

ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ

	Рекомендація	Ступінь	Рівень доказовості	Основні джерела
1.	Визначення та номенклатура			
1.1.	Використовувати об'єктивні дослідження гемодинаміки для визначення наявності ішемії та ступеня її тяжкості у всіх пацієнтів із підозрою на ХІНК	1	C	de Graaff, ³ 2003; Brownrigg, ⁴ 2016; Wang, ⁵ 2016
1.2.	Використовувати систему класифікації ураження нижніх кінцівок із загрозою втрати (наприклад, класифікація WIfI, запропонована SVS), яка оцінює площу рани, ступінь ішемії, вираженість інфекційного процесу, з метою управління процесом лікування всіх пацієнтів із підозрою на ХІНК	1	C	Див. табл. 1
2.	Глобальна епідеміологія та фактори ризику для хронічної ішемії нижніх кінцівок			
	Немає рекомендацій			
3.	Діагноз та оцінка характеру ураження артерій кінцівки при хронічній ішемії нижніх кінцівок			
3.1.	Детально вивчити анамнез для визначення симптомів, історії хвороби і факторів ризику серцево-судинних захворювань у всіх пацієнтів з підозрою на ХІНК	Правила належної практики		
3.2.	Провести повне фізичне обстеження серцево-судинної системи всіх пацієнтів з підозрою на ХІНК	Правила належної практики		
3.3.	Провести повне обстеження стопи, у т.ч. оцінку нейропатії та пробу зондом будь-яких відкритих виразок у всіх пацієнтів із некрозом тканин на стопі та підозрою на ХІНК	Правила належної практики		
3.4.	Виміряти тиск на рівні кісточки (КТ) і кістчково-плечовий індекс (КПІ) в якості неінвазивного тесту першої лінії у всіх пацієнтів із підозрою на ХІНК	1	B	Lijmer, ⁶ 1996; Dachun, ⁷ 2010
3.5.	Виміряти тиск на рівні пальця (ПТ) і пальце-плечовий індекс (ППІ) у всіх пацієнтів із підозрою на ХІНК і некрозом тканини	1	B	Aboyans, ⁸ 2008; Saluan, ¹⁰ 2018
3.6.	Розглянути можливість застосування альтернативних методів для неінвазивної оцінки перфузії, таких як плетизмографія, транскутанна оксиметрія або шкірний перфузійний тиск, у разі якщо неможливо оцінити тиск, показники і форми імпульсів кісточки та пальців стопи	2	C	Aboyans, ⁸ 2008; Shirasu, ⁹ 2016; Saluan, ¹⁰ 2018
3.7.	Розглянути дуплексне ультразвукове сканування як метод судинної візуалізації першої лінії у пацієнтів із підозрою на ХІНК	2	B	Hingorani, ¹¹ 2008
3.8.	Розглянути неінвазивні методи візуалізації судин (дуплексне ультразвукове сканування, КТ-ангіографію, МР-ангіографію), якщо це можливо, до проведення інвазивної (катетерної) ангіографії у пацієнтів із підозрою на ХІНК і показаннями до ревазуляризації	2	B	Larch, ¹² 1997; Adriaensen, ¹³ 2004; Hingorani, ¹⁴ 2004; Collins, ¹⁵ 2007; Hingorani, ¹¹ 2008; Met, ¹⁶ 2009
3.9.	Отримати ангіограми нижньої кінцівки високої якості (метод і техніка візуалізації визначаються доступністю обладнання та компетентністю фахівців на локальному рівні). Мають бути зроблені ангіограми на рівні кісточки та стопи всім пацієнтам із підозрою на ХІНК і показаннями до ревазуляризації	Правила належної практики		
4.	Лікування			
4.1.	Оцінити фактори ризику розвитку серцево-судинних захворювань у всіх пацієнтів із підозрою на ХІНК	1	B	I.C.A.I. Group, ¹⁷ 1997
4.2.	Довести фактори ризику, які можливо модифікувати, до рекомендованих рівнів у всіх пацієнтів із підозрою на ХІНК	1	B	Armstrong, ¹⁸ 2014; Faglia, ¹⁹ 2014
4.3.	Лікувати всіх пацієнтів із ХІНК антитромбоцитарним препаратом	1	A	Робоча група дослідників антитромбоцитарних препаратів ²⁰ , 2002; Робоча група дослідників антитромбоцитарних препаратів ²¹ , 2009
4.4.	Розглянути клопідогрель у якості препарату вибору для антитромбоцитарної монотерапії у пацієнтів із ХІНК	2	B	CAPRIE, ²² 1996; Hiatt, ²³ 2017
4.5.	Розглянути можливість тривалого застосування малої дози АСК і препарату ривароксабан 2,5 мг 2 рази на день з метою зниження частоти виникнення небажаних серцево-судинних явищ та ішемічних подій нижніх кінцівок у пацієнтів із ХІНК	2	B	Anand, ²⁴ 2018
4.6.	Не застосовувати системні антагоністи вітаміну К для лікування атеросклерозу артерій нижніх кінцівок у пацієнтів із ХІНК	1	B	Anand, ²⁵ 2007
