

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**97 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
вищого державного навчального закладу України  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**15, 17, 22 лютого 2016 року**

**Чернівці – 2016**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний  
університет, 2016



збільшилась з 0,98 до 1,27 ммоль/л (на 0,29 ммоль/л – 29,59% від початкового значення). В II групі даний показник практично не змінився. Концентрація фосфору в ротовій рідині у пацієнтів двох груп поступово знижується на протязі лікування, наближаючись до показників норми. Після повного курсу лікування рівень фосфору в слині у вагітних жінок I групи понизився від початкового рівня на 0,71 ммоль/л. В II групі, протягом трьох місяців концентрація фосфору не змінилась. Через місяць після початку лікування співвідношення Са/Р в I групі збільшилося в 1,3 рази (61,11% відносно норми). В II групі даний показник суттєво не змінився. Після повного курсу лікування коефіцієнт Са/Р максимально наблизився до рівня норми і досяг майже 87%. Виявлена позитивна динаміка змін концентрації кальцію, фосфору і Са/Р коефіцієнта свідчить про підвищення ремінералізуючого потенціалу слини, що сприяє активізації процесів ремінералізації емалі і вираженому карієс профілактичному ефекті вітамінно-мінерального комплексу.

Вживання вітамінно-мінерального комплексу протягом трьох місяців сприяло підвищенню ремінералізуючого потенціалу ротової рідини: інтенсивність ремінералізації початкового карієсу в I групі була на 55% вища, чим в II групі. Під впливом комплексу виникли стійкі зміни біохімічних показників ротової рідини, що можна розглядати як позитивну прогностичну ознаку карієс профілактичної дії.

**Рошук О.І.**

### **ОКИСЛЮВАЛЬНА МОДИФІКАЦІЯ БІЛКІВ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА З НЕЗНІМНИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ**

*Кафедра ортопедичної стоматології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Загальновідомо, що будь-який патологічний процес протікає на тлі утворення активних форм кисню та інтенсифікації вільнорадикального окислення біосубстратів. Незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених вивченню механізмів пероксидного окиснення ліпідів і його ролі в нормальному й патологічному функціонуванні клітин, залишається відкритим питання щодо окислювальної модифікації білків (ОМБ), яку також викликають активні форми кисню, в організмі в цілому та місцево – у ротовій порожнині (РП) у хворих на виразкову хворобу шлунка (ВХШ) при наявних незнімних зубних протезах, що зумовлює актуальність даної проблеми.

Метою дослідження було з'ясувати патогенетичну роль генерації та агресії активними формами кисню процесів окислювальної модифікації білків у розвитку та перебігу патологічних змін тканин пародонта при наявності різних видів зубного протезування у хворих на ВХШ.

Обстежено 40 хворих на ВХШ у фазі загострення з наявними незнімними зубними протезами. Пацієнтів було поділено на 2 групи залежно від конструкційного матеріалу зубних протезів: 1-у групу склали 20 осіб, які мали незнімні зубні протези з металевими включеннями (металеві протези – МП); штамповано-паяні та суцільнолітні конструкції, 2-у групу – пацієнти з металокерамічними протезами (МКП). Групу контролю склали 15 осіб з ВХШ у фазі загострення з інтактними зубними рядами. Контрольну групу порівняння склали 15 практично здорових осіб (ПЗО). У всіх пацієнтів вивчали показники поширеності (у %) та інтенсивності захворювань пародонта (КПІ), індекс Грін – Вермільйона (ОНІ-S), визначали інтенсивність окислювальної модифікації білків у плазмі крові та ротовій рідині за методом Дубініної О.Є. та співавт. (1995) у модифікації І.Ф. Мешішена.

У пацієнтів К групи спостерігалась істотна активація процесів ОМБ з утворенням альдегід - та кетондинітрофенілгідрозонів основного характеру (АКДНФГОХ), вміст яких перевищив показник у ПЗО у 1,6 раза ( $p < 0,05$ ). АКДНФГОХ є продуктами „летального синтезу” та чинниками вторинного пошкодження, що свідчить про підсилення агресії окислювального стресу у відношенні структурних та транспортних білків. Нами було встановлено вірогідне зростання інтенсивності ОМБ у обстежених хворих на 1-ї групи порівняння. Зокрема, у хворих 1-ї групи вміст АКДНФГОХ перевищував показники у ПЗО у 2,0 раза ( $p < 0,05$ ). Інтенсивність ОМБ у хворих 2-ї групи також була вірогідно вищою від отриманих результатів у К групі ( $p < 0,05$ ) за показниками вмісту в крові АКДНФГОХ, які перевищили показник у ПЗО в 1,8 раза ( $p < 0,05$ ). Встановлено сильний кореляційний зв'язок між вмістом АКДНФГОХ та комплексним пародонтальним індексом ( $r = 0,797$ ,  $p < 0,001$ ).

