

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

исчезли боли и неприятные ощущения в области молочных желез. После лечения болей в спине, животе нет. Значительно уменьшились до полной нормализации участки гипер- и гипотермии на КТ (см. рис 4).

На УЗИ через год – в правой молочной железе кистозных образований нет, в левой – одно кистозное образование размером 11x4мм без грубой капсулы, в теле матки нечетко выраженный фиброзный узел до 3х недель беременности.

### Пример №2

**Больной К., 59л.** Считает себя больным с 17 лет, когда стал отмечать боли в сердце, усиливающиеся при физических нагрузках, стрессах, переутомлении, а также периодически головные боли и подъём АД. При прохождении мед. Комиссии в военкомате в 1958-59гг. признан непригодным к военной службе по состоянию здоровья из-за болезни сердца. С этого же времени постоянно получает амбулаторное, стационарное и санаторно-курортное лечение. Впервые обратился в ЦВМ в декабре 1999г. после стационарного лечения в кардиологическом отделении Республиканской клинической больницы, где было рекомендовано продолжить лечение в условиях кардиологического санатория. При обследовании в ЦВМ жалобы на периодически возникающие боли в области сердца сжимающего, колющего и давящего характера, как при физической нагрузке и стрессе, так и в состоянии покоя, снимающиеся нитроглицерином, нитратами, анальгетиками; одышку при незначительных физических нагрузках; пастозность ног; головные боли и головокружение; шум в ушах; дизурические расстройства - боли и рези при учащённом мочеиспускании. Жалобы также на диспептические явления в виде тяжести в животе в области правого подреберья, отрыжку, вздутие, горечь и сухость во рту, стул со склонностью к запорам. АД - 180/100мм рт.ст. На ЭКГ - синусовый ритм, 67 в 1 мин, отклонение эл. оси влево, умеренные изменения в миокарде метаболического характера, нарушение внутрижелудочковой проводимости. Протромбиновый индекс - 88%, холестерин - 6, 64. УЗИ: диффузное уплотнение печени с наличием кисты, хр. холецистит. При БО на КТ: гипертермия по ходу всего позвоночника, больше в шейно-грудном отделе, в правом подреберье, меньше - в левой подреберной области. Зоны гипотермии с симптомом "дефект заполнения" в области боковых поверхностей спины, в пояснично-крестцовом отделе и средней части живота, в дистальных отделах конечностей, передней поверхности грудной клетки. От лечения методом ФЛФ отказался, решил продолжить лечение в кардиологическом санатории. Следующее обращение - в декабре 2001г. (через 2 года), в течение которого лечился, помимо санатория, 2 раза в клиниках г. Москвы, Санкт-Петербурга и амбулаторно по рекомендациям клиник. При БО на КТ (см. рис.) отмечается отрицательная термографическая картина: усилились и увеличились очаги гипертермии в спине и груди, участки гипотермии боковых поверхностей живота, спины, лица, конечностей; появились участки выраженной гипертермии в области придаточных пазух носа, левой височной области, передней поверхности шеи, суставов рук и ног, в паховых областях и лобковой области. Жалобы остались прежние, только

более ярко выраженные. После стационарного лечения отмечалось незначительное и нестойкое улучшение. Проведено 3 курса ФЛФ по 10 дней с перерывами между курсами по 12-15 дней. Отмечена значительная положительная динамика. Жалоб после окончания 2-го курса нет. Помимо исчезновения болей в сердце и нормализации АД отмечает нормализацию работы органов ЖКТ (отсутствие болей, спазмов, вздутия, изжоги, отрыжки, запоров). Нормализовалась мочеиспускание (ранее отмечалось учащенное мочеиспускание с болями и резью, лечился у уролога с хр. простатитом, аденома I стадии, снижение потенции). Все жалобы со стороны мочеполовой системы отсутствуют. Повысилась работоспособность, нормализовался сон, отмечает улучшение памяти и зрения. При контрольном обследовании (см. рис.) отмечена выраженная положительная динамика, которая соответствует как общему состоянию, так и данным других методов обследования: ЭКГ, ФКГ, ЭХО-кардиографии, УЗИ, ан. крови и мочи, доплеровскому обследованию. При контрольном осмотре через 3 месяца - состояние удовлетворительное, жалоб нет. Никаких медикаментов не принимает, только рациональную диету и ЛФК. И это после постоянной многолетней лекарственной терапии. Ходит без остановки до 3-4 км без одышки и болей в сердце. Длительность наблюдения - полтора года после лечения.

### Пример №3

**Больная М., 1996г.р.** – обратилась в марте 2004 года. D-s: хронический пиелонефрит, активная фаза, непрерывно прогрессирующее течение, афункциональная левая почка, снижение функции правой почки. Болеет с 4 лет. Периодически отмечает дизурические расстройства, повышение  $t^{\circ}$ , слабость, недомогание, пастозность век.

Анализ крови:

Эр  $4,5 \cdot 10^{12}$ , Нб – 12,6г/л, L –  $6,4 \cdot 10^9$  п/яд – 6 с/яд  
43, эоз-2 мон – 1 лимф-48 СОЭ – 7 мм в час.

Анализ мочи:

цвет – с/ж,

прозрачность – мутная,

уд. вес – 1012,

белок – 0,1г/л, реакция кислая,

эпит. – единич. в п/зр.,

плоские тела – единич.,

почечный – 001-00-00-001,

лейкоциты сплошь покрывают п/зр,

местами скопления до 8-15,

слизь - + +,

оксалаты единичные.

Анализ мочи по Нечипоренко:

лейкоцит – 125000,

эритроциты - 5750,

глюкоза – нет.

Анализ мочи по Земницкому:

Уд.вес колеб. от 1006 до 1015.

Постоянно лечилась в поликлинике по месту жительства, получала массивную противовоспалительную терапию, но улучшение клиническое и лабораторное носило незначительный и нестойкий характер. Неоднократно проводилось стационарное, в том числе и иногороднее лечение. В сентябре 2002 г. в ДГКБ

№13 г. Москвы во время стационарного лечения проводилась радиоизотопная диагностика:

*При динамической сцинтиграфии почек в положении лежа изображения почек визуализируются на обычном месте.*

*ЛЕВАЯ ПОЧКА: Изображение почки визуализируется резко уменьшенным, деформировано. Контуры почки деформированы. Функциональные фазы кривой, полученной с изображения левой почки плохо дифференцируются, кривая по типу афункциональной. Распределение РФП неравномерное. Имеется зона сниженного накопления РФП, занимающая большую площадь почки и деформируя её.*

*ПРАВАЯ ПОЧКА: Изображение почки обычных размеров, обычной формы. Контуры почки ровные. Накопление РФП в почке достаточное, замедленно. Распределение РФП равномерное. Выведение РФП значительно замедленное, неравномерное, отмечает-*

*ся кратковременное нарушение оттока мочи по типу рефлюкса. Отмечается задержка в проекции среднего сегмента почки.*

*ЗАКЛЮЧЕНИЕ: отсутствие функции левой почки. Правосторонний рефлюкс. Средняя степень нарушения накопительно-выделительной функции правой почки.*

Предложена операция – нефрэктомия слева, от которой родители отказались.

В ЦВМ г. Владикавказ проведено дополнительное обследование: компьютерная термография, ГРВ, иридодиагностика, после чего по всем выявленным зонам патологии назначено лечение по авторской методике. Проведено 3 курса ФЛФ по 10 дней с интервалами между курсами по 10-15 дней. Состояние стабилизировалось,  $t^{\circ}$  - нормализовалась, дизурических расстройств нет.