

достоверно выше ( $p < 0.05$ ) чем при не-IgE-ассоциированном.

Показано, что для АтД характерно наличие в экссудате «кожного окна» секреторного IgA, который является основным эффектором местного иммунитета; снижение IgA и повышение IgE при различных клинико-морфологических формах АтД. Количественные характеристики IgE оказались дифференциально-диагностическими. При распространённом процессе в обеих формах АтД прослеживалась тенденция к снижению показателей IgA в экссудате, у больных с локализованным процессом до 70% от контрольных значений. Все формы АтД сопровождалась повышенным содержанием IgE в экссудате «кожного окна». Достоверно более высокие показатели ( $p < 0,05$ ) отмечались при распространённой форме IgE-ассоциированного АтД.

При определении уровня цитокинов в крови больных с АтД в период ремиссии не было выявлено связи с его разными клиническими формами, а также с возрастом и полом обследованных пациентов. Это свидетельствует о преобладании Th2-типа иммунного ответа и предполагает аналогичные звенья патогенеза в этих группах больных АтД, несмотря на различные пусковые механизмы заболевания. При исследовании цитокинов сыворотки у больных АтД в период обострения, отмечено, что уровень продукции ИФУ был достоверно снижен у пациентов с тяжёлым и среднетяжёлым течением, а содержание интерлейкина (ИЛ-10) было выше, чем при лёгком течении ( $p < 0,05$ ). Уровень ИЛ-6 сыворотки при тяжёлом и среднетяжёлом течении заболевания значительно превышал этот показатель ( $p < 0,05$ ) у больных с лёгким течением.

Аналогичные результаты получены при определении уровня ИЛ-8 у больных АтД в период обострения. Высокие концентрации фактора некроза опухоли (ФНО $\alpha$ ) в крови обнаружены у пациентов с тяжёлым и среднетяжёлым течением. Продукция ИФУ у больных с различной распространённостью поражения кожных покровов достоверно не отличалась. При анализе уровня ИЛ-10 сыворотки отмечено его достоверное повышение при диффузных и распространённых формах по сравнению с локальным поражением. Уровень ФНО $\alpha$  был достоверно выше при диффузном и распространённом поражении кожных покровов, чем при локальном. Аналогичная динамика у таких пациентов отмечена и для ИЛ-6 ( $p < 0,05$ ). Уровень ИЛ-8 был достоверно выше при распространённом и диффузном поражении кожи, чем при ограниченном процессе. Степень высвобождения провоспалительных цитокинов напрямую зависела от распространённости и степени тяжести процесса при АтД. Наибольшие концентрации отмечались при тяжёлом и среднетяжёлом течении заболевания, и при распространённом и диффузном поражении кожи.

Таким образом, состояние факторов местного иммунитета при АтД зависит от клинико-морфологических форм заболевания. Выявленное повышение уровня IgE, появление секреторного IgA, на фоне снижения показателя общего IgA в экссудате «кожного окна» в период обострения свидетельствует о недостаточности местного иммунитета при данном заболевании. При АтД независимо от формы заболевания в период обострения имеет место провоспалительная цитокинемия (ИЛ-6,8,10, ФНО $\alpha$ ) на фоне снижения уровня ИФУ, напрямую зависящая от тяжести и распространённости заболевания. Изменения в системе цитокинов при АтД отражают дисбаланс в субпопуляциях иммунокомпетентных клеток.

### **ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ**

Парахонский А.П., Гришаков Ф.Ф.

*Кубанский медицинский университет  
Медицинский институт высшего сестринского  
образования  
Краснодар, Россия*

Одним из обязательных условий при назначении иммунокорригирующей терапии является исследование иммунного статуса как с целью выявления дефекта в иммунной системе, так и с целью правильного выбора иммунокорригирующего препарата.

Цель исследования - изучение эффективности и безопасности различных способов введения рекомбинантного ИЛ-2 человека - Ронколейкина в комплексном лечении больных гормонально-зависимой бронхиальной астмой (ГЗБА). В исследовании участвовали 45 пациентов в стадии обострения. Больные 1-й группы помимо стандартной терапии, получали Ронколейкин по 500000 МЕ в/в 3-кратно с интервалом 48 ч с последующим п/к введением такой же дозы 6 раз с интервалом 14 дней. Больные 2-й группы дополнительно к стандартной терапии получали Ронколейкин по 250000 МЕ ингаляционно через небулайзер и по той же дозе в/в 3-кратно с интервалом 48 ч, а затем по 250000 МЕ ингаляционно и п/к 6 раз с интервалом 14 дней. 3-ю (контрольную) группу составили пациенты, получавшие стандартную терапию.

