

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПЕРИФЕРНА АРТЕРИСКА БОЛЕСТ НА ДОЛНИТЕ ЕКСТРЕМИТЕТИ: ДИЈАГНОЗА И ТРЕТМАН

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при периферна артериска болест на долните екстремитети: дијагноза и третман.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при периферна артериска болест на долните екстремитети: дијагноза и третман е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при периферна артериска болест на долните екстремитети: дијагноза и третман по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-3152/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Периферна артериска болест на долните екстремитети: дијагноза и третман

Објавено: август 2012 год.

NICE клинички упатства 147
guidance.nice.org.uk/cg147

Содржина

Вовед	1
Препораки за медикаменти	1
Пациентот во центарот на грижата	2
Клучни приоритети за имплементација	3
1. Упатство	5
1.1 Потреба од информации	5
1.2 Секундарна превенција на кардиоваскуларна болест кај лица со периферна артериска болест	5
1.3 Дијагноза	5
1.4 Техники на визуелизација за ревакуларизација	6
1.5 Третман на интермитентна клавдикација	6
1.6 Третман на критична исхемија на екстремитетите	7
1. Забелешки за обемот на упатството	9
3. Имплементација	10
4. Препораки за истражување	11
4.1 Ангиопластика versus бајпас операција за тестирање на лица со критична исхемија на екстремитетите, предизвикана од болест на инфра-геникуларните артерии	11
4.2 Надгледувани програми на вежби за третирање на лица со интермитентна клавдикација	11
4.3 Верувањата и однесувањето на пациентот за периферната артериска болест	12
4.4 Примарно, наспроти секундарно стентирање за третман на лица со критична исхемија на екстремитетите, предизвикана од болест на потколеничните артерии	12
4.5 Хемиска симпатектомија за справување со болка поради критична исхемија на екстремитетите	13
5. Други верзии на ова упатство	14
5.1 Полно упатство	14
5.2 NICE клиничка патека	14
5.3 Информации за јавноста	14
6. Поврзани NICE упатства	15
7. Ажурирање на упатството	17
Прилог А: Група за развој на упатството, Национален центар за клинички упатства и NICE проектен тим	18
Група за развој на упатството	18
Национален центар за клинички упатства	18
NICE проектен тим	18
За ова упатство	19
Промени по објавувањето	19
Ваша одговорност	19

Вовед

Периферната артериска болест во долните екстремитети (периферна артериска болест во понатамошниот текст) е индикатор за зголемен ризик од кардиоваскуларни настани дури и кога е асимптоматска. Најчестиот иницијален симптом на периферна артериска болест е болка во нозете при одење, позната како интермитентна клавдикација. Критичната исхемија во екстремитетите е тешка манифестација на периферната артериска болест и се одликува со тешко редуцирана циркулација, исхемична болка, улцерација, загуба на ткиво и/или гангрена.

Инциденцата на периферна артериска болест се зголемува со возраста. Популационите студии покажуваат дека околу 20% од лицата над 60 години имаат некој степен на периферна артериска болест. Инциденцата е исто така висока кај пушачи, лица со дијабетес и лица со коронарна артериска болест. Кај најголем дел од лицата со интермитентна клавдикација симптомите остануваат стабилни, но скоро 20% ќе развијат изразено тешки симптоми со развојот на критична исхемија на екстремитетите.

Благите симптоми, генерално, се решаваат на ниво на примарна нега, со упатување на секундарно ниво на здравствена нега кога симптомите не се решаваат или се влошуваат. Постојат неколку можности на третман за лица со интермитентна клавдикација. Тие вклучуваат совети за вежби, справување со факторите на кардиоваскуларен ризик (на пример, со аспирин или статини) и третман со вазоактивни лекови (на пример, со naftidrofuryl oxalate).

Лица со тешки симптоми кои се неадекватно контролирани често се упатуваат на секундарна нега за проценка за ендоваскуларен третман (како што се ангиопластика или стентирање), бајпас операција, справување со болката и/или ампутација.

Брзите промени во дијагностичките методи, ендоваскуларни третмани и васкуларни процедури, поврзани со појавата на нови супспецијалности во хирургијата и интервентната радиологија, резултираа со значајна несигурност и варијации во праксата. Ова упатство има за цел да ги разреши тие несигурности и варијации.

Препораки за медикаменти

Ова упатство ќе претпостави дека препишувачите ќе ги користат збирните карактеристики на лековите при донесувањето на информирани одлуки заедно со индивидуалните пациенти.

