

Рекомендації Американського коледжу кардіології (АСС) та Американської асоціації серця (АНА) щодо менеджменту захворювання периферичних артерій нижніх кінцівок



Керівництво щодо ведення захворювання периферичних артерій (ЗПА), опубліковане у 2024 році АСС/АНА, містить рекомендації щодо діагностики та лікування даної патології у чотирьох клінічних підгрупах: 1) безсимптомне ЗПА; 2) хронічне симптоматичне ЗПА; 3) критична ішемія нижніх кінцівок (підгрупа більш тяжкої хронічної ішемії із загрозою втрати кінцівки); 4) гостра ішемія нижніх кінцівок. Серед ключових питань експерти відзначили важливість своєчасної діагностики та належного лікування ЗПА, включаючи скоординовану допомогу, що надається багатопрофільною командою за участю ортопедів і спеціалістів із досвідом курації пацієнтів із захворюваннями стоп. Такий комплексний підхід дозволяє запобігти ампутаціям та серцево-судинним (СС) ускладненням, а також покращити якість життя пацієнтів.

Ключові слова: виразка стопи, ішемія нижніх кінцівок, захворювання периферичних артерій, кістчково-плечовий індекс, цилостазол.

Ключові положення керівництва АСС/АНА (2024), які слід враховувати при веденні пацієнтів із ЗПА:

1. За клінічними проявами пацієнтів з об'єктивно підтвердженим ЗПА можна розділити на чотири підгрупи: 1) безсимптомне ЗПА; 2) хронічне симптоматичне ЗПА; 3) критична ішемія (хронічна ішемія із загрозою втрати кінцівки); 4) гостра ішемія нижніх кінцівок.

2. Пацієнти з безсимптомним ЗПА становлять 20-59% усіх хворих з об'єктивно підтвердженим ЗПА. У значній частини пацієнтів, які не повідомляють про симптоми, характерні для ЗПА при фізичному

навантаженні, симптоми виявляють під час проведення об'єктивного тесту ходьби. Ці пацієнти мають підвищений ризик серйозних несприятливих СС-подій (МАСЕ), включаючи летальний наслідок.

3. Пацієнтам, які за результатами фізичного обстеження мають підозру на ЗПА, рекомендовано вимірювання кістчково-плечового індексу (КПІ) у стані спокою для підтвердження діагнозу ЗПА (*сильна рекомендація, клас I; докази помірної якості, ґрунтуються на результатах нерандомізованих досліджень B-NR*). У пацієнтів із підвищеним ризиком ЗПА доцільно проводити скринінг на ЗПА з використанням КПІ у стані спокою

(помірна рекомендація, клас 2a; докази помірної якості B-NR).

4. У пацієнтів із підозрою на критичну ішемію нижніх кінцівок доцільно вимірювати тиск на великому пальці ноги або пальцеплечовий індекс, транскутанний кисневий та/або шкірний перфузійний тиск на додаток до КПІ для встановлення діагнозу ЗПА (помірна рекомендація, клас 2a; докази помірної якості B-NR).

5. Під час обстеження пацієнтів із ЗПА слід оцінювати та враховувати наявність факторів ризику з метою розробки лікувального підходу, орієнтованого на пацієнта (сильна рекомендація, рівень доказовості C-EO (експертна думка, заснована на клінічному досвіді)). До факторів ризику ЗПА належать, зокрема, расова та етнічна приналежність, соціальні умови, вік, наявність ЦД, тютюнопаління, хронічна хвороба нирок, полі- та мікровакулярні захворювання, депресія.

6. Пацієнтам із симптоматичним ЗПА рекомендована монотерапія антитромбоцитарними препаратами для зниження ризику серйозних несприятливих СС-подій (МАСЕ) (сильна рекомендація, високий рівень доказовості А). Ця терапія може включати аспірин або клопидогрель.

7. Пацієнтам із симптоматичним ЗПА та тим, хто переніс ендоваськулярну або хірургічну реваськуляризацію, рекомендовано призначати низьку дозу ривароксабану (2,5 мг двічі на день) у поєднанні з низькою дозою аспірину для зниження ризику МАСЕ та серйозних несприятливих подій із боку кінцівок (MALE) (сильна рекомендація; рівень доказовості А).