4.7.	Застосовувати середньо- або високоінтенсивну терапію статинами для зниження загальної смертності та смертності від серцево-судинних захворювань у пацієнтів з ХІНК	1	A	Leng, ²⁶ 2000; Спільна дослідницька група із захисту серця, ²⁷ 2002; Meade, ²⁸ 2002; Aung, ²⁹ 2007; Mills, ³⁰ 2011; Rodriguez, ³¹ 2017
4.8.	Контролювати артеріальну гіпертензію на рівні <140 мм рт. ст. (систолический тиск) і <90 мм рт. ст. (діастолічний тиск) у пацієнтів із ХІНК	1	B	Дослідницька група ACCORD, ³² 2010; Wright, ³³ 2015
4.9.	Розглянути можливість контролю ЦД 2-го типу у пацієнтів із ХІНК для досягнення рівня глікованого гемоглобіну <7% (53 ммоль/моль) [рекомендація Міжнародної федерації клінічної хімії]	2	B	Nathan, ³⁴ 2005; van Dieren, ³⁵ 2014; Fox, ³⁶ 2015; Американська асоціація діабетологів, ³⁷ 2018
4.10.	Використовувати метформін як цукрознижуючий препарат першої лінії у пацієнтів із ЦД 2-го типу та ХІНК	1	A	Palmer, ³⁸ 2016
4.11.	Розглянути можливість скасування прийому метформіну безпосередньо до і протягом 24-48 год після введення йодовмісної контрастної речовини у пацієнтів із цукровим діабетом, особливо якщо швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) <30 мл/хв/1,73 м ²	2	C	Nawaz, ³⁹ 1998; Goergen, ⁴⁰ 2010; Stacul, ⁴¹ 2011
4.12.	Пропонувати методи, які допомагають кинути курити (фармакотерапія, психологічна консультація або терапія з модифікації поведінки) усім пацієнтам із ХІНК, які палять або використовують тютюнові вироби	1	A	Dagenais, ⁴² 2005; Athyros, ⁴³ 2013; Blomster, ⁴⁴ 2016
4.13.	Запитувати всіх пацієнтів із ХІНК, які палять або палили раніше, про те, чи продовжують вони палити, при кожному відвідуванні	1	A	Kondo, ⁴⁵ 2011; Newhall, ⁴⁶ 2017
4.14.	Призначати анальгетики у відповідному дозуванні пацієнтам із ХІНК, які відчувають біль у стані спокою в нижній кінцівці та стопі до усунення болю після ревазуляризації	Правила належної практики		
4.15.	Використовувати парацетамол (ацетамінофен) у комбінації з опіоїдами для знеболення у пацієнтів із ХІНК і хронічним вираженим больовим синдромом	Правила належної практики		
5.	Міжнародна система класифікації анатомії ураження артерій кінцівки (GLASS) для хронічної ішемії нижніх кінцівок			
5.1.	Використовувати узагальнену систему класифікації анатомії ураження артерій кінцівки (наприклад, GLASS) для визначення складності бажаного шляху доступу до цільової артерії (ШДЦА) і полегшення проведення науково обґрунтованої ревазуляризації (НОР) у пацієнтів із ХІНК	Правила належної практики		

	Рекомендація	Ступінь	Рівень доказовості	Основні джерела
6.	Стратегії для науково обґрунтованої реваскуляризації			
6.1.	Направляти всіх пацієнтів з підозрою на ХІНК до фахівців із судинних захворювань для вирішення питання щодо збереження кінцівки, крім випадків, коли велика ампутація кінцівки необхідна за життєвими показаннями	Правила належної практики		
6.2.	Запропонувати первинну ампутацію або паліативну допомогу пацієнтам із обмеженою передбачуваною тривалістю життя, поганим функціональним статусом («пацієнти, які не ходять») або в разі неможливості збереження кінцівки після прийняття спільного рішення	Правила належної практики		
6.3.	Оцінити перипроцедурний ризик та передбачувану тривалість життя пацієнтів із ХІНК і показаннями до реваскуляризації	1	C	
6.4.	Визначити хірургічний ризик пацієнта із ХІНК як середній, якщо передбачувана перипроцедурна летальність <5% і передбачувана виживаність впродовж 2 років >50%	2	C	Biancari, ⁴⁸ 2007; Schanzer, ⁴⁷ 2008; Bradbury, ⁴⁹ 2010; Meltzer, ⁵⁰ 2013; Simons, ⁵¹ 2016
6.5.	Визначити хірургічний ризик пацієнта із ХІНК як високий, якщо передбачувана перипроцедурна летальність ≥5% і передбачувана виживаність впродовж 2 років ≤50%	2	C	
6.6.	Використовувати узагальнену систему класифікації ступенів ураження нижньої кінцівки із загрозою втрати (наприклад, класифікацію Wiffl) для визначення ступеня ураження у всіх пацієнтів із ХІНК, якщо є можливість збереження кінцівки	1	C	Cull, ⁷⁴ 2014; Zhan, ⁵² 2015; Causey, ⁵³ 2016; Darling, ⁵⁴ 2016; Robinson, ⁵⁵ 2017
