

**Муминов М.М - Андижанский государственный
медицинский институт, ассистент кафедры
дерматовенерологии**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

Аннотация: Проблема вульгарной формы псориаза приобретает все большее значение в современной медицине. Рост заболеваемости в последнее десятилетие. Хроническое, с частыми рецидивами, течение, недостаточная эффективность существующих методов лечения и профилактики сегодня ставят это заболевание в ряд наиболее актуальных проблем медицины. Важную роль в регуляции иммунобиологических и аллергических процессов играют нейроэндокринные механизмы, в том числе и гипофизарно - гонадная система, посредством которой реализуются многие защитно-приспособительные механизмы в условиях действия на организм различных аллергенов.

Ключевые слова: Вульгарная форма псориаза, лазерная терапия, лютеинизирующий гормон, фолликулостимулирующий гормон, эстрадиол.

Anotation: The problem of the vulgar form of psoriasis is becoming increasingly important in modern medicine. Increasing incidence in the last decade. Chronic course with frequent relapses, insufficient effectiveness of existing methods of treatment and prevention today place this disease among the most pressing problems of medicine. An important role in the regulation of immunobiological and allergic processes is played by neuroendocrine mechanisms, including the pituitary-gonadal system, through which many protective and adaptive mechanisms are realized under the influence of various allergens on the body.

Keyword: Vulgaris form psoriasis, laser therapy, luteinizing hormone, follicle – stimulating hormone, estradiol.

Введение: В современной литературе практически отсутствуют сведения о состоянии репродуктивной эндокринной системы при вульгарной форме псориаза у женщин, хотя связь заболевания с функциональным состоянием желез внутренней секреции не вызывает сомнений. Эта связь подтверждается как зависимостью течения заболевания от функционального состояния гипофизарно-яичниковой системы (пубертатный возраст, менструации, беременность, роды и пр.).

Учитывая недостаточную эффективность многих современных методов лечения вульгарной формы псориаза, актуальным является изыскание новых, патогенетические направленные методы терапии этого заболевания. Лазерная терапия, в основе лечебного действия которой лежат нейрорефлекторные механизмы, оказывает нормализующее влияние на центральную нервную систему и её вегетативное звено, на аллергические и иммунологические процессы, однако работ об использовании этого метода у больных вульгарной формы псориаза мало.

Цель исследования - является изучение функционального состояния гипофизарно-яичниковой системы на фоне лазерной терапии у больных вульгарной формы псориаза.

Материалы и методы исследования. В разработку было включено 39 больных вульгарной формы псориаза, в возрасте от 20 до 50 лет. О функциональном состоянии гипофизарно-яичниковой системы судили по содержанию в плазме крови в обеих фазах менструального цикла гипофизарных гормонов - лутеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), а также половых стероидных гормонов эстрадиола. Определение содержания гонадотропных и женских половых стероидных гормонов – ФСГ, ЛГ и эстрадиола в плазме крови проводили иммunoхимическим методом количественного определения

гормонов - одним из наиболее чувствительных, специфических и универсальных. Чувствительность этого метода позволяет определить содержание гонадотропинов до 0,2 нг/мл. Этот метод предложен в 1960 г. R.S.Valow, S.A.Berson. Задачей лазерной терапии при лечении вульгарной формы псориаза реализуется следующее направление: уменьшение возбудимости чувствительных рецепторов в зоне поражения, активация регенераторных и противовоспалительных процессов, устранение явлений эндогенной интоксикации, восстановление иммунной активности. В план лечебных мероприятий входит воздействие непосредственно на область поражения, облучение зон сегментарной иннервации в соответствии с локализацией патологического очага. Зоны сегментарной иннервации отдельных частей тела облучение области печени, легких в проекции полей Кренига (область верхушек легких). Режимы облучения лечебных зон при лечении вульгарной формы псориаза проекционных зон почек. Процедуры лазерной терапии проводили аппаратом - «МИЛТА – Ф - 01» (рис. 1).



Рис. № 1.

Проведение процедуры лазерной терапии больным вульгарной формы псориаза представлены в таблице № 1.

Проведение процедуры лазерной терапии больным вульгарной формы псориаза

Таблица № 1.

