

ной резекции. В дальнейшем появился специальный термин «диабетическая мастопатия» – это необычное фиброзно-воспалительное поражение груди, которое обычно присутствует у женщин в пременопаузе с длительно протекающим сахарным диабетом 1-го типа с множественными микрососудистыми осложнениями. Считается, что в патогенез этого состояния включена иммунная реакция при аккумуляции патологического межклеточного материала, вызванного гипергликемией. Клинико-патологические черты включают развитие плотных келоидоподобных образований в груди, которые часто являются рецидивными, билатеральными либо и теми и другими. Клиническое дифференцирование мастопатии от злокачественной опухоли может быть затруднено. Однако доброкачественную природу данного поражения легко распознать при гистологическом исследовании, и она не связана с увеличенной частотой развития эпителиальной или стромальной неоплазии. Однако в Российской Федерации, данный термин не «прижился» и мы очень часто сталкиваемся не опровергнутым оперативным лечением данной категории женщин.

Патогенез диабетической мастопатии не до конца ясен, и вероятнее всего он является мультифакторным. Рекомендуется как минимум ежегодное диспансерное наблюдение пациентов с диабетической мастопатией, которое является обычным для всех наших пациентов с выявленной патологией при обследовании груди. Диабетическим женщинам с подозрительными образованиями в груди или подозрительной маммограммой, у которых нет признаков диабетической мастопатии при кор-биопсии, необходимо выполнить эксцизионную биопсию для исключения неоплазии. Однако при явных клинических признаках, обычно можно поставить диагноз диабетической мастопатии с помощью кор-биопсии, избегая ненужных хирургических процедур, которые могут в действительности усугубить состояние.

ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА ИММУННЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

© Иванова О.С.^{*}, Уханова О.П.[♦]

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ
Институт последипломного образования
Ставропольской государственной медицинской академии, г. Ставрополь

Лечение больных аллергическим ринитом (АР) остается одной из актуальных проблем современной педиатрии и аллергологии. Лечение АР

^{*} Врач аллерголог-иммунолог Северо-Осетинской государственной медицинской академии.

[♦] Доцент кафедры Клинической фармакологии, бактериологии, аллергологии и иммунологии ИПДО Ставропольской государственной медицинской академии, главный внештатный аллерголог-иммунолог МЗ СК, заведующий отделением ГУЗ «СККЦ СВМП», врач аллерголог-иммунолог, доктор медицинских наук.

проводится согласно критериям ARIA 2008. Выбор терапии зависит от тяжести и характера течения заболевания, а также от индивидуальных особенностей ребенка [1-4].

Однако, медикаментозная терапия АР нередко приводит к полипрагматии [5]. Это не удовлетворяет как практических врачей, так и пациентов, что обуславливает необходимость продолжения поиска более эффективных немедикаментозных методов лечения АР. В последние годы большое внимание исследователей привлекает использование низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) [7, 8]. Лазерная терапия получила распространение в различных областях медицины, включая и педиатрию, благодаря тому, что НИЛИ инициирует самые разнообразные биохимические и физиологические отклики, которые представляют собой комплекс адаптационных и компенсаторных реакций, возникающих в результате реализации первичных эффектов в тканях, органах и целостном живом организме и направленных на его восстановление [8].

Цель исследования: оценка эффективности низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексной терапии больных АР.

Материалы и методы: было обследовано 50 детей в возрасте 2-6 лет. Мальчиков было 31, девочек – 19. Диагноз аллергический ринит выставлен на основании тщательного клинико-лабораторного исследования по общепринятым методикам, согласно существующим стандартам. Иммунологические показатели определялись в динамике методом ИФА с использованием тест-систем «Вектор-Бест» и проточной цитометрии («FC-500», США). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета программ Windows XP 2000 и статистического пакета анализа данных процессора электронных таблиц Microsoft Exsel 9.0.

Пациенты методом случайной выборки были разделены на 2 группы идентичные по возрасту, полу и тяжести заболевания.

1-я группа (контрольная; $n = 20$) получала традиционное для данной патологии лечение (Мометазона фураат по 1 (50мкг) инсуффляции в каждую половинку носа 1-2 раза в сутки в зависимости от возраста и антигистаминный препарат 2-го поколения цетиризин по 5-10 мг 1 раз в сутки в течение 2 недель).

2-я группа (основная; $n = 30$) получала терапию с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения мощностью 30-80 мВт, длиной волн 0,85-0,89 мкм, частотой следования импульсов 50-60 Гц на область проекции вилочковой железы, гайморовых пазух, подчелюстных лимфатических узлов, остистого отростка 3 шейного позвонка, сосцевидного отростка. Время воздействия – 60 сек. на каждую область проекции. Затем, после закапывания в качестве фотосенсибилизатора и антиоксиданта в оба носовых хода озонированного оливкового масла, в течение 60 сек. воздействовали с помощью световодной насадки на передние отделы нижних носовых ра-

ковин НИЛИ длиной волны 0,63-0,65 мкм, мощностью 5Вт. Курс лечения составил 7-10 дней.

