

individuální. Významným limitem je i imobilita a kontraktury velkých kloubů.

Možnosti terapie ICHDK spočívají v dodržování režimových opatření, farmakoterapii, endovaskulárních intervencích a operacích. Kombinaci chirurgického a endovaskulárního zákroku nazýváme hybridní výkon.

Režimová opatření

■ zákaz kouření (toto většina pacientů nevládne jenom svou pevnou vůlí nebo mají vysoké riziko relapsu, proto je důležité poučit je o škodlivosti kouření a odeslat je do specializované ambulance odvykání kouření, kde je úspěšnost léčby mnohem vyšší), – trénink chůze (tak jako sportovec musí cvičit svaly, aby dosáhl nejlepšího výkonu, tak i pacient s ICHDK musí cvičit chůzi, aby se jeho klaudikační interval prodlužoval; navíc fyzickou aktivitou dochází k roztažení kolaterál.

Farmakoterapie

Velmi často farmakoterapie spolu s režimovými opatřeními udrží pacienta v uspokojivém stavu a omezí nutnost endovaskulární nebo chirurgické revaskularizace.

Farmakoterapie zpomaluje progresi aterosklerotických změn.

1. Základem farmakoterapie ICHDK je antiagregace + statin. Z antitrombotik je nejčastěji používána kyselina acetylsalicylová, méně často nebo také v kombinaci s ní se užívá clopidogrel či jiné moderní antiagregans. Pacienti však také mohou být rezistentní na tyto látky, a ty jsou pak neúčinné. Lze to zjistit laboratorním testem. Kontroly složek krevních lipidů jsou důležité pro dávkování statinů či jiných moderních hypolipidemik nebo jejich kombinaci (ezetimib, PCSK9i, inclisiran). ICHDK je řazena do kategorie tzv. „velmi vysokého KV rizika“, kde cílová hladina LDL-cholesterolu je < 1,4 mmol/l.
2. V indikovaných případech se většinou samostatně nebo v kombinaci užívají antitrombotika spolu s antikoagulačními léky

Tab. 2. Endovaskulární metody revaskularizace

Endovaskulární intervence	
angioplastika	roztažení cévy balonkem
potážený balonek	roztažení cévy balonkem s naneseným farmakem, které se otiskne do stěny cévy a brání proliferaci endotelu, čímž brání vzniku sekundárního zúžení lumen
stent	vyztužení stěny cévy a roztažení „trubičky“ v místě zúžení
stentgraft	stent, který je překrytý krvotěsným materiálem
fenestrováný stentgraft	používá se do úseků s větvemi, ve kterých je potřebné zachovat průtok
Možnosti endovaskulární mechanické rekanalizace	
mechanická trombektomie	rekanalizace relativně čerstvých uzávěrů bez větší kalcifikace
litotrypse	na konci katétru vzniká ultrazvuková rázová vlna, která drtí kalcifikované pláty
rotační aterektomie	vytvoří průchod přes kalcifikované lumen, a tím umožní provést další plastiku
aspirační trombektomie	tromby a emboly jsou nasávány do katétru

Tab. 3. Chirurgické možnosti revaskularizace

Chirurgická revaskularizace	
plastika	rozšíření lumen tepny pomocí záplaty
endarterektomie	otevření tepny a odstranění kalcifikovaného plátu
bypass	přemostění překážky graftem
tromb/embolektomie	vytažení trombu/embolu z lumen cév pomocí katétru, který má na konci balonek
resekce aneuryzmatu	vyřazení a odstranění rozšířené části tepny z oběhu, a tím snížení rizika ruptury
exkluze aneuryzmatu	obchvat aneuryzmatu bypassem; aneuryzma je ponecháno in situ, je podvázán přítok a odtok, aneuryzma trombotizuje
Grafty	
biologické	autologní žíla, kryoprezervovaný alograft, xenograft – boviní perikard
umělé	tkané, pletené, polytetrafluorethylenové (PTFE)

(warfarin, DOAC). Kombinace antitrombotik navzájem nebo s antikoagulačními léky jsou často podávány po revaskularizačních výkonech.

3. Mezi léky, které se u ICHDK také často a s efektem (prodlužují klaudikační interval a mohou působit také částečně antitromboticky nebo antikoagulačně) užívají, jsou vazoaktivní léky, jakými jsou naftidrofuryl, sulodexid, cilostazol.

Vazoaktivní léky lze také podat i. v. formou např. ve vazodilat. infuzi (např. prostaglandiny, sulodexid, pentoxifylin).

Možnosti revaskularizace jsou shrnuty v Tab. 2 a 3.

Závěr

U každého pacienta s podezřením na ICHDK, s klaudikacemi, klidovými bolestmi

DKK či s nehojícími se defekty DKK (nad 4–6 týdnů) by měl praktický lékař nemocného podrobně vyšetřit. Pokud má pak lékař podezření na ICHDK, je plně indikováno vyšetření na specializovaném pracovišti. Důležité je mít na paměti existenci diagnózy ICHDK, která je v populaci poměrně rozšířená. Správně odebraná anamnéza, poctivé fyzikální vyšetření a včasné odeslání pacienta ke specialistovi může pacientovi zachránit končetinu a uchránit jej od amputace. Pacienta je nutno odeslat na pracoviště, kde je prováděno specializované ultrazvukové vyšetření tepen a žil dolních končetin (radiologie, angiologie, cévní chirurgie). Zásadní pro úspěšnou léčbu ICHDK je přijít k odborníkovi včas, nechat se ošetřit, respektovat a následně dodržovat dlouhodobou terapii.

Podpořeno MUNI/A/1343/2022.

LITERATURA

1. Frankovičová, et al. Cievna chirurgia. Košice: Equilibria; 2018.
2. Chochola. Ischemická choroba dolních končetin. Med. praxi. 2009;6(3):172-173.
3. Frank U, et al. ESVM Guideline on peripheral arterial disease. Vasa. 2019;48(Supplement 102):1-79.