

Boyd z Velké Británie v r. 1962 uvádí mortalitu 8 % ročně a 84 % pacientů zemře na komplikace aterosklerózy (4). Známy konsenzus TASC II z r. 2007 uvádí, že za 5 let je mortalita pacientů s ICHDK s kaudikacemi 10–15 % (2–3 % za rok) a na kardiovaskulární choroby zemře 75 % pacientů (5). Totéž je uvedeno v Evropských doporučených postupech z r. 2017 (6). Agnelli v r. 2020 uvádí přehled 124 studií a uvádí mortalitu 11,3 % za rok! (7). Vzhledem k těmto rozporným údajům, a mnoha dalším v literatuře, jsme vybrali údaje ze zdravotní dokumentace našich pacientů a údaje o mortalitě našich pacientů získaných laskavostí Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky v Praze.

Soubor nemocných a metodika

Z dokumentace naší cévní ambulance jsme vybrali nemocné s ischemickou chorobou dolních končetin (ICHDK). Diagnóza byla stanovena z anamnézy, fyzikálního vyšetření a hodnoty indexu kotníkového tlaku (ABI) (poměr systolického tlaku nad kotníky k tlaku na paži) pod 0,9. U pacientů kteří, prodělali revaskularizaci dolních končetin, mohla být hodnota vyšší. Krevní tlak na pažích (TK) a na dolních končetinách (DK) nad kotníky byl měřen pletysmografickou metodou (přístroj Fukuda Denshi Va Sera 1500). Použili jsme vyšší hodnoty tlaku na paži a nižší hodnotu nad kotníky. Použili jsme nižší hodnotu z více postižené končetiny. U všech nemocných byla diagnóza potvrzena duplexní sonografií s barevným kódováním toku krve (přístroj Philips EnVisor, později Mindray DC8 s lineární sondou o frekvenci 12–3 MHz). Prodělané kardiovaskulární onemocnění (KVO), hypertenzní nemoc, hyperlipoproteinemii a diabetes mellitus jsme stanovili podle anamnézy a léčby. Nehodnotili jsme úspěšnost této léčby. Z hmotnosti (v kg) a výšky (v metrech) pacientů jsme vypočítali index tělesné hmotnosti (kg/m², BMI). Za obézní pacienty jsme považovali osoby s BMI 30 a více. Za kuřáky cigaret jsme považovali i ty, kteří přestali kouřit v posledních 5 letech. Za varixy na dolních končetinách jsme považovali stadia C2 až C4 chronického žilního onemocnění (varixy až trofické kožní změny) podle klinické části CEAP klasifikace (8). Prodělanou revaskularizaci dolních končetin (DK) jsme stanovili podle anamnézy nebo podle přinesené dokumentace. Za postižení jen 1 DK jsme považovali snížení ABI jen na 1 DK. Nemocné jsme léčili podle současných doporučených postupů a i podle přání pacientů. Opakovaně bylo u nás vyšetřeno 182 nemocných. Za klinické zhoršení během sledování nemocných jsme považovali zhoršení kaudikací nebo vznik kritické končetinové ischemie. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR v Praze nám

poskytl u 390 nemocných údaje o datu a příčině úmrtí a, ti tvoří náš soubor nemocných.

Pro všechny proměnné jsme spočítali základní deskriptivní polohy (průměr, medián) a variability (směrodatná odchylka, minimum a maximum). Rozdíly mezi skupinou přeživších a zemřelých pacientů byly hodnoceny pomocí t-testu pro nezávislé skupiny (kontinuální proměnné – např. věk) a χ^2 testu (kategorické proměnné – např. procentuální zastoupení žen). Vztah mezi sledovanými parametry byl kvantifikován pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Rozdíly v délce přežívání pro vybrané ukazatele (např. pohlaví, diabetes mellitus, kardiovaskulární onemocnění) byly hodnoceny pomocí Kaplan-Meierova odhadu a log-rank testu. Statistická významnost byla hodnocena na hladině $\alpha = 0,05$. Statistická analýza byla provedena za využití programu SPSS verze 25.

Za konzultace a statistické zpracování děkujeme Mgr. Martinovi Komarcovi z Ústavu biofyziky a informatiky 1. LF UK Praha 2.

Výsledky

U všech 390 nemocných byla příčinou ICHDK ateroskleróza. Základní parametry našich pacientů ukazuje tabulka 1. