

Komplexná starostlivosť o diabetikov s končatinovocievnu artériovou chorobou

Complex management of diabetic patients with lower extremity peripheral arterial disease

Peter Gavorník¹, Andrej Dukát², Ľudovít Gašpar^{1,3}, Gabriela Gubo¹, Naďa Bežillová^{1,4}, Martina Kováčová⁵, Eva Gavorníková^{1,6}, Anna Petrášová⁷, Iveta Gašparová^{1,8}, Lujza Sabolová^{9,10}, Marek Kučera^{3,11}, Katarína Kusendová¹², Alena Uhrínová^{1,3}, Matej Bendžala^{1,3}, Dáša Mesárošová^{3,10}

¹Angiologická sekcia Slovenskej lekárskej komory (AS SLK)

²V. interná klinika LF UK a UNB, Nemocnica Ružinov, Bratislava

³I. interná klinika LF UK a UNB, Nemocnica Staré Mesto, Bratislava

⁴III. interná klinika LF UK a UNB, Nemocnica akad. L. Déreza, Bratislava

⁵Národný ústav srdcových a cievnych chorôb (NÚSCH), Bratislava

⁶Ambulancia všeobecného lekárstva pre dospelých, Poliklinika Ružinov, Bratislava

⁷Lekáreň Salvator, Prosalute, Modra

⁸Klinika telovýchovného lekárstva LF UK a UNB, Nemocnica Staré Mesto, Bratislava

⁹Onkologický ústav svätej Alžbety (OÚSA), Bratislava

¹⁰Slovenská zdravotnícka univerzita (SZU), Bratislava

¹¹Ambulancia všeobecného a vnútorného lekárstva, Vitacare, s.r.o., Modra

¹²Národná transfúzna služba SR, Bratislava

✉ doc. MUDr. Peter Gavorník, PhD., mim. prof. | gavornik.peter@gmail.com | www.fmed.uniba.cz

Kľúčové slová

angiológia/vaskulárna medicína
diabetológia
končatinovocievna artériová
choroba
liečba
periférne artériové ochorenie
(PAO)
prevencia

Key words

angiology/vascular medicine
diabetology
extremityvascular artery disease
peripheral arterial disease (PAD)
prevention
treatment

Doručené do redakcie/

Received 13. 12. 2017

Prijaté po recenzii/

Accepted 17. 2. 2018

Abstrakt

Končatinovocievna artériová ischemická choroba (periférne artériové ochorenie dolných končatín – PAO DK) je dôležitou manifestáciou systémovej aterosklerózy a iných artériových chorôb cievneho systému. Čím nižší je členkovo-ramenový tlakový index, tým väčšie je riziko vzniku závažných akútnych instabilných orgánovaskulárnych príhod (napr. akútneho infarktu myokardu, náhlejšieho cievnej mozgovej príhody). V práci sa rozoberá komplexná prevencia a liečba končatinovocievnej artériovej choroby. Angiológia/vaskulárna medicína je najrýchlejšie sa rozvíjajúcou špecializáciou internej medicíny.

Abstract

Extremityvascular arterial ischemic disease (lower extremity peripheral arterial disease – PAD) is an important manifestation of systemic atherosclerosis and other arterial diseases of vascular system. The lower the ankle-brachial pressure index, the greater the risk of serious acute instabile organovascular events (e. g. acute myocardial infarction, stroke). Complex prevention and treatment of extremityvascular arterial disease is discussed in this article. Angiology/vascular medicine is the fastest growing field of internal medicine.

Úvod

Končatinovocievna artériová choroba dolných končatín (periférne arteriálne ochorenie – PAO; membravasculárna artériová choroba; lower extremity peripheral artery disease – PAD; extremitovascular disease – EVD; limbovascular disease – LVD) je dôležitou manifestáciou nielen systémovej aterosklerózy/aterotrombózy, ale aj iných stenotizujúco-obliterujúcich chorôb artériového cievneho systému (tab. 1). Končatinovocievna choroba je jednou z hlavných orgánovaskulárných chorôb (tab. 2), ktoré sa vyskytujú u diabetikov v rôznych kombináciách, najmä v závislosti od prítomnosti pridružených komorbidít a rizikových vaskulárných faktorov (tab. 3) [1–23]. Periférne arteriálne ochorenie je termín síce často používaný, ale nevhodný, najmä preto, že žiadna medzinárodná anatomická nomenklatura nepozná ani „periférne cievy“, ani „centrálne cievy“, a nie je jasný význam použitia slova „periférny“ (okrajový; vzdialený; odľahlý; bočný; podradný; podružný etc). Adjektívum od artérie nie je „arteriálny“, ale artériový. „Ochorenie“ nie je synonymom choroby, ale upadnutie do choroby alebo kratšia/ľahšia choroba. To určite nevystihuje túto v skutočnosti prognosticky závažnú chorobu. Ani delenie ciev na koronárne a „nonkoronárne“ nemá vo vedeckoodborných prácach žiadne opodstatnenie.

