

marked positive changed were recorded. Supplementary IM and AO therapy has led to stable reduction in acute inflammatory data and in both clinical and endoscopic symptoms NAID-gastropathy. Gastroprotective effect has been maximal for dimephosphone.

In children with severe JRA, Remikejd has been noted to improve the general state and reduced pain after 3-4 injections. Moreover, positive dynamics has been seen in articular syndrome. By the initiation time of Derinate therapy 43-57% of the children had achieved 70-90% of ACR improvement. Further treatment, up to 70-th week has brought valid reduction in DAS28 index (by 52 and 54% in the control and study groups, respectively ($p < 0,05$) and comparable essential improvement of the patients, welfare. It is also noteworthy, that supplementary Derinate therapy has decreased probability of infectious complications by almost 6 times.

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Громов М.И.¹, Каплина Э.Н.²

¹-ГУ СПб НИИ скорой помощи

им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург,

²- ЗАО «ФП «Техномедсервис», Москва

Недостаточное по эффективности действие иммунитета приводит к развитию у хирургических пациентов осложнений, которые обычно подразделяют на инфекционные, гнойные и репаративные (утрата функции в полном или частичном объеме). Причем в начальном периоде развития осложнений это может быть связано не только (и не столько) с недостаточной активностью иммунного ответа, но и с чрезмерным количеством нежизнеспособных тканей, нарушением целостности покровных тканей, образованием сообщений между органами и внешней средой и т.п. Любые проявления слабости иммунитета или иммунодефицита отражаются на сроках и качестве заживления повреждений, что приводит к формированию грубых и зачастую деформирующих рубцов, затрудняющих функционирование вовлеченных в них органов.

Современная тактика лечения хирургических больных, помимо выполнения квалифицированного оперативного пособия и рациональной антимикробной терапии, должна обязательно дополняться иммуномодулирующей терапией в следующих случаях:

- наличие больших по объему очагов повреждения;
- выполнение операций средней или высокой степени сложности;
- наличие неблагоприятных сопутствующих заболеваний;
- осложненное течение послеоперационного периода.

Исходя из хирургических особенностей контингента больных, а также из задач, возлагаемых на иммуномодулирующую терапию, следует подходить к выбору иммуномодуляторов с определенным набором требований:

- иммуномодулятор не должен иметь иммунодепрессивного действия;

- иммуномодулятор не должен быть антигеном или имитатором антигена, поскольку у хирургических больных антигенная нагрузка существует в избытке;

- иммуномодулятор должен иметь преимущественно противобактериальную направленность действия;

- иммуномодулятор должен способствовать «пассивному» связыванию и нейтрализации действия антигенов;

- иммуномодулятор должен иметь достаточно сильный иммуностимулирующий эффект, реализующийся в условиях иммунодефицита и постоянного присутствия в организме большого количества антигенного материала. Чем более выраженным оказывается иммунодефицит, тем сильнее должно быть иммуностимулирующее воздействие;

- иммуномодулятор должен восполнять имеющийся недостаток компонентов иммунитета;

- иммуномодулятор должен обеспечивать благоприятные условия для заживления тканей.

Необходимость применения «пассивной» иммунотерапии иммуноглобулинами возникает при высоком уровне интоксикации, недостаточной эффективности проводимого лечения, нарастания признаков системного воспалительного ответа, развитии осложнений, констатации сепсиса. Обычные человеческие иммуноглобулины G (*октагам, интраглобин* и др.) (50-600 мл на курс) или с повышенным содержанием Ig M к грамотрицательным микроорганизмам (кишечной и синегнойной палочкам) (*пентаглобин*, 50-1000 мл на курс) относятся к разряду эффективных, но дорогостоящих средств и используются при выраженной интоксикации, опасности развития сепсиса и септического шока. Основная задача «пассивной» иммунотерапии состоит в «связывании» антигенов, токсинов и полных микроорганизмов, уменьшении степени их воздействия на иммунную систему, которая находится в постоянном гиперстимулированном состоянии.

