

Наукове періодичне видання

# МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

Науковий журнал

# 21 (21) 2020

Львів  
2020

Наукове періодичне видання  
**Медичний форум**

Науковий журнал

# 21 (21) 2020

Редактор, коректор – Римарчук Л.Г.  
Верстка-дизайн – Калабухова С.Ю.

*Відповідальність за підбір, точність наведених на сторінках журналу фактів, цитат, статистичних даних, дат, прізвищ, географічних назв та інших відомостей, а також за розголошення даних, які не підлягають відкритій публікації, несуть автори опублікованих матеріалів. Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій. Матеріали публікуються в авторській редакції. Передрукування матеріалів, опублікованих в журналі, дозволено тільки зі згоди автора та видавця. Будь-яке використання – з обов'язковим посиланням на журнал.*

**Свідоцтво про державну реєстрацію:** КВ № 20513-10313Р від 20 грудня 2013 р.  
**Засновник журналу:** «Львівська медична спільнота»

Видавець: «Львівська медична спільнота»  
79000, м. Львів, а/с 6153  
[www.medicinelviv.org.ua](http://www.medicinelviv.org.ua)  
E-mail: [journal@medicinelviv.org.ua](mailto:journal@medicinelviv.org.ua)  
Телефон: +38 099 415 06 39

© «Львівська медична спільнота», 2020  
© Автори наукових статей, 2020  
© Оформлення Яковенко С.А., 2020

## ЗМІСТ

---

<b>Бігуняк Т. В., Бігуняк К. О.</b> МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ: ПАТОГЕНЕЗ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ.....	5
<b>Глинкин В. В., Клёмин В. А.</b> РОЛЬ ПЕРИОДОНТА В ЦЕМЕНТОГЕНЕЗЕ КОРНЯ ЗУБА С ДЕСТРУКТИВНИМ АПИКАЛЬНИМ ПЕРИОДОНТИТОМ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ.....	8
<b>Глоба В. Ю., Легач Є. І., Глоба Д. В., Глоба Т. О., Свірено П. В.</b> ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ ІНФРАВЕЗІКАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ: ЯКІЙ ВІДДАТИ ПЕРЕВАГУ?.....	12
<b>Дзевульская И. В., Маликов А. В.</b> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	15
<b>Дробот В. Г., Цисар Ю. В.</b> РИЗИК РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ НА ФОНІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ.....	18
<b>Коноплицкий В. С., Пасічник О. В., Коробко Ю. Є.</b> МЕТОДИКА УШИВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РАН У ДІТЕЙ З РІЗНОЮ ТОВЩИНОЮ ПІДШКІРНО-ЖИРОВОЇ КЛІТКОВИНИ.....	22
<b>Королюк А. О., Цисар Ю. В.</b> СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ВАГІТНИХ.....	27
<b>Кцосва А. Є., Цисар Ю. В.</b> ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ МІАСТЕНІЇ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ: ОГЛЯД СУЧАСНИХ ДАНИХ ЛІТЕРАТУРИ.....	31
<b>Леонов А. В.</b> ХІРУРГІЯ ГЕНІТАЛЬНИХ ГРИЖ З НЕТРИМАННЯМ СЕЧІ У ПАЦІЄНТОК ГЕРАТРИЧНОГО ВІКУ.....	34
<b>Микитюк А. А., Приймак С. Г.</b> ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ВІДНОВЛЕННІ ФЕРТИЛЬНОСТІ ЖІНОК ПРИ ТРУБНІЙ БЕЗПІЛДНОСТІ.....	36
<b>Паньків М. В.</b> МІКРОСТРУКТУРНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПОНЕНТІВ МІЖХРЕБЦЕВОГО ДИСКУ ЩУРІВ ПРИ ВІДМІНІ ОПОЇДУ.....	38
<b>Пилип З. С., Цисар Ю. В.</b> БАКТЕРІАЛЬНИЙ ВАГІНОЗ ЯК ОДНА ІЗ НАЙПОШИРЕНІШИХ ІНФЕКЦІЙ НИЖНЬОГО ВІДДІЛУ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК.....	42
<b>Помпій О. О., Даниленко Л. П.</b> ДОСЛІДЖЕННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ ЕФЕКТУ ФЛУОРЕСЦЕНЦІЇ ФОТОКОМПОЗИЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ ТА ТВЕРДИХ ТКАНИН ПРИРОДНИХ ЗУБІВ.....	45
<b>Помпій О. О., Атоєва А. С., Помпій Е. С., Керімова Т. М.</b> РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЯКІСНИХ ПОКАЗНИКІВ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ МЕШКАНЦЯМ ЛУГАНСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	49
<b>Понепояк Д. Д., Цисар Ю. В.</b> РИЗИКИ ТА УСКЛАДНЕННЯ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ: ОГЛЯД СУЧАСНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ.....	56
<b>Попеску А. В., Цисар Ю. В.</b> ВПЛИВ ПАРТНЕРСЬКИХ ПОЛОГІВ НА ПЕРЕБІГ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.....	60