Angiológia/vaskulárna medicína je v ostatných rokoch najrýchlejšie sa rozvíjajúcou špecializáciou **internej medicíny**, ktorá sa zaoberá všetkými medicínskymi aspektmi ciev, cievnych porúch, cievnych chorôb a orgánovaskulárných chorôb [1,24]. Má štyri špecializácie. **Arteriológia** sa venuje najmä chorobám artériového cievneho systému (tab. 1) a orgánovaskulárnym artériovým chorobám (tab. 2); **mikrovaskulárna medicína** sa zaoberá chorobami mikrociev (malých artérií, arteriol, kapilár, venúl, malých vén); **flebológia** rieši choroby vénového cievneho systému a orgánovaskulárne vénové choroby; **lymfológia** sa venuje chorobám lymfových ciev [1,9,13]. Angiológia má svoje národné (Angiologická sekcia SLK; Slovenská angiologická spoločnosť SLS) a viaceré medzinárodné vedecko-odborné inštitúcie [1,24,25]. Hlavnou témou najbližšieho Angiologického kongresu Európskej spoločnosti vaskulárnej medicíny (European Society for Vascular Medicine – ESVM), ktorý sa koná 18.–20. 3. 2018 v Prahe [24], a 28. Svetového angiologického kongresu (28th World Congress of the International Union of Angiology – IUA), ktorý sa koná 18.–21. 10. 2018 v Pekingu (Čína) [25], je práve končatinovocievna artériová choroba.

Klinický obraz

Klinický obraz chronickej formy končatinovocievnej artériovej choroby prebieha väčšinou v 4 štádiách (I až IV), ktoré opísal v roku 1954 René Fontaine. Táto klasifikácia sa postupne doplňuje a upravuje. V USA sa viac používa Rutherfordova klasifikácia so štyrmi stupňami (0 až III) a siedmymi kategóriami (0 až 6). Jednou z novších modifikácií je **komplexná klinicko-etiológicko-anatomicko-patofyziologická (CEAP) klasifikácia** podľa Angiologickej sekcie Slovenskej lekárskej komory (AS SLK)

Tab. 1 | Základné, kauzálne cievne artériové choroby (morbus fundamentalis, elementaris, causalis) orgánovaskulárných ischemických chorôb. Upravené podľa [1,9,11,14]

E1	ateroskleróza/aterotrombóza	
E2	arterioloskleróza/arteriolonekróza/arteriolokalcinóza	
E3	diabetická angiopatia	E3.1 diabetická makroangiopatia
		E3.2 diabetická mikroangiopatia
E4	Mönckebergova medioskleróza/mediokalcinóza	
E5	arteritídy (vaskulitídy)	E5.1 primárne vaskulitídy
		E5.2 sekundárne vaskulitídy
		E5.3 pseudovaskulitídy
E6	kompresívne artériové syndrómy	
E7	fibromuskulárna dysplázia artérií	
E8	cystická degenerácia adventície artérií	
E9	artériová trombóza	
E10	artériová embólia (tromboembólia)	
E11	traumatické a posttraumatické arteriopatie	
E12	fyzikálne arteriopatie	
E13	chemické a toxické arteriopatie	
E14	iatrogénne artériové oklúzie	
E15	disekcia artérií	
E16	anomálie priebehu artérií (tortuozity, coiling, kinking)	
E17	komplikovaná artériová aneuryzma	
E18	artériovo-vénová fistula	
E19	zriedkavé artériové choroby a poruchy (rare diseases; orphan diseases):	E19.1 štruktúrna hemoglobínopatia S (drepanocytóza)
		E19.2 Fabryho choroba; Andersena-Fabryho choroba
		E19.3 kalcifylaxia (calciophylaxis)
		E19.4 Marfanov syndróm
		E19.5 Ehlersov-Danlosov syndróm
		E19.6 idiopatická cystická nekroza média aorty
		E19.7 Loeysov-Dietzov syndróm
		E19.8 aneurizmovo-osteoartrický syndróm
		E19.9 Turnerov syndróm
		E19.10 mitochondriové vaskulárne zriedkavé choroby, napr. MELAS
		E19.11 moya-moya choroba
		E19.12 monogénové systémové choroby malých ciev:
		E19.12.1 CADASIL
		E19.12.2 CARASIL
		E19.12.3 CRV/HERNS
		E19.13 koarktácia aorty
		E19.14 amyloidová angiopatia
		E19.15 ďalšie zriedkavé artériové cievne choroby

MELAS (myopatia; encefalopatia; laktátová acidóza; stroke like epizódy) **CADASIL** (cerebrálna autozómovo dominantná arteriopatia so subkortikálnymi infarktmi a s leukoencefalopatiou) **CARASIL** (cerebrálna autozómovo recesívna arteriopatia so subkortikálnymi infarktmi a s leukoencefalopatiou) **CRV/HERNS** (cerebroretinálna vaskulopatia a hereditárna endotelopatia s retinopatiou, nefropatiou a ischemickými mozgovými príhodami/stroke)

