

КЛАУДІЕКС

ЦИЛОСТАЗОЛУ 100 МГ

Долай більшу
відстань^{1,2}

Клаудіекс – збільшує дистанцію безболісної
ходьби при переміжній кульгавості^{1,3}

Цилостазол включений до провідних
сучасних світових настанов для лікування
переміжної кульгавості⁴

Зручні форми випуску Клаудіекс
(№28 та №56) та риска на таблетці
дозволяють підібрати оптимальну схему
лікування для кожного пацієнта¹



Склад: Цилостазол. **Лікарська форма.** Таблетки. **Фармакотерапевтична група.** Антитромботичні засоби. Антиагреганти. Код АТХ В01А С23. **Показання.** Для збільшення максимальної безболісної дистанції ходьби у пацієнтів з переміжною кульгавістю, які не мають болей у стані спокою та ознак некрозу периферичних тканин (захворювання периферичних артерій, стадія II за Фонтейном). Застосовувати як терапію другої лінії для пацієнтів, у яких зміна стилю життя (включаючи відмову від куріння та контрольовані програми занять спортом) та інші відповідні заходи не призвели до значного послаблення симптомів переміжної кульгавості. **Побічні реакції:** Найбільш поширені побічні реакції, про які повідомляли у клінічних дослідженнях препарату, були головний біль (>30 %), діарея (>15 %) та порушення роботи кишечника (>15 %). Екхімоз, Анемія, Продовження часу кровотечі, тромбоцитемія. Алергічна реакція, Периферичні набряки, набряки обличчя, анорексія, Гіперглікемія, цукровий діабет, Тривожність, Головний біль, Запаморочення, Безсоння, кошмари, Парез, гіпестезія, Кон'юнктивіт, Дзвін і шум у вухах, Серцебиття, тахікардія, стенокардія, аритмія, шлуночкова екстрасистолія, Інфаркт міокарда, фібриляція передсердь, застійна серцева недостатність, надшлуночкова тахікардія, шлуночкова тахікардія, непритомність. **Діти.** Лікарський засіб не рекомендується призначати дітям через відсутність даних щодо безпеки та ефективності застосування. **Умови зберігання.** Зберігати в оригінальній упаковці при температурі не вище 25 °С. Не заморозувати. Зберігати у недоступному для дітей місці. **Упаковка.** По 28 таблеток у блистері; по 1 або по 2 блистери в паці. **Категорія відпуску.** За рецептом. Реєстраційне посвідчення UA/18418/01/01, термін дії з 30.10.2020 по 30.10.2025 р.

¹ Під даним виразом мається на увазі покращення здатності переносити фізичні навантаження яку оцінюють за абсолютною дистанцією при переміжній кульгавості (або максимальною дистанцією ходьби (МДХ)) та початковою дистанцією переміжної кульгавості (або безболісною дистанцією ходьби (БДХ)) у тестуванні на біговій доріжці. ПК - переміжна кульгавість.

² Даний вираз є рекламним слоганом на не свідчить про гарантований ефект від застосування лікарського засобу.

³ Інструкція до застосування лікарського засобу Клаудіекс

⁴ Gerhard-Herman et al/Vasc Med. 2017 Jun;22(3):NP1-NP43 Ulrich Frank, Sigrid Nikol, Jill Belch et al. Vasa 2019;48:1-79

Інформація, наведена в даному буклеті, призначена виключно для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики
Виробник: ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна, 02093, м. Київ, вул. Бориспільська, 13

www.darnitsa.ua



П.О. Колесник, к. мед. н., доцент, завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторної медичної допомоги медичного факультету № 2 Ужгородського національного університету.
Д.С. Миргородський, к. мед. н., доцент кафедри хірургії з курсом невідкладної та судинної хірургії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, **Я.А. Саєнко**, к. мед. н., провідний співробітник відділу ендокринних та метаболічних порушень ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», **С.В. Болгарська**, заступник медичного директора ММ «Добробут» за напрямком «Ендокринологія»

Захворювання периферичних артерій: від теорії до практики

За матеріалами конференції

9 вересня в Києві відбулося чергове засідання Школи інноваційної медицини, науковими організаторами якої є Асоціація метаболічної медицини та ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України». Співкері приділили значну увагу проблемі захворювань периферичних артерій нижніх кінцівок, висвітлили стандарти їх діагностики та лікування, а також поділилися власним досвідом ведення таких пацієнтів.

