

Касчиева М.С.

студент

5 курс, институт мировой медицины, специалитет «Лечебное дело»

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Россия, г. Москва

Советова Ж.А.

студент

5 курс, институт мировой медицины, специалитет «Лечебное дело»

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Россия, г. Москва

Шавхатбекова Х.Ш.

студент

5 курс, институт мировой медицины, специалитет «Лечебное дело»

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Россия, г. Москва

Савченко Д.В.

студент

5 курс, институт мировой медицины, специалитет «Лечебное дело»

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Россия, г. Москва

СПИГЕЛИЕВАЯ ГРЫЖА

Аннотация: Спигелиевая грыжа - это редкое, аномальное выпячивание содержимого брюшной полости или брюшины через дефект (спигелиевую фасцию), состоящий из поперечной мышцы живота и апоневрозов внутренних косых мышц. Данная статья рассматривает диагностику и

оценку спигелиевой грыжи и подчеркивает роль межпрофессиональной команды в уходе за пациентами с этим заболеванием.

Ключевые слова: Спигелиевая грыжа, Спигелиевая фасция, грыжевой мешок, апоневроз, брюшная полость

Abstract: A spigelian hernia is a rare, abnormal protrusion of abdominal contents or peritoneum through a defect (spigelian fascia), which is comprised of the transversus abdominis and the internal oblique aponeuroses. This activity examines the diagnosis and evaluation of spigelian hernia and highlights the role of the interprofessional team in caring for patients with this condition.

Keywords: Spigelian hernia, Spigelian fascia, hernia sac, aponeurosis, abdominal cavity

Введение

Спигелиевая грыжа - это редкая вентральная грыжа, которая определяется как грыжа содержимого брюшной полости или брюшины через дефект, а именно Спигелиеву фасцию, состоящую из поперечной мышцы живота и апоневрозов внутренних косых мышц.[\[1\]](#).

Этиология

Спигелиевая грыжа обычно возникает в результате основной патологии, которая повышает внутрибрюшное давление, травмы брюшной стенки или дегенерации апоневротических слоев брюшной стенки, что происходит при старении или нарушении синтеза коллагена. В других случаях эта грыжа может быть идиопатической и ранее называлась "спонтанной боковой вентральной грыжей" [\[1\]](#) [\[2\]](#) .

Эпидемиология

Спигелиевые грыжи чрезвычайно редки, их частота составляет от 0,12% до 2% всех грыж брюшной стенки.[\[1\]](#)[\[2\]](#) Заболеваемость наблюдается преимущественно у женщин и лиц старше 60 лет. Как и в случае с другими грыжами брюшной стенки, у пациентов с некоторыми сопутствующими заболеваниями, которые приводят к повышению внутрибрюшного давления

или ослаблению фасциальных слоев брюшной стенки, риск возникновения грыжи повышен. К таким заболеваниям относятся хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), которая приводит к хроническому кашлю, пациенты с циррозом печени, у которых развивается асцит, беременные женщины или пациенты с ожирением. Пациенты, страдающие коллагеновыми нарушениями, имеют повышенный риск развития грыжи, включая синдром Элерса-Данлоса или пожилых людей. [1] [2] [3] Эти грыжи редко встречаются у детей, а в случаях когда они описаны могут быть связаны с другими аномалиями, такими как неопущение яичек.

Патофизиология

Хотя точная патофизиология до конца не определена, одна из широко распространенных теорий предполагает ослабление фасций передней брюшной стенки, в том числе спигелиевой фасции. Эти изменения в структуре или расположении брюшной стенки могут приводить к ее очаговым ослаблениям, которые предрасполагают пациентов к грыжеобразованию. [4] [5] Эта тема будет подробно рассмотрена ниже.