(tab. 4), ktorá vychádza aj z potrieb DRG systému a ktorá umožňuje spresniť včasnú diagnózu každej orgánovaskulárnej artériovej choroby ešte pred vznikom tkanivovej ischémie (C0, C1), vrátane včasnej diagnózy diabetickej nohy [1,9,13]. Membrovaskulárna artériová choroba má u diabetikov rýchlejší a závažnejší priebeh s väčším sklonom k vzniku neohraničenej vlhkej horúcej gangrény (C4b), čo je podmienené najmä distálnejšou distribúciou viacetážových artériových a mikrovaskulárnych oklúzií (AACmM), ktoré okrem aterosklerózy (E1) vznikajú aj na podklade arteriolosklerózy (E2), diabetickej mikroangiopatie (E3.2), artériovej a mikrovaskulárnej trombózy (E9), artériovej tromboembólie (E10) a niekedy aj na podklade ďalších vaskulárnych chorôb, napr. artériovej disekcie (E15), mikroaneurizmy a artériovej aneurizmy (E17) a iných (tab. 1). Diabetici majú najčastejšie **multiorgánomultivaskulárnu chorobu**, teda postihnutie/poškodenie viacerých orgánov a tkanív (tab. 2) viacerými kauzálnymi artériovými cievnymi chorobami (tab. 1) [1,9,14]. Treba zdôrazniť, že diabetickej mikroangiopatie i arterioloskleróza sú generalizované cievne choroby, ktoré postihujú všetky tkanivá, dokonca aj nutritívne cievy samotných ciev (vasa vasorum) a podmieňujú angiovaskulárnu artériovú chorobu (ischemickú arteriopatiu) [1,11,14].

Akútna forma končatinovocievnej artériovej choroby patrí medzi **náhle cievne príhody**, ktoré treba rýchlo diagnostikovať a urgentne riešiť. Najčastejšie vzniká akútnou tromboembolickou artériovou oklúziou. Hlavným príznakom je náhle vzniknutá, intenzívna, šokujúca bolesť (ako „šľahnutie bičom“, ako „zásah bleskom“) distálne od tepnového uzáveru, končatina je studená, bledá, s nehmätou pulzáciou artérií a kolabo-

vanými povrchovými vénami (znak „suchého cievneho riečiska“). Rýchlo vzniká svalové ochrnutie, celkové vyčerpanie organizmu a cirkulačný šok. Ako mnemotech-

Tab. 3 | Rizikové vaskulárne faktory (rizikové faktory aterosklerózy a iných cievnych chorôb). Upravené podľa [1,11]

endogénne (neovplyvniteľné) faktory	vek	
	pohlavie	muž žena po menopauze
exogénne (ovplyvniteľné) faktory	genetické zaťaženie (pozitívna rodinná anamnéza)	
	dyslipidémia	
	artériová hypertenzia	
	fajčenie	
	diabetes mellitus	
	metabolický syndróm (angiometabolický syndróm X)	
	inzulínová rezistencia	
	nadmernosť/obezita (sick fat disease – SFD)	
	telesná inaktivita	
	angiopatogénna (aterogénna) strava	
	typ osobnosti (A)	
	alkoholizmus	
	trombofília	
	hyperurikémia	
	hyperhomocysteinémia	
	zápal	
	depresia	

Tab. 2 | Hlavné orgánovaskulárne artériové ischemické choroby – OVAICH/organovascular artery diseases – OVAD (morbus principalis). Upravené podľa [1,11,14]

cievnocievne (angiovaskulárne; vaskulovaskulárne) choroby; angiovaskulárna artériová choroba (ischemická arteriopatia); angiovaskulárna aortová choroba (ischemická aortopatia; angioaortová ischemická choroba)

srdcovocievne (kardiovaskulárne) choroby; koronárna choroba srdca; ischemická choroba srdca

nervovocievne (neurovaskulárne) choroby: mozgovocievne (cerebrovaskulárne) choroby; ischemická choroba mozgu; náhle cievne ischemické mozgové príhody; ischemické encefalopatie

miechovocievne (myelovaskulárne) choroby; ischemické myelopatie

periférne nervovocievne (periférne neurovaskulárne) choroby, ischemické neuropatie

končatinovocievne (extremitovaskulárne; limbovaskulárne; membrovaskulárne) ischemické choroby; ischemická choroba končatín; artériová choroba končatín; nesprávne periférne arteriálne ochorenie (PAO)

obličkovocievne (renovaskulárne; nefrovaskulárne) choroby; ischemická choroba obličiek; chronická obličková choroba (CKD)

pohlavnocievne (genitovaskulárne) choroby; angiogénna erektilná dysfunkcia; vaskulogénna erektilná dysfunkcia

pľúcnicievne (bronchopulmovaskulárne) choroby;

brušnicievne (splanchnikovaskulárne) choroby

črevnicievne (mezentériointestínokolonovaskulárne) choroby

kožnicievne (dermovaskulárne) choroby

kostnokĺbovosvalovocievne (osteartromuskulovaskulárne) choroby

očnicievne (okulovaskulárne) choroby

ušnicievne (otovaskulárne) choroby

zubnicievne (dentovaskulárne) choroby; stomatovaskulárne choroby

ďalšie orgánovaskulárne choroby

nickú pomôcku používame „8P“ klinických prejavov (pain, pallor, paresthesias, pulselessness, paralysis, polar, position, prostration) [1,13].

