

фордський довідник «Антимікробна терапія», щорічний). Полірезистентні штами були чутливими до карбапенемів (меропенем, доріпенем), антисинегійних пеніцилінів (піперациліну тазобактам, коломіцин), фосфоміцину, аміноглікозидів (тобраміцин), лінкозамідів (лінезолід).

ПДСУМОК

Протягом останнього десятиліття простежується чітка тенденція щодо зміни кількісного і якісного складу мікрофлори у хворих з вну-

трішньочеревною інфекцією. Найбільш помітним стало істотне збільшення кількості полірезистентних штамів *Klebsiella* spp., оксацилінстійких штамів *Staphylococcus* spp., а також полірезистентних штамів *Enterobacter* spp., *Acinetobacter* spp., *Proteus* spp. Їх наявність у джерелі інфекції диктує необхідність своєчасної ідентифікації та спрямованої терапії за принципом деескалаційної. Вибір антибіотиків повинен базуватись на даних антибіотикограми.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Страчунский Л.С. Практическое руководство по антимикробной химиотерапии: (руководство для врачей, второе издание) / Л.С. Страчунский, Ю.Б. Белоусов, С.Н. Козлов // режим доступа: www.antibiotic.ru

2. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the surgical infection society and the infectious diseases

society of america / J.S. Solomkin, J.E. Mazuski, J.S. Bradley [et al.] // Clin. Infect. Dis. – 2010. – Vol. 50. – P. 133-164.

3. Treatment modalities and antimicrobial stewardship initiatives in the management of intra-abdominal infections / Ch. Hoffmann, M. Zak, L. Avery [et al.] // Antibiotics. – 2016. – Vol. 5. – P. 11.



УДК 616.746-001.7:617.555-007.43-007.2

**В.І. Десятерик,
В.В. Шаповалюк,
М.С. Крикун,
С.С. Бондарчук**

КОРЕКЦІЯ ДІАСТАЗУ ПРЯМИХ М'ЯЗІВ ЖИВОТА В ПОЄДНАННІ З ПУПКОВОЮ ГРИЖЕЮ ТА ДЕФОРМАЦІЄЮ ПАРАУМБІЛІКАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра хірургії, травматології та ортопедії ФПО
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of Surgery, Traumatology and Orthopedics of FPE
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Діастаз прямих м'язів живота (ДПМЖ) характеризується потоншенням та розширенням білої лінії в поєднанні зі слабкістю м'язів черевної стінки. Це призводить до того, що серединна лінія «випинається» при збільшенні внутрішньочеревного тиску (G.M. Beer et al., 2009; M. Nahabedian, D.C. Brooks, 2018).

Функція білої лінії полягає в підтримці м'язів живота на деякій відстані один від одного. У випадку довготривалого збільшення внутрішньочеревного тиску біла лінія розширюється.

Білу лінію можна вважати «нормальною» до ширини 15 мм на місці прикріплення до мечоподібного відростка, до 22 мм у контрольній точці на 3 см вище пупка та до 16 мм у контрольній точці на 2 см нижче пупка у жінок, які не народжували (G.M. Beer et al., 2009). Функціональна неповноцінність, пов'язана з випинанням серединної лінії черевної стінки, є поширеною скаргою в жінок після пологів. Значна втрата ваги та / або вроджена диспропорція відношення колагену III / I також можуть призводити до

ДПМЖ (P. Emanuelsson et al., 2016). ДПМЖ діагностується клінічно та за допомогою УЗД (M. Nahabedian, D.C. Brooks, 2018). ДПМЖ часто супроводжується умбілікальною грижею, деформацією передньої черевної стінки (розтягнення шкіри, надлишок жирової тканини, стрії тощо).

Мета роботи – дослідити та оцінити різні методики усунення діастазу, мінімізувати ускладнення з боку пупка при комбінації ДПМЖ, умбілікальної грижі та деформації параумбілікальної ділянки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Ця робота була проведена в хірургічному відділенні клінічної лікарні № 8, яка є клінічною базою кафедри хірургії, травматології та ортопедії ФПО ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”. Відповідно до поставлених задач, пацієнти були розподілені на 2 групи.

Першу групу дослідження склали 25 хворих з надлишком, розтягненням та птозом шкіри і підшкірної клітковини супра- та інфраумбілікальної ділянок, відсутності ДПМЖ та грижі. Середній вік становив 33 роки. Всі 25 пацієнтів були жінками. Була проведена класична повноцінна абдомінопластика з переміщенням пупка. Для корекції пупкової грижі було проведено часткове висічення ніжки пупка, що призводило до порушення кровопостачання різного ступеня в 73% випадків.

Другу групу, яка й була предметом нашого дослідження, склали пацієнти, в яких були виявлені ДПМЖ, пупкова грижа та надлишок і деформація шкіри параумбілікальної ділянки. Групу склав 21 пацієнт. Середній вік становив 34 роки. Всі – 21 пацієнт були жінками. Анамнестично в 9 (42,8%) пацієнток були пологи двійнею.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Перед операцією, разом з ДПМЖ, клінічно була виявлена умбілікальна грижа в 34,7% /n=8/ випадків, та ще в 43,5% /n=10/ остання була виявлена під час операції (розмір воріт був мен-

ше 0,5 см), тобто була інтраопераційною значною. У всіх пацієнток групи, що досліджується, була застосована методика операції з відсіченням пупка від фасціально-м'язового шару разом зі шкірно-підшкірним клаптем.

Для корекції пупкової грижі в пацієнток першої групи було проведено часткове висічення ніжки пупка, що призводило до порушення кровопостачання різного ступеня в 73% випадків.

У цьому випадку при мобілізації м'яких тканин від м'язового шару пупок відсікався від ніжки та підіймався разом зі шкірно-підшкірним шаром. Після мобілізації виконували герніопластику пупкової грижі місцевими тканинами. Проводили зашивання діастазу 2-х рядним обвивним швом від мечоподібного відростка до лобкової дуги. З метою корекції надлишку супраумбілікальної шкіри ми фіксували пупок до фасції по середній лінії, але не до його початкового розташування (нормальне анатомічне положення пупка на передній черевній стінці знаходиться на 5-7 см вище бікостальної лінії), а на 1-1,5 см нижче. Іншими методами деформацію параумбілікальної ділянки складно корегувати. Всі методики, які пропонують циркулярний розріз навколо пупка, по-перше, критично порушують його кровопостачання, а по-друге – ведуть до гофрування шкіри навколо пупка, яке не приносить бажаного естетичного результату.

ПІДСУМОК

Переміщення пупка на 1-1,5 см нижче його місцезнаходження під час корекції пупкової грижі та деформації шкіри супраумбілікальної ділянки не впливає на естетичне сприйняття розташування пупка на передній черевній стінці (ні одна пацієнтка не скаржилася на естетичну диспропорцію) та дозволяє розправити складку супраумбілікальної шкіри, що поліпшує естетичний результат.

