

Lékař by se měl zaměřit zejména na tyto cílené dotazy:

- Kdy jsou přítomny bolesti DKK (celý den, jenom ráno, horší na večer, jenom po zátěži, bolesti klidové, musí svěšovat končetiny z postele, v noci se budí bolestí). Bolesti ischemické jsou typicky pozátěžové, ve vyšších stadiích pak klidové vleže a nejdůležitější jsou klidové bolesti i přes úlevovou polohu (tedy se svěšením končetin).
- Klaudikace a klaudikační interval, tedy vzdálenost, kterou pacient ujde, než ho začnou bolet DKK. Ischemická bolest je způsobená zhoršeným prokrvením svalů a vznikem ischemických bolestí při anaerobním metabolismu. Je přímo závislá na významnosti postižení cévního řečiště a patří mezi jeden z nejdůležitějších indikačních parametrů další terapie. Správné zhodnocení klaudikačního intervalu je proto velmi důležité. Jelikož indikační kritéria se z velké míry řídí intervalem v metrech, je důležité u pacienta pátrat po odhadu vzdálenosti kterou ujde, nikoliv času, po který se může procházet. Pro objektivizaci slouží vyšetření na běžícím pásu s měřením ušlé vzdálenosti od vzniku prvních bolestí až do zastavení chůze.
- Defekty DKK. Vznik spontánní nebo úrazem, jak dlouho se hojí/nehojí.
- Pocit chladu a barva kůže (promodrání nebo naopak hyperemické zarudnutí).

Již na základě těchto vyšetření je možné určit v případě ICHDK, o jaké stadium onemocnění se jedná (Tab. 1). V diferenciální diagnostice bolestí DKK odlišujeme hlavně bolesti spinální, artropatické a klaudikace při chronické venózní insuficienci. Dalším neodmyslitelným diagnostickým bodem je správně provedené klinické vyšetření.

Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření se provádí pohledem, pohmatem a poslechem. Pohled – hodnotíme barvu kůže, trofické změny, přítomnost a charakter defektů. Pohmat – hodnotíme proteplení končetin s kontralaterálním srovnáním, hmatné pulzace; nehmatné pulzace nemusí nutně znamenat přítomnost ICHDK

(vyšetřuje-li nezkušený vyšetřující). Dále je důležité sledování v čase, vymizení pulzací tam, kde byly v minulosti hmatné je alarmující. Při vyšetření pulzací pomůže též tužkový Doppler. Poslechově můžeme slyšet někdy šelest z turbulentního proudění krve v místě stenózy.

Správně odebraná anamnéza a klinické vyšetření může vyloučit ischemickou etiologii bolestí DKK. Například, pokud se jedná o pacienta mladšího věku, který nemá defekty DKK či jiné trofické změny kůže, a má dobře hmatné pulzace na periferních tepnách (arteria dorsalis pedis na hřbetu nohy a arteria tibialis posterior za vnitřním kotníkem), pak je potřebné pátrat po jiné než ischemické příčině bolestí DKK.

Paraklinická vyšetření

Index kotník-paže (ankle-brachial index, ABI) patří mezi jednoduchá vyšetření. Z vypočteného indexu lze usuzovat na závažnost ischemického postižení periferních tepen DKK. Hodnota $ABI \leq 0,90$ má vysokou senzitivitu i specifitu pro diagnostiku ICHDK. Jako kritickou ischemii označujeme hodnoty $\leq 0,50$. Při hodnotě $ABI > 1,3$, která svědčí pro kalcifikaci tepen (zvláště u diabetiků), je vhodné doplnit měření prstových tlaků a stanovit TBI (toe brachial index), protože tepny na palci jsou méně zatíženy kalcifikací. Hodnoty $TBI \leq 0,70$ znamenají přítomnost ICHDK. Měření kotníkových tlaků a stanovení ABI lze provést v ambulanci praktických lékařů (kód VZP-12024 – „měření ABI (indexu kotník-paže) na čtyřech končetinách oscilometrickou metodou“), měření prstového tlaku (na palci DK) se většinou provádí ve specializovaných cévních ambulancích.

Měření transkutánní tenze kyslíku je nepřímé vyšetření prokrvení tkání. Měří se speciálními kontaktními „elektrodami“, naměřené hodnoty se srovnávají s referenční hodnotou (uloženou v oblasti pod levým klíčkem). Využívá se hlavně při měření prokrvení v okolí defektů, a u diabetiků.

Dopplerovské ultrazvukové vyšetření je zobrazovací metoda první volby. Zobrazí anatomii tepen a žil, přítomnost toku krve v barevném zobrazení a charakter a rychlost toků v triplexním zobrazení. Tzv. cévní ultrazvuk by měl provádět lékař zkušený v diagnostice

ICHDK. Pacient se může ocitnout hned u tří odborností – radiologa, angiologa či cévního chirurga. Ultrazvukový obraz umožní zobrazit velkou část tepenného řečiště již od abdominální aorty přes pánevní tepny až na tepny DKK. U zdravých a hubených lidí lze zobrazit až 80 % průběhu jednotlivých tepen (dáno anatomickými poměry). Ultrazvukem lze odhalit AS změny na intimě tepen, dále zobrazit stenozující pláty a posoudit hemodynamickou významnost těchto stenóz, případně posoudit úplnou okluzi tepen. Pulsním a kontinuálním dopplerovským vyšetřením lze posoudit charakter a rychlost toků v jednotlivých úsecích tepen. Rychlost a charakter křivky se mění při nefyziologickém nálezu. Normálním nálezem je trifazická křivka, která vyjadřuje dobrou pružnost tepen. Při zhoršení nálezu se charakter křivky i rychlosti mění.

Angiografie výpočetní tomografií (CTAG) je vyšetření tepen pomocí CT, u kterého je intravenózně aplikována do těla jódomá kontrastní látka, která zobrazí cévní řečiště. Vyšetření je poměrně rychlé, nevýhodou může být mj. záťaž pro ledviny. Angiografie magnetickou rezonancí není v České republice na rozdíl od CTAG tak snadno dostupná. Vyšetření MR je časově mnohem náročnější. Angiografie skiaskopii se provádí na angioline. Podobně jako u CTA se zobrazují tepny pomocí většinou jódové kontrastní látky. Výhodou je zobrazení průtoku tepenným řečištěm v čase, a možnost pokračovat ihned v revaskularizačním zákroku.

Terapie

Moderní přístup v léčbě pacienta s ICHDK si žádá mezioborové posouzení zdravotního stavu pacienta a v případě zvažování invazivního řešení i společné rozhodnutí o doporučeném terapeutickém postupu. To je zaručeno multidisciplinárním angiointervenčním indikačním seminářem, kde jsou přítomni odborníci ze všech zainteresovaných oborů – cévní chirurg, intervenční radiolog i angiolog, vítán je i ošetřující lékař, pokud se může dostavit osobně. Pro správné zhodnocení pacienta je důležité, aby při rozhodování byly k dispozici i informace o celkovém stavu a komorbiditách nemocného, stejně jako jeho životní prognóze. O dalším postupu rozhoduje multidisciplinární komise, která „ušije“ pacientovi terapii na míru. Následná péče je