

**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



недостатності по періоду і функціональному принципу, визначені основи клініко-лабораторної діагностики недостатності плаценти, гіпоксичного симптомокомплексу у плода, порушення його росту і розвитку.

В подальшому вчення про функціональну недостатність плаценти, плацентарного ложа і плодкових оболонок розвинув В.Є.Радзінський (1985, 1986, 1999), обґрунтувавши клініко-функціональну класифікацію хронічної фетоплацентарної недостатності (ХФПН) при гестозі, як найбільш важкому екзогенному, етіопатогенетичному факторі розвитку патології позазародкових утворень.

Однак перинатальна патологія при ХФПН маніфестує себе не лише переліченими проявами, але й формуванням пошкоджень ЦНС, як найбільш чутливого до гіпоксії органу.

В зв'язку з цим метою нашого дослідження є обґрунтування клінічної моделі перинатального ураження центральної нервової системи в періоді новонародженості і профілактика інвалідизації в ранньому віці.

Проведений аналіз показав, що найбільш важкі форми перинатальних уражень ЦНС новонародженого, які в подальшому визначають інвалідизуючу патологію з дитячого віку, формуються при суб- і некомпенсованій формі ХФПН. В зв'язку з цим нами проведено дослідження анамнезу, особливостей перебігу вагітності, розвитку плоду в залежності від форми хронічної фетоплацентарної недостатності для формування інформативних ознак групи ризику.

Соматичний анамнез жінок з суб- і декомпенсованими формами ХФПН обтяжений захворюваннями, які традиційно являються фоновими для розвитку гестозу а недостатності фетоплацентарному комплексу. Та перш за все це гіпертонічна хвороба. Гестаційний пієлонефрит при цьому виді патології реєструється в два рази частіше, ніж при компенсованій стадії.

Пацієнтки з важкими формами ХФПН мають в анамнезі захворювання геніталій, які супроводжуються олігоменореєю.

Анамнестичне дослідження репродуктивної функції показало, що для цієї групи хворих характерні репродуктивні втрати, що обумовлені регресуючою вагітністю, звичним невиношуванням, особливо при декомпенсованій формі ХФПН, попередніми медичними абортми. Більше однієї третини пацієнток (36,8+6,84%) при декомпенсації плацентарної недостатності мають в анамнезі при попередніх вагітностях важкі або ускладнені форми гестозу (пре- і еклампсія, завчасне відшарування плаценти, дострокові пологи) ( $p < 0,01$ ). Перинатальні втрати, зумовлені гестозом, спостерігались в 10,5+0,32% пацієнток, що достовірно вище ніж при компенсованій формі ХФПН ( $p < 0,01$ ) таким чином анмнестичне дослідження дозволило виділити групу ризику по розвитку важких форм ХФПН, яку склали пацієнтки з порушенням оваріально- менструального циклу по типу олігоменореї, гіпертонічною хворобою, гестаційним пієлонефритом, з важкими та ускладненими формами гестозу при попередніх вагітностях, з репродуктивними втратами, що обумовлені нерозвиваючоюся вагітністю, звичним невиношуванням, медичними абортми, втратами дітей в перинатальному періоді при вагітності та під час пологів, ускладнених гестозом.

Аналіз клінічної течії вагітності що розвивається показав, що в пацієнток з декомпенсованою формою ХФПН спостерігається патологія розміщення хоріону (передлежання, низьке розміщення) ( $p < 0,01$ ). Це водночас підтверджує теорію недостатності інвазії поза ворсинчастого трофобласта в спіральній маточній артерії. Перманентна загроза переривас, різні види уrogenитальної і внутрішньоутробної інфекції в I та 2 триместрах вагітності реєструвались з однаковою частотою при всіх стадіях ХФПН.

**Карлійчук Є.С.**

#### **ПРЕГРАВІДАРНА ПІДГОТОВКА ТА КОРЕКЦІЯ ПЕРВИННОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ВАГІТНИХ З ВИКИДНЕМ, ЩО НЕ ВІДБУВСЯ В АНАМНЕЗІ**

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буквинський державний медичний університет»*

