

10. Prydal J.I. / Use of an autologous lamellar scleral graft to repair a corneal perforation / J.I. Prydal // Br. J. Ophthalmol. - 2006. - Vol. 90(7). - P. 924.

Резюме

Перекрестов М.Б., Сухина И.В. Сравнение эффективности лечебно-тектонической кератопластики аутосклерой и лечебного покрытия роговицы аллосклерой у кроликов с экспериментальной гнойной язвой роговицы.

Проведены экспериментальные исследования применения аутосклеральных лоскутов и аллосклеры при лечении экспериментальной гнойной язвы роговицы на кроликах. Полученные в эксперименте данные выявили лучшие пластические свойства и большую эффективность применения аутосклеры.

Ключевые слова: гнойная язва роговицы, кератопластика, аутосклера.

Резюме

Перекрестов М.Б., Сухина И.В. Порівняння ефективності лікувально-тектонічної кератопластики аутосклерою та лікувального покриття рогівки алосклерою у кроликів з експериментальною гнійною виразкою рогівки.

Проведено експериментальні дослідження використання аутосклеральних лоскутів та алло склери при лікуванні гнійної виразки рогівки у кроликів. Отримані в експерименті данні виявили кращі пластичні властивості та більшу ефективність використання аутосклери.

Ключові слова: гнійна виразка рогівки, кератопластика, аутосклера.

Summary

Perekrestov M.B., Sukhina I.V. Comparison of efficiency of curative keratoplasty by autoscleral vs alloscleral flaps in rabbits with experimental purulent corneal ulcer.

The experimental study was carried out by using the autoscleral flaps and alloscleral grafts for the treatment of purulent corneal ulcer in rabbits. The data obtained in the experiment revealed the better results and plastic features of autoscleral flaps.

Key words: purulent corneal ulcer, keratoplasty, autosclera.

Рецензент: д.мед.н., проф.А.М.Петруня

УДК: 616.1+616.71:618.173]-07-08

ОСТЕОПОРОЗ И КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ

В.Ю.Приходько

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шупика (Киев)

В последние годы мы все чаще обращаемся к понятию "кардио-васкулярного риска", который позволяет прогнозировать вероятность смерти от сердечно-сосудистых осложнений и в определенной мере судить о состоянии пациента на момент осмотра. Определенный уровень риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений присутствует у "практически здоровых" людей. То есть, в медицинском представлении эти люди не являются практически здоровыми. У них присутствуют определенные нарушения регуляции (повышение артериального давления), липидного обмена (дислипидемии, ожирение), углеводного обмена (инсулинорезистентность, нарушение толерантности к углеводам). Но все эти нарушения (кроме ожирения) не явные, для их выявления необходимы специальные исследования, которые не всем доступны. Поэтому в клиническую практику внедряются шкалы, включающие небольшое количество легко определяемых показателей. Так, для определения риска у пациентов без сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) используется специальная система количественной оценки степени риска летального исхода вследствие ССЗ в течение ближайших 10 лет - SCORE (Systemic Coronary Risk Evaluation). Учитываются следующие факторы риска: пол, возраст, курение, систолическое АД и уровень ОХС. При очень высоком риске смерти от ССЗ в течение ближайших 10 лет показатель SCORE составляет > 10%, при высоком риске - 5-9%, умеренном - 1-4%, низком - < 1%. Обратим внимание, что SCORE используется для оценки риска у людей без сердечно-сосудистых заболеваний. Необходимо учитывать тот факт, что наряду в кардиоваскулярной патологией (КВП), которая является ведущей причиной

смерти в экономически развитых странах, проблема риска внезапной смерти вследствие развитие остеопороза (ОП) ставит это заболевание на третье место после сердечно-сосудистой и онкологической патологий [1]. Очевидно, что при одновременном развитии этих заболеваний риск смертности возрастает.

