



УКРАЇНА

(19) UA (11) 5204 (13) U

(51) 7 A61P29/00,31/04,37/02

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальністю  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ЕПІДИДИМООРХІТ

1

(21) 20040806382

(22) 02.08.2004

(24) 15.02.2005

(46) 15.02.2005, Бюл. № 2, 2005 р.

(72) Пустовойт Іван Петрович, Ухаль Михайло Іванович

(73) Одеський державний медичний університет

(57) Спосіб лікування хворих на гострий епідидимоорхит шляхом використання антибіотикотерапії, індометацина та фунікулярних новокаїнових блоkad, який відрізняється тим, що призначають у

2

фазі гострого запального процесу системну ензимотерапію вобензимом по 2 драже тричі на добу 15-20 днів у поєднанні із одночасною гіпербаричною оксигенацією один сеанс на добу при тиску кисню 1800гПа протягом 40-45хв. курсом 8 сеансів, а у фазі регресії захворювання застосовують модулятори репаративних та імунopatологічних процесів - метилурацил по 0,5мг тричі на добу і екстракт ізофлавонів сої препарат ЕКСО по 0,5г тричі на добу загальним курсом 18-20 днів.

Корисна модель відноситься до медицини, переважно до урології, і може бути використана для підвищення ефективності лікування хворих на гострий епідидимоорхит.

Гострий епідидимоорхит є частим захворюванням чоловіків молодого та середнього віку. Відомо, що в гострому періоді захворювання інфекційний запальний процес має тенденцію до прогресування із розвитком гнійних деструктивних процесів як в придатку, так і в самому яєчку у 10-15% хворих. Причиною цього ускладнення є значне порушення кровообігу в зонах інфекційного процесу, а розвиток ішемії, лейкоцитарно-бактеріальної інфільтрації та набряку являються пусковими факторами альтерації паренхіми яєчка і придатка із порушенням гематотестикулярного бар'єру. У другій та третій фазах інфекційного запалення в яєчках розвиваються сполучні тканинні процеси, що у 30-40% процентів випадків приводить до розвитку гіпотрофії або атрофії паренхіми яєчок із подальшим розвитком оліго- і азооспермії і, як наслідок, чоловічого безпліддя.

Відомий спосіб лікування хворих на гострий епідидимоорхит шляхом використання антибактеріальних препаратів широкого спектру дії - аміноглікозидів, макролідів та цефалоспоринів (1).

Відомий також спосіб лікування хворих із гострим епідидимоорхитом шляхом використання антибактеріальних препаратів широкого спектру дії у сполученні із оперативним розтином оболонок ка-литки і придатка (2)

Недоліком цих способів є їх низька ефективність через високий відсоток розвитку ускладнень в ранньому та віддаленому періодах захворювання. Так, в ранньому періоді прогресування запаль-

ного інфекційного процесу із розвитком гнійно-деструктивного процесу в придатку і яєчку має місце у 15-17% хворих. У віддаленому періоді ускладнення у вигляді атрофії яєчок та розвитку олігозооспермії і чоловічого безпліддя мають місце у 30-40% хворих - відповідно.

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є використання антибіотикотерапії у поєднанні із призначенням хворим патогенетичної терапії (3). Цей спосіб заснований на використанні разом із антибіотиками широкого спектру дії нестероїдного протизапального препарату індометацину та фунікулярних новокаїнових блоkad (3).

Недоліком цього способу є розвиток гнійно-деструктивних процесів у придатку і яєчку в гострому періоді захворювання (у 14-16% хворих), а також гіпотрофії і олігозооспермії - у пізні терміни захворювання (у 25-30% хворих).

В основу корисної моделі поставлена задача підвищення ефективності лікування хворих на гострий епідидимоорхит шляхом удосконалення патогенетично-обґрунтованої профілактики ускладнень із призначенням в фазі гострого запального процесу системної ензимотерапії вобензимом у поєднанні із одночасною гіпербаричною оксигенацією, а в фазі регресії захворювання - модуляторів репаративних та імунopatологічних процесів метилурацила і екстракта ізофлавонів сої (препарат ЕКСО), що дозволить скоротити число ранніх і пізніх ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно із корисною моделлю, призначають у фазі гострого запального процесу системну ензимотерапію вобензимом по 2 драже тричі на добу 15-20 днів у поєднанні із одночасною гіпербаричною оксигена-

(13) U

(11) 5204

(19) UA

цію один сеанс на добу при тиску кисню 1800гПа на протязі 40-45хв. курсом 8 сеансів, а у фазі регресії захворювання застосовують модулятори репаративних та імунopatологічних процесів метилурацила по 0,5мг тричі на добу і екстракт ізофлавонів сої препарат ЕКСО по 0,5г тричі на добу загальним курсом 18-20 днів).