Спигелиевая фасция расположена латеральнее прямой мышцы живота вдоль *linea semilunaris*, или полулунной линии. Этот слой состоит из апоневрозов, расположенных между прямой мышцей живота медиально и полулунной линией латерально. В данном случае грыжа обычно располагается на уровне или ниже *linea arcuata*, или дугообразной линии. Дугообразная линия наиболее известна тем, что является местом перехода слоев передней и задней оболочек прямой мышцы. Эта линия определяет окончание заднего слоя оболочки прямой мышцы, содержащего апоневроз поперечной мышцы живота, так как прямая мышца ограничена сзади исключительно поперечной фасцией. Пересечение полулунной и дугообразной линий создает интересное физиологическое слабое место, поскольку задний слой оболочки прямой мышцы больше не существует, что предопределяет грыжеобразование латеральнее прямой мышцы. Кроме того, слабое место возникает из-за

ослабления апоневрозов поперечной мышцы живота и внутренней косой мышцы, поскольку они проходят латерально от места их слияния и образуют два отдельных слоя. Именно в месте разделения этих двух апоневрозов чаще всего возникает грыжа. Следует отметить, что из-за наличия вышележащего слоя апоневроза наружной косой мышцы в этом месте брюшной стенки повышается вероятность внутримышечного образования грыжи. Это определяется как межпариетальная грыжа. Это может привести к появлению скрытых грыж, которые часто трудно пальпировать и диагностировать. В таких случаях при подозрении на скрытую грыжу необходимо проведение визуализирующих исследований. [4] [5] [6]

Анамнез и физикальное обследование

Как правило, спигелиевые грыжи представляют собой локализованные, но бессимптомные выпячивания через брюшную стенку. Пациенты могут описывать болезненную или безболезненную "выпуклость" в брюшной стенке, особенно в положении стоя, которая может иметь острое или хроническое начало. В зависимости от содержимого грыжевого мешка, боль может сильно различаться по выраженности, характеру и локализации. Как правило, пациенты обращаются в неотложную помощь в связи с осложнениями, связанными с грыжей. При этом необходимо выяснить время появления симптомов и их развитие, особенно если врач опасается ущемления. В дополнительном анамнезе следует выяснить информацию, связанную с хроническим повышением давления в брюшной полости - хроническим кашлем при ХОБЛ, асцитом, ожирением или беременностью.

Как описано выше, грыжи могут располагаться глубоко в наружной косой мышце, что позволяет им не поддаваться клиническому обнаружению и пальпации. Чувствительность физикального обследования можно повысить, если обследовать пациента в положении стоя и с помощью маневров Вальсальвы. Однако не все пациенты со спигелиевой грыжей обнаруживают пальпируемое образование, несмотря на осмотр в нескольких положениях и

маневр Вальсальвы. Таким образом, врачи не могут правильно диагностировать до 50 % спигелиевых грыж только при физикальном осмотре, особенно у пациентов с ожирением.

Эти грыжи часто остаются недиагностированными до тех пор, пока они не становятся болезненными или пациенты не испытывают более зловещие симптомы, соответствующие ущемлению или кишечной непроходимости. Симптомы спигелиевой грыжи могут включать в себя локализованную боль в месте грыжи, как при пальпации, так и без нее. Из-за жестких границ, которыми окружена спигелиевая грыжа, частота ущемления значительно выше, чем при других грыжах брюшной стенки. Несколько исследований показали, что примерно 27% диагностированных спигелиевых грыж ущемляются.

Проявлением, требующим немедленного оперативного вмешательства, являются признаки и симптомы, соответствующие ущемлению или перитониту - в том числе неврвправимая грыжа с эритемой и гиперчувствительностью, непроизвольной охраной пациентом места грыжевого выпячивания, ригидностью или рикошетной гиперчувствительностью. Эти признаки в сочетании с клиническими подозрениями или объективными доказательствами синдрома системного воспалительного ответа также являются факторами, которые могут повлиять на срочность оперативного вмешательства.

Оценка

Пальпируемая выпуклость вдоль полулунной линии в области спигелиевой фасции облегчает диагностику. Однако если клинические подозрения остаются высокими, несмотря на данные анамнеза и клинического осмотра, необходимо провести инструментальное обследование. Доказано, что УЗИ является значимым методом визуализации первой линии. [6] [7] [8] Это исследование обычно проводится по полулунной линии, при этом пациент должен стоять, чтобы вызвать повышение внутрибрюшного давления. Маневр

Вальсальвы также может быть использован для помощи в диагностике. Если подозрение остается высоким, несмотря на ультразвуковое исследование, может быть использована компьютерная томография (КТ). КТ - наиболее надежное визуализационное исследование для диагностики спигелиевой грыжи. [7] КТ следует проводить с пероральным контрастированием, поскольку это позволяет связать кишечника с грыжей.

