

Використання ізоксуприну у лікуванні хронічної ішемії нижніх кінцівок

M. R. PARANIAK, T. I. KOBZA

Lviv National Medical University by Danylo Halytskyi

USE OF ISOXUPRIN IN THE TREATMENT OF CHRONIC ISCHEMIA OF LOWER EXTREMITIES

У сучасній медицині не втрачають своєї актуальності проблеми серцево-судинної системи. Провідне місце серед хвороб системи кровообігу займає хронічне облітеруюче захворювання артерій нижніх кінцівок. Ця патологія є однією із найбільш поширених причин інвалідності, а інколи й смерті пацієнтів [1]. Лікування хворих із хронічною ішемією нижніх кінцівок повинно бути за життєвими і спрямованими на усунення факторів ризику (маються на увазі відмова від тютюнокуріння, гіполіпідемічна дієта, медикаментозна корекція дисліпідемії, контроль рівня глюкози крові при цукровому діабеті, контроль рівня АТ при гіпертонічній хворобі) показаннями. Вторинна профілактика передбачає гіполіпідемічну терапію статинами, антитромбоцитарне лікування [3]. При другій стадії хронічної ішемії нижніх кінцівок препаратом вибору є цилостазол [4], який, щоправда, досі не зареєстрований в Україні, а отже, не використовується у клінічній практиці. Натомість у нашій державі часто для лікування ішемії нижніх кінцівок використовують пентоксифілін, який не є достатньо ефективним при даному захворюванні: лікувальний ефект пентоксифіліну коливається від 0 до 21 % та не є достовірним [5]. Крім того, використовують препарати простагландинного ряду, хоча їх ефективність ще не було доведено у великих рандомізованих дослідженнях. Ці дані вказують на недосконалість схеми медикаментозної терапії при хронічній ішемії нижніх кінцівок, а тактика лікування і надалі залишається дискусійним питанням для багатьох вчених.

У дослідженні взяли участь 30 пацієнтів із облітеруючим атеросклерозом нижніх кінцівок, а саме II стадією хронічної ішемії згідно з класифікацією Фонтейна – Покровського [2]. Клінічну характеристику хворих наведено у таблиці 1. Тривалість захворювання перебувала у межах від 1 до 4 років. Вік хворих складав від 46 до 81 року. Вісім хворих першої групи та сім другої страждали від гіпертонічної хвороби. Рівень артеріального тиску серед гіпертоніків становив від 140–170/80–110 мм рт. ст., тому необхідним стало проведення гіпотензивної терапії

Таблиця 1. Клінічна характеристика пацієнтів

Показник	Основна група (n=15)	Контрольна група (n=15)
Стать:		
– чоловіки;	13 (86,6 %)	15 (100 %)
– жінки	2 (13,33 %)	0 (0 %)
Вік	66,13±5,88	63,6±4,11
Індекс маси тіла	27,3±0,91	26,7±0,65
Цукровий діабет	3 (20 %)	2 (13,33 %)
Тютюнокуріння	11 (73,33 %)	14 (93,33 %)
Ішемічна хвороба серця	4 (26,66 %)	2 (13,33 %)
Гіпертонічна хвороба	8 (53,33 %)	7 (46,66 %)
Спадкова схильність до серцево-судинних захворювань	13 (86,66 %)	11 (73,33 %)
Локалізація стенозу:		
– підколінно-гомільковий сегмент;	8 (53,33 %)	9 (60 %)
– багатоповерхове ураження	7 (46,66 %)	6 (40 %)

у них пацієнтів. Усі вони були проконсультовані терапевтом (підібрано відповідне лікування артеріальної гіпертензії). Троє пацієнтів першої групи та двоє – другої хворіли на цукровий діабет і отримували інсулін. Більшість хворих, які брали участь у дослідженні, були залежними від нікотину (стаж тютюнокуріння складав від 20 до 35 років). Найбільшою уваги заслуговували четверо пацієнтів першої групи та двоє – другої із ішемічною хворобою серця, оскільки відносним протипоказанням до приймання ізоксуприну є стенокардія. Тому дані пацієнти були детально обстежені та проконсультовані кардіологом (перед початком лікування та за потреби під час нього). Щоб оцінити обсяг атеросклеротичного ураження судинного русла нижніх кінцівок у день звернення в стаціонар, перед початком терапії проводили ультразвукове обстеження артерій нижніх кінцівок (у більшості пацієнтів ураженим був лише підколінно-гомільковий сегмент нижніх кінцівок).

