**Применение гелий-неонового лазера в комплексном лечении воспалительных заболеваний женских половых органов.**

Паращук Ю.С.,Овчаренко О.Б., Самарская Е.И., Лященко О.А., Ковтун Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет

На достигнутом сегодня научном уровне эффективная врачебная помощь при гинекологических заболеваниях требует комплексного сочетания самых разнообразных лечебных воздействий. В лечении различных гинекологических заболеваний все более видное место начинают занимать методы немедикаментозного лечения.

В своем исследовании мы использовали лазеротерапию в комплексе лечебных мероприятий у женщин с воспалительными заболеваниями гениталий для коррекции нарушенного иммунного статуса. Мы использовали гелий-неоновый лазер ЛГ-72, работающий в непрерывном режиме с длиной волны 6300-6700 Å, выходной мощностью пучка 5мВт. Плотность мощности излучения составила 1.5 мВт/см2 при диаметре светового пятна 1 см. В процессе лечения проводили облучение вилочковой железы, подмышечных и паховых лимфатических узлов с расстояния 30 см. Облучение проводили в течение 25 минут (5 минут + 5 +5 + 5 +5). Курс лечения составил 7-10 сеансов.

Исследование показателей системы иммунорезистентности проводилось у двух групп больных. В первую группу вошли больные, прошедшие курс общепринятой противовоспалительной терапии. Вторую группу составили женщины, которым было проведено лечение по предложенной нами схеме с применением гелий-неонового лазера.

У пациенток I группы в системе иммунорезистентности наблюдалось снижение активности воспалительного процесса, которое сопровождалось снижением количества лейкоцитов (8,1 ± 0,29 г/л и 9,3 ± 0,54 г/л – до лечения; р<0,05) и содержание иммуноглобулинов класса G (18,9±0,33 г/л и 22,4±0,57 г/л; р<0,05), ответственных за стимуляцию фагоцитоза, и вследствие этого, наблюдалось незначительное снижение уровня реакции антиген-антитело, что не уменьшило активности аллергизации организма. В то же время, у женщин данной группы появлялась тенденция к активации первичного иммунного ответа – увеличение, хотя и недостаточное, иммуноглобулинов класса А (1,99±0,2 г/л и 0,84±0,14 г/л; р>0,5), а также класса М (1,81±0,15 г/л и 1,79±0.24 г/л; р>0,5).

У пациенток II группы проведенные лечебные мероприятия по предложенной нами схеме вызвали в системе иммунорезистентности снижение функциональной напряженности клеточного звена за счет повышения содержания лимфоцитов (35,4±0,73% и 24,5±0,99% - до лечения; р<0,05) с одновременным уменьшением общего числа лейкоцитов (5,4±0,27 г/л и 9,9±0,7 г/л; р<0,05), а также за счет повышения содержания иммуноглобулинов класса А (2,8±0,31 г/л и 1,77±0,22 г/л; р<0,05) и снижения количества иммуноглобулинов класса М (1,24±0,1 г/л и 1,83±0,28 г/л; р <0,05) и класса G (11,7±0,2 г/л и 23,1±0,87 г/л; р<0,001) до уровня физиологических норм, т.е. наблюдалось восстановление равновесия соотношения данных показателей, что, в конечном итоге, нормализовало уровень реакции антиген-антитело и способствовало нейтрализации реакции аллергизации. В свою очередь, нормализация уровня реакции антиген-антитело стабилизировала активную модуляцию иммунного ответа.

Следовательно, лечение по предложенной нами схеме восстанавливает защитные свойства иммунной системы, способствует прекращению аллергизации и стабилизирует адаптационные способности организма.