

КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ НА ТРОФІЧНІ ВИРАЗКИ НИЖНІХ КІНЦІВОК В УМОВАХ АМБУЛАТОРІЇ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ І СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Б.П. Попадюк

Черчецька амбулаторія загальної практики і сімейної медицини,
Чемеровецького центру первинної медико-санітарної допомоги Хмельницької області, Україна

Ключові слова: трофічна виразка, хронічна венозна недостатність, цинк-желатинові пов'язки, постуральний дренаж, еластична компресія.

Буковинський медичний вісник. Т.21, № 3 (83). С. 169-174

DOI:
10.24061/2413-0737.
XXI.3.83.2017.111

E-mail:
alina358990@
gmail.com

Мета роботи – покращити результати комплексного консервативного лікування хворих літнього та старечого віку на трофічні виразки нижніх кінцівок на тлі хронічної венозної, серцево-судинної недостатності та цукрового діабету II типу з використанням ад'ювантної загальної та місцевої фармакоterapiї в умовах амбулаторії загальної практики та сімейної медицини.

Матеріал і методи. У статті представлено десятирічний досвід консервативного лікування 834 хворих на трофічні виразки нижніх кінцівок венозної та іншої етіології в умовах стаціонару сільської дільничної лікарні та лікарської амбулаторії загальної практики і сімейної медицини з використанням ад'ювантного загального лікування на основі Орегонського протоколу (1999), а також місцевомазевих лікувальних пов'язок (Унна-Кефера) з дотриманням принципу перебігу фаз ранового процесу і застосуванням лікувальної та пожиттєвої, щоденної еластичної компресії.

Результати. При виразках діаметром від 2 до 5 см (344) курс лікування до повної епітелізації становив від 2 до 5 тижнів; а при трофічних виразках у діаметрі від 6 до 9 см (179) – 6-10 тижнів. У 31 хворого загоєння проходило під пов'язкою Унна-Кефера, а в 59 хворих при виразках діаметром більше 10 см терміни лікування становили 15-18 тижнів, з багаторазовим використанням пов'язок Унна-Кефера. У 44 (7 %) пролікованих хворих наступили рецидиви виразок через порушення режиму компресійної терапії.

Висновки. Таким чином, застосування вищенаведеного лікування з дотриманням принципу лікування з врахуванням перебігу фаз ранового процесу та лікувальної і пожиттєвої, щоденної еластичної компресії, дає можливість у 93 % отримати стійкий лікувальний ефект.

Ключевые слова: трофическая язва, хроническая венозная недостаточность, цинк-желатиновая повязка, постуральный дренаж, эластическая компрессия.

Буковинский медицинский вестник. Т.21, № 3 (83). С. 169-174

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРИИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Б.П. Попадюк

Цель работы – улучшить результаты комплексного консервативного лечения больных пожилого и старческого возраста с трофическими язвами нижних конечностей на фоне хронической венозной, сердечно-сосудистой недостаточности и сахарного диабета II типа с использованием адъювантной общей и местной фармакоterapiи в условиях амбулатории общей практики и семейной медицины.

Материал и методы. В статье представлено десятилетний опыт консервативного лечения 834 больных с трофическими язвами нижних конечностей венозной и другой этиологии во врачебной амбулатории общей практики и семейной медицины, с днев-

Обмін досвідом

ным стационаром при использовании адъювантного общего лечения на основе Орегонского протокола (1999), а в местной терапии – мазевых лечебных повязок, в т.ч. Унна-Кефера, с тщательным соблюдением принципа течения фаз раневого процесса, а также применения лечебной и пожизненной, ежедневной эластической компрессии.

Результаты. При язвах диаметром от 2 до 5 см (344) курс лечения до полной эпителизации был от 2 до 6 недель; а при ТВ в диаметре от 6 до 9 см (179) составлял 6-10 недель. При этом, у 31 из них заживление наступало под повязкой Унна-Кефера, а у 59 больных при язвах диаметром больше 10 см сроки лечения были 15-18 недель, с многократным использованием повязок Унна-Кефера. В 44 (7 %) пролеченных больных наступили рецидивы язв из-за нарушения режима компрессионной терапии.

