

Заболевания артерий нижних конечностей: атеросклероз и диабет

10-11 марта 2016 года в г. Харькове состоялась традиционная научно-практическая конференция «Достижения и перспективы экспериментальной и клинической эндокринологии» (Пятнадцатые Данилевские чтения). В рамках мероприятия были исчерпывающе освещены практически все актуальные вопросы современной эндокринологии. Традиционно большое внимание было уделено вопросам профилактики и лечения осложнений сахарного диабета (СД). Доцент кафедры семейной и социальной медицины Сумского государственного университета, заведующая курсом эндокринологии факультета последипломного медицинского образования Оксана Константиновна Мелеховец посвятила свой доклад вопросам заболеваний артерий нижних конечностей (ЗАНК) у пациентов с СД.



Докладчик отметила, что атеросклероз артерий нижних конечностей является закономерным возраст-зависимым процессом, способным приводить к значимым нарушениям гемодинамики в пожилом возрасте. Согласно данным

National Health and Nutritional Examination Survey (NHANES) распространенность диагностированных ЗАНК (лодыжечно-плечевой индекс – ЛПИ \leq 0,90) составляет от 2,5% в возрастной группе 50-59 лет до 14,5% в возрастной группе старше 70 лет. Помимо возраста к предрасполагающим факторам относят пол (у женщин встречается менее часто), СД, курение, артериальную гипертензию, гиперлипидемию.

Достоверно известно, что у пациентов с диабетом риск развития клинически значимого атеросклероза периферических артерий нижних конечностей существенно выше. Кроме того, течение атеросклероза при СД имеет определенные особенности, часто осложняющие его течение: поражение лиц более молодого возраста, одинаковая частота встречаемости у мужчин и женщин, более быстрое прогрессирование, частое поражение подколенных и берцовых артерий (артерии стопы остаются относительно интактными). Морфологически атеросклеротические бляшки у больных диабетом характеризуются циркулярным расположением, системностью, склонностью к осложненному течению. Помимо атеросклероза у больных СД часто развивается медиакальциноз (склероз Менкеберга) – кальцификация средней оболочки артериальной стенки.

Наиболее характерным симптомом ЗАНК является боль, локализация которой зависит от уровня стеноза или окклюзии. Боли возникают и/или усиливаются при ходьбе (синдром перемежающейся хромоты). В случае СД отмечается сравнительно большая частота бессимптомных форм по сравнению с лицами без нарушений углеводного обмена. Возможно, это связано с наличием сопутствующей дистальной полинейропатии, приводящей к снижению болевой чувствительности.

Бессимптомно протекают и начальные стадии ЗАНК, при которых консервативная терапия считается наиболее эффективной. Приведенные данные свидетельствуют в пользу целесообразности активного выявления ЗАНК у лиц с диагностированным диабетом.

В качестве скринингового теста на предмет выявления заболеваний периферических артерий (ЗПА) рекомендуется проводить расчет ЛПИ, характеризующего отношение систолического артериального давления (АД) в артериях лодыжки и плечевой артерии.

В норме систолическое АД на нижних конечностях выше, чем на верхних – то есть величина ЛПИ превышает единицу. Если систолическое АД в области лодыжек ниже, чем в области плеча, это с высокой долей вероятности свидетельствует об обструктивном поражении артерий нижних конечностей. В норме ЛПИ составляет 0,9-1,3.

Пациентов с нарушением баланса АД на конечностях относят к категории очень

высокого кардиоваскулярного риска. Например, ЛПИ $<$ 0,90 ассоциируется с 3-6-кратным увеличением риска сердечно-сосудистой смерти (L. Norgren и др., 2007).

Следует отметить, что показатели ЛПИ могут носить достоверный характер и отражать истинное состояние кровотока при условии, если у пациента нет медиакальциноза (рентгенологически проявляется обызвествлением по ходу артерий). Определение ЛПИ при наличии медиакальциноза дает ложновысокие показатели ЛПИ, поскольку пораженные кальцинозом артерии голени не спадаются под давлением пневматической манжеты тонометра. Таким образом, измерение ЛПИ у пациентов с СД имеет ограниченный характер в связи с низкой чувствительностью метода.

Поэтому при ЛПИ на границе нормального значения (0,91 или 1,30) или выше нормального (более 1,30) для подтверждения диагноза должны быть применены альтернативные диагностические методы – дуплексное УЗИ артерий нижних конечностей, определение пальце-плечевого индекса, сегментарное измерение давления. Ультразвуковое цветковое дуплексное сканирование – эффективный метод в оценке характера, локализации, протяженности и степени поражения в каждом сегменте артериального русла конечностей.

