

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-го 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-