Результаты исследований [2] показали, что у лиц с диагностированным ОП отмечалось 2-х кратное нарастание риска кардиоваскулярных событий (95% CI, 1,2-3,6; $p < 0,01$) по сравнению с женщинами с остеопенией. При наличии хотя бы одного компрессионного перелома позвонка риск увеличивался в 3 раза (95% CI, 1,8-5,1; $p < 0,001$) в сравнении с группой лиц без переломов. Некоторые исследователи наблюдали ассоциацию между снижением минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и повышенным риском инсульта [3]. По мнению некоторых ученых, показатели МПКТ могут выступать в качестве предиктора неблагоприятного исхода КВП [4]. Причем, ведущую роль играет фактор наличие перелома позвонков [5]. По мнению [6] на показатели летальности после переломов позвонков влияют сопутствующие заболевания, и в большей степени, кардиоваскулярные. Таким образом, рассматривается гипотеза о возможной ассоциации между ОП и КВП. В исследовании [7] женщин 65 лет и старше было обнаружено, что снижение МПКТ в проксимальном отделе бедра на 1 SD ассоциировалось с повышением уровня общей смертности, особенно КВП. Относительный риск составил 1,3 на 1 SD (95% CI, 1,0-1,8). А более быстрая потеря МПКТ ассоциировалась с более высокими показателями смертности. Данные [8] свидетельствуют о взаимосвязи между переломами позвонков в поздней менопаузе и риске смерти от КВП в 2 раза (RR=2,0; 95% CI 1,4-3,3; $p=0,004$). Возможность влияния только гипострогемии подвергает сомнению результаты [9], которые показывают, что среди мужчин с ОП было выявлено повышение смертности от КВП и только тенденция к нему среди женщин.

Крупное проспективное исследование [10] показало, что уменьшение МПКТ в области предплечья ассоциировалось с повышением смертности от инсульта (RR=1,74; 95% CI 1,12-2,70). При этом, взаимосвязь не зависела от наличия в анам-

незе инсульта, диабета и артериальной гипертензии, применения эстрогенов, тиазидовых диуретиков и курения.

Таким образом, ассоциация между ОП и КВП может иметь мультифакториальный характер, что требует более детального изучения.

Выводы

1. Для определения риска у пациентов без ССЗ используется специальная система количественной оценки степени риска летального исхода вследствие ССЗ в течение ближайших 10 лет.

2. У лиц с диагностированным ОП отмечается нарастание риска кардиоваскулярных событий.

3. Необходимо более детальное изучение ассоциативных взаимосвязей между ОП и КВП для создания единой шкалы оценки степени риска летального исхода.

Литература

1. Поворознюк В.В. Остеопороз - проблема XXI століття / В.В.Поворознюк // Мистецтво лікування. - 2005. - № 10. - С. 37-40.

2. Tanko L.B. Relationship between osteoporosis and cardiovascular disease in postmenopausal women / L.B.Tanko, G.Qin // J. Bone Miner. Res. - 2005. - Vol.20. - P.1912-1920.

3. Jorgensen L. Bone mineral density in acute stroke patients. Low bone mineral density may predict first stroke in women / L.Jorgensen, T. Engstad // Stroke. - 2001. - Vol.32. - P.2956-2957.

4. Hasserijs R. Long-term morbidity and mortality after a clinically diagnosed vertebral fracture in the elderly-a 12 and 22-year follow-up of 257 patients / R.Hasserijs, M.Karlsson // Calcif.Tissue Int. - 2005. - Vol.76. - P.235-242.

5. Johnell O. Mortality after osteoporotic fractures / O.Johnell, J.Kanis // Osteoporos.Int. - 2004. - Vol.15. - P.38-42.

6. Copper C. Population-based study of survival after osteoporotic fractures / C.Copper, E.Atkinson // Am.J.Epidemiol. - 2006. - Vol.9. - P. 1001-1005.

7. Kado M. Rate of bone loss is associated with mortality in older women: a prospective study / M.Kado., W.Browner // J.Bone Miner. Res. - 2006. - Vol.15. - P.1974-1980.

8. Recke P. The association between low bone mass at the menopause and cardiovascular mortality/ P.Recke, M.Hansen//Am.J.Med. - 2006. - Vol.3. - P.273-278.