Пациентот во центарот на грижата

Ова упатство нуди најдобри практични совети за нега на лица над 18 години со периферна артериска болест.

Третманот и негата треба да ги земат во предвид потребите и карактеристиките на пациентот. Лицата со периферна артериска болест би требало да имаат можност да носат информирани одлуки во однос на нивната нега и третман преку партнерски однос со нивните здравствени професионалци. Ако пациентите немаат капацитет за носење на одлуки, здравствените професионалци треба да ги следат советите на [Department of Health's advice on consent](#) и [Code of practice that accompanies the Mental Capacity Act](#). Во Велс здравствените професионалци треба да ги следат советите од велшката влада.

Добрата комуникација меѓу здравствените професионалци и пациентите е есенцијална. Треба да биде поткрепена со писмени информации, базирани на докази кои одговараат на потребите на пациентот. Третманот и негата и информациите за нив треба да се културно соодветни. Исто така, треба да бидат достапни за лица со посебни потреби, како што се физичка, сензорните или едукативна онеспособеност и за лицата кои не зборуваат или не читаат англиски.

Доколку пациентот се согласи, семејството и негувателите треба да имаат можност да бидат вклучени во одлуките за третманот и за негата.

Семејствата и негувателите треба да ги имаат сите потребни информации и поддршка.

Клучни приоритети за имплементација

Следниве препораки се идентификувани како приоритети за имплементација.

Потреба од информации

- На сите лица со периферна артериска болест понудете им усни и писмени информации за нивната состојба. Дискутирајте со нив, со цел да ги вклучите во носењето на одлуки, да го разберат текот на болеста и што можат да направат, со цел да го превенираат нејзиното прогредирање. Информациите треба да ги вклучуваат:
 - Причините за симптомите и сериозноста на болеста.
 - Ризиците од губиток на екстремитет и/или кардиоваскуларни настани, поврзани со периферна артериска болест.
 - Клучните модифицирачки ризик фактори, како што се пушење, контрола на дијабет, хиперлипидемија, диета, телесна тежина и вежби (види ги препораките за секундарна превенција на кардиоваскуларни настани кои следуваат).
 - Како да се справат со болката.
 - Сите релевантни терапевтски можности, вклучувајќи ги и ризиците и користа од нив.
 - Како можат да дојдат до поддршка за справување со депресијата и анксиозноста.

Обезбедете достапни информации, претходно приспособени на индивидуалните потреби на личноста, при дијагностицирањето и последователно по барање, со цел да им се овозможи на пациентите да носат одкули во текот на целиот тек на третманот.

Секундарна превенција на кардиоваскуларна болест кај лицата со периферна артериска болест

- На сите лица со периферна артериска болест понудете им информации, совети, поддршка и третман во однос на секундарната превенција од кардиоваскуларна болест, во согласност со објавеното NICE упатство (види [Related NICE guidance](#): поглавје 6) за:
 - Прекин на пушењето.
 - Диета, контрола на телесната тежина и вежби.
 - Модифицирање на липидниот профил и терапија со статини.
 - Превенција, дијагноза и третман на дијабет.
 - Превенција, дијагноза и третман на висок крвен притисок.
 - Антиагрегантна терапија.

Дијагноза

- Направете проценка за присуство на периферна артериска болест, доколку лицата:
 - Имаат симптоми кои укажуваат на периферна артериска болест.
 - Имаат дијабетес, незаздравувачки рани на нозете или на стапалата или необјаслива болка во нозете.

- Се планираат за интервенции на ногата или на стапалото.
- Имаат потреба од компресивни чорапи.
- Направете проценка на лицата со сомнеж за периферна артериска болест преку:
 - Прашања за присуство и сериозност на можни симптоми на интермитентна клавдикација и критична исхемија на екстремитетите.
 - Преглед на нозете и на стапалата за докази за критична исхемија на екстремитетите (на пример, улцерација).
 - Испитување на феморалниот, поплитеалниот и пулсот во стапалото.
 - Мерење на педо-брахијалниот притисочен индекс (види ги препораките подолу).
- Измерете го педо-брахијалниот притисочен индекс на следниот начин:
 - Лицето да е одморено и по можност во лежечка положба.
 - Измерете го систолниот крвен притисок со манжетна во соодветна големина на двете раце и на постериорната тибисјална артерија, на *dorsalis pedis* и на перонеалната артерија, кога е можно.
 - Мерење, направено мануелно со Доплер сонда со соодветка фреквенција, се претпочита во однос на автоматското мерење.
 - Документирајте ја природата на Доплеровиот ултразвучен сигнал на артериите на стапалото.
 - Пресметајте го индексот во двете нозе со делење на највисокиот зглобен притисок со највисокиот рачен притисок.

Техники на визуелизација за ревакуларизација

- Понудете контраст-зајакната ангиографија со магнетна резонанца на лица со периферна артериска болест кои имаат потреба од натамошно следење (по дуплекс ултразвук) пред да се земе во предвид ревакуларизација.

Третман на интермитентна клавдикација

- Понудете контролирана програма на вежби на сите лица со интермитентна клавдикација.

Третман на критична исхемија на екстремитет

- Обезбедете сите лица со критична исхемија на екстремитетите да бидат проценети од васкуларен мултидисциплинарен тим пред носење на одлуки за третманот.
- Не нудете ампутација на лица со критична исхемија на екстремитетите, доколку не се разгледани сите можности за ревакуларизација од страна на васкуларен мултидисциплинарен тим.

1. Упатство

Следното упатство е базирано на најдобрите достапни докази. Целосното упатство дава детали за методите и за доказите, користени при неговиот развој.

1.1 Потреба од информации

1.1.1 Понудете на сите лица со периферна артериска болест усни и писмени информации за нивната состојба. Дискутирајте ја со нив, со цел да ги вклучите во носењето одлуки, да го разберат текот на болеста и што можат да направат, со цел да го спречат нејзиното напредување. Информациите треба да вклучуваат:

- Причините за симптомите и сериозноста на болеста.
- Ризиците од губиток на екстремитет и/или кардиоваскуларен настан, поврзани со периферна артериска болест.
- Клучните модифицирачки ризик фактори, како што се пушење, контрола на дијабетес, хиперлипидемија, диета, телесна тежина и вежби.
- Како да се справат со болката.
- Сите релевантни терапевтски можности, вклучувајќи ги и ризиците и користа од нив.
- Како можат да дојдат до поддршка за справување со депресија и анксиозност.

Обезбедете информации, претходно приспособени на индивидуалните потреби на личноста, да бидат достапни при дијагностицирањето и последователно по барање, со цел пациентите да носат одлуки низ целиот тек на нивниот третман.

1.1.2 NICE го разви упатството врз основа на доброто искуство на адултните пациенти со NHS услуги. Следете ги препораките во Patient experience in adult NHS services (NICE клиничко упатство 138).

1.2 Секундарна превенција на кардиоваскуларна болест кај лица со периферна артериска болест

1.2.1 Понудете им на сите лица со периферна артериска болест информации, совети, поддршка и третман во однос на секундарната превенција од кардиоваскуларна болест, во согласност со објавеното NICE guidance (Related NICE guidance; section 6) за:

- Прекин на пушењето.
- Диета, контрола на телесната тежина и вежби.
- Модифицирање на липидниот профил и терапија со статини.
- Превенција, дијагноза и третман на дијабет.
- Превенција, дијагноза и третман на висок крвен притисок.
- Антиагрегантна терапија.

1.3 Дијагноза

1.3.1 Направете проценка за присуство на периферна артериска болест, доколку лицата:

- Имаат симптоми кои укажуваат на периферна артериска болест.
- Имаат дијабетес, нездравувачки рани на нозете или на стапалата или необјаслива болка во нозете.
- Се планираат за интервенции на ногата или на стапалото.
- Имаат потреба од компресивни чорапи.

1.3.2 Направете проценка на лицата со сомнеж за периферна артериска болест преку:

- Прашања за присуство и сериозност на можни симптоми на интермитентна клавдикација и критична исхемија на екстремитетите.
- Преглед на нозете и на стапалата за докази за критична исхемија на екстремитетите (на пример улцерација).
- Испитување на феморалниот, поплитеалниот и пулсот во стапалото.
- Мерење на педо-брахијалниот притисочен индекс (1.3.3).

1.3.3 Измерете го педо-брахијалниот притисочен индекс на следниов начин:

- Лицето да е одморено и по можност во лежечка положба.
- Измерете го систолниот крвен притисок со манжетна во соодветна големина на двете раце и на постериорната тибисјална артерија, на *dorsalis pedis* и на перонеалната артерија, кога е можно.
- Мерење, направено мануелно со Доплер сонда со соодветна фреквенција, се претпочита во однос на автоматското мерење.
- Документирајте ја природата на Доплеровиот ултразвучен сигнал на артериите на стапалото.
- Пресметајте го индексот во двете нозе со делење на највисокиот зглобен притисок со највисокиот рачен притисок.

