



УКРАЇНА

(19) UA (11) 63832 (13) U  
(51) МПК (2011.01)  
A61N 5/067 (2006.01)  
A61N 2/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СЕКСУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПРОСТАТИТІ

1

2

(21) u201102677

(22) 09.03.2011

(24) 25.10.2011

(46) 25.10.2011, Бюл.№ 20, 2011 р.

(72) КОЗИН ЮРІЙ ІВАНОВИЧ

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

(57) Спосіб лікування сексуальних розладів при хронічному простатиті, що включає прийом антибактеріальних препаратів, біостимуляторів, вітамінотерапію, парапростатичні блокади озонованим фізіологічним розчином, аутогемоозонотерапію і

фізіотерапію, який відрізняється тим, що додатково проводять сполучений вплив квазілазерною фототерапією та магнітотерапією по 3-5 хвилин на кожну із 5 зон, а саме: в проекції тимусу, надлобкової, крижовій, промежині та задній поверхні мошонки, а також передній поверхні мошонки; при цьому квазілазерну фототерапію проводять контактено-компресійним наскірним опроміненням червоним та інфрачервоним низькоенергетичним електромагнітним випромінюванням з довжиною хвилі 625-670 нм та 840-920 нм, а магнітотерапію - впливом постійного магнітного поля.

Корисна модель належить до медицини, а саме використання озонотерапії при лікуванні хірургічних захворювань, і може бути застосована для лікування сексуальних розладів при хронічному простатиті.

Сексуальні розлади у вигляді прискореної та утрудненої еякуляції, впритул до анаеякуляційного феномену та пригнічення сексуально-еротичних відчуттів, зниження лібідо і ослаблення ерекції спостерігаються у 69,8-78 % хворих хронічним простатитом. Механізми негативної дії хронічних простатитів на генеративну функцію і запліднюючу здатність еякуляту дотепер не з'ясовані. Немаловажне і те, що у 14 % хворих хронічний простатит проявляється тільки сексуальними розладами без больових і дизуричних симптомів.

Відомий спосіб лікування цієї категорії хворих ґрунтується на ліквідації запального процесу бактеріологічно обґрунтованою антибактеріальною терапією з урахуванням вироблення сталих штамів мікроорганізмів і схильності до реінфікування, нормалізації імунологічної реактивності (вітаміни, імункоректори) у сполученні з фізіотерапією (ректальний фонофорез антибактеріальних препаратів або у свічках). При цьому для ліквідації розладів еякуляторної складової пропонують пальцевий або вібротерапію (12-15 сеансів) передміхурової залози у сполученні з рефлексотерапевтичними методами (хлоретилові блокади) (див. Васильчен-

ко Г.С., Агарова Т.Е., Агарков С.Т., др. Сексопатология: Справочник.- М.: Медицина. - 1990. - С.521-530).

Спосіб спрямований на лікування уретропростатитів ще на стадії уретриту, тому не виконується весь комплекс дій, який є необхідним для лікування розвинутого простатиту, а саме він призводить до сексуальних розладів. Отже ефективність такої комплексної терапії залишається недостатньою і коливається від 9-18 до 30-40 %.

Відомий також спосіб лікування хронічних протозойно-бактеріальних уретропростатитів, який включає квазілазерну фототерапію у сполученні з магнітотерапією, інстиляцією масла "Озонід" в уретру і мікроклізмами з відваром ромашки, маслом "Озонід" і димексидом за 15-20 хвилин до процедури опромінення. Опромінення і магнітотерапію здійснюють матрицею "Барва-Флекс/КИК" з магнітно-гумовою прокладкою щоденно або через день, контактено, на статеві органи курсом до 10-15 сеансів (див. Козин Ю.І., Лукьянов И.Э., Посохов Н.Ф. Фототерапия в лечении протозойно-бактериальных уретропростатитов. // Матеріали XXXIII Міжнародної науково-практичної конференції "Застосування лазерів у медицині та біології". - Ужгород.-2010. - С. 42-43).

Спосіб дозволяє досягти зникнення болю і сверблячки по ходу уретри у 91,3 % хворих, ліквідувати запальні зміни, покращити показники спер-

(19) UA (11) 63832 (13) U

матогенезу і підвищити потенцію. Але він не ліквідує застійні процеси в передміхуровій залозі, не має безпосереднього впливу на патогенну мікрофлору, не має протастотекторної дії, не забезпечує антиоксидантного захисту тканин передміхурової залози від інфекційно-токсичного впливу, тобто основна його дія спрямована на яєчки, а не на передміхурову залозу.

