

и индапамид в суточной дозе 2,5 мг.; 22 – берлиприл в суточной дозе 20 мг. и индапамид в той же дозе; 8 – эналаприл в суточной дозе 20 мг. и фуросемид в суточной дозе 40-80 мг.

Перед началом лечения пациенты предъявляли жалобы на головную боль (87%), головокружение (68%), тошноту и рвоту (26%), снижение работоспособности (55%). При измерении артериального давления регистрировалось повышение систолического (в среднем $165,8 \pm 2,4$) и диастолического (в среднем $102,4 \pm 1,6$) давления.

После 3 недель терапии в состоянии больных отмечена положительная динамика. Улучшилось общее самочувствие пациентов, уменьшились или исчезли головокружение (у 70%), головные боли (у 42%), повысилась работоспособность (у 90%). Систолическое АД снизилось до $132,2 \pm 1,8$, среднее ДАД снизилось до $91,0 \pm 1,4$.

У всех больных наблюдалась хорошая переносимость лечения, побочных явлений не было. Ни у одного больного содержание электролитов не опустилось ниже нормальных значений. Не выявлено также по сравнению с исходным уровнем достоверных изменений содержания холестерина.

Таким образом комбинированная терапия диуретиком и ингибитором АПФ обладает выраженным гипотензивным эффектом, достоверно снижая средние величины систолического и диастолического артериального давления, уменьшает выраженность субъективных проявлений и не сопровождается значительными побочными эффектами, что позволяет рекомендовать ее больным гипертонической болезнью.

НАБЛЮДЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ ИЗМЕНЕНИЕМ ДЛИННО-ШИРОТНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ГОЛОВЫ И ОСНОВНЫМИ ЭТАПАМИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Павлов А.В.

*Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова
Рязань*

С возрастом изменяются топографическое положение, форма, количество борозд и извилин головного мозга. Особенно энергично этот процесс идет в первый год жизни ребенка, что находит свое отражение в изменении размеров черепной коробки и головы в целом.

Используя классификацию R.Martin (1928), мы попытались проследить изменение показателей длинно-широтного индекса у одних и тех же детей от момента рождения до одного года. Измерения проводились ежемесячно при помощи толстого циркуля. В своей работе нами преследовалась цель выявить взаимоотношения между этапами развития ребенка на первом году жизни и краниометрическими показателями.

Первые наблюдения были проведены на первой неделе жизни младенцев. Среднее значение длины составляло 11,7 см, ширины 8,1 см, длинно-широтного

индекса 63,5, что соответствует ультрадолихоцефалической (УДЦ) форме головы. У этих же детей в возрасте одного месяца отмечается рост показателя длины головы – 12,9 см при сохранении среднего значения ширины практически неизменным – 8,2 см. Среднее значение индекса соответствует УДЦ (63,3). В этом возрасте дети способны фиксировать глазами яркие предметы, но на короткий срок, полностью отсутствует речь и лишь намечается слуховое сосредоточение, какая-либо целенаправленная деятельность отсутствует.

В возрасте трех месяцев постепенно увеличивается среднее значение ширины – 9,0 см, показатель длины головы остается на том же значении, что и в первый месяц: 12,9 см. Среднее значение индекса соответствует гипердолихоцефалической (ГДЦ) форме головы и составляет 69,6. В этот промежуток времени обнаруживаются значительные изменения в поведении ребенка: он способен, поворачивая голову, следить глазами за движущимися предметами, криком выражает неудовольствие, тянет предметы в рот, гулит.

В четыре месяца резко изменяется среднее значение ширины – 9,3 см, при прежнем значении длины – 12,9 см. Среднее значение индекса соответствует долихоцефалической форме головы (ДЦ) – 71,8. Эти изменения сопровождаются переменами в развитии ребенка: поворачивается со спины и обратно, громко смеется, гуление становится длительным, появляются певучие и гортанные звуки.

В шесть месяцев форма головы детей становится мезоцефалической – значение длинно-широтного индекса 78,3. Что обусловлено продолжающимся ростом поперечного размера. Среднее значение которого в этой возрастной группе 10,1 см. Среднее значение продольного размера сохраняется. Дети в этом возрасте активно стараются изучить окружающее пространство, различают чужих, дают комплекс оживления только при появлении хорошо знакомых людей. Наступает период повышенной чувствительности к звукам: внимательно чувствует разные звуки, вступает в «диалог» с взрослыми.

Последующие два месяца отличаются относительной стабильностью показателей: несколько увеличиваются оба размера, однако среднее значение индекса остается в пределах 75-79,9, что соответствует мезоцефалической форме. В этот период дети ползают, пытаются ходить с опорой, появляются элементы лепетной речи.

В возрасте десяти месяцев наблюдается значительное увеличение поперечного размера головы: 11,5 см, при среднем значении продольного размера 13,5 см. Форма головы характеризуется как брахицефалическая со значением 85,2. Данный возрастной период характеризуется значительным развитием мелкой моторики ребенка: берет мелкие предметы двумя пальцами. Дети в этом возрасте активно передвигаются, стоят и поднимаются без опоры. В речи появляются отдельные слова, нередко эти слова носят слогоподражательный характер с заменой букв в слове при сохранении понятия о предмете, который данное слово обозначает.

