

участвуют в синтезе факторов свертывания крови; - листья березы, которая за счет увеличения диуреза способствуют выведению токсикантов; плоды шиповника - источник витамина С, необходимого для усвоения железа и трава земляники, которая используется в качестве источника микроэлементов, необходимых для процесса кроветворения.

Остальные лекарственные растения встречаются в составе сборов намного реже. Лекарст-

венные растения, наиболее часто входящие в состав сборов имеют этиотропную направленность действия. Различная специфическая активность индивидуальных растений создает с учетом синергизма фитокомпозицию, обладающую необходимой поливалентностью действия. Тем самым сбор приобретает более универсальные свойства и применимость сборов такого состава при лечении и профилактики ЖДА различного генеза существенно повышается.

**Таблица 1.** Лекарственное растительное сырье наиболее часто встречаемое в сборах, используемых в фитопрофилактике ЖДА

Лекарственное растительное сырье (ЛРС)	Частота встречаемости (%)	Дополнительное ЛРС, сочетающееся с данным, в составе сборов
Крапивы листья	14,3	Листья береза, ежевика, смородина, эвкалипт; шиповник плоды; овес стебель; одуванчик корень; трава земляника, полынь, тысячелистник, череда, будра, дымянка, медуница, пырей, репейничек, тимьян, чистотел; омела ветви.
Береза листья	11,9	Листья орех, мята; трава яснотка, зверобой, татарник, цикорий; можжевельник плоды.
Шиповник плоды	11,9	Листья ежевика, смородина, орех, мята, подорожник; цветки калина, гречиха; корневище аир, дягиль; трава полынь, яснотка, череда, зверобой, лапчатка, синюха, сушеница, тимьян, цетрария, шалфей, первоцвет .
Земляника трава	9,5	Овес стебель, тысячелистник трава, яснотка, зверобой; солодка корневище, черника побеги.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Круглов Д.С. Лекарственные растения, применяемых в терапии железодефицитной анемии/ Сб. науч. трудов межд. конгресса «Традиционная медицина-2007». - М., изд-во ФНКЭЦТМДЛ Росздрава, 2007, с.124-128

2. Круглов Д.С. Некоторые аспекты фитотерапии железодефицитной анемии// Д.С.Круглов, М.А.Ханина.- Материалы 1-го Международного съезда фитотерапевтов «Современные проблемы фитотерапии».- М.; Оверлей, 2006.-с.143-146

3. Практическое применение сборов лекарственных растений: Справочник / Г.А.Гоменюк [и др]. - Киев; А.С.К., 2001.-432 с.

4. Соколов С.Я. Фитотерапия и фитотерапевтика:Руководство для врачей/С.Я.Соколов.- М.: МИА. 2000.-976 с.

5. Фетисова Л.Я. Диагностика и фитопрофилактика латентного железодефицитного состояния: автореф. дисс: канд.мед.наук /Л.Я.Фетисова; Саратов. гос.мед.унив. - Саратов, 1987. - 12 с.

Работа представлена на IV научную международную конференцию «Современные медицинские технологии (диагностика, терапия, реабилитация

и профилактика)», Хорватия (Пула), 7-14 июля 2007 г. Поступила в редакцию 20.06.2007.

#### ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ЛИХОРАДКОЙ КУ

Лазарева Е.Н.\*, Самотруева М.А.\*\*,  
Сазыкина У.А.\*\*

\*Областная инфекционная клиническая больница  
\*\*ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»  
Астрахань, Россия

Большинство клиницистов подчеркивают выраженность, и даже типичность изменений сердечно-сосудистой системы при риккетсиозных процессах, в частности, при лихорадке КУ, в виде брадикардии и гипотонии, приглушенности тонов сердца. Но особое внимание заслуживают сообщения некоторых французских (Gigoud P. 1968) и румынских авторов (Elisberg B. 1962) о том, что риккетсии Бернета могут длительно находиться в организме человека и быть причиной различного рода сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе миокардита, тромбоангиита, болезни Рейно и инфаркта миокарда. Согласно современным

данным, в патогенезе тромботических осложнений при многих инфекционных процессах иницирующая роль принадлежит тромбоцитам и в зависимости от их функциональной активности определяется тяжесть и исход болезни (Полякова А.М., 2000).

Цель нашего исследования заключалась в изучении изменений тромбоцитарного звена гемостаза у больных лихорадкой КУ.