8. Пацієнтам із ЗПА, які не мають інших показань (наприклад, фібриляції передсердь), не слід проводити високоінтенсивну пероральну антикоагулянтну терапію для зниження ризику МАСЕ або MALE (умовна рекомендація, клас 3; високий рівень доказовості А).

9. Пацієнтам із ЗПА рекомендоване проведення високоінтенсивної статинотерапії з метою досягнення $\geq 50\%$ зниження рівня

холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС-ЛПНЩ) (сильна рекомендація; високий рівень доказовості А). У пацієнтів із ЗПА, які приймають максимально переносиму дозу статину й мають рівень ХС-ЛПНЩ ≥ 70 мг/дл, доцільно додати інгібітор PCSK9 і/або езетиміб (помірна рекомендація 2a; докази помірної якості, ґрунтуючись на результатах рандомізованих досліджень – рівень B-R).

10. Пацієнти із ЗПА та артеріальною гіпертензією потребують призначення антигіпертензивної терапії для зниження ризику МАСЕ (сильна рекомендація; високий рівень доказовості А). У цих пацієнтів цільове значення систолічного/діастолічного артеріального тиску становить $< 130/80$ мм рт. ст. (сильна рекомендація; докази помірної якості B-R). Для зниження ризику МАСЕ рекомендоване застосування інгібіторів ангіотензин-перетворювального ферменту або блокаторів рецепторів ангіотензину (сильна рекомендація; докази помірної якості B-R).

11. У пацієнтів із ЗПА та ЦД 2-го типу використання агоністів рецепторів глюкагоноподібного пептиду 1, таких як ліраглутид і семаглутид, та інгібіторів натрій-залежного котранспортера глюкози 2-го типу, зокрема канагліфлозину, дапагліфлозину та емпагліфлозину, є ефективною стратегією зниження ризику МАСЕ (сильна рекомендація; високий рівень доказовості А).

12. Пацієнтам із переміжною кульгавістю слід призначати **цилостазол** для полегшення симптомів ЗПА нижніх кінцівок і збільшення дистанції ходьби (сильна рекомендація, високий рівень доказовості А). Цилостазол не рекомендований у пацієнтів із застійною серцевою недостатністю будь-якого ступеня тяжкості (умовна рекомендація, дуже низький рівень доказовості C-LD). Пентоксифілін та хелатотерапія не рекомендовані для лікування переміжної кульгавості (умовна рекомендація, докази помірної якості B-R) (таблиця).

13. Пацієнтам із хронічним симптоматичним ЗПА для покращення ходьби, функціонального стану та якості життя слід

Таблиця. Рекомендації щодо симптоматичної медикаментозної терапії хронічного ЗПА нижніх кінцівок
Рекомендація (клас рекомендації, рівень доказовості)
Цилостазол
Пацієнтам із кульгавістю цилостазол рекомендований для полегшення симптомів ЗПА нижніх кінцівок та збільшення дистанції ходьби (1, A)
У пацієнтів із ЗПА цилостазол може бути корисним для зменшення рестенозу після ендоваскулярної терапії з приводу атеросклерозу судин стегново-підколінного сегмента (2b, B-R)
Хворим на ЗПА та застійну серцеву недостатність будь-якого ступеня тяжкості не слід призначати цилостазол (3, C-LD)
Пентоксифілін
Пацієнтам із хронічним симптоматичним ЗПА та кульгавістю застосування пентоксифіліну не рекомендоване (3, B-R)
Хелатотерапія
Пацієнтам із хронічним симптоматичним ЗПА та кульгавістю застосування хелатотерапії не рекомендоване (3, B-R)

призначати спеціальні комплекси фізичних вправ під контролем фахівця або структуровану програму фізичних вправ (*сильна рекомендація, високий рівень доказовості A*). Користь структурованих вправ під час ходьби в умовах помірно-тяжкої ішемії, є невизначеною (*слабка рекомендація 2b, докази помірної якості B-R*). Альтернативні програми структурованої терапії без ходьби (наприклад, ручна ергометрія) можуть бути корисними (*помірна рекомендація 2a, високий рівень доказовості A*). Користь неструктурованих вправ для покращення ходьби є невизначеною (*слабка рекомендація 2b, докази помірної якості B-R*).