1.4 Техники на визуелизација за реваскуларизација

1.4.1 Понудете дуплекс ултразвук како испитување од прв ред кај сите лица со периферна артериска болест кај кои се размислува за реваскуларизација.

1.4.2 Понудете контраст-зајакната ангиографија со магнетна резонанца на лица со периферна артериска болест кои имаат потреба од натамошно испитување (по дуплекс ултразвук) пред да се земе во предвид реваскуларизација.

1.4.3 Понудете КТ ангиографија за лицата со периферна артериска болест кои имаат потреба од натамошно испитување (по дуплекс ултразвук), доколку контраст-зајакната ангиографија со магнетна резонанца е контраиндицирана или не се толерира.

1.5 Третман на интермитентна клавдикација

Надгледувана програма на вежби

1.5.1 Понудете надгледувана (под супервизија) програма на вежби на сите лица со интермитентна клавдикација.

1.5.2 Размислете за контролирана програма на вежби за лица со интермитентни клавдикации која вклучува:

- 5-7 часа неделно надгледувани вежби во период од 3 месеци.
- Охрабрувајќи ги лицата да вежбаат до точка на максимална болка.

Ангиопластика и стентирање

- 1.5.3 Понудете ангиопластика за третман на лица со интермитентна клавдикација само кога:
- Советите за корисноста на модифицирање на ризик факторите биле крајно нагласени (види ги препораките 1.2.1) **и** кога
 - надгледуваната програма на вежби не води до задоволувачка промена на симптомите **и**
 - снимање со примена на техниките на визуелизација потврдило дека ангиопластиката е соодветна за пациентот.
- 1.5.4 Не нудете примарно стентирање за третман на лица со интермитентна клавдикација, предизвикана од аорто-илијачна болест (освен при комплетна оклузија) или феморо-поплитеална болест.
- 1.5.5 Размислете за примарно стентирање за третман на лица со интермитентна клавдикација, предизвикана од комплетна аорто-илијачна оклузија (наместо стеноза).
- 1.5.6 Користете необложени метални стентови кога стентирање се применува за третман на лица со интермитентна клавдикација.

Бајпас операција и типови графтови

- 1.5.7 Понудете бајпас операција за третман на лица со тешка животолимитирачка интермитентна клавдикација само кога:
- Ангиопластиката е неуспешна или несоодветна **и**
 - снимањето со примена на техниките на визуелизација потврдило дека бајпас операцијата е соодветна за пациентот.
- 1.5.8 Користете аутологен венски графт секогаш кога е можно кај лица со интермитентна клавдикација кои подлежат на инфра-ингвинална бајпас операција.

Naftidrofuryl oxalate

- 1.5.9 Размислете за третман со Naftidrofuryl oxalate за третман на лица со интермитентна клавдикација, почнувајќи со најевтината подготовка само кога:
- Контролираната програма на вежби не води до задоволувачко подобрување **и**
 - личноста претпочита да не биде упатена на ангиопластика или бајпас операција.

Проверете го напредокот по 3-6 месеци и прекинете го Naftidrofuryl oxalate доколку нема никаков симптоматски бенефит.

1.6 Третман на критична исхемија на екстремитетите

- 1.6.1 Обезбедете сите лица со критична исхемија на екстремитетите да бидат проценети од васкуларен мултидисциплинарен тим пред да се донесат одлуки за третман.

Реваскуларизација

- 1.6.2 Понудете ангиопластика или бајпас операција за третман на лица со критична исхемија на екстремитетите кои имаат потреба од реваскуларизација, земајќи ги предвид факторите, како што се:
- Коморбидитети.
 - Моделот на болеста.
 - Достапност на вена.
 - Преференциите на пациентот.
- 1.6.3 Не нудете примарно стентирање за третман на лица со критична исхемија на екстремитетите, предизвикана од аорто-илијачна болест (освен комплетна оклузија) или од феморо-поплитеална болест.
- 1.6.4 Размислете за примарно стентирање за третман на лица со критична исхемија на екстремитетите, предизвикана од комплетна аорто-илијачна оклузија (наместо стеноза).
- 1.6.5 Користете необложени стентови кога стентирањето се користи за третман на лица со критична исхемија на екстремитетите.
- 1.6.6 Користете автологна вена секогаш кога е можно кај лица со критична исхемија на екстремитетите кои се подложуваат на инфра-ингвинална бајпас операција.