<b>Селихова Л. Г., Борzych О. А., Авраменко Я. Н., Лавренко А. В., Дегтярь Н. И.</b> ПОКАЗАТЕЛИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ-ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС В РЕЗУЛЬТАТЕ ЛЕЧЕНИЯ.....	<b>63</b>
<b>Сокирчук С. Є., Цисар Ю. В.</b> ВАГІНАЛЬНИЙ КАНДИДОЗ: ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЇ, ПАТОГЕНЕЗУ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ.....	<b>68</b>
<b>Сорокіна О. Г., Дорош Д. М., Векліч К. А., Сорокіна А. В.</b> КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДЕЯКИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	<b>71</b>
<b>Стовбан М. П.</b> ДООПРАЦЮВАННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ В ЧАСТИНІ РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ГОСПІТАЛЬНИМИ ОКРУГАМИ.....	<b>74</b>
<b>Тереховська А. М., Цисар Ю. В.</b> ПІСЛЯПОЛОГОВА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ЗАПОРУКА ВІДНОВЛЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК ПІСЛЯ ПОЛОГІВ.....	<b>81</b>
<b>Ткачук А. В., Цисар Ю. В.</b> АКТУАЛЬНІСТЬ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЗНЕБОЛЕННЯ ПОЛОГІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ.....	<b>84</b>
<b>Цисар Ю. В., Бабюк Т. І.</b> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПАТАЛОГІЧНИХ ЗМІН ТИРЕОЇДНОЇ ТА РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМ У МЕХАНІЗМІ РОЗВИТКУ ПУБЕРТАТНИХ МЕТРОРАГІЙ.....	<b>87</b>
<b>Цисар Ю. В., Маталега І. Р.</b> ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ В УМОВАХ КАРАНТИНУ.....	<b>90</b>

**Коноплицький В. С.,**  
доктор медичних наук, професор,  
професор кафедри дитячої хірургії  
Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова

**Пасічник О. В.,**  
аспірант кафедри дитячої хірургії  
Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова

**Коробко Ю. Є.,**  
аспірант кафедри дитячої хірургії  
Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова

## МЕТОДИКА УШИВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РАН У ДІТЕЙ З РІЗНОЮ ТОВЩИНОЮ ПІДШКІРНО-ЖИРОВОЇ КЛІТКОВИНИ

Стаття присвячена методиці яка дозволяє адекватно спів ставляти краї рани у дітей з різною товщиною підшкірно-жирової клітковини. До всіх швів, в не залежності від їх призначення, висуваються однакові вимоги: точна адаптація країв рани; ліквідація порожнин; мінімальна травматизація тканин; забезпечення гемостатичного ефекту; досягнення гарного косметичного результату; можливість повного видалення або біодеструкції шовного матеріалу; швидке накладання та видалення швів; потрапляння мінімальної кількості шовного матеріалу в порожнину рани [1, с. 12]. Але ідеального шву, який би відповідав одночасно всім цим вимогам не існує, так як деякі із них суперечать одна одній [4, с. 31]. Запропонована методика має багато переваг в порівнянні із відомими способами. Механічна підтримка країв післяопераційної рани шляхом накладання швів повинна відбуватись із урахуванням зон хірургічного пошкодження хірургічної рани, а саме не менше ніж на глибині зони опосередкованого пошкодження. Початок ушивання рани зі сторони з більшою товщиною підшкірно-жирової клітковини у напрямку зсередини назовні та зверху донизу із захватом власної фасції і проведенням лігатури суворо в зворотному напрямку без додаткового сепарування шкіри, дозволяє максимально адаптувати краї рани без їх надмірного натягу, а відповідно за відсутності вираженої ішемізації по всій глибині протилежних стінок.

