

лическое 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, уменьшает выраженность субъективных проявлений и существенно снижает риск поражения органов-мишеней, что позволяет рекомендовать ее больным гипертонической болезнью.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ РОНКОЛЕЙКИНА ПРИ ГЕЛИКОБАКТЕР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Парахонский А.П., Цыганок С.С.
*Кубанский медицинский университет,
Медицинский центр «Здоровье»,
Краснодар*

Цель работы - обоснование применения ронколейкина в комплексе с традиционным лечением гастродуоденальной патологии. Объектом исследований явились 96 больных с язвенной болезнью и эрозивными поражениями желудка и 12-перстной кишки. У всех пациентов подтверждено наличие *H. pylori* (урезный тест и гистологическое исследование). Контрольную группу составили 25 условно-здоровых лиц. Диагноз язвенной болезни или эрозий обосновывался на основании анализа жалоб, анамнеза и эндоскопического исследования. Иммунологическое обследование включало: определение субпопуляционного состава лимфоцитов с помощью диастикомов на основе моноклональных антител (CD3, CD4, CD8, CD16, CD22, CD25) периферической крови, определение содержания иммуноглобулинов (Ig) A, G, M по методу Манчини. Клинически наблюдалась характерная симптоматика: болевой, диспептический и персистирующий астеновегетативный синдромы.

Для оценки эффективности лечения больных с эрозивными и язвенными поражениями, лечившихся по традиционной схеме и при использовании ронколейкина сформированы две группы, сходные по исходным клинико-иммунологическим и возрастнополовым показателям: группа традиционной терапии (омепразол + амоксициллин + метронидазол) – 47 пациентов и группа иммунокоррекции (традиционная терапия + ронколейкин) – 49 больных. Выбор препарата – ронколейкина (рекомбинантного ИЛ-2) обоснован тем, что ИЛ-2 является одним из ключевых звеньев, определяющих развитие гуморального и клеточного иммунитета. Дополнительным основанием к применению этого препарата при эрозивно-язвенных поражениях желудка и 12-перстной кишки послужил опыт успешного применения ронколейкина при различных воспалительных заболеваниях. Ронколейкин обладает выраженной иммуности-мулирующей и

пролиферативной активностью, направленной на усиление противобактериального и противовирусного иммунитета и элиминацию патогенного возбудителя. Ронколейкин назначался внутрь перорально и с помощью внутриорганного электрофореза на эпигастральную область, стимулировали его поступление в слизистую оболочку желудка и 12-перстной кишки.

При исследовании исходного иммунного статуса больных с *H. pylori*-ассоциированными эрозивно-язвенными поражениями желудка и 12-перстной кишки до лечения выявлены следующие особенности: достоверное снижение CD3, CD4, CD22, CD25, значительное снижение IgA. Повышение уровня ЦИК и CD16 у пациентов подтверждает хронический характер воспаления и процесс деструктуризации слизистой оболочки.

Принимая во внимание полученные данные о наличии нарушений в системе иммунитета у больных с эрозивно-язвенными дефектами желудка 12-перстной кишки, очевидна необходимость проведения адекватных мероприятий по осуществлению иммунокоррекции, а с учётом преимущественного уменьшения Т-хелперной субпопуляции и CD25-лимфоцитов логично возникает необходимость в первую очередь топической иммунорегуляции. Результаты, отражающие клиническую эффективность ронколейкина, свидетельствуют, что у пациентов из опытной группы с иммунокоррекцией ронколейкином установлена быстрая регрессия клинических признаков, в частности, исчезновение болевого синдрома на $4,7 \pm 0,5$ дней раньше ($p < 0,05$); диспептического синдрома – на $6,3 \pm 0,6$ ($p < 0,05$) дней раньше; астеновегетативного синдрома на $10,9 \pm 0,4$ дня раньше ($p < 0,05$). Сроки эпителизации эрозий и рубцевания язвенного дефекта у больных, получавших ронколейкин, по сравнению с традиционным лечением, сократились почти в 2,5 раза ($p < 0,01$).

Анализируя иммунологические показатели в сравниваемых группах, мы выявили, что в группе с использованием иммунокоррекции отмечается положительное иммуностропное действие ронколейкина по восстановлению показателей Т-лимфоцитов. Так в группе иммунокоррекции значительно повысилось количество CD3, CD4, CD25 и пришло к нормальным значениям ($p < 0,05$). Количество CD22-лимфоцитов в группе с использованием ронколейкина увеличилось, однако не достигло нормальной величины, а в контрольной группе показатель CD22 оставался на низком уровне. Но показатели CD16, как в опытной, так и в контрольной группах снизились незначительно, и оставались на достаточно высоких уровнях. Концентрация IgA повысилась ($p < 0,05$), а в группе традиционного лечения не отмечено тенденции к нормализации данного показателя.

Таким образом, использование ронколейкина для лечения больных с эрозивными и язвенными поражениями верхних отделов ЖКТ в комплексе традиционной терапии позволяет достичь клинико-иммунологической ремиссии, при этом сроки ремиссии увеличиваются более чем в три раза, по сравнению с традиционной терапией. Применение ронколейкина методом внутриорганного электрофореза является безопасным, безболезненным способом бы-

строй и надёжной индукции ремиссии; иммунокоррекции при воспалительных заболеваниях ЖКТ с *H. Pylori*-ассициированными эрозивно-язвенными пора-

жениями желудка и 12-перстной кишки, что создаёт значимый экономический эффект.

