

Туристы сами не обращаются в очень дорогие службы здравоохранения, если только не заставляет это сделать серьезность течения заболевания. Они предпочитают самолечение и продолжают свой отдых, не заботясь о посещении врача.

Часто превалируют намерения спрятать правду о «позорных» заболеваниях, т.к. диарейные заболевания все еще считаются таковыми некоторыми людьми, с целью не испортить яркий туристский образ страны и избежать финансовые потери в туристическом бизнесе.

Есть и другой подход, подход совместно-международного исследования вспышек. Проведение таких работ, контролирующей состояние здоровья туристов, пребывающих и возвращающихся из тур поездок, с проведением эпидемиологических исследований и расследований позволит определить способы передачи инфекции, а затем обеспечить базу для немедленных и эффективных действий и контроля.

Необходимо выделение и типирование патогенных возбудителей бактериологическими лабораториями, желательно с применением экспресс методов идентификации на территориях отдыха туристов, что позволит дополнить систему и быстро и более точно определить источник заражения, своевременно начать специфическую терапию.

Заражение еды и напитков, не соблюдающими правила личной гигиены бациллоносителями, обнаруживающихся среди персонала пищевых предприятий, указывает на необходимость строгого надзора и обучения таких людей, работающих в сфере обслуживания, в том числе обучению приготовления пищи с учетом национальной технологии.

Такое сотрудничество необходимо также и в силу увеличивающейся угрозы международного биотерроризма.

Важность работы международного сотрудничества в эпидемиологических исследованиях подтверждается проведением на 4-й Азиатско-тихоокеанской конференции здравоохранения туристов в Шанхае по вопросам: «Малярия в Азиатском-Тихоокеанском регионе /АТР/», «Инфекционные болезни в АТР» и «Инфекционные болезни, предотвращение которых осуществляется путем вакцинации».

Предложения:

1. Создание в городе Сочи международной группы аналитического контроля за инфекционными заболеваниями туристов.

2. Организация совместного двустороннего оперативного информирования туристов по профилактике и возможном риске заражения инфекционными и паразитарными болезнями, действиям в случае заболевания.

3. Консультирование и создание условий для практического предоставления иммунопро-

филактики (вакцинации) выезжающим и въезжающим туристам.

4. Обучение туристов специфическим правилам профилактики эндемичных для регионов заболеваний.

5. Мероприятия по снижению заболеваний вызывающих диареи в рамках спецпрограммы.

6. Обеспечение эпидемиологического мониторинга и эпидрасследований случаев инфекционного заболевания туристов с взаимным информированием.

7. Обеспечение в базовых учреждениях экспресс лабораторного контроля за штаммами, типами возбудителя.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ КАК МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ**

Лазарева Е.Н., Сомотруева М.А.

*Астраханская государственная медицинская академия*

*Астрахань, Россия*

В настоящее время в южных регионах России, в том числе и в Астраханской области, отмечается неуклонный рост заболеваемости Крымской геморрагической лихорадкой (КГЛ) (Малеев В.В., 2003; Санникова И.В., 2005). При этом до 9% регистрируются случаи летального исхода болезни (Малеев В.В., 2003), причиной которых являются глубокие гемокоагуляционные нарушения. Согласно современным данным, в патогенезе геморрагического синдрома и тромботических осложнений при многих инфекционных процессах инициирующая роль принадлежит тромбоцитам (Полякова А.М., 2000).

С целью проведения своевременной и адекватной фармакологической коррекции нарушений гемостаза при КГЛ возникла необходимость определять функциональную активность кровяных пластинок в острый период болезни. Для решения поставленной задачи с мая по август 2005 г. на базах Астраханской государственной медицинской академии и Областной клинической инфекционной больницы г. Астрахани были проведены клинико-лабораторные обследования 20 больных. Возраст больных составлял в среднем  $56,6 \pm 4,16$  лет. Заболевание протекало в средней и тяжелой форме (62%) и тяжелой (38%) формах. Диагноз ставился на основании комплекса анамнестических, эпидемиологических, клинико-лабораторных данных и был серологически верифицирован в реакции ИФА к антигену вируса КГЛ с титром антител 1:800 – 1:1600. Счет тромбоцитов в венозной крови и исследование их агрегационной способности проводили на анализа-

торе НФП БИОЛА (модель 230LA). Функциональная активность кровяных пластинок оценивалась по степени (V%) и скорости (S %) агрегации. В качестве индуктора был выбран АДФ в концентрациях 2,5 мкМоль.