В наш час в усьому світі проводяться широкомасштабні дослідження, спрямовані на вивчення причин порушення репродуктивної функції жінки та розробку методів її відновлення. Частота викидня, що не відбувся, серед випадків мимовільних викиднів на ранніх термінах збільшилась з 10-20% до 45-88,6% в останні роки. Після видалення викидня, що не відбувся процес відновлення ендометрія більш тривалий, ніж після артіфіційного аборта, що призводить до повторних відмерлих вагітностей при відсутності реабілітаційних заходів та настанні вагітності раніше, ніж через 6 місяців. На жаль, на даному етапі розвитку репродуктології не вдається зупинити цей «спалах». Тому особливе значення набуває доклінічна діагностика порушень розвитку вагітності, а також прегравідарна підготовка та відновлення репродуктивної функції

Мета – розробити схеми прегравідарної підготовки та ведення вагітних з викиднем, що не відбувся в анамнезі з наступною оцінкою клінічної ефективності розробленої схеми прегравідарної підготовки та ведення вагітних з викиднем, що не відбувся в анамнезі.

Групу пацієнток з викиднем, що не відбувся в післяабортному періоді склали 60 жінок. Всім жінкам в післяабортному періоді проводилась антибіотикотерапія протягом 5-7 днів. Ускладнень у жінок в післяабортному періоді не відмічено. Менструальний цикл у всіх жінок відновлювався протягом 1 місяця. Після виписки із стаціонару, жінки досліджуваної групи були обстежені на наявність сексуально-трансмісивної інфекції, всім проводилось медико-генетичне консультування, патології не виявлено. З метою нормалізації гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, відновлення гормонорецепції пошкодженого ендометрія



проводилась гормонокоригуюча терапія. (КОКи, які використовуються з першого циклу після переривання вагітності не менше 6 місяців).

У продовж 6 місяців подружжя пара застерігалась від настання вагітності. Прегравідарна підготовка проводилась шляхом нормалізації режиму праці та відпочинку; харчування збагачене білком рослинного походження. Всі 60 жінок пройшли гормональне обстеження, яке показало, що у 17 жінок (28,33%) виявлено недостатність лютеїнової фази (НЛФ). У 14 жінок (23,33%) виявлена гіперандрогенія. Цим жінкам до прегравідарної підготовки був включений відповідно дуфастон за схемою по 10 мг 2 рази на добу з 16-го по 25-й день менструального циклу та дексаметазон по 0,125-0,5 мг на добу. У 29 жінок (48,34%) патології гормональної системи виявлено не було. У 36 (60%) жінок з 60 після викидня, що не відбувся, вагітність настала через 7-12 місяців. У 24 (40%) пацієнток через 13-16 місяців. Всі жінки групи ризику щодо виникнення викидня, що не відбувся (60 жінок), при настанні наступної вагітності розділені на дві підгрупи: основна група (n=30) та група контролю (n=30). У 30 жінок контрольної групи здійснювалось диспансерне спостереження відповідно до наказу МОЗ України № 582 від 15.12.2003 року. Пацієнткам основної групи (n=30) після настання вагітності обов'язково проводилось УЗД з 5-6 тижнів гестації. При верифікації діагнозу вагітності та відсутності анембріонії призначали наступну терапію: Дидрогестерон, хоріонічний гонадотропін для підтримки функції жовтого тіла вводять по 2000 МО через три дні на четвертий день до 11-12 тижнів вагітності. Екстракт гінго білоба (препарат рослинного походження) призначався в капсулах по 40 мг 3 рази на день. МАГНЕ-В6 – по 2 таблетки 3 рази на день. Фолієва кислота – по 1 таблетці 4 рази на день. Токоферолу ацетат (вітамін Е) – по 100 мг (1 капсула) двічі на день.

Зазначену терапію проводили відповідно курсами по 14 днів, курсами (2-3 курси) з 5-6 по 16 тиждень вагітності. Ультразвуковий контроль лікування проводився в скринінгові терміни за умови відсутності клініки загрози викидня. При появі клініки загрози викидня – одразу проводилось УЗД.

При діагностичній відшарування хоріону (3,33%), доза дуфастону збільшувалась до 40 мг/добу і призначали гемостатичну терапію (Транексам по 200-500 мг 2-3 рази на добу; дицинон 2,0 в/м або в таблетках). З метою скорішого розсмоктування та організації гематоми призначали – ензимотерапію: вобензим 3 драже 3 рази на добу 2 тижні та антиагреганти (транексам по 1 таблетці 2-3 рази на день або курантил по 1 таблетці 3 рази на добу під контролем рівня агрегації тромбоцитів) з наступним контролем УЗД.

