

мотор, рентгенографию тазобедренных суставов. При ультразвуковом исследовании тазобедренных суставов оценивалась форма головки бедренной кости, ее сферичность, соотношение высоты эпифиза и метафиза, состояние гиалинового хряща и капсулы сустава, наличие выпота в полости сустава, состояние параартикулярных тканей. Для исследования кровоснабжения головки бедренной кости использовалась доплерография с определением скорости кровотока и резистентности огибающих артерий бедра, с помощью энергетического доплеровского картирования оценивались патологические сосуды в головке бедренной кости. Исследование проводили непосредственно перед лечением и в динамике через 1-2 месяца.

Учитывая сосудистые нарушения в развитии данной патологии, лечение было направлено на улучшение кровотока в артериях питающих тазобедренный сустав. Для этого был применен метод лазерной остеоперфорации шейки бедренной кости с использованием высокоинтенсивного лазера. Сущность метода заключается в воздействии на рецепторы кости и надкостницы путем механической и лазерной стимуляции. Операция проводилась под общим обезболиванием. Остеоперфорация осуществлялась соответственно большому вертелу бедренной кости, а также непосредственно шейки бедренной кости в разных плоскостях. Техника пункции заключалась в быстром проколе кожи, затем игла подводилась к кости, после чего в просвет иглы вводился стерильный световод. Лазерная остеоперфорация проводилась на глубину от 5 до 10 мм. В послеоперационном периоде, при болезни Легга-Кальве-Пертеса, проводилась разгрузка тазобедренного сустава методом скелетного вытяжения. В последующем разгрузка тазобедренного сустава осуществлялась разгрузочным аппаратом РА (АН 8-35), который обеспечивал разгрузку сустава, восстанавливал опороспособность конечности, что позволяло расширить двигательный режим и сохранить активность пациента.

Результаты исследований. При ультразвуковом исследовании у больных отмечалось утолщение суставной капсулы с выпотом в полость сустава, постепенное снижение высоты эпифиза головки бедренной кости, появление участков фрагментации в головке. Методом энергетической и спектральной доплерографии на ранних стадиях асептических некрозов визуализировались аваскулярные зоны в области остеонекроза, в стадию фрагментации появлялись патологические сосуды в данных зонах поражения, которые исчезали в стадии восстановления. При оценке регионарного кровотока в огибающих артериях бедра отмечалось снижение пиковой скорости кровотока и гипорезистентность в 1, 2 и 3 стадии. Через 3-6 месяцев после лазерной остеоперфорации шейки бедренной кости у больных отмечалось повышение пиковой скорости кровотока в огибающих артериях бедра (55,4%), у части больных (33,9%) наряду с положительной динамикой по данным ультразвуковой доплерографии отмечалось восстановление структуры головки бедренной кости по данным рентгенографии. У 10,7% больных кровотоки оставались сниженными, по данным рентгенографии отмечалось дальнейшее развитие заболевания.

Таким образом, результаты исследований позволяют существенно дополнить традиционные методы исследования тазобедренных суставов у детей с асептическими некрозами неинвазивным методом ультразвуковой доплерографии, четко дифференцировать стадии патологического процесса и оценивать эффективность проводимого лечения. Метод лазерной остеоперфорации ускоряет репаративные процессы, тем самым сокращая сроки лечения и улучшая его результаты.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТАВА МИКРОФЛОРЫ СЕКРЕТА ПРОСТАТЫ НА ФОНЕ ДРЕНИРУЮЩИХ ПРОЦЕДУР ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ИНФЕКЦИОННОМ ОБСТРУКТИВНОМ ПРОСТАТИТЕ

Чураков¹ А.А., Попков² В.М., Блюмберг² Б.И., Куличенко³ А.Н., Глыбочко² П.В.

¹ Медицинский центр «Врачебная практика», Саратов,

² ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»,

³ Российский НИПЧИ «Микроб», Саратов

В многочисленных научных публикациях отмечено значение ассоциаций микроорганизмов, или смешанных инфекций в потенцировании воспалительных процессов, в том числе при поражениях предстательной железы [Амозов М.Л., Дьяченко А.И., 2001; Сегал А.С., 2003; Bennet D., Kearney P.J., 1992]. Однако до настоящего времени практически нет данных о роли различных микст-инфекций в развитии обструктивных форм хронического простатита.

Целью работы был анализ состава смешанной микрофлоры в секрете простаты и эякуляте у больных хроническим простатитом с наличием или отсутствием ретростенотических псевдомикроабсцессов, а также на фоне проведения дренирующих процедур.

Для определения характера микробной флоры до и после выполнения физиотерапевтических процедур, направленных на дренирование адинасов предстательной железы и ретростенотических псевдомикроабсцессов, проанализированы данные наблюдений о 132 больных с хроническим инфекционным обструктивным простатитом (псевдомикроабсцессы были выявлены посредством ТРУЗИ). Всем пациентам назначали ректальный пневмовибромассаж простаты с помощью аппарата ПВМ-Р-01 «Санос» одновременно с эндоуретральным электрофорезом раствора химотрипсина. Комплексное микробиологическое исследование спермы и секрета простаты проводили до начала лечения и после 2-3 вышеуказанных процедур. Условно-патогенная микрофлора учитывалась в качестве возможного агента инфекционного поражения только при количестве 1×10^4 м.к./мл и выше.

