Хроническая ишемия нижних конечностей с клиникой перемежающейся хромоты (ПХ)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: E10.5, I70.2, I72.4, I73.1, I73.9, I77.1, I77.3, I77.6 · Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Ассоциация флебологов России, Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов

Перемежающаяся хромота — проявление хронической ишемии нижних конечностей: боль или дискомфорт возникают при ходьбе и уменьшаются после короткого отдыха. Рекомендация посвящена подтверждению артериального поражения, снижению сердечно-сосудистого риска, тренировочной ходьбе, медикаментозной терапии и показаниям к реваскуляризации.

Главное

- ПХ соответствует 2-й степени хронической артериальной недостаточности по Покровскому–Фонтейну и 1-й степени по Rutherford: симптомы появляются при физической нагрузке и исчезают в покое. Легкая ПХ соответствует 2А, клинически значимая — 2Б степени.
- Основная причина ПХ — облитерирующий атеросклероз; также возможны тромбоз, тромбоэмболия, артериит, рестеноз и тромботические осложнения ранее выполненной реконструкции.
- Ключевые модифицируемые факторы риска — курение, сахарный диабет, артериальная гипертензия и нарушения липидного обмена; курение повышает риск ПХ в 3–10 раз.
- Консервативная терапия должна включать отказ от табака, контроль факторов риска, ежедневную физическую активность и лечение симптомов; эти меры применяют на всех стадиях заболевания.
- Тренировочная ходьба — первая линия лечения ПХ (УДД 2, УУР А). Занятия обычно продолжают до появления умеренной или сильной боли; при самостоятельных тренировках нагрузку увеличивают каждые 1–2 недели.
- Реваскуляризацию рассматривают при ограничивающей образ жизни ПХ, если консервативная терапия неэффективна либо противопоказана (УДД 2, УУР В). Условным ориентиром выраженной ПХ служит максимальная дистанция ходьбы около 200 м, но решение принимают индивидуально.

Диагностика

1. Уточнить типичные эпизоды боли или дискомфорта в нижней конечности при нагрузке, их локализацию, повторяемость и уменьшение после непродолжительного отдыха; собрать сведения о факторах риска, сопутствующих заболеваниях, прежних реконструкциях и терапии.
2. Провести общий осмотр и обследование сердечно-сосудистой системы, включая оценку возможного поражения артерий верхних конечностей (УДД 5, УУР С).
3. При первичном обращении и динамическом наблюдении выполнить общий анализ крови и биохимическое исследование с оценкой креатинина, мочевины, АЛТ, АСТ, натрия, калия, билирубина, глюкозы и С-реактивного белка; рутинный контроль проводят 2 раза в год (УДД 4, УУР С).
4. Начать сосудистую визуализацию с ультразвуковой допплерографии артерий нижних конечностей с определением ЛПИ (УДД 1, УУР В). ЛПИ ≤0,90 обладает диагностической ценностью для выявления гемодинамически значимого поражения; при несжимаемых артериях и ЛПИ ≥1,4 используют пальце-плечевой индекс, а при сомнительном пограничном ЛПИ оценивают его значение после 5 минут дозированной ходьбы.
5. Если планируется реваскуляризация, выполнить неинвазивную визуализацию артерий — ДГ, КТ-ангиографию или МР-ангиографию; при их отсутствии — прямую ангиографию (УДД 5, УУР С). Перед бедренно-подколенным шунтированием аутовенозным кондуитом визуализировать предполагаемые подкожные вены.

Лечение

- Курящим пациентам настойчиво рекомендовать отказ от табака с сочетанием поведенческой коррекции и препаратов для лечения никотиновой зависимости (УДД 2, УУР В). После реваскуляризации отказ от курения также рекомендован для снижения риска утраты проходимости эндоваскулярной реконструкции.