14. Пацієнтам із безсимптомним ЗПА рекомендовано проводити реваскуляризацію уражених артерій, якщо це необхідно для безпеки, доцільності або ефективності інших втручань (наприклад, транскатетерного протезування аортального клапана) (*помірна рекомендація 2a, докази помірної якості B-NR*). Однак реваскуляризацію не слід проводити виключно для запобігання прогресуванню захворювання (*клас рекомендації 3 (завдає шкоди), докази помірної якості B-NR*).

15. У пацієнтів із функціонально-обмежуючою кульгавістю та недостатньою відповіддю на медикаментозну терапію згідно з рекомендаціями (включаючи структуровані фізичні вправи) реваскуляризація є обґрунтованим варіантом лікування для покращення функції ходьби та якості життя (*помірна рекомендація 2a, докази помірної якості B-R*). Реваскуляризація не рекомендована, якщо пацієнт має адекватну відповідь на медикаментозну терапію згідно з рекомендаціями (включаючи структуровані фізичні вправи) (*клас рекомендації 3 (переваги відсутні), рівень доказовості C-EO (експертна думка)*).

16. Пацієнтам із критичною ішемією нижніх кінцівок реваскуляризація рекомендована для мінімізації втрати тканин, покращення загоєння ран, полегшення болю та збереження функціональної кінцівки (*сильна рекомендація, докази помірної якості B-R*). У пацієнтів із хронічною ішемією, що загрожує втратою кінцівки, та ранами, що не загоюються, або гангреною реваскуляризація з метою відновлення кровотоку або покращення перфузії ранового ложа може бути корисною (*помірна рекомендація 2a, докази*

помірної якості B-NR). У пацієнтів із критичною ішемією нижніх кінцівок та ішемічним болем у спокої внаслідок багаторівневого артеріального захворювання реваскуляризація є доцільною для вирішення проблеми порушення кровотоку, тобто усунення стенозу основних артерій нижніх кінцівок (помірна рекомендація 2a, докази низької якості C-LD (обмежені дані)).

17. Пацієнтам із ЗПА (із реваскуляризацією або без неї) рекомендоване подальше спостереження з фізикальною оцінкою (сильна рекомендація, дуже низька якість доказів C-EO). У пацієнтів, які перенесли реваскуляризацію та мають нові ознаки або симптоми ЗПА нижніх кінцівок, слід визначати КПП та проводити артеріальне дуплексне ультразвукове

дослідження (сильна рекомендація, докази низької якості C-LD). Для пацієнтів після реваскуляризації без нових ознак або симптомів із боку нижніх кінцівок ефективність спостереження за допомогою вимірювання КПП та проведення артеріального дуплексного ультразвукового дослідження є невизначеною (слабка рекомендація 2b, докази помірної якості B-NR).

Підготувала **Дарина Чернікова**

За матеріалами: Gornik H.L., Aronow H.D. et al.: 2024 ACC/AHA/AACVPR/APMA/ABC/SCAI/SVM/SVN/SVS/SIR/VESS Guideline for the Management of Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2025 Apr 8;151(14): e918.

Довідка від редакції

В Україні цилостазол представлений, зокрема, препаратом Плестазол (виробництво фармацевтичної компанії «Київський вітамінний завод»). Цилостазол, механізм дії якого полягає у пригніченні агрегації тромбоцитів, має вазодилаторний ефект, який був підтверджений при вимірюванні кровотоку нижніх кінцівок за допомогою тензOMETричної плетизмографії. Крім того, цилостазол інгібує проліферацію гладком'язових клітин і сприяє неоваскуляризації у відповідь на ішемію тканини через механізм ендотеліального синтезу оксиду азоту. Прийом цилостазолу знижує рівні загального холестерину, холестерину ліпопротеїнів низької щільності та тригліцеридів.

Плестазол застосовується для збільшення максимальної безболісної дистанції ходьби у пацієнтів із переміжною кульгавістю, які не мають болю у стані спокою та ознак некрозу периферичних тканин (ЗПА, стадія II за Фонтейном). Рекомендована доза Плестазолу – 100 мг 2 рази на добу. Таблетки слід приймати за 30 хв до їди або через 2 год після прийому їжі вранці та ввечері. Прийом лікарського засобу під час їди може підвищувати його максимальні концентрації у плазмі крові. Значне покращення стану пацієнтів спостерігається після застосування препарату протягом 16-24 тижнів, іноді поліпшення відзначали вже після 4-12 тижнів терапії. У разі якщо протягом 6 місяців прийому лікувального ефекту досягнуто не було, слід переглянути терапію.

①