Зона облучения	Частота, Гц	Мощность светодиодов,	Экспозиция, мин.

		Вт	
Проекция почек	600	30-50	2-4
Позвоночник, область сегментарной иннервации	150	30-50	2-4
Верхушки легких	150	30-50	2-4

Параметры воздействия: частота 150 - 600 Гц, мощность светодиодов 30-50 Вт, экспозиция на каждую зону – от 2 до 4 минут минуты, на курс – 10 - 15 процедур (одна процедура в день в первой половине дня). Дополнительно больные вульгарной формы псориаза получали: витаминотерапию группы «В» (В-1, В-6, В-12), антигистаминные и мочегонные препараты, наружно – крем чистотел. Мазь наносилась на пораженную поверхность 2 раз в день на протяжении всего периода проведения ЛТ.

Результаты их обсуждение.

В процессе комплексного лечения с использованием лазерной терапии уже после 6 - 8 процедур отмечалось купирование прогрессирования процесса, рассасывание папулёзных элементов, а также отмечалось уменьшение зуда кожи. После 10-15 процедуры комплексного лечения с использованием лазерной терапии отмечалось полное купирование прогрессирование процесса, регресс папулёзных высыпаний, практически прекратился зуд кожи. В период настоящего обследования все больные вульгарной формы псориаза в динамике находились под наблюдением врача - гинеколога. Несмотря на выявленную зависимость течения вульгарной формы псориаза от функционального состояния репродуктивной системы лишь у 12 (28,5%) женщин при клиническом обследовании была обнаружена дисфункция яичников. Для более объективной оценки функционального состояния гипофизарно-яичниковой системы при вульгарной форме псориаза, мы сочли необходимым отдельно проанализировать результаты содержания в крови гонадотропных и половых гормонов у 12 больных с клиническими проявлениями дисфункции яичников. В таблице 1 - 3

приведены результаты определения в плазме крови в обеих фазах менструального цикла ЛГ, ФСГ и эстрадиола у 30 женщин, страдающих артропатической формы псориаза и у 12 больных вульгарной формы псориаза с клиническими проявлениями дисфункции яичников в зависимости от периода заболевания.

1. Лютенизирующий гормон гипофиза (ЛГ). У всех больных в период обострения заболевания концентрация лютенизирующего гормона гипофиза в плазме крови была достоверно снижена как в фолликулиновой ($P<0,05$), так и в лютеновой ($P<0,05$) фазе менструального цикла(таблица № 2). Степень снижения уровня ЛГ в плазме крови в обеих фазах менструального цикла у всех больных вульгарной формы псориаза была примерно одинаковой.

Таблица № 2.

Концентрация лютенизирующего гормона гипофиза (нМЕ/мл)
в плазме крови у больных вульгарной формы псориаза ($M\pm m$)

Больные	Фаза менструального цикла			
	Фолликулиновая		Лютеновая	
	обострение	Ремиссия	обострение	ремиссия
Вульгарная форма псориаза	5,8±0,60 $P<0,001$	9,9±0,43 $P<0,001$	5,6±0,36 $P<0,01$	8,2±0,61 $P<0,01$
Норма	16,0±0,22		12,8±0,48	

Примечание: Р- достоверность различий между показателями периода обострения и ремиссии вульгарной формы псориаза.

2. Фолликулостимулирующий гормон гипофиза (ФСГ).

Концентрация ФСГ в фолликулиновой фазе менструального цикла при обострении вульгарной формы псориаза у всех больных достоверно не отличалось от нормы. В период ремиссии наблюдалось увеличение концентрации ФСГ ($P<0,05$) по отношению к периоду обострения, однако его количество не выходило за пределы нормальных значений. В лютеновой фазе уровень ФСГ в период обострения вульгарной формы псориаза

достоверно превышал норму, а в период ремиссии его концентрация ещё более возраста ($P<0,001$). При этом существенной разницы в содержании ФСГ у больных обнаружено не было (таблица № 3).

Таблица № 3.