Ключові слова: захворювання периферичних артерій, облітеруючий атеросклероз, переміжна кульгавість, цилостазол, Клаудієкс.



Із доповіддю, що включала в себе набутий клінічний досвід лікування пацієнтів із хронічною виразкою на стопі, виступив директор навчально-тренінгового Центру сімейної медицини та долікарської допомоги при Ужгородському національному університеті (УжНУ), завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторної медичної допомоги медичного факультету № 2 УжНУ, кандидат медичних наук, доцент П.О. Колесник.

На перший погляд проблема хронічних виразок на стопі не зовсім належить до парафії сімейного лікаря, однак це далеко не так. Оскільки дана проблема є хронічною і багатофакторною, вона потребує комплексного й грамотного підходу до лікування, що під силу сімейному лікарю.

Для більш чіткого розуміння даної проблеми та можливої тактики лікування доповідач продемонстрував випадок із власної клінічної практики.



У продовження теми ведення захворювань периферичних артерій із доповіддю «Особливості діагностики та лікування ЗПА в лікарській практиці» виступив доцент кафедри хірургії з курсом невідкладної та судинної хірургії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, кандидат медичних наук Д.С. Миргородський.

Захворювання периферичних артерій (ЗПА) – це група нозологій,

з якою стикаються лікарі різних спеціальностей. В Україні хронічні облітеруючі захворювання артерій нижніх кінцівок займають понад 20% у загальній структурі уражень серцево-судинної системи. Особливістю даної групи є прогресуючий перебіг із поступовою закупоркою судин, що викликає синдром хронічної ішемії нижніх кінцівок і змушує пацієнтів все частіше звертатися по медичну допомогу.

ЗПА знижують фізичні можливості людини й погіршують якість життя. Класичним проявом ЗПА є симптом переміжно кульгавості. За даними статистики, до 30% пацієнтів зі ЗПА

мають симптом переміжно кульгавості. Смертність серед пацієнтів, які мають початкові клінічні прояви даної патології у вигляді переміжно кульгавості, становить 3-5% на рік, а за наявності критичної ішемії нижніх кінцівок – 20%.

ЗПА поділяються на три групи:

- облітеруючий атеросклероз – частіше вражає людей похилого віку, патологоанатомічно проявляється мультифокальним атеросклерозом;

- облітеруючий тромбангіт (хвороба Бюргера) – неспецифічне запалення судинної стінки, ангіоспазм, зустрічається переважно в молодому віці;

- периферичні форми неспецифічного аортоартеріїту – спостерігається в молодих жінок.

Облітеруючий атеросклероз зустрічається у 80-90% усіх випадків хронічних облітеруючих захворювань артерій нижніх кінцівок (ХОЗАНК). За відсутності належного лікування даного захворювання кожен другий пацієнт помирає протягом 10 років від початку перших симптомів.

До факторів ризику ХОЗАНК відносяться:

- тютюнопаління (збільшує ризик розвитку ЗПА у 3 рази);
- цукровий діабет (у 2,4 раза);
- артеріальна гіпертензія (у 2,5 раза);
- наявність хронічного запального захворювання (у 2 рази);
- чоловіча стать (у 1,5 раза).

Клінічні прояви уражень артерій нижніх кінцівок залежать від ступеня ішемічних проявів та розділяються на чотири стадії:

1 – початкові прояви оклюзії (мерзлякуватість, відчуття похолодання, парестезії, блідість шкірних покривів, підвищена пітливість);

2 – недостатність кровообігу при функціональному навантаженні кінцівок, що проявляється переміжною кульгавістю;

3 – недостатність кровообігу у спокої;

4 – виразково-некротичні зміни кінцівок, атрофія м'язів, зниження чутливості дистальних відділів стоп, біль у спокої при горизонтальному положенні кінцівок.

Щодо класичної ознаки недостатності периферичного кровообігу – переміжно кульгавості, то перші згадки про цей симптом були зроблені ще в 1858 році французьким неврологом Шарко. Характерними симптомами є біль, судороги при фізичному навантаженні, які купіруються при його припиненні. Клінічна картина залежить від рівня ураження артеріального русла: при ураженні аорто-клубового сегмента біль виникає в ділянці сідниць та стегон, при ураженні кульшових артерій – у литкових м'язах.