Третман на болка при критична исхемија на екстремитетите

- 1.6.7 Понудете paracetamol и/или јаки или слаби опиоиди, зависно од сериозноста на болката, на лица со критична исхемична болка на екстремитетите.
- 1.6.8 Понудете лекови како лаксативи и антиеметици за справување со несаканите ефекти на јаките опиоиди, согласно со потребите и преференциите на пациентот.
- 1.6.9 Лицата со болка поради критична исхемија на екстремитет упатете ги кај специјалист за справување со болка доколку постои било што од следново:
- Болката не е адекватно контролирана, а реваскуларизација е несоодветна или невозможна.
 - Потребни се растечки високи дози на опиоиди за контрола на болката.
 - Болката перзистира по реваскуларизација или ампутација.
- 1.6.10 Не нудете хемиска симпатектомија на лица со критична исхемична болка во екстремитетите, освен во контекст на клиничка студија.

Мајорна ампутација

- 1.6.11 Не нудете мајорна ампутација на лица со критична исхемија на екстремитетите, си додека не се разгледани сите опции за реваскуларизација од страна на васкуларен мултидисциплинарен тим.

1. Забелешки за обемот на упатството

NICE упатствата се развиваат соодветно на обемот кој дефинира што даденото упатство покрива, а што не.

Упатството покрива

- Возрасни на и над 18 години.
- Лица кои покажуваат симптоми на периферна артериска болест на долните екстремитети, вклучувајќи интермитентна клавдикација, исхемична болка во мирување и/или губиток на ткиво.
- Лица без симптоми на периферна артериска болест (на пример, оние со венски улцерации), кои имаат патолошки педо-брахијален притисочен индекс.
- Подгрупи врз основа на етничка припадност, социоекономски фактори, возраст или коморбидитети (вклучувајќи лица со дијабетес), за кои се идентификувани разлики во третманот и во исходот.

Упатството не покрива

- Деца и млади на и под 17 години.
- Возрасни кои имаат акутна исхемија на долните екстремитети.
- Методи на ампутација и рехабилитација.
- Справување со дијабетично стапало.
- Употреба на топични (локални) третмани и преврски.

Како се развиваше ова упатство

NICE го овласти Националниот центар за клинички упатства да го развие ова упатство. Центарот основаше Група за развој на упатства (види Додаток А), која ги разгледа доказите и ги разработи препораките. Независен панел за преглед на упатства го надгледуваше развојот на упатството (види додаток Б).

Повеќе информации за тоа како NICE Упатствата се развиваат се достапни на веб-страната на NICE и во Како NICE клиничките упатства се развиваат: осврт за заинтересираните страни, јавноста и NHS.

3. Имплементација

NICE има развиено алатки кои им помагаат на организациите во имплементацијата на упатството.

4. Препораки за истражување

Групата за развој на упатството ги направи следниве препораки за истражување, базирани на нивниот преглед на доказите, со цел подобрување на NICE упатството и грижата за пациентите во иднина. Целиот сет на препораки за истражување на Групата за развој на упатството е детално дадена во целото упатство (види [дел 5](#)).

4.1 *Ангиопластика versus бајпас операција за тестирање на лица со критична исхемија на екстремитетите, предизвикана од болест на инфра-геникуларните артерии*

Која е клиничката и ценовната ефективност на „бајпас операција како прв избор“ стратегијата, споредено со „ангиопластика како прва“ стратегија за третирање на лица со критична исхемија на екстремитетите, предизвикана од болест на потколеничните артерии?

Зошто е ова важно

Многу лица со критична исхемија на екстремитетите, особено оние со дијабетична васкуларна болест, исто така имаат и болест на потколеничните артерии. Долг период наназад бајпас операцијата се смета за стандардна негa во овие ситуации. Иако таква операција може да биде поврзана со значаен морбидитет, општо земено, долгорочните ампутација-слободни времиња на преживување се добри. Во последниве години постои тренд на третирање на оваа состојба со ангиопластика, базирано на помалиот морбидитет, асоциран со интервенцијата споредено со бајпас операцијата. Сепак, оваа промена во праксата не е базирана на докази и постои сериозна загриженост за трајноста на ангиопластиката во оваа анатомска област. Мултицентрична, контролиранирана, рандомизирана, клиничка студија со целосна економска анализа е потребна за овој проблем. Примарната крајна точка на следењето треба да е ампутација-слободно преживување, со секундарна точка која вклучува севкупно преживување, квалитет на животот, поврзан со здравјето, заздравување од ткивниот губиток и ослободување од исхемичната болка.

