

sions. The proposed methodology allows in most cases to achieve good and satisfactory results. The results depend on the localization and genesis of chronic wounds. There was a high incidence of relapses in the group of patients with chronic wounds of venous geneses. Conclusion. Combined use of autodermoplasty and PRP-therapy in case of surgical restorative intervention has been found out as clinically effective. The applied method enables to reach statistically significant improvement of the treatment outcomes for patients with chronic wounds.

УДК: 616-06-036.3:613.25

**Рокутова М.К., Тищенко І.В., Бондарева О.О., Дольник М.Ю.**

## **ОЖИРІННЯ У ПАЦІЄНТІВ З КОМОРБІДНИМИ СТАНАМИ: СТАВЛЕННЯ ДО ФАКТОРІВ РИЗИКУ**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

*З метою оцінити відношення пацієнтів терапевтичного стаціонару до ожиріння опитано за допомогою оригінальної анкети 42 хворих на ожиріння. Пацієнти були госпіталізовані з приводу артеріальної гіпертензії, цукрового діабету 2 типу, ішемічної хвороби серця, пневмонії, гіпотиреозу та хронічного пієлонефриту. Проаналізовані особливості харчової поведінки, режиму фізичних навантажень хворих, анамнез ожиріння, анамнез корекції ваги тіла. Головними чинниками ожиріння у опитаних виявились нераціональне харчування, гіподинамія, обтяжений сімейний анамнез, порушення режиму сну, окремими факторами - вікові особливості у жінок, зміни стереотипу життя. Встановлено, що хворі мають уявлення про наслідки тривалого ожиріння для здоров'я, але майже не приділяють уваги зниженню маси тіла. Спроби лікування мають несистемний характер, переважно шляхом самостійної корекції харчового раціону, без значного ефекту.*

Ключові слова: ожиріння, фактори ризику, харчова поведінка, фізичне навантаження, спосіб життя, корекція надмірної ваги, мотивація.

Кафедральна науково-дослідницька тема «Особливості коморбідних станів при ендокринних захворюваннях» (Шифр ІН.02.16.).

### **Вступ**

Поширеність ожиріння наприкінці ХХ ст., за даними статистики, набула характеру глобальної епідемії. Кількість людей в світі, які мають надлишкову вагу, сьогодні складає близько 1,6 млрд., ще майже 700 млн. хворіє на ожиріння [11]. Від ожиріння страждають понад 50% жителів розвинених країн. Ожиріння має аспекти естетичні, соціальні, але насамперед це проблема медична [10]. Внаслідок ожиріння страждають кістково-м'язовий апарат, печінка, змінюються моторика та секреція шлунково-кишкового тракту, функція легень, вражаються серце та судини [1,3], порушується адаптація людини до соціуму. Ожиріння та його ускладнення, як правило, не виділяють як головні причини смертності, але воно, беззаперечно, є найважливішим фактором ризику головних причин смертності населення у світі (серцево-судинні хвороби, деякі види раку, цукровий діабет) [1,3,5]. З цієї точки зору, серед причин смерті, яким можна запобігти, ожиріння посідає друге місце (після куріння) за частотою смертельних випадків у світі [10]. Фактори ризику ожиріння добре відомі. Серед зовнішніх причин це значне споживання калорій, недостатня фізична активність, стреси. Не менш значущими є внутрішні фактори: порушення регуляції апетиту, ліпідного обміну, вікові зміни в організмі, гормональні порушення (гіперінсулінемія, гіперкортизолемія, недостаток естрогенів) та змінена спадковість [2,4,6,7].

