

# Роль лікарів Центрів первинної медико-санітарної допомоги населенню в організації донорства на прикріпленій території

**Ю.А. Верховенко, О.І. Малигон, В.В. Яворський**  
Харківський обласний Центр служби крові

Харківський обласний Центр служби крові (ХОЦСК) має позитивний досвід в організації донорства із залученням лікарів сімейної медицини, основне завдання яких під час проведення профілактичних оглядів – це виявлення здорових осіб, що можуть бути потенційними донорами, їхнє активне привертання до здачі крові з подальшим комплектуванням штату активних кадрових донорів для систематичних донорських акцій. Основною перевагою в роботі сімейних лікарів, в першу чергу серед сільського населення, є наявність постійного територіального прикріплення осіб, що дозволяє фахівцям виконувати свої функції з організації донорства на визначеній території.

Аналіз даних останніх років (таблиця) позитивно характеризує роботу сімейних лікарів – число активних кадрових до-

норів серед жителів області вдвічі перевищує їхню кількість у відділеннях трансфузіології м. Харкова, що не мають постійного контингенту територіально закріпленого населення, яке залучається до здачі крові. Визначено зниження рівня браку донорської крові, що відображає диспансерний нагляд за донорспроможним населенням. Наявність на дільниці сімейного лікаря 15–20 активних кадрових донорів, які здають кров 3–4 рази на рік, дозволяє повністю забезпечити населення прикріпленої території компонентами та препаратами крові в повному обсязі. Активна робота сімейних лікарів з організації донорства та динамічного нагляду за станом здоров'я донорів з метою їхнього залучення до систематичної здачі крові разом із закладами служби крові дозволяє отримати якісні та безпечні компоненти та препарати крові.

Таблиця

Дані щодо стану донорства у м. Харків і Харківській області за 2012–2014 рр., %

Характеристика	2012 р.	2013 р.	2014 р.
Донації від кадрових донорів Харківської обл.	65,4	65,5	66,0
Донації від кадрових донорів м. Харків	24,1	27,1	31,8
Загальний брак донорської крові	4,0	3,4	3,2
Брак донорської крові на виїздах	3,6	2,8	2,3

## Амбулаторний контроль тканинної складової первинного гемостазу у хворих на контрольовану есенціальну гіпертензію у поєднанні з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки

**Ю.Г. Бурмак, Т.В. Козленко**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Суттєва увага, що приділяється ролі первинного гемостазу і його змінам в розвитку різноманітних патологічних процесів, серед яких есенціальна гіпертензія (ЕГ), атеросклероз, цукровий діабет та ін., робить наголос на зміні функції ендотелію як регулятора рівноважного стану протилежних процесів – тонусу, анатомічної будови судин, гемостазу та місцевого запалення. Не виключено, що поєднання кількох захворювань супроводжують більш суттєві зміни первинного гемостазу, що стало підґрунтям даної роботи.

Метою дослідження було проведення амбулаторного контролю деяких показників судинно-тромбоцитарної ланки первинного гемостазу у 16 хворих (8 чоловіків та 8 жінок віком від 35 до 47 років) на ЕГ (II стадія, 2-й ступінь, контрольована гіпертензія) у поєднанні з виразковою хворобою

(ВХ) дванадцятипалої кишки (ДПК) у період загострення та ремісії.

Отримані дані свідчили про відсутність змін з боку клініко-функціональних тестів та вмісту тромбоцитів, проте знайдено відмінності у показниках індукованої ристоміцином агрегації тромбоцитів (ІРАТ; спектрофотометричний метод), значення якого у хворих на ЕГ із загостренням ВХ (порівняно з таким у період ремісії) підвищувалось у середньому в 1,43 разу та у 1,84 разу порівняно з аналогічним показником практично здорових осіб (n=37). Знайдені розбіжності у показниках ІРАТ у хворих на контрольовану ЕГ залежно від наявності чи/або відсутності у них загострення ВХ дозволяють припустити можливість впливу активного запального процесу у ДПК на гемостазрегуляторну функцію ендотелію, що передбачає корекцію лікувальних заходів на етапі амбулаторного лікування.