У патогенезі захворювань пародонта в даній категорії хворих чільне місце посідають процеси вільнорадикального окиснення біосубстратів, зокрема білків, про що свідчить зростання вмісту в плазмі крові та ротовій рідині продуктів окислювальної модифікації білків. Наявність металевих включень в ротовій порожнині при супутній патології шлунково-кишкового тракту обтяжує перебіг вже наявних та викликає нові структурні та функціональні порушення тканин пародонта, про що свідчать максимальні значення показників окислювального стресу в даній когорті пацієнтів.



**Табачнюк Н.В., Олійник І.Ю.\***

### **СИСТЕМАТИКА ВАРІАНТІВ ФОРМИ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ ПРОТОКИ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ У ПЕРЕДПЛОДІВ ТА ПЛОДІВ ЛЮДИНИ**

*Кафедра терапевтичної стоматології*

*Кафедра патоморфології\**

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

На сучасному етапі розвитку медичної науки неможливо вирішити проблеми зниження перинатальної захворюваності та смертності без поглибленого вивчення періодів ембріогенезу і раннього фетогенезу. Пізнання закономірностей становлення будови і топографії органів і систем організму людини має важливе значення для тлумачення істинного напрямку процесів органогенезу, механізмів нормального формоутворення органів, виникнення анатомічних варіантів та природжених вад. Подальшим рухом у даному напрямку є дослідження мінливості форми піднижньощелепної протоки піднижньощелепної слинної залози (ПНЩСЗ) людини впродовж внутрішньоутробного розвитку (ВУР).

Мета дослідження - вивчити варіанти форми піднижньощелепної протоки та частоту їхніх проявів у передплодів (Пп) та плодів (Пл) людини.

Реалізацію мети досягнуто дослідженням 51 Пл (4–10 місяців ВУР). Матеріал одержували з акушерсько-гінекологічних відділень лікувальних закладів м. Чернівці та області. Частоту варіантів форми піднижньощелепної протоки визначено за допомогою комплексу методів (макроскопії, мікроскопії, графічного та пластичного реконструювання, тонкого препарування під контролем біокулярної лупи, морфометрії). У Пп людини, спираючись на комплексне дослідження серійних гістологічних зрізів піднижньощелепної слинної залози, можна виділити три варіанти форми піднижньощелепної протоки: пряму, дугоподібну та S-подібну. Частоту варіантів форми піднижньощелепної протоки визначено за серійними гістологічними зрізами Пп людини 7-12 тижнів ВУР. Визначено, що пряма форма піднижньощелепних проток в даній віковій групі становить абсолютну більшість – 66,67% всіх спостережень. У цей же віковий період, у силу анатомічної мінливості піднижньощелепних проток, дугоподібна форма останніх в дослідженій групі Пп становить 25,00% , а S-подібна форма – 8,33%.

У поодиноких випадках при зачатку ПНЩСЗ виявлено додаткові та самостійні залозисті часточки. Належність описаних утворень до залозистої тканини ПНЩСЗ підтверджували їхнім гістологічним дослідженням. Із 15 препаратів Пл 81,0–185,0 мм тим'яно-куприкової довжини (ТКД) (4–5 місяці ВУР) тільки в одному випадку у Пл 185,0 мм ТКД вдалось виявити наявність п'яти додаткових і самостійних часточок правої ПНЩСЗ. Градацію поділу на “додаткові” та “самостійні” часточки визначали за спрямуванням ходу їхньої вивідної протоки: три із названих додаткових часточок розміщувались по верхньо-латеральному краю ПНЩСЗ, прилягали до неї, а вивідні протоки проникали вглиб залози й “вливались” у піднижньощелепну протоку; дві часточки знаходились самостійно на відстані 3–4 мм попереду ПНЩСЗ та мали при цьому самостійні вивідні протоки, які пронизували щелепно-під'язиковий м'яз і відкривались окремо на слизовій оболонці під'язикової ділянки дна ротової порожнини.