6.7.	Провести термінове дренування і санацію рани (у т.ч. малу ампутацію за необхідності) і розпочати лікування антибіотиками всіх пацієнтів із підозрою на ХІНК, у яких присутні інфекція глибоких просторів стопи і волога гангрена	Правила належної практики		
6.8.	Повторити оцінку ступеня ураження кінцівки після дренування і санації рани, малої ампутації або корекції уражень артерій припливу (аорто-клубового сегмента, загальної та глибокої артерій стегна) і до прийняття рішення щодо подальшого лікування	Правила належної практики		
6.9.	Не проводити реваскуляризацію у разі відсутності явно вираженої ішемії кінцівки (ступінь ішемії 0 за класифікацією Wiffl); виняток становлять випадки, коли можна вжити ефективних заходів щодо окремої ділянки зниженою перфузією, що супроводжується значним некрозом тканини (наприклад, ступінь 2 або 3 за класифікацією Wiffl), і якщо рана прогресує або не зменшується в розмірі на ≥50% протягом 4 тижнів, незважаючи на належне лікування інфекції, догляд за раною та її розвантаження	Правила належної практики		
6.10.	Не проводити реваскуляризацію у разі дуже низького ступеня ризику кінцівки (ступінь 1 за класифікацією Wiffl), крім випадків, коли рана прогресує або не зменшується в розмірі на ≥50% протягом 4 тижнів, незважаючи на належний контроль інфекції, догляд за раною та її розвантаження	2	C	Sheehan, ⁵⁶ 2003; Cardinal, ⁵⁷ 2008; Lavery, ⁵⁸ 2008; Snyder, ⁵⁹ 2010
6.11.	Запропонувати реваскуляризацію всім пацієнтам із середнім ступенем ризику і додатковими значущими факторами, що загрожують втратою кінцівки (наприклад, ступінь 4 за класифікацією Wiffl) і значним дефіцитом перфузії (наприклад, ступінь ішемії 2 і 3 за класифікацією Wiffl)	1	C	Abu Dabrh, ⁶⁰ 2015
6.12.	Розглянути можливість реваскуляризації у пацієнтів із середнім ступенем ризику і проміжною стадією загрози втрати кінцівки (наприклад, ступінь 2 і 3 за класифікацією Wiffl) і значним дефіцитом перфузії (наприклад, ступінь ішемії 2 і 3 за класифікацією Wiffl)	2	C	
6.13.	Розглянути можливість реваскуляризації у пацієнтів із середнім ступенем ризику та високою загрозою втрати кінцівки (наприклад, ступінь 4 за класифікацією Wiffl) і помірною ішемією (наприклад, ступінь 1 за класифікацією Wiffl)	2	C	Zhan, ⁵² 2015; Causey, ⁵³ 2016; Darling, ⁵⁴ 2016; Robinson, ⁵⁵ 2017
6.14.	Розглянути можливість реваскуляризації у пацієнтів із середнім ступенем ризику та проміжною стадією загрози втрати кінцівки (наприклад, ступінь 2 і 3 за класифікацією Wiffl) і помірною ішемією (наприклад, ступінь 1 за класифікацією Wiffl), якщо рана прогресує або не зменшується в розмірі ≥50% протягом 4 тижнів, незважаючи на належний контроль інфекції, догляд за раною та її розвантаження	2	C	
6.15.	Отримати ангіограми артерій гомілки і стопи високої якості для оцінки анатомії та складання плану необхідних процедур у всіх пацієнтів із ХІНК і показаннями до реваскуляризації	Правила належної практики		
6.16.	Використовувати узагальнену систему класифікації анатомії уражень кінцівки (наприклад, GLASS) для визначення анатомічної моделі захворювання і кращого ШДЦА у пацієнтів із ХІНК та показаннями до реваскуляризації	Правила належної практики		
6.17.	Провести ультразвукове дуплексне сканування вен із кольоровим доплерівським картуванням, якщо можливо, у всіх пацієнтів із ХІНК та показаннями до шунтування	1	C	Seeger, ⁵⁶ 1987; Wengerter, ⁵⁷ 1990; Schanzer, ⁵⁸ 2007
6.18.	Сканувати іпсилатеральну велику підшкірну вену (ВПВ) і малу підшкірну вену для планування проведення шунтування. Сканувати вени контралатеральної нижньої кінцівки й обох верхніх кінцівок, якщо іпсилатеральні вени відсутні або наявні в недостатній кількості	Правила належної практики		
6.19.	Не класифікувати пацієнта із ХІНК як невідповідного кандидата для реваскуляризації без попередньої оцінки візуалізуючих досліджень хорошої якості та клінічної оцінки кваліфікованим фахівцем із судинних захворювань	Правила належної практики		