Выводы. Таким образом, применение вышеуказанного лечения с соблюдением принципа течения фаз раневого процесса, а также лечебной, и пожизненной, ежедневной эластической компрессии, даёт возможность в 93 % получить стойкий лечебный эффект.

Key words: trophic ulcers, chronic venous insufficiency, zinc gelatinous dressings, postural drainage, elastic compression.

Bukovinian Medical Herald. T.21, № 3 (83). P. 169-174

CONSERVATIVE TREATMENT ON VENOUS ULCERS OF THE LOWER EXTREMITIES OF ELDERLY AND SENILE AGE IN AMBULATORY GENERAL PRACTICE AND FAMILY MEDICINE

V.P. Popadyuk

Objective. The aim of the work is to improve the results of complex conservative treatment of elderly and senile patients with trophic ulcers of the lower extremities on the background of chronic venous, cardiovascular insufficiency and type II diabetes mellitus with the use of adjuvant general and local pharmacotherapy in a general practice and family medicine outpatient setting.

Materials and methods. The paper presents ten years of conservative treatment 834 patients (of them: in working age – 209, in the elderly and senile – 625), the trophic ulcers of the lower limbs and other venous etiology in a district hospitals (2007-2012) and in ambulatory general practice and family medicine (2013-2016), using a common adjuvant treatment Oregon protocol based (1999) and locally – ointment medical dressings, including Unna's boot, carefully principle of motion phases of wound healing, and the use of medical daily elastic compression.

Result. Ulcers with a diameter of 2 to 5 cm (344) treatment to complete epithelialization was between 2 to 5 weeks; and ulcers in diameter from 6 to 9 cm (179), he was 6-10 weeks. Thus, in 31 patients healing took place under the bandage Unna's boot and in 59 patients with ulcers with a diameter of 10 cm treatment periods were 15-18 weeks, with repeated use of Unna's boot. In 44 (7 %) treated patients with recurrent ulcers occurring due to violation of compression therapy.

Conclusion. Thus, the use of above mentioned treatment, taking into account current phases of wound healing, and medical daily elastic compression makes it possible to get a 93 % sustained therapeutic effect.

Вступ. Від 600 тис. до 2,5 млн людей у світі страждають на хронічні трофічні виразки гомілок і стоп. У середньому, за даними різних джерел, трофічні виразки (ТВ) венозної етіології становлять 70-75 % від усіх виразок нижніх кінцівок і трапляються у 2 % дорослого населення індустріально розвинених країн [1]. У пацієнтів літнього і старечого віку частота їх виникнення зростає більше ніж у 3 рази та сягає 4-6 % [2]. За даними наукового дослідження «Дефект», проведеного за ініціативою Національного інституту хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України та Асоціації судинних хірургів України (2006), трофічні виразки трапляються у 27,12 % населення України. При цьому 12,9 % пацієнтів діагностують епітелізовану трофічну виразку, а 7,4 % хворих постійно звертаються за медичною допомогою для лікування відкритої виразки [3, 4, 5, 6]. У хворих на декомпенсовану хронічну венозну недостатність (ХВН) значно збільшуються матеріальні затрати на лікування, знижується соціальна активність та збільшується відсоток їх виходу на інвалідність [6, 7, 8]. Враховуючи, що в Україні частота ТВ при варикозній хворобі сягає 12,9 %, а ХВН у сільського населення трапляється в 15-18 %, то на тлі постаріння сільського населення частота трофічних виразок (ТВ) нижніх кінцівок в осіб літнього і старечого віку виникає втричі частіше і становить 4-7% [4, 6, 7, 8].

Вибір варіанта місцевого лікування визначається перш за все стадією ранового процесу, супутніми ускладненнями (дерматит, целюліт), індивідуальними особливостями пацієнта (наявність полівалентної алергії, непереносимості того чи іншого препарату), його фінансовими спроможностями, а також готовністю хворого до співпраці [6, 9].

Тому застосування методів консервативного лікування ХВН та інших захворювань нижніх кінцівок, які ускладнюються ТВ, в умовах сільської амбулаторії загальної практики і сімейної медицини, на сучасному етапі реформування медичного обслуговування населення є досить актуальним [13, 14].