Концентрация фолликулостимулирующего гормона (нМЕ/мл)
в плазме крови у больных вульгарной формы псориаза ($M\pm m$)

Больные	Фаза менструального цикла			
	Фолликулиновая		Лютейновая	
	Обострение	Ремиссия	Обострение	ремиссия
Вульгарная форма псориаза	18,0±0,70 $P<0,05$	21,8±0,69 $P<0,05$	11,3±0,71 $P>0,05$	13,07±0,97 $P>0,05$
Норма	14,3±0,29		7,5±0,63	

Примечание: Р- достоверность различий между показателями периода обострения и ремиссии вульгарной формы псориаза.

3. Эстрадиол. Содержание эстрадиола в плазме крови у всех больных вульгарной формы псориаза была значительно снижена в обеих фазах менструального цикла. Наибольшая степень его снижения отмечалось при обострении заболевания. При этом наименьшее содержание эстрадиола - в фолликулиновой и лютейновой фазах - наблюдалось у женщин с сопутствующей дисфункцией яичников. В период ремиссии заболевания у всех больных недостоверно возрастала концентрация эстрадиола по сравнению с данными в период обострения (таблица № 4).

Таблица № 4.

Концентрация эстрадиола (нмоль/л) в плазме крови у больных вульгарной
формы псориаза ($M\pm m$)

Больные	Фаза менструального цикла			
	Фолликуловая		Лютейновая	
	обострение	ремиссия	обострение	Ремиссия
Вульгарная	6,4±0,09	8,4±0,23	9,2±0,54	7,6±0,67

форма псориаза	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05
Норма	0,32±0,001		0,62±0,02	

Примечание: Р- достоверность различий между показателями периода обострения и ремиссии вульгарной формы псориаза.

Вывод. В результате проведенных исследований было выявлено, что у всех больных в период обострения вульгарной формы псориаза фолликулиновая фаза менструального цикла характеризуется низким содержанием в крови ЛГ, эстрадиола, лутеиновая - низкой концентрацией ЛГ. В период ремиссии заболевания у всех больных в фолликулиновой фазе менструального цикла сохранялась выраженная гипоэстрогения.

Полученные данные свидетельствуют о наличии у больных вульгарной формы псориаза дисфункции гипофизарно-яичниковой системы, проявляющиеся недостаточностью фолликулярного аппарата яичников, а также лутеиновой их недостаточностью. В обеих фазах менструального цикла отмечена недостаточность регулярных механизмах стероидогенеза.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова О.Ю. Инфракрасное лазерное излучение в комплексном лечении больных ревматоидным артритом. //Лазерная медицина. № 1, Т. 4, 2000. — С. 3.
2. Александрова О.Ю. Организация работы физиотерапевтических отделений (лазерная терапия). Основные нормативные документы. //Информационно-методический сборник. М.: НПЛЦ «Техника». 2002. - 104 с.
3. Ассонова Н.К., Рышка Ф.Ю. Очистка, физико – химические и биологические свойства лутеинизирующего гормона. //М. Сер. биол., 2000. №1. с. 13 – 20.
4. Бабушкина Г.В., Картелишев А.В. Этапная комбинированная лазерная терапия при различных клинических вариантах ишемической болезни сердца. //М.: Изд-во ТОО «Фирма «Техника», 2000. - 128 с.

5. Баранов В.Н., Малиновский Е.Л., Новиков В.А., Баимова Т.В., Хизбуллин Р.Н. Повышение эффективности применения лазерного терапевтического аппарата «АГИН-01» в гинекологии с использованием метода пальцевой фотоплетизмографии. //Казань, медицинский журнал, Том 91, 4. — С. 556-560.
6. Беледа Р.В., Токтаров В.Г. Лазеротерапия половых расстройств. //М.: НПЛЦ «Техника», 2002. - 72 с.
7. Брехов Е.И., Буйлин В.А., Москвин С.В. Теория и практика КВЧ - лазерной терапии. //М, — Тверь: ООО «Изд-во «Триада», 2007. — 160 с.
8. Буйлин В.А., Полонский А.К. Магнито-инфракрасно-лазерная терапия аппаратом «МИЛТА – Ф-8-01». // М.: 2003. - 85 с.
9. Борзов М.В. и соавт. Гормональные нарушения у больных некоторыми дерматозами. //Вестник дерматологии и венерологии. 1966. № 1. с. 8-12.