



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 60599

(13) A

(51) 7 A61K31/355

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ МЕТАФІЛАКТИКИ ОКСАЛАТНОГО УРОЛІТАЗУ

1

2

(21) 2003010231

(22) 09 01 2003

(24) 15 10 2003

(46) 15 10 2003, Бюл. № 10, 2003 р.

(72) Костев Федір Іванович, Кабак Юрій Ана-
толійович(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб метафілактики оксалатного уролітазу, що включає застосування інгібітора каменеутворення, який відрізняється тим, що використовують α -токоферол (вітамін Е) по 200мг 4 рази на добу протягом 7-10 днів, знижуючи дозування наступні 7-10 днів - по 200мг 3 рази на добу

Винахід відноситься до медицини, а саме до урології, і може бути застосований для метафілактики оксалатного уролітазу.

Лікування рецидивного уролітазу є однією з найскладніших проблем урології. Ефективність сучасних підходів лікування щавелево-оксалатного уролітазу залишається низькою внаслідок високого відсотка рецидивного каменеутворення.

Оксалат кальцію майже не піддається розчиненню, а післяопераційні рецидиви настають у 20% [1]. Оксалатний уролітаз є найчастішим і складає серед інших типів каменеутворення, як первинного, так і рецидивного, 60-85,6%.

Катіон магнію і вітамін В6 надає інгібуючу дію на створення оксалата кальцію в сечі. Магній також зменшує адсорбцію оксалатів з кишковика.

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є метод метафілактики оксалатного уролітазу з застосуванням окису магнію і вітаміна В6 [3]. Окис магнію призначали у дозах 0,2, 0,3 і 0,4г три рази на добу, вітамін В6 - 0,002 і 0,02г 3 рази на добу перорально і у дозі 1мл 5%-го розчину через день внутрішньом'язово, всього 15 ін'єкцій. Середній період між обстеженнями становив 1,2±0,4 місяців.

Встановлено, що для пригнічення гіперекскреції оксалатів ефективні окис магнію і вітамін В6, для ліквідації кристалурії оксалатів - окис магнію.

Однак, вказаний спосіб має такі недоліки: введення вітаміну В6 слід проводити внутрішньом'язово, крім того, досить складною є дозування вказаних препаратів.

В основу винаходу поставлено задачу вдосконалення способу метафілактики оксалатного уро-

літазу шляхом застосування антиоксидантного препарату α -токоферолу (вітамін Е), котрий знижує гіпероксалурию і, як наслідок, попереджує створення рецидивних уролітів.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно винаходу, використовують α -токоферол (вітамін Е) по 200мг 4 рази на добу на протязі 7-10 днів, знижуючи дозування наступні 7-10 днів - по 200мг 3 рази на добу.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Показником до призначення інгібітору каменеутворення була підвищена екскреція щавлевої кислоти, або кристалурія оксалатів. Вибір останнього був зумовлений тим, що препарат (вітамін Е) підвищує активність ферментів α -гліцератдегідрогенази і аланін-глуксидат-анінотрансферази, що призводить до зниження гіпероксалурії у хворих рецидивним щавелево-оксалатним уролітазом. Було обстежено 30 хворих з первинним і рецидивним щавелево-оксалатним нефролітазом. Вік хворих був у межах від 19 до 68 років (13 чоловіків і 7 жінок). Пієлолітотомія виконана 10 хворим, уретеролітотомія - 6, сеанс ЕУХЛТ - 3, а самовільний вихід - 1. Нефростомія була виконана під час операції у 12 випадках. Дренування нирки за допомогою стентів виконано у 3 випадках. Прооперовані хворі були розділені за складом, віком, способами оперативного лікування та іншими особливостями захворювання на дві групи. Хворі першої групи (18 чоловік) отримували в ранньому і пізньому періодах традиційну сучасну терапію. До комплексної терапії другої групи у ранньому і пізньому післяопераційному періодах був включений α -токоферол у дозі 200мг

(13) A
(11) 60599
(19) UA

х 4 рази на день протягом 7-10 днів і 200мг х 3 рази на день в наступні 7-10 днів. На протязі 1 року курс лікування повторювався тричі. У хворих було відмічено суб'єктивне покращення самопочуття. Тривалий прийом α -токоферолу не приводив до виникнення небажаних ефектів. Порівняльна оцінка деяких показників метаболічного статусу до і після прийому α -токоферолу дозволили встановити, що використання цього препарату знищує гіпероксалурию та утворення кристалів оксалатів, знижує активність перекисного окислення ліпідів, знижує оксалемію.

Через рік у хворих першої групи рецидиви каменеутворення виникли у 23% (7 чоловік), а у пацієнтів другої групи лише у 11% хворих (3 спостереження).

Таким чином, аналіз отриманих даних дозволяє зробити висновок, що препарат α -токоферол є ефективним способом корекції кристалоїдного стану сечі, що в комплексній терапії дозволяє значно зменшити кількість рецидивного нефролітіазу, і таким чином, підвищити ефективність лікування хворих на щавелево-оксалатний уролітіаз.

Приклад конкретного виконання способу. Хворий К., 46 років. Звернувся в клініку зі скаргами на біль у попереку зліва. Хворіє сечокам'яною хворобою 20 років, переніс тричі хірургічне втручання з приводу каменів нирок за останні 5 років. Обстеження за даними рентгенодослідження виявило наявність рецидивного конкременту лівої нирки довжиною 1,5см. Після стентування лівих сечових шляхів хворому за допомогою екстракорпоральної ударнохвильової літотрипсії за допомогою ЕУХЛТ роздроблено камінь. В післяопераційному періоді хворому призначено на фоні традиційної метафілактичної терапії препарат α -токоферол за запропонованою схемою. На протязі року хворий був

тричі обстежений з приводу рецидивного утворення конкрементів. В минулому період рецидивного каменеутворення у даного хворого складав, як правило, 3-6 місяців. При лікуванні запропонованим способом на протязі року повторення каменеутворення не спостерігалось, завдяки включення в терапію препарату інгібітора уролітіазу - α -токоферолу.

Таким чином, перешкоджаючи створенню рецидивних каменів, з'явилась можливість зменшити інвалідізацію, дезадаптацію соціально активного населення при зниженні числа хірургічних втручань.

В порівнянні з прототипом, запропонований спосіб дозволяє з більш стійким ефектом лікувати гіпероксалурию і кристалурию оксалатів, попереджати наступні утворення рецидивних каменів нирок, що позбавляє від небажаних числених втручань, в тому числі і органозабираючих, сприяє покращенню психічного статусу, в тому числі, якості сну та зникненню роздратування.

Література

1. Борисов О. В., Ухаль М. Л., Кабак Ю. А. // Використання системної ензимотерапії в комплексній профілактиці рецидиву каменів нирок, після оперативного лікування, 1998 - Праці VIII пленуму Асоціації урологів України - С 106-108.
2. Мельник А. В., Мельник А. И. Особенности обмена щавелевой кислоты при расстройствах тонкокишечного переваривания и всасывания у детей // Сборник научных работ имени Я. Д. Витебского / детская гастроэнтерология Сибири. Выпуск III - Новосибирск, 1999 - С 127-133.
3. Stephens N., Parvons A., Schofield P. et al. Randomised controlled trial of Vitamin E in patients with coronary disease. Cambridge Heart Antioxidant Study (CHAOS). Lancet, 1996, 347, 781-786.