Патологічні процеси, пов'язані з ожирінням, становлять важливу проблему не тільки для па-

цієнта, а й для всієї системи охорони здоров'я [1,8]. Лікування ожиріння - складне завдання. В лікуванні даного захворювання головними та патогенетично обґрунтованими є зусилля, спрямовані на нормалізацію метаболічних зрушень та зниження ваги [1]. Кожному пацієнту необхідно скласти індивідуальну конкретну програму не тільки для зниження зайвої ваги, а ще й для стійкого утримання досягнутого оптимального результату [1,8]. Ефективність лікування хворих на ожиріння залишається дуже низькою [1,8]. Терапевтичні навчальні програми спрацьовують далеко не у всіх випадках, тому при тяжких формах може постати питання навіть про хірургічні методи лікування [8]. Все одно терапевтичне навчання залишається основним методом боротьби. Головна мета – формування усвідомленої медичної мотивації до тривалого лікування, зміни звичного способу життя, підвищення особистої відповідальності хворого за своє здоров'я та життя [1,8,9].

Досягти суттєвого зниження ваги досить складно. Найбільшим фактором успіху є стійка внутрішня мотивація хворого та бажання лікаря допомогти [4,8,9]. На жаль, незважаючи на те, що ожиріння є фактором ризику багатьох захворювань, на те, що розроблені офіційні профілактичні програми та методи лікування, велика кількість людей надалі не звертають увагу на зайву вагу та не вважають її проблемою.

### **Мета дослідження**

Проаналізувати фактори ризику розвитку ожиріння у хворих з соматичною патологією та

ставлення до них пацієнтів на підставі проведеного анкетування.

### Матеріали та методи

Проведено опитування та обстеження 42 пацієнтів з ожирінням різного ступеню, які були госпіталізовані до терапевтичного, кардіологічного та ендокринологічного відділень КЗ «Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 9» ДООС» у вересні-грудні 2016 р. з приводу патології внутрішніх органів (гіпертонічна хвороба (ГХ), ішемічна хвороба серця (ІХС), пневмонія, хронічний пієлонефрит) та ендокринної системи (цукровий діабет 2 типу (ЦД), гіпотиреоз). Середній вік хворих  $52,3 \pm 9,1$  року (33; 65); чоловіків – 19 (45,2%), жінок – 23 (54,8%). Хворим було запропоновано заповнити, за їх згодою, оригінальну, розроблену авторами, анкету. До анкети були включені запитання щодо віку, статі, антропометричних даних, часу та можливих причин виникнення ожиріння (на думку пацієнтів), наявності супутніх захворювань та факторів ризику (ФР) ожиріння (особливості харчування, фізична активність, спадковість, анамнез паління). Особлива увага в анкеті приділялась відношенню пацієнтів до розвитку в них ожиріння, їх інформованості стосовно можливих шляхів корекції зайвої ваги та конкретним діям пацієнтів на шляху нормалізації маси тіла. Під час госпіталізації були проведені виміри маси тіла, обводів талії та стегон. Оцінка індексу маси тіла (ІМТ) проводилась згідно із загальноприйнятими рекомендаціями (ВООЗ, 2007), оцінка розподілу підшкірної клітковини – за співвідношенням обвід талії/обвід стегон (ОТ/ОС) (ВООЗ, 2007).

### Результати дослідження та їх обговорення

Всі опитані пацієнти мали ІМТ  $30 \text{ кг/м}^2$  та більше. За рівнем ІМТ ожиріння 1 ступеню (ст.) встановлено у 27 хворих (64,3%), 2 ст. – у 13 (30,9%), 3 ст. – у 2 осіб (4,8%). У всіх обстежених пацієнтів мало місце ожиріння з рівномірним розподілом підшкірної клітковини за абдоминаль-