6.20.	Якщо у пацієнта із ХІНК наявні ураження шляхів припливу та відтоку, то першим етапом коригують шляхи припливу	Правила належної практики		
6.21.	Рішення про етапну або комбіновану реваскуляризацію щодо корекції шляхів припливу та відтоку приймати з урахуванням ризику для пацієнта та ступеня тяжкості загрози втрати кінцівки (класифікація Wiffl)	1	C	
6.22.	Коригувати тільки ураження шляхів припливу у пацієнтів із ХІНК із багаторівневим ураженням і слабо вираженою ішемією (наприклад, ішемія 1 ступеня за Wiffl) або обмеженим некрозом тканини (ступінь тяжкості рани 0/1 за Wiffl), а також за будь-яких обставин, за яких співвідношення ризику і користі від додаткової реконструкції шляхів відтоку є високим або спочатку неясним	1	C	Harward, ⁵⁹ 1995; Zukauskas, ⁶⁰ 1995
6.23.	Провести повторну оцінку кінцівки і повторити оцінку гемодинамічних показників після проведення корекції шляхів припливу у пацієнтів із ХІНК та ураженнями шляхів припливу й відтоку	1	C	
6.24.	Розглянути можливість одночасної реваскуляризації шляхів припливу та відтоку у пацієнтів із ХІНК та високим ризиком загрози втрати кінцівки (наприклад, стадії 3 і 4 за класифікацією Wiffl) або у пацієнтів із тяжкою ішемією (наприклад, стадії 2 і 3 за класифікацією Wiffl)	2	C	
6.25.	Використовувати спочатку ендovasкулярний підхід до лікування пацієнтів із ХІНК із середнім і тяжким (наприклад, стадія ІА за класифікацією GLASS) ураженням аорто-клубового сегмента, залежно від втручань, що їх було здійснено раніше	1	B	Jongkind, ⁶¹ 2010; Ye, ⁶² 2011; Deloose, ⁶³ 2017
6.26.	Розглянути можливість хірургічної реконструкції для лікування пацієнтів із ХІНК середнього ризику і поширеним ураженням аорто-клубового сегмента (наприклад, стадія ІІ за класифікацією GLASS) або після неефективного ендovasкулярного втручання	2	C	Ricco, ⁶⁴ 2008; Chiu, ⁶⁵ 2010; Indes, ⁶⁶ 2013
6.27.	Провести відкриту ендартеректомію ЗСА з ангіопластикою з накладанням латки, із переходом в ГСА або без неї у пацієнтів із ХІНК та з гемодинамічно значущим ураженням загальної і глибокої стенових артерій (стеноз >50%)	1	C	Kang, ⁶⁷ 2008; Ballotta, ⁶⁸ 2010
6.28.	Розглянути можливість гібридної процедури, яка об'єднує відкриту ендартеректомію ЗСА і ендovasкулярне лікування аорто-клубового сегмента з одночасним залученням ЗСА (ступінь ІВ за класифікацією GLASS).	2	C	Chang, ⁶⁹ 2008
6.29.	Розглянути можливість ендovasкулярного лікування значного ураження ЗСА у деяких пацієнтів із високим хірургічним ризиком або проблемною пахвинною ділянкою	2	C	Baumann, ⁷⁰ 2011; Bonvini, ⁷¹ 2011; Gouffic, ⁷² 2017; Siracuse, ⁷³ 2017
6.30.	Уникати стентування у ЗСА і не імплантувати стенти в зону відходження прохідною глибокої артерії стегна	Правила належної практики		
6.31.	Коригувати значуще з точки зору гемодинаміки ураження проксимальної частини глибокої артерії стегна (стеноз ≥50%), якщо це технічно можливо здійснити	Правила належної практики		
6.32.	У пацієнтів із ХІНК середнього ризику з ураженнями артерій нижче пахвинної зв'язки приймати рішення щодо проведення ендovasкулярного втручання або відкритого шунтування з урахуванням ступеня тяжкості загрози кінцівки (за класифікацією Wiffl), анатомічної моделі захворювання (за класифікацією GLASS) і доступності аутовени	1	C	Almasri, ⁸⁵ 2018
6.33.	Запропонувати ендovasкулярну реваскуляризацію, якщо це можливо з технічної точки зору, у пацієнтів із високим ризиком і високою ймовірністю загрози втрати кінцівки (наприклад, стадія 4 за класифікацією Wiffl) та значним дефіцитом перфузії (наприклад, ступені ішемії 2 і 3 за класифікацією Wiffl)	2	C	
6.34.	Розглянути можливість ендovasкулярної реваскуляризації у пацієнтів із високим ризиком та середнім ступенем загрози втрати кінцівки (наприклад, ступені 2 і 3 за класифікацією Wiffl) і значним дефіцитом перфузії (наприклад, ступені 2 і 3 ішемії за класифікацією Wiffl)	2	C	