Результати дослідження показали, що запропонована терапія у жінок групи ризику щодо виникнення викидня, що не відбувся є обґрунтованою та ефективною. У жінок, які отримували запропоновану терапію в I половині вагітності, спостерігалось значно менше ускладнень, зокрема значно рідше (в 6 разів) спостерігався загрозовий аборт з кров'янистими виділеннями. В контрольній групі репродуктивні втрати склали 3 викидні (10%). Всі 100% вагітностей в основній групі збережені. Результати досліджень свідчать, що в основній групі загроза передчасних пологів відмічалася в 2 рази рідше. Значно меншою була і частота помірною багатоводдя (6,66%). В два рази рідше у жінок, що отримували запропоновану терапію була діагностовано дисфункція плаценти (33,3%), майже в 4 рази меншою була і частота дистресу плода під час вагітності (10,0%). У жінок контрольної групи в 16,7% спостерігалась затримка розвитку плода, чого зовсім не було відмічено в основній групі. Майже в два рази рідше зустрічались аномалії пологової діяльності, гіпотонічні кровотечі та в 3 рази меншим був показник дистресу плода в пологах.

Отже, комплекс запропонованих заходів, спрямований на реабілітацію генеративної функції жінок з викиднем, що не відбувся в анамнезі, на основі прегравідарної підготовки, а також корекції гормональної, антиоксидантної систем та системи гемостазу, дозволив значно зменшити розвиток дисфункції плаценти, дистресу плода та ЗВУРа, а також знизити рівень репродуктивних втрат, ускладнень вагітності та пологів.

**Косілова С.Є.**

#### **САЛЬПІНГООФОРИТИ, СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ**

*Кафедра акушерства і гінекології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буквинський державний медичний університет»*

По даним більшості досліджень останнього десятиріччя, ХЗЗСО відносяться до змішаних полімікробних інфекцій, збудниками яких є асоціації грампозитивних та грамнегативних аеробних і анаеробних бактерій. Крім того, збільшилась роль Тогch-інфекцій, які вражають епітелій цервікального каналу, ендометрію, маткових труб.

Проблема діагностики, своєчасного та ефективного лікування ХЗЗСО залишається важливою, т.я. приводить до порушення менструальної і репродуктивної функції (непліддя, позаматкова вагітність, невиношування вагітності), впливає на стан плода (розвиток фетоплацентарної недостатності, дистресу плода, його внутрішньоутробного інфікування), працездатність, повсякденне життя.

Метою даного дослідження був аналіз результатів лікування ХЗЗСО різними антибактеріальними препаратами.

Пацієнтки були розділені на 2 групи. За віком, тривалістю захворювання, характером виявлених збудників вони однорідними. Жінки першої групи (32 хворі) в якості протизапальної терапії отримували Заноксин ОД по 800мг 1 раз на добу впродовж 10 днів, враховуючи тривалий хронічний характер захворювання. Жінки другої групи (32 хворі) отримували цефтріоксон і гентаміцин в середньотерапевтичних дозах. З метою впливу на анаеробну мікрофлору призначали тінідазол - по 500 мг 2 рази на добу, 10 днів, інтравагінально -



тержнинан, 10 днів. В результаті проведеного дослідження з'ясовано: використання препарату Заноцин Од є дуже ефективним, в лікуванні хронічних запальних захворювань жіночих статевих органів, що підтверджено клінічними і лабораторними даними. Спільне протизапальне лікування подружніх пар дає кращі клінічні результати. Висока комплаєнтність і ефективність Заноцину Од дає можливість широко використовувати його навіть в амбулаторних умовах..

**Кравченко О.В.**

### **ОПТИМІЗАЦІЯ МЕНЕДЖМЕНТУ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ТА ПОРОДІЛЬ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ВАГІНИ ТА ПРОМЕЖИНИ**

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Основа профілактики порушень фертильності – це анатомічне і функціональне благополуччя репродуктивної системи, яке в першу чергу пов'язане з попередженням розвитку інфекцій.

Профілактика інфекцій статевих органів забезпечується на I етапі – змиканням статевої щілини і волоссяним покривом ділянки лобка, що попереджає механічне потрапляння до вагіни інфекційних агентів, як ззовні так і з кишечника.

Необхідність проведення даного аспекту профілактики (відновлення анатомії вульви, піхви) обумовлена тим, що родові ушкодження промежини при потиличному передлежанні виникають у кожній 3-4 породіллі (розриви промежини становлять - 10-12%, стінок піхви - 12-15%, частота епізіотомії – 21-22%, цервікальні розриви та надриви – 60%). Транзиторний імунodefіцит в післяпологовому періоді – в 19,3% призводить до запалення швів, заживлення вторинним натягом з формування недостатності м'язів тазового дна.