Форма ПНЩСЗ у даній віковій період переважно нагадувала призму із заокругленими кутами, повздожня вісь якої спрямована зверху-вниз, спереду-назад, зсередини-назовні та наближено відповідала вісі тіла нижньої щелепи (у 8 із 15 випадків). Окрім випадків найбільш часто виявленої форми ПНЩСЗ у Пл 4–5 місяців ВУР нами були виявлені залози еліпсоподібної, підковоподібної та трикутної форми.

Форма і довжина піднижньощелепної протоки ПНЩСЗ у пренатальному онтогенезі людини варіює. Тому, для зручності опису, визначено шляхом тонкого препарування під контролем біокулярної лупи, вивченням топографоанатомічних зрізів, графічних і пластичних реконструкційних моделей форму піднижньощелепної протоки у плодів 4–10 місяців ВУР ми розділили на три варіанти: 1-й варіант – пряма піднижньощелепна протока ПНЩСЗ – спрямована косо-горизонтально, дещо зверху-донизу і спереду-назад; 2-й варіант – дугоподібна піднижньощелепна протока ПНЩСЗ – має дугоподібне спрямування спереду-назад-латерально та випуклістю дуги обернена назад-медіально; 3-й варіант – S-подібна піднижньощелепна протока ПНЩСЗ – представлена двома протилежноспрямованими з'єднаними між собою дугоподібними фрагментами, які сукупно нагадують латинську літеру “S”.

Вперше запропоновано систематику варіантів форми піднижньощелепної протоки (*ductus submandibularis*) ПНЩСЗ у передплодів та плодів людини з визначенням форми як: пряма, дугоподібна та S-подібна.

**Хомич Н.М., Горицький Я.В., Митченко М.П.**

### **ДИНАМІКА ЗМІН БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ РОТОВОЇ РІДИНИ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ НИЖНІХ ЗУБІВ МУДРОСТІ**

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Післяопераційний період атипового видалення нижніх зубів мудрості зазвичай супроводжується такими запальними ускладненнями як набряк м'яких тканин, біль у ділянці післяопераційної рани та тризм жувальних м'язів. У розвитку цих симптомів активну участь беруть медіатори запалення, зокрема, цитокіни, які належать до класу сигнальних молекул, поряд з гормонами. Цитокіни діють на клітини за допомогою





вторинних месенджерів, викликаючи секрецію один одного клітиною-мішенню (цитокіновий каскад). Такими клітинами є лейкоцити. У зв'язку з цим вони отримали назву «інтерлейкіни». Глюкокортикостероїди активно впливають на рівень інтерлейкінів, тому цей показник є найінформативнішим для визначення ефективності застосування гормональних препаратів у лікуванні запальних ускладнень. Метою даного дослідження було обґрунтування застосування дексаметазону та гіпотермії для лікування запальних ускладнень атипового видалення нижніх зубів мудрості, а також визначення найбільш ефективного методу.

У дослідженні брали участь пацієнти віком від 16 до 40 років. Всього 64 пацієнти, кожному з яких проводили видалення нижнього зуба мудрості під місцевою анестезією. Пацієнтам першої групи призначали місцево дексаметазон 4 мг, другої – сеанс місцевої гіпотермії тривалістю 30 хвилин три рази на день протягом трьох днів, пацієнтам третьої групи поєднували застосування дексаметазону та гіпотермії, а також група порівняння, пацієнтам якої призначали стандартну медикаментозну терапію. Для оцінки ефективності пропонованого лікування проводили біохімічне дослідження ротової рідини, яке включає визначення маркерів запалення, таких як інтерлейкін-1 $\beta$ , та інтерлейкін-6, обстеження проводили до оперативного втручання, на перший, третій і сьомий день після операції. Результати біохімічних досліджень об'єктивно засвідчують, що застосування дексаметазону і гіпотермії мало позитивний вплив на нормалізацію рівня запальних маркерів у післяопераційній ділянці, але найбільш ефективним було комбіноване використання цих методів лікування. Місцево застосування дексаметазону та гіпотермії є ефективним способом зниження ознак запального процесу у післяопераційній ділянці після видалення ретенуваних нижніх третіх молярів. Вказаний спосіб простий, безпечний, безболісний та дешевий у застосуванні.

Отже, найбільш ефективним з усіх запропонованих методів було поєднання місцевого внутрішньочеревної введення дексаметазону та застосування гіпотермії, що підтверджують результати біохімічних досліджень ротової рідини.