**Ключові слова:** діти, післяопераційна рана, хірургічні шви.

Статья посвящена методике которая позволяет адекватно сопоставлять края раны у детей с разной толщиной подкожно-жировой клетчатки. Ко всем швам, в не зависимости от их назначения, выдвигаются одинаковые требования: точная адаптация краев раны; ликвидация полостей; минимальная травматизация тканей; обеспечение гемостатического эффекта; достижение хорошего косметического результата; возможность полного удаления или биодеструкции шовного материала; быстрое наложение и удаление швов; попадание минимального количества шовного материала в полость раны [1, с. 12]. Но идеального шва, который бы отвечал одновременно всем этим требованиям не существует, так как некоторые из них противоречат друг другу [4, с. 31]. Предложенная методика имеет много преимуществ по сравнению с известными способами. Механическая поддержка краев послеоперационной раны путем наложения швов должна происходить с учетом зон хирургического повреждения хирургической раны, а именно не менее чем на глубине зоны опосредованного повреждения. Начало ушивание раны с стороны с большей толщиной подкожно-жировой клетчатки в направлении изнутри наружу и сверху вниз с захватом собственной фасции и проведением лигатуры строго в обратном направлении без дополнительного сепарирования кожи, позволяет максимально адаптировать края раны без их чрезмерного натяжения, а соответственно при отсутствии выраженной ишемизации по всей глубине противоположных стен.

**Ключевые слова:** дети, послеоперационная рана, хирургические швы.

The article is devoted to a technique that allows to adequately compare the edges of the wound in children with different thickness of subcutaneous fat. All sutures, regardless of their purpose, have the same requirements: precise adaptation of the wound edges; elimination of cavities; minimal tissue trauma; providing hemostatic effect; achieving a good cosmetic result; the possibility of complete removal or biodegradation of suture material; fast imposing and removal of suture material; getting a minimal amount of suture material into the wound cavity [1, p. 12]. But there is no ideal surgical suture that would meet all these requirements at the same time [4, p. 31]. The proposed technique has many advantages over known methods. Mechanical support of the edges of the postoperative wound by suturing should take into account the areas of surgical damage to the surgical wound, namely, not less than the depth of the area of indirect damage. The beginning of suturing the wound from the thickness of subcutaneous fat in the direction from the inside out and from top to bottom with the capture of its own fascia and ligature strictly in the opposite direction without additional separation of the skin, allows you to adapt the wound edges without excessive tension, and in the absence of ischemia.

**Key words:** children, postoperative wound, surgical sutures.

**Вступ.** Необхідність ушивання післяопераційних ран є актуальною для представників різних напрямків хірургії. Адекватне закриття шкірних ран забезпечує перебіг післяопераційних ран без ускладнень, а шви на відкритих ділянках тіла покращують гарний косметичний результат. До всіх швів, в не залежності від їх призначення вису-

ваються однакові вимоги: прецизійність (точна адаптація країв рани); ліквідація порожнин та «кишень»; мінімальна травматизація тканин (виключення надмірного натягнення шкіри та гіпоксії тканин, не перешкоджаючи при цьому природному дренажу рани); забезпечення гемостатичного ефекту; досягнення гарного косметичного резуль-

тату; можливість повного видалення або біодеструкції шовного матеріалу; швидке накладання та видалення швів; потрапляння мінімальної кількості шовного матеріалу в порожнину рани [1, с. 12].