Згідно з класифікацією Фонтейна – Покровського, за вираженістю симптому переміжно кульгавості ішемію нижніх кінцівок розділяють на такі стадії:

1 – біль у нижніх кінцівках виникає при значному фізичному навантаженні, при ходьбі на відстань до 1 км;

2А – симптоми з'являються при ходьбі на відстань більше 200 м, але менше 1 км;

2В – симптоми з'являються при ходьбі на відстань менше 200 м;

3 – біль у спокої (при ходьбі на відстань менше 25 м);

4 – біль носить постійний характер, наявні виразки на нижніх кінцівках.

Діагностичні методи, які допомагають виявити артеріальні ураження, включають у себе:

- тредміл-тест, що дозволяє зафіксувати дистанцію безболісної ходьби (тест Гарднера);

- ультразвукова доплерографія – визначає наявність пульсації, сегментарного тиску, об'ємний хвильовий кровоток, швидкість кровотоку, оцінює стан судинної стінки, зони колатерального і магістрального кровообігу на сегментах кінцівки. Також застосовується для визначення голіково-плечового індексу (ГПІ). ГПІ – це параметр, що дозволяє оцінити адекватність артеріального кровообігу в нижніх кінцівках. Нормальним відношенням ГПІ вважаються значення від 0,90 до 1,30. Показники <0,8 свідчать про захворювання периферичних артерій. Якщо ж значення становлять <0,7 – це свідчить про тяжке ураження периферичних судин, що може призвести до утворення виразок та гангрен;

- ангіографія – золотий стандарт діагностики захворювань артерій нижніх кінцівок (ЗАНК). Однак серед його недоліків – ризик кровотечі з артеріального доступу, атеросклероз, контраст-індукована нефропатія, алергія на контрастну речовину;

- КТ-ангіографія – застосовується для оцінки анатомії при ЗАНК та оцінки стенозів. За допомогою даного діагностичного методу проводиться відбір пацієнтів на хірургічну або ендovasкулярну процедуру, він допомагає встановити патологію

Клінічний випадок

Пацієнт, 34 років, стаж паління – 15 років (1-1,5 пачки сигарет на добу), звернувся зі скаргами: біль у ногах, особливо у лівій, що змушує зупинятися під час ходьби й відпочивати. На великому пальці лівої ноги наявна виразка, що не загоюється вже близько 2 міс незважаючи на проведені раніше лікування.

Вперше пацієнт звернувся до свого сімейного лікаря зі скаргами на біль у великому пальці лівої нижньої кінцівки. Йому було призначено антибіотик широкого спектра дії (ципрофлоксацин) курсом 10 днів та місцева обробка рани бетадіном протягом 1 міс. Через відсутність ефекту даної терапії її було змінено й призначено курс лікування нікотиновою кислотою та лініментом синтоміцину місцево.

У зв'язку з відсутністю покращення стану пацієнта було направлено на консультацію до хірурга, після якої було виставлено діагноз «врослий ніготь», проведено хірургічну корекцію шляхом зняття нігтьової пластини. У подальшому післяопераційна рана не загоювалась 4 міс, ефект від проведенного амбулаторного лікування залишався незадовільним. Пацієнту було проведено доплерографію судин нижніх кінцівок, за результатами якої отримано заключення: «Облітеруючий ендартеріїт, субоклюзія судин лівого стегново-підколінного сегмента, порушення периферичного кровообігу 2 ст. Посттромботична оклюзія задньої великогомілкової артерії. Різко виражений перфузійний дефіцит великогомілкової артерії (70-78% відносно вікової норми)».

У ході консультації судинного хірурга хворому було запропоновано проведення оперативного втручання, у тому числі ампутацію великого пальця лівої ноги. Пацієнт відмовився від операції й вирішив звернутися на консультацію до іншого сімейного лікаря, який володів сучасною методикою комплексного ведення хронічних ран і призначив грамотне консервативне лікування.