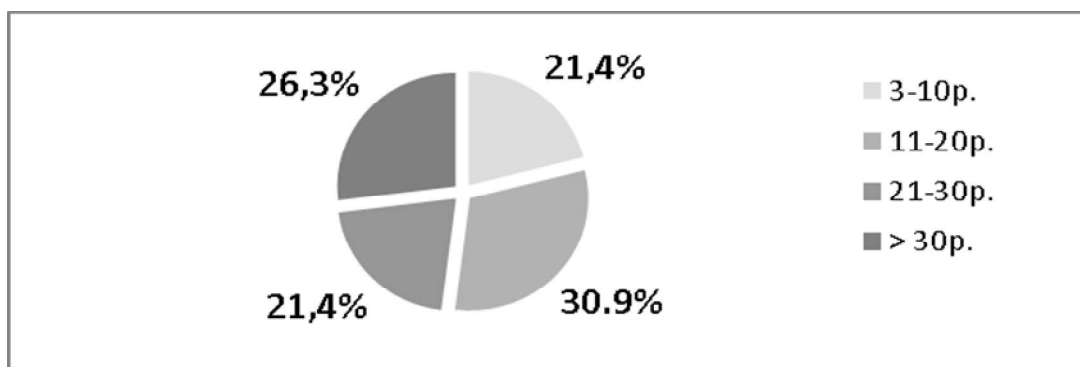
ним варіантом, що є самостійним фактором ризику таких серйозних захворювань, як цукровий діабет 2 типу та ішемічна хвороба серця. У всіх чоловіків співвідношення ОТ/ОБ було більше 1,0, у всіх обстежених жінок – більше 0,85.

Серед захворювань, що були основною причиною госпіталізації анкетованих хворих, переважала гіпертонічна хвороба (47,6%). 23,8% опитаних були госпіталізовані з приводу цукрового діабету 2 типу, 11,9% – з приводу ІХС, 7,1% – з приводу пневмонії, по 4,8% – з приводу гіпотиреозу та загострення хронічного пієлонефриту. Як супутнє захворювання частіше зустрічався діагноз деформуючого артрозу суглобів (23,8%). Перегляд медичної документації (запис в історії хвороби стаціонарного хворого під час надходження в стаціонар) показав, що при первинному огляді пацієнта діагноз «ожиріння», з урахуванням фіксованих антропометричних даних, встановлювався далеко не завжди. Він був ви- ставлений всім пацієнтам з ендокринною патологією, а при всіх інших захворюваннях – лише в 40% випадків.

Для розуміння пацієнтами можливих наслідків для здоров'я наявності у них зайвої ваги важливою є інформація про вік, в якому розпочався цей патологічний процес, та про можливі причини його розвитку. Так, за даними анкети, у віці до 25 років ожиріння розвинулось у 16 (38,1%) пацієнтів, у віці від 26 до 45 років – у 18 (42,9%), у віці від 46 до 60 років – у 7 (16,7%), старше 60 років у 1 (2,4%) пацієнта (мал. 1), тобто у більшості пацієнтів початок формування ожиріння роз Середня тривалість цієї патології в групі досліджених –  $21,9 \pm 9,8$  року (3; 44). Найбільшу частину склали пацієнти зі стажем хвороби від 11 до 20 років (30,9%) та більше 30 років (26,3%). Однакова кількість обстежених (по 21,4%) виявилась зі стажем ожиріння 3-10 та 21-30 років (мал. 2).почався в найбільш працездатному віці.



Мал. 1. Розвиток ожиріння залежно від віку пацієнтів, n=42



Мал. 2. Розподіл хворих залежно від стажу ожиріння, n=42

Відомо, що на процес збільшення ваги тіла можуть впливати різноманітні чинники: спадковість, певні особливості образу життя (харчова поведінка, гіподинамія, часті стресові ситуації), деякі патологічні процеси, особливо з боку ендокринної системи, вікові зміни та гендерні особливості, вживання медикаментів [2]. Відповідальне відношення хворих до факторів ризику забезпечує успіх лікування.

Анкетування показало, що близько третини хворих (28,6%) пов'язують виникнення в себе ожиріння з певним станом: припинення паління (41,7%), пологи (41,7%), клімакс (8,3%), малорухливий спосіб життя (8,3%). Водночас більшість хворих (71,4%), на жаль, не аналізувала свій фізичний стан та з можливою причиною збільшення ваги не визначилась (табл. 1).

