

Ведення переміжної кульгавості: оновлені настанови Товариства судинної хірургії

В оновлених настановах Товариства судинної хірургії США (2025) зазначено, що переміжна кульгавість (ПК) є найпоширенішим проявом хвороби периферійних артерій (ХПА) та однією з найчастіших патологій, які лікують судинні спеціалісти. Пацієнти із ПК можуть мати широкий спектр тяжкості симптомів – від легких до таких, що значно обмежують повсякденну активність.

Першочергові підходи до лікування ПК передбачають навчання пацієнта, зменшення впливу факторів ризику, припинення куріння, оптимізацію медикаментозної терапії та фізичні вправи. Симптоматична ХПА асоціюється з підвищеним ризиком основних серцево-судинних подій і пов'язаної з ними смертності; саме тому необхідно зосередитися на оптимальній медикаментозній терапії та стратегіях зниження ризику. Реваскуляризація в належно відібраних пацієнтів може полегшити біль і покращити функціональний стан та якість життя, пов'язану зі здоров'ям, проте реваскуляризація також асоціюється з ризиком подальшого прогресування захворювання кінцівки. Ухвалення рішень щодо лікування ПК є складним і має індивідуальний характер, оскільки ґрунтується на тяжкості симптомів, супутніх захворюваннях, відповіді на фізичні вправи й оптимальну медикаментозну терапію, анатомічних особливостей ураження та співвідношенні ризику і користі запропонованого втручання (рис. 1).

Антитромботична терапія

① Пацієнтам із ХПА та ПК, які мають ≥ 1 фактор високого ризику (серцева недостатність, цукровий діабет, ниркова недостатність або багатосудинне ураження – ХПА нижніх кінцівок із залученням щонайменше ще одного судинного басейну, ураженого атеросклеротичним процесом) і не мають високого ризику кровотечі, пропонується застосування ривароксабану (2,5 мг 2 р/добу) в поєднанні з ацетилсаліциловою кислотою

(АСК; 81-100 мг/добу), а не лише АСК, для зниження ризику серцево-судинної смерті, інсульту й інфаркту міокарда (ІМ).

② Пацієнтам, яким проведено хірургічне або ендovasкулярне втручання щодо симптоматичної ХПА, включаючи ПК, і які не мають високого ризику кровотечі, пропонується застосування ривароксабану (2,5 мг 2 р/добу) в поєднанні з низькою дозою АСК (81-100 мг/добу), а не лише АСК, для зниження ризику серцево-судинної смерті, інсульту, ІМ, гострої ішемії кінцівки та великої ампутації з судинних причин.

③ Пацієнтам із ХПА та ПК, які не мають коморбідних станів високого ризику, мають підвищений ризик кровотечі або не переносять подвійної антитромботичної терапії, для довготривалої профілактики серцево-судинних подій рекомендується монотерапія антиагрегантом (АСК 81-100 мг/добу, клопідогрель 75 мг/добу або тикагрелор 90 мг 2 р/добу).

④ Пацієнтам, яким проведено ендovasкулярне втручання щодо ПК, пропонується застосування подвійної антиагрегантної терапії (АСК 81-100 мг/добу та клопідогрель 75 мг/добу) протягом щонайменше 1 міс, а не монотерапії антиагрегантом.

⑤ Пацієнтам із ПК, які завершили контрольовану програму фізичних вправ (під наглядом фахівця) та/або відмовляються чи не можуть брати участь у таких програмах, рекомендується домашня програма тренувань ходьби.

⑥ Як терапія першої лінії пацієнтам із ПК рекомендується контрольована програма фізичних вправ, яка включає ходьбу



Рис. 1. Спільне ухвалення рішень у лікуванні пацієнта із ПК

щонайменше 3 р/тиж (30-60 хв за сеанс) протягом щонайменше 12 тиж.

7 Пацієнтам, яким проведено реваскуляризацію щодо ПК, після втручання пропонується пройти контрольовану програму фізичних вправ або в домашніх умовах.