Физиология онтогенеза

ПРОБЛЕМЫ СТАНОВЛЕНИЯ СТАТИЧЕСКОЙ ПОЗНОЙ АКТИВНОСТИ В ОНТОГЕНЕЗЕ. I

Винарская Е.Н., Фирсов Г.И.

*Московский гор. педагогический университет,
Институт машиноведения
им. А.А.Благодравова РАН,
Москва*

В свете структурно - функциональных характеристик мозжечка обратимся к вопросу о вырабатываемых на основе кинестетического чувства синергий, типичных для статической позной активности. При этом заметим, что способность держать голову, сидеть, а потом и стоять адаптивно обусловлена, а ее поэтапное становление свидетельствует не только о двигательном, но и общем психическом развитии ребенка: о появлении у него новых субъективных ценностей и о воплощении этих ценностей в коммуникативно-познавательном опыте и соответствующих адаптивных реакциях. С поднятой головой удобнее ориентироваться в окружающем, легче устанавливать и поддерживать эмоциональный контакт с матерью, в положении сидя - становится шире обзор предметной ситуации, появляется больше возможностей для общения с окружающими и для обследования предметного мира с помощью рук. В положении стоя становится еще шире обзор окружающего, еще больше возрастают коммуникативно-познавательные возможности, еще доступнее оказывается предметный мир. Однако, достижение всех этих преимуществ должно быть оплачено преодолением врожденных сгибательных синергий и выработкой сгибательно-разгибательных, которые помогают сопротивляться силе тяжести и бессознательно поддерживать адаптивно выгодные статические напряжения мышц. Обратим специальное внимание на своеобразные мозжечковые синергии, вырабатывающиеся при обучении ребенка стоянию. Успех социальной адаптации человека в значительной мере обусловлен вертикализацией его позы и высвобождением в связи с этим рук для трудовой деятельности.

Одним из ранних признаков того, что развитие ребенка протекает согласно возрастным нормативам, становится способность держать голову теменем вверх. Это нормальное для всех животных положение головы антигравитационно. Формируясь на основе врожденных лабиринтно-тонических рефлексов положение головы теменем вверх преобразуется в кинестетически регулируемую синергию, которая может поддерживаться и при отсутствии лабиринтных раздражений, и даже вопреки им. Это положение головы оптимально для одновременно протекающих процессов дыхания, захвата и поглощения воды и пищи, работы органов чувств и предметной активности рук. С его установления начинается вертикализация позы человека.

В 4 месяца ребенок начинает сидеть, к 8-9 месяцам - стоять, а к году - ходить. При этом устойчивость ребенка как физического тела прогрессивно падает в силу того, что площадь его опоры уменьшается (сидеть на ягодицах или стоять на коленях далеко не то же самое сравнительно со стоянием на двух ногах, особенно, когда они тесно сдвинуты). Устойчивость же ребенка как живой системы, напротив, прогрессивно возрастает за счет усиления разгибательных антигравитационных мышечных синергий и усовершенствования механизмов управления ими.

Задача непрерывного противодействия в процессе достижения ориентировочно-исследовательских коммуникативно-познавательных целей силе тяжести путем создания антигравитационного тонуса мышц напоминает ситуацию, воплощенную в древнегреческом мифе об Антее. Великан Антей, сын богини земли Геи, не знал себе соперников в единоборстве. Каждый раз, как он начинал ослабевать, он прикасался к земле, своей матери, и получал от нее новые силы. Победить Антея удалось только тогда, когда Геракл поднял его над землей и не дал ему соприкасаться с нею. Ребенок может противопоставить силе тяжести разгибательный тонус мышц, только опираясь на горизонтально расположенную плоскость и только отталкиваясь от нее. Это лишний раз убеждает в том, что горизонтальная плоскость в позной активности является базисной, а характер взаимодействия с нею организма свидетельствует больше, чем что-либо другое, о степени овладения им силами гравитации.

Научившись держать голову, ребенок начинает попытки сидеть или хотя бы отрывать от плоскости спину. В 3 месяца у него уже получается "мостик", когда он, увидя нечто интересное над головой, тянется вверх туловищем, резко напрягая разгибатели спины и опираясь на плоскость лопатками и ягодицами, ягодицами и головой, головой и ступнями. В 5-6 месяцев он уже сидит в подушках или ухватившись за руки матери; а в 7 месяцев он сидит, опираясь на руки, вытянутые вперед или по бокам туловища, - без опоры на руки или спинкой на подушку он сохранить равновесие туловища еще не может.

ПРОБЛЕМЫ СТАНОВЛЕНИЯ СТАТИЧЕСКОЙ ПОЗНОЙ АКТИВНОСТИ В ОНТОГЕНЕЗЕ. II

Винарская Е.Н., Фирсов Г.И.

*Московский гор. педагогический университет,
Институт машиноведения
им. А.А.Благодравова РАН,
Москва*

Кроме усилий, направленных на овладение позной активностью головы и туловища, идет освоение поз отдельных частей тела, прежде всего рук, в процессе совершения произвольных движений. Сгиба-