Больше всего крови 2016 г. списывается по положительным анализам на бруцеллез - 3,5% иHBsAg – 3,3%. Из-за положительного теста на ВИЧ-инфекцию списано всего 0,4% от общего количества заготовленной крови.

Выводы.

1. Службой крови проведена определенная положительная работа по улучшению инфраструктуры и методов заготовки крови и ее компонентов на основе современных технологий.

2. Проведена работа по укрупнению и повышению эффективности деятельности центров крови на областном уровне

3. Основные показатели донорства и заготовки крови сохраняются на стабильном уровне, что дает возможность обеспечить основные потребности лечебных учреждений в донорской крови и ее компонентах.

4. Сохраняется, однако, достаточно высокий уровень брака крови из-за положительных тестов на гемотрансмиссивные инфекции

1. Голосова, Т.В. Общие принципы национальной концепции вирусной безопасности гемотрансфузий / Т.В. Голосова, Ф.П. Филатов // Гематология и трансфузиология. – 2001. – 3. – С. 84-86.
2. Голосова, Т.В. Тестирование доноров и эволюция посттрансфузионного гепатита / Т.В. Голосова, А.В. Сомова, Т.А. Туполева, Ф.П. Филатов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, копропроктологии. – 1999. – 1. – С. 32 -36.
3. Данильченко, В.В. Пути повышения эффективности деятельности службы крови / В. В. Данильченко, В.Н. Вильянинов // Трансфузиология. - 2001. - № 3. - С. 100-104.
4. Жибурт, Е.Б. Гемотрансмиссивные инфекции у населения и доноров крови / Е.Б. Жибурт, С.Р. Мадзаев, Н.С. Кузьмин, А.А. Вергопуло // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - 2016. – 11. - № 1. - С. 88 -90.
5. Вессел-Эллерман, С. Сотрудничество между Кыргызской Республикой и Германией по проекту “II Программа профилактики ВИЧ/СПИД – Безопасное переливание крови”/ С. Вессел-Эллерман, Г. Мерк., О. Абовская, П. Райнер, Я. Айшинг, А. Осмонова, Б. Карабаев, А. Сатыбалдиева, М. Назаретян // Центрально-Азиатский Медицинский Журнал. – 2014. - Т. XX. - С. 20-23.

Лукашевич Ю.Н.

Иммунотропная терапия в лечении рецидивирующего отита у иммуносупрессированных детей

*ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет
Минздрава России
(Россия, Ростов-на-Дону)*

doi:10.18411/lj-06-2018-49

idsp: 000001:lj-06-2018-49

Острый отит занимает ведущее место среди ЛОР у часто и длительно болеющих детей. Более 50% воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей возникают на фоне иммунодефицитных состояний. В этих случаях заболевания протекают латентно, длительно, не типично, с частым рецидивированием [1, 2]. Обострения отита имеют тяжелое и затяжное течение [3, 4].

Цель. Определение показаний к назначению иммунотропной терапии у детей раннего возраста с рецидивирующим острым отитом.

Материалы и методы. Обследовано 54 ребенка в периоде раннего детства с острым отитом. Средний возраст составил $2,4 \pm 0,16$ лет. Критерием включения было наличие у детей не менее 3 эпизодов отита в течение года. Критериями исключения было наличие аллергического ринита и других проявлений атопии у детей в течение 6 месяцев. Контрольную группу составили 22 ребенка с первым эпизодом отита в периоде раннего возраста. Всем больным проведено полное клиническое, биохимическое (определение С-

реактивного белка) обследование, эндоскопия ЛОР органов. Иммунологическое исследование включало оценку клеточного звена: иммунофенотипирование лимфоцитов осуществлялось методом непрямой иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител к антигенам CD3, CD4, CD8, CD16, CD20 («Сорбент», Москва) согласно методике производителя. Состояние гуморального иммунитета оценивали по уровню сывороточных иммуноглобулинов основных классов (IgM, IgG, IgA), который определяли методом радиальной иммунодиффузии с использованием моноспецифических сывороток и стандартов ФГУП «НПО МИКРОГЕН» МЗ РФ. Функционирование НАДФ-оксидазной системы нейтрофилов оценивали при помощи НСТ-теста. Определение уровня цитокинов IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, TNF α , INF γ в сыворотке крови пациентов определяли методом иммуноферментного анализа наборами реактивов ООО «Цитокин» (Санкт-Петербург).

Результаты и обсуждение. У детей контрольной группы с впервые развившимся эпизодом острого отита изменения показателей иммунограммы были характерны для адекватного иммунного ответа на бактериальный антиген. Цитокиновый баланс смещен в сторону провоспалительных цитокинов с достоверным увеличением концентрации IL-1 β и INF γ .

В группе детей с часто рецидивирующим отитом наблюдались изменения со стороны всех звеньев иммунной системы, при которых отмечались нарушения межклеточной кооперации. Причем были зарегистрированы не только количественные, но и качественные изменения как со стороны клеточного, так и гуморального и фагоцитарного звеньев иммунной системы. Цитокиновый баланс был смещен в сторону противовоспалительных цитокинов, при этом концентрации провоспалительных цитокинов были резко снижены. Низкие концентрации провоспалительных цитокинов IL-1 β и INF γ не индуцируют адекватный иммунный ответ, а высокие концентрации IL-10 блокируют воспаление [5]. Наибольшие отличия были найдены в отношении IL-1 β и IL-10. Также регистрировался высокий уровень С-реактивного белка (уровень $57,12 \pm 1,42$ мг/л) в биохимическом анализе крови, обуславливающий тяжесть течения заболевания.