9. Mussolino M. Bone mineral density and stroke/ M.Mussolino, J. Madans//Stroke. - 2003. - Vol. 34. - P. 20-22.

10. Browner W. Non-trauma mortality in elderly women with low bone mineral density. Study of Osteoporotic Fractures research Group/ W.Browner, D.Seeley//Lancet. - 2001. - Vol.33. - P.355-358.

Резюме

Приходько В.Ю. *Остеопороз и сердечно-сосудистая патология.*

Работа посвящена проблеме необходимости изучения количественной оценки степени риска летального исхода вследствие КВП и ОП. Результаты исследований показывают, что у лиц с диагностированным ОП отмечается парадоксальное увеличение риска сердечно-сосудистых событий. Необходимо более детальное изучение ассоциативных взаимосвязей между ОП и КВП для создания единой шкалы оценки степени риска летального исхода.

Ключевые слова: остеопороз, постменопауза, сердечно-сосудистые заболевания.

Резюме

Приходько В.Ю. *Остеопороз та кардіоваскулярна патологія.*

Робота присвячена проблемі необхідності вивчення кількісної оцінки ступеню ризику летального кінця унаслідок КВП та ОП. Результати досліджень вказують, що у пацієнтів з діагностованим ОП відмічається зростання ризику кардіоваскулярних подій. Необхідно більш детальне вивчення асоциативних взаємозв'язків між ОП та КВП для створення єдиної шкали оцінки ступеню ризику летального кінця.

Ключові слова: остеопороз, постменопауза, кардіоваскулярні захворювання.

Summary

Prichodko V.Y. *Osteoporosis and cardiovascular pathology.*

The work is devoted to the study of determination quantitative valuation degree of mortality risk due to cardiovascular diseases and osteoporosis. The results of investigation showed increase the degree of cardiovascular mortality risk in patients with osteoporosis. It is necessary to study correlations between to cardiovascular diseases and osteoporosis for formation common scale system determination of quantitative valuation degree of mortality risk.

Key words: osteoporosis, postmenopause, cardiovascular diseases.

Рецензент: д.мед.н., проф.Л.М.Іванова

УДК 616.98.578.828.6]-036.22(477)

СУЧАСНИЙ СТАН ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІДУ В УКРАЇНІ ТА В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

С. К. Сервецький, А. Г. Олійник

Одеський національний медичний університет

Наприкінці ХХ сторіччя у багатьох країнах світу, в тому числі й в Україні, відбулося змінення структури інфекційних хвороб. Широкого розповсюдження набули хвороби, які здавалися переможними - туберкульоз, дифтерія, знов оновилися циркуляція вірусу поліомієліту. Виникла група нових, раніше невідомих інфекцій - хвороба легіонерів, хвороба Лайма, гепатити С, Д, геморагічні гарячки та ін. Однак, за темпами розповсюдження найбільшої уваги набула ВІЛ-інфекція, термінальною стадією якої є СНІД [1, 3, 4].

Останнім часом Україна за темпами росту кількості інфікованих посідає одне з провідних місць у Східній Європі разом з Російською Федерацією та Білорусією. Кількість нових випадків інфікування ВІЛ за останні 5 років складає близько 60 % від загального числа зареєстрованих за весь період епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією, починаючи з 1987 року [2, 5].

Одеська область однією з перших вступила в епідемію ВІЛ/СНІДУ. Перші 5 випадків ВІЛ-інфекції серед мешканців України в області були зареєстровані у 1987 році. У період з 1987 по 1994 рр. реєструвалося від 5 до 12 нових випадків ВІЛ-інфекції щорічно, які, в основному, були зумовлені гетеросексуальною передачею інфекції. Усього за перші 8 років серед мешканців області було зареєстровано 63 випадки ВІЛ-інфекції, при цьому співвідношення чоловіків та жінок у загальній структурі було практично однаковим. Основні джерела інфікування - громадяни інших країн.

Слід зауважити, що згідно з чинною нормативною базою офіційній реєстрації в Україні підлягають лише ті ВІЛ-позитивні особи, які пройшли клінічне обстеження, в результаті якого ставиться клінічний діагноз. Частка офіційно зареєстрованих від усіх виявлених, але клінічно не обстежених з