

Організація наукових медичних досліджень
«Salutem»

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ

«МЕДИЧНА НАУКА:
НОВІ ІДЕЇ ТА КОНЦЕПЦІЇ»

9-10 листопада 2012 року

Дніпропетровськ
2012

ББК 51.1
УДК 614
М-42

Медицина наука: нові ідеї та концепції. Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпропетровськ, 9-10 листопада 2012 р.). – Дніпропетровськ: Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2012. – 128 с.

ББК 51.1
УДК 614
М-42

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Медицина наука: нові ідеї та концепції». Розглядаються загальні проблеми клінічної та профілактичної медицини, питання фармацевтичної науки та інше.

Призначений для науковців, практиків, викладачів, аспірантів і студентів медичної, фармацевтичної та ветеринарної спеціальностей, а також для широкого кола читачів.

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1. ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА: СУЧАСНІ

ПІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ	7
Безпалько Л. Ю. ВЛИЯНИЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ПЕРИОДУ ТА ВИСОКОКАЛОРИЙНОГО ХАРЧУВАННЯ НА СТРЕС-РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ВІСЦЕРАЛЬНОГО ЖИРУ ТА АКТИВІСТЬ ПРОЗАЦАЛЬНИХ МЕДІАТОРІВ.....	7
Гукасян Н. М., Серик М. А., Халилова Н. Г., Зенін О. К., Лысенко А. О. КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА «MATHMASK» ДЛЯ СОЗДАНИЯ ВИРТУАЛЬНЫХ ВИЗУАЛЬНЫХ ОБРАЗОВ ЛИЦА.....	10
Ломакін Н. И., Кудокочева О. В. КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКИМИ ТЕМПЕРАТУРАМИ СПОСОБСТВУЕТ КОРРЕКЦИИ ИММУННОГО СТАТУСА ЖИВОТНЫХ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ.....	14
Ломачко В. В., Пироженко Л. Н. ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ПРИ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ.....	17
Луциско Д. Г., Марченко В. С. ПОКАЗАТЕЛИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА ОРГАНИЗМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ АКТОПИМАЦИИ К ХОЛОДУ.....	19
Паталова Т. А., Горобченко О. А., Гаташ С. В. ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ КРОЛЕЙ К КИСЛОТНОМУ ГЕМОЛИЗУ В НОРМЕ И ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.....	22

НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ. 25

Аблас О. Э. РОЛЬ МИЛИТРИЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО НАПКИРАТИТА.....	25
Баскакова А. В., Жилкова Е. Т. РАЗРАБОТКА МЕТОДА АНАЛИЗА АЦКЛОВИРА В МОДЕЛЬНЫХ СМЕСЯХ И ЛАЗНЫХ КАПЕЛЬ ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ.....	29
Гайден Л. Л., Плеш І. А., Сливка В. О., Рыбий С. І., Книшовська Г. І., Понич І. Р. ОЦЕНКА УРОВНЯ ФАКТОРОВ ПРОГНОСТИКИ АГ У ХВОРИХ НА ЕГ И СТ. ЗА РИЗНИХ ВАРИАНТОВ ЦИРКАДΙΑНОГО РИТМУ АГ.....	32
Генцицька О. С. ВИСОКИСТАТІВНІ ГІПЕРТЕРМІЗУЮЧІ ЗАСОБИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЕСТЕЗІ ДЕНТИНУ У ПАЦІЄНТІВ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ КРАНИОПАРДОГІТА.....	33
Герман Л. В., Каліновська І. В. СТАП ФТОРИСТАЦИОННОГО КОМПЛЕКСУ У ВАГПНИХ З НЕВИНОШУВАННЯМ.....	36
Головачук О. К., Каліновська І. В. ПЕРЕГІВ ВАГПНОСТІ У ЖІНОК З ГЕНІТАЛЬНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ.....	37
Головачук А. В., Бур'янова О. А. МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ БІОМЕХАНІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК СИСТЕМ ОСТЕОСИНТЕЗУ.....	38
Гузак Б. В., Слесаренко С. В., Гавриленко П. Т. ОСОБЛИВОСТІ АНТИБІОТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ОБПЕЧЕНИХ З ВАЖКОГО ОПІКОВОГО ХВОРОБОГО.....	39