Найбільш близьким до корисної моделі є спосіб лікування простатиту за пат. України №39601 U (A61K 33/00, пр. 05/05/2008, опубл. 10.03.2009, №5). Він включає приймання антибактеріальних препаратів, біостимуляторів, вітамінотерапію, аутогемотерапію і фізіотерапію у сполученні з 3-7 парапростатичними блокадами з проміжками в 2-3 дні. При цьому парапростатичні блокади виконують озонованим фізіологічним розчином з концентрацією озону 3-7 мг/л і кроком підвищення концентрації на  $10 \pm 0,2$  мг/л від маніпуляції до маніпуляції, а аутогемотерапію - шляхом перемішування 3-6 мл озонованого фізіологічного розчину з концентрацією озону 10-20 мг/л з таким же об'ємом венозної крові хворого і наступного 5-7-разового внутрішньом'язового введення озонваної крові через день.

Зазначений спосіб дозволяє здійснювати комплексну протизапальну, антиалергічну та анальгетичну дію, здійснювати дезінтоксикаційний і імунomodельючий вплив, а також покращити мікроциркуляцію і периферичний кровообіг, ліквідувати явища гіпоксії. Але цей спосіб не призначений для лікування сексуальних розладів і впливає на них лише опосередковано, за рахунок впливу на первинне захворювання - простатит. При цьому не відбувається покращення ерекції і еякуляції, лібідо, окислювально-відновлювального потенціалу та секреції протизапальних цитокінів 1 та 2 типу в яєчках, функції сперматогонії та їх мейозу з безперервним оновленням сперматогенетичного епітелію яєчок, а також клітин Сертолі, які відповідають за дозрівання, життєздатність і активність семенних клітин. Також спосіб не ліквідує гіпоксію за рахунок зниженої дихальної функції мітохондрій.

В основу корисної моделі поставлено задачу створення удосконаленого способу лікування сексуальних розладів та порушень фертильності сперми, в якому усунені перелічені недоліки.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування сексуальних розладів при хронічному простатиті, що включає прийом антибактеріальних препаратів, біостимуляторів, вітамінотерапію, парапростатичні блокади озонованим фізіологічним розчином, аутогемоозонотерапію і фізіотерапію, згідно з корисною моделлю, додатково проводять сполучений вплив квазилазерною фототерапією та магнітотерапією по 3-5 хвилин на кожну із 5 зон, а саме: в проекції тимусу, надлобковій, крижовій, промежині та задній поверхні мошонки, а також передній поверхні мошонки. Квазилазерну фототерапію проводять контактнокompресійним нашкірним опроміненням червоним та інфрачервоним низькоенергетичним електромагнітним випромінюванням з довжиною хвилі

625-670 нм та 840-920 нм, а магнітотерапію - впливом постійного магнітного поля.

Одноточасний вплив червоного і інфрачервоного випромінювання у сполученні з магнітотерапією покращує функціональний стан яєчок і функцію нервових закінчень, нервову провідність, забезпечує адекватність статевих актів (підвищення продукції статевих гормонів і репродуктивної якості). Все це виникає як наслідок покращення кровотоку, підвищення окислювально-відновного потенціалу у осередках запалення, збільшення споживання кисню запаленими тканинами, підвищення секреції клітинами ураженого органу протизапальних цитокінів 1 і 2 типів, зняття бактеріальної інтоксикації, покращення органного та загального антиоксидантного захисту і підвищення гормонопродукуючої функції сперматогоніїв. Низькоенергетичними лазерами в медицині вважаються ті, які використовуються для фізіотерапевтичних маніпуляцій, не викликаючи коагуляції білкових структур, а приводячи лише до функціональних внутрішньотканинних і міжтканинних змін. Проведення квазилазерної фототерапії надяскравими світлодіодами з вибраною довжиною хвилі впливає на фоточутливі молекули - протеази, енергочутливі проти теплового шоку і фітохромні фоточутливі клітини шкіри, сприяє протизапальній, судинорозширюючій і регенераторній, біосинтетичній дії. При застосуванні фототерапії на фоні місцевої та загальної озонотерапії досягається значне посилення нервово-рефлекторних механізмів впливу на простату і статеві органи, що є непередбачуваним ефектом і проявляється в покращенні функцій не тільки яєчок, але і самої передміхурової залози.

Сумісне застосування блокад озонованим фізіологічним розчином і аутогемоозонотерапії, крім лікування простатиту суттєво покращує стан внутрішньо кавернозного кровотоку, сприяє дилатації артеріальних судин і покращенню кровотоку в артеріальних і венозних судинних сплетеннях, які забезпечують еректильну функцію чоловічих статевих органів.