6.35.	Розглянути можливість ендovasкулярної реваскуляризації, якщо це можливо з технічної точки зору, у пацієнтів із високим ризиком і високим ступенем загрози втрати кінцівки (наприклад, ступінь 4 за класифікацією Wiffl) і помірною ішемією (наприклад, ступінь 1 за класифікацією Wiffl), якщо рана прогресує або не зменшується в розмірі на ≥50% протягом 4 тижнів, незважаючи на належний контроль інфекції, догляд за раною та її розвантаження.	2	C	Abu Dabrh, ⁷⁵ 2015; Zhan, ⁵² 2015; Causey, ⁵³ 2016; Darling, ⁵⁴ 2016; Robinson, ⁵⁵ 2017

	Рекомендація	Ступінь	Рівень доказовості	Основні джерела
6.36.	За наявності технічної можливості розглянути виконання ендоваскулярної реваскуляризації у пацієнтів із високим ризиком і середнім ступенем загрози втрати кінцівки (наприклад, ступені 2 і 3 за класифікацією Wiffl) та помірною ішемією (наприклад, ступінь 1 за класифікацією Wiffl), якщо рана прогресує або не зменшується в розмірі на $\geq 50\%$ протягом 4 тижнів, незважаючи на належний контроль інфекції, догляд за раною та її розвантаження	2	C	
6.37.	Розглянути можливість відкритого хірургічного втручання у деяких пацієнтів із високим ризиком і високим ступенем загрози втрати кінцівки (наприклад, ступені 3 і 4 за класифікацією Wiffl), значним дефіцитом перфузії (ішемія ступеня 2 або 3) і складним ураженням (наприклад, стадія III за класифікацією GLASS) або після попереднього неефективного ендоваскулярного втручання зі збереженням симптомів ХІНК	2	C	
6.38.	Розглянути можливість проведення реваскуляризації з урахуванням ангіосомальної концепції у пацієнтів зі значним ступенем тяжкості рани (наприклад, ступені 3 і 4 за класифікацією Wiffl), зокрема у пацієнтів з ураженням середнього і заднього відділів стопи й у разі, коли є відповідний шлях доступу до цільової артерії	2	C	Azuma, ⁷⁶ 2012; Sumpio, ⁷⁷ 2013; Biancari, ⁷⁸ 2014; Chae, ⁷⁹ 2016; Jongsma, ⁸⁰ 2017
6.39.	При ендоваскулярних втручаннях на стегново-підколінному сегменті у пацієнтів із ХІНК необхідно розглянути можливість застосування додаткових технологій до балонної ангіопластики (наприклад, стентування голOMETALІЧНИМИ стентами або стентами з лікарським покриттям), якщо відзначається технічно незадовільний результат (залишковий стеноз або дисекція, що обмежує кровоток) або в разі складного ураження (наприклад, 2-4 ступені ураження стегново-підколінного сегмента за класифікацією GLASS)	2	B	Schillinger, ⁸¹ 2006; Saxon, ⁸² 2008; Dake, ⁸³ 2011; Rosenfield, ⁸⁴ 2015; Almasri, ⁸⁵ 2018
6.40.	Використовувати аутовену як кращий протез для шунтування артерій нижче пахвинної зв'язки у пацієнтів із ХІНК	1	B	Almasri, ⁸⁵ 2018
6.41.	Уникати використання неаутогенних біологічних протезів під час шунтування артерій пахвинної зв'язки, крім випадків, коли немає можливості провести ендоваскулярне втручання й немає відповідної аутовени	2	C	Almasri, ⁸⁵ 2018
6.42.	Провести інтраопераційну візуалізацію (ангіографію, дуплексне ультразвукове сканування або й те, й інше) під час завершення відкритого шунтування у пацієнтів із ХІНК і виправити значущі технічні дефекти, якщо можливо, під час операції	1	C	Mills, ⁸⁶ 1992; Bandyk, ⁸⁷ 1994
7.	Нереваскуляризаційні методи лікування кінцівки			
7.1.	Розглянути можливість стимуляції спинного мозку для зниження ризику ампутації та зменшення болю у вибраних пацієнтів (наприклад, із болем у стані спокою, незначним некрозом тканини), яким неможливо провести реваскуляризацію	2	B	Ubbink, ⁸⁸ 2013
7.2.	Не застосовувати поперекову симпатектомію для збереження кінцівки у пацієнтів із ХІНК, яким неможливо провести реваскуляризацію	2	C	Karant, ⁸⁹ 2016
7.3.	Розглянути можливість застосування переміжної пневматичної компресії у ретельно відібраних пацієнтів (наприклад, із болем у стані спокою, незначним некрозом тканин), яким неможливо провести реваскуляризацію	2	B	Abu Dabrh, ⁹⁰ 2015
7.4.	Не пропонувати лікування простаноїдами з метою збереження кінцівки пацієнтам із ХІНК. Розглянути таку можливість вибірково у деяких пацієнтів із болем у стані спокою або незначним некрозом тканини, яким неможливо провести реваскуляризацію	2	B	Vietto, ⁹¹ 2018