Ершова П. Б., Нестерова Т. В. КОНТРОЛЬ УРОВНЯ СЕРТОНИНА, КАК ПРОТЕКТИВНЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	40
Ершова Т. Б., Синх О. О. ОСОБЛИВОСТІ МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО СКЛАДУ ВОЛОСОСЬ У ПОВНАРОДКЕПЛИХ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ВНИПІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ	41
Заболотная И. И. КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ РЕНТГЕНСПЕКТРАЛЬНЫЙ МИКРОАНАЛИЗ УРОВНЯ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ЭМАЛИ	43
Завилов В. Ф., Макарух А. И., Уржумова Н. Г., Арсенько М. В. ЦИФРОВАЯ ДЕРМАТОСКОПИЯ В РАМКАХ ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОМЫ	45
Зайченко А. В., Колос О. М., Брюханова Т. О. ВИВЧЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ ПОВОГО ГОМЕОПАТИЧЕГО ПРІП'ЯРАТУ ПРАПІД («ДИКОРИЯ») ...	47
Зайченко А. В., Гевоян С. Р., Пасенниченко В. А., Файзуллин А. В. ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРОСТАТОГЕНОВ, В СОСТАВ КОТОРЫХ ВХОДИТ ЭКСТРАКТ ЦВЕТОЧНОЙ ПЫЛЬЦЫ	50
Захарьян Е. А. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	51
Зорій І. А. ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЕЛЕКТРОНЕЙРОМІОГРАФІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 ЗАЛЕЖНО ВІД КЛІНІЧНОЇ СТАДІЇ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІПЕПТИДАТИ	52
Ковдра Д. О., Каліновська І. В. ЕХОГРАФІЧНІ ПАРАМЕТРИ РОЗВИТКУ ЕМБРИОНА ПРИ НЕУСКЛАДІННІ ПІ ВАГТНОСТІ ТА ШАГІ ПАРНИЙ НЕДОСТАТНОСТІ НА ТІЛІ НЕВІДНОПУВАННЯ	54
Лебедь К. М. КОРЕКЦІЯ СИНДРОМУ МІТАБОЛІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРОВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОСІДНАННІ З НЕДІАГНОЗОВАНИМ СТЕАТОСПАТИТОМ	56
Литвиненко М. Р. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	58
Ліснійчук М. В., Зубачик О. В. ПЕРЕВАГИ ПОСІДНАНОЇ ДІЇ ЗАСОБІВ СПЕЦИФІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ	60
Менцерина Н. С. ВЛИЯНИЕ РИТУКСИМАБА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ АНГИОТЕНЗИНА И ЖЕСТКОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ РВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	61
Muntyan L. M., Romashkina O. A., Muntyan V. I. DIAGNOSTIC CASTS' STUDYING AND ORTHODONTIC PREPARING OF THE TIBETI AS THE OBLIGATORY STAGE OF THE TREATMENT OF PARTIAL LOSS OF THE TIBETI BY OVER DENTURES HAVING COMBINED FIXATIVE SYSTEM IN PERIODONTAL DISEASE	64
Школяренко-Камітнова Т. П., Вороніна П. О., Турчан В. М., Писляк М. М. ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ТРОМБОУТОРОСІЩІ ЗА НАЯВНОСТІ МІЄЛОЦИТОФЕРАТИВНИХ ЗАХВОРОВАНЬ СТАТИСТИЧНИМИ МЕТОДАМИ	66
Різак Ю. Б. ОБЪИДУВАННЯ ЗАС ТАСУВАННЯ КОРВИЦИНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРІОДОНТИТУ	70
Ромашенко П. Г., Горобис С. М., Корж А. А. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА БЕРЕМЕННЫХ	71

Сокотенко А. А., Сидорчук Л. П., Сокотенко М. О. КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ ІЗ ПІДВИЩЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІЛИМІ	74
Титкова А. В. СХОДИМОСТІ КЛІНІКИ І МАРКЕРІВ ІМУНОВОСНАВЛЕННЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ СОЧЕТАННОЙ С ГАСПРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	76
Хоміт П. М., Пограшечна Х. Р., Сорочівський І. С. ОЦІНКА СТАТУСІ МІСЦЕВОГО КРОВООБІГІ У ХВОРИХ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЛОКАЛЬНОЇ ГІСТОКЕРМІ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ЦИСТЕКТОМІ	78
Чапка В. Г., Мунтян Л. М. ДИНАМІКА БАКТЕРІАЛЬНОЇ ЗАБРУДННОСТІ ПОВЕРХНІ АМОРТИЗАЦІЙНОГО ПРОЦІДКУ У ЗІМВІРНИХ ПІВ'ЯЗКАХ НА ЕТАПАХ КЛІНІЧНОЇ ЕКСПЛУАТАЦІЇ	80