8 Під час спільного ухвалення рішення стосовно реваскуляризації щодо ПК рекомендується обговорити такі ризики та переваги: смертність, великі серцево-судинні події (MACE), великі ускладнення з боку кінцівки (MALE: ампутація, повторне втручання, гостра ішемія кінцівки), функціональний ефект і очікувана якість життя після реваскуляризації.

9 Під час спільного ухвалення рішення стосовно реваскуляризації щодо ПК рекомендується провести оцінку індивідуальних факторів ризику, які впливають на ризики та переваги. До них належать ключові супутні

захворювання (цукровий діабет, ішемічна хвороба серця, застійна серцева недостатність, хронічне обструктивне захворювання легень), анамнез попередньої реваскуляризації кінцівок, анатомічна складність ураження (тобто наявність багаторівневого ураження, довгих сегментів ураження, хронічних тотальних оклюзій) та стратегія втручання (відкрита операція чи ендоваскулярна реваскуляризація).

10 Рекомендується не виконувати реваскуляризацію в пацієнтів із безсимптомною ХІА або ПК лише на підставі гемодинамічних показників чи результатів візуалізаційних досліджень. Немає доказів, які підтверджували б ефективність реваскуляризації як засобу модифікації прогресування захворювання.

11 В пацієнтів із ПК і без ознак ішемії кінцівки, що загрожує її втраті, пропонується утриматися від виконання

інфраоплітеальної ревазуляризації, як самостійної, так і в поєднанні з більш проксимальним втручанням, через відсутність доказів користі та потенційну шкоду.

12 Пацієнтам із ПК, яким для лікування феморопоплітеального ураження було обрано ендovasкулярне втручання, а довжина ураженої ділянки в котрих перевищує 5 см, рекомендовано використання або стентів із металу без покриття, або пристроїв із медикаментозним покриттям (балони чи стенти з лікарським покриттям), а не балонної ангіопластики без покриття. Такий вибір дозволяє знизити ризик рестенозу та потреби в повторному втручанні.

Оптимальна фармакотерапія для пацієнтів із ПК з метою покращення функції нижніх кінцівок

Фармакотерапія ПК спрямована на полегшення симптомів та уповільнення прогресування атеросклеротичного процесу. Хоча в пацієнтів із ПК вивчалися різні препарати, станом на цей момент Управлінням з контролю за якістю продуктів харчування та лікарських засобів США (FDA) схвалено лише два препарати – цилостазол і пентоксифілін.

Цилостазол – інгібітор фосфодіестерази, який пригнічує агрегацію тромбоцитів і чинить пряму вазодилатативну дію. Збільшення максимальної та безбольової дистанції ходьби можливе вже через 4 тиж лікування цим препаратом. Оскільки інші інгібітори фосфодіестерази асоціювалися зі зростанням смертності в пацієнтів із тяжкою серцевою недостатністю, цилостазол протипоказаний хворим із будь-якою формою серцевої недостатності.

Є дані, що цилостазол і пентоксифілін зменшують накопичення ліпідів, їхнє окиснення та згортання крові, тобто можуть уповільнювати прогресування атеросклерозу. Проте епідеміологічні дослідження свідчать, що значна частка пацієнтів не отримує клінічно значущого полегшення симптомів лише від медикаментозної терапії, ймовірно, через обмежені можливості препаратів суттєво покращувати функцію м'язів або кровотоку кінцівки порівняно із фізичними тренуваннями чи ревазуляризацією.

Порівняння цилостазолу з пентоксифіліном у рандомізованому контрольованому дослідженні виявило, що цилостазол збільшував максимальну дистанцію ходьби на 107 м (54%), тоді як пентоксифілін – лише на 64 м (30%). Достовірної різниці між пентоксифіліном і плацебо виявлено не було (рис. 2) (Dawson D.L. et al., 2000).