За даними статистики у кожній десятій жінки у віці до 30 років спостерігається неспроможність м'язів тазового дна. У віці від 30 до 45 років частота пролапсів становить 40% випадках. Після 50 років опущення жіночих статевих органів діагностується у кожній другій жінки.

Лікування захворювань вагіни і промежини на тлі імунodefіциту післяпологового та післяопераційного періоду у літніх жінок полягає у поєднанні оперативних та медикаментозних методів лікування, метою яких є ліквідація запального процесу і стимуляція регенеративних можливостей тканин.

Медикаментозні засоби не повинні негативно впливати на мікробіоценоз вагіни та зменшувати кількість лактобацил.

Одним саме з таких засобів є комбінований препарат Депантол, який містить хлоргексидін (16 мг) і декспантенол (100 мг). Препарат використовується у вигляді вагінальних супозиторіїв і здійснює регенеруючу, антисептичну, метаболічну дію. Хлоргексидин активний по відношенню до грампозитивних і грамнегативних бактерій.

Декспантенол сприяє регенерації слизової оболонки піхви і шийки матки, нормалізує метаболізм клітин, посилює проліферативну активність епітелію та підвищує міцність колагенових волокон.

Метою нашого дослідження було оцінити ефективність і безпечність препарату Депантол, який використовували після оперативних втручань на вагіні та промежині, а також провести оцінку швидкості регенерації слизової оболонки при використанні супозиторіїв.

Під нашим спостереженням було 20 пацієнток (I група) після хірургічного лікування пролапсів, які отримували Депантол з першого дня післяопераційного періоду по 1 супозиторію 2 рази на день протягом 10 днів та 25 породіль (II група), після відновлення цілісності піхви отримували Депантол по 1 супозиторію 2 рази на день протягом 5 днів.

Контрольну групу склали відповідно по 25 жінок з вищезазначеною нозологією, де відновлююча терапія не застосовувалася.

При аналізі клінічної ефективності використання Депантолу в післяпологовому періоді, після відновлення цілісності вагіни і промежини нами встановлено, що белі спостерігалися у жінок основної групи в 12% випадків, в контролі – в 32%, гіперемія і набряк промежини і вагіни у жінок, яким призначалась медикаментозна терапія Депантолом практично не спостерігалась, в контролі даний показник сягав 40%. Потрібно також відмітити, що епіталізація на 7 добу відмічалась в 100% випадках у жінок основної групи в порівнянні з контролем (68%). Аналогічні тенденції ми спостерігали у жінок в післяопераційному періоді з приводу пролапсів внутрішніх статевих органів. Біль, гіперемія і набряк відповідно становили 15%, 8% і 12% в основній групі, у жінок, де не проводилась медикаментозна реабілітація дані показники були відповідно 20%, 48% і 24%.

Про бактерицидну активність і регенеративний ефект препарату Депантол свідчить нормальна кількість лейкоцитів в цервікальному секреті через місяць після лікування у більшості жінок I та II групи (80%). В контрольних групах даний показник становив 28%, 34%.

Оцінка ефективності інтравагінального використання супозиторіїв Депантолу у жінок в після операційних методів лікування вагіни та промежини показала, що даний препарат добре переноситься і демонструє бактерицидні, протизапальні і регенераційні властивості, а також попереджує розвиток таких ускладнень післяопераційного періоду, як болі, набряк, гіперемія та сприяє повноцінній епіталізації вагіни та промежини.



**Маринчина І.М.**

### **ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ГІПЕРАНДРОГЕНІЄЮ**

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

У сучасних умовах еколого-генеративного дисонансу особливе значення надається ранній діагностиці, профілактиці й корекції перинатальної патології, що визначено одним із пріоритетних напрямів охорони здоров'я в Україні. В результаті аналізу сучасної літератури можна дійти висновку про те, що всі як діагностичні, так і лікувально-профілактичні заходи починають застосовуватися в основному вже після формування стійкої плацентарної дисфункції. Приведені літературні дані дозволяють відобразити інтерес всіх фахівців до проблеми гіперандрогенії як такої до настання вагітності так і до особливостей перебігу вагітності у жінок з ГА в анамнезі.

Мета – на підставі вивчення показників гормонів фетоплацентарного комплексу та системи гемостазу у вагітних групи ризику ГА виділити найбільш діагностично цінні критерії для діагностики плацентарної дисфункції.