НАПРЯМ 3. ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Антонов М. В., Букач О. П., Сидорчук Л. П., Кушнір О. В., Габореш І. Ю., Чаглий І. І. ЯКІСТЬ ЖИТТЯ І КОМОРБИДІВНІСТЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ПОЗИЦІЇ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	82
Букач О. П., Антонов М. В., Сидорчук Л. П., Кушнір О. В., Габореш І. Ю., Чаглий І. І. НОГА ВІСНЕ СВІРЬЦЬО-СУДИННИЙ ПРОГНОЗ ТА КОМОРБИДНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТА ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІОЮ - ВАЖЛИВА ПРОБЛЕМА ДЛЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	83
Габореш І. Ю., Сидорчук Л. П. ІТМОДІНАМІКА У ЧЕРЕЗНОМУ ВІДЦІЛІ АОРТИ ТА ІЇ ОКРЕМИХ НЕПАРНИХ ВІДЦІЛІВНИХ ПІЛКАХ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ АСЕ1 (F5) ТА F50S (F594G) ГЕМІПЛОМЕТРИ МОКАРДА ЛІВОГО ШТУПІНКА: ЧИ ІСНУЄ ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ЗВ'ЯЗОК?	84
Калишкова Ц. Г. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ВИСУСНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕПАРАТОВ И КОМПОНЕНТОВ КРОВИ	86
Навчук І. В., Навчук І. В., Реленко Ж. А. СОЦІАЛЬНО МЕДИЦИНІЧНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ПОВІШЕННЯ ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ВНАСЛІДОК АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	87
Судан Ю. В., Нестришин О. А. ЗАСТОСУВАННЯ АДГІЗИВНИХ ПОЛІМЕРНИХ НАЄВНІВНИХ ПОВ'ЯЗОК У ТЕРАПІЇ ПАРІОДОНТИТУ	90
Тарадло В. Л., Білик І. І., Білик І. С. СИСТЕМНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ	91
Топольнік І. П., Введенський Б. П., Ковалева Г. А., Сандомирський Б. П. УРОВНЬ ОКСИДА АЗОТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПОСЛІ ПРИМЕНЕННЯ КРЕОКОКСТЕРИФІКОВАНОЇ СЫВОРОТКИ КОРДОВОЇ КРОВИ У ЖИВІТЬОНИХ С ЛЕГГІПЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧЕСЬОМ ПОРАЖЕННЯМ КОЛЕННИХ СУСТАВІВ	93
Цудевич Б. О., Калінін І. В., Писляк В. В., Кошов А. Ю. ІНФРАЧЕРВОНА СПЕКТРОСКОПІЯ ПЛАЗМИ КРОВІ ШУРІВ ЗА УМОВ ІНТОКСИКАЦІЇ ВАКЦИНА МЕТАЛАМИ	94
Цевгелєв С. С. СІРИВНІ І СІРДЕЧНО-СОСУДИСТІ ЗАБОЛЕВАННЯ В ГОРОДСЬОЇ КОЛІКТИВІ	95

супроводжується тяжким перебігом і високим гіпертензією. У хворих на ЕАГ ІІ і ІІІ стадії фатальні і нефатальні ризики ССУ впродовж 10 років зростають у 55 і 127,5 разів ($p < 0,001$) та 8,4 і 10,5 рази ($p < 0,001$), відповідно, у порівнянні з тяжкими у пацієнтів із ЕАГ І стадії, виходячи шкал "високий", "дуже високий" і "крайній високий-фатальний". Ймовірність виникнення нових серцево-судинних проблем упродовж наступних 4 років зростає у 10,2 і 28,7 рази ($p < 0,001$), відповідно.