#### СЕКЦІЯ 14

#### КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ

Боляка В.Ю.

#### ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ГРАНУЛЯЦІЙНОЇ ТКАНИНИ НАВКОЛО СІТЧАСТОГО АЛОТРАНСПЛАНТАТУ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ

*Кафедра онкології та радіології*

*Вищий державний навчальний заклад України  
«Буквинський державний медичний університет»*

З розвитком абдомінальної хірургії більшість лікарів з метою лікування дефектів передньої черевної стінки, попередження розвитку післяопераційної евентрації все ширше застосовують сітчасті імплантати, проте виникає ряд ускладнень з боку післяопераційної рани, особливо у пацієнтів з явищами вторинного імунodefіциту, кахексії, анемії, тощо. Пошук нових методів раціональної патогенетичної терапії спрямованої на запобігання розвитку порушень процесів репарації післяопераційних ран є важливою проблемою сучасної хірургії.

Однією з таких речовин, яка безпосередньо впливає на процеси регенерації та метаболізму клітин у рані, стимулює синтез колагену є гіялууронова кислота. Результати проведених експериментальних досліджень свідчать, що місцево застосування препаратів гіялууронової кислоти, у комплексному лікуванні гнійних ран, стимулює загоєння останніх, шляхом прискорення репаративних процесів. Дослідження місцевого впливу гіялууронової кислоти на особливості морфології грануляційної тканини навколо елементів сітчастого імплантату передньої черевної стінки в майбутньому дасть змогу використовувати її з метою запобігання розвитку ряду ускладнень з боку післяопераційної рани.

Тому метою дослідження було дослідити в експерименті вплив місцевого застосування гіялууронової кислоти на особливості морфології грануляційної тканини навколо елементів сітчастого імплантату м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки.

Експеримент виконано на 54 щурах, яким імплантовано проленовий (Prolene) сітчастий алотрансплантат фірми ETHICON в тканини м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки.

Всі дослідні тварини розподілені на дві групи – порівняння (23 щура) та основну 31 щура). Тваринам основної групи поверх сітчастого імплантату наносили безбарвний прозорий в'язкий гель гіялууронової кислоти (препарат «Лацирта» 1,5% фірми Юрія-Фарм). Тваринам групи порівняння гель гіялууронової кислоти не застосовували. Забір біологічного матеріалу проводили на 3-тю, 5-ту та 7-му доби після виконання оперативного втручання, шляхом висічення м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки разом з сітчастим імплантатом. Для світлооптичного дослідження, при гістологічному дослідженні, біоптати м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки фіксували в 10% нейтральному формаліні. Парафінові зрізи забарвлювали гематоксиліном та еозином, а для ідентифікації колагенових волокон та фібрину використовували методику забарвлення гістологічних зрізів водним блакитним – хромотропом 2 В за Н.З. Слінченко. Використовували описову методику виявлення патоморфологічних змін. За допомогою комп'ютерної мікроденситометрії визначали оптичну густину забарвлених колагенових волокон водним блакитним, питомий об'єм колагенових волокон на одиницю площі грануляційної тканини, питомий об'єм



кровоносних судин в грануляційній тканині.

Отримані результати свідчать, що місцево застосування гіялууронової кислоти при пластиці передньої черевної стінки сітчастим імплантатом впродовж перших п'яти діб раннього післяопераційного періоду не впливає на морфологію грануляційної тканини, за виключенням того, що зменшується кількість фібрину. Впродовж наступних 15-ти діб раннього післяопераційного періоду, гіялууронова кислота призводить до значного збільшення кількості колагенових волокон навколо елементів сітчастого імплантату. Їх щільності, проте кількість клітин майже не змінюється. Також, в дані терміни гіялууронова кислота позитивно впливає на зменшення питомого об'єму кровоносних судин в грануляційній тканині.

Отже, місцево застосування гіялууронової кислоти при пластиці передньої черевної стінки сітчастим імплантатом призводить до збільшення питомого об'єму та щільності колагенових волокон навколо елементів останньої, тим самим укріплює передню черевну стінку, а також зменшує запальні процеси в тканинах, спричинені операційною травмою.

Гушул І.Я., Івашук О.І., Боляка В.Ю.

