

И. А. ПЕТУХОВ, Э. Я. ЗЕЛЬДИН, Н. П. ЯНКОВСКИЙ, Н. П. СОЛОНОВИЧ

ГРЫЖИ СПИГЕЛИЕВОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА

Кафедра госпитальной хирургии (заведующий — профессор И. А. Петухов) Витебского медицинского института и 1-е хирургическое отделение Витебской областной клинической больницы (главный врач П. В. Ляровский)

Реферат. Авторы наблюдали 10 больных с грыжей спигелиевой линии живота. Описывают клинические симптомы грыжи, обращается особое внимание на необходимость тщательного пальпаторного исследования живота в зоне спигелиевой линии при изменении положения тела и при напряжении мышц живота. Выявление при этом выпячивания или даже болезненной точки может свидетельствовать о наличии грыжи спигелиевой линии. Для оперативного лечения авторы рекомендуют косой разрез, пластику дефекта в виде дубликатуры.

Библиогр.: 8 назв.

Ключевые слова: грыжи спигелиевой линии живота, диагностика, лечение.

Грыжи спигелиевой линии — сравнительно редкая локализация грыж передней брюшной стенки. Среди наружных грыж живота грыжи спигелиевой линии составляют 0,06 % (И. А. Петухов, 1959; Т. Юсупов, 1965; А. И. Шустеров с соавт., 1976; А. Л. Стуккей с соавт., 1973 и др.). По данным С. Николова с соавт. (1977), в литературе до 1977 года описано около 200 подобных наблюдений.

Спигелиева линия образуется поперечной мышцей живота. Поперечная мышца начинается сверху от внутренней поверхности шести нижних реберных хрящей; в средней части — от глубокой пластинки поясничной фасции; внизу — от внутренней губы гребешка подвздошной кости и от наружной половины паховой связки. Мышечные волокна ее направляются поперечно к средней линии и переходят в широкое сухожильное растяжение — апоневроз. Место перехода мышечной части в апоневроз имеет вид полулунной линии, выпуклостью обращенной кнаружи. Границей между мышеч-

ной и сухожильной частью в нижнем отделе служит линия (lin. semilunaris spigellii), начинающаяся снизу от точки, отстоящей на 2 см кнаружи от лонного бугорка, и направляющаяся кверху к точке, находящейся на 5 см кнутри от передней верхней ости по линии, которая соединяет переднюю верхнюю ость с пупком. Вверху, приблизительно на уровне X ребра, граница между мышечной и сухожильной частью постепенно поворачивает вперед, к средней линии живота, и подходит под прямую мышцу живота. Еще дальше кверху эта граница соответствует середине расстояния между мечевидным отростком грудины и хрящевым краем ребер.

Трудности дифференциальной диагностики, недостаточная осведомленность врачей побуждают нас поделиться своими наблюдениями.

Материал и методы

За 1968—1982 гг. в клинику поступило и оперировано по поводу наружных грыж живота различных локализаций 1672 больных, из них грыжа спигелиевой линии диагностирована у 10 (0,59 %). По возрасту из 10 больных с грыжей спигелиевой линии живота 4 были в возрасте до 20 лет, 5 — от 30 до 49 лет и 1 — 57 лет. Мужчин было 6, женщин — 4. Девять больных госпитализированы в плановом порядке, одна по поводу ущемленной грыжи. У всех наблюдавшихся нами больных имели место первичные (истинные по Т. Юсупову) грыжи спигелиевой линии. У семи больных грыжа локализовалась слева, у трех — справа. Давность заболевания: от 10 месяцев до 4 лет. Больные жаловались на ноющие периодические боли, усиливающиеся после физических нагруз-

зок в нижнем отделе живота справа или слева, в зависимости от локализации грыжи. У девяти больных при обращении в поликлинику диагноз не был установлен сразу: они обследовались и лечились у терапевтов, гинекологов, некоторые осматривались хирургами. Однако некоторые грыжи спигелиевой линии в дифференциальной диагностике длительное время не учитывались. Одна больная даже при наличии пальпируемого образования в проекции спигелиевой линии слева хирургом поликлиники была направлена на консультацию к гинекологу и онкологу. Все это подтверждает наше предположение о недостаточной осведомленности врачей об этом заболевании.

Приводим наблюдение.