Докладний опис способу приведений на прикладі його використання в клініці.

Клінічний приклад.

Хворий М., 23 років, хворіє хронічним бактеріальним паренхіматозним простатитом впродовж 3 років. Спостерігався поліклінічним урологом з проведенням курсів антибактеріальної терапії, аутогемотерапії, біостимуляторів та вітамінотерапії в сполученні з фізіотерапевтичними процедурами (ректальна діатермія, діадинамік, ультразвукова терапія на простату, масажі простати та ректальні грязьові тампони). За час лікування отриманий ефект з покращенням динаміки перебігу запального процесу носив тимчасовий характер. При цьому зазначене зниження потенції, порушення сперматогенезу у вигляді кількості сперматозоїдів, їх активності і збільшенням кількості дегенеративних форм. У зв'язку з цим проведено лікування наступним чином. В положенні пацієнта лежачи на спині з припіднятою мошонкою і розведеними стегнами, відступивши на 1,5 см від анального сфінктера, відповідно цифрам 1 і 11 на циферблаті, через голку проводили інфільтрацію 0,5 % розчином но-

вокаїну в кількості 5-7 мл шкіри, підшкірної клітковини та м'язів тазового дна. Після цього в шприц набирали озонований фізіологічний розчин з концентрацією озону від 3 мг/л до 7 мг/л і голка під контролем пальця, який вводили в ампулу прямої кишки проводили до парапростатичного простору, спочатку біля правої, а потім - біля лівої долі простати. По введеній голці у парапростатичний простір вводили до 10-15 мл озонованого фізіологічного розчину послідовно біля кожної долі простати. Блокади проводили повторно з проміжками між маніпуляціями в 2-3 дні при зростаючій концентрації кроком підвищення концентрації на  $1,0 \pm 0,2$  мг/л від маніпуляції до маніпуляції. Одночасно проводили аутогемотерапію з метою сумарного впливу на весь організм. Її здійснювали шляхом перемішування 3-6 мг озонованого фізіологічного розчину з концентрацією озону від 10 мг/л до 20 мг/л з таким же об'ємом венозної крові хворого і наступного 5-7-разового внутрішньом'язового введення озонованої крові через день. Одночасно з цим виконували контактну-компресійне нашкірне опромінення червоним та інфрачервоним низькоенергетичним електромагнітним випромінюванням з довжиною хвилі 625-670 нм та 840-920 нм за допомогою фотонних матриць "Барва-Флекс/КИК" в сполученні з магнітною гумовою прокладкою, яка суміщена з фотонною матрицею. Як наслідок проведеної комплексної терапії стан хворого суттєво покращився, зникли болі по ходу уретри, ліквідовані запальні зміни в передміхуровій залозі, а також протозойно-інфекційна мікрофлора. Покращена потенція та суттєво покращені показники сперматогенезу, які дозволяють сподіватися на відновлення дітородної функції у хворого.

Таким чином, використання корисної моделі дозволяє досягти покращення ерекції і еякуляції, лібідо, окислювально-відновлювального потенціалу та секреції протизапальних цитокінів 1 та 2 типу в яєчках, функції сперматогоній та їх мейозу з безперервним оновленням сперматогенетичного епітелію яєчок, а також клітин Сертолі та ліквідує гіпоксію. За описаним методом проліковано 34 хворих, які складали репрезентативну групу по віку, характеру патологічних змін в передміхуровій залозі і сексуальних розладів, що були наслідком хронічного конгестивно-бактеріального простатиту. При цьому у 25 (73,5 %) хворих отриманий стійкий позитивний ефект у вигляді купірування запального процесу та його ускладнень в передміхуровій залозі, покращення лібідо, оргазму та адекватності ерекції, а також суттєвого підвищення до нормальних показників: середніх концентрацій сперматозоїдів, кількості дегенеративних та нерухомих форм вже до кінця 4 тижня від початку лікування. Ще у 7 (20,6 %) хворих результат, що спостерігався, можна вважати задовільним, оскільки призупинялося прогресування запально-дегенеративних процесів в простаті, зникали утруднення в еякуляції і з'являлися відчуття задоволення при статевому акті, зменшувалася зтертість оргазму, декілька покращувалися життєздатність і активність сперматозоїдів. Лише у 2 (5,9 %) хворих протозойно-вірусним бактеріальним уретропростатитом з зонами склерозу простати позитивна динаміка була невираженою і нестійкою. Це викликало необхідність проведення повторних курсів з проміжком в 1-2 місяці.

Слід також зазначити, що у хворих зменшувалися вегето-судинні розлади.