Для реализации поставленной цели у 10 больных среднетяжелой формой данного риккетсиоза в возрасте  $54,6 \pm 3,16$  лет, осуществлялся подсчет тромбоцитов в венозной крови и исследование их агрегационной способности под действием АДФ ( $2,5 \text{ мкМоль}$ ) на анализаторе НФП БИОЛА (модель 230LA). Функциональная активность кровяных пластинок оценивалась по степени (V%) и скорости (S %) агрегации, а также по времени достижения максимальных значений агрегации (Ts) и времени, в течение которого тромбоциты сохраняли активность (Tv).

В острый период заболевания у больных количество тромбоцитов венозной крови уменьшалось до  $116,4 \times 10^9/\text{л}$ , при этом в единичных случаях до  $89,8 \times 10^9/\text{л}$ . Степень агрегации была снижена по сравнению с контрольными значениями ( $11,9 \pm 1,7$  при контроле  $24,3 \pm 1,4$  при  $p < 0,001$ ), а время, в течение которого тромбоциты сохраняли активность ( $4'11'' \pm 1,1$ ) сравнивалось с положенным  $4'01'' \pm 0,5$ . Скорость агрегации ( $13,7 \pm 1,5$ ) и время ( $14,1'' \pm 0,3$ ) достижения ее максимальных значений приравнивались к показателям в контрольных группах ( $14,3 \pm 1,4$  и  $12'' \pm 0,4$ ). Показатели радиуса агрегатов больных и доноров не отличались ( $5,4 \pm 0,25$  и  $6,5 \pm 0,7$  соответственно).

В среднем на  $18,8 \pm 2,1$  день болезни число тромбоцитов ( $261,8 \times 10^9/\text{л}$ ), а также степень их агрегации ( $22,5 \pm 1,8$  при  $p < 0,001$ ) увеличилась почти в 2 раза., т.е. данные показатели приближались к контрольным значениям. Однако, выявленное увеличение скорости агрегации ( $26,2 \pm 1,3$  при  $p < 0,001$ ) и размеров агрегатов ( $9,23 \pm 1,4$ ), а также времени их формирования ( $56'' \pm 0,8$  относительно контрольных значений  $35'' \pm 1,9$ , при  $p < 0,01$ ) указывало на повышение агрегационной способности тромбоцитов, в результате чего возможно микротромбообразование.

Таким образом, на основании проведенного анализа можно предположить, что при лихорадке КУ присутствуют изменения тромбоцитарного звена гемостаза; в острый период они менее выражены по сравнению с периодом разрешения клинических симптомов болезни. Обнаруженная гиперфункция кровяных пластинок, проявляющаяся усиленным агрегатообразованием, может способствовать формированию тромбов в микроциркуляторном русле в период реконвалесценции у переболевших лихорадкой КУ. Полученные нами результаты определяют актуальность дальнейшего углубленного изучения функциональной

активности тромбоцитов при различных клинических вариантах и стадиях риккетсиозного патологического процесса, а также требуют более длительного наблюдения за больными в период реконвалесценции.

Работа представлена на IV научную международную конференцию «Современные медицинские технологии (диагностика, терапия, реабилитация и профилактика)», Хорватия (Пула), 7-14 июля 2007 г. Поступила в редакцию 18.06.2007.

### ОДИН ИЗ СПОСОБОВ ОЦЕНКИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Марьинских С.Г.

ТюмГУ

Тюмень, Россия

Проблемы воспитания и развития детей, сохранение их здоровья имеют общенациональное и государственное значения, поскольку от уровня образованности и здоровья выпускников школ зависят перспективы развития страны в будущем, её социально-экономический потенциал в целом. Согласно Постановлениям Правительства РФ и приказам министерств здравоохранения и образования [Приказ Министерства образования Российской Федерации № 1418 от 15 мая 2000 года «Об утверждении примерного положения о центре содействия здоровью обучающихся, воспитанников образовательного учреждения»; Постановление Правительства РФ № 916 от 29 декабря 2001 года «Об общероссийской системе мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи»; Решение министерства образования, министерства здравоохранения, Госкомспорта и Российской академии образования № 11/9/6/5 от 23 мая 2002 года «О совершенствовании процесса физического воспитания в образовательных учреждениях Российской Федерации»; Приказ министерства здравоохранения РФ № 114 от 21 марта 2003 года об утверждении программы «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003 - 2010 годы»] необходима организация мониторинга, диагностика текущего морфофункционального состояния, программирование и осуществление корректирующих мероприятий (С.Г. Марьинских, В.Л. Мальцев, 2007).

Существующие сегодня методы оценки морфофункционального состояния людей имеют следующие недостатки.

1. Для сбора первичной информации необходимо привлечение большого количества специализированного персонала.
2. При заполнении карты первичного медицинского обследования вручную возможны ошибки, которые приводят к неверной оценке морфофункционального состояния, а также затрудняют статистическую обработку данных.