«Активная» иммунотерапия должна использоваться с учетом тяжести состояния хирургических пациентов, обширности зон повреждения, фазы репаративного процесса, а также особенностей иммунного статуса пациента.

В случаях тяжелого и среднетяжелого состояния хирургического пациента, при наличии значительных по размерам ран (что обычно проявляется повышенным катаболизмом, снижением веса тела больного), на фоне проявлений инфекционно-гнойного процесса не следует применять иммуностимулирующие препараты из группы антигенов или имитаторов антигенов (*пирогенал, ликопид, рибомунил, бронхомунал*). Стимуляция антигенами хирургических пациентов и так имеется в достаточном и даже избыточном количестве. Среди других групп препаратов следует отдавать предпочтение сильнодействующим агентам. Сила препарата, его действенность в определенной мере должна проявляться по всем основным направлениям действия иммунитета: и противобактериальном, и противовирусном и противоопухолевом. Тогда это, по крайней мере, точно *действующий* иммунопрепарат. Спектр таких лекарств представляется уже более узким. К ним следует отнести рекомбинантный интер-

лейкин-1 (*беталейкин*), рекомбинантный интерлейкин-2 (*ронколейкин*), рекомбинантные интерфероны (*реальдирон*, *реаферон*, *интрон* и т.д.), *лейкинферон*, *деринат*, *неовир*, *циклоферон*, *полиоксидоний*, *глутоксим*, *левамизол*. Из этого перечня следует исключить препараты, обладающие выраженной провоспалительной активностью, использование которых обязательно сопровождается увеличением уровня интоксикации (*беталейкин*, рекомбинантные интерфероны), а также *левамизол*, токсичность которого значительно возрастает при сочетанном применении с антибиотиками.

Ронколейкин (рекомбинантный интерлейкин-2 человеческий). Ронколейкин восполняет дефицит эндогенного интерлейкина-2, увеличивает количество Т-лимфоцитов, особенно Т-хелперов, активирует скорость их созревания от «наивных» Т нулевых до Т-хелперы 2 типа, которые ответственны за уровень активности клеточного компонента иммунитета (4). Препарат является короткодействующим, его нужно вводить внутривенно капельным режимом в течение 4-5 часов в дозировке 500 тыс. МЕ или 1 млн МЕ с интервалом между введениями 2-3 дня и общим количеством не более 3 раз, чтобы избежать перестимуляции и торможения иммунитета.

Деринат – натрия дезоксирибонуклеат природного происхождения, представляет собой набор полимерных фрагментов нативной ДНК с молекулярной массой 270-400 тыс. дальтон в 0,1% водном растворе натрия хлорида.

Микулич в 1904 г., Панков в 1905 г., Реннер в 1906 г. использовали нуклеиновую кислоту за 12 ч. до операции или родов в виде подкожных впрыскиваний и отмечали ее весьма благоприятное влияние – гладкое послеоперационное течение, уменьшение послеоперационных осложнений и снижение процента смертности.

Деринат активизирует как противобактериальный, так и противовирусный, противогрибковый и противоопухолевый иммунитет. Данный препарат обладает высоким репаративным и регенеративным действием. При добавлении дерината в комплексное лечение улучшается сократительная способность миокарда, отмечается более быстрое заживление дефектов слизистой оболочки, кожи, свищей. При сравнительном исследовании дерината и солкосерила в отношении влияния на скорость заживления экспериментальной язвы желудка оказалось, что на фоне применения дерината дефекты слизистой закрываются в 2 раза быстрее. Остаточный рубец после применения дерината становится менее выраженным, без деформации окружающих тканей, а часто и вовсе не заметным. Препарат проникает через гематоэнцефалический барьер. Период его полувыведения составляет около 72 часов. Применяется деринат внутримышечно по 1 амп. (75 мг) 2 раза в неделю в количестве 5-10 инъекций. В тяжелых случаях возможно его применять с интервалами через один день. Кроме того, деринат проявляет свою эффективность при местном применении в виде аппликаций, а также при ректальном способе его введения.