Лечение

В отличие от других вентральных грыж, спигелиевые грыжи не поддаются консервативному лечению, включая выжидательную позицию. Из-за высокой частоты ущемления рекомендуется оперативное устранение, которое стало основным методом лечения. Существует несколько вариантов хирургического лечения спигелиевых грыж. Устранение спигелиевых грыж может быть выполнено открытым, лапароскопическим или даже роботизированным способом [1] [2].

Традиционная открытая хирургическая техника хорошо описана и может быть выполнена с пластикой местными тканями или с использованием сеточного имплантата. Эта процедура обычно выполняется через поперечный или левый парамедианный разрез. Классически разрез Гридирона или Мак Бурнея выполняется под прямым углом к линии, соединяющей переднюю верхнюю подвздошную ость и пупок, с центром в точке Мак Бурнея. По мере продвижения разреза в заднем направлении определяется и выделяется грыжевой мешок. В зависимости от содержимого мешка и наличия или отсутствия ущемления кишечника, грыжа может быть легко уменьшена с помощью грыжесечения или может потребовать иссечение грыжевого мешка или резекции кишечника. Некоторые хирурги предпочитают накладывать нерассасывающиеся швы при закрытии фасциального дефекта, другие выбирают синтетическую или биологическую сетку [4] [5].

Лапароскопическое хирургическое лечение превосходит открытые методы по уровню заболеваемости и продолжительности пребывания в стационаре.[\[9\]](#) Для устранения спигелиевых грыж используется несколько методов лапароскопии, включая внутрибрюшинный и внебрюшинный. Внутрибрюшинное наложение сетки (IPOM) выполняется с уменьшением содержимого грыжи, лизисом спаек, если необходимо, и установкой синтетической сетки с окружным краем в 5 см от краев дефекта. Трансабдоминальный преперитонеальный подход - еще одна лапароскопическая техника, которая требует рассечения брюшины для создания перитонеальных лоскутов, в которые будет помещена сетка. Этот метод схож с методом IPOM, однако сетка располагается перед брюшиной по сравнению с задней частью при подходе IPOM. Последним лапароскопическим подходом является тотальное экстраперитонеальное восстановление (TEP). Этот метод уникален тем, что целостность брюшины не нарушается. Надувается баллон, позволяющий отсепарировать брюшину, определить грыжевой мешок и вправить его. Как и в предыдущих методиках, для установки сетки традиционно используется 5-сантиметровое перекрытие.

Недавно были описаны роботизированные методики, которые выполняются аналогично лапароскопическому подходу IPOM.[\[10\]](#) Исследования эффективности и безопасности роботизированных и лапароскопических операций пока не проводились.

Если существует опасение внутрибрюшной инфекции и/или ущемления содержимого грыжи, что зачастую требует сопутствующей резекции кишечника, синтетическая сетка не должна использоваться. Не существует доказательного консенсуса по поводу вправления спигелиевой грыжи при наличии контаминации. Тем не менее, лапароскопический шовный метод, метод с использованием биологической сетки, синтетическая сетка, помещенная в предбрюшинное пространство, или поэтапный метод с использованием сетки - все эти варианты остаются актуальными.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз при спигелиевой грыже относительно узкий, но включает в себя другие патологические состояния. К другим патологиям, которые необходимо учитывать, относятся гематома оболочки прямой кишки, инцизионная грыжа, вентральная грыжа, злокачественная опухоль мягких тканей или брюшной стенки, абсцесс или лимфаденопатия.

Прогноз

Как правило, пациенты с неосложненными спигелиевыми грыжами имеют отличный прогноз и после хирургического вмешательства. При наличии признаков ишемии кишечника или синдрома системного воспалительного ответа, вторичного по отношению к ущемлению грыжи, заболеваемость и смертность возрастают [\[2\]](#) [\[4\]](#).