7.5.	Не призначати вазоактивні препарати або фібринолітики (анкрод) пацієнтам, яким неможливо провести реваскуляризацію	1	C	Smith, ⁹² 2012
7.6.	Не призначати гіпербаричну оксигенацію (ГБО) для збереження кінцівки пацієнтам, які страждають на ХІНК, із тяжкою ішемією, що не коригується (ступінь 2-3 за класифікацією Wiffl)	1	B	Kranke, ⁹³ 2015; Game, ⁹⁴ 2016; Santema, ⁹⁵ 2018
7.7.	Продовжувати здійснювати оптимальний догляд за раною нижньої кінцівки, доки вона повністю не загоїться або пацієнту не буде проведено ампутацію	Правила належної практики		
8.	Біологічні та регенеративні підходи до лікування хронічної ішемії нижніх кінцівок			
8.1.	Обмежити застосування терапевтичного ангіогенезу в пацієнтів із ХІНК, якщо їх включено до зареєстрованого клінічного дослідження	1	B	Abu Dabrh, ⁹⁰ 2015; Peeters, ⁹⁶ 2015
9.	Роль малої та великої ампутації			
9.1.	Розглянути можливість трансметатарзальної ампутації переднього відділу стопи у пацієнтів із ХІНК, яким потрібна була б ампутація більше двох пальців із резекцією головок суміжних плеснових кісток для видалення некрозу дистального відділу стопи, особливо у випадках, коли уражений великий палець стопи	2	C	Elsherif, ⁹⁷ 2018
9.2.	Після спільного прийняття рішення пацієнтом і фахівцями запропонувати первинну ампутацію пацієнтам із ХІНК, у яких уже відзначається порушення функції кінцівки або в разі, коли врятувати кінцівку неможливо, спостерігається поганий функціональний статус (наприклад, пацієнт прикутий до ліжка) або очікувана тривалість життя є невеликою	1	C	Aziz, ⁹⁸ 2015; Siracuse, ⁹⁹ 2015
9.3.	Після спільного прийняття рішення пацієнтом і фахівцями запропонувати вторинну ампутацію пацієнтам із ХІНК, яким було проведено невдалу або неефективну реконструкцію і проведення реваскуляризації більше неможливе, які відчувають біль, що обмежує їх дієздатність, мають незагойні рани або неконтрольований сепсис в ураженій кінцівці	2	C	Reed, ¹⁰⁰ 2008
9.4.	Розглянути можливість реваскуляризації для прискорення загоєння рани після ампутації на більш дистальному функціональному рівні ампутації (наприклад, від ампутації вище коліна до ампутації нижче коліна), зокрема у пацієнтів із високою ймовірністю хорошої реабілітації та подальшої здатності пересуватися	2	C	Rollins, ¹⁰¹ 1985; Miksic, ¹⁰² 1986
9.5.	Розглянути можливість ампутації (вище або нижче колінного суглоба) у пацієнтів, які не можуть пересуватися з інших причин, крім ХІНК (тобто прикуті до ліжка пацієнти зі згинаючою контрактурою, геміплегією, раком), а також за малої ймовірності успішної реабілітації та подальшої здатності пересуватися	2	C	Ayoub, ¹⁰³ 1993; Taylor, ¹⁰⁴ 2008
9.6.	Залучити міждисциплінарну команду фахівців із реабілітації з моменту прийняття рішення про ампутацію і до повного успішного завершення періоду реабілітації	1	C	Webster, ¹⁰⁵ 2012
9.7.	Продовжувати, принаймні, щороку спостерігати пацієнтів із ХІНК після ампутації для відстеження прогресування захворювання в протилежній кінцівці й для підтримки оптимального медикаментозного лікування, а також для управління факторами ризику	1	C	Bradley, ¹⁰⁶ 2006; Glaser, ¹⁰⁷ 2013
10.	Післяопераційний догляд і спостереження після реваскуляризаційного втручання на артеріях нижче пахвинної зв'язки у пацієнтів із хронічною ішемією нижніх кінцівок			
10.1.	Продовжувати оптимальне медикаментозне лікування ЗПА, у т.ч. тривалий прийом антитромбоцитарних препаратів і статинів у всіх пацієнтів, яким було проведено реваскуляризацію нижньої кінцівки	1	A	Abbruzzese, ¹⁰⁸ 2004; Henke, ¹⁰⁹ 2004; Brown, ¹¹⁰ 2008; Bedenis, ¹¹¹ 2015; Suckow, ¹¹² 2015
10.2.	Настійно рекомендувати відмову від куріння всім пацієнтам із ХІНК, яким було проведено реваскуляризацію нижньої кінцівки	1	A	Hobbs, ¹¹³ 2003; Willigendael, ¹¹⁴ 2005