В случаях тяжелой лейкопении после химиотерапии опухолей, а также выраженной лимфопении при

сепсисе положительный эффект начинает проявляться уже после одной инъекции препарата. В случаях тяжелого сепсиса отмечается синергизм в действии дерината и ронколейкина: рост числа лимфоцитов при сочетанном применении этих препаратов наблюдается в гораздо большей степени по сравнению с отдельным использованием каждого из этих средств.

Неовир и *циклоферон* являются практически одним и тем же химически синтезированным веществом – производным акридоновой кислоты, которая ранее использовалась в качестве красителя клеток. Отличительной особенностью неовира является его способность увеличивать количество и активность моноцитов и эозинофилов крови. Известно, что моноциты инициируют иммунный ответ на появление антигена в крови. Они ответственны за распознавание антигенов и их представление (процессинг) другим иммунным клеткам. Эозинофилам приписывают осуществление эффект киллеров по отношению к опухолевым клеткам. Применение неовира/циклоферона особенно показано при выявлении нарушений моноцитарного компонента иммунитета.

Полиоксидоний относится к группе химически синтезированных иммуномодуляторов и представляет собой производное полиэтиленпиперазина. Иммунокорректирующее действие препарата обусловлено прямым воздействием на фагоциты и натуральные киллеры, а также стимуляцией антителообразования. Имеются данные, что полиоксидоний обладает выраженной детоксикационной активностью, которая определяется структурной и высокомолекулярной природой препарата. Полиоксидоний рекомендуется в виде монотерапии для профилактики послеоперационных осложнений и коррекции вторичных иммунодефицитов. Препарат можно вводить внутримышечно, внутривенно капельно в дозе 6-12 мг раз в сутки ежедневно, через день или 1-2 раза в неделю в зависимости вида заболевания и тяжести состояния больного. Существует форма выпуска полиоксидония в виде суппозитория.

Глутоксим также относится к группе химически синтезированных иммуномодуляторов, являясь метаболитическим регуляторным полипептидом из разряда представителей тироэтинов. Препарат регулирует эндогенную продукцию ряда интерлейкинов и гемопоэтинов, а также воспроизводит эффекты интерлейкина-2. Глутоксим способен воздействовать на генетически поврежденные клетки, индуцируя их запрограммированную гибель (апоптоз).

При улучшении общего состояния хирургических больных до уровня удовлетворительного задачи, возлагаемые на иммуностропные препараты, существенным образом изменяются. В случаях нарушений репарации, медленного заживления ран, вялого обратного течения инфекционных осложнений появляется необходимость в менее сильной стимуляции иммунитета. Возможно сочетание общего иммуностимулирующего и иммуностимулирующего воздействия, в том числе и с помощью антигенной стимуляции, и местного применения иммуностимуляторов в области непосредственного заживления ран.

В дальнейшем при полном заживлении ран и купировании последствий инфекционных осложнений

основная задача иммунотерапии состоит в создании наиболее благоприятного режима для завершения репарации: формировании минимального по размерам и эластичного по структуре рубца, уменьшении вероятности образования спаек, снижении болевых ощущений и сокращения сроков полноценного восстановления функций поврежденных органов.

Подводя итог рассмотрению возможности иммунотерапии в комплексном лечении хирургических заболеваний, следует отметить, что важность этого компонента лечения несомненна во всех лечебных периодах. Возможно применение иммуномодуляторов перед тяжелым оперативным вмешательством (ронколейкин, деринат, иммуноглобулины для внутривенного введения). Определенной представляется роль,

возможности и ограничения иммунотерапии на фоне крайне тяжелого и тяжелого состояния пациентов. Понятна значимость иммунотерапии для коррекции осложнений хирургического лечения при среднетяжелом состоянии больных. Наиболее сложными и трудно доказуемыми остаются иммуномодулирующие вмешательства у больных в состоянии реконвалесценции.