Індекс коморбідності Чарльсона залежно від віку вірогідно зростає за наявності супутньої ХХН та ГЛНІ, без суттєвого впливу ін. коморбідної патології і куріння. При високому індексі коморбідності (3) у хворих на ЕАГ більшується ризик фатального прогнозу SCORE у 1,8 разу. Ризики появи фатальних за шкалою SCORE і нефатальних (Framingham) ССУ впродовж 10 років і нових ССП у найближчі 4 роки мають пряму пропорційну, але не лінійну залежність від ступеня тяжкості ЕАГ та нових її ускладнень, чи наявності коморбідних станів (особливо ЦД 2, у т.ч. у хворих на ЕАГ ІІ стадії).

Висновки. Ступінь ризику появи серцево-судинних ускладнень відображають оцінку індивідуального прогнозу пацієнтів із ЕАГ. Коморбідна патологія впливає на фатальний прогноз SCORE у хворих на ЕАГ і стає важливою проблемою у виборі лікувальної тактики та коректного підбору доз медикаментів для лікаря з огляду на практичні вимоги поліпраксії.

Література:

1. Белова Ф.И. Лечение внутривенных влиеваний в условиях коморбидности / Ф.И. Белова. — Иркутск: ИПО ИГМАПО, 2012. — 283 с.
2. Коморбідність і поліморбідність у терапевтичній практиці / М.Ю. Коломийця, С.О. Василюк // Укр. мед. часопис. — 2012. — № 4(90). — С. 23-27.
3. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. Посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії // Артер. гіпертензія. — 2009. — № 1. — С. 38-75.
4. National Clinical Guideline Center. Hypertension. The clinical management of primary hypertension in adults. Clinical guideline: Methods, evidence, and recommendations / (National Institute for Health and Clinical Excellence) — UK: Springer Healthcare, 2011. — 127 с.

Габорєць І. Ю.

головний лікар

КЗ ОЗ «Березняківський районний центр первинної медичної допомоги»
Березняківської районної ради

Сидорчук Л. П.

професор

Буковинського державного медичного університету
м. Чернівці, Україна

ТЕМОДИНАМІКА У ЧЕРЕВНОМУ ВІДЦІЛІ АОРТИ ТА ЇЇ ОКРЕМІХ ВЕЛІКАРИХ ВІСЦЕРАЛЬНИХ ПІДКАХ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ ACE (D) ТА ENOS (T894G) І ЗМІН ГЕОМЕТРІЇ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА: ЧИ ІСНУЄ ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ЗВ'ЯЗОК?

Вступ. Ризик розвитку серцево-судинних і судинно-мозкових ускладнень у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) визначається як рівнем підвищення артеріального тиску (АТ), так і наявністю уражень органів-мішеней. У хворих на АГ важливим маркером пошкодження органів-мішеней, що визначає прогноз, є ураження артерій, зокрема сонних, аорти, черевного стовбура, нижніх кінцівок тощо [1, 2, 3]. Виявлення ураження судин переводить пацієнта з АГ у групу високого та дуже високого ризику і, відповідно, вимагає більш агресивну тактику його лікування.

Мета. Вивчити доплерографічні особливості імпульсостовпчиків параметрів кровотоку в черевному відділі аорти (Ао), черевному стовбурі (ЧС), верхній мезентеріальній артерії (ВМА) та товщині згина-медіа (ТМ) черевного відділу Ао і загальної сонної артерії (ЗСА) у хворих на есензіальну артеріальну гіпертензію (ЕАГ) залежно від поліморфізму D гену ангіотензин-перетворювального ферменту (АСФ).

T894G) гена ендотеліальної оксиду азоту синтази (eNOS) і оцінити їх зв'язок із змінами геометричних моделей лівого шлуночка (ЛШ).

Матеріал і методи. У проспективному дослідженні взяли участь 120 хворих на ЕАГ І-ІІІ стадій тяжкості: 12,5% (15) осіб ЕАГ І, 60,0% (72) із ЕАГ ІІ, 27,5% (33) із ЕАГ ІІІ ст.; 48,3% (58) жінок і 51,7% (62) чоловіків, середній вік 52,9±9,24 року, тривалість захворювання від 2-х до 28-и років; контрольна група – 20 практично здорових осіб. Малу міюкарду ІІІІ (ММІІІІ) оцінювали методом Ехо-КГ. Комплекс ТМ сонних артерій та кровотік у черевному відділі Ао та басейні її великих мезентеріальних гілок – ЧС і ВМА досліджували за допомогою дуплексного сканування наприкінці "Gamma HD" (США). Гемодинаміку двох генів вивчали методом ПЛР.

