



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **13986** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
A61P 13/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

### ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

#### (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ ЧОЛОВІЧОГО СТАТЕВОГО ШЛЯХУ У НЕСЕКРЕТОРІВ

1

2

(21) u200511545

(22) 05.12.2005

(24) 17.04.2006

(46) 17.04.2006, Бюл. № 4, 2006 р.

(72) Лісовий Володимир Миколайович, Кнігавко  
Олександр Володимирович, Аркатов Андрій Вале-  
нтинович, Войт Оксана Валеріївна, Швець Марина  
Валентинівна

(73) ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб лікування інфекцій чоловічого статевого шляху у несекреторів, що включає призначення антибактеріальних засобів згідно з чутливістю, імуномодуляторів, фізіотерапії, ензимів, який **від-  
різняється** тим, що одночасно призначають аце-  
тилцистеїн 200 мг 3 рази на добу й інстиляції в  
уретру речовин з поверхнево-активною дією (на-  
приклад мірамистину або уросепту).

Корисна модель відноситься до області медицини, а саме урології і може бути використана для лікування інфекцій чоловічого статевого шляху, шляхом підвищення ефективності терапії цих захворювань у несекреторів, тобто осіб, що не секретують аглютиногени системи АВО з біологічними рідинами.

Інфекції чоловічого статевого шляху (ІЧСШ) є досить поширеною медико-соціальною проблемою, захворюваність ними складає 42% серед чоловіків фертильного віку [Арнольди Е.К. Хронический простатит, Ростов-на-Дону, 1999г., с.6], відсутність, а також неякісне лікування веде до запущених стадій захворювання, що є найчастішим чинником чоловічої субфертильності.

Комплексне лікування ІЧСШ вимагає визначення збудника захворювання та його чутливості до антибактеріальних препаратів, у залежності від чого буде визначена комбінація антибактеріальних препаратів, термін її дії та застосування імуномодуючих засобів, фізіотерапії, препаратів місцевої дії. У той же час у несекреторів, інфекційні агенти можуть з'єднуватися з клітинами епітелію саме груповими аглютиногенами, які у несекреторів розташовані в малій кількості на поверхні епітелію, тобто групові аглютиногени системи АВО замість протективного ефекту сприяють зчепленню інфекційного агента до уроепітелію, що веде до адгезії, інвазії агента, відтворенню запального процесу, а також до більшої резистентності інфекційних агентів до антибактеріальних засобів. Це веде до хронізації інфекційного процесу та частим рецидивам інфекції.

Відомий спосіб лікування ІЧСП, який передбачає застосування великих доз антибіотиків короткими курсами з поєднанням фізіотерапії, місцевої (масаж передміхурової залози при простатиті), імунокоригуючої терапії [Горпинченко І.І., Сексология и андрология, Киев, Абрис 1997, с.567-568].

Недоліком цього способу є можливість збереження інфекції у цистах або L-формах, тобто знищення активних форм збудників, але неактивні (з дуже повільним метаболізмом на момент лікування) інфекційні агенти залишаються і можуть через деякий час знову призвести до запального процесу.

Іншим способом лікування є проведення двох нетривалих (10 діб для лікування хламідіозу) курсів антибіотикотерапії з імунологічною корекцією між ними [Мавров І.І. Половые болезни. - Х., "Факт", 2002. - С.438-439]. При цьому автори припускають, що додаткова імуностимуляція активує всі неактивні форми інфекції і їх можливо буде знищити наступним коротким курсом антибактеріальної терапії

Недоліком цього способу є можливе наодження інфекційного агента у різних життєвих циклах в неактивній фазі як під час першого, так під другого курсів антибіотикотерапії, звідки можливе збереження життєздатності деяких форм інфекційних агентів, що призводить до рецидиву інфекції. До того ж у несекреторів інфекційні агенти зв'язані з клітинами уроепітелію груповими аглютиногенами та майже не реагують ані на антибактеріальні засоби, ані на фактори імунітету.

