

УДК: 616.071-08:618-177.112.2

THE USE OF LOW-INTENSITY LIGHT LASER THERAPY IN PATIENTS WITH VITILIGO

Pakirdinov A.B., Darmentov B.T., Toshmatova Z.U.

Andijan State Medical Institute. Uzbekistan.

RSNPMCDViK. Uzbekistan. Tashkent.

РЕЗЮМЕ: Анализ клинических проявлений патологического кожного процесса у больных витилиго показал, что среди больных, обращающихся на дерматологический прием, доля пациентов с витилиго составила 2,46%, характеризовался появлением белых пятен с четкими границами. Очаги поражения локализовались в типичных участках кожи лица: щеки, лоб, носогубной треугольник, подбородок, а также на коже конечностей, спины и живота. Определены показания и эффективные параметры магнито инфракрасной свето – лазерной терапии с помощью лазерного аппарата «Милта – Ф – 8 - 01» насадки №7/мн с частотой 1500 гц, мощностью светодиодов 50 мвт и экспозицией 2 - 6 минут при лечении больных витилиго с учетом клинической картины.

Ключевые слова: Дисхромия, витилиго, лазерная терапия, патогенез, генетическая, пигментация, больные.

SUMMARY: Analysis of the clinical manifestations of the pathological skin process in patients with vitiligo showed that among patients applying for a dermatological appointment, the proportion of patients with vitiligo was 2.46 %, characterized by the appearance of white spots with clear boundaries. The lesions were localized in typical areas of the facial skin: cheeks, forehead, nasolabial triangle, chin, as well as on the skin of the limbs, back and abdomen. The indications and effective parameters of magneto-infrared light - laser therapy were determined using the laser apparatus "Milta - F - 8 - 01" nozzle No. 7 / m with a frequency of 1500 Hz, LED power 50 mW and exposure 2 - 6 minutes in the treatment of patients with vitiligo, taking into account clinical picture.

Keywords: Dischromia, vitiligo, pathogenesis, laser therapy, genetick susceptibility to vitiligo, patients.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

1. Pakirdinov Adhamjon Begishevich. Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Dermatovenereology, Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan. St. Yu. Atabekov 1.

Phone: 905711775. E-mail: adham888777@gmail.com ORCID: 0000-0002-5605-1195.

Введение: Актуальную проблему в современной дерматологии составляют нарушения пигментации кожи. В практическом отношении наиболее существенным заболеванием нарушением пигментации или дисхромии кожи в группу, которого входит витилиго. Витилиго (пес) – это заболевание, сопровождающееся потерей количества меланина кожи и формированием очагов депигментации кожи разных размеров и очертаний. Диагноз при этом обычно ставим при обследовании кожи и лабораторных данных. Однако всё более

возрастающий интерес учёных к проблеме дисхромии в последние годы вызывает увеличением числа этих больных во многих странах, в том числе и в Ферганской долине [9,12,14]. Витилиго (Piebald skin, “пегаая кожа”) – специфическое распространённое, часто наследственное, приобретённое гипомеланотическое поражение кожи, характеризующееся образованием чётко ограниченных молочно – белых депигментированных пятен, окружённых гиперпигментированной каёмкой, постепенно сходящей на нет к окружающей здоровой кожи. По мнению большинства авторов в развитии болезни имеет значение дисфункция нервной системы. Стрессовые факторы, заболевания внутренних органов, интоксикации, нарушения функции желез внутренней секреции, иммунной системы, наследственная предрасположенность, недостаточность витаминов и микроэлементов (цинка и меди) [7,15]. В работе Абдуллаева М.И. и соавторами [3] изучена роль нарушения микрофлоры кишечника у детей. В витилигинозных очагах поражения при гистологическом исследовании выявлено уменьшение количества меланина. Меланин образуется в цитоплазме меланоцитов путём полимеризации продуктов окисления тирозина под влиянием фермента тирозиназы, активность которого зависит от присутствия ионов меди. Активно влияет на образование меланина играют витамины [4,14]. Учитывая разнообразность этиологических факторов у больных витилиго для лечения заболевания предложено много различных методов: медикаментозная терапия ингибиторы моноаминоксидазы [16] гепатопротекторы, ферментные препараты, витамины, сульфат меди, окись цинка и другие, физиолечение (дарсонвализация очагов паравертебральных областей, рефлексо - лазеро - и гелиоталассотерапия, электрофорез 2-5% раствором меди сульфата на очаги поражения [13], микроэлектрофорез даларгина в репрезентативные точки акупунктуры, точечный и линейный массаж, психовегетативная коррекция [6,8] наружные средства (меллагенин - плюс, настойка зверобоя, сокряски и другие фитотерапевтические препараты). Однако большинство из них оказались малоэффективными. Современные подходы к лечению витилиго можно объединить в четыре основные группы: [16] методы лечения, не связанные с хирургическим вмешательством; методы связанные аутологической трансплантацией; депигментирующие методы; дополнительная терапия изучил влияние препарата «Купир» на морфологическую структуру кожи больных витилиго [11].

Лечение больных представляет экономическую проблему вследствие высокой стоимости и дефицита лекарственных средств. В связи с этим понятен большой интерес, который проявляется к немедикаментозным методам терапии. Одним из таких методов лечения является – магнито - инфракрасно - свето - лазерная терапия [1,2].

Нами у 39 больных витилиго изучена эффективность при комплексной терапии с использованием лазерной терапии. Из 39 больных 9 были женщины, 21 мужчин. Возраст больных от 20 до 50 лет. Кожный патологический процесс носило ограниченного и распространенного характера. Все больные получали низкоинтенсивную свето - лазерную терапию. Нами было назначено в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи при Витилиго. Назначена Низкоинтенсивная свето - лазерная терапия (фото № 1).

Фото № 1. Лазерный аппарат «МИЛТА-Ф-8-01»



Задачей низкоинтенсивной свето – лазерной терапии входят ликвидация на локальном уровне участка поражения и на общем уровне: модуляция активности иммунной системы, повышение детоксикационной активности печени, ликвидация энергетической задолженности организма. Последняя задача реализуется посредством проведения НИЛТ по методу ИДЛТ.

В план лечебных мероприятий входит облучение зоны поражения, активация сегментарной иннервации в зонах, соответствующих уровню поражения, воздействие на проекционную зону тимуса, облучения крови по методу ВЛОК и НЛОК, облучение печени в проекции её нижнего края и облучение проекционной зоны селезёнки (таблица № 1).

Таблица № 1.

Режимы облучения лечебных зон при лечении витилиго

Зона облучения	Терминал	Частота Гц	Мощность светодиодов, мВт (лазеров, Вт)	Насадка	Экспозиция мин.
Кожа, зона поражения	КТ1-2	1500	50	№ 7/МН	4-10
ВЛОК	ДТ-ВЛОК	-	1,5 Вт	КИВЛ-01	20-30
НЛОК локтевых сосудов	КТ1	1500	30	№ 7	4-6
Проекция нижнего края печени	ОТ3-5	1500	40	№ 7/МН	4-6
Проекция селезёнки	ОТ2-4	600	30	№ 7/МН	4
Область тимуса	ОТ1	150-300	30	№ 7/МН	2-4

Позвоночник, область сегментарной иннервации	MT	150-300	40 (30-60)	БН	2-4
---	----	---------	------------	----	-----

При проведении процедур Лазерной терапии с больными в отделении находился сам, прошедшего специальную подготовку по проведению Лазерной терапии. При проведении Лазерной терапии у больных витилиго был выбран режим процедуры. Процедуры Лазерной терапии проводились ежедневно, за исключением воскресенья. Количество процедур зависело от переносимости и эффективности лечения и составляло от 15 до 20 процедур.

При проведении курса терапии изменений в течение кожного процесса после 5 – процедур при применении магнито инфракрасной свето – лазерной терапии у 6 (15,8%) больных витилиго отмечалось появление пигментных пятен в виде родинок на очагах поражения.

СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО ВИТИЛИГО ПОСЛЕ 10 - ОЙ ПРОЦЕДУРЫ ЛАЗЕРНОЙ И НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ



ПРОВЕДЕНИЕ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ



По результатам 10 - процедуры у 20 (53%) больных витилиго отмечалось появление множественных пигментированных пятен в очагах поражения. У остальных больных витилиго изменения не были выявлены. После 15 - процедуры у всех больных витилиго отмечалась положительная динамика в течение кожного процесса. Так, у 30 (79%) больных витилиго наблюдалось уменьшение белых пятен, среди которых у 8 (21%) также отмечалось частичный рост пигментированных пятен. После проведения 20 процедуры: у 19 (50%) больных витилиго отмечались полный рост пигментированных пятен, у 14 (37%) - определялись единичные очаги поражения белых пятен, у 5 (13%) – очаги поражения от применения магнито инфракрасной свето – лазерной терапии у больных изменений в течение кожного процесса не отмечалось.

Таким образом, анализ клинических проявлений патологического кожного процесса у больных витилиго показал, что среди больных, обращающихся на дерматологический прием, доля пациентов с витилиго составила 2,46%, характеризовался появлением белых пятен с четкими границами. Очаги поражения локализовались в типичных участках кожи лица: щеки, лоб, носогубной треугольник, подбородок, а также на коже конечностей, спины и живота. Определены показания и эффективные параметры магнито инфракрасной свето – лазерной терапии с помощью лазерного аппарата «Милта – Ф – 8 - 01» насадки №7/мн с частотой 1500 гц, мощностью светодиодов 50 мвт и экспозицией 2-6 минут при лечении больных витилиго с учетом клинической картины. Для достижения клинического эффекта больным витилиго было оптимально проведение 15-20 процедур лазерного инфракрасного излучения. Установлена высокая клиническая эффективность магнито инфракрасной свето – лазерной терапии у больных витилиго, позволяющая достигнуть положительной динамики клинической картины.

LITERATURE

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. Абдуллаев М.И., Шодиев Х.К., Шахобиддинов Т.Т. Нарушения микрофлоры кишечника у детей с витилиго и рациональные методы их коррекции. Вестник дерматологии и венерологии. -2004. № 2.- С. 38-41.
4. Бабаянц Р.С., Лоншаков Ю.И. Растройства пигментации кожи. М. Медицина. - 1978.- С. 144.
5. Ваисов А.Ш. Вестник дерматологии и венерологии. -1985.- № 9.- С. 38-40.
6. Капкаев Р.А., Ваисов А.Ш. Влияние витилиго на поведенческие реакции больного. Вестник дерматологии и венерологии. - 1988. № 1.-С. 36-37.
7. Ким Л.С. Некоторые вопросы патогенеза и лечения витилиго. Автореферат Т. - 1972.
8. Кошевенка Ю.Н. Результаты лечебной коррекции психовегетативных расстройств у больных витилиго. Вестник дерматологии и венерологии. 1989. С. 37-39.
9. Скрипкин Ю.К. Вестник дерматологии и венерологии. - 1972. № 8. Вестник дерматологии и венерология. Вестник дерматологии и венерология. - С. 72-75.
10. Суколин Т.М. и др. Съезд Дерматологов. - 1989. -№ 2. – С. 220-221.
11. Хасанов Д.С. Влияние препарата «Купер» на морфологическую структуру кожи больных витилиго. Вестник дерматологии и венерология. Новости дерматологии и венерологии. - 1998. № 2.- С. 20-22.
12. Харитонова Н.И. Современные подходы к лечению витилиго. Вестник дерматологии и венерологии. -2004. № 2. С. 24-27.
13. Шуцкий Н.В. Справочник по детской дерматологии. -1988. – С. 58-59.
14. Цветкова Г.М., Мордовцев В.Н. Патологическая диагностика заболевание кожи. М. 1996. С. 301.
15. Jin Y., Birlea S.A., Fain P.R., Gowan K. et al. Genome-Wide Analysis Identifies a Quantitative Trait Locus in the MHC Class II Region Associated with Generalised Vitiligo Age of Onset //Journal of Investigative Dermatology. 2011. Vol. 131 P. 1308-1312.
16. Spritz R.A. The Genetics of Generalized Vitiligo //Dermatologic Immunity. 2008. Vol. 10. P. 244-257.