Результати. Ішемічні зміни черевного відділу Ао у хворих на ЕАГ характеризуються додатково зменшенням усередненої за часом максимальної швидкості кровотоку у постів D-аорті гена ACE і T-аорті гена eNOS у 1,7-1,98 разу при зростаючій ступені системної швидкості у 1,5-2,94 разу. Комбінація відсутності ангіотензину гена ACE у 1,7 разу, а також наявності периферійного опору за шкалою RI Gosling (незалежно від генотипу ангіотензину гена) у 2,2,36 разу.

Генетично зумовлений ризик появи дисциплінованих есензіальних та компенсаторних гіпертрофій ІІІІ (ГІІІІ) у хворих на ЕАГ за наявності мутації гена ангіотензин-перетворювального ферменту (ACE) (гомозиготний чи гетерозиготний генотип D-аорті у чоловіків) зростає у 2,24-2,42 разу. Комбінація мутації гена ACE та eNOS (D/T/T) збільшує ймовірність гіпертрофії лівого шлуночка у 3,25 разу. Наявність T-аорті гена ACE є протективним щодо розвитку дисциплінованих патернів ГІІІІ, незалежно від генотипу гена eNOS (OR=0,8-0,83); комбінація "лінійні" T-аорті гена ACE та G-аорті гена eNOS робить ширше ризик ГІІІІ найвищим в обстежуваній популяції хворих на ЕАГ (OR=0,41).

ММІІІІ у хворих на ЕАГ вірогідно корелює із середньодобовим систолічним та діастолічним артеріальним тиском (САТ₂₄, ДАТ₂₄) і САТ офісним, але тільки в пацієнтів високого та дуже високого серцево-судинного ризику з ураженнями органів-мішеней і наявністю ускладнень ($r = -0,39-0,57$, $p < 0,051-0,003$). Також, саме у таких осіб ММІІІІ асоціює пропорційно з величиною ТМ ЗСА та ТМ аорти ($r = 0,57-0,78$, $p < 0,04-0,001$), а у хворих на ЕАГ ІІІ стадії із діаметром (D) аорти та індексом резистивності *Resistance*, але тільки в абдомінальній аорті ($r = 0,51$, $p = 0,021$ і $r = 0,42$, $p = 0,023$, відповідно). Зв'язку імпульсостовпчиків параметрів кровотоку в ЧС та ВМА із ММІІІІ залежно від тяжкості ЕАГ не виявлено. Апатішше згадані показники і урахуванням зміненого стану гена ACE зводяться до наявності вірогідної прямої залежності ММІІІІ від середньодобового та офісного САТ і ДАТ у постів D-аорті гена ACE ($r = 0,34-0,65$, $p < 0,035-0,001$), а також ТМ ЗСА і ТМ аорти ($r = 0,71-0,82$, $p < 0,021-0,001$). Окрім того, ММІІІІ прямо залежала від індексу периферійного судинного опору RI Gosling та індексу резистивності RI *Powerlaw* у *pars abdominalis* аорти, *truncus coeliacus* і в *mesenterica superior* у пацієнтів із DD-генотипом гена ACE ($r = 0,41-0,69$, $p < 0,04-0,001$). Зворотний порівняльний зв'язок ММІІІІ і шийних параметрів кровотоку (*Vps* і *Ved*) у *truncus coeliacus* есензіальні в постів D-генотипу ($r = 0,69-0,53$, $p < 0,019-0,055$).

Кореляційні зв'язки ММІІІІ із доплерографічними показниками кровотоку в трьох басейнах судинного русла черевної порожнини як периферійною темпоральною залежно від шийного стану гена eNOS зводяться до наявності прямої залежності у постів D-генотипу від САТ₂₄ та САТ офісного ($r = 0,24-0,71$, $p < 0,046-0,001$) і величини ТМ ЗСА та ТМ аорти ($r = 0,73-0,84$, $p < 0,002-0,001$), порівнянню із RI та RI у *pars abdominalis* аорти у постів GG-генотипу ($r = 0,51-0,52$, $p < 0,053$), із RI у *truncus coeliacus* і в *mesenterica superior* у тих же осіб ($r = 0,54-0,55$, $p < 0,048$), а також зворотній кореляція із D аорті ($r = -0,63$, $p = 0,039$) при прямій залежності від D в *mesenterica superior* у пацієнтів із GG-генотипом ($r = 0,55$, $p = 0,048$).