Є спосіб лікування захворювання, що перед-

(19) **UA** (11) **13986** (13) **U**

бачає окрім стандартного призначення антибіотиків застосування системної ензимотерапії - вобензиму 5 драже тричі на день. Ензими сприяють розриву частини білкових структур та відщепленню деякої кількості групових аглютиногенів разом з інфекційними збудниками, тобто елімінації останніх і видужанню хворого [Сухих Г.Т. и др. Терапевтическое воздействие вобензима при комплексном лечении урогенитальных хламидиозов и микоплазмозов. Материалы II Международной конференции: Системная энзимотерапия. - Москва, 1996, с.59-64].

Даний спосіб вибрано нами в якості прототипу, так як він є найбільш близьким по технічній суті та результатам, яких може бути досягнуто.

Основною вадою цього способу є нехтування типом секреторства, коли ферментативна терапія призначається у залежності від суб'єктивних показань, або у випадках рецидивної інфекції. До того ж призначення тільки ензимів одного типу (наприклад вобензиму або флогензиму у вищезазначених дозах) сприяє відриву тільки 25-30% групових аглютиногенів, інші продовжують триматися за епітелій.

У зв'язку з вищевикладеним, у основу корисної моделі покладено задачу підвищення ефективності лікування інфекцій чоловічого статевого шляху у несекреторів.

Задача, яку покладено в основу корисної моделі, вирішується тим, що у відомому способі лікування ІЧСШ, що включає призначення антибактеріальних препаратів, імуномодуляторів, фізіотерапії й ензимів, згідно з корисною моделлю, призначають в якості ферментної терапії вобензим 3 таблетки 3 рази на день та ацетилцистеїн 200мг 3 рази на добу, а також інстиляції в уретру речовин з поверхнево-активною дією (наприклад мірамистину або уросепту).

Підвищення ефективності лікування ІЧСШ у несекреторів досягають за рахунок синергізму системної ензимотерапії, ацетилцистеїну (600мг на добу) та місцевого застосування речовин з антиадгезивною та антибактеріальною дією.

Спосіб виконують наступним чином: спочатку визначають ступінь секреторства групових аглютиногенів за системою АВО у слині людини за стандартною методикою: [Пашкова В.И., Томилини

В.В., Лабораторные и специальные методы исследования в судебной медицине, М.: Медицина, 1975, с.456]. Далі пацієнтам - несекреторам призначають антибактеріальну терапію згідно з чутливістю збудників, імуномодулятори, фізіотерапію, ферментну терапію (наприклад вобензим 3 таблетки 3 на день), ацетилцистеїн 200мг 3 рази на добу та мірамистин або уросепт ендоеуретрально.

Ефективність способу, ілюструють наступні приклади його клінічного використання:

#### Приклад 1

Пацієнт Н., 25 років, історія хвороби №1864, при бактеріологічному дослідженні виявлені *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealiticum*. За результатами визначення ступеню секреторства - несекретор, стандартна терапія призначалася тільки на підставі визначення збудників ІЧСШ. При лікуванні за стандартною схемою тривалий час зберігалися скарги: почуття дискомфорту у ділянці промежини, різі при сечовипусканні, важкість у мошонці, тривалість лікування була довшою 29 діб, що є більш характерним для хронічного перебігу ІЧСШ, викликаних вищевизначеними збудниками. Контрольний бактеріологічний аналіз виявив збудника (*Ureaplasma urealiticum*), що потребувало ще одного курсу терапії, на цей раз із врахуванням відсутності секреторства.

#### Приклад 2

Пацієнт К., 24 роки, історія хвороби №2956, при бактеріологічному дослідженні виявлені *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealiticum*. За результатами визначення наявності секреторства - несекретор, до курсу стандартної терапії підключена системна ензимотерапія (вобензим 3 пігулки тричі на день), ацетилцистеїн 200мг 3 рази на добу та ендоеуретральні інстиляції з уросептом. Строки знаходження у стаціонарі - 21 доба, при виписці скарг не має. Контрольний бактеріологічний аналіз не виявив збудника, що свідчить про повне клінічно - лабораторне одужання.

Таким чином, спосіб, що заявляється, дозволяє підвищити ефективність лікування інфекцій чоловічого статевого шляху у несекреторів за допомогою обов'язкового включенням до стандартної терапії системної ензимотерапії, ацетилцистеїну та ендоеуретральних інстиляцій поверхнево-активних речовин.