Diagnóza

Základným predpokladom efektívnej racionálnej liečby končatinovocievnej artériovej choroby je včasná a správna komplexná (CEAP) diagnóza (tab. 4). V diagnostike okrem anamnézy a základného fyzikálneho klinického vyšetrenia (inšpekcia, palpácia, auskultácia, perkusia) je potrebné vždy urobiť aj **funkčné fyzikálne vyšetrenie**, ktoré informuje o funkčných následkoch cievnych chorôb. Sú to najjednoduchšie funkčné testy, ktoré sa dajú urobiť bez akéhokoľvek prístrojového vybavenia. Pri správnom hodnotení poskytujú tieto testy cenné informácie nielen o prítomnosti artériovej a mikrovaskulárnej stenózy (oklúzie), ale aj o jej funkčnej závažnosti. Patrí sem predovšetkým polohový test a Allenov test [1,9,13].

Pri 3-fázovom polohovo-námahovom teste podľa Ratschowa v modifikácii Linharta [1,9,13] hodnotíme jednak kvantitatívne a jednak kvalitatívne zmeny.

Kvantitatívne s hodinkami (stopkami) hodnotíme:

- trvanie pracovnej fázy do vzniku ischemickej bolesti (normálne nenastane do 120 sekúnd)
- v hyperemickej fáze meriame:
 - čas prvého sčervenania kože na nohách (normálne do 5 sekúnd)
 - čas prvej žilovej náplne (normálne do 10 sekúnd)
 - čas difúzneho sčervenania celej nohy (normálne do 15 sekúnd)

Význam kvalitatívnych zmien je najmä v tom, že upozorňujú na možnosť stenotizujúco-obliterujúcej tepnovej poruchy a aj na jej závažnosť. Tak napr. výrazné zblednutie kože stupajú nôh už vo fáze jednoduchej elevácie nasvedčuje o závažnejšej ischemii než zblednutie, ktoré sa objaví až v priebehu pracovnej fázy. Asymetrické zbled-

nutie ukazuje väčšiu závažnosť miestnej ischemie na strane výraznejšej farebnej zmeny. Pretrvávajúca bledosť niektorej oblasti alebo škvrnité sfarbenie kože v hyperemickej fáze upozorňuje na pravdepodobné obliterácie malých terminálnych tepien či v oblasti mikrociev, napr. pri arterioskleróze, diabetickej mikroangiopatii, mikrovaskulitidach atď., ktoré možno najjednoduchšie v klinickej praxi potvrdiť funduskopiou [1,9,13,15].

Zmeny trvania pracovnej fázy korelujú so zmenami overenej klaudikačnej vzdialenosti na pohyblivom páse. Z ukazovateľov v hyperemickej fáze je najcennejší čas žilovej náplne, ktorého predĺženie nad 35 sekúnd poukazuje na kriticky nízky prietok krvi v kožnej oblasti, a tým aj na zvýšené riziko nekrózy (gangrény).

Polohový test teda vhodne spája vyšetrenie cirkulácie tak v svalovej oblasti (pracovná fáza), ako aj v kožnej oblasti (hyperemická fáza) a využíva sa aj v kinezioterapii končatinovocievnej choroby [1,9,13,23].

Na meranie **distálneho systolického krvného tlaku** sa najviac používa kontinuálna CW Dopplerova ultrasonografická sonda [1,2,3,4,5]. Kompresívna manžeta sa prikladá na končatinu v mieste, kde chceme merať artériový tlak, obdobne ako je to pri auskultačnej metóde, len fonendoskop nahradí sonda. Okamžik, keď sa objaví Dopplerov signál, odpovedá systolickému tlaku v artérii v mieste, kde je manžeta. Pri vyjadrovaní hodnôt krvného tlaku na dolných končatinách sú aj určité ťažkosti (tab. 5). Absolútna hodnota nie je vyhovujúca, už preto, že tlak distálne od obliterujúceho procesu artérie nezávisí len od rozsahu tejto poruchy, ale aj od výšky systémového TK. Napriek tomu, hodnota členkového tlaku 50 mm Hg alebo tlak na prste nohy 30 mm Hg a pokojová ischemická bolesť trvajúca aspoň dva týždne alebo gangréna na nohe či prstoch, sú hlavnými kritériami kritickej ischemie dolných končatín (CLI; C3b). Lepšie je vyjadrovať tlak percentovou hodnotou alebo rozdielovou hodnotou, najčastejšie ako tlakový gradient (napr. gra-

Tab. 4 | Klinicko-etiológicko-anatomicko-patofyziologická (CEAP) klasifikácia končatinovocievnej artériovej ischemickej choroby. Upravené podľa [1,13]

C klinická klasifikácia	C0 latentné štádium artériovej choroby
	C1 asymptomatické manifestné štádium artériovej choroby
	C2 štádium stabilnej orgánovaskulárnej ischemie; klaudikačné (C2a, C2b, C2c)
	C3 štádium instabilnej orgánovaskulárnej ischemie; pokojovej bolesti (C3a, C3b)
	C4 štádium nekrotických orgánovaskulárnych komplikácií; gangrénové (C4a, C4b)
E etiológická klasifikácia	základné kauzálne artériové choroby – tab. 1 (E1 – E19.15)
A anatomická klasifikácia	AA anatomická klasifikácia artériovej choroby (AAMP, AAMD, AAmV, AACmM)
	AO anatomická klasifikácia orgánového/tkanivového poškodenia
P patofyziologická klasifikácia (rizikové vaskulárne faktory)	P1 dysfunkcia endotelu
	P2 stabilné vaskulárne poškodenie
	P3 instabilné vaskulárne poškodenie