Больная Р., 46 лет, поступила в клинику 22 ноября 1982 г. с жалобами на периодические боли в животе слева тянущего характера, выпячивание в левой боковой области живота. Больной себя считает около 10 месяцев. Лечилась у участкового терапевта по поводу предполагавшегося спастического колита. В 1979 г. была оперирована (венэктомия) по поводу варикозного расширения вен левой нижней конечности, направлена в клинику с диагнозом: грыжа живота. В начале ноября 1982 г. заметила небольшое выпячивание в левой половине живота. Осмотрена хирургом поликлиники. Была направлена на консультацию к гинекологу, затем к онкологу, которые гинекологические и онкологические заболевания исключили.

Объективно. Повышенного питания. Сердечно-сосудистая и дыхательная системы без патологических изменений. Живот мягкий. При пальпации боковой области живота слева на уровне пупочно-подвздошной линии в проекции спигелиевой линии определяется образование 3×2 см мягкоэластической консистенции, ограничено подвижное, не спаянное с кожей, умеренно болезненное. При напряжении мышц передней брюшной стенки и в положении стоя это образование несколько увеличивается в размерах, при этом усиливается пальпаторная болезненность. Анализы крови и мочи без изменений. Диагностирована грыжа спигелиевой линии живота слева. Произведена операция. Косым разрезом над грыжевым выпячиванием рассечены кожа, подкожная клетчатка, поверхностная фасция, апоневроз наружной косой мышцы. Обнаружено выпячивание предбрюшинной клетчатки через дефект в спигелиевой линии. Выделен грыжевой мешок. В стенке его проходит перфорирующий сосуд. Грыжевой мешок выделен, вскрыт, иссечен. Грыжевые ворота 2×3 см с плотными фиброзными краями. Края дефекта освежены, мышечно-сухожильная пластика (П-образные швы в виде дубликатуры). 3 декабря 1982 г., через 10 дней после поступления, больная выписана. Осмотрена через 6 месяцев. Жалоб не предъявляет, рецидива грыжи не отмечалось.

При тщательном исследовании у всех больных с грыжей спигелиевой линии живота определялось грыжевое выпячивание овальной формы размером от 2×1 до 8×5 см, расположенное чаще по линии, соединяющей пупок с передневерхней остью подвздошной кости (7 больных); у двух больных — выше пупка, ближе к левому подреберью, у одной — над лонем. При пальпации в зоне грыжевых ворот отмечалась локальная болезненность, значительно

усиливающаяся при напряжении мышц и в положении больного стоя. Внимательно собранная анамнез, детальное пальпаторное исследование, проведение дополнительных исследований позволили до операции диагностировать грыжу спигелиевой линии у девяти больных. У одной больной с ущемленной грыжей спигелиевой линии грыжевой мешок располагался низко справа над лонем, в связи с чем до операции диагностирована ущемленная паховая грыжа, но во время операции диагноз был уточнен.

Результаты и обсуждение

В этиологии грыж спигелиевой линии определенное значение придает анатомическим особенностям этого отдела передней стенки живота.

По мнению многих авторов, причиной образования грыж может быть наличие по спигелиевой линии отверстий, через которые проходят сосуды и нервы. Graivier et al. (1978) возникновения грыж спигелиевой линии у детей объясняют сегментарным строением внутренней косой и поперечной мышц живота. Грыжевой мешок пенетрирует собственные фасции между мышечными сегментами и грибовидно выпячивается под апоневрозом наружной косой мышцы живота.

Кроме того, важную роль в развитии грыж спигелиевой линии играют такие предрасполагающие факторы как хронические запоры, кашель, повторные беременности и тяжелые роды, ожирение, а также воспалительные процессы передней брюшной стенки, при которых может происходить расслабление брюшной стенки.

По данным ряда авторов, грыжи спигелиевой линии чаще встречаются у женщин и наиболее часто выявляются в возрасте 30—50 лет (М. Х. Сеифудинова, 1978). Среди наших больных преобладали мужчины.

Относительно небольших размеров грыжевое выпячивание в зоне спигелиевой линии, особенно при ожирении, недостаточное знакомство врачей с такой локализацией грыж затрудняет диагностику. Возникающие болевые симптомы могут стимулировать язвенную болезнь, хронический холецистит, хронический аппендицит, мочекаменную болезнь и др. По мнению Houligan (1976), редко удается диагностировать грыжу спигелиевой линии до операции.

