



УКРАЇНА

(19) UA (11) 61201 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00
A61P 13/10 (2006.01)
A61K 31/01 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ФОРМ ЦИСТИТУ

1

2

(21) u201015778

(22) 27.12.2010

(24) 11.07.2011

(46) 11.07.2011, Бюл.№ 13, 2011 р.

(72) КОЗИН ЮРІЙ ІВАНОВИЧ, ЛУК'ЯНОВ ІГОР
ЕДУАРДОВИЧ

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ
ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ
НАУК УКРАЇНИ"

(57) Спосіб лікування хронічних форм циститу, що
включає хірургічне усунення перешкод відтоку
сечі, а також знеболювальну, антибактеріальну,

протівірусну, протигрибкову і протипаразитарну
медикаментозну, інстиляційну і фізіотерапію, який
відрізняється тим, що в паравезикальну жирову
клітковину з обох боків від шийки сечового міхура
пункційно вводять 200-400 см³ озono-кисневої су-
міші з концентрацією, яка наростає від 2 мг/л до 10
мг/л з кроком 1,5±0,5 мг/л і в наступному зменшу-
ється до вихідного рівня, одночасно проводять
внутрішньоміхурову інстиляцію масел "Озонід" з
концентрацією озонідів олефінів 10 мг/л курсом
10-15 процедур, а потім - з концентрацією 5 мг/л
курсом 10-15 процедур.

Корисна модель стосується хірургії, зокрема,
урології і може бути використана для лікування
хронічних форм циститу.

Хронічні цистити, як правило, вторинні і зумо-
влені або неадекватною по об'єму і тривалості
терапією гострого первинного циститу, або розви-
ваються на фоні основного захворювання, яке
спричиняє обструктивний синдром (аномалії сече-
вого міхура або уретри, пухлини передміхурової
залози, стриктури уретри, уrogenітальна інфекція,
різноманітні ураження спинного мозку з трофічни-
ми розладами та ін.). При хронічних формах цис-
титу порушується кровоток в стінці сечового міху-
ра та уражуються нервові закінчення, що
призводить до стійких функціональних розладів.

Відомі способи лікування хронічних обструкти-
вних циститів, які включають хірургічну корекцію
факторів, які порушують відтік сечі з сечового мі-
хура (цистоліз, селективна денервація різних від-
ділів сечового міхура), санацію внутрішньо-
міхурових і позаміхурових осередків вторинної
неспецифічної інфекції. Тактика лікування включає
комплексну антибактеріальну терапію (її прово-
дять 7-10-денними курсами з урахуванням бакте-
ріальної флори сечі, яка змінюється), а також бак-
теріостатики і спазмолітики, діуретики,
полівітаміни та імунотоксикатори у сполученні з ін-
стиляціями сечового міхура асептичними розчи-
нами (фурациліну, нітрату срібла, коларголу і т.п.),
а також маслами (обліпихового, шипшинового,
ектерициду, ін.). Водночас проводять комплекс

фізіотерапевтичних процедур по індивідуальним
показанням: НВЧ, індуктотермія, іонофорез нітро-
фуранів і антисептиків, грязьові аплікації на зону
сечового міхура та ін. (див. Козин Ю.І. Особенно-
сти лечебной тактики при воспалительных забо-
леваниях мочевого пузыря // Медицина неотлож-
ных состояний.- 2007.- №2(9).- С. 129-131).

До недоліків описаних способів слід віднести
неадекватність антибактеріальної і уросептичної
терапії у зв'язку з характером мікрофлори, її істин-
ної асоціативності і антибіотикостійкості. Недолі-
ком є також те, що комплекс антибактеріальної
терапії не дозволяє забезпечити достатню концен-
трацію лікарських препаратів в підслизовому та
м'язовому шарах сечового міхура і, тим більше, в
паравезикальній клітковині, що підтримує хронічну
"дрімаючу" інфекцію, яка порушує кровопостачан-
ня та іннервацію сечового міхура. Все це призво-
дить до фіброзного заміщення міоцитів фіброблас-
тами з вторинним зморщуванням і морфологічно
зумовленої дисфункції м'язового шару.

Найбільш близьким до корисної моделі є спо-
сіб лікування хронічного інтерстиціального цисти-
ту, що його описано в книзі Люлько А.В., Волковой
Л.Н., Суходольской А.Е. «Циститы» (1983.- К.-
Здоров'я. - С.66-87). Він включає хірургічне усу-
нення перешкод до відтоку сечі (цистоліз, селек-
тивна денервація різних відділів сечового міхура),
гідралічну дилатацію сечового міхура, знеболюю-
чу, антибактеріальну, протівірусну, протигрибкову
і протипаразитарну медикаментозну терапію, ін-

(13) U
(11) 61201
(19) UA

стиляційну і фізіотерапію, гепаринотерапію і гормонотерапію (гормонами кори наднирників - гідрокортизон). Як фізіотерапію використовують трансвагінальну електростимуляцію.

Але тривала антибактеріальна і стероїдна терапія не зупиняють прогресування інтерстиціального циститу з появою ознак ураження верхніх сечових шляхів за рахунок дисфункції цистоуретральних сегментів з розвитком рефлюксів сечі. Селективна денервація сечового міхура, як правило, лише тимчасово зупиняє болі і порушення акту сечовипускання, а видалення жирової клітковини, яка оточує сечовий міхур, нерідко призводить до порушення іннервації сфінктеру сечового міхура, що, кінець кінцем, призводить до стійкої втрати працездатності, вираженого ушкодження сечових шляхів і необхідності виконання цистектомії з наступною колоцистопластикою.