В результате первично проведенных исследований *T. vaginalis* выявлены у 36 (27,3%) мужчин, *S. trachomatis* – у 50 (37,8%). Из условно-патогенных микроорганизмов *U. urealyticum* обнаружены у 16 (12,1%) обследованных, *M. hominis* – у 12 (9,0%), *Staphylococcus spp.* – у 64 (48,5%), в том числе *S. epidermidis* – у 51 (38,6%), *Streptococcus spp.* – у 17 (12,9%), *Enterococcus spp.* – у 45 (34,1%), *E. coli* – у 17 (12,9%), другие *Enterobacteriaceae spp.* – у 16 (12,1%).

При повторном исследовании спермы (после 2-3 сеансов ректального пневмовибромассажа простаты) трихомонады были обнаружены дополнительно ещё у 16 (12,1%) мужчин, эпидермальный стафилококк у 28 (21,2%), энтерококки – у 10 (7,6%). Полученные данные свидетельствуют, что после применения дренирующих процедур происходит увеличение числа случаев выделения трихомонад, эпидермального стафилококка или/и энтерококков. Частота выявления других микроорганизмов осталась без изменений.

Для оценки частоты ассоциаций трихомонад с условно-патогенными микроорганизмами у больных

хроническим простатитом, сочетанным с трихомонадной инфекцией, обследовали две группы больных: I - с обструктивной формой (n=36) и II - без обструктивных изменений простаты (n=137). Полученные данные свидетельствовали об увеличении частоты одновременного обнаружения *T. vaginalis* с *S.epidermidis* в 2,0 раза и *T. vaginalis* с *Enterococcus spp.* в 2,6 раза у наблюдаемых I-ой группы.

Таким образом, показана взаимосвязь ассоциаций трихомонад с эпидермальным стафилококком или/и энтерококками с псевдомикробабсцессами при хроническом инфекционном простатите.

Фармацевтические науки

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗВРЕДНОСТЬ ДЛЯ ОРГАНИЗМА ЧРЕЗКОЖНЫХ МЕТОДОВ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И ФИТОЭКСТРАКТОВ

Купеева Е.В., Купеев В.Г.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ,

Центр восстановительной медицины, институт биомедицинских исследований ВНИЦ РАН, Владикавказ

Актуальность

Отмечающийся повсеместно во всем мире рост хронических заболеваний влечет за собой увеличение лекарственных нагрузок на организм, вызывает все нарастающее число побочных эффектов, осложнений и аллергических реакций. Кроме того, затруднение дозировки, раздражающее действие на органы желудочно-кишечного тракта при пероральном приеме, осложнения при инъекционных методах воздействия, а также увеличение аллергических реакций на различные медикаменты делает насущным поиск других методов введения лекарств, более безвредных и безопасных.

Цель работы

Показать высокую эффективность и приоритетность введения лекарственных препаратов методом лазерофореза.

Материалы и методы

Центром восстановительной медицины г. Владикавказ совместно с НИИ новых медицинских технологий г. Тулы разработана медицинская технология фитолазерофорез (ФЛФ) (1, 2), используемая при лечении различных хронических заболеваний. За период с IX-1996г. по IX-2004г. методом ФЛФ пролечено более 10 тысяч человек различного возраста, пола, страдающих различными хроническими заболеваниями. Растворы лекарственных препаратов наносились на кожу пациента в область биологически активных точек (БАТ) и зон, а также на область пораженных органов. Затем эти места облучаются низкоинтенсивным лазерным излучением (НЛИ) заданных параметров, подбираемых индивидуально для каждого пациента.

Положительными качествами метода являются:

- неинвазивность, безопасность и безвредность, т.к. используются низкие (гомеопатические) дозы препаратов и малые дозы НЛИ, практическое отсутствие местных раздражающих, побочных и аллергических реакций;

- быстрое получение лечебного воздействия препарата. Экспериментально доказано, что эффективность действия лекарства зависит от точки приложения и что время наступления реакции при воздействии на БАТ в среднем равна 3 секундам, каким бы не было расстояние между органом и БАТ(2, 3, 4, 5). Если же лекарство принято внутрь, то реакция наступает значительно позже, по мере всасывания его в кровь, не столь выражена и оказывает побочное воздействие.

Лечебное воздействие препарата при лечении методом ФЛФ усиливается сочетанием с рефлексотерапией и лазерным излучением, используемым нами в виде лазеропунктуры.

Полученные в результате лечения методом ФЛФ лечебные эффекты оказываются более быстрые, выраженные и стойкие, даже в случаях тяжелых хронических патологий, что наглядно демонстрируют клинические примеры:

Пример №1

Большая С., 43г. После обследования в республиканском онкодиспансере выставлен диагноз: двухсторонняя фиброзно-кистозная мастопатия. От предложенной двухсторонней мастэктомии отказалась и обратилась в ЦВМ. При БО (ИД, ЭПД, КТ) выявлены зоны патологий по ходу всех отделов позвоночника, больше в грудном и поясничном отделах. Особенно наглядно выражена на КТ гипертермия по ходу позвоночника, в области придаточных пазух носа, шеи, в области небных миндалин и щитовидной железы, молочных желез, печени, желчного пузыря, эпигастриальной области, левом подреберье, паховых областей и области гениталий. Зоны гипотермии - в области боковых поверхностей лица и носа с дефектами заполнения, боковых поверхностей спины, ног и кистей рук, центральной части живота.

При УЗИ-обследовании множественные кистозные образования обеих молочных желез размерами 48-51мм x 8-5мм. Фиброматозный узел в теле матки до 10 недель беременности.

Проведено 3 курса ФЛФ а через 3 месяца еще один курс. После первого курса лечения у больной