Але ідеального шву, який би відповідав одночасно всім цим вимогам не існує, так як деякі із них суперечать одна одній. Тому вибір певного шву повинен бути індивідуальним та залежати від конкретної ситуації [4, с. 31].

Питання методів та способів закриття хірургічних ран до сих пір залишається однією із актуальних проблем хірургії, особливо в процесі співставлення її розмірів та розмірів хірургічного об'єкту який був видалений. В зв'язку із фундаментальним вивченням ангіоархітекtonіки м'яких тканин запропонована велика кількість методів ушивання ран, однак проблема лишається далекою від свого остаточного вирішення [5, с. 37].

Запропоновані способи ушивання протилежних країв підшкірно-жирового шару післяопераційної рани шляхом накладання традиційних вузлових, «П»-подібних, «S»-подібних, «8»-подібних швів [2, с. 559].

Основними недоліками запропонованих методів є надмірна травматизація інфільтрованих, запалених та ригідних тканин при їх стягуванні і співставленні, погіршення крово/лімфо обігу, що не дозволяє виконати рівномірний захват підшкірно-жирової клітковини та повністю ліквідувати закриту порожнину та «кишені» в рані.

Виходячи із факту відсутності універсального методу закриття післяопераційної рани, велику незадовільність косметичними та прецизійними результатами стає очевидною актуальність даного дослідження.

**Мета роботи** – покращити результати лікування дітей з об'ємними новоутвореннями дерми та гіподерми при різній товщині підшкірно-жирової клітковини за рахунок розробки оптимальної тактики накладання швів на шкіру.

**Матеріали та методи.** В дослідженні проведено аналіз результатів закриття ран у 36 пацієнтів після видалення пухлин шкіри. Дослідження виконувалось серед хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініці дитячої хірургії

Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова на базі онкогематологічного відділення Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні в період з 2017 по 2020 рр. Із них хлопчики було 17 (47,22%), дівчат – 19 (52,78%). Середній вік пацієнтів складав  $8,6 \pm 1,2$  р. У всіх хворих після видалення пухлиноподібних утворень дерми та гіподерми закриття післяопераційної рани проводили згідно запропонованої методики. У всіх дітей за результатами гістологічних досліджень біоптатів виявлені доброякісні пухлини.

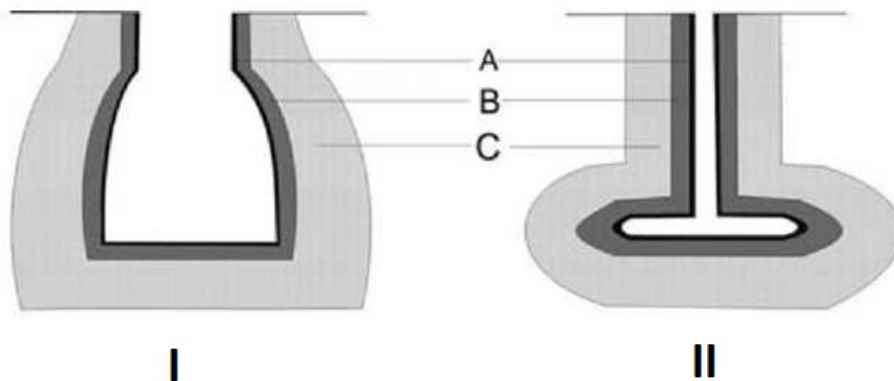
**Результати та обговорення.** При розробці методики ушивання післяопераційних ран у дітей нами враховувався той факт, що характерною особливістю будь-якого оперативного втручання є тривала травматизація тканин в процесі її проведення. Існують специфічні наслідки пошкодження кожного виду тканин у вигляді їх дисфункцій та системних порушень, що в післяопераційному періоді знижує їх функціональну здатність.

Крім того, при оцінці масштабу хірургічної агресії суттєве значення для майбутніх репаративних процесів має інший вид пошкодження, а саме неспецифічна місцева травматизація тканин внаслідок статичного тиску інструментарію та потужності хірургічного обладнання і фізичних зусиль хірургів, які спрямовані на локальне пошкодження тканин.