Лечение грыж спигелиевой линии только оперативное. Мы применяли косой разрез над грыжевым выпячиванием параллельно направлению волокон наружной косой мышцы живота. Такой разрез обеспечивает большую сохранность двигательных нервов. После рассечения апоневроза наружной косой мышцы живота определяли грыжевой мешок. Грыжевые ворота имели округлую или овальную форму с плотными фиброзными краями размером от 1,5 до 8 см. У четырех больных в стенке грыжевого мешка были обнаружены перфорирующие ветви нижней надчревной артерии. После выделения грыжевого мешка у всех больных удалось произвести мышечно-сухожильную пластику в виде дубликатуры. Считаю целесообразным удвоение апоневроза наружной косой мышцы живота, как это рекомендуют А. И. Шустер с соавт. (1976).

Четверо больных осмотрены в сроки от 6 месяцев до 3 лет после операции. Жалоб не предъявляют, рецидива грыжи нет.

Таким образом, диагностика грыж спигелиевой линии затруднена, причем зачастую трудность обусловливается недостаточной осведом-

ленностью врачей об этом заболевании. Больные длительно и безрезультатно лечатся по поводу предполагающихся хронических заболеваний желудка, кишечника, печени, мочевыводящих путей, гениталий. Следует помнить, что при наличии у больных, особенно тучных, жалоб на неопределенные боли в животе, усиливающиеся при физической нагрузке, в дифференциальной диагностике следует учитывать возможность грыжи спигелиевой линии живота. Выявление выпячивания или даже локальной болезненной точки в проекции спигелиевой линии пальпаторно при изменении положения тела больного или при физической нагрузке является симптомом грыжи спигелиевой линии.

При осмотре больных, особенно тучных, предъявляющих жалобы на неопределенные боли в животе, усиливающиеся при физической нагрузке, следует помнить о возможности грыжи спигелиевой линии. В случае выявления выпячивания или даже болезненной точки в проекции линии Спигеля тщательно собранный анамнез, целенаправленное пальпаторное исследование живота при изменении положения тела больного и при напряжении мышц позволяют диагностировать грыжу спигелиевой линии.

ВЫВОДЫ

1. Грыжи спигелиевой линии живота, по нашим данным, встречаются в 0,59 % от всех наружных брюшных грыж.

2. При наличии у больных, особенно тучных, жалоб на периодические боли в животе, усиливающиеся при физической нагрузке, следует помнить о возможности грыжи спигелиевой линии.

3. Выявление выпячивания или даже болезненной точки в проекции всей спигелиевой линии, особенно в месте пересечения ее с пупочно-подвздошной линией при пальпации живота в положении больного лежа, стоя или при напряжении мышц живота, является довольно

убедительным симптомом грыжи спигелиевой линии.

ЛИТЕРАТУРА

- Николов С., Капитанова Е., Нов М. Грыжи спигелиевой линии.—Хирургия, 1977, № 8, с. 125.—Петухов И. А. Грыжи спигелиевой линии.—Здравоохранение Белоруссии, 1959, № 11, с. 60.—Сейфудин М. Х. О грыжах спигелиевой линии.—Здравоохранение Туркменистана, 1978, № 5, с. 46.—Стуккей А. Л., Лучко Г. Д., Тишковский В. И. Грыжи спигелиевой линии.—Вестн. хир., 1973, № 8, с. 10—13.—Шутов А. И., Дик А. Я., Коваленко И. Грыжи спигелиевой линии.—Сов. мед., № 12, с. 118—119.—Юсупов Т. Диагностика и оперативное лечение редких форм наружных грыж.—Ташкент, 1965, с. 14.—Graivier L., Bernstein D., Ruban Lateral ventral (spigelian) hernias in infants and children.—Surgery, 1978, 83, 3, 288.—Houligan T. A review of spigelian hernias.—Am. J. Surg., 1976, 131, 734—735.

Поступила 09/11

SPIGELIAN HERNIAS

I. A. Petukhov, E. Ya. Zeldin,
N. P. Yankovsky, N. P. Solonovich

The authors examined 10 patients with spigelian hernias. The article describes clinical symptoms of the hernias. Special attention should be paid to a thorough abdominal palpation in the zone of the spigelian line in alterations of body's position and in tension of abdominal muscles. Detection of a diverticulum or a pain spot in such cases can indicate the presence of a spigelian hernia. For the operative treatment the authors recommend an oblique incision and a duplicate plasty of the defect.