

Корисна модель відноситься до області медицини, а саме до урології, і може бути використана для лікування сечокам'яної хвороби, а саме рецидивуючих форм захворювання.

Сечокам'яна хвороба (уролітіаз) досить поширене захворювання. У 60% пацієнтів урологічних клінік, що звернулися з приводу різної патології, при ультрасонографічному дослідженні виявлені мікроліти або камені нирок. Є пацієнти, що після відходження чи видалення конкременту страждають на рецидив захворювання, тобто повторне утворення конкременту через деякий час. Це особливо характерно для пацієнтів, що мешкають в ендемічних районах, а також при аномаліях розвитку сечовидільної системи, порушеному обміні речовин, хронічній інфекції сечовидільних шляхів.

Відомим способом лікування хронічного рецидивуючого уролітіазу є лікування причин, що призводять до утворення конкрементів. Такими засобами є пластичні операції при аномаліях розвитку, дієтичні обмеження і метаболічні препарати при порушенні обміну [Льюко А.В. Неотложная урология и нефрология. - Київ, «Здоров'я», 1996. - С.10].

Недоліком цього способу є значна кількість пацієнтів, у яких камені все рівно утворюються, навіть після проведення вищезгаданої терапії. До того ж у великої кількості пацієнтів при обстеженні не виявляється врахованих факторів, що традиційно сприяють каменеутворенню.

Іншим способом консервативного лікування є постійне вживання фітопрепаратів (Уролесан, Канефрон, Фітоліт), що веде до збільшення об'єму сечі і, відповідно, до зменшення її літогенності. Прийом таких препаратів також пригнічує інфекційний процес у сечовидільних шляхах [Пытель Ю.А., Амосов А.В. Растительный препарат канефрон в урологической практике // Лечащий врач. - 1999. - №6, С.38-39].

Недоліком цього способу є зниження діуретичного, антибактеріального ефекту фітопрепаратів при їх постійному довготривалому вживанні і, відповідно, рецидивам каменеутворення у деяких хворих.

Відомий спосіб консервативного лікування хронічного уролітіазу, що спричинений хронічними інфекціями сечовидільного шляху за допомогою культурологічного дослідження бактеріальної флори з врахуванням чутливості до антибактеріальних засобів та лікування цих інфекцій [Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. - СПб; Из-во "Питер", 2000. - С. 197-201].

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

Недоліком цього способу є те, що не тільки бактеріальна флора може бути причиною каменеутворення. Досліджено, що уреоплазмена інфекція (*Ureaplasma urealyticum*), розщеплюючи сечовину, змінює фізико-хімічні властивості сечі, збільшує її літогенність та сприяє каменеутворенню в якості матричного тіла, на якому в подальшому седиментуються солі. Антибактеріальна терапія, що проводиться при визначенні бактеріальної патогенної флори, не враховує чутливості та строки реплікації (а отже строки призначення антибактеріального препарату) уреоплазменої інфекції, то ж найчастіше не діє на уреоплазму. Саме тому вона через деякий час знов створює умови для каменеутворення.

У зв'язку з вищевикладеним, в основу корисної моделі покладено задачу підвищення ефективності консервативного лікування хронічного рецидивуючого уролітіазу шляхом ерадикації всіх патогенних інфекційних збудників, що впливають на літогенність сечі та процес каменеутворення.

Задачу, яку покладено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі лікування хронічного рецидивуючого уролітіазу, що включає культурологічне дослідження бактеріальної флори для визначення чутливості до антибактеріальних засобів, згідно з корисною моделлю додатково проводять культурологічну діагностику уреоплазменої інфекції з наступним призначенням лікування всіх інфекційних агентів.

Підвищення ефективності лікування хронічного рецидивуючого уролітіазу досягають за рахунок ерадикації всіх (у тому числі уреоплазми) інфекцій і повернення фізико-хімічних властивостей сечі до норми.

