Уснеевые: кустистый таллом с вегетативным и половым размножением.

Леканоровые: накипные формы, размножающиеся половым, вегетативным путем.

Фисциевые: накипные формы с преобладанием полового размножения и вегетативного.

Проведенные исследования показали, что общими для сосны и березы являются 4 вида лишайников: Parmelia sulcata,,Hypogymnia physodes, Evernia mesomorpha, Mycoblastis sangunarius.Только на соснах встречаются: Parmeliopsis ambiqua, Usnea subfloridana, Amandinea punctata. А на березах - Parmelia caperata, Melaniella olivacea, Cetraria pinastri, Lecanora pulicaris, Lecanora symmicta.

Наиболее обильно лишайники покрывают стволы берез, площадь покрытия которых иногда составляет 80-90%, а на сосне лишайники встречаются разреженно, площадь их покрытия составляет 30-40%. Связано это с особенностями форофита, его расчленением, жесткостью и возрастом; что подтверждает литературные данные о приуроченноти лишайников к особому типу коры. В связи с полученными нами данными, можно судить о возрасте форофита (преобладают листоватые формы) и подтвердить данные о преобладании семейства пармелиевые на вышеуказанных деревьях.

ТРОМБОЦИТАРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ТЕЛЯТ С ДИСПЕПСИЕЙ

Медведев И.Н., Горяинова И.А.
Курский институт социального образования (филиал) РГСУ, г. Курск, Россия

У новорожденных телят с диспепсией нередко может развиваться активация тромбоцитов с угрозой развития внутрисосудистых тромбозов.

Диспепсия влияет через развивающуюся токсемию на сосудистую стенку и тромбоциты. Токсические продукты способствуют повреждению эндотелия обнажению субэндотелиальных структур и коллагена, являющихся чужеродной поверхностью для тромбоцитов. Высокое содержание в крови средних молекул стимулирует механизм активации тромбоцитов.

Освобождающийся из тромбоцитов в ходе их активации липоидный фактор, является более активным при диспепсии, чем у здоровых телят. Он участвует в образовании активного тромбопластина. Параллельно с этим кровяные пластинки секретируют ряд биологически активных веществ, которые также стимулируют адгезию и агрегацию тромбоцитов. Образующийся тромбопластин способствует тромбинообразованию, укрупнению агрегатов тромбоцитов и образованию на их поверхности нитей фибрина с формированием тромбоцитарно-фибринового сгустка. Активация адгезивной способности кровяных пластинок может реализоваться по двум механизмам. Первый — увеличение плотности коллагеновых рецепторов на мембране тромбоцитов. Второй реализуется через повышение концентрации в крови фактора Виллебранда или возрастание числа рецепторов к нему на поверхности кровяных пластинок.

Усиление адгезивно-агрегационной способности тромбоцитов на фоне нормального их количества в мелких и крупных кровеносных сосудах создает опасность активации агрегации тромбоцитов в сосудах любого калибра. Однако в основе активации адгезивно-агрегационной функции кровяных пластинок лежит еще интенсификация внутритромбоцитарных путей активации кровяных пластинок.

Активированные токсинемией и интенсивным перекисным окислением липидов (ПОЛ) циклооксигеназа и тромбоксансинтетаза повышают выход проагрегантных простагландинов в т.ч. мощнейшего из них тромбоксана.

Таким образом, в основе стимуляции тромбоцитарных функций у телят с диспепсией могут лежать усиление функционирования внутритромбоцитарных путей передачи сигнала внутрь тромбоцитов, активация ПОЛ и их рецепторные перестройки.

КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИИ ТРОМБОЦИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ТЕЛЯТ С ДИСПЕПСИЕЙ С ПОМОЩЬЮ «ФОСФОПАГА»

Медведев И.Н., Горяинова И.А.
Курский институт социального образования (филиал) РГСУ, г. Курск, Россия

Цель работы: оценить возможности Фосфопага в коррекции внутрисосудистой активности тромбоцитов (ВАТ) у новорожденных телят с диспепсией.

Наблюдалось в динамике 25 новорожденных телят больных диспепсией. Коррекция нарушений велась Фосфопагом 0,01% 100,0 в течение 10 дней. Обследование проводили в начале и в конце лечения. Контрольную группу составили 267 здоровых телят. Определялись количество тромбоцитов в крови и ВАТ по Шитиковой А.С. (1999). Результаты обработаны критерием Стьюдента (t).

У новорожденных телят с диспепсией установлено нормальное количество тромбоцитов в крови (306,0±0,29х109 тр.). ВАТ больных характеризовалась повышением. Дискоциты в крови составляли 62,0±0,5% (у здоровых – 82,0±0,16%). Количество дискоэхиноцитов и биполярных форм тромбоцитов также значительно превышало контрольные значения. Суммарное количество активных форм тромбоцитов составляло у боль-

ных 38,0±0,09%, у здоровых – 18,0±0,02%, малых и больших агрегатов в кровотоке больных телят содержалось 15,3±0,08 и 5,0±0,02 (в контроле - 3,6±0,04 и 0,12±0,01, соответственно). При этом количество тромбоцитов в агрегатах у больных достигло 13,7±0,02 против 5,0±0,2% у здоровых телят.