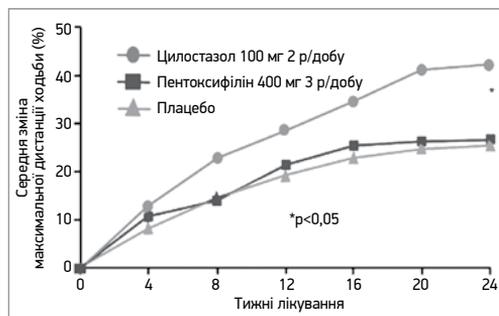


Рис. 2. Середня зміна максимальної дистанції ходьби порівняно з початковим рівнем на тлі різних видів лікування (Dawson D.L. et al., 2000)

У метааналізі 7 рандомізованих контрольованих досліджень було продемонстровано, що значуща перевага цилостазолу над плацебо зберігалася через 6 міс після лікування (Robless P. et al., 2008).

Загалом рекомендації щодо фармакотерапії ПК передбачають мультидисциплінарні комплексні програми відмови від куріння (повторювати до припинення куріння), статинотерапію (для пацієнтів із симптоматичною ХПА), оптимізацію контролю цукрового діабету тощо. Фолієва кислота та вітамін В₁₂ не рекомендуються. Пацієнтам із ПК без серцевої недостатності пропонується пройти 3-місячний курс цилостазолу (100 мг 2 р/добу) для збільшення тривалості ходьби без болю. Пацієнтам, які не можуть приймати цилостазол, може бути призначений пентоксифілін (400 мг 3 р/добу).

Conte M.S. et al. Society for Vascular Surgery Clinical Practice Guideline on the management of intermittent claudication: Focused update. *Journal of Vascular Surgery*. 2025; 82 (2): 303-326.e11.

Скорочений переклад підготувала
Лариса Стрільчук

ДОВІДКА «ЗУ»

Наразі основною стратегією зниження ризику ПК і ХПА в пацієнтів із високим кардіоваскулярним ризиком та цукровим діабетом є застосування антитромбоцитарних препаратів – ацетилсаліцилової кислоти, клопідогрелю й цилостазолу. Цилостазол інгібує фосфодіестеразу-3 та підвищує вміст циклічного аденозинмонофосфату, пригнічуючи агрегацію тромбоцитів й утворення тромбів. Оскільки фосфодіестераза-3 експресується в таких клітинних популяціях, як тромбоцити, гладком'язові клітини судин, кардіоміоцити й адипоцити, цилостазол діє у відповідних тканинах. Продемонстровано, що цилостазол не лише зменшує симптоми ПК, а й сповільнює прогресування атеросклерозу в пацієнтів зі стенозом сонної артерії, зменшує імовірність інсульту в осіб із цереброваскулярними хворобами, ефективно доповнює лікування хронічної ішемічної хвороби серця після черезшкірного коронарного втручання (Sohn M., Lim S., 2024).

Хоча для лікування ПК було випробувано значну кількість препаратів (простагландини, блокатори серотоніну, вазодилатори тощо), FDA схвалило для застосування із цією метою лише пентоксифілін і цилостазол. Слід зауважити, що лише цилостазол демонструє стабільну ефективність і в збільшенні толерантності до фізичних навантажень, і в покращенні якості життя (Chi Y. et al., 2008).

Препарат **Плестазол (АТ «Київський вітамінний завод»)** містить 50 або 100 мг цилостазолу в 1 таблетці. Плестазол показаний для збільшення максимальної безболісної дистанції ходьби в пацієнтів із ПК, які не мають болю в стані спокою та ознак некрозу периферичних тканин. Також цей препарат доцільно застосовувати як терапію другої лінії для пацієнтів, у яких зміна стилю життя (включаючи відмову від куріння та контрольовані програми занять спортом) й інші відповідні заходи не зумовили значного послаблення симптомів ПК.