Príklad správneho diagnostického záveru hlavnej diagnózy: končatinovocievna artériová choroba (I70.2; C4a), na podklade aterosklerózy, arteriosklerózy a diabetickej mikroangiopatie (E1, E2, E3.2), kombinovaný (makro-mikrovaskulárny) typ (AACmM) s ohraničenou gangrénou palca pravej nohy a s ohraničenými malými gangrénami prednej strany predkolení obojstranne (Martorellov syndróm), instabilné vaskulárne lézie (P3); diabetes mellitus typu 2, rezistentná artériová hypertenzia, dyslipidémia; hyperurikémia, hyperhomocysteinémia (multirizikovosť), s prejavmi syndrómu systémovej zápalovej odpovede (SIRS)

Príklad nesprávneho diagnostického záveru hlavnej diagnózy: PAO IV

dient rameno-členok) alebo podielovou hodnotou ako **členkovo-ramenový index (ankle-brachial index – ABI)**. Normálna hodnota ABI je 1-1,2 (tab. 5). Pri znížených hodnotách ABI 1-0,9 sa odporúča zmerať ABI po záťaži, napríklad v reaktívnej hyperémii (RH), pričom jeho pokles o 20 % svedčí pre hemodynamicky významnú stenotizáciu artérií. Hodnoty ABI 0,9-0,7 poukazujú na mierny až stredne závažný stenotizujúci artériový proces, hodnoty ABI 0,7-0,6 na závažný stenotizujúci proces, hodnoty < 0,6 na artériovú oklúziu, pričom hodnoty < 0,5 ukazujú kritickú končatinovú ischémiu (critical limb ischemia – CLI; C3b). Hodnoty > 1,3 ukazujú na možnosť Mönckeborgovej mediokalcinózy. Okrem merania pokojových hodnôt tlaku v horizontálnej polohe, je možné použiť rôzne záťažové funkčné testy.

Ďalšie neinvazívne a invazívne angiologické vyšetrovacie metódy indikuje a vykonáva angiológ [1,9].

Diferenciálna diagnóza

Diferenciálnodiagnosticky treba presne stanoviť presnú CEAP diagnózu (tab. 1; tab. 4) **angiogénnej (vaskulárnej; artériovej; lokálnej; regionálnej; ischemickej) hypoxie**, ktorú treba odlišiť od **nonangiogénnej (nonvaskulárnej; globálnej; nonischemickej) hypoxie**, ktorá sa rozdeľuje na prinajmenšom päť podskupín [1,9]:

- **cirkulačná hypoxia** je dvojakého typu – pri **hypoperfúznej cirkulačnej hypoxii** ide o zníženie dodávky kyslíka, ktorá je spôsobená znížením prietoku krvi z necievnych príčin, napr. artériová hypotenzia, hypokinetická cirkulácia, malígne dysrytmie, ako napr. fibrilácia komôr, zastavenie srdca atď, pri **normoperfúznej až hyperperfúznej cirkulačnej hypoxii** ide o zvýšené požiadavky tkanív na kyslík, ktoré nie sú adekvátne ani pri normálnom, ba dokonca zvýšenom prietoku krvi, napr. pri veľkej telesnej záťaži, horúčke, svalovej hypertrofii atď
- **hypoxemická hypoxia** je pri zníženom obsahu kyslíka vo vdychovanom vzduchu, napr. vo vysokej nadmorskej výške, pri chronických respiračných chorobách, pri cyanotických srdcových chybách a pod, v artériovej krvi sa zisťuje znížený parciálny tlak kyslíka a znížená kyslíková saturácia, v krvnom obraze je obvykle polyglobulia

- **anemická hypoxia** je pri anémiách – v artériovej krvi je znížená kyslíková kapacita pri normálnom parciálnom tlaku kyslíka a normálnej kyslíkovej saturácii, vo vénovej krvi je znížený parciálny tlak kyslíka i obsah kyslíka v dôsledku väčšieho využitia kyslíka v tkanivách
- **metabolická hypoxia** sa vyskytuje napr. po trijódtyroníne alebo po dinitrofenole, keď tkanivá potrebujú zvýšené množstvo kyslíka
- **histotoxická hypoxia** môže vznikáť pri intoxikácii kyanidom alebo kobaltom. Hlavným mechanizmom je poškodenie dýchacích enzýmov

Manažment

Keďže etiopatogenéza artériových cievnych chorôb je multifaktoriálna a mimoriadne zložitá, aj **prevencia a liečba** týchto chorôb musí byť mimoriadne komplexná. Cieľom prevencie cievnych chorôb je nielen predĺženie života (zníženie mortality) a zníženie morbidít, ale aj zlepšenie kvality života. V ostatných medzinárodných odporúčaniach sa rozlišujú tri navzájom sa dopĺňajúce stratégie: populačná, vysokoriziková a sekundárna [2–5].

Globálna populačná stratégia má viesť k zmene životného štýlu a k zmene tých sociálnych a ekonomických determinantov životného prostredia, ktoré sú v príčinnej súvislosti s pandemickým výskytom cievnych chorôb (**angiopandémia tretieho milénia**). Populačná stratégia má v primárnej prevencii rozhodujúci význam (tab. 6). Je potrebné zmeniť myslenie a konanie nielen zdravotníkov, ale celej spoločnosti, vrátane všetkých štátnych a medzinárodných inštitúcií. Úspech primárnych preventívnych opatrení spočíva iba asi v 20 % v rezorte zdravotníctva, ale až asi v 80 % v racionálnych aktivitách nezdravotníckych zložiek spoločnosti.