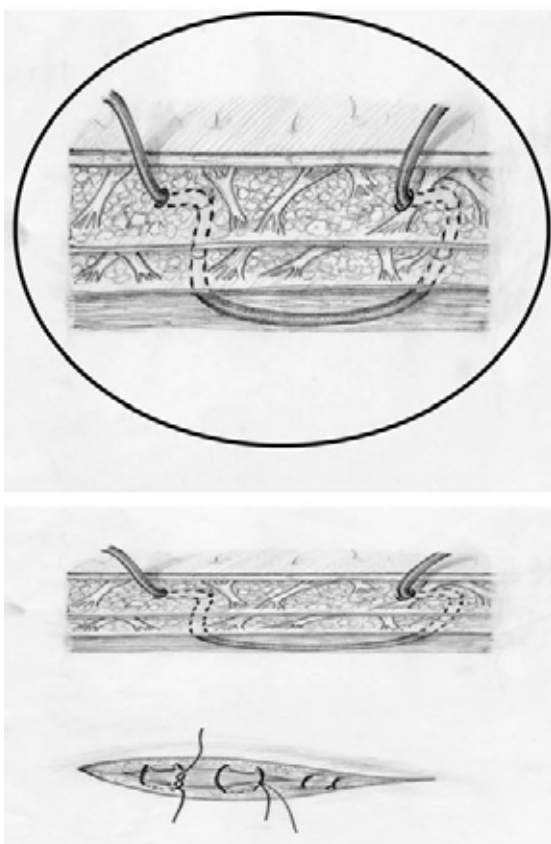
Подібна травматизація відбувається безперервно протягом всієї операції, після якої вся зона пошкоджень підлягає запально-регенераторним змінам, ступінь виразності яких, як місцевих, так і системних наслідків багато в чому визначені наперед неспецифічною хірургічною агресією.

За аналогією із іншими видами пошкоджень, згідно ступеню змін, М.И Прудков, (2007), розділив хірургічну рану на окремі зони (рис. 1) [3, с. 64].

Зона «А» представлена ділянкою руйнування тканин, в якій відсутні живі тканини, що позбути кровопостачання, розчавлені або розсічені інструментами (під дією фізичних факторів руйнування). В послідуєчому відбувається відторгнення некротичних тканин їх лізис та резорбція загинулих структур з послідуєчим заміщенням сполучнотканинними елементами. Загиблі ділянки тканин, можливі сторонні тіла в послідуєчому представ-



**Рис. 1. Схема зон хірургічного пошкодження операційної рани:**  
**I – вигляд до ушивання; II – вигляд після ушивання. А – зона некрозу;**  
**В – зона контактної пошкодження; С – зона опосередованого пошкодження**



**Рис. 2.** Схема накладання швів згідно запропонованого способу закриття післяопераційної рани (пояснення за текстом)

ляють благоприємне середовище для виникнення та розвитку ранової інфекції.

Зона «В» являє собою область виражених пошкоджень, які розвиваються внаслідок прямого контакту з хірургічними інструментами та впливом дії хірургів. Частина клітинних структур в зоні «В» отримує незворотні зміни, які в подальшому призводять до їх загибелі, в тому числі через порушення місцевого кровообігу або інфекційних ускладнень. Інша частина клітин залишається життєздатною, відновлюючись долає наслідки пошкодження із збереженням видоспецифічних характеристик.

Важливим є той факт, що загальна маса тканин, які потрапили до зон «А» та «В», а також ступінь їх пошкодження, багато в чому визначають особливості перебігу місцевого ранового процесу і можуть розцінюватись у вигляді певного прогностичного чинника загоєння рани.

Тканинні структури, які потрапили до зони «С», напряму не контактують з інструментами та руками хірурга. Їх пошкодження відбувається опосередковано, внаслідок тиску через тканини. Відповідно до такого механізму пошкодження, ступінь руйнації тканин в зоні «С» виявляється набагато меншою, однак може визначатись в досить широкому діапазоні. Тому важливим чинником для зменшення зони «С» є достатні лінійні параметри (довжина та ширина) операційної рани.