Мета роботи – покращити результати комплексного консервативного лікування хворих літнього та старечого віку на трофічні виразки нижніх кінцівок на тлі хронічної венозної, серцево-судинної недостатності та цукрового діабету II типу з використанням ад'ювантної загальної та місцевої фармакотерапії в умовах амбулаторії загальної практики та сімейної медицини.

Матеріал і методи. Представлені дані консервативного лікування ХВН з ТВ за період 2007-2016 років. У період 2007-2012 рр. хворі отримували лікування стаціонарно, а з 2013 по 2016 рр. – в умовах амбулаторії з денним стаціонаром, яка була створена на базі лікарні зі збереженням перев'язочної, автоклавувальної, фізикабінету, лабораторії, аптечного пункту та лікарського, серед-

нього і молодшого персоналу. Проліковано 506 хворих на ТВ, з них: на тлі варикозного розширення вен – 86 (17 %); 405 (80 %) – при посттромботичному синдромі (ПТС) та в 15 (3 %) – на тлі серцевої декомпенсації та діабету.

Чоловіків було 142 (28 %), а жінок – 364 (72 %). За віком пацієнти були розподілені згідно з класифікацією ВООЗ (2015). В юнацькому віці (20-25 років) було 3 хворих, у молодому віці (25-45) пролікували 56 хворих, а в середньому віці (45-60 років) – 67. Пацієнти літнього віку (60-75 років) – 303 особи, старечого (75-90) – 77. У 380 стаціонарних хворих літнього і старечого віку виразки за діаметром 2-5 см – у 253 хворих; 6-9 см – у 84; 10-15 см – у 43 осіб. У хворих на ЦД (9) виразки діаметром 2-5 см були у 6, а 6-9 см – у 3 пацієнтів. Шість пацієнтів з некомпенсованою серцево-судинною патологією страждали венозними трофічними виразками діаметром від 10 до 14 см. Тривалість захворювання на трофічні виразки в пацієнтів становила в середньому 15 років.

У період 2013-2016 років амбулаторне консервативне лікування проводили у 328 хворих, у яких ТВ на тлі варикозної хвороби були в 62 (19 %); причиною ТВ у 256 (78 %) осіб був ПТФС; у 10 (3 %) пацієнтів виразкування наступало при ЦД та некомпенсованій серцево-судинній патології. Чоловіків було 72 (22 %), жінок – 256 (78 %). Вік хворих коливався від 20 до 90 років. В юнацькому віці – 2 хворих, у молодому (25-45) – 36, а в середньому віці (45-60) проліковано 45, що разом у працездатному віці становило 83 хворих. Пацієнтів у літньому (60-75) віці було 196, а в старечому (75-90) – 49. Отож, за десять календарних років (2007-2016) колективом лікарні і амбулаторії загальної практики та сімейної медицини всього проліковано 834 хворих на ТВ, із них у працездатному віці – 209, а в літньому та в старечому – 625 осіб.

При консервативному лікуванні ТВ, ми використовували рекомендації Aleksander (1992) та Орегонського протоколу лікування (1999), що включає: ліжковий режим із постуральним дренажем; системну антибактеріальну терапію, щоденний туалет виразки мильною водою, вологовисихаючі пов'язки, компресійний гольф або бинтування (30-40 мм рт. ст.), місцево кортикостероїди при дерматиті та екземі, постійне носіння компресійних гольфів або бинтування після загоєння виразки.

Результати дослідження та їх обговорення. За десять календарних років (2007-2016) колективом лікарні і амбулаторії загальної практики та сімейної медицини всього проліковано 834 хворих на ТВ, із них осіб літнього та старечого віку – 625 пацієнтів. При обстеженні пацієнтів ми враховували стан трофічних виразок нижніх кінцівок, рестрували не лише їхні розміри та локалізацію, але й констатували тканинні зміни та

Обмін досвідом

клінічні форми ТВ: гнійно-некротичні, епітеліальні та кальозні. Пацієнти скаржилися на прогресування ТВ, гіперпигментацію шкіри гомілки, індурацію підшкірно-жирової клітковини, наявність варикозно розширених вен, а у випадку гострого тромбозу – на інтенсивний біль уздовж стовбура вени та прилеглих до нього тканин. Також пацієнти скаржилися на тривале загоювання виразок, виражений больовий синдром, інтенсивний свербіж шкіри, нічні судоми в литкових м'язах, відчуття тяжкості та набрякання гомілки та стопи, обмеження діапазонів згинання та розгинання стопи в гомілковостопному суглобі ушкодженої кінцівки. В анамнезі у більшості з них був перенесений тромбоз глибоких вен, тобто причиною ТВ і їх рецидивів, та багаторазового лікування був ПТС.