Vysokoriziková individuálna stratégia je preventívna starostlivosť zameraná na osoby, ktoré majú genetickú predispozíciu k cievnyim chorobám alebo majú vaskulárne rizikové faktory (diabetes mellitus, dyslipidémie, artériová hypertenzia, fajčenie, hyperurikémia atď.), ktorá má viesť k ich eliminácii. Jej podiel na kontrole týchto rizikových faktorov je z celkového hľadiska malý, ale pre jednotlivca

Tab. 5 | Vyjadrovanie systolického krvného tlaku na dolných končatinách a hodnoty členkovo-ramenového indexu – ABI. Upravené podľa [1]

absolútna hodnota	
percentová hodnota (voči hornej končatine)	
rozdielová hodnota (sTK na HK mínus sTK na DK; tlakový gradient)	
podielová hodnota (sTK v oblasti členka DK : sTK na ramene HK; členkovo-ramenový index (ankle-brachial index – ABI))	1–1,2 norma
	< 1,0 znížené hodnoty
	0,9–1 hraničná hodnota, pri ktorej sa odporúča merať ABI po záťaži, napr. v RH
	0,7–0,9 mierna až stredne závažná artériová stenóza
	0,6–0,7 vysoko závažná stenóza
	< 0,6 oklúzia (obliterácia)
	< 0,5 kritická končatinová ischémi (CLI; C3b)
	> 1,2 zvýšené hodnoty (zvýšená tuhosť; znížená elasticita artérií)
> 1,3 ťažká artérioskleróza, väčšinou Mönckeborgova mediokalcinóza	

je prvoradý. Značnú časť rizikových faktorov nevieme adekvátne eliminovať, či aspoň redukovať nefarmakopropylakticky, preto musíme použiť už v primárnej prevencii aj farmakopropylaktické metódy (tab. 6). Eliminácia vaskulárnych rizikových faktorov orgánovaskulárnych chorôb patrí medzi hlavné princípy **angioprevencie (preventívnej vaskulárnej medicíny)**. Nefajčiť!; Menej a racionálne jesť a piť!; Viac sa pohybovať! – sú 3 základné nefarmakopropylaktické angioprotektívne piliere (imperatívy) zdravého životného štýlu a prevencie všetkých cievnych chorôb. Antilipidogénna, antidyslipidemická terapia (predovšetkým statíny; pri ich intolerancii a vysokom riziku PCSK9-inhibitory) [1,2,5,10,17,22,23]; artériotrombopropylaktická, antitrombotická terapia (kyselina acetylsalicylová alebo antagonisti receptorov P2Y12) [1,2,5,11,23] a vazoaktívna terapia (najmä inhibitory enzýmu konvertujúceho angiotenzín – ACEI) [1,11,12,23] – sú 3 základné farmakopropylaktické angioprotektívne metódy všetkých orgánovaskulárnych artériových chorôb. K tomu často v klinickej praxi pribúda problém redukcie reziduálneho orgánovaskulárneho rizika (3 R) [1,22,23], ktorý si bude vyžadovať aj nové liečebné prístupy – **terapeutická zásada 3 x 3** [1,23]. Minimálnymi cieľmi orgánovaskuloprotektívnej terapie okrem euglykémie sú normolipidémia, artériotrombopropylaktická angiohemostáza, normotenzia a normohmotnosť [1–23].

Pri **kinezioterapii** končatinovocievnej artériovej choroby, ktorá patrí do prvej línie liečby, ide o opakované telesné cvičenia (intervalový tréning), jednak kondičné cviky nepostihnutých častí tela, jednak cviky zame-

rané na zaťažovanie svalových skupín, nachádzajúcich sa distálne od obliterujúcej artériovej poruchy (chôdza, polohové cviky, stoj na špičky, drepy atď), vykonávané v intenzite do 75 % individuálne zisťovanej maximálnej tolerance námahy, ktorá sa musí opakovane testovať aspoň raz za týždeň. Je to v podstate účinná „revaskularizačná“ metóda, pri ktorej sa vytvára kolaterálny cievny systém a iné svalové metabolické kompenzačné zmeny. Prvé angiologické pracovisko (PAP) o tejto efektívnej liečebnej metóde v bývalom Československu publikovalo viacero prioritných originálnych angiologických prác [6,7,8] ešte predtým, ako sa kinezioterapia objavila v medzinárodných odporúčaniach. Pri kinezioterapii sa nielen predlžuje klaudikačná vzdialenosť a ustupujú trofické ischemické zmeny tkanív končatín, ale znižuje sa aj výskyt akútnych kardiovaskulárnych, cerebrovaskulárnych a iných orgánovaskulárnych príhod, teda znižuje sa vaskulárna i celková mortalita. Prvý autor môže s uspokojením konštatovať, že originálne výsledky kinezioterapie, ktoré prednášal a publikoval so spoluautormi pred 30-35 rokmi a opakovane aktualizoval, boli potvrdené aj ďalšími autormi, avšak napriek tomu, že platia dodnes a zdôrazňujú ich aj ostatné relevantné medzinárodné odporúčania [2,4,5,21], bohužiaľ, **angiorehabilitácia** nie je v klinickej praxi dostatočne používaná.