Табл. 1.  
Суб'єктивні причини розвитку ожиріння у опитаних хворих

Чинники (на думку пацієнтів)	Кількість осіб, n=42
<u>Визначились з них:</u>	12 (28,6%)
Припинення паління	5 (41,7%)
Вагітність і пологи	5 (41,7%)
Клімакс	1 (8,3%)
Малорухливий спосіб життя	1 (8,3%)
<u>Не визначились</u>	30 (71,4%)

Табл. 2.  
Режим харчування опитаних хворих

Особливості харчування	Кількість осіб, n=42
<u>Кількість прийомів їжі:</u>	
1-2 рази/добу, великими порціями	10 (23,8%)
3-5 разів/добу	28 (66,7%)
7-8 разів/добу	4 (9,5%)
<u>Вживання їжі на ніч:</u>	
- не вживають	20 (47,6%)
- вживають,	22 (52,4%)
з них:	
бутерброди, ковбаса/гарнір	27 (63,6%)
легка вечеря	15 (36,4%)

Майже у половини проанкетованих пацієнтів (40,5%) ожиріння спостерігалось в сімейному анамнезі. З одного боку, це може свідчити про можливу генетичну схильність у обстежених до порушення ліпідного обміну та зростання ваги. З іншого боку, це може вказувати на особливості способу життя родини (звички, схожий режим харчування та раціон, подібні за інтенсивністю фізичні навантаження та ін.). Знання цих чинників, їх об'єктивна оцінка саме хворими налаштову-

ють їх на лікування та можуть сприяти його ефективності [2].

Проте, з точки зору обстежених пацієнтів, зловживання калорійною їжею або порушення харчової поведінки не вважались ними вагомими чинниками розвитку ожиріння. Аналіз анкет показав, що 23,8% хворих вживали їжу рідко та великими порціями (1-2 рази на добу), або, навпроти, часто (7-8 разів) – 9,5% осіб. Крім того, у значної частини пацієнтів (52,4%) мала місце дуже

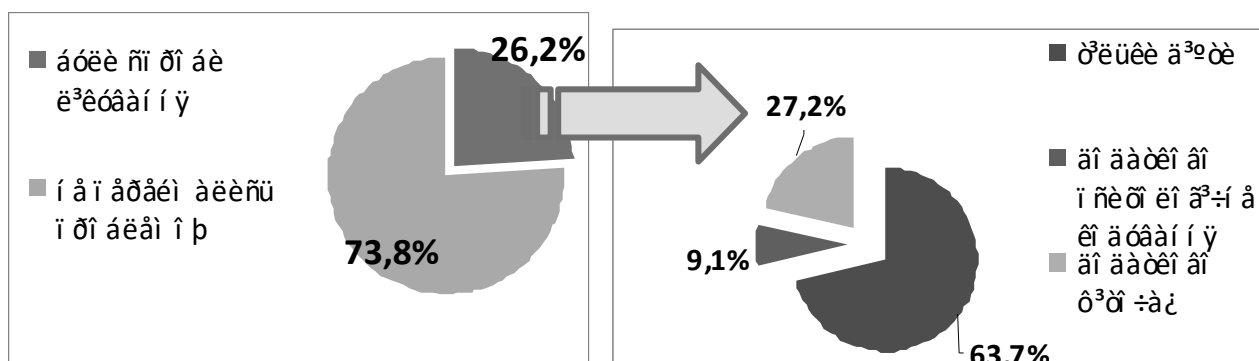
пізня вечеря, до того ж з включенням калорійних продуктів. Особливості режиму харчування опитаних хворих представлені в табл. 2.

Основу добового раціону у більшості половини (54,8%) пацієнтів складали легкозасвоювані вуглеводи (картопля, макаронні вироби), у 44,4% – жирні та смажені страви. Як виявилось, в харчу-

ванні опитаних осіб також мало місце надмірне вживання солодощів (23,8%) та алкогольних напоїв (28,6%). При цьому 50% обстежених відмітили, що рідко або взагалі не вживали страви, багаті на білок (м'ясо, риба, молочні продукти), а 14,3% пацієнтів не вживали щоденно свіжі овочі та фрукти (мал. 3).