Висновки. Групою високого ризику ураження органів-мішеней, зокрема збільшення ТМ черевного відділу Ао, а також компенсаторної зміни діаметра ЗСА як ознаки протестуювальних ознак ремоделювання судин, у хворих на ЕАГ є носії TT-генотипу гена eNOS, зокрема DD/TT-генотипу.

Литература:

1. Рекоменції Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. Посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії // Артер. гіпертензія. – 2009. – № 1. – С. 38-75.
2. ESC Guidelines Desk Reference. Compendium of abridged ESC Guidelines 2010 / ESC and ESH Committee. – London, UK: Springer Healthcare, 2010. – 392 p.
3. National Clinical Guideline Center Hypertension. The clinical management of primary hypertension in adults. Clinical guideline: Methods, evidence, and recommendations / [National Institute for Health and Clinical Excellence]. – UK: Springer Healthcare, 2011. – 127 p.

Кадикова Н. Г.

старший науковий співробітник

Харківського інституту проблем криобіології та криомедицини НАН України
Харків, Україна

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ВИРУСНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕПАРАТОВ И КОМПОНЕНТОВ КРОВИ

К настоящему времени достигнуты значительные успехи в создании медицинских компонентов. Заменители плазмы человеческой крови позволяют восполнить до 30% объема циркулирующей крови. Однако, медицина все еще не может отказаться от применения как человеческой цельной крови, так и ее компонентов. Обеспечение запасов безопасной крови и ее препаратов в значительной степени входят в сферу ответственности государства и является особо сложной задачей для стран с низким уровнем национальных доходов и недостаточной эффективной системой здравоохранения. Это в большой мере относится к государствам, ранее входившим в состав СССР, отраслевые стандарты которых преобразуются крайне медленно.

Наибольшая проблема этой отрасли медицины – вирусобезопасность выпускаемой продукции. Известно, что более чем 80% инфекционных заболеваний вызывают вирусы и любое инфекционное заболевание, в латентное которого есть период наличия возбудителя в крови, может быть передано через донорскую кровь или ее компоненты. По сравнению с другими хорошо изученными путями передачи инфекционных заболеваний доля переливания крови и препаратов крови в распространении заболеваний относительно невелика, тем не менее, ни один врач не может гарантировать пациенту, что не существует реального риска заражения инфицированной кровью.

По данным Всемирной Организацией Здравоохранения, опубликованных в информационных бюллетенях отмечено, что в 2011 году в мире имелось примерно 34,2 миллиона людей, живущих с ВИЧ; вирусом гепатита В инфицировано около 2 миллиардов человек; около 150 миллионов человек хронически инфицированы вирусом гепатита С [1, 2].

ИФА-скрининг донорской крови на маркеры ВИЧ, вирусных гепатитов В и С является обязательным во всем мире.

В странах Западной Европы, США, Канаде, Японии, Австралии, ЮАР, Бразилии плазму и кровь доноров, находящихся в периоде «серологического окна», дополнительно подвергают NAT-скринингу (nucleic acid amplification technologies) с целью выявления [5, 6, 7]. Частота встречаемости NAT-положительных ИФА-негативных доноров в центре крови Сакраменто (США) составляет для вируса гепатита С составляет 1:169 500, для ВИЧ – 1:566 328, во Франции этот показатель для вируса гепатита С равен 1:3 187 562, для ВИЧ – 1:1 594 000, в Германии для вируса гепатита С – 1:1 411 183, для ВИЧ – 1:5 455 831, для вируса гепатита В – 1:430 854 [9, 10, 12].

Международный опыт NAT-скрининга донорской крови свидетельствует о том, что после его применения остаточный риск вирусных инфекций после гемотрансфузий значительно снизился, например в США остаточный риск заражения с донорской кровью – 9,7 на 1 млн. донаций в год, после введения NAT – до 2,72 на 1 млн. донаций в год; в Австралии до введения NAT риск заражения составил 1 на 120 тыс. после – 1 на 1 млн.; во Франции – 1 на 800 тыс. и 1 на 10 млн [4, 8, 11, 13, 14].