План лікування включав наступне:

- відмова від паління;
- дозована ходьба (скандинавська ходьба до початку больових відчуттів);
- статинотерапія;
- цилостазол (Клаудієкс);
- місцева терапія (гідрогель, гідроклоїд).

Особливий інтерес у даному клінічному випадку представляє препарат цилостазол (Клаудієкс). До фармакологічних властивостей препарату відносяться:

- вазодилатуючий та антиагрегантний ефекти, що досягаються шляхом інгібування фосфодіестерази

3-го типу, підвищення внутрішньоклітинного вмісту циклічного аденозинмонофосфату. Розширення судин у більшій мірі спостерігається на стегновій артерії, у меншій – на хребтових, сонних та верхній брижовій артеріях; антиагрегантний ефект, що проявляється пригніченням агрегації тромбоцитів, перевищує антиагрегантні властивості аспірину, тиклопідину та пентоксифіліну;

- інгібує ефект – спрямований на пригнічення проліферації клітин гладких м'язів та запобігання розвитку стенозу судин;

- ліпідознижуючий ефект – зменшення рівня тригліцеридів та підвищення ліпопротеїдів високої щільності.

Препарат призначається для збільшення максимальної дистанції безболісної ходьби у пацієнтів із переміжною кульгавістю, які не мають болю у стані спокою та ознак некрозу периферичних тканин (за захворювання периферичних артерій, 2 ст. за Фонтейном). Також застосовується як терапія другої лінії у пацієнтів, у яких зміна способу життя не призвела до значного послаблення симптомів переміжно кульгавості.

Під час ведення вищеописаного клінічного випадку пацієнту був призначений цилостазол (Клаудієкс) у дозі 50 мг на добу з поступовим підвищенням дози до 100 мг через тиждень, курсом 1 місяць. Дія препарату була спрямована на збільшення максимальної дистанції безболісної ходьби у пацієнта з переміжною кульгавістю, на запобігання розвитку некрозу периферичних тканин завдяки ліпідознижуючому та антиагрегантному ефектам.

Препарат може викликати перехідне запаморочення та явища диспепсії.

Згідно з клінічними результатами, у стані пацієнта, який приймав Клаудієкс протягом місяця в комплексі з модифікацією способу життя, відбулися значні позитивні зміни. Виразка на великому пальці лівої ноги повністю загоїлась, пацієнт відмітив покращення чутливості у нижніх кінцівках, і, найголовніше, вдалося уникнути ампутації пальця, а отже, покращити якість життя хворого.

Цилостазол набагато ефективніше за пентоксифілін зменшував прояви порушення перфузії нижніх кінцівок і збільшував максимальну дистанцію безболісної ходьби. За результатами численних плацебо-контрольованих рандомізованих досліджень експерти Американської асоціації серця та Американської колегії кардіологів (АНА/АСС, 2016) включили лише цилостазол до схеми лікування судинних захворювань нижніх кінцівок (клас рекомендацій ІА). Поряд із цим місцева терапія при веденні хронічної рани передбачає використання гідрогелю, альгінатів та гідроклоїду.

Продовження на стор. 22.

П.О. Колесник, к. мед. н., доцент, завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторної медичної допомоги медичного факультету № 2 Ужгородського національного університету, **Д.С. Миргородський**, к. мед. н., доцент кафедри хірургії з курсом невідкладної та судинної хірургії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, **Я.А. Сасенко**, к. мед. н., провідний співробітник відділу ендокринних та метаболічних порушень ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», **С.В. Болгарська**, заступник медичного директора ММ «Добробут» за напрямком «Ендокринологія»

Захворювання периферичних артерій: від теорії до практики

Продовження. Початок на стор. 21.

м'яких тканин, аневризми артерій, кістозну хворобу адвентитії. До недоліків КТ-ангіографії відносяться завищення ступеня стенозу, оклюзії при кальцинозі; просторова роздільна здатність нижча, ніж при цифровій ангіографії;

- магнітно-резонансна ангіографія – дає оцінку значимих стенозів периферичних артерій, однак метод недостатньо точний за наявності стентів у досліджуваних судинах. Також дозволяє відібрати пацієнтів, яким показано оперативне втручання з приводу ЗАНК.

Як же в сучасному світі лікують хронічні облітеруючі захворювання артерій?