4.2 *Надгледувани програми на вежби за третирање на лица со интермитентна клавдикација*

Која е клиничката и економска ефективност на надгледувана програма на вежби, споредено со ненадгледувани вежби за третирање на лица со интермитентна клавдикација, земајќи ги во предвид ефектите врз долгорочниот исход и продолжувањето на нивото на вежба?

Зошто е ова важно

Истражувањата покажаа дека вежби и физичка активност може да водат до краткорочно подобрување на симптомите на интермитентна клавдикација. Сепак, користа од вежбите брзо се губи доколку не се чести и регуларни. Надгледуваните програми за вежбање покажаа супериорни резултати, споредено со советот за вежбање

(ненадгледувано вежбање), но тие се поскапи и постои недостаток на цврсти докази за долгорочната ефективност. Општествено базирана, рандомизирана, контролирана студија е потребна за да се спореди долгорочната клиничка и економска ефективност на надгледувана програма на вежби и ненадгледувани вежби. Студијата треба да вклучува лица со клавдикација која се должи на периферна артериска болест, но да ги исклучи лицата со претходни ендоваскуларни или хируршки интервенции. Примарната крајна цел треба да биде максималната дистанца на пешачење, додека како секундарни крајни цели да се вклучат квалитетот на живот, функција, консумирани нивоа на оптоварување и долгорочната одржливост на физичка активност.

4.3 Верувањата и однесувањето на пациентот за периферната артериска болест

Кој е ефектот на однесувањето и верувањето на индивидуата за нејзината периферна артериска болест врз справувањето и исходот од нивната состојба?

Зошто е ова важно

Прегледаните докази укажуваат на тоа дека, меѓу лицата со периферна артериска болест, има недостаток на разбирање за причините на болеста, недостаток на верување дека интервенциите за промена на животниот стил (бихевиорални промени) ќе имаат позитивно влијание на исходот на болеста и нереални очекувања од исходот од хируршките интервенции. Најголем дел од истражувањата се спроведени на суппопулација на лица со периферна артериска болест кои се препратени за хируршка интервенција, но има малку достапни докази за мнозинството на пациенти со дијагностицирана периферна артериска болест, третирани на ниво на примарна нега. Потребно е истражување за однесувањата и верувањата во однос на периферната артериска болест, интервенции кои можат да влијаат врз ставот на пациентите за нивната болест, за ефектот на бихевиоралните промени врз ризик факторите за периферна артериска болест, како и за нивниот став кон интервенциите и клиничките исходи.

4.4 Примарно, наспроти секундарно стентирање за третман на лица со критична исхемија на екстремитетите, предизвикана од болест на потколеничните артерии

Која е клиничката и економска ефективност на селективното стентирање, споредено со ангиопластика плус примарно стентирање за третирање на лица со критична исхемија на екстремитетите, предизвикана од болест на потколеничните артерии?

Зошто е ова важно

Студии кои споредуваат ангиопластика, надополнета со селективно стентирање, наспроти примарно стентирање, се ограничени на аорто-илијачниот и феморо-поплитеалниот сегмент. Но, постои значајна популација на пациенти со критична исхемија, предизвикана од болест на потколеничните артерии кај кои има потенцијал за ендоваскуларен третман. Болеста на потколеничните артерии е покомплексна за

третирање со ендоваскуларни интервенции и ризиците и користа од различните опции за третман може да се разликуваат од оние за попроксималните садови. Потребна е мултицентрична, рандомизирана, контролирана студија со целосна здравствена економска анализа која ќе се однесува на оптималната стратегија во однос на методот на ангиопластика и стентирање за болест на потколеничните артерии. Примарната крајна точка треба да биде ампутација-слободно преживување, додека секундарни севкупното преживување, честотите на реинтервенции, квалитетот на живот во однос на здравјето, заздравување од ткивниот губиток и ослободување од исхемијата болка.

4.5 Хемиска симпатектомија за справување со болка поради критична исхемија на екстремитетите

Која е клиничката и економска ефективност на хемиска симпатектомија, во споредба со други методи на контрола на болка за справување со болка при критична исхемија во екстремитет?