Мал. 3. Переважний склад продуктів в харчуванні обстежених хворих



Мал. 4. Анамнез спроб корекції ожиріння.

Анкетування виявило обізнаність пацієнтів з можливими наслідками ожиріння та основними методами його лікування. При цьому переважна частина опитаних хворих, 31 особа (73,8%), не переймалися проблемою зайвої ваги. Решта, 11 осіб (26,2%), все ж таки робила спроби її корекції. Так, всі пацієнти, що намагались нормалізувати масу тіла, дотримувалися дієти. З них додатково вдавалися до психологічного кодування – 1 особа (9,1%), до прийому вітамінно-мінеральних добавок та фітоточаїв – 3 (27,2%). Проте, за словами пацієнтів, ефект цих засобів та дій виявився нестійким (мал. 4). Спроб комбінації правильного харчового режиму з регуляр-

ним фізичним навантаженням жоден пацієнт не відмічав.

Вагомим фактором, що впливає на підтримання нормальної маси тіла, є регулярне фізичне навантаження. Щоденна фізична активність у більшості анкетованих осіб виявилась незначною: зазначені переважно пасивний відпочинок (телебачення, комп'ютер) (78,5%) та легка домашня робота (73,8%). 47,6% обстежених відмічали активну прогулянку час від часу, 30,9% – іноді значну домашню роботу. Спроб подальшого збільшення рухової активності не було (табл. 3).

Табл. 3. Характеристика режиму фізичного навантаження опитаних

Види фізичного навантаження	Кількість осіб
1. Ранкова зарядка	10 (23,8%)
2. Спорт	0 (0%)
3. Легка домашня робота	31 (73,8%)
4. Значна домашня робота	13 (30,9%)
5. Пасивний відпочинок	33 (78,5%)
6. Прогулянка	20 (47,6%)

45,2% пацієнтів відмічали пізнє засинання та малу тривалість сну. Будучи обізнаними стосовно негативного впливу порушень сну, зокрема, недосипання на розвиток ожиріння, пацієнти не докладали зусиль щодо нормалізації режиму сну-неспанья.

Паління є фактором ризику багатьох серйозних захворювань. Внаслідок хронічної інтоксикації та змін метаболізму паління може стати причиною ожиріння у певної частини курців. З іншого боку, відмова від паління приводить до зміни однієї залежності на другу, пов'язану із переїданням та зростанням маси тіла. На момент обстеження курці склали 17% від групи обстежених (7 осіб); середній індекс пачка-років склав  $71,2 \pm 5,8$  (від 25 до 135). Серед пацієнтів, котрі до дня опитування кинули палити (18 осіб, 42%), індекс пачко-доба в середньому склав  $1,1 \pm 0,2$ . На думку опитаних, припинення паління стало поштовхом для розвитку в них ожиріння. Проте всі вони не збираються застосовувати цю шкідливу звичку знову як засіб зниження зайвої ваги, справедливо вважаючи, що куріння завдає більшої шкоди здоров'ю і потрібно шукати інші шляхи для боротьби із ожирінням.

## Висновки

1. У обстежених хворих з соматичною патологією мало місце абдомінальне ожиріння переважно 1-2 ступеню.

2. Більшу частину склали хворі на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет 2 типу.

3. Головними чинниками виникнення ожиріння у опитаних хворих виявились нераціональне харчування, недостатня рухова активність, обтяжений сімейний анамнез, порушення режиму сну. Окреме місце посіли певні вікові особливості у жінок та зміни стереотипу життя.

4. Початок розвитку ожиріння найчастіше відбувався в найбільш працездатному віці до 45 років.

5. Більшість пацієнтів не приділяла належної уваги своєму здоров'ю відносно нормалізації маси тіла. Тільки чверть опитаних хворих намагалась докласти до цього зусиль, переважно шляхом самостійної корекції харчового раціону, без значного ефекту.

6. Активна роз'яснювальна робота з пацієнтами, більша увага до питань діагностики ожиріння з боку сімейних лікарів та лікарів-спеціалістів різного профілю сприятимуть зміні

ставлення хворих з коморбідним ожирінням до цієї проблеми, а це є запорукою ефективності лікувально-профілактичного процесу.

