольшое опухолевидное образование. Учитывая длительность жалоб, ранее выполненные исследования в амбулаторных условиях (УЗИ брюшной полости, колоноскопия, ФГДС и др), которые не определили патологию, предполагаемый диагноз был – грыжа

спигелиевой линии. Все пациенты оперированы. Наркоз эндотрахеальный. Разрез выполнялся над грыжевым выпячиванием. Шести пациентам, у которых были сомнения в диагнозе, операция начиналась с диагностической лапароскопии. При повышении внутрибрюшного давления в 5 случаях небольшой дефект в брюшине заполнялся газом и четко визуализировался со стороны брюшной полости, а также был доступен пальпации. В одном случае, над местом предполагаемой грыжи отмечалось над брюшной избыточное скопление жировой ткани, что при рассечении тканей оказалось грыжей, представленной предбрюшинной липомой с признаками хронического воспаления. Все грыжи были интерстициальные (располагались под апоневрозом), имели узкие грыжевые ворота. Максимальный размер грыжевого мешка составлял около 7 см в диаметре. Дефекты в поперечной фасции, мышцах и апоневроз наружной косой мышцы ушивались собственными тканями послойно. Рецидивов в отдаленном периоде выявлено не было.

Таким образом, при наличии жалоб на болезненные ощущения в областях возможной локализации спигелиевых грыж при обследовании пациента необходимо помнить об этой редкой патологии и в трудных диагностических случаях использовать дополнительные методы исследования (УЗИ передней брюшной стенки, компьютерная томография, диагностическая лапароскопия).