10.3.	Розглянути можливість проведення ПАТТ (АСК і клопидогрель) у пацієнтів із ХІНК, яким було проведено шунтування синтетичним протезом артерій, розташованих нижче пахвинної зв'язки, протягом 6-24 міс для збереження прохідності шунта	2	B	Brown, ¹¹⁰ 2008; Belch, ¹¹⁶ 2010; Gassman, ¹¹⁷ 2014; Bedenis, ¹¹¹ 2015
10.4.	Розглянути можливість проведення ПАТТ протягом не менше 1 міс (АСК і клопидогрель) у пацієнтів із ХІНК після ендоваскулярного втручання на артеріях нижче пахвинної зв'язки	2	C	Cassar, ¹¹⁸ 2005; Bhatt, ¹¹⁹ 2006; Tepe, ¹²⁰ 2012; Strobl, ¹²¹ 2013
10.5.	Розглянути можливість проведення подвійної антитромбоцитарної терапії протягом від 1 до 6 міс у пацієнтів, які проходять повторні катетерні втручання, якщо у них невисокий ризик кровотечі	2	C	Cassar, ¹¹⁸ 2005; Tepe, ¹²⁰ 2012; Strobl, ¹²¹ 2013
10.6.	Призначення та тривале застосування АСК і ривароксабану 2,5 мг 2 рази на день доцільно розглянути у всіх пацієнтів із ЗПА після проведення реваскуляризації, з метою зменшення ризиків як серцево-судинних подій, так і рецидиву ішемії кінцівки, яка може перебувати повторної реваскуляризації	2	B	Anand, ²⁴ 2018; Bonaca, ¹²² 2020

	Рекомендація	Ступінь	Рівень доказовості	Основні джерела
10.7.	Регулярно спостерігати пацієнтів із ХІНК після шунтування нижньої кінцівки як мінімум протягом 2 років, із клінічною програмою спостереження, що включає вивчення проміжного анамнезу, вимірювання пульсу, кісткового і пальцевого тиску у стані спокою. За можливості провести дуплексне сканування		Правила належної практики	
10.8.	Регулярно спостерігати пацієнтів із ХІНК після шунтування нижньої кінцівки синтетичним протезом протягом 2 років, у т.ч. вивчати проміжний анамнез, вимірювати пульс, кістковий і пальцевий тиск в стані спокою		Правила належної практики	
10.9.	Спостерігати пацієнтів із ХІНК після ендovasкулярного втручання на артеріях нижче пахвинної зв'язки у програмі спостереження, яка включає відвідування пацієнтами стаціонару, вимірювання пульсу і проведення неінвазивної діагностики (вимірювання кісткового і пальцевого тиску у стані спокою)		Правила належної практики	
10.10.	Розглянути можливість проведення додаткової візуалізації у пацієнтів із венозними шунтами в нижній кінцівці, у яких знизилася значення КПІ $\geq 0,15$ і знову з'явилися симптоми захворювання або змінилася пульсація – для виявлення стенозу венозного шунта		Правила належної практики	
10.11.	Запропонувати втручання при ураженнях венозного шунта, виявлених у результаті дуплексного сканування, із ПШСК >300 см/с і коефіцієнтом ПШСК $>3,5$ або при зниженій швидкості кровотоку у шунтах (ПШСК середньої третини шунта <45 см/с) – для збереження прохідності	1	B	Mills, ¹²⁴ 2001
10.12.	Продовжувати довгострокове спостереження за пацієнтами після хірургічної або катетерної ревізії венозного шунта, у т.ч. проводити дуплексне сканування зони шунта, де це можливо, для виявлення рецидивних уражень шунта	1	B	Landry, ¹²⁵ 2002; Nguyen, ¹²⁶ 2004
10.13.	Розглянути можливість візуалізації артерій після ендovasкулярного втручання, якщо поліпшення не спостерігаються (загоєння рани, біль у спокої) або з'явилися колишні симптоми захворювання, для виявлення рестенозу або прогресування раніше виявленого ураження	2	C	Bui, ¹²⁷ 2012
10.14.	Розглянути можливість повторного втручання для пацієнтів із рестенозом $>70\%$, виявленим після дуплексного сканування (коефіцієнт ПШСК $>3,5$, ПШСК >300 см/с), якщо симптоми ХІНК зберігаються; або вибірково для асимптомних пацієнтів після катетерних втручань	2	C	Humphries, ¹²⁸ 2011
10.15.	Забезпечити механічне розвантаження в якості головного компонента лікування пацієнтів із ХІНК і ранами стопи	1	A	Elraiyah, ¹²⁹ 2016
10.16.	Консультувати пацієнтів із захисту рани і стопи, що загоюються, у т.ч. дати рекомендацію щодо підбору взуття, устілок і того, як контролювати запалення	1	A	Elraiyah, ¹²⁹ 2016
11.	Консервативне лікування			
11.1.	Рекомендовано, щоб і лікарі, і пацієнти приділяли достатньо уваги важливості ЗПА порівно з ІХС для загальної оцінки серцево-судинного ризику та прогнозу для життя пацієнта. Рекомендовано активно впливати на фактори ризику та лікувати супутні хвороби у пацієнтів із ЗПА	1	B	Bhatt, ¹³² 2006; Heiss, ¹³³ 2019; Hirsch, ¹³⁴ 2007