Зошто е ова важно

Скоро 1 од 5 лица со критична исхемија во екстремитетите не може да добие ревакуларизациона процедура, било поради анатомската дистрибуција на болеста, било поради присуство на коморбидитети. Кај овие пациенти, третман на избор е контрола на болката или примарна ампутација. Хемиска лумбална симпатектомија, која вклучува уништување на лумбалниот симпатетичен ланец (вообичаено L2 и L3 ганглиите) се препорачува за намалување на болката и заздравување на раната и може да превенира од ампутација кај одредени пациенти. Иницијално постигнута хируршки, денес најчесто се изведува со хемиски агенси, како што е фенол, кои го уништуваат лумбарниот симпатетичен ланец. И покрај тоа што се користи над 60 години, улогата на хемиската лумбална симпатектомија останува нејасна. Покажано е подобрување на кожниот крвен проток и модификација на перцепцијата на болка, што ја поттикна употребата на хемиската лумбална симпатектомија за третирање на низа состојби, како што се регионални болни синдроми, вазоспастични состојби и критична исхемија на екстремитетите. Сепак, при критична исхемија на екстремитетите употребата на хемиска лумбална симпатектомија широко варира меѓу различни делови на Велика Британија, начинот на акција и индикациите се нејасни и моментално не постои доказ од рандомизирана, контролирана студија која ќе ја демонстрира клиничката вредност на оваа процедура. Поради ова, се препорачува изведување на рандомизирана, контролирана студија за споредба на хемиска лумбална симпатектомија со други методи за ослободување од болка.

5. Други верзии на ова упатство

5.1 *Полно упатство*

Целосното упатство [Lower limb peripheral arterial disease: diagnosis and management](#), содржи детали за методите и за доказите, користени за развој на ова упатство. Тоа е објавено во Националниот центар за клинички упатства и е достапно од веб-страницата на NICE: <http://www.nice.org.uk/>

5.2 *NICE клиничка патека*

Препораките од ова упатство се инкорпорирани во NICE клинички патеки, достапни на: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/>

5.3 *Информации за јавноста*

NICE продуцираше и информации за јавноста [information for the public](#), во кои се објаснува ова упатство.

Ги охрабруваме националните здравствени служби (NHS) и секторот на доброволни организации да го користат текстот од овие информации во нивните сопствени материјали за периферната артериска болест.

6. Поврзани NICE упатства

Општи

- Patient experience in adult NHS services. NICE клиничко упатство 138 (2012).
- Opioids in palliative care. NICE клиничко упатство 140 (2012).
- Medicines adherence. NICE клиничко упатство 76 (2009).

Периферна артериска болест

- Cilostazol, naftidrofuryl oxalate, pentoxifylline and inositol nicotinate for the treatment of intermittent claudication in people with peripheral arterial disease. NICE упатство за технолошки развој 223 (2011).
- Endovascular stent-grafting for popliteal aneurysms. NICE упатство за интервентна процедура 390 (2011).
- Percutaneous atherectomy of femoro-popliteal arterial lesions with plaque incision devices. NICE упатство за интервентна процедура 380 (2010).
- Spinal cord stimulation for chronic pain of neuropathic or ischaemic origin. NICE упатство за технолошки развој 159 (2008).
- Percutaneous laser atherectomy as an adjunct to balloon angioplasty (with or without stenting) for peripheral arterial disease. NICE упатство за интервентна процедура (објавувањето се очекува во ноември 2012 год.).

Прекин на пушењето

- Smoking cessation services. NICE упатство за јавно здравје 10 (2008).
- Preventing the uptake of smoking by children and young people. NICE упатство за јавно здравје 14 (2008).
- Varenicline for smoking cessation. NICE упатство за технолошки развој 123 (2007).
- Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. NICE упатство за јавно здравје 1 (2006).

Диета, дијагноза и третман на прекумерна тежина и вежбање

- Prevention of cardiovascular disease. NICE упатство за јавно здравје 25 (2010). Physical activity and the environment. NICE упатство за јавно здравје 8 (2008). Promoting physical activity in the workplace. NICE упатство за јавно здравје 13 (2008). Obesity. NICE клиничко упатство 43 (2006).
- Four commonly used methods to increase physical activity. NICE упатство за јавно здравје 2 (2006).

Липидна модификација и терапија со статини

- Lipid modification. NICE клиничко упатство 67 (2008).
- Ezetimibe for the treatment of primary (heterozygous-familial and non-familial) hypercholesterolaemia. NICE упатство за технолошки развој 132 (2007).
- Statins for the prevention of cardiovascular events. NICE упатство за технолошки развој 94 (2006).