Ми встановили, що у вагітних з ГА і плацентарною дисфункцією середні значення концентрації прогестерону були суттєво нижчими впродовж вагітності (в 12-14 тижні - 34,58±0,48 нмоль/л, в 20-24 тижнів - 72,16±3,67 нмоль/л; p<0,0001).

У терміні 12-14 тижні вагітності концентрація естріолу в основній групі була у 1,5 рази нижчою порівняно із контрольною групою і становила 12,36±0,15 нмоль/л, а в 20-24 тижнів гестації – у 3 рази нижчою – 28,06±0,39 нмоль/л, ніж у групі контролю (p<0,0001). Така динаміка змін пояснює значний відсоток випадків загрозового стану плода, як під час вагітності, так і в пологах.

Аналізуючи діагностичну цінність рівня ПЛІ у вагітних з ГА ми відзначили, що найбільша різниця між групами мала місце в 12-14 тижні (контрольна група – 3,48±0,04 мг/л, основна група – 1,13±0,02 мг/л; p<0,0001) та в 20-24 тижнів відповідно – 8,47±0,04 та 3,69±0,06 мг/л; p<0,0001. Зменшення рівня ПЛІ у жінок з плацентарною дисфункцією на тлі ГА починаючи вже з другого триместру вагітності пояснює і зміни маси плода, яка значно менша в порівнянні з контрольними даними.

У вагітних основної групи індекс спонтанної агрегації тромбоцитів втричі перевищував показники контрольної групи в 16-18 тижнів - 5,41±0,87 од. проти 18,03±2,13 од. (p<0,001), в 20-24 тижнів - 5,69±0,91 од. проти 20,40±3,68 од. (p<0,001).

Концентрація фібриногену у даних вагітних у 16-18 тижнів гестації становила 4,10±0,30 г/л (p<0,05), потім збільшувався впродовж вагітності і в 20-24 тижнів становив 4,73±0,31 г/л (p<0,001).

Концентрація в крові розчинних комплексів фібрин-мономера у вагітних на тлі ГА перевищувала контрольні значення більше ніж в 4 рази у всі терміни гестації і становила 34,00±2,70 проти 8,27±1,59 мкг/мл в 12-14 тижні (p<0,0001), 37,33±2,84 проти 8,67±1,62 мкг/мл в 20-24 тижні (p<0,0001). Концентрація продуктів деградації фібрину збільшувалася у вагітних основної групи в 10 разів у 12-14 тижні (7,50±1,90 мкг/мл) та в 9,9 рази (8,57±1,2 мкг/мл) в 20-24 тижнів.

Нами запропоновано в I-му триместрі гестації на основі анамнестичних даних формується група ризику вагітних, щодо виникнення плацентарної дисфункції (поєднання даних анамнезу (викидень в 6-7 тиж. вагітності, вагітність, що не розвивається, звичне невиношування, антенатальна загибель плода в анамнезі) з наявністю відхилень від норми (підвищений рівень) концентрації дегідроепіандростерон-сульфата (ДГЕАС) і тестостерона під час даної вагітності.

У вагітних групи ризику в 12-14 тижні гестації проводиться вивчення стану гормональної функції плаценти. Зниження рівня Пр та ПЛ на 50% свідчить про виникнення плацентарної дисфункції.

У вагітних даної групи в терміні гестації 16-18 тижнів проводиться комплексне дослідження гормональної функції плаценти, а також системи регуляції агрегатного стану крові, вагінальна цервікометрія, плаценто- та фетометрія.

Прогнозування можливих ускладнень, раціональна тактика моніторингу вагітності і вибір оптимальних методів розродження у жінок з плацентарною дисфункцією на тлі гіперандрогенії є резервом подальшого зниження перинатальної захворюваності і смертності..

**Никифор Л.В., Рак Л.М.\***

### **РАЦІОНАЛЬНА АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКА В ГІНЕКОЛОГІЇ У ЖІНОК ГРУПИ РИЗИКУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ**

*Кафедра сімейної медицини  
Кафедра акушерства та гінекології\*  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Згідно з даними доказової медицини під хірургічною антимікробною профілактикою (АМП) розуміють дуже короткий курс призначення антимікробного препарату безпосередньо перед початком операції. АМП не є спробою стерилізації, а чітко спланованим заходом, спрямованим на зниження в критичний для пацієнта момент інтраопераційної мікробної контамінації до рівня, що не перевищує можливостей захисних сил його організму. АМП необхідно застосовувати для усіх операцій, при яких в клінічних дослідженнях доведена її