

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до урології і стосується способів лікування хронічного уретриту, частим ускладненням якого, що дуже важко виліковується, є запалення залоз Літтре і лакун Морганьї.

Відомий найбільш близький за своєю суттю до корисної моделі спосіб лікування хронічного уретриту (див. БСЭ Гл. редактор Б.В. Петровский, том 9, ИБН-РОШД-Йордан, Изд. третье, "Советская Энциклопедия" - Москва 1976), який передбачає промивання сечівника лікувальним розчином за допомогою катетера (так званий метод застосування інстиляцій сечівника).

Цей спосіб не забезпечує повноцінної санації залоз сечівника у всіх пацієнтів оскільки він не забезпечує достатнє проникнення лікувального розчину до залоз Літтре і лакун Морганьї, більш того при промиванні сечівника лікувальний розчин, рухаючись натискає на стінки сечівника і закриває входи до залоз Літтре і лакун Морганьї.

В основу корисної моделі покладено завдання такого удосконалення способу лікування хронічного уретриту, при якому за рахунок забезпечення умов підвищеного проникнення лікувальної речовини до залоз і лакун забезпечується підвищення ефективності лікування чоловіків із хронічними уретритами.

Для вирішення цього завдання у способі лікування хронічного уретриту, який передбачає промивання сечівника за допомогою катетера, згідно корисній моделі перед промиванням сечівника за допомогою катетера в сечівник вводять уретроцистоскоп, а катетер вводять через робочий канал уретроцистоскопа безпосередньо у залози і лакуни сечівника.

Завдяки попередньому перед промиванням введенню у сечівник уретроцистоскопа створюються умови ввести катетер безпосередньо до небезпечних для запалення зон сечівника, що забезпечує можливість попадання лікувального розчину до залоз і лакун, внаслідок чого значно підвищиться ефективність лікування.

Приклад конкретної реалізації способу лікування хронічного уретриту.

У спеціалізований медичний центр "Оптим-фарм" (М.Київ) 10.01.2003р. звернувся хворий Н., 36р., амбулаторна карта 12/03 зі скаргами на гнійні виділення із сечівника з ранку на протязі 6 місяців. Раніше цьому хворому було проведено лікування з приводу хронічного трихомонадного уретрита в іншому лікувальному закладі. Трихомонади були знищені, однак запалення залишилося і не піддавалося дії традиційних засобів - антибактеріальної терапії згідно чутливості мікрофлори, інстиляціям сечівника та фізіотерапевтичним методам. В аналізі уретральних виділень та першої порції сечі - підвищення кількості лейкоцитів, при культуральному дослідженні - ріст кишкової палички. При іригаційній уретроскопії візуалізуються 6 гіперемованих устій залоз Літтре і 2 лакуни Морганьї, з котрих при натисненні виділяється гній. Діагноз: хронічний бактеріальний уретрит, ускладнений літтрейтом і морганьїтом. Хворому запропоновано лікування з застосуванням пропонованого способу. Хворий погодився. Лікування проводилося на фоні антибактеріальної терапії згідно з чутливістю мікрофлори. Попередньо після анестезії слизової оболонки розчином лідокаїна в сечівник вводили уретроцистоскоп Karl Storz (тубус 17 Fr, оптика 30). При візуалізації устій залоз і лакун сечівника сечовідний катетер 4 Fr вводили у робочий канал уретроцистоскопа і далі його проводили безпосередньо у залози і лакуни під контролем зору. Після введення катетера в просвіт залози або лакуни на глибину 5-20мм здійснювали безпосереднє промивання залоз і лакун сечівника 0,02-0,05% розчином хлоргексидина біглюконата. Хворому проведено 5 сеансів лікування запропонованим способом з інтервалом 2-3 доби. Ускладнень не було. Досягнута повна ліквідація запального процесу з нормалізацією клініко-лабораторних показників.

Запропонованим способом лікування проводилося неодноразово в спеціалізованому медичному центрі "Оптим-фарм". Кількість саниваних залоз в одного пацієнта коливалося від 6 до 18, глибина введення катетера в просвіт залози складала від 2 до 30мм, кількість розчину для промивання однієї залози - від 0,5 до 1,5мл. Використовували 0,02-0,05% розчин хлоргексидину біглюконату або інший згідно чутливості мікрофлори. Загальна тривалість процедури складала від 5 до 14 хвилин. Спосіб було здійснено у 14 чоловіків із хронічними уретритами трихомонадної, хламідійної і бактеріальної природи, що не піддаються лікуванню традиційними методами. Кількість процедур складало від 4 до 10 на одного пацієнта. У 4 пацієнтів після перших двох втручань відзначалася незначна уретрорагія, що не визвала додаткових призначень і/або припинення лікування. В усіх випадках досягнуте клініко-лабораторне одужання, підтверджене культуральними методами і даними полімеразної ланцюгової реакції. Отримані результати дозволяють рекомендувати пропонований спосіб, який забезпечує ендоеуретральний лаваж залоз і лакун сечівника як компонент комплексної терапії в чоловіків із хронічними уретритами, у випадках, коли інші методи не дозволили досягти успішного лікування. За запропонованим способом лікування проводилось неодноразово. Отримані результати дозволяють рекомендувати цей метод до впровадження в спеціалізованих клініках.