К двенадцати месяцам средний показатель длинно-широтного индекса сохраняется в пределах брахицефалической формы, однако, появляются значения соответствующие гипербрахицефалической (85-89,9) и ультрабрахицефалической (90,0 выше) формам. В этом возрасте дети хорошо ходят, приседают без опоры, знают названия игрушек. Для годовалого возраста также характерно появление активной речи: обращение ко взрослым с целью что-то сообщить, нарастание словарного запаса, более правильное произношение слов.

Обобщая все выше сказанное, можно отметить определенную зависимость между увеличением поперечного размера головы и как следствие – переход формы головы от ультрадолихоцефалической к брахицефалической – и изменением основных показателей нервно-психического развития детей первого года жизни.

О ВЗАИМООТНОШЕНИИ ИММУННОГО И АДАПТИВНОГО ОТВЕТОВ

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет,
Краснодар*

Адаптация к неблагоприятным условиям среды – важнейшее свойство организма. Она реализуется через основные регуляторные системы: нервную, эндокринную и иммунную. В ответ на воздействие различных неблагоприятных факторов среды развиваются множественные неспецифические реакции, как всего организма, так и отдельных клеточных популяций. Механизмы развития адаптивных реакций клеток могут перекрываться механизмами активации, пролиферации и дифференцировки иммунокомпетентных клеток как на уровнях плазматической мембраны, запуска различных систем передачи вторичных сигналов, белковых трансфакторов, так и на уровне экспрессии новой генетической информации. Показано, что некоторые группы защитных белков могут участвовать в ответных реакциях клеток на разнообразные внешние стимулы, в том числе и в ответных реакциях иммунокомпетентных клеток на антиген. Эволюционно закрепленное сходство и перекрывание на различных уровнях механизмов индукции адаптивного и иммунного ответов, общность белков, участвующих в этих реакциях, синтез и секреция нейромедиаторов, гормонов, интерлейкинов, иммуноглобулинов иммунокомпетентными клетками показывают, какую важную роль играет иммунная система в защите организма не только от инфекционных агентов, но и от любых повреждающих воздействий. Возможно, что функция ответа на антиген является поздней специализацией первоочередной функции – восприятия, переработки, ответа и запоминания информации о состоянии молекулярной среды. Согласно теории иммунологической сети второго поколения существуют две иммунные системы: 1) центральная иммунная система, состоящая из набора активированных лимфоцитов, являющихся

мультиреактивными клонами с конфигурацией генов, распознающих аутологичные антигены; 2) периферическая иммунная система, состоящая из набора покоящихся лимфоцитов, не обладающих специфичностью в отношении собственных антигенов. Центральная иммунная система включает первый уровень иммунной сети, состоящий из активированных В-клеток ($CD5^+$) и Т-клеток ($CD4^+$, $CD8^+$). Необходимо отметить, что сеть межклеточных взаимодействий центральной иммунной системы организована из ограниченного набора аутоантигенов, многие из которых активно участвуют в индукции и регуляции адаптивных реакций клеток. Существование организма как единого целого в условиях взаимодействия с окружающей средой представляет собой постоянный процесс приспособления к требованиям конкретного момента. Подобно тому, как нервная система, получающая широкий спектр различных сигналов, переводит их в информацию, полезную для выживания организма, иммунная система, находящаяся под постоянным воздействием антигенов, переводит антигенную информацию в осмысленный определенный ответ. Самоорганизованные системы, подобно нервной и иммунной, не просто переводят или сохраняют существующую информацию, а создают качественно новую информацию, позволяющую сохранить индивидуальную молекулярную целостность. Для осуществления такой функции самоорганизованные системы обладают иерархической, многоуровневой сетевой организацией и избыточностью. При этом сетевая организация такова, что уменьшение информации на одном уровне вызывает её увеличение на более глобальном уровне системы. Примером избыточности может быть поликлональный ответ на антиген. Наличие экстраклонов В-клеток и Т-клеток дает возможность системе мутировать некоторые клоны, и выбирать клоны с более высокой аффинностью. Избыточность делает систему более надежной, позволяя создавать новую информацию, не принося в жертву старую. То же самое происходит при дубликации генов. Каждая избыточная копия гена может независимо мутировать и дивергировать, тем самым создается разнообразие генетической информации. В ответ на антигенное воздействие иммунная система может развернуть различные типы ответов. Каждый отдельный ответ иммунной системы на конкретный антиген есть результат внутреннего процесса оценки и интеграции информации об антигене. Познающая иммунная система организует информацию, рожденную антигеном в данном конкретном контексте, и создает информацию, подходящую для ее внутреннего пользования. Таким образом, антиген и его контекст переводятся в молекулярный язык иммунной системы. Иммунная система создает свой язык, связывая два класса молекул:

- Т- и В-клеточные рецепторы к антигену, образующиеся в результате соматических мутаций генов и строго специализированные;

- молекулы, закодированные в генах, не претерпевающих соматических изменений. Это