Першим кроком у лікуванні ЗАНК на будь-якій стадії є модифікація способу життя, що включає відмову від паління, лікувальну фізкультуру (тренувальна ходьба 45-60 хв на день), дотримання принципів правильного харчування, контроль артеріального тиску, ліпідного спектра крові та рівня глікемії.

Медикаментозне лікування передбачає такі види терапії:

- антитромбоцитарна;
- гіполіпемічна;
- антигіпертензивна;
- цукрознижувальна;
- цилостазол;
- пентоксифілін.

Цилостазол збільшує дистанцію безболісної ходьби при переміжній кульгавості. Препарат включений до провідних сучасних світових настанов із лікування ЗАНК.

До переваг цилостазолу відносяться:

- має доведену ефективність і входить до багатьох міжнародних протоколів та рекомендацій із лікування пацієнтів із ЗПА нижніх кінцівок;
- покращує здатність переносити фізичні навантаження, послаблює прояви переміжної кульгавості;
- єдиний на сьогодні препарат із доказовою базою щодо лікування атеросклерозу периферичних артерій.

Рекомендована доза препарату складає 100 мг 2 рази на добу і приймається за 30 хв до їди або через 2 год після. Якщо протягом 3 міс лікування не було ефективним, лікар повинен призначити іншу терапію (рівень доказовості 2А).

В огляді Cochrane, що включав 15 подвійних сліпих РКД із загальною кількістю 3718 учасників, застосування цилостазолу асоціювалося з поліпшенням симптомів переміжної кульгавості без збільшення смертності через серцево-судинні захворювання або якості життя порівняно з плацебо. У ряді рандомізованих контрольованих досліджень цилостазол був ефективнішим, ніж пентоксифілін або плацебо. Побічні ефекти включають головний біль, диспептичні прояви, запаморочення та серцебиття. Цилостазол протипоказаний пацієнтам із застійною серцевою недостатністю.

Дослідження з вивчення цилостазолу показали значний позитивний вплив препарату на дистанцію ходьби. Максимальна дистанція ходьби збільшилась на 36 м при використанні цилостазолу в дозі 50 мг на добу протягом 3 міс та на 70 м – при застосуванні дози 100 мг (Momsen A.H., Jensen M.B., Lindholt J.S. et al.).

Таким чином, продемонстровано властивість препарату впливати на якість життя пацієнтів і покращувати їхні фізичні можливості.



Провідний науковий співробітник відділу діагностики та лікування метаболічних захворювань ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», член Української діабетологічної асоціації та Асоціації метаболічної медицини, кандидат медичних наук Я.А. Сасенко представила доповідь на тему «Захворювання периферичних артерій у пацієнтів із цукровим діабетом. Чи все ми робимо правильно?».

ЗПА – це системне атеросклеротичне захворювання, що асоціюється з атеротромбозом інших судинних русел, включаючи серцево-судинну систему та судини головного мозку. Наявність цукрового діабету (ЦД) значно збільшує ризик розвитку ЗПА, а також прискорює його прогресування, роблячи пацієнтів зі ЗПА більш схильними до ішемічних подій та порушень функціонального статусу порівняно з пацієнтами без ЦД. Згідно з даними дослідження, проведеного в Канаді за участю 16 440 пацієнтів зі ЗПА, у середньому через 6 років після встановлення цього діагнозу 9,7% пацієнтів переносять інсульт, 9,5% – інфаркт міокарда й 48,5% хворих помирають (Marrel et al. Health and Quality of Life Outcomes, 2013).

На ХОЗАНК страждає 2-3% населення, серед яких на частку облітеруючого атеросклерозу артерій припадає

80-90%. З усіх, хто страждає на це захворювання, кожна друга особа помирає протягом 10 років від появи перших симптомів, якщо не почне лікування. Захворюваність на ХОЗАНК різко зростає і, за даними статистики, зростає й надалі внаслідок старіння населення, почащення виникнення ЦД та збільшення кількості курців.

ЦД тісно пов'язаний із ЗПА: коефіцієнти співвідношення коливаються від 1,9 до 4 у популяційних дослідженнях. Наявність атеросклеротичного ураження нижніх кінцівок ідентифікує пацієнтів із діабетом як хворих із підвищеним ризиком нагноєння виразок та ампутацій.

За якими симптомами можна запідозрити ХОЗАНК?