У 70% больных отмечались клинические проявления геморрагического синдрома в виде обильной геморрагической сыпи на кожных покровах, кровоточивости десен. В периферической крови количество тромбоцитов уменьшалось до  $71,2 \pm 5,9 \times 10^9/\text{л}$ , а в венозной до  $48,5 \pm 4,6 \times 10^9/\text{л}$ , при этом в единичных случаях до  $17,7 \times 10^9/\text{л}$ . Результаты исследования показали, что степень агрегации (V%) была резко снижена по сравнению с контрольными значениями ( $4,02 \pm 0,7$  и  $24,3 \pm 1,4$  при  $p < 0,0001$ ), а время (Tv), в течение которого активность тромбоцитов достигала максимальных значений, сократилось до  $1'25'' \pm 0,6$  от положенного  $4'01'' \pm 0,5$ . Скорость агрегации (S) была достоверно снижена в два раза от контрольных значений ( $7,2 \pm 0,5$  и  $4,3 \pm 1,3$  соответственно, при  $p < 0,0001$ ), а время (Ts) достижения ее максимальных значений увеличено ( $20'' \pm 1,8$  относительно  $12'' \pm 0,4$  при  $p < 0,05$ ). Агрегаты были малого радиуса ( $3,5 \pm 0,23$ ), тогда как у доноров он был равен  $6,5 \pm 0,7$ . Реакция выброса собственных агонистов, содержащихся в гранулах тромбоцитов во всех случаях не регистрировалась, что свидетельствовало о нарушениях высвобождения или их отсутствии.

Таким образом, в результате исследования были выявлены значительные нарушения тромбоцитарного звена гемостаза у больных КГЛ. Возможно, это является ведущей причиной развития геморрагического синдрома. Поэтому при поступлении больных в стационар необходимо определять функциональную активность кровяных пластинок для проведения адекватной патогенетической терапии.

#### **МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЛИГОМЕНОРЕЕЙ И ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ**

Левенец С.О., Начетова Т.А., Введенская Т.С.  
*Институт охраны здоровья детей и подростков  
АМН Украины  
Харьков, Украина*

Расстройства менструальной функции по типу олигоменореи (ОМ) и вторичной аменореи (ВА) у девочек-подростков в большинстве случаев сопровождаются нарушениями функционального состояния сердечно-сосудистой системы и липидного обмена. Изучение липидного профиля показало наличие дислипидемии атерогенного характера у большинства пациенток с указанной патологией. Нарушения центральной гемодинамики имели место более чем в 80% случаев,

только у 6% пациенток показатели, характеризующие кровоснабжение матки и яичников, находились в пределах нормы.

Цель работы: выделение комплекса показателей доплеровского исследования сердца, сосудов матки и яичников для индивидуальной оценки состояния гемодинамики. Для реализации цели проводили доплеровское исследование сердца и сосудов матки и яичников у 92 больных с ОМ и ВА. Оценку диагностической значимости полученных показателей проводили в соответствии с системно-информационным анализом Вальда.

Основными диагностическими признаками системного нарушения гемодинамики были: толщина миокарда менее 5 мм (есть – ДК=+6; нет – ДК=-0,4), фракция сердечного выброса менее 63% (есть – ДК=+6,5; нет – ДК=-2,9), скорость кровотока систолы левого предсердия более 80 см/сек (есть – ДК=+6; нет – ДК=-0,4), время расслабления левого желудочка более 0,06 секунд (есть – ДК=+5,6; нет – ДК=-3), систолическую скорость кровотока (ССК) в маточной артерии менее 30 см/с (есть – ДК=+6; нет – ДК=-1,5), ССК в правой яичниковой артерии менее 30 см/сек (есть – ДК=+8; нет – ДК=-2,8), ССК в левой яичниковой артерии менее 30 см/сек (есть – ДК=+7; нет – ДК=-4,3), разницу в ССК в маточной и правой яичниковой артериях более 10 см/сек (есть – ДК=+9,4; нет – ДК=-1,8), разницу в ССК в маточной и левой яичниковой артериях более 10 см/сек (есть – ДК=+10,4; нет – ДК=-2,3), разницу в ССК в правой и левой яичниковых артериях более 10 см/сек, (есть – ДК=+6,7; нет – ДК=-0,8).

Сумма (-13) свидетельствует об отсутствии нарушений гемодинамики, от (-13) до (+13) - об начальных проявлениях нарушений, при сумме баллов более 13 - наличии выраженных нарушений, требующих медикаментозной коррекции и физиотерапевтического лечения. Коррекция указанных гемодинамических нарушений в подростковом возрасте у больных с ОМ и ВА позволит предотвратить в будущем серьезные нарушения функции сердечно-сосудистой системы.

#### **САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ГОРНО-КЛИМАТИЧЕСКОГО КУОРТА «КРАСНАЯ ПОЛЯНА»**

Лещева Г.А., Куличенко О.А.  
*Кубанский государственный медицинский  
университет  
Краснодар, Россия*

Устойчивое состояние и развитие горно-климатического курорта «Красная Поляна» невозможно без стабильного санитарно-эпидемиологического благополучия территории, населения, оздоровительных учреждений. Основ-