Спосіб виконують наступним чином: при зверненні хворого з сечокам'яною хворобою йому проводять діагностичні заходи (УЗД, рентгенографія), культурологічний розсів зіскрібку з уретрального епітелію на уреоплазмену інфекцію, проводять бактеріологічне дослідження сечі, клінічний аналіз сечі, крові і, якщо у хворого з хронічним рецидивуючим уролітіазом досліджена патогенна бактеріальна і уреоплазмена інфекція, проводять її лікування антибактеріальними засобами, до яких чутливі і бактеріальна інфекція і уреоплазма. Звільнення пацієнта від конкременту (оперативне, екстракорпальна хвильова чи контактна літотрипсія, низхідний медикаментозний літоліз) проводять за загальними правилами в залежності від розмірів конкременту та його локалізації.

Ефективність способу, ілюструють наступні приклади його клінічного використання:

Приклад 1. Хворий В., 36 років, звернувся до стаціонару з правобічною нирковою колькою. Із анамнеза відомо, що вже більше 12 років страждає сечокам'яною хворобою. Неодноразово відходили конкременти самостійно. При рентген- та ультразвуковому дослідженні був діагнований камінь діаметром 4мм нижньої третини правого сечоводу та камінь 6мм в місці правої нирки, патологічних звужень сечоводу не діагновано. При бактеріологічному дослідженні на 5 добу в сечі виявлена кишкова паличка, чутлива до Ципрінолу, Тебрісу, Флемоклаву, Клабаксу. Призначена терапія: Баралгетас - 5мл в/м 3 рази на день. Папаверин 2мл в/м 2 рази на день, діодінамічні токи на ділянку болю, Канефрон 50 крапель тричі на день - виявилася недостатньою, хворому двічі додатково вводили наркотичну речовину - омнопон для знеболення приступу ниркової кольки, на третю добу почала підвищувати температура, хворому призначений Ципрінол 500мг двічі на день терміном 8 днів. Камінь сечівника розщеплений ударно-хвильовою літотрипсією після 4 дів неефективної консервативної терапії. Через 12 дів проведена ударно-хвильова терапія каменя миски. Після цього хворий місяць приймав фітопрепарати: Канефрон та Нефрофіт. На контрольних рентгенограмі та УЗД через 2 тижні тіней конкрементів не виявлено. Однак через 5 місяців хворий знову звернувся з повторним приступом ниркової кольки, при обстеженні встановлений діагноз: камінь 3мм правої миски, камінь 5мм лівого сечівника.

Приклад 2. Хворий Р., 53 роки, звернувся до стаціонару з лівобічною нирковою колькою. При рентген- та ультразвуковому дослідженні був діагнований камінь діаметром 6мм нижньої третини лівого сечоводу, патологічних звужень сечоводу не діагновано. В анамнезі неодноразово самостійно виходили конкременти з обох нирок, 7 років назад була відкрита операція - видалення конкременту з правого сечівника. При культурологічному дослідженні виявлена патогенна бактеріальна флора: *E. coli*, *Str. fecalis*, *Ureaplasma urealyticum*. Антибактеріальними засобами, до яких були чутливі і бактеріальні і уреоплазмена інфекція, були Тебріс, Клабакс. Призначена терапія: Ношпаверин 2мл разом в/м 2 рази на добу, "Спазмобрю" (бутілскополамін)

- 2мл в/м 2 рази на добу, "Кетонал" (кетопрофен) 2мл в/м - 2 рази на добу, Канефрон 50 крапель тричі на день, діодинамічні токи на ділянку болю, свічки "Моваліс" ректально на ніч, Тебріс (гатіфлоксацин) 400мг на добу - 10 діб та Клабакс ОД 500мг на добу - наступні 10 діб - виявилась ефективною, біль зникла на другу добу, на четверту добу самостійно відійшов камінь. На контрольних УЗД через 2 тижні та 6 місяців мікролітів чи конкрементів не було виявлено.

Таким чином, спосіб, що заявляється, дозволяє більш ефективно лікувати хронічний рецидивуючий уролітіаз консервативним шляхом за допомогою діагностування та лікування уреаплазмової інфекції, що разом з стандартною терапією веде до повної ерадикації інфекційних агентів з сечовидільного шляху, відновлення фізико-хімічних властивостей сечі та попередженню каменеутворення.