В основу корисної моделі поставлене завдання створення удосконаленого способу, який дозволить підвищити ефективність терапії антибіотикостійких мікробів, вірусів, актиномікозу, паразитарних уражень, а також покращення кровопостачання глибоких шарів сечового міхура, зменшення гіпоксії і покращення функції нервових закінчень за рахунок позаміхурового паравезикального введення озono-кисневої суміші і внутрішньоміхурового введення озонованих масел.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі лікування хронічних форм циститу, що включає хірургічне усунення перешкод відтоку сечі, а також знеболювальну, антибактеріальну, протівірусну, протигрибкову і протипаразитарну медикаментозну, інстиляційну і фізіотерапію, згідно з корисною моделлю, в паравезикальну жирову клітковину з обох боків від шийки сечового міхура пункційно вводять 200-400 см³ озono-кисневої суміші з концентрацією, яка наростає від 2 мг/л до 10 мг/л з кроком 1,5 ± 0,5 мг/л і потім зменшується до вихідного рівня. Водночас проводять внутрішньоміхурову інстиляцію масел "Озонід" з концентрацією озонідів олефінів 10 мг/л курсом 10-15 процедур, а потім - з концентрацією 5 мг/л курсом 10-15 процедур.

Сполучення введення озono-кисневої суміші в паравезикальну жирову клітковину і введення озонованих масел внутрішньоміхурово дозволяють впливати на патологічні процеси, які відбуваються у всіх шарах сечового міхура, тобто в слизовій, підслизовому, м'язовому шарах і паравезикальній жировій клітковині, яка оточує міхур, приводячи до їх антибактеріальної і анти паразитарної санації, покращуючи трофіку і кровопостачання, відновлюючи іннервацію. Таким чином відновлюють функцію больових і моторних закінчень і виключають в наступному необхідність хірургічного видалення позаміхурової жирової клітковини з нервовими закінченнями.

Внутрішньоміхурові інстиляції масел "Озонід" з концентрацією олефінів 10 мг/л дозволяють досягти антибактеріальної санації слизового і підслизового шарів сечового міхура за рахунок антибактеріальної, протівірусної, протипаразитарної і протигрибкової дії біологічно активних продуктів озонування рослинних масел.

Наступне внутрішньоміхурове введення масел "Озонід" з концентрацією олефінів 5 мг/л підвищує регенерацію клітин слизової сечового міхура, відновлюючи їх вихідний функціонально-морфологічний стан.

Спосіб реалізується наступним чином. Проводять хірургічне усунення перешкод до відтоку сечі, а також знеболюючи, антибактеріальну, протівірусну, протигрибкову і протипаразитарну медикаментозну терапію, яка значно підсилюється комплексною озонотерапією. Фізіотерапію призначають по індивідуальним показанням. Інстиляційну терапію виконують шляхом внутрішньоміхурової інстиляції масел "Озонід" з концентрацією олефінів 10 мг/л курсом 10-15 процедур, а потім - з концентрацією олефінів 5 мг/л курсом 10-15 процедур. Одночасно в паравезикальну жирову клітковину з обох сторін від шийки сечового міхура пункційно через день вводять 200-400 см озono-кисневої суміші з концентрацією, яка зростає від 2 мг/л до 10 мг/л кроком 1,5 ± 0,5 мг/л і з наступним зниженням концентрації до вихідного рівня.

За 2009-2010 роки по цьому методу проліковано 19 хворих (16 жінок і 3 чоловіки). Вік жінок був від 20 до 40 років, а чоловіків - від 50 до 65 років. В основі розвитку інтерстиціальних форм циститу з гіперреактивністю і формуванням мікроциста (V= 60±10 мл) в 73,7% випадків був обструктивний компонент органічного або функціонального характеру. Хворих турбували болі в надлобковій області, дизуричні розлади, імперативні позиви до сечовипускання, невротичні розлади, лейкоцитурія і мікро-, а також макрогематурія. Враховуючи незначне і нестійке покращення у 7 (36,8%) хворих і відсутність позитивної клініко-лабораторної динаміки у 12 (63,2%) хворих в комплекс терапії, що проводилася, у всіх 19 хворих було включено методи ін'єкційної (озono-киснева суміш) і інстиляційної (масло, "Озонід") терапії по описаному способу. За результатами озонотерапії значне покращення у вигляді припинення больового синдрому і імперативних позивів до сечовипускання, ліквідації дизурії з помірною поллакіурією і збільшення кількості сечі (до 150-200мл) при однократному сечовипусканні отримано у 10 (52,6%) хворих. Покращення із зменшенням больового синдрому, значним зменшенням вираженості дизурії і імперативних позивів до сечовипускання, а також збільшенням об'єму однократного сечовипускання (до 100-150 мл) отримано ще у 6 (31,6%) хворих. У інших 3 (15,8%) хворих отриманий позитивний результат із збільшенням об'єму однократного сечовипускання (до 80-100 мл), зменшенням дизурії і больового синдрому носили короткотривалий характер (до 1,5-2 місяців) і в подальшому призвели до необхідності проведення повторних курсів озонотерапії.

Таким чином, використання способу згідно з корисною моделлю дозволяє підвищити ефективність терапії антибіотикостійких мікробів, вірусів, актиномікозу, паразитарних уражень, а також покращити кровопостачання глибоких шарів сечового міхура, досягти зменшення гіпоксії і покращення функції нервових закінчень.