- Всем пациентам с клиническими проявлениями заболевания артерий нижних конечностей назначить статин (УДД 1, УУР B) с целью достичь ЛПНП <1,4 ммоль/л (55 мг/дл) и снизить его более чем на 50% от исходного уровня (УДД 5, УУР C). Если у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска максимально переносимая доза статина не позволяет достичь целевого уровня ЛПНП, добавить эзетимиб 10 мг/сут.
- При сочетании заболевания периферических артерий с АГ сначала снижать давление ниже 140/90 мм рт.ст., а при хорошей переносимости — до 130/80 мм рт.ст. или ниже (УДД 1, УУР A). Для большинства пациентов стартовая схема включает ингибитор ренин-ангиотензиновой системы с блокатором кальциевых каналов или диуретиком.
- Для снижения риска инфаркта, инсульта и смерти использовать антиагрегантную терапию. Варианты: ацетилсалициловая кислота 75–150 мг/сут или клопидогрел 75 мг/сут; клопидогрел рекомендован как монотерапия при ПХ (УДД 1, УУР A). У пациентов с подтвержденным атеросклерозом, ПХ и невысоким риском кровотечений возможны ацетилсалициловая кислота 100 мг/сут + ривароксабан 2,5 мг 2 раза/сут (УДД 2, УУР A). Варфарин для снижения риска ишемических сердечно-сосудистых событий при ПХ не рекомендуется.
- Назначить тренировочную ходьбу как первую линию лечения — под контролем специалиста или самостоятельно; занятия обычно продолжают до возникновения умеренной или сильной боли (УДД 2, УУР A).
- Применять цилостазол для уменьшения симптомов и увеличения дистанции безболевой ходьбы в дозе 100 мг внутрь 2 раза в день (УДД 1, УУР A); положительный эффект достигается при постоянном приеме.
- Применять нафтидрофурил для увеличения дистанции безболевой ходьбы у пациентов с ПХ (УДД 1, УУР A).
- Применять сулодексид для увеличения дистанции безболевой ходьбы у пациентов с ПХ (УДД 1, УУР A).
- Пентоксифиллин не рекомендуется для увеличения дистанции безболевой ходьбы в связи с отсутствием достоверных данных о его влиянии на ПХ.
- Простагландины не рекомендуются для увеличения дистанции безболевой ходьбы у пациентов с ПХ в связи с отсутствием достоверных данных об их влиянии на ПХ (УДД 1, УУР A).
- Комплексную консервативную терапию пациента с ПХ проводят не менее 3–6 месяцев для оценки эффективности лечения с повторными ежегодными консультациями сердечно-сосудистого хирурга (УДД 5, УУР C).
- При стеноокклюзирующем поражении аорты и подвздошных артерий выполняют реконструкцию аорто-подвздошного сегмента открытым или эндоваскулярным способом; выбор метода определяет сосудистая команда.
- При стеноокклюзирующем поражении общей бедренной артерии без гемодинамически значимых изменений подвздошных артерий рекомендуется рассмотреть возможность открытой эндартерэктомии (УДД 2, УУР B).
- Не рекомендуется выполнять реваскуляризацию подколенно-берцового и инфрамаллеолярного сегментов у пациентов с ПХ в связи с повышенным риском неблагоприятных исходов в отдаленном периоде.

Когда направить и как наблюдать

- Направить пациента к сердечно-сосудистому хирургу для сбора анамнеза, физикального обследования и оценки системности поражения сосудов (УДД 5, УУР C).
- Рассмотреть направление на реваскуляризацию при ПХ, ограничивающей образ жизни, после неэффективности консервативной терапии или при противопоказаниях к ней (УДД 2, УУР B).
- Плановая госпитализация показана для хирургического или эндоваскулярного лечения артерий нижних конечностей, а также лечения состояний и осложнений после таких вмешательств.
- После операции первый контрольный осмотр проводят через 2–4 недели после выписки, затем наблюдение сердечно-сосудистым хирургом — 2 раза в год; клиническое обследование в послеоперационном периоде выполняют 1 раз в год.

Частые вопросы

Какой ЛПИ подтверждает заболевание артерий нижних конечностей при ПХ?

ЛПИ ≤0,90 обладает диагностической ценностью для выявления гемодинамически значимого поражения. При несжимаемых артериях голени и ЛПИ ≥1,4 используют пальце-плечевой индекс.

Что является первой линией лечения перемежающейся хромоты?

Тренировочная ходьба под контролем врача или самостоятельно. Занятия обычно продолжают до возникновения умеренной или сильной боли.

Как назначают цилостазол при ПХ?

Цилостазол применяют для уменьшения симптомов и увеличения дистанции безболевой ходьбы в дозе 100 мг внутрь 2 раза в день. Эффект поддерживается постоянным приемом.

Какую антитромботическую терапию выбрать при ПХ?

Возможны ацетилсалициловая кислота 75–150 мг/сут или клопидогрел 75 мг/сут; монотерапия клопидогрелем рекомендована при ПХ. У пациентов с невысоким риском кровотечений и подтвержденным атеросклерозом допустима комбинация ацетилсалициловой кислоты 100 мг/сут с ривароксабаном 2,5 мг 2 раза/сут.

Когда при ПХ нужна реваскуляризация?

Ее рассматривают при ПХ, ограничивающей образ жизни, если консервативная терапия неэффективна либо противопоказана. Решение принимают индивидуально с учетом сопутствующих заболеваний и периоперационного риска.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/958-hronicheskaya-ishemiya-nizhnih-konechnostej-s-klinikoj. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/958_1