Спосіб виконується наступним чином:

Хворим на гострий епідидимоорхіт в умовах урологічного стаціонару антибактеріальну терапію розпочинають із парантерального введення клафорана (по 1гр. двічі на добу на протязі 7 днів). Далі курс лікування продовжували рупідом, який призначався хворим рег ос по 150мг двічі на добу на протязі 10 днів. Закінчували антибактеріальну терапію таривідом (по 150мг двічі на добу на протязі 10 днів). Всі ці препарати мають високу біодоступність для статевих органів.

Гіпербаричну оксигенацію розпочинали на другий день від початку госпіталізації в першій фазі гострого епідидимоорхіта. Її проводили у втчизняній баросистемі ОК-МТ БЛКС-301. Сеанси гіпербаричної оксигенації здійснювали при підвищеному тиску кисню в 1500гПа в продовж 45 хвилин. Сеанси виконували кожен день в один і той же час (всього 8 сеансів на курс лікування). Всі хворі добре переносили гіпербаричну оксигенацію. Вобензим назначали хворим з 3 доби від початку лікування по 1 драже 5 раз на добу на протязі 20 днів.

В фазі регресії гострого епідидимоорхіта (із 21 дня від початку лікування) терапію продовжували метилурацилом (по 0,5мг тричі на добу 20 днів) і препаратом ЕКСО (по 0,5г тричі на добу 20 днів).

Ефективність лікування оцінювалась за клінічними проявами, а також за даними лабораторного, цитохімічного, бактеріологічного та ультразвукового досліджень.

Дослідження проведені у двох груп хворих на гострий епідидимоорхіт. Основну групу (26 хворих) складали пацієнти із гострим епідидимоорхітом, яким проводилось лікування по розробленому нами способу. Порівняні дослідження (контрольна група) проведені у 25 хворих на гострий епідидимоорхіт, яким призначались антибіотики широкого спектру дії та патогенетичне лікування із використанням індометацину та новокаїнових фунікулярних блоkad. Вік хворих основної та контрольної груп коливався від 18 до 34 років.

У хворих основної та контрольної груп інфекційний запальний процес в яєчках і придатках на початку лікування був в стадії гострого серозного запалення. Практично всі ці хворі звернулись за медичною допомогою на 2-й день від початку розвитку гострого епідидимоорхіту.

За даними бактеріологічного дослідження у хворих з гострим епідидимоорхітом бактеріальна мікрофлора висівалась тільки із секрету передміхурової залози. У 43% випадків це була змішана

бактеріальна флора (стафілокок + кишечна паличка, або стафілокок + протей). Хламідії у цих хворих виділялись у 38%.

В результаті проведеного дослідження виявлено, що у хворих основної групи бактеріальна мікрофлора не висівалась після закінчення парантерального введення клафорану у 35,6%. Після закінчення лікування хворих рупідом і таривідом патогенні мікроорганізми і хламідії не виділялись у жодного хворого основної групи. В аналогічні строки бактеріологічних досліджень у хворих групи порівняння патогенні мікроорганізми і хламідії продовжували висіватись у 34,7% і у 42,5% пацієнтів - відповідно.

У хворих основної групи в усіх випадках вдавалось припинити прогресування гострого інфекційного запалення в яєчках та уникнути оперативного втручання в зв'язку із розвитком гнійно-деструктивних процесів. Нормалізація температурної реакції тіла у цих хворих наступала на 3-4 день від початку комплексного лікування. Після закінчення курсу лікування у хворих основної групи нормалізувалась загальна кількість лейкоцитів в крові та в секреті передміхурової залози.

У хворих з групи порівняння клінічний перебіг значно відрізнявся. Так, у 3 хворих з гострим серозним епідидимоорхітом (19,5%) запальний процес перейшов в фазу гнійного запалення, що примусило здійснити оперативне втручання - розтин та дренування гнійного запального процесу.

При дослідженні у хворих основної групи через 3 місяці від початку захворювання гіпотрофії яєчок та порушень сперматогенної функції яєчок не виявлено у жодного пацієнта. У групі порівняння гіпотрофія яєчок і розвиток олігозооспермії було виявлено у 4чол. (26,6%)

Таким чином, патогенетично-обґрунтоване лікування хворих на гострий епідидимоорхіт із призначенням їм у фазі гострого запального процесу системної ензимотерапії вобензимом у поєднанні із одночасною гіпербаричною оксигенацією, а в фазі регресії захворювання - модуляторів репаративних та імунopatологічних процесів метилурацила і екстракту ізофлавонів сої препарату ЕКСО попереджує розвиток гнійно-деструктивних процесів у гострому періоді захворювання та розвиток гіпотрофії яєчок і олігозооспермії у фазі регресії захворювання у 100% досліджуваних випадків, що на 19 і 26% відповідно вище у порівнянні із прототипом.

Література:

1. Тиктинский О.Л. Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов. Л.: Медицина, 1984. - С.302.
2. Возианов А.Ф., Горпинченко И.И. Сексология и андрология. - Киев Абрис, 1997 - С.585-586.
3. Тиктинский О.Л., Михайленко В.В. Андрология. - Медицина-Пресс. -1999 -206с.