Отже, за умов існування відповідних зон пошкодження хірургічної рани основними умовами для адекватного накладання швів на шкіру (вузлових або безперервних) повинні бути: відсутність надмірного натягнення при співставленні країв рани по всій її глибині; задовільне кровопостачання всіх шарів рани; відсутність ознак місцевої інфекції та некрозу тканин.



**А**



**Б**

**Рис. 3.** Хвора П., 8 років, МКСХ № 10142. Діагноз: сіновіома в ділянці нижньої третини правого плеча. А-загальний вигляд рани через 1 добу після операції, Б-загальний вигляд післяопераційної рани на 10 добу після операції

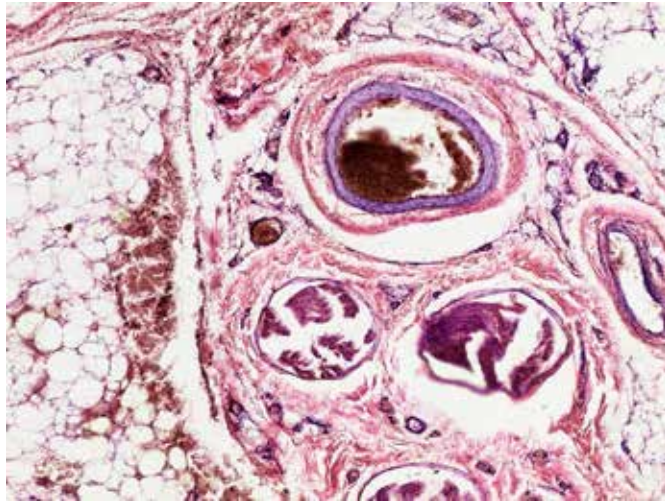
Важливість дотримання даних умов особливо важлива при наявності у пацієнта різних за товщиною протилежних шарів гіподерми.

Враховуючи зональність післяопераційної рани методологія запропонованого способу полягала в наступному. Після виконання основного етапу оперативного втручання та ретельного гемостазу, краї рани широко розводять за допомогою хірургічних гачків. Починаючи зі сторони післяопераційної рани із більшою товщиною підшкірно-жирового шару, накладають адаптуючий шов, починаючи вкол атравматичної голки з біодеградуючою ниткою зсередини назовні та зверху донизу, через підшкірно-жирову клітковину та поверхневу фасцію із захватом власної фасції протягом 2.0-2.5 см в глибині рани з виколом на цьому ж боці в зворотному порядку та подальшим проведенням лігатури зсередини назовні із захватом поверхневої фасції підшкірно-жирового шару протилежної стінки без сепарування шкіри. При затягуванні кінців лігатури I↔II частина нитки «А-В» притискає вглибину рани верхній край більш товстого жирового шару, а протилежна горизонтальна частина лігатури «С-Д» підіймає верхній край жирового шару таким чином одночасно спів ставляючи верхні краї підшкірно-жирового шару з обох сторін рани, за рахунок чого відбувається адаптація тканин з різною їх товщиною (рис. 2).

Всі вколи голки та проведення лігатур при ушиванні рани виконувались в обов'язково на рівні зони «С» та глибше

Дана методика захищена патентом України №121938 «Спосіб ушивання післяопераційних ран з різною товщиною підшкірно-жирової клітковини».

Клінічний приклад. Пацієнтка П., 8 р., МКСХ №10142, госпіталізована до онкогематологічного відділення з діагнозом: сінковіома в ділянці нижньої третини правого плеча. Після передопераційної підготовки дитині проведено оперативне втручання: видалення пухлиноподібного утворення правого плеча. Операційне поле оброблено розчином антисептика тричі. Розрізом довжиною до 8.0 см над пухлиноподібним утворенням розсічена шкіра, тупо гостро виділена та видалена пухлина. Гемостаз. Краї післяопераційної рани розведені за допомогою зубчастих хірургічних гачків. Починаючи з латерального боку післяопераційної рани, на якому товщина підшкірно-жирового шару була більшою, наклали три адаптуючих швів, починаючи формування кожного із них вколом атравматичної голки нитки «Вікріл 4/0» зсередини назовні та зверху донизу, через підшкірно-жирову клітковину та поверхневу фасцію із захватом власної фасції довжиною 2.0 см в глибині рани по її середній лінії з виколом на цьому ж боці в зворотному порядку та подальшим проведенням лігатури зсередини назовні із захватом поверхневої фасції підшкірно-жирового шару протилежної стінки без сепарування шкіри. Відстань між адаптуючими швами до