Эффективность проведенного лечения оценивали по следующим критериям:

1. Динамика основных клинических симптомов персистирующего АР.
2. Анализ катamnестических данных.
3. Динамике иммунного статуса на фоне проводимой терапии.
4. Динамике показателей фоторегистратора на фоне МИЛ-терапии.

Результаты исследования: исследование показало, что у детей второй группы (основной) по сравнению с первой (контрольной) основные клинические симптомы АР купировались достоверно раньше ($p < 0,05$): явления ринореи – на 2 дня, зуд и заложенность носа – на 3 дня, чихание на 5 дней. При анализе катamnестических данных было установлено, что у детей 2-й группы после курса предлагаемой нами терапии частота обострений аллергического ринита уменьшилась на 80 %. Течение обострений было более легким, и наблюдалась положительная динамика иммунного статуса (табл.1).

Таблица 1

Показатели иммунного статуса детей с аллергическим ринитом

Показатели	Группы больных			
	I группа (n = 20)		II группа (n = 30)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
CD3 ⁺ , %	61,5 ± 0,7	61,9 ± 0,3	64,8 ± 0,8	69,5 ± 0,2*
CD4 ⁺ , %	25,9 ± 0,6	37,8 ± 0,7*	38,3 ± 0,5	49,2 ± 0,7
CD8 ⁺ , %	23,5 ± 0,5	24,5 ± 0,3	25,4 ± 0,06	27,8 ± 0,8
IgA, мг/л	0,65 ± 0,04	0,66 ± 0,07	0,95 ± 0,06	1,12 ± 0,01*
IgM, мг/л	0,51 ± 0,4	0,62 ± 0,5	0,61 ± 0,5	0,86 ± 0,4
IgG, мг/л	10,85 ± 0,2	11,56 ± 0,3*	12,8 ± 0,5	14,5 ± 0,6*
IgE, Ме/мл	385,16 ± 16	346,5 ± 12	455,8 ± 15	220,5 ± 7*

Примечание: * $p < 0,05$ – при сравнении с результатами до лечения.

Как видно из таблицы у детей во II группе выявлены статистически значимое повышение после лечения процентного содержания Т-лимфоцитов, а также концентрации сывороточного IgA.

Таким образом, низкоинтенсивное лазерное излучение оказывает умеренное иммунокорректирующее и десенсибилизирующее влияние на организм детей с аллергическим ринитом.

Список литературы:

1. Аллергический ринит // Педиатрия: клин. рек. / Под ред. А.А. Баранова. – М., 2005. – С. 1-16.
2. Гаращенко Т.И. Лечение аллергических ринитов у детей / Т.И. Гаращенко // Вестн. оториноларингологии. – 2005. – № 3. – С. 66-69.

3. Гущин И.С. Лечение аллергического круглогодичного ринита антигистаминными препаратами / И.С. Гущин, О.М. Курбачева // Леч. врач. – 2004. – № 8. – С. 20-23.
4. Детская аллергология / Под ред. А.А. Баранова, И.И. Балаболкина. – М., 2006. – 687 с.
5. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология / Г.Н. Дранник. – М., 2003. – 604 с.
6. Ильина Н.И. Стандартизация медицинской помощи в аллергологии / Н.И. Ильина, О.М. Курбачева, Е.С. Коровкина // Аллергология. – 2004. – № 1. – С. 53-56.
7. Евстигнеев А.Р. Клиническая лазерология // Практическое руководство для врачей / А.Р. Евстигнеев. – Саранск; Калуга: «РАО-ПРЕСС», 2008. – 245 с.
8. Основы лазерной физио- и рефлексотерапии / Под ред. О.К. Скобелкина. – Самара-Киев, 1993. – 216 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ НОСА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА «МИЛТА-Ф»

© Иванова О.С.*, Уханова О.П.♦

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ
Институт последипломного образования
Ставропольской государственной медицинской академии, г. Ставрополь

В последнее время проблема диагностики и лечения аллергического ринита (АР) у детей широко обсуждается во всем мире [1,2,3,4]. По сообщению ряда авторов перспективным методом в лечении патологии носа может стать озонотерапия [5].

Цель исследования: оценка эффективности аппарата «МИЛТА-Ф» в комплексной терапии детей с аллергическим ринитом.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 50 детей в возрасте 2-6 лет. Мальчиков было 31, девочек – 19. На основании физикальных, лабораторных и специфических аллергологических исследований детям был подтвержден диагноз аллергический ринит.

* Врач аллерголог-иммунолог Северо-Осетинской государственной медицинской академии.

♦ Доцент кафедры Клинической фармакологии, бактериологии, аллергологии и иммунологии ИПДО Ставропольской государственной медицинской академии, главный внештатный аллерголог-иммунолог МЗ СК, заведующий отделением ГУЗ «СККЦ СВМП», врач аллерголог-иммунолог, доктор медицинских наук.