

от 0 – в случае доказанной прямой вины, до 1 – если личной вины пострадавшего нет.

Так как, установление количественного показателя ущерба является ключевой задачей рассматриваемой проблемы, подходы к ее решению нашли отражение в исследованиях по оценке и сравнению риска, выполненных МОТ, ВОЗ, и Всемирным Банком. В отчете Всемирного Банка о развитии мира «Инвестиции в здоровье», впервые применен показатель DALY (Disability Adjusted Life Years) – количество откорректированных на инвалидность лет жизни. Основная идея DALY заключается в том, что каждый эпизод заболевания и травмы приводит к потерям здоровья – за счет ухудшения качества жизни. Разработаны специальные таблицы, которые содержат весовые коэффициенты, отражающие степень потери здоровья при том или ином заболевании.

Для расчета количественного значения ущерба в сутках потерянной жизни, на базе методики DALY авторами разработана компьютерная программа «Травма-Риск», результаты применения которой показаны на следующем примере.

Пример. Такелажник в возрасте 39 лет получил перелом голени и находился на лечении в течение 75 дней. При расследовании несчаст-

ного случая установлено, что вины пострадавшего нет ($K_{\text{вин}} = 1$).

Интерфейс программы обеспечивает ввод следующих исходных данных для расчета: a – возраст инвалидизации (в нашем случае возраст получения травмы – 39 лет); $D = 0,5$ – весовой коэффициент тяжести заболевания при мышечно-скелетных болезнях; $L = 75$ – количество суток до полного выздоровления.

В нашем случае в результате получения тяжелой профессиональной травмы показатель ущерба (DALY) для такелажника составит $U_{\text{вр.тр}} = 49,7$ суток СПЖ.

Таким образом, в соответствии с зависимостью (1), работодатель обязан перечислить в ФСС дополнительный страховой взнос в размере 49,7 тысяч рублей, которые будут выплачены пострадавшему в виде компенсации за причиненный ущерб ($P_{\text{вр.тр}} = 49,7 \cdot 1000 \cdot 1 = 49\,700$ рублей).

Предлагаемое решение позволяет проводить объективную, персонифицированную оценку ущерба здоровью работников, потерпевших на производстве в результате травм различной степени тяжести. Дополнительные материальные затраты, связанные с компенсацией ущерба пострадавшим, вынудят работодателя, в условиях рыночной экономики, более ответственно относиться к вопросам охраны труда.

**«Приоритетные направления развития науки, технологий и техники»,
Египет (Шарм-эль-Шейх), 20-27 ноября 2011 г.**

Медицинские науки

**ВЛИЯНИЕ АЛЕРГОСПЕЦИФИЧЕСКОЙ
ИММУНОТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ
ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ
У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Касохов Т.Б., Павловская Л.В., Мерденова З.С.,
Цораева З.А., Мамиева С.Г.

ГОУ ВПО СОГМА Минздравоохранения РФ;
УРАН ИБМИ ВНИЦ РАН и РСО-Алания,
e-mail: kasohov@mail.ru

Рост аллергопатологии в современном мире со всеми присущими ей чертами: патоморфоза аллергического заболевания на протяжении жизни индивида в виде «аллергического марша», омоложения атопической патологии, когда диагноз бронхиальная астма ставится детям раннего возраста, ее экстенсивность (в некоторых регионах России до 32% детей страдают аллергией) в полной мере коснулся и РСО-Алании. За период с 2000 по 2009 год число детей с аллергическими заболеваниями увеличилось в 3 раза, причем заметно выросло число детей, страдающих тяжелым течением бронхиальной астмы. Это обуславливает необходимость поиска новых методов лечения.

Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) является современным и эффективным

методом лечения атопических заболеваний, который воздействуя на многие патогенетические звенья аллергического процесса позволяет добиться длительной ремиссии заболевания.

Терапевтический эффект АСИТ обусловлен происходящими в организме иммунологическими изменениями к которым относятся:

- снижение тканевой чувствительности к специфическому аллергену
- угнетение ранней и поздней фаз аллергической реакции
- уменьшение выраженности воспалительных изменений в тканях
- снижение неспецифической тканевой гиперреактивности.

Эти эффекты сохраняются на протяжении длительного времени после завершения АСИТ. В последние годы возрос интерес к местным, неинфекционным ее методам. Существует несколько неинфекционных методов АСИТ: оральные, сублингвальный, назальный и бронхиальный. Сублингвальный метод расценивается как один из наиболее эффективных и безопасных.

Цели исследования:

- применение сублингвального метода АСИТ у детей с атопической формой бронхиальной астмы и аллергическим ринитом;

– оценка безопасности и эффективности данного метода терапии.