**Рис. 4. Хвора П., 8 років, МКСХ № 10142. Діагноз: сінковіома в ділянці нижньої третини правого плеча. Гістологічне заключення: сінковіома. Забарвлення гематоксилін та еозин. Збільшення × 200**

1.0 см. На шкіру накладено внутрішньо шкірний косметичний шов (рис. 3).

Післяопераційний період мав задовільний перебіг. Післяопераційна рана загоїлась первинним натягом. На 7 добу знятий шов шкіри, дитина в задовільному стані виписана на амбулаторне лікування.

Проведене гістологічне дослідження видаленої пухлини повністю підтвердило клінічний діагноз (рис. 4).

Серед всіх хворих, у яких післяопераційні рани були ушиті запропонованого способу визначалось їх загоєння первинним натягом, місцеві інфекційні ускладнення були відсутні у всіх клінічних випадках. При контрольних оглядах пацієнтів через 3, 6 та 9 місяців після ушивання післяопераційних ран грубих келоїдних деформацій рубця не спостерігалось в жодному випадку.

#### **Висновки.**

1. Головна задача хірурга при ушиванні післяопераційної рани полягає у співставленні країв розділеної шкіри та утриманні її в положенні аппозиції до тих пір, поки процес заживлення не призведе до повного зрощення її країв і від додаткової механічної підтримки рани можна буде відмовитись.

2. Механічна підтримка країв післяопераційної рани шляхом накладання швів повинна відбуватись із урахуванням зон хірургічного пошкодження хірургічної рани, а саме не менше ніж на глибині зони опосередкованого пошкодження.

3. Початок ушивання рани зі сторони з більшою товщиною підшкірно-жирової клітковини у напрямку зсередини назовні та зверху донизу із захватом власної фасції і проведенням лігатури суворо в зворотному напрямку без додаткового сепарування шкіри, дозволяє максимально адаптувати краї рани без їх надмірного натягу, а відповідно за відсутності вираженої ішемізації по всій глибині протилежних стінок.



**Література:**

1. Кожный шов / Козлов В.Г., Большов А.В. – Минск : БГМУ, 2016. – 12 с.
2. Логинов В.И. Современные механические способы интраоперационной профилактики инфекций области хирургического вмешательства / В.И. Логвинов, В.В. Паршиков, Р.Р. Касимов, А.Б. Бабурин // Новости хирургии. – 2015. – Т. 23, № 5. – С. 559 – 565.
3. Прудков М.И. Основы минимально инвазивной хирургии. – Екатеринбург, 2007. – 64 с.
4. Рана. Раневой процесс. Принципы лечения ран / В. Н. Бордаков. – Минск : БГМУ, 2014. – 31 с.
5. Тихвинская О. А., Волкова Н. А., Рогульская Е. Ю., Ревенко Е. Б., Мазур С. П. Заживление эксцизионных кожных ран у мышей в присутствии матриц из плазмы крови / Вісник проблем біології і медицини. – 2018. – Вип. 4, том 2 (147). – С. 307 – 312. DOI 10.29254/2077-4214-2018-4-2-147-307-312.

*Наукове періодичне видання*  
**Медичний форум**  
*Науковий журнал*

# 21 (21) 2020

Підписано до друку 23.11.2020 р. Формат 70x108/16.  
Папір офсетний. Цифровий друк. Ум.-друк. арк. 10,92.  
Тираж 100 прим.

Видавник: «Львівська медична спільнота»

79000, м. Львів, а/с 6153

[www.medicinelviv.org.ua](http://www.medicinelviv.org.ua)

E-mail: [journal@medicinelviv.org.ua](mailto:journal@medicinelviv.org.ua)

Телефон: +38 099 415 06 39