Komplexné vaskulárne centrum/ angiocentrum

Pacienti s akútnymi instabilnými orgánovaskulárnymi chorobami by mali byť čo najrýchlejšie transportovaní do **komplexného angiocentra** (ktorého súčasťou by mala byť angiovaskulárna jednotka, cerebrovaskulárna jednotka, kardiovaskulárna jednotka, končatinovocievna jednotka, renovaskulárna jednotka, mezenteriointestínokolonovaskulárna jednotka a prípadne ďalšie orgánovaskulárne jednotky) s okamžitou možnosťou komplexnej neinvazívnej a invazívnej cievnej a orgánovaskulárnej diagnostiky a urgentnej/emergentnej, kauzálnej, neinvazívnej aj invazívnej angiologickej (klasikkej angiokirurגיעckej alebo endovaskulárnej) liečby. Je objektívne potrebné, aby sa v klinickej praxi efektívne využívali všetky možnosti dynamicky sa rozvíjajúcej angiologie/vaskulárnej medicíny a materiálno-technicky a personálne budovali moderné komplexné vaskulárne centrá schopné neodkladne a efektívne riešiť akútne instabilné cievne príhody nielen v kardiovaskulárnej a cerebrovaskulárnej oblasti, ale v každej cievnej oblasti i v každej orgánovaskulárnej oblasti. Výber najvhodnejšieho terapeutického postupu a indikácie k invazívnej liečbe v angiocentrách by nemali byť výsadou jednotlivca. Je výsledkom vzájomnej diskusie referujúceho (ošetrojúceho) lekára, **angiológa-internistu, angiokirurga a intervenčného vaskulárneho radiológa („angiotrio“; „vascular team“)**, diabetológa, kardiológa, neurológa, všeobecného internistu, anesteziológa-intenzivistu a podľa potreby ďalších orgánových špecialistov (**vaskulárny indikačný seminár – VIS**). Na jej konci by malo byť odporúčanie pre

Tab. 6 | Komplexná neinvazívna prevencia a liečba orgánovaskulárnych artériových ischemických chorôb. Upravené podľa [1,23]

globálna populačná primárna prevencia	nezdravotnícka zdravotnícka
vysokoriziková individuálna primárna prevencia	nonfarmakopropylaktická (3 angioprotektívne imperatívy): nefajčiť! menej a racionálne jesť a piť! viac sa pohybovať! (kinezioprevencia/kinezioterapia) farmakopropylaktická
sekundárna prevencia	eliminácia vaskulárnych rizikových faktorov
	komplexná základná angioprotektívna prevencia/liečba
	zmena životného štýlu (3 angioprotektívne imperatívy): antilipidogénna (antidyslipidemická) liečba antitrombogénna (antitrombotická) liečba vazoaktívna liečba
	ďalšie liečebné metódy, vrátane špecifických postupov pri jednotlivých kauzálnych artériových chorobách a vrátane invazívnej (angiokirurגיעckej a endovaskulárnej) liečby
terciárna prevencia	

pacienta, ako súčasť **vaskulárneho indikačného protokolu (VIP)** [1,11,14].

Záver

Doterajšie medzinárodné odporúčania manažmentu končatinovocievnej artériovej choroby vychádzali predovšetkým z klinickej diagnózy a klasifikácie. Základným predpokladom efektívnej racionálnej liečby však je včasná a správna komplexná klinická, etiologická, anatomická a patofyziologická (CEAP) diagnóza nielen končatinovocievnej choroby samotnej, ale aj ďalších orgánovaskulárnych chorôb (tab. 2) a komorbidít. Končatinovocievna artériová choroba má u diabetikov rýchlejší a závažnejší priebeh s väčším sklonom k vzniku neohraničenej gangrény (C4b), čo je podmienené najmä distálnejšou distribúciou viacetážových artériových a mikrovaskulárnych oklúzií, ktoré okrem aterosklerózy vznikajú aj na podklade arteriolosklerózy, diabetickej mikroangiopatie a ďalších základných vaskulárnych chorôb (tab. 1). Pamätajme, že diabetici majú najčastejšie multiorgánovomultivaskulárnu chorobu, teda postihnutie viacerých orgánov a tkanív viacerými kauzálnymi artériovými cievnyimi chorobami. Liečba musí byť individualizovaná, personalizovaná, šitá na mieru (tailored therapy) podľa všetkých klinických, etiologických, anatomických a patofyziologických komponentov aktuálneho zdravotného stavu konkrétneho človeka – pacienta. V práci sa zdôrazňujú iba vybrané aktuálne aspekty, ktoré apelujú na zlepšenie vzájomnej spolupráce diabetológov a angiológov.