Исследован цитокиновый статус у 40 детей с аллергическими заболеваниями в возрасте от 3 до 7 лет. Контрольную группу составили 15 здоровых детей. Диагноз заболевания ставился на основании данных анамнеза, клинических проявлений, результатов аллергологического, функционального и иммунологического обследования. Содержание IL-4, IL-8, IFN-g определялось методом трехфазного иммуноферментного ана-

лиза с помощью наборов Quantikine â фирмы R&D Systems (США). Содержание IL-5, IL-10 определялось методом трехфазного иммуноферментного анализа с помощью наборов CytElisa фирмы CYTIMMUNE (США). Содержание IL-12, IL-13 определялось методом трехфазного иммуноферментного анализа с помощью наборов фирмы BIOSOURCE (США, Бельгия).

Анализ полученных данных сопоставляли с нормами обследованных здоровых детей. Данные отражены в таблице

Показатели цитокинового профиля у детей до и после лечения

Показатели	Сублингвальная АСИТ смесью пыльцевых аллергенов		p
	До лечения	После лечения	
IL-4, пг/мл	57,53 ± 11,17	38,29 ± 3,84	p < 0,05
IL-5, пг/мл	74,20 ± 14,10	45,21 ± 6,3	p < 0,05
IL-8, пг/мл	40,53 ± 7,16	15,18 ± 3,82	p < 0,05
IL-10, пг/мл	8,74 ± 2,03	18,33 ± 1,29	p < 0,05
INF-γ, пг/мл	7,17 ± 0,86	8,52 ± 0,58	p > 0,05

Примечание. p < 0,05 по сравнению с исходными данными в каждой группе.

Сублингвальная аллерген-специфическая терапия проводилась стандартизированными экстрактами аллергенов «Севафарма» Чешская республика. Лечение проводилось период ремиссии заболевания. Концентрация аллергена составляла 1; 10; 100; 1000; 10000 PNU/мл.

Сублингвальная АСИТ проводилась 40 детям в возрасте от 3 до 7 лет, стаж аллергопатологии колебался от 1 года до 3 лет. Больные были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 20 детей с диагнозом бронхиальная астма, атопическая форма, легкое или средней тяжести течение заболевания. Исследования подтвердили наличие выраженной сенсibilизации к аллергенам дерматофагоидных клещей, что послужило основанием для проведения АСИТ смесью аллергенов дерматофагоидных клещей, состоящих из *Dermatophagoides pteronyssinus* и *Dermatophagoides farinae* в соотношении 1:1. Во вторую группу вошло 20 детей с диагнозом сезонный аллергический ринит с сенсibilизацией к пыльце сорных трав, подтвержденное данными анамнеза, результатами кожного тестирования и наличием специфических IgE. Лечебными аллергенами в этой группе являлась «Осенняя смесь», в состав которой входили полынь и золотарник канадский.

Эффективность сублингвальной АСИТ оценивалась по содержанию цитокинов в сыворотке крови у детей по окончании курса терапии. Изначально повышенные уровни IL-4 и IL-5 у детей обеих групп на фоне проводимой терапии уменьшилось.

Таким образом, полученные данные в содержании цитокинов у детей, получивших сублингвальную аллерген-специфическую терапию

были статистически значимыми, сходными при различных видах сенсibilизации и коррелировали выраженность клинических проявлений.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Касохов Т.Б., Павловская Л.В., Цораева З.А., Касохова В.В.

ГОУ ВПО СОГМА Минздрава России РФ;
УРАН ИБМИ ВНИЦ РАН и РСО-Алания,
e-mail: kasohov@mail.ru

Высокая распространенность аллергического ринита (АР), как в структуре аллергопатологии у детей, так и в общей популяции населения обуславливают актуальность этой медико-социальной проблемы. Многочисленные и тесные взаимовлияния АР и бронхиальной астмы сводятся к концепции «единая дыхательная система – единое заболевание». Поздняя диагностика АР, несвоевременное и неадекватное лечение могут служить причиной развития тяжелых форм заболевания и способствовать формированию бронхиальной астмы, что сопровождается значительным снижением качества жизни больных детей

АР – это интермиттирующее или постоянное воспаление слизистой оболочки носа, вызываемое причинно-значимыми аллергенами. Основными клиническими проявлениями являются: чихание, заложенность носа, ринорея, зуд и отек слизистой, затруднение носового дыхания. В зависимости от особенностей клинических проявлений, времени развития и частоты обострения различают сезонный аллергический ринит (САР) и круглогодичный аллергический