Консервативне лікування ТВ ми проводили згідно з фазами перебігу ранового процесу. У стадії ексудації, як правило, в умовах стаціонару, або денного стаціонару проводили інтенсивну системну терапію ХВН, що включала полівалентні венотоніки, венопротектори (детралекс, актовегін), тромбоцитарні дезагреганти (трентал, пентоксифілін, пентосану полісульфат), вітаміни в різних композиціях; антигістамінні, знеболювальні та нестероїдні протизапальні засоби; антибіотикотерапію (цефалоспорины різного покоління, а в тяжких випадках – карбапенеми); препарати системної ензимотерапії.

Корегувальну терапію супутньої патології виконували цілеспрямовано – патогенетичне медикаментозне лікування (антиаритмічні, гіпотензивні, метаболічні та інші лікарські засоби, при тяжкому перебігу запалення виразки та наростанні SIRS, хворих із супутнім ЦД II типу тимчасово переводили на добову дозу простого інсуліну).

Місцеве лікування включало: щоденний туалет виразки мильною водою з подальшим промиванням розчинами антисептиків. За наявності дерматиту та екземи по краях виразки застосовували місцеві кортикостероїдні препарати. Решту поверхні гомілки – втиранням антитромботичного гелю. Волого-висихаючі пов'язки при больовій формі виразки накладали змоченими в діоксизолі серветками або мазь офлокаїн. При безбольовій формі виразки використовували мазь левоміколь. Препарати на виразку наносили 1-2 рази на добу і фіксували стерильним бинтом, на який накладали компресійний бинт I-II класу або гольф II-III компресійного класу. У нічний період використовували постуральний дренаж – підвищене положення ураженої кінцівки, без еластичної компресії. У стадії грануляції продовжували венотоніки (детралекс), дезагреганти, а місцево за наявності фібрину виразку очищали мазями: вулнузан або іруксол. У подальшому для загоєння виразки накладали щоденно мазь метилурацил з мірамистином або левосин до активної епітелі-

зації. У фазі епітелізації використовували гелі (солкосерил, метрожил та ін.). Як у I, так і в II і III стадіях ранового процесу перев'язка обов'язково закінчувалася накладанням компресійних бинтів I-II класу або надіванням гольфа II-III компресійного класу.

Для запобігання рецидивам ТВ, хворим рекомендували пожиттєво компресійну терапію (бинти, трикотаж), а в молодшому віці ХВН корегували оперативними методами з використанням сучасних методик лазерної ендоваскулярної корекції варикозу та неспроможних клапанів пронизаних вен в умовах стаціонарів судинної хірургії.

При виразках діаметром від 2 до 5 см (344) курс лікування становив від 2 до 6 тижнів; а при ТВ у діаметрі від 6 до 9 см (179) він становив 6-10 тижнів. При цьому в 31 хворого загоєння проходило під пов'язкою Унна-Кефера з різною концентрацією оксиду цинку, желатини та гліцерину, залежно від пори року. При масивному промоканні пов'язки її поверхню обробляли бетацином або водним розчином йоду. У 59 хворих виразки були діаметром більше 10 см і це викликало збільшення термінів лікування до 15-18 тижнів, а також багаторазову потребу в накладанні у 22 хворих пов'язки Унна-Кефера (О.В.Іванина, 2006).

У 44 (7 %) з них упродовж від 8 місяців до 3 років, після нашого лікування, наступили рецидиви виразок через порушення режиму компресійної терапії і харчування (прогресуючого аліментарного ожиріння), у 93 % (581) – отримали стійкий лікувальний ефект. Вимірювання діаметра ТВ здійснювали кожні 4-5 діб. З цією метою перед початком лікування визначали середній діаметр ТВ. Оброблену антисептиком поліетиленову плівку накладали на поверхню ТВ і окреслювали її контур. Отримані зображення ТВ накладали на листок міліметрового (калібрувального) паперу і визначали найбільший діаметр виразки в сантиметрах. Загоєння ТВ упродовж доби характеризує динаміку регенеративних процесів і залежить не тільки від регенерації епітелію, але й прилеглих уражених тканин.

