

торе НПФ 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 ОЛИГОМНОРЕЕЙ И ВТОРИЧНОЙ АМНОРЕЕЙ

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 КУРОРТА «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-

ной вклад в обеспечение стабильного санитарно-эпидемиологического благополучия вносят доброкачественное и достаточное хозяйственно-питьевое водоснабжение, эффективная очистка и утилизация сточных вод, своевременная и качественная санитарная очистка. Поселок Красная Поляна расположен на высоте 560 метров над уровнем моря, горно-климатический курорт «Красная Поляна» - на высоте 600-2238 метров над уровнем моря. Горный рельеф местности, размещение оздоровительных учреждений, объектов отдыха и обслуживания туристов на значительном расстоянии друг от друга определяют особенности хозяйственно-питьевого водоснабжения, канализования, организации санитарной очистки.

В качестве источников водоснабжения поселка и объектов обслуживания отдыхающих используются каптажированные родники, ручей Мельничный. Данные водоисточники относятся к категории слабозащищенных или незащищенных, со значительными колебаниями дебита. Водозаборные сооружения небольшой мощности расположены на 3-х площадках и эксплуатируются как муниципальным предприятием, так и ведомствами. Предварительная водоподготовка заключается в механической очистке на песчано-гравийных фильтрах при использовании в качестве водоисточников воды ручья или в отстаивании воды в отстойниках каптажных сооружений. Специальных методов водоподготовки на эксплуатируемых водопроводных сооружениях не предусмотрено. Для обеззараживания воды на водопроводах используется раствор хлорной извести. Производственный лабораторный контроль за качеством воды осуществляется только на муниципальном водозаборе. По данным производственного лабораторного контроля качество воды соответствует гигиеническим требованиям.

Очистка сточных вод производится на коммунальных и ведомственных сооружениях канализации по классической схеме с полным циклом механической и биологической очистки. Эффективность очистки действующих сооружений канализации по показателям биохимического потребления кислорода составляет 70-89%, по взвешенным веществам - 68,9-89%, что нельзя признать удовлетворительным. Сброс недостаточно очищенных сточных вод, а также ливневых вод без очистки, производится в реку Мзымта. В результате этого происходит загрязнение речной воды, что подтверждается данными многолетнего лабораторного мониторинга: удельный вес проб, не отвечающих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, в устье реки достигает 64,7-74,4%.

Серьезной проблемой в водоотведении хозяйственно-фекальных стоков является и недостаточное развитие канализационных сетей в частной жилой застройке. Охват централизованным канализованием жилой застройки поселка

Красная Поляна не превышает 45%. Остальное население использует для утилизации хозяйственно-бытовых сточных вод септики или выгребные ямы, которые являются источниками микробного и органического загрязнения почвы и грунтовых вод.

Сбор бытового мусора и отходов осуществляется контейнерным способом с последующим вывозом на Адлерскую свалку твердых бытовых отходов, которая расположена на значительном расстоянии от курорта. Несвоевременный вывоз отходов приводит к возникновению стихийных свалок в лесных массивах и курортной зоне.

Таким образом, несмотря на то, что на курорте отсутствуют промышленные предприятия, и другие источники техногенного загрязнения окружающей среды, существующие системы сбора и утилизации сточных вод, бытовых отходов не исключают возможности антропогенного её загрязнения и, соответственно, негативного влияния на здоровье населения. Развитие объектов курортной индустрии приведет к росту водопотребления, объемов хозяйственно-бытовых сточных вод, бытовых отходов. Использование в этой ситуации недостаточно и слабозащищенных водоисточников для хозяйственно-питьевого водоснабжения может привести к их антропогенному загрязнению и деградации, а хлорирование воды неадекватно международным стандартам.

Для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия курорта в период его интенсивного развития в первую очередь необходимо:

- решить проблемы инженерной инфраструктуры: провести реконструкцию существующих и строительство новых очистных сооружений канализации, систем хозяйственно-питьевой и ливневой канализации;
- усовершенствовать систему санитарной очистки территории путем внедрения раздельного сбора отходов, строительства мусоросортировочной и мусороперегрузочной станций;
- с целью повышения санитарной надежности водопроводов внедрить новые современные схемы очистки и обеззараживания воды, обеспечить проведение производственного контроля за её качеством в полном объеме и в соответствии с международными стандартами.