#### ВИБІР СПОСОБУ ОСТАТОЧНОГО ЗАКРИТТЯ ЛАПАРОСТОМІЇ ЗА ГОСТРОГО ПОШИРЕНОГО ПЕРИТОНІТУ ОНКОЛОГІЧНОГО ГЕНЕЗУ

*Кафедра онкології та радіології*

*Вищий державний навчальний заклад України  
«Буквинський державний медичний університет»*

Однією із вагомих причин незадовільних результатів лікування хворих на гострий поширений перитоніт є внутрішньочеревна гіпертензія, яка виникає майже у кожного третього пацієнта, в ранній післяопераційний період, та є пусковим механізмом порушення функцій різних органів і систем організму.

Формування лапаростомії, окрім адекватної санації черевної порожнини, дозволяє зменшити рівень внутрішньочеревної тиску після виконання оперативного втручання, проте відновлення цілісності черевної стінки призводить до різкого його зростання, що на фоні вираженої органної дисфункції значно ускладнює процес одужання таких пацієнтів та в деяких випадках може призвести до летальних наслідків.

Одним із способів зниження рівня патологічного рівня внутрішньочеревної тиску є зведення лише країв шкіри лапаротомної рани за допомогою ситуаційних швів. Переважна більшість авторів вказують на ефективність даного способу та пропонують його застосовувати, не дивлячись на певні технічні труднощі остаточного закриття лапаротомної рани. Вивчення доцільності застосування даного методу при остаточному закритті лапаростомії дозволить більш раціонально його застосовувати.

Тому метою нашого дослідження було порівняти рівень внутрішньочеревної тиску та частоту розвитку внутрішньочеревної гіпертензії, а також ступінь органної дисфункції, у хворих на гострий поширений перитоніт, із накладеною лапаростомією, залежно від вибору способу її остаточного закриття.

Досліджено 25 хворих на гострий поширений перитоніт онкологічного генезу, із сформованою лапаростомією, які, залежно від типу її закриття, були розподілені на дві групи – контрольну та основну. Основну групу утворили 9 осіб, яким лапаростомію закрито шляхом зведення країв шкіри лапаротомної рани за допомогою ситуаційних швів. Контрольну групу склали 16 пацієнтів, яким лапаростомію закрито із захопленням у шов м'язово-апоневротичний шар передньої черевної стінки. Повторні санації черевної порожнини проводили через 24-48 годин. Середня кількість повторних санацій черевної порожнини, яка залежала від перебігу патологічного процесу, нормалізації загального стану пацієнта, швидкості ліквідації ендотоксичного шоку, становила  $2,64 \pm 0,207$  раз. Середній вік пацієнтів становив  $54,56 \pm 2,455$  роки. Обидві дослідні групи осіб були репрезентативні за віком, статтю, стадією (фазою), ступенем тяжкості перитоніту (згідно Мантеймського перитонеального індексу), поширенням патологічного процесу в черевній порожнині, характером ексудату та наявністю хронічної супровідної патології. Всі пацієнти отримували лікування згідно протоколів надання медичної допомоги хворим на невідкладну хірургічну патологією органів живота (Я.С. Березницький та ін., 2010). Рівень внутрішньочеревної тиску вимірювали дотримуючись рекомендацій Всесвітнього товариства з вивчення синдрому абдомінальної компресії WSACS (2004), через сечовий міхур, перед оперативним втручанням та впродовж перших п'яти діб раннього післяопераційного періоду. Ступінь органної дисфункції оцінювали за шкалою SOFA (Sequential Organ Failure Assessment).

Отримані результати свідчать, що зведення лише країв шкіри лапаротомної рани ситуаційними швами, при закритті лапаростомії, призводить до відсутності випадків внутрішньочеревної гіпертензії III-IV ступенів, вірогідного зниження рівня внутрішньочеревної тиску та ступеня органної дисфункції за шкалою SOFA, а також скорочує середній термін перебування пацієнта у стаціонарі.

Таким чином, закриття лапаростомії за гострого поширеного перитоніту, шляхом зведення лише країв шкіри лапаротомної рани за допомогою ситуаційних швів, дозволяє уникнути ускладнень з боку серцево-судинної та дихальної та сечовидільної систем, тобто які безпосередньо пов'язані із негативною дією зростаючого рівня внутрішньочеревної тиску. Це безпосередньо впливає на ступінь органної дисфункції, яка вірогідно нижча, впродовж усього післяопераційного періоду, у пацієнтів яким лапаростомія була закрита шляхом зшивання лише країв шкіри лапаротомної рани.