Осложнения:

Дооперационно:

- Ущемление
- Странгуляция
- Непроходимость кишечника

После операции:

- Инфицирование сетки
- Травма кишечника или брюшной полости
- Серома
- Гематома
- Инфекция в месте операции
- Рецидив грыжи

Другие вопросы

При спигелиевых грыжах высок риск ущемления. Поэтому хирургическое лечение является основным методом лечения для всех

пациентов. Профилактика этого типа грыж требует коррекции основной патологии, которая может предрасполагать пациентов к повышению внутрибрюшного давления. Кроме того, адекватное питание и физические нагрузки у пациентов старше 50 лет являются жизненно важными для поддержания здоровья брюшной стенки.

Улучшение результатов работы медицинского персонала

В недавнем исследовании примерно 27% пациентов потребовалось экстренное хирургическое вмешательство по поводу спигелиевой грыжи, вызванной странгуляцией [4]. Бдительность в отношении этих редких грыж требует межпрофессиональной командной работы и общения, чтобы предотвратить пропуск диагноза или дальнейшее ухудшение состояния пациента, если его не лечить. Как было сказано выше, эти грыжи могут быть скрытыми и не иметь симптомов; однако они могут быть и очевидными. Наряду с таким спектром и развитием заболевания, с этими грыжами могут сталкиваться врачи первичного звена, врачи скорой помощи, рентгенологи и хирурги. При подозрении на этот тип грыжи врачу рекомендуется провести УЗИ или КТ. При отсутствии признаков ущемления эти пациенты должны быть осмотрены хирургом для планового хирургического лечения, чтобы снизить риск ущемления. Совместные усилия врачей первичного звена, рентгенологов, врачей скорой помощи и хирургов могут в конечном итоге снизить риск ущемления и дальнейшей заболеваемости. Опытные врачи будут использовать историю болезни, физикальное обследование и рентгенографические исследования, как описано выше, чтобы установить диагноз и улучшить уход за пациентом. [2] [Уровень V]

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ:

1. Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Spigelian hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. *Am Surg.* 2006 Jan;72(1):42-8. [[PubMed](#)]
2. Larson DW, Farley DR. Spigelian hernias: repair and outcome for 81 patients. *World J Surg.* 2002 Oct;26(10):1277-81. [[PubMed](#)]
3. Ussia A, Imperato F, Schindler L, Wattiez A, Koninckx PR. Spigelian hernia in gynaecology. *Gynecol Surg.* 2017;14(1):8. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
4. Polistina FA, Garbo G, Trevisan P, Frego M. Twelve years of experience treating Spigelian hernia. *Surgery.* 2015 Mar;157(3):547-50. [[PubMed](#)]
5. Webber V, Low C, Skipworth RJE, Kumar S, de Beaux AC, Tulloh B. Contemporary thoughts on the management of Spigelian hernia. *Hernia.* 2017 Jun;21(3):355-361. [[PubMed](#)]
6. Spangen L. Spigelian hernia. *World J Surg.* 1989 Sep-Oct;13(5):573-80. [[PubMed](#)]
7. Campos SM, Walden T. Images in clinical medicine. Spigelian hernia. *N Engl J Med.* 1997 Apr 17;336(16):1149. [[PubMed](#)]
8. Smereczyński A, Kołaczyk K, Lubiński J, Bojko S, Gałdyńska M, Bernatowicz E. Sonographic imaging of Spigelian hernias. *J Ultrason.* 2012 Sep;12(50):269-75. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
9. Moreno-Egea A, Carrasco L, Girela E, Martín JG, Aguayo JL, Canteras M. Open vs laparoscopic repair of spigelian hernia: a prospective randomized trial. *Arch Surg.* 2002 Nov;137(11):1266-8. [[PubMed](#)]
10. Jamshidian M, Stanek S, Sferra J, Jamil T. Robotic repair of symptomatic Spigelian hernias: a series of three cases and surgical technique review. *J Robot Surg.* 2018 Sep;12(3):557-560. [[PubMed](#)]