

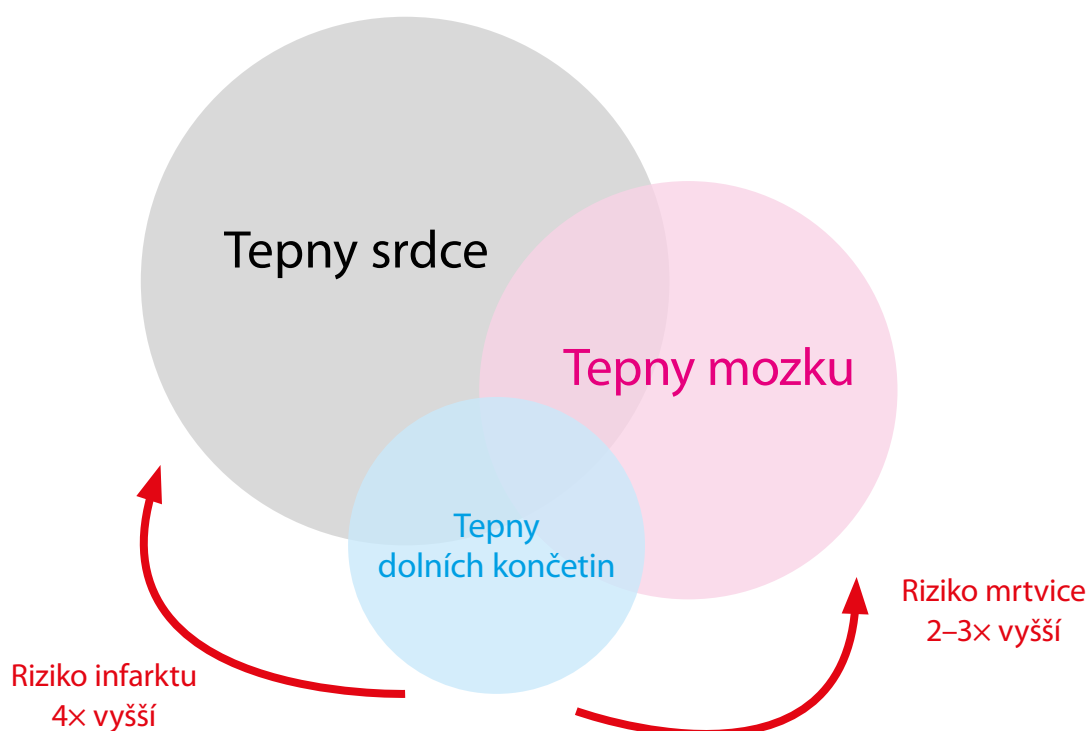
případně exaktní epidemiologické studie doposud chybí. Odhaduje se, že postižení periferního tepenného systému stojí zhruba za celou polovinou všech úmrtí v souvislosti s aterosklerózou. Postižení jednotlivých částí tepenného systému většinou nejsou izolovaná. Aterosklerózu je z pohledu rozsahu a dynamiky vývoje změn možno považovat za systémové onemocnění. Přítomnost aterosklerózy tepen dolních končetin zvyšuje čtyřnásobně riziko infarktu myokardu a dvojnásobně až trojnásobně riziko ischemické cévní mozkové příhody (6). Překryv více oblastí postižení tepen je nově označován jako polyvaskulární postižení. Kombinace postižení více tepenných řečišť je nejsilnějším prediktorem rizika rozvoje jakékoliv závažné kardiovaskulární příhody (7).

Také socioekonomické dopady kardiovaskulárních onemocnění jsou vysoké, řadí se mezi přední příčiny dlouhodobé pracovní neschopnosti. Náklady na terapii kardiovaskulárních onemocnění v ČR jsou nejvyšší ze všech onemocnění (8). Adekvátní a včasná prevence přitom může progresi aterosklerózy u jednotlivých pacientů zbrzdit či zcela zastavit. Zásadní režimová a dietní opatření, případně kombinovaná se správně zvolenou hypolipidemickou terapií, jsou relativně jednoduchá a dostupná. Ekonomicky je samozřejmě výrazně levnější prevence progresu aterosklerózy, než léčba ischemických příhod (9).

Běžná vyšetření

Základem vyšetření je samozřejmě anamnéza a fyzikální vyšetření. Údaj o kardiovaskulární příhodě v první linii ve věku do 55 let mužského příbuzného a do 65 let u ženské příbuzné nás mohou navést k pátrání po heterozygotní familiární hypercholesterolemii. Detekce šelestů nad karotidami, aortou či femorálními tepnami nebo oslabené pulsace na periferních tepnách jsou zásadním důvodem pro podrobné došetření

Obř. 1. Polyvaskulární riziko jako kombinace postižení více cévních řečišť



Ohman EM, Bhatt DL, Steg PG, Goto S, Hirsch AT, Liau CS, Mas JL, Richard AJ, Röther J, Wilson PW; REACH Registry Investigators. The REduction of Atherothrombosis for Continued Health (REACH) Registry: an international, prospective, observational investigation in subjects at risk for atherothrombotic events-study design. *Am Heart J.* 2006 Apr;151(4):786.e1-10. doi: 10.1016/j.ahj.2005.11.004. PMID: 16569533.

periferního tepenného systému. Oku internistovi by neměly uniknout ani takové změny jako arcus lipoides corneae, eruptivní xantomy či xantelasmata na víčkách. Jasná je potřeba laboratorního vyšetření lipidového spektra. Minimálně jednou za život by měla být vyšetřena hladina Lp(a) (lipoprotein a) (2). S velkou výhodou lze použít stanovení desetiletého rizika kardiovaskulárních příhod s pomocí tabulek SCORE 2 a SCORE OP (10). Tato hodnota je jistě dobrou motivací ke změně životního stylu pro asymptomatické pacienty s aterosklerózou.

Přístrojová vyšetření

Výčtem výše uvedených vyšetření doposud končily běžné možnosti ambulantního internisty v rámci jeho vlastní praxe mimo velké nemocnice. Doba ovšem pokročila, dnes máme běžně k dispozici přístrojová vyšetřovací techniky, které byly dříve doménou klinických pracovišť.

Nejjednodušším přístrojovým vyšetřením, dostupným v běžné terénní praxi, je stanovení indexu kotníků paže (ABI – ankle-brachial index). Stanovení hodnoty ABI by mělo patřit mezi základní vyšetření při podezření na aterosklerózu končetinových tepen. Ve své původní formě jde o metodu s použitím jednoduché dopplerovské sondy. Tonometrické manžety, naložené nad kotníky dolních končetin, jsou nafouknutými nad hodnoty systolického tlaku na pažích. Dopplerovská sonda je umístěna na místo předem detekovaného toku na arteria dorsalis pedis a následně arteria tibialis posterior. Při uvolňování tlaku v okluzní manžetě je zjištěna hodnota tlaku na konkrétní tepně. Indexací získané hodnoty vůči tlaku na paži (nejlépe získaného stejným postupem, s dopplerovskou sondou) získáme hodnotu ABI. Jde o relativně jednoduchou metodu, ovšem časově náročnou. Pokud je častěji používána, pak jen angiology či diabetology, převážně v ambulancích. Postup vyšetření touto metodou se