Однако наличие некомпенсируемых из-за кальциноза артерий (ЛПИ $>$ 1,3) может помешать получению точных результатов ультразвуковой доплерографии. У таких больных диагноз ЗАНК может быть установлен путем измерения систолического АД на пальце и определение пальце-плечевого индекса. Основанием для постановки ЗАНК является пальце-плечевой индекс $<$ 0,7.

Для оценки степени выраженности ишемии тканей все более широкое распространение приобретает метод определения транскутанного напряжения кислорода (TcPO₂) на нижних конечностях. Измерение показателей TcPO₂ необходимо для подтверждения диагноза критической ишемии конечности в тех случаях, когда определение ЛПИ, пальцевого АД невозможно или является малоинформативным.

В качестве стартового лечения пациентов с синдромом перемежающейся хромоты рекомендуется программа лечебной физкультуры. Минимальная продолжительность занятий лечебной физкультурой должна составлять от 30 до 45 мин, 3 раза в неделю (минимальный курс 12 недель). Нагрузки должны быть достаточной эффективности вплоть до развития хромоты.

Медикаментозное лечение ЗПА должно быть комплексным и включать воздействие на факторы риска развития и прогрессирования системного атеросклероза: контроль гликемии, АД, дислипидемии, антикоагулянтную терапию. Важным компонентом профилактики повреждений и образования трофических язв при ЗАНК является соблюдение правил ухода за ногами и регулярный контроль состояния стоп.

На сегодняшний день препаратом первой линии в терапии пациентов с ЗПА является ингибитор фосфодиэстеразы 3-го типа – цилостазол, действие которого связано с повышением концентрации цАМФ.

Цилостазол обладает свойствами вазодилатора и способен вызывать обратимое угнетение агрегации тромбоцитов. Доказано, что препарат обладает

способностью ингибировать пролиферацию клеток гладкой мускулатуры сосудов, а также предотвращать рестеноз у пациентов с заболеваниями коронарных артерий после чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики. Кроме того, терапия цилостазолом способствует увеличению уровня липопротеидов высокой плотности и снижению уровня триглицеридов.

В 5 проспективных рандомизированных исследованиях с участием пациентов с перемежающейся хромотой было показано, что цилостазол увеличивает максимально проходимую дистанцию (МПД) на 40-60% по сравнению с плацебо после 12-24 недель лечения (A.T. Hirsch и др., 2006; S.R. Money и др., 1998).

В исследовании H.G. Veebe и соавт. (1999) цилостазол в дозе 200 мг/сут продемонстрировал более высокую эффективность, чем 100 мг/сут. 663 пациента были разделены на три группы – прием цилостазола в течение 6 месяцев в дозе 200 мг или 100 мг в сутки или плацебо. В конце исследования в первой группе (200 мг) дистанция максимальной ходьбы увеличилась на 51%, во второй (100 мг) – на 38% в сравнении с группой плацебо. Дистанция безболевой ходьбы увеличилась на 59 и 48% соответственно.

Возможность терапевтического применения цилостазола должна быть рассмотрена для всех пациентов с ограничивающей образ жизни перемежающейся хромотой (уровень доказательности А). Следует отметить, что имеются противопоказания к применению цилостазола у пациентов с явлениями сердечной недостаточности из-за высокого риска развития аритмий.

На сегодняшний день цилостазол представлен в Украине доступным отечественным препаратом Плестазол (ПАО «Киевский витаминный завод»).

В качестве препарата второй линии терапии как альтернатива цилостазолу может быть рассмотрен пентоксифиллин. Однако клиническая эффективность пентоксифиллина в терапии перемежающейся хромоты исследована недостаточно. Метаанализ рандомизированных плацебо-контролируемых двойных слепых исследований показал, что пентоксифиллин вызывает незначительное увеличение дистанции безболевой ходьбы и МПД на 21-29 и 43-48 м соответственно.

Другие виды медикаментозной терапии, включающие использование препаратов простагландина и ангиогенных факторов роста, в частности рекомбинантного фактора роста фибробластов-2, не продемонстрировали значимого улучшения по сравнению с группой плацебо.

При наличии признаков критической ишемии необходимо решение вопроса о восстановлении кровотока путем проведения эндоваскулярных или «открытых» шунтирующих оперативных вмешательств. Показанием к реваскуляризации является также выраженное уменьшение мобильности больного вплоть до невозможности нормально работать или заниматься другой важной для пациента активностью.

Подготовил Вячеслав Килимчук



Cilostazol
Лікування симптомів захворювань периферичних артерій
 Лікування переміжної кульгавості
 Профілактика рестенозів при стентуванні
 Профілактика рецидивів перенесеного інсульту

Плестазол 100 мг
 Застосовується при захворюваннях периферичних артерій, профілактика рецидиву перенесеного інсульту
 30 таблеток

Плестазол 50 мг
 30 таблеток

Плестазол 30 мг
 30 таблеток

КНІВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
 Завжди без компромісів!
 www.vitamin.com.ua