Таким, чином, застосування методів консервативного лікування ХВН та інших захворювань нижніх кінцівок, які ускладнюються ТВ, в умовах сільської амбулаторії загальної практики і сімейної медицини, на сучасному етапі реформування медичного обслуговування населення необхідно проводити якомога на ранніх стадіях із урахуванням фази перебігу ранового процесу.

Висновок

Застосування вищенаведеного лікування з дотриманням принципу лікування з врахуванням перебігу фаз ранового процесу та лікувальної і пожиттєвої, щоденної еластичної компресії, дає можливість у 93 % отримати стійкий лікувальний ефект.

Exchange of experience

Перспективи подальших досліджень. У подальшому планується вивчення генезу утворення виразок на тлі порушень у глибокій та поверхневій венозній системі нижніх кінцівок, а при лікуванні – більш широким застосуванням вітчизняних мазевих середників згідно з фазами перебігу ранового процесу.

Список літератури

1. Галига ТМ. Комплексне лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок, ускладненої трофічними виразками [автореферат]. Київ; 2009. 36 с.
2. Русин ВІ, Левчак ЮА, Русин АВ. Хірургічне лікування хронічної венозної недостатності. Клінічна хірургія. 2003;12:21–23.
3. Чернуха ЛМ, Гуч АА, Никульников ПИ. Тяжелые формы варикозной болезни нижних конечностей. Возможна ли радикальность хирургического лечения? Хірургія України. 2005;4:33–37.
4. Тураев ПИ. Хроническая венозная недостаточность и язвы нижних конечностей. Вінниця: Нова книга; 2005. 208 с.
5. Кириенко А И, Богданец Л И, Кузнецов А Н. Новые возможности местного лечения венозных трофических язв. Вести дерматологии и венерологии. 2000;3:64–66.
6. Якушева ЕА. Гемодинамическое обоснование хирургического лечения больных пожилого возраста с варикозными трофическими язвами [автореферат]. Саратов; 2007. 26 с.
7. Stojadinovic O, Brem H, Vouthounis C, et al. Molecular pathogenesis of chronic wounds: The role of beta-catenin and cmyc in the inhibition of epithelialization and wound healing. Am. J. Pathol. 2005 Jul;167(1):59–69.
8. Segiet O, Brzozowa M, Piecuch A, et al. Biomolecular mechanisms in varicose veins development. Ann. Vasc. Surg. 2014;30(10):122–27.
9. Douglas WS, Simpson NB. Guidelines for the management of chronic venous leg ulceration: Report of a multidisciplinary workshop. British. J. of Dermatology. 1995; 132:446–52.
10. Oregon Health Sciences University. Portland. Oregon. 1999.
11. The Aleksander House group. Consensus leg ulcers. Flebology. 1992;7:48-58.
12. Іванина ОВ. Лікування трофічних виразок. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2006;1:45- 47.
13. Чонка П. Амбулаторне лікування венозних трофічних виразок. Тернопіль: ТДМУ Укрмедкнига; 2015. 110 с.
14. Антонюк-Кисіль ВМ, Кучерук ЄФ, Невмержинський АС, Лесь ВМ. Можливості хірургічного лікування трофічних виразок нижніх кінцівок у пацієнтів похилого і старечого віку в амбулаторних умовах. Вісник наукових досліджень. 2016;3:46-50.