Превенција , дијагноза и третман на дијабетес

- Diabetic foot problems – inpatient дијагноза и третман of people with diabetic foot ulcers and infection. NICE клиничко упатство 119 (2011).
- Preventing type 2 diabetes: population and community-level interventions in high-risk groups and the general population. NICE упатство за јавно здравје 35 (2011).
- Type 2 diabetes: the дијагноза и третман of type 2 diabetes. NICE клиничко упатство 87 (2009).
- Type 1 diabetes. NICE клиничко упатство 15 (2004).
- Type 2 diabetes – footcare. NICE клиничко упатство 10 (2004).
- Guidance on the use of patient-education models for diabetes. NICE упатство за технолошки развој 60 (2003).

Превенција, дијагноза и третман на висок крвен притисок

Hypertension. NICE клиничко упатство 127 (2011).

Antiplatelet therapy

Clopidogrel and modified release dipyridamole in the prevention of occlusive vascular events. NICE упатство за технолошки развој 210 (2010).

7. Ажурирање на упатството

NICE клиничките упатства се ажурираат така што препораките ги земаат во предвид новите важни информации. Новите докази се проверуваат 3 години по објавувањето и се бара мислење од здравствените професионалци и од пациентите. Ги користиме тие информации во одлуката дали дел или целото упатство треба да се ажурира. Доколку значајни нови докази се објават во кое било друго време, можеме да одлучиме за побрзо обновување на некои препораки. Ве молиме, погледнете ја нашата веб страница за информации за ажурирање на упатството.

Прилог А: Група за развој на упатството, Национален центар за клинички упатства и NICE проектен тим

Група за развој на упатството

(15 члена, податоците се достапни на: <http://guidance.nice.org.uk/cg147>).

Национален центар за клинички упатства

(10 члена, податоците се достапни на: <http://guidance.nice.org.uk/cg147>).

NICE проектен тим

(6 члена, податоците се достапни на: <http://guidance.nice.org.uk/cg147>).

За ова упатство

NICE клиничките упатства се препораки за третманот и грижата за лица со одредени болести и состојби во NHS во Англија и во Велс.

Упатството беше развиено од страна на Националниот центар за клинички упатства за акутни и хронични состојби. Центарот работеше со група здравствени професионалци (вклучувајќи консултанти, лекари по општа пракса и медицински сестри), пациенти и негуватели и технички персонал, кои ги разгледуваа доказите и ги подготвија препораките. Препораките беа финализирани по консултации со јавноста.

Методот и процесите на развивање на NICE клиничко упатство е опишан во [The guidelines manual](#).

Препораките од ова упатство се инкорпорирани во NICE клинички патеки [NICE Pathway](#). Креирање и информации за јавноста [information for the public](#) кои го објаснуваат упатството. Алатките кои ќе помогнат да се воведат ова упатство во клиничка пракса и информациите за доказите врз кои е базирано упатството се исто така достапни [available](#).

Промени по објавувањето

Ноември 2012: минорно одржување.

Ваша одговорност

Ова упатство го претставува погледот на NICE, кој е резултат на внимателно разгледување на сите достапни докази. Се очекува здравствените професионалци да го земат во предвид при практикување на нивната клиничка проценка. Но, упатството не ја надминува индивидуалната одговорност на здравствените професионалци во донесувањето одлуки, соодветни на условите на секој индивидуален пациент, а во консултација со пациентот, неговиот негувател/старател и со полно знаење за карактеристиките на применетите продукти или медикаменти.

Имплементацијата на ова упатство е одговорност на локалните членови на комисији и провајдери. Тие се потсетуваат дека нивна одговорност е да го имплементираат ова упатство во нивниот локален контекст, соодветно на нивните должности и потребата да елиминираат незаконска дискриминација, да унапредуваат еднаквост на можности и поттикнување на добри односи. Ништо во ова упатство не треба да биде интерпретирано на начин кој ќе биде неконзистентен со придржувањето кон овие должности.

Авторски права

© Национален институт за здравје и клиничка извонредност, 2013. Сите права задржани. Авторските права за материјалот може да се даунлодираат за приватно истражување и студирање и може да бидат репродуцирани за едукативни и непрофитни цели. Никаква репродукција од или за комерцијални организации или за комерцијални цели не е дозволена без писмена дозвола од NICE.