Як інгібітор агрегації тромбоцитів цилостазол (**Плестазол**) покращує здатність переносити фізичні навантаження, яку оцінюють за максимальною та безболісною дистанцією ходьби в тестуванні на біговій доріжці. За результатами досліджень, при різних навантаженнях було встановлено значне абсолютне покращення на 42 м максимальної дистанції ходьби порівняно із плацебо. Це відповідає відносному покращенню на 100% від плацебо.

Цилостазолу (**Плестазолу**) властивий вазодилаторний ефект, що було підтверджено вимірюванням кровотоку нижніх кінцівок за допомогою тензометричної плетизмографії. Цилостазол також інгібує проліферацію гладком'язових клітин та реакцію вивільнення тромбоцитів тромбоцитарного фактора росту і тромбоцитарного фактора-4 в тромбоцитах людини. Дослідження продемонстрували, що цилостазол спричиняє зворотне пригнічення агрегації тромбоцитів. Інгібування може бути ефективним проти низки агрегантів (включаючи арахідонову кислоту, колаген, АДФ, адреналін); у пацієнтів інгібування тривало до 12 год, а після завершення прийому цилостазолу відновлення агрегації відбувалося впродовж 48-96 год без ефекту рикошету (гіперагрегації). Установлено також сприятливий вплив цилостазолу на ліпіди плазми крові: прийом препарату знижує рівень тригліцеридів і підвищує рівень холестерину ліпопротеїнів високої щільності, що зменшує вираженість атеросклеротичних процесів (рис. 3).

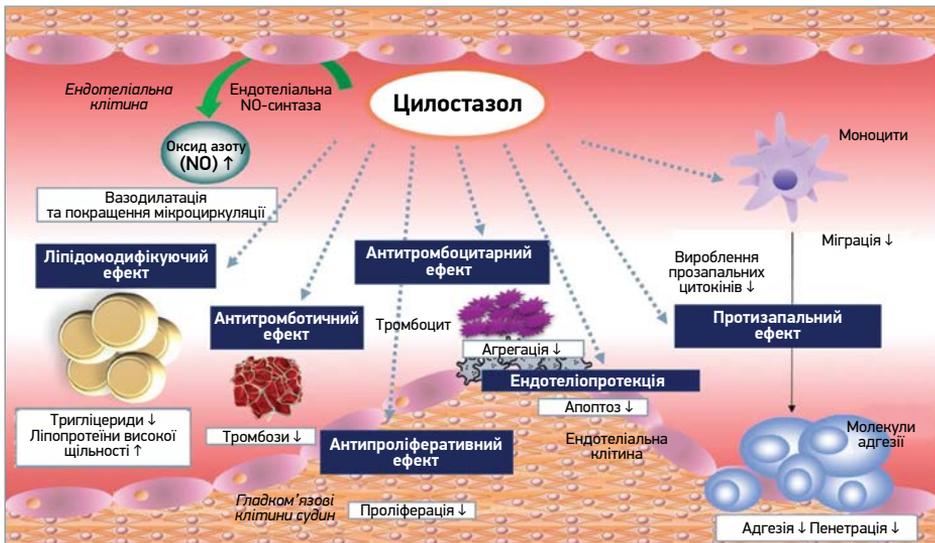


Рис. 3. Ефекти цилостазолу (Плестазолу) (Sohn M., Lim S., 2024)

Застосування **Плестазолу** може ефективно доповнювати заходи модифікації способу життя в пацієнтів із ХПА і ПК. Рекомендована доза становить 100 мг 2 р/добу. Таблетки необхідно приймати за 30 хв до прийому їжі або через 2 год після прийому їжі вранці та ввечері. Сприятливий ефект цилостазолу, який достовірно перевищує вплив плацебо, проявляється вже через 4 тиж лікування, однак лікувальна дія препарату прогресивно посилюється в міру збільшення тривалості терапії. В умовах реальної клінічної практики для отримання значущого покращення тривалість лікування має становити щонайменше 12-24 тиж (Chi Y. et al., 2008).