В Украине использование NAT-скрининга донорской крови на ВИЧ, вирусы гепатитов В и С официально не применяется, в отличие от стран ЕС, где такой анализ

был законодательно введен начиная с 1999 г. На территории Украины для дополнительного выявления доноров с острыми вирусными гепатитами на начальной стадии используют метод, определения уровня АЛТ [3]. Учитывая международный опыт, очевидно необходимость введения на законодательном уровне в Украине более «чувствительного» тестирования донорской крови, а сочетание ИФА и NAT-тестирования позволит значительно уменьшить риск вирусного инфицирования населения страны.

Литература:

1. ВОЗ ВИЧ/СПИД Информационное бюллетень. – Июль 2012. – №360. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/index.html>
2. ВОЗ Гепатит В Информационный бюллетень. – Июль 2012. – №204. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/index.html>
3. Наказ МОЗ України № 385 від 01.08.2005 Порядок місячного обстеження донорів крові та (або) її компонентів
4. Федоров Н.А., Жибурт Е.Б., Рейзан П.В. NAT-скрининг вирусных инфекций у доноров плазмы безопасности крови // Клиническая лабораторная диагностика. – 2006. – №12. – С. 22-23.
5. American Association of Blood Banks. Guidance on Implementation of New Bacteria Reduction and Detection Standard/Bethesda – August 29, 2003.
6. Busch M.P., Glynn S.A. et al. A new strategy for estimating risks of transfusion-transmitted viral infections based on rates of detection of recently infected donors/Transfusion 2005. – v.45, №2. – P.254-264.
7. Dodd R.Y., Nouri E.P., Shamer S.L. Current prevalence and incidence of infectious disease markers and estimated window-period risk in the American Red Cross blood donor population/Transfusion. – 2002. – v.42, №8. – P.975-979.
8. Laperche S. et al. HIV antibody screening remains indispensable for ensuring viral safety of blood components despite NAT implementation/Transfusion. – 2003. – v.43. – №10. – P.1428-1432
9. Kübling CM, Heiden M, Chudy M. et al. Experience of mandatory nucleic acid test (NAT) screening across all blood organizations in Germany: NAT yield versus breakthrough transmissions/Transfusion. – 2009. – v.49, №2. – P.1850-1858.
10. Seifried E., Roth W K. Feasibility, Efficacy and Economy of NAT testing in Germany // VIII Eur. Congr. ISBT, Istanbul. – 2003. – P.27-28
11. Miramer S. Infectious Risk From Blood Transfusion//Arch Pathol Lab Med. – 2007. – v.131, №5. – P.702-707.
12. Stamer S.L., Glynn S.A., Kleinman SH, et al. Detection of HIV-1 and HCV infections among antibody-negative US blood donors by nucleic acid amplification testing// N Engl J Med. – 2004. – v.351. – P.760-768.
13. Vermeulen M. et al. Impact of individual-donation nucleic acid testing on risk of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and hepatitis C virus transmission by blood transfusion in South Africa//Transfusion. – 2009. – v.49, №6. – P.1115-1125
14. Zou S., Doney K.A. et al. Prevalence, incidence, and residual risk of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus infections among United States Blood donors since the introduction of nucleic acid testing//Transfusion. – 2010. – v.50. – P.1495-1504.

Пашчук Г. В.

Пашчук Г. В.

доцентки

Ревенко Ж. А.

асистентки

Буковинського державного медичного університету
м. Чернівці, Україна

СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ ЧИННИКИ ПОГРІШЕННЯ ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ВНАСЛІДОК АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Загальновідомо, що кризові процеси в суспільстві дають особливі тягарі на менш захищені прошарки населення, зокрема на селян. Сучасна криза охоплює соціально, економічно, демографічно інфраструктуру українського села, що призвело до значного соціального розшарування сільських жителів та зубожіння більшої його частини, і глибоко позначається на здоров'ї його мешканців.

Забезпеченість сільських населених пунктів основними соціальними об'єктами – дошкільними закладами, загальноосвітніми школами, лікарнями, амбулаторіями