Известно, что IL-1 β инициирует и регулирует воспалительную реакцию, а IL-10 является его антагонистом. Величина соотношения провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови свидетельствует об активности системного воспаления [6, 7, 8, 9]. Соотношение провоспалительного IL-1 β и противовоспалительного IL-10 отражает степень выраженности воспалительной реакции [10, 11, 12, 13]. Абсолютные значения уровней цитокинов имели значительный разброс, тогда как преобладание про- или противовоспалительного звена имело четкую направленность. Статистический анализ полученных показателей подтвердил наиболее значимые отличия в отношении IL-1 и IL-10. Поэтому, для анализа степени активности воспалительного процесса при остром отите была использована величина соотношения уровней этих двух цитокинов.

Поскольку именно соотношение уровней цитокинов, а не их абсолютные значения, наиболее полно отражают направленность иммунной реакции и активность воспаления, оно может быть использовано в качестве показателя к назначению иммуномодулирующей терапии [5]. Величина соотношения IL-1 β /IL-10 в группе детей с рецидивирующим острым отитом составила менее 1,3; в контрольной от 1,3 до 5,5, включительно.

Все дети получали системную антибактериальную терапию (Амоксициллин/Клавуланат), местную противовоспалительную терапию (Мометазона фуроат), деконгестант (Ксилометазолин).

Заключение. Таким образом, рецидивирующий острый отит у иммуносупрессированных детей является проявлением иммунной недостаточности.

Показанием к назначению иммуностропной терапии у детей с рецидивирующим острым отитом может служить величина соотношения IL-1 β /IL-10 равная 1,3 и менее.

1. Mazza J.M., Lin S.Y. Primary immunodeficiency and recalcitrant chronic sinusitis: a systematic review // Int Forum Allergy Rhinol. 2016. Vol.6. no 10. pp.1029-1033.
2. Halderman A., Lane A.P. Genetic and Immune Dysregulation in Chronic Rhinosinusitis // Otolaryngol Clin North Am. 2017. Vol. 50. no 1. pp.13-28.
3. Волков А.Г., Гюсан А.О., Боджоков А.Р., Стагниева И.В., Хохлачев С.М., Узденова Р.Х., Давыдова Л.С. Анализ орбитальных и внутричерепных осложнений синуситов по некоторым стационарам Северного Кавказа //Российская оториноларингология. 2008. № 4. С. 57-61.
4. Стагниева И.В. Вегетативная дисфункция в проявлении прозопагий у больных с риносинуситами // Медицинский вестник Юга России. 2012. № 2. С. 67-69.
5. Стагниева И.В., Симбирцев А.С. Значение цитокинового профиля в проявлении болевого симптома при риносинусите // Цитокины и воспаление. 2015. Т. 14. № 4. С. 29-34.
6. Стагниева И.В. Роль субстанции Р в патогенезе лицевой боли при риносинусите //Российская ринология. 2015. Т. 23. № 1. С. 33-35.
7. Стагниева И.В. Лечение лицевой боли при риносинусите // Медицинский вестник Юга России. 2015. № 1. С. 82-85.
8. Бойко Н.В., Колесников В.Н. Клиническая ценность передней активной риноманометрии // Российская ринология. 2006. № 3. С. 4-7.
9. Стагниева И.В., Симбирцев А.С. Иммуномодулирующая терапия у больных риносинуситом с латентным течением // Медицинская иммунология. 2015. Т. 17. № 5. С. 423.
10. Стагниева И.В., Гукасян Е.Л. Оценка болевого симптома при заболеваниях носа и околоносовых пазух // Медицинский вестник Юга России. 2012. № 2. С. 70-73.
11. Стагниева И.В. Иммуностропная терапия в лечении рецидивирующего риносинусита // В мире научных открытий. 2017. Т. 9. № 1. С. 56-65.
12. Сависько А.А., Костинов М.П., Харсеева Г.Г., Сависько А.А., Шмитко А.В., Ястребова Н.Е., Подгорный И.В. Показатели адаптивного иммунитета к условно-патогенным бактериям у новорожденных детей // Медицинский вестник Юга России. 2015. № 3. С. 91-93.
13. Стагниева И.В., Сагакянц А.Б. Лицевая боль как проявление заболеваний носа и околоносовых пазух // Российский журнал боли. 2014. № 3-4 (44-45). С. 40-44.

Лукашевич Ю.Н.

Значение цитокинового профиля в диагностике острого отита

ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет

Минздрава России

(Россия, Ростов-на-Дону)

doi:10.18411/lj-06-2018-50

idsp: 000001:lj-06-2018-50

Цитокины являются универсальными медиаторами воспалительного процесса. Цитокиновый профиль определяет направление дифференцировки Th-1/Th-2 иммунного ответа. Дисбаланс в цитокиновой системе лежит в основе развития и исхода воспаления. В связи с этим представляется весьма актуальным оценить роль цитокинов в определении тяжести течения острых отитов.

Целью исследования является определение роли цитокинового профиля в прогнозировании тяжести течения отита.

Материалы и методы. Исследован цитокиновый профиль у 130 больных гнойным отитом. Всем больным было выполнено полное клиничко-лабораторное обследование, включающее эндоскопию ЛОР органов, КТ. Уровень IL-1 β , IL-4, IL-5, IL-8, IL-10, TNF α , INF γ цитокинов в сыворотке крови определяли методом ИФА.

Результаты. По направленности иммунного ответа больные были разделены на 3 группы: 1 группа – пациенты с преобладанием провоспалительных цитокинов (IL-1 β , IL-8, TNF α , INF γ). 2 группа – с преобладанием противовоспалительных цитокинов в профиле (IL-4, IL-10). 3 группа - с высокими концентрациями цитокинов IL-4, IL-5, участвующих в