Обоснованный выбор одного иммунопрепарата или сочетания из нескольких средств, определение точки приложения воздействия (местно и (или) системно) – все это остается актуальной задачей создания современного комплексного подхода к лечению пациентов хирургического профиля.

Российская экономика 2006: реальность и перспективы

ТРАНСНАЦИОНАЛИЗАЦИЯ КОРПОРАТИВНЫХ СТРУКТУР В СОВРЕМЕННОЙ МИРОВОЙ ЭКОНОМИКЕ

Климовец О.В.

*Академия маркетинга и
социально-информационных технологий,
Краснодар*

В последней четверти XX века в результате целого «букета» революций: технико-экономической, технологической, финансовой, коммуникационной произошли существенные изменения в системе международного разделения труда, организации и функционирования международного производства, торговли, перемещения факторов производства. Этот этап характеризуется ликвидацией политических перегородок и либерализацией государственного контроля над внешнеэкономическими операциями, а так же придании национального статуса иностранным инвесторам во многих сферах экономики внутри страны. Это обусловило возможность вступления в МРТ непосредственных производителей, часто независимо от собственных государств. Многочисленные субъекты разных стран прежде всего крупнейшие и крупнейшие компании функционируют как субъекты общей хозяйственной системы. МРТ приобретает новые характеристики и особую значимость, основанную на долговременных хозяйственных связях, и становится поистине всеобщим по своему характеру.

Процесс интернационализации хозяйственной жизни, заметно ускорившийся после Второй мировой войны рос и качественно. Интернационализация товарных и ресурсных потоков с начала 60-х гг. пополнилась новой формой интернационализации хозяйственной жизни, а именно – интернационализацией капитала. Именно интернационализация капитала, в конечном счете, обеспечила перерастание региональных мировых рынков в систему мирового хозяйства, которая все больше приобретает черты глобальной. Происходит процесс интернационализации хозяйственной жизни на ее высшую (но пока начальную) стадию глобализации.

За понятиями интернационализации и глобализации стоит определенная модель функционирования многоуровневой мировой системы хозяйственных связей, объединяющих, интегрирующих отдельные страны в глобальный мировой комплекс.

Интернационализация товарного обмена, мобильных факторов производства постепенно под влиянием МРТ, расширялась, усложнялась, преодолевая межстрановые и региональные рамки. Происходил резкий рост международной специализации и кооперирования производства. Рамки внутренних рынков становились все более тесными для крупномасштабного специализированного производства. Оно объективно выходит за пределы национальных границ. По глубине и масштабам воздействия на экономику интернационализация хозяйственной жизни, как типичный для второй половины XX века кумулятивный процесс, может быть сравнима с эффектом, который в последние десятилетия XIX века имело распространение акционерной формы капитала. Тогда так называемое акционерное финансирование позволило сравнительно быстро задействовать на практике потенциал промышленной революции. В настоящее время интернационализация практически во всех сферах хозяйственной жизни активно способствует развертыванию и практической реализации потенциала НТР.

Закономерным результатом интернационализации производства и капитала становится глобализация мирового хозяйства. Интернационализация и глобализация производства создают такую ситуацию, когда практически ни одной стране уже невыгодно иметь только свое производство: отдельные национальные экономики (или их сегменты) все более интегрируются в мировое хозяйство, стремятся найти в нем свою нишу. Все более интернациональный характер приобретает движение рабочей силы, подготовка кадров, обмен специалистами и др.

Переход многих стран к экономике открытого рынка сопровождался активной деятельностью ТНК и ТНБ. Осуществляя товарную экспансию на зарубежные рынки, создавая в разных странах многочисленные филиалы, дочерние компании, ТНК обходили