References

1. Halyha TM. Kompleksne likuvannya varykoznoyi khvoroby nyzhnykh kincivok, uskladnenoyi trofichnymu vyrazkamy [Complex of treatment of varicose disease of the

- lower extremities, complicated by trophic ulcers]. Kyiv; 2009.36. (In Ukrainian).
2. Rusyn VI, Levchak YuA, Rusyn AV. Khirurhichne likuvannya khronichnoyi venoznoyi nedostatnosti. Surgical treatment of chronic venous insufficiency. Klinichna khirurhiya. 2003;12:21–23. (in Ukrainian).
3. Chernukha LM, Huch AA, Nykulnykov PY. Tyazhelye formy varykoznoj bolezny nyzhnykh konechnostej. Vozmozhna ly radykalnost khyrurhicheskoho lechenyya? [Severe forms of varicose disease of the lower extremities. Is it possible a radical surgical treatment?] Khirurhiya Ukrayiny. 2005;4:33–37 (in Russian).
4. Turaev PY. Khronicheskaya venoznaya nedostatochnost y yazyv nyzhnykh konechnostej. [Chronic venous insufficiency and ulcers of lower extremity]. Vinnyca: Nova knyha; 2005; 208 (In Ukrainian).
5. Kyryenko AY, Bohdanec LY, Kuznecov AN. Novye vozmozhnosti mestnoho lechenyya venoznykh troficheskyykh yazv. Vesty dermatolohyy y venerolohyy. New possibilities for local treatment of venous trophic ulcers. News of dermatology and venereology. 2000;3:64–66 (in Russian).
6. Yakusheva EA. Hemodynamicheskoe obosnovanye khyrurhicheskoho lechenyya bolnyx pozhyloho vozrasta s varykoznyymi troficheskymy yazvamy [Hemodynamic substantiation of surgical treatment of elderly patients with varicose trophic ulcers] Saratov, 2007.26s. (in Russian).
7. Stojadinovic O, Brem H, Vouthounis C, et al. Molecular pathogenesis of chronic wounds: The role of beta-catenin and cmyc in the inhibition of epithelialization and wound healing. Am. J. Pathol. 2005 Jul;167(1):59–69.
8. Segiet O, Brzozowa M, Piecuch A, et al. Biomolecular mechanisms in varicose veins development. Ann. Vasc. Surg. 2014;30(10):122– 127.
9. Douglas WS, Simpson NB. Guidelines for the management of chronic venous leg ulceration: Report of a multidisciplinary workshop. British. J. of Dermatology. 1995;132:446–452.
10. Oregon Health Sciences University. Portland. Oregon. 1999.
11. The Aleksander House group. Consensus leg ulcers. Flebology. 1992;7:48-58.
12. Іваньна ОВ. Лікування трофічних виразок. Український журнал дерматології, венерології, косметології. [Treatment of trophic ulcers. Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology]. 2006;1:45- 47(In Ukrainian).
13. Chonka P. Ambulatorne likuvannya venoznykh trofichnykh vyrazok. [Outpatient treatment of venous trophic ulcers]. Ternopil: TDMU Ukrmedknyha; 2015;110 (In Ukrainian).
14. Antonyuk-Kysil VM, Kucheruk YeF, Nevmerzhytskyj AS, Les VM. Mozhlyvosti khirurhichnoho likuvannya trofichnykh vyrazok nyzhnykh kincivok u paciyentiv pokhyloho i starechoho viku v ambulatornykh umovakh. [Possibilities of surgical treatment of trophic ulcers of the lower extremities in patients of the elderly and aged in outpatient conditions]. Visnyk naukovykh doslidzhen. 2016;3:46-50 (In Ukrainian).

Відомості про автора:

Попадок Борис Прокопович, завідувач Черчецької амбулаторії загальної практики і сімейної медицини, Чемеровецького центру первинної медико-санітарної допомоги Хмельницької області (вул. Ліщука, 77, с. Черче, Чемеровецького району, Хмельницької області, поштовий індекс: 31647), Україна.

Обмін досвідом

Сведения об авторе:

Попадюк Борис Прокопьевич, заведующий Черчецкой амбулатории общей практики и семейной медицины, Чемеровецкого центра первичной медико-санитарной помощи Хмельницкой области (ул. Лищука, 77, с. Черче, Чемеровецкого района, Хмельницкой области, почтовый индекс: 31647), Украина.

Information about the author:

Popadyuk B. P.; [head of Cherche Outpatient clinic of general practice and family medicine of the Chemirovtsi center for primary health care] St. Lischuk, 77; Cherche village, Chemerovetsk district, Khmelnytsky region, Index: 31647, Ukraine.

Надійшла до редакції 15.06.2017

Рецензент – проф. Польовий В.П.

© Б.П. Попадюк, 2017