Лечение Фосфопагом способствовало улучшению показателей тромбоцитарного гемостаза. К 10 дню терапии количество дискоидных форм тромбоцитов увеличилось до 78,5±0,4%, а дискоэхиноцитов, сфероцитов, сфероэхиноцитов и биполярных форм тромбоцитов достоверно уменьшилось (12,0±0,02, 5,1±0,02, 3,0±0,2 и 1,4±0,2%, соответственно). Суммарное количество активных форм тромбоцитов к моменту завершения лечения (21,5±0,01%) приближалось к контролю. Число малых и больших агрегатов у телят с диспепсией на лечении (7,2±0,3 и 1,4±0,05), также приближались к уровню здоровых с уменьшением в них количества тромбоцитов.

Динамика тромбоцитарных функций под влиянием Фосфопага у новорожденных телят с диспепсией характеризовалась их полной коррекцией, что позволяет считать примененный способ лечения эффективным средством коррекции ВАТ у данной категории больных телят при 10 дневном применении.

ИНГИБИТОРЫ АПФ В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Николаев Н.А., Редькин Ю.В., Тюрина М.В., Тюрина Н.В.
Городской клинический кардиологический диспансер,
г. Омск, Россия

Исследование посвящено изучению клинической эффективности ингибиторов АПФ (иАПФ) в составе комбинированной терапии больных артериальной гипертонией (АГ). Выполнено простое сплошное контролируемое проспективное исследование 2120 больных АГ. Клиническую эффективность (КЭ) оценивали по степени достижения целевого артериального давления (цАД) – менее 140/90 мм рт. ст. и/или его снижения не менее чем на 10%. Ксенобиотическую нагрузку определяли средней суммарной суточной дозой (сСД), в мг. Статистическую значимость результатов проверяли методами непараметрической статистики.

Результаты: на протяжении 2003-2006 годов наблюдали 915 мужчин (медиана 56 лет) и 1205 женщин (медиана 58 лет) больных АГ, получающих комбинированную антигипертензивную терапию, в том числе 750 мужчин и 990 женщин с использованием иАПФ. Удалось достигнуть цАД у 59,0% мужчин и 48,9% женщин (58,6% и 47,1% принимающих иАПФ) и добиться целевого снижения АД еще у 31,9% мужчин и 33,3% женщин (33.3% и 35,6% принимающих иАПФ). Терапия была неэффективна у 9,1% мужчин и 17,8% женщин (8,1% и 17,3% принимающих иАПФ).

Оказалось, что у больных с недостаточной КЭ терапии из иАПФ наиболее часто использовался эналаприл (59,9% назначений у мужчин и 51,3% у женщин), при этом его средняя суточная доза (ССД) составляла 18,9 и 25,8 мг соответственно [Wald-Wolfowitz runs test, $p<0,05$] и лизиноприл (13,3% у мужчин и 20,5% у женщин; ССД 20,0 и 18,8 мг соответственно). У мужчин другие иАПФ не применялись. У женщин в 2,6% использовались периндоприл моэксиприл и моноприл.

У больных со значимым снижением АД, но без достижения цАД эналаприл использовался чаще у мужчин (62,3%) но реже у женщин (47,9%), при этом его эффективные дозы оказались меньшими (16,7 мг и 20,9 мг соответственно), а лизиноприл чаще у мужчин и женщин (22,6% и 38,4%) с эффективными дозами 12,1 и 12,9 мг соответственно. Кроме того, у мужчин и женщин в этой группе использовался периндоприл (3,8% и 1,4% соответственно).

У больных с достигнутым цАД отмечалось дальнейшее снижение частоты применения эналаприла (35,7% у мужчин и 35,2% у женщин) и его эффективных доз (15,9 и 17,9 мг), при увеличении использования лизиноприла (37,8% у мужчин и 36,4% у женщин) и периндоприла (7,1% у мужчин и 3,7% у женщин).

С повышением эффективности комбинированной терапии связано снижение ксенобиотической нагрузки с 67,5-114,1 мг/сут. у больных без достигнутого цАД, до 38,5-60,0 мг/сут. у больных с достигнутым цАД [Wald-Wolfowitz runs test, $p<0,001$], которое обеспечивалось преимущественно за счет ротации других препаратов: атенолола и метопролола на бисопролол и небиволол, гидрохлортиазида на индапамид, нифедипина на амлодипин.

Выводы: Эналаприл, лизиноприл и периндоприл являются иАПФ, наиболее часто используемыми в комбинированной терапии больных АГ. Применение лизиноприла и периндоприла в комбинированной терапии более предпочтительно, чем эналаприла. Комбинированная терапия с включением иАПФ у мужчин более эффективна, чем у женщин.