Эффективность лечения оценивали по динамике клинических симптомов и иммунологических показателей. Более выраженное уменьшение частоты дневных и ночных приступов БА к концу 1-го месяца терапии отмечено в группах с применением Ронколейкина. Начиная с 4-й недели в 1-й группе и с 8-й недели во 2-й группе больных ночных приступов удушья не возникало. Уменьшение выраженности клинических симптомов БА в этих группах сопровождалось положительной динамикой показателей функции внешнего дыха-

ния с достоверным увеличением скоростных показателей спирограммы. Отмеченная положительная клиничко-функциональная динамика в состоянии больных исследуемых групп формировалась на фоне постоянного снижения дозы глюкокортикоидных препаратов. Более выраженное улучшение показателей качества жизни было у пациентов, получавших Ронколейкин. На фоне применения этого препарата отмечено также уменьшение количества отделяемой мокроты и содержания в ней лейкоцитов, а у пациентов во 2-й группе, кроме того, по данным фибробронхоскопии выявлено снижение выраженности воспаления и достоверное ( $p < 0,05$ ) уменьшение числа нейтрофилов в бронхоальвеолярной лаважной жидкости.

Клинический эффект сочетался с улучшением исходно изменённых иммунологических показателей. На фоне комплексной терапии с включением Ронколейкина у всех больных установлено увеличение числа зрелых Т-лимфоцитов и практически всех субпопуляций Т-клеток, повышение иммунорегуляторного индекса. На фоне терапии с применением Ронколейкина у 89,8% больных на лимфоцитах повышалась плотность рецепторов к интерлейкину-2. Содержание рецепторов апоптоза достоверно уменьшилось в 1-й и 2-й группах, в контрольной же группе исходно повышенное содержание CD95<sup>+</sup>-клеток увеличилось примерно наполовину от исходного значения. В результате комплексной терапии с включением Ронколейкина наблюдалась положительная динамика показателей гуморального иммунитета: достоверно снизились уровни иммуноглобулинов М и А, циркулирующих иммунных комплексов и В-лимфоцитов. У больных первых двух групп фагоцитарный индекс увеличился почти в 2 раза, тогда как в контрольной группе он прак-

тически не изменился, и достоверно уменьшилось фагоцитарное число. Отмечена хорошая переносимость Ронколейкина.

Итак, ГЗБА характеризуется плохо контролируемым течением с высокой частотой приступов, обострениями, возникновением осложнений стероидной терапии. У больных угнетены Т-клеточное и фагоцитарное звенья иммунной системы на фоне активации гуморального иммунитета, что обуславливает необходимость применения иммуностимулирующих препаратов. Включение Ронколейкина в комплексную терапию больных ГЗБА повышает исходно сниженные показатели Т-клеточного иммунитета, приводит к снижению гиперактивности гуморального иммунитета, сопровождается положительным клиническим эффектом, оказывает нормализующее влияние на изменённые показатели функции внешнего дыхания, позитивно влияет на качество жизни больных, позволяет отменить или значительно снизить дозу глюкокортикоидов и сократить сроки стационарного лечения. Ингаляционное введение Ронколейкина способствует уменьшению выраженности воспаления в бронхах. Препарат не вызывает осложнений в течение заболевания или отрицательных изменений лабораторных показателей. Полученный выраженный клиничко-иммунологический эффект свидетельствует о целесообразности его применения в комплексной терапии больных ГЗБА. Заместительная терапия с помощью ИЛ-2 человека ликвидирует иммунный дисбаланс, устраняет нарушение клеточной чувствительности к глюкокортикоидам, снижает их дозу и сокращает риск системных побочных эффектов, что позволяет улучшить качество жизни и прогноз у больных гормонально-зависимой бронхиальной астмой.

### *Современные проблемы науки и образования*

#### **О СЕКУНДАРНЫХ ПРАВАХ В НАУКЕ ГРАЖДАНСКОГО ПРАВА РОССИИ**

Вакулина Г.А.

*Байкальский государственный университет  
экономики и права  
Иркутск, Россия*

Конструкция «вторичные права» (gestaltungsrechte) была предложена немецким цивилистом Э. Зеккелем, выпустившим в 1903 году в Берлине монографию, посвященную этой теме. Созданная им теория стала господствующей в германской цивилистике.

Признавая вторичные права особой разновидностью субъективных прав, Э. Зеккель определил их как права, содержанием которых является возможность установить конкретное правоотношение посредством односторонней сделки. [1]

Если попытаться классифицировать взгляды российских цивилистов, которые высказыва-

лись по вопросу о вторичных правах, то они могут быть сведены в три группы.

Первую составляют те, кто выражал отрицательное отношение к конструкции вторичных прав и ограничивался общими суждениями.

Так, Р.О. Халфина считала, что в советском праве нет оснований для выделения особой группы вторичных прав. [2]

Вторая группа авторов рассматривает вторичные права в качестве разновидности субъективных гражданских прав.

В частности, С.Н. Братусь полагал, что если исходить из более широкого понимания субъективных прав, т.е. как возможности и обеспеченности известного поведения, то это позволяет отнести вторичные права к числу субъективных прав. [3]

К такому же выводу приходит и В.И. Сереброский, анализируя правовую природу права на принятие наследства. [4]