Пацієнтів було поділено на дві групи. До першої – контрольної групи – ми віднесли хворих, які отримували стандартну медикаментозну терапію, що включала пентоксифілін та аспірин. Пацієнтам другої групи, крім стандартної терапії, було призначено ізоксуприн (супрелекс), який є агоністом бета-адренорецепторів, знижує тонуус гладких м'язів кровоносних судин, усуває їх спазм і, відповідно, покращує кровообіг та кровопостачання тканин. Доза ізоксуприну складала 20 мг per os 3 рази на добу. Лікування пентоксифіліном пацієнти отримували впродовж 10 днів. Аспірин та ізоксуприн хворі приймали протягом 1,5 місяця. Оцінка ефективності лікування здійснювалась за допомогою візуально аналогової шкали (ВАШ).

До початку лікування усі пацієнти були обстежені щодо відстані безбольової ходьби та суб'єктивної оцінки інтенсивності болю в ногах, який виникав після проходження відповідної відстані. Хворі оцінювали свій біль як середньої інтенсивності або сильний. Крім больових відчуттів, пацієнти скаржились на затерпан-

ня та мерзлякуватість нижніх кінцівок. Для зменшення інтенсивності даних симптомів, а також для збільшення дистанції безбольової ходьби пацієнтам обох груп було призначено пентоксифілін, який, з досвіду хірургів нашого відділення, є ефективним у лікуванні хронічної ішемії нижніх кінцівок, інгібує фосфодіестеразу і сприяє накопиченню цАМФ у клітинах гладенької мускулатури судин, що посилює кровотік і, як наслідок, покращує постачання кисню до тканин, а також знижує агрегацію й адгезію тромбоцитів. Пентоксифілін підвищує рівень АТФ в еритроцитах і одночасно збільшує їх енергетичний потенціал, поліпшує еластичність та знижує деформування еритроцитів. Проте даний препарат спричинює слабку міотропну судинорозширювальну дію. Метою призначення пацієнтам дослідної групи ізоксуприну, який є агоністом бета-адренорецепторів, було зниження тонуусу стінки судин та усунування спазму. Дані стосовно показників дистанції безбольової ходьби до та після проведення терапії обох груп пацієнтів наведено у таблиці 2.

Таблиця 2. Динаміка показника безбольової ходи

Показник	До лікування (контрольна група (n=15))	Після лікування (контрольна група (n=15))	До лікування (дослідна група (n=15))	Після лікування (дослідна група (n=15))
Дистанція безбольової ходи	67,33±21,93	132,87±44,41	62,07±29,83	140,91±39,86

Після проведеного лікування було встановлено, що у пацієнтів обох груп регрес симптоматики був поступовим, а найкращий ефект спостерігався на 3-й та 4-й дні лікування. Біль у нижніх кінцівках, який виникає після проходження хворими відповідної відстані, розцінювався як слабкої інтенсивності, відчуття мерзлякуватості та затерпання нижніх кінцівок не турбували або були такими, яким пацієнти не надавали особливого значення.

Порівнюючи відстань безбольової ходи пацієнтів I та II груп після проведеного лікування, можна стверджувати, що в основній групі результат лікування дещо кращий, проте після статистичної обробки даних не було виявлено значних статистичних розбіжностей у даних показниках (p>0,1).

Щодо супутньої патології, то протягом лікування прогресування симптоматики таких захворювань, як цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, не спостерігали. Алергічних реакцій на дію ізоксуприну зафіксовано не було.

Висновок. На основі даного дослідження можна висловити припущення, що у пацієнтів, які приймали ізоксуприн, переважала тенденція до кращих результатів лікування, а ризик виникнення побічних реакцій на дію ізоксуприну був мінімальним. Проте для досконалішого встановлення ефективності й доцільності використання ізоксуприну при лікуванні хронічної ішемії нижніх кінцівок необхідним є проведення подальших досліджень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. TASC Working Group Trans-Atlantic Inter-Society Consensus Management of Peripheral Arterial Disease. International Angiology. – 2000. – Vol. 19, suppl. 1. – P. 304.
2. Клиническая ангиология : руководство для врачей / под ред. академика РАМН А. В. Покровского. – М. : Медицина, 2004.
3. ACC/AHA 2005 Practice Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease (Lower Extremity, Renal, Mesenteric, and Abdominal Aortic): A Collaborative Report from the American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of

- Patients With Peripheral Arterial Disease): Endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; National Heart, Lung, and Blood Institute; Society for Vascular Nursing; TransAtlantic Inter-Society Consensus; and Vascular Disease Foundation / A. T. Hirsch, Z. J. Haskal, N. R. Hertzler [et al.] // Circulation. – 2006. – Vol. 113. – P. 463–465.
4. Полонский В. М. Медикаментозное лечение окклюзионной болезни периферических артерий и перемежающейся хромоты / В. М. Полонский // Фарматека. – 2001. – 11 (52).
5. A comparison of cilostazol and pentoxifylline for treating intermittent claudication / D. L. Dawson, B. S. Cutler, W. R. Hiatt [et al.] // Am. J. Med. – 2000. – Vol. 109. – P. 523–530.

Отримано 20.09.11