## Перспективи подальших розробок

Продовжити вивчення розповсюдженості найбільш поширених факторів ризику ожиріння серед більшої кількості дорослих пацієнтів терапевтичного профілю, особливо з кардіо-васкулярною та ендокринною патологією, з анамнезом куріння, обтяженим по ожирінню сімейним анамнезом та серед пацієнтів, що мають зайву вагу з індексом маси тіла  $25,0-29,9 \text{ кг/м}^2$ .

Продовжити вивчення за допомогою стандартних та оригінальних анкет особистих причин неналежної уваги пацієнтів до способу життя, до стану здоров'я, до рекомендацій лікарів стовно зниження ваги.

Проаналізувати ефективність призначених лікарями загальної практики терапевтичних заходів, спрямованих на нормалізацію маси тіла пацієнтів та досягнення стабільного результату.

Проаналізувати можливі причини недостатньої уваги лікарів до проблеми зайвої ваги у пацієнтів, що лікуються з приводу терапевтичної патології.

Поширити застосування анкетування та розробку терапевтичних програм лікування на когорті хворих терапевтичного профілю з морбідним ожирінням із своєчасним подальшим направленням пацієнтів до спеціалістів по лікуванню морбідного ожиріння, в тому числі, до хірургів (за показаннями).

## Література

- Беловол А.Н. Ожирение: терапевтические подходы к ведению пациентов / А.Н. Беловол, И.И. Князькова // Медицинские аспекты здоровья женщины. - 2013. - № 2 (65). - С. 30-38.
- Бутрова С. А. Лечение ожирения: современные аспекты / С. А. Бутрова, А.А. Плохая // РМЖ. - 2001. - № 24. - С. 1140.
- Евдошенко В.В. Ожирение. Осложнения ожирения. Диагностика, профилактика и лечение морбидного ожирения [Электронный ресурс] / В.В. Евдошенко. - Режим доступа: <https://obese.ru/publication-doctor/obesity/adiposity-complications/>
- Лобыкина Е.Н. Организация профилактики и лечения ожирения и избыточной массы тела взрослого населения крупного промышленного центра / Е.Н. Лобыкина // Международный эндокринологический журнал. - 2011. - №7 (39). - С. 11-18.
- Ожирение и избыточный вес [Электронный ресурс] // Информационный бюллетень ВОЗ. Июнь 2016 г. - Режим доступа: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/)
- Савельева Л.В. Современная концепция лечения ожирения / Л.В. Савельева // Ожирение и метаболизм. - 2011. - №1. - С. 51-56.
- Солнцева А.В. Ранние факторы риска формирования ожирения / А. В. Солнцева, Е. И. Дмитриевич, О. Ю. Загребаява // Военная медицина. - 2014. - №4 (33). - С. 146-148.
- Яшков Ю.И. Современные подходы к лечению ожирения / Ю.И. Яшков, Л.А. Звенигородская, Т.В. Мищенко // Эксперимента-

- льная и клиническая гастроэнтерология. – 2012. – № 11. – С. 3-10.
9. Tsigos C. Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines. / C. Tsigos // *Obes Facts*. – 2008. – V.1(2). – P. 106-116.
10. Vojtech Hainer. Ожиріння: у чому причина? [Електронний ресурс] / Vojtech Hainer // *Внутрішня медицина*. – 2007. – № 6(6). – Режим доступу: <http://rohahzhu.amo-ua.com/archive/issue-3064/>
11. Worldometers - всемирная статистика в реальном времени - Електронні дані. - Режим доступу: [www.worldometers.info/ru/](http://www.worldometers.info/ru/)

### Реферат

ОЖИРЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ: ОТНОШЕНИЕ К ФАКТОРАМ РИСКА

Рокутова М.К., Тищенко И.В., Бондарева О.А., Дольник М.