Venované dvadsaťpäťročnému jubileu (štvrtstoročnici) vzniku a činnosti Slovenskej angiologickej spoločnosti Slovenskej lekárskej spoločnosti (SAS SLS) a Angiologickej sekcie Slovenskej lekárskej komory (AS SLK)

Literatúra

- Gavorník P. Angiológia pre všeobecných praktických lekárov. 2. Arteriológia. Dr. Josef Raabe: Annecy-le-Vieux, Berlín, Bratislava, Budapešť, Praha, Sofia, Stuttgart, Varšava 2014. ISBN 978-80-8140-168-8.
- Gerhard-Herman MD, Gornik HL, Barrett C et al. 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2017; 69(11): 1465–1508. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2016.11.008>>.
- Shah S, Antoniou GA, Torella F. Evidence-based analysis of peripheral arterial disease screening based on the WHO criteria. Int Angiol 2017; 36(4):299–305. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.23736/S0392-9590.17.03468-X>>.
- Fowkes GF, Forster RB, Levin CE et al. Priorization of treatments for lower extremity peripheral artery disease in low- and middle-income countries. Int Angiol 2017; 36(3): 203–215. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.23736/S0392-9590.16.03716-0>>.
- Lawall H, Huppert P, Espinola-Klein C et al. German guideline on the diagnosis and treatment of peripheral artery disease – a comprehensive update 2016. Vasa 2017; 46(2): 79–86. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1024/0301-1526/a000603>>.
- Gavorník P, Holomáň M, Kolesár J et al. Kinezioterapia ischemickej choroby dolných končatin u chorých po rekonštruktívnej operácii tepien. Čas Lék Čes 1986; 125(32): 1000–1003.
- Gavorník P, Kolesár J, Dukát A. Pohybová liečba (kinezioterapia) ischemickej choroby dolných končatin III. štádia. Vnitř Lék 1986; 32(6): 597–604.
- Gavorník P, Kolesár P, Hudec I et al. Význam kinezioterapie ischemickej choroby dolných končatin u chorých s rodinnými hyperlipoproteínémiami. Vnitř Lék 1981; 27(1): 72–79.
- Gavorník P. Ateroskleróza a iné choroby tepien. Univerzita Komenského -Vydavateľstvo UK: Bratislava 1999. ISBN 80-223-1422-6.
- Gavorník P, Dukát A, Gašpar L. Manažment dyslipidemií – prítomnosť a budúcnosť. Odporúčania Sekcie angiológov Slovenskej lekárskej komory (2013). Vnitř Lék 2013; 59(10): 932–938.
- Gavorník P, Dukát A, Gašpar L et al. Antitrombocytová trombopropylaxia artériových vaskulárnych chorôb a orgánovaskulárnych ischemických chorôb. Vnitř Lék 2017; 63(2): 124–132.
- Gavorník P, Dukát A, Gašpar L et al. Súčasné registrované a kategorizované antihypertenzné liekové dvojkombinácie v Slovenskej republike. Ateroskleróza 2017; 21(1-2): 1037–1044.
- Gavorník P. Obliterujúce choroby artérií a končatinovocievna ischemická choroba. Nová klinicko-etiológicko-anatomicko-patofyziologická klasifikácia. Kardiológia/Cardiology (Cardiol Lett) 2010; 19(3): 201–213.
- Gavorník P, Dukát A, Gašpar L et al. Choroby aorty – diagnostika, klasifikácia a princípy manažmentu. Kardiol Rev Int Med 2014; 16(6): 493–500.
- Liu Y, Wu F, Lu L, Lin D et al. Videos in clinical medicine. Examination of the Retina.. N Engl J Med 2015; 373(8): e9. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMvcm1308125>>.
- Warkentin TE. Ischemic Limb Gangrene with Pulses. N Engl J Med 2015; 373 (7): 642–655. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1316259>>.
- Werner C, Laufs U. Moving beyond the “LDL hypothesis”. Vasa 2015; 44(5): 333–340. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1024/0301-1526/a000451>>.
- Husmann M, Jacomella V, Thalhammer C et al. Markers of arterial stiffness in peripheral arterial disease. Vasa 2015; 44(5): 341–348. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1024/0301-1526/a000452>>.
- Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2015: A Patient-Centered Approach: Update to a Position Statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care 2015; 38(1): 140–149. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.2337/dc14-2441>>.
- Fox CS, Golden SH, Anderson C et al. [American Heart Association Diabetes Committee of the Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health, Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, Council on Quality of Care and Outcomes Research, and the American Diabetes Association]. Update on Prevention of Cardiovascular Disease in Adults With Type 2 Diabetes Mellitus in Light of Recent Evidence: A Scientific Statement From the American Heart Association and the American Diabetes Association. Diabetes Care 2015; 38(9): 1777–1803. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.2337/dci15-0012>>.
- Yoshitaka I, Suzuki H. Exercise therapy for intermittent claudication in peripheral artery disease. E-Journal of Cardiology Practice 2015; 13(34): 1–7. Dostupné z WWW: <<https://www.escardio.org/Journals/E-Journal-of-Cardiology-Practice/Volume-13/exercise-therapy-for-intermittent-claudication-in-peripheral-artery-disease#27>>. [10. 2015].
- Reith C, Armitage J. Management of residual risk after statin therapy. Circulation 2016; 245: 161–170. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2015.12.018>>.
- Gavorník P, Dukát A, Gašpar L et al. Prevencia a liečba končatinovocievnej ischemickej choroby. Vnitř Lék 2010; 56(6): 613–619.
- ESVM 2018. Dostupné z WWW: <www.esvm-prague.org/>.
- Dostupné z WWW: <<http://www.angiology.org/events/iua-events>>.