11.2.	Пацієнти із ЗПА мають високий ризик розвитку судинних подій в інших судинних басейнах, і таких пацієнтів завжди слід розцінювати як тих, що мають дуже високі ризики розвитку подальших подій	1	A	Tendera, ¹³⁵ 2011; Steg, ¹³⁶ 2007
11.3.	У пацієнтів із ЗПА має здійснюватися оптимізація лікування супутніх ІХС та СН	1	B	Jones, ¹³⁰ 2011; Meltzer, ¹³¹ 2012
11.4.	Цілі лікування симптомного ЗПА: • гальмування прогресування ЗПА; • зменшення серцево-судинних та цереброваскулярних подій; • зменшення ризику периферичних артеріальних подій при аневризмі; • зменшення болю; • покращення рухливості/ефективності ходьби та якості життя	1	C	Norgren, ¹³⁷ 2007; Tendera, ¹³⁵ 2011; Rooke, ¹³⁸ 2011
11.5.	Оцінити фактори ризику розвитку серцево-судинних захворювань у всіх пацієнтів із підозрою на ХІНК	1	B	I.C.A.I. Group, ¹⁷ 1997
11.6.	Довести фактори ризику, які можливо модифікувати, до рекомендованих рівнів у всіх пацієнтів із підозрою на ХІНК	1	B	Armstrong, ¹⁸ 2014; Faglia, ¹⁹ 2014
11.7.	Рекомендовано, щоб дозована ходьба під наглядом пропонувалася всім пацієнтам із ЗПА та переміжною кульгавістю як невід'ємна частина основного лікування	1	C	Fakhry, ¹³⁹ 2012; Lane, ¹⁴⁰ 2014
11.8.	Рекомендовано пропонувати програми дозованої ходьби під наглядом інструктора, оскільки вони ефективніші за неструктуровані судинні тренування	1	B	Saxton, ¹⁴¹ 2011; Lauret, ¹⁴² 2014
11.9.	Рекомендовано, щоб дозована ходьба під наглядом у пацієнтів із переміжною кульгавістю відбувалася щонайменше 3 рази на тиждень, тривалістю щонайменше 30 хв, протягом щонайменше 3 місяців	1	B	Hiatt, ¹⁴³ 1994; Nicolai, ¹⁴⁴ 2010
11.10.	Щоденну індивідуальну тренувальну ходьбу слід розглянути, якщо дозована ходьба під наглядом недоступна. Однак це є менш ефективним, ніж контрольовані програми	2	B	Fokkenrood, ¹⁴⁵ 2013
11.11.	Лікувати всіх пацієнтів із ХІНК антитромбоцитарним препаратом	1	A	Робоча група дослідників антитромбоцитарних препаратів ²⁰ , 2002; Робоча група дослідників антитромбоцитарних препаратів ²¹ , 2009
11.12.	Розглянути препарат клопідогрель у якості препарату вибору для антитромбоцитарної монотерапії у пацієнтів з ХІНК	2	B	CAPRIE, ²² 1996; Hiatt, ²³ 2017
11.13.	Розглянути можливість застосування малої дози АСК і препарату ривароксабан 2,5 мг 2 рази на день із метою зниження частоти виникнення небажаних серцево-судинних явищ та ішемічних подій нижніх кінцівок у пацієнтів із ХІНК	2	B	Anand, ²⁴ 2018
11.14.	Призначення та тривале застосування АСК і ривароксабану 2,5 мг 2 рази на день доцільно розглянути у всіх пацієнтів із ЗПА після проведення ревааскуляризації, з метою зменшення ризиків як серцево-судинних подій, так і рецидиву ішемії кінцівки, яка може потребувати повторної ревааскуляризації	2	B	Bonaca, ¹²³ 2020
11.15.	Не застосовувати системні антагоністи вітаміну К для лікування атеросклерозу артерій нижніх кінцівок у пацієнтів із ХІНК	1	B	Anand, ²⁵ 2007
11.16.	За неможливості покращення дистанції ходьби у пацієнтів з переміжною кульгавістю можуть бути використані цілостазол і нафтідрофурил. Вони можуть бути призначені, тільки якщо якість життя пацієнта значно обмежена і тренувальна ходьба заборонена, неможлива або неефективна	1	B	Stevens, ¹⁴⁶ 2012; Bedenis, ¹⁴⁷ 2014
11.17.	Рекомендовано припинити використання цих ліків при покращенні симптомів після 3 місяців	1	B	
11.18.	Простаноїди, пентоксифілін, ларгінін, буфломедил та гінґко білоба не рекомендовані з метою полегшення дискомфорту при переміжній кульгавості, оскільки достатня вигода з точки зору покращення дистанції ходьби, впливу на захворюваність, смертність та якість життя не була обґрунтована	1	B	Salhiyyah, ¹⁴⁸ 2012; de Backer, ¹⁴⁹ 2013; Nicolai, ¹⁵⁰ 2009; Robertson, ¹¹⁵ 2013; Creager, ¹²³ 2008

Примітка. Ступені доказовості: 1 (сильний), 2 (слабкий); рівні доказовості: А (високий), В (середній), С (низький).