Ключевые слова: ожирение, факторы риска, пищевое поведение, физическая нагрузка, образ жизни, коррекция избыточного веса, мотивация.

С целью оценки отношения пациентов терапевтического стационара к ожирению опрошено посредством оригинальной анкеты 42 больных ожирением. Пациенты были госпитализированы по поводу артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, ишемической болезни сердца, пневмонии, гипотиреоза и хронического пиелонефрита. Проанализированы особенности пищевого поведения, режима физических нагрузок больных, анамнез ожирения, анамнез коррекции веса тела. Главными факторами ожирения у опрошенных оказались нерациональное питание, гиподинамия, отягощенный семейный анамнез, нарушение режима сна, отдельными факторами - возрастными особенностями у женщин, изменения стереотипа жизни. Установлено, что больные имеют представления о последствиях длительного ожирения для здоровья, но почти не уделяют внимания снижению массы тела. Попытки лечения без системного характера, преимущественно путем самостоятельной коррекции пищевого рациона, без большого эффекта.

### Summary

OBESITY IN PATIENTS WITH COMORBIDITIES IN RELATION TO RISK FACTORS

Rokutova M.K., Tyshchenko I.V., Bondareva O.V., Dolnyk M.

Key words: obesity, risk factors, food behaviour, physical activity, style of life, overweight correction, motivation

42 inpatients of therapeutic department were asked to complete a questionnaire in order to estimate their attitude toward obesity. The main causes for hospital admissions were arterial hypertension, diabetes mellitus type 2, ischemic heart disease, pneumonia, hypothyroidism and chronic pyelonephritis. The peculiarities of food behaviour, the regime of patients' physical activities, the history of obesity, and the history of body weight correction were analyzed. Inadequate nutrition, hypodynamia, an aggravated family history, disturbance of the sleep regime were the main risk factors of obesity among the respondents, and the age characteristics in women, changes in the stereotype of life were considered as additional factors. It has been found that patients are aware of the consequences of prolonged obesity for a health, but they almost don't pay attention to the decline of body weight. Attempts to treat obesity are of unsystematical character, mainly controlled by the self-correction of food ration, without a considerable effect.

УДК 616.61-001-031.25-08

**Саричев Л.П., Панасенко С.М.**

## ОПТИМІЗАЦІЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАКРИТОЇ ТРАВМИ НИРКИ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*Малоінвазивні методи діагностики дозволяють зменшити показання до хірургічного лікування травми нирки. УЗД є ефективним скринінговим методом діагностики ЗТН та моніторингу патологічного процесу. КТ з болюсним введенням рентгеноконтрастної речовини є більш інформативним методом діагностики та моніторингу ЗТН, дозволяє з високою вірогідністю виявити порушення цілості паренхіми, екстравазацію сечі та пошкодження ниркових судин, тим самим більш обґрунтовано підійти до вибору лікувальної тактики. Урогематома з наявністю ознак розвитку паранефрального абсцесу, розвитком септичного стану, методом вибору є перкутанне дренирування. Показанням до відкритого хірургічного втручання залишаються множинні розриви нирки з пошкодженням магістральних судин, неефективність зупинки кровотечі консервативними чи малоінвазивними методами.*

Ключові слова: закрыта травма нирки, гематурия, урогематома, політравма, макрогематурія.

### Вступ

Найчастішими причинами закритої травми нирки є автодорожні катастрофи, падіння з висоти, контактні види спорту. До 70-80% закрыта травма нирки (ЗТН) поєднуються з ушкодженнями інших органів і систем, в першу чергу - черевної порожнини. Співвідношення чоловіків і жінок 3:1 [1,2,3].

ЗТН легкого ступеня (I, II згідно класифікації AAST, 1989 р.) зустрічається у 85% випадків, важкого ступеня (IV- V) не перевищує 4-6%. Проте, саме множинні розриви нирки з ушкодженням судин та порушенням цілості чашково-мискової системи складають загрозу життю хворих і стають показанням до невідкладної операції [4].

Впровадження у клінічну практику екстракор-