До таких симптомів належать:

- переміжна кульгавість;
- судоми;
- біль у нижніх кінцівках;
- ниючі відчуття в литках, стегнах або сідницях під час фізичного навантаження з полегшенням під час відпочинку.

У багатьох пацієнтів наявні атіпові симптоми захворювання, які можуть потребувати додаткового обстеження за допомогою визначення ГПП для діагностики ЗПА.

Найвагомими факторами ризику ЗПА є паління та ЦД. Зі зменшення частоти паління у західних країнах прогнозується, що ЦД стане дедалі більш важливим чинником розвитку та прогресування ЗПА. Близько 20-30% пацієнтів зі ЗПА мають ЦД, хоча цей показник, ймовірно, недооцінюється через зміну сприйняття болю у пацієнтів із ЦД внаслідок периферичної нейропатії. За даними проспективного дослідження, що проводилося у США, було виявлено, що кожне збільшення рівня глікованого гемоглобіну на 1% у пацієнтів із ЦД збільшує частоту маніфестації ЗПА на 28% (Peripheral artery disease in patients with diabetes, World J Diabetes. Jul, 2015).

Діагностика та оцінка атеросклеротичного ураження нижніх кінцівок у пацієнтів із ЦД передбачають:

- оцінку клінічних симптомів;
- дуплексне УЗД (однак наявність артеріальних кальцифікатів та дистальний характер атеросклеротичного ураження при ЦД можуть утруднювати інтерпретацію зображень у таких пацієнтів; у такому разі виконується цифрова артеріальна ангіографія).

До загальних рекомендацій із ведення пацієнтів із ЦД та ЗПА відносяться: контроль серцево-судинного ризику, компенсація ЦД, антигіпертензивна терапія, статинотерапія, антитромботичні препарати, відмова від паління, здорове харчування, зниження маси тіла та регулярні фізичні навантаження. Останні мають включати в себе ходьбу 30-45 хв на добу принаймні три рази на тиждень упродовж не менш ніж 12 тижнів.

Медикаментозне лікування ХОЗАНК має бути комплексним і потребує тісного контакту сімейного лікаря, кардіолога, ендокринолога, терапевта та включає наступні компоненти:

- антиагрегантна терапія – ацетилсаліцилова кислота забезпечує незворотне інгібування циклооксигенази, знижує синтез тромбоксану А₂, зменшує агрегацію тромбоцитів;
- інгібітори рецепторів аденозинфосфату (АДФ) – клопидогрел;
- тікагрелор – зворотно інгібує рецептори АДФ Р2Y₁₂, що відрізняє його від клопидогрелю;
- гіполіпемічні препарати (статини);
- антигіпертензивне лікування;
- контроль глікемії;
- цилостазол.

Цилостазол – єдиний ефективний препарат, який показаний пацієнтам із переміжною кульгавістю, що значно обмежує їх у повсякденному житті. Цилостазол погоджений Управлінням із санітарного нагляду за якістю харчових продуктів і медикаментів США (FDA) для застосування у пацієнтів зі ЗПА. Механізм дії препарату полягає в інгібуванні легкого ланцюга міозину, розслабленні гладких м'язів судин, що призводить до вазодилатації. Крім того, цилостазол підвищує активність протеїнази А та знижує агрегацію тромбоцитів.

Цилостазол слід приймати у дозі 100 мг 2 рази на добу вранці та ввечері через 2 год після прийому їжі. Препарат призначається терміном на 3-6 міс, а за відсутності бажаного лікувального ефекту слід виконати судинну візуалізацію й направити пацієнта на консультацію до судинного хірурга.

Показаннями для проведення ревазуляризації є такі:

- наявність критичної ішемії кінцівок;
- недостатня ефективність модифікації способу життя в поєднанні з медикаментозною терапією;
- відсутність обмежень щодо фізичних навантажень, пов'язаних з іншими захворюваннями (хронічна серцева недостатність);
- анатомія ураження артерії дозволяє втручання з низьким післяопераційним ризиком.

Як спосіб ревазуляризації може використовуватись чезрешкірна транслюмінальна ангіопластика зі стентуванням або без нього, шунтування, ендартеректомія (хірургічне видалення частини внутрішньої оболонки артерії разом із прилеглою атеросклеротичною бляшкою з метою реканалізації закупореної судини та відновлення кровопостачання тканин).

Ендоваскулярне втручання ефективне у пацієнтів із наявністю переміжної кульгавості та гемодинамічно значущою аортоіліаковою оклюзійною хворобою (клас 1) або феморо-поплітеальною хворобою (клас 2а). Ендоваскулярні процедури не слід проводити пацієнтам зі ЗПА виключно для запобігання прогресуванню до критичної ішемії кінцівки (клас 3).

Пацієнти з гострою ішемією кінцівок мають бути обстежені лікарем, який має досвід оцінки життєздатності кінцівок та володіє технікою ревазуляризації. Візуалізація у такому випадку не потрібна, замість цього слід перейти до ревазуляризації й розпочати антикоагуляцію. У разі незворотних уражень тканин нижньої кінцівки проводиться її ампутація.



Тему синдрому діабетичної стопи висвітлює у своїй доповіді **заступник медичного директора ММ «Добробут» за напрямком «Ендокринологія» С.В. Болгарська.**

Синдром діабетичної стопи (СДС) – це патологічний наслідок діабетичної полінейропатії, серцево-судинних уражень, що призводить до утворення виразково-некротичних змін, деструкції кістково-суглобових структур стопи, підвищує ризик розвитку гангрен стопи, ампутації кінцівки та смертності.

Лікування та профілактики СДС передбачають:

- повне розвантаження ураженої ділянки;
- хірургічна обробка виразки;
- контроль інфекції за допомогою антибіотикотерапії;
- ревазуляризація;
- корекція кардіометаболічних факторів ризику;
- місцеве лікування в поєднанні з ад'ювантними методами;
- навчання пацієнтів правил догляду за стопами;
- регулярний моніторинг стану стоп та носіння ортопедичного взуття.

Ад'ювантні методи терапії трофічних уражень включають:

- препарати факторів росту:
 - рекомбінантний людський епідермальний фактор росту;
 - тромбоцитарний фактор росту, плазма, збагачена тромбоцитами;
 - рекомбінантний фактор росту фібробластів;
- VAC-терапія;
- «штучна шкіра» – Apligraf;
- пов'язки на основі колагену;
- амніотична мембрана.

Доповідка зауважила, що лікування пацієнтів із СДС має бути комплексним (із дотриманням стандартів лікування) та здійснюватися на основі міждисциплінарного підходу. Ад'ювантні методи лікування хронічних виразок слід застосовувати строго за показаннями й з обов'язковим дотриманням принципу «standards of care».

Висновки

- ✓ ЗПА – загальний прояв системного атеросклерозу, що характеризується зниженням кровотоку в нижніх кінцівках, проявляється різноманітними симптомами – від болю в кінцівках до гангрен.
- ✓ Основними факторами ризику захворювання є тютюнопаління, ЦД, артеріальна гіпертензія, наявність хронічного запального захворювання.
- ✓ Крім модифікації способу життя, до медикаментозних методів лікування відносять антитромбоцитарну, гіполіпемічну, антигіпертензивну, цукрознижувальну терапію, а також цилостазол та пентоксифілін.
- ✓ Цилостазол – препарат, схвалений FDA до застосування у пацієнтів із переміжною кульгавістю.
- ✓ В Україні одним із препаратів цилостазолу є Клаудіекс, який виробляється компанією Galenicum Health S.L. (Іспанія) на замовлення компанії «Дарниця», що забезпечує якість препарату з дотриманням усіх вимог законодавства ЄС. Клаудіекс випускається двома упаковками – по 28 та 56 таблеток, що дає змогу підібрати необхідний режим. Таблетка Клаудіексу може бути розділена на дві рівні дози.
- ✓ Клаудіекс чинить вазодилатуючу, антиагрегантну, ліпідознижувальну дію, а також має інгібуючий ефект на проліферацію клітин гладких м'язів і запобігає розвитку стенозу судин.
- ✓ Препарат слід приймати у дозі 100 мг двічі на добу, вранці та ввечері, за 30 хв до їди або через 2 год після, курсом 3 міс, після чого оцінити лікувальний ефект та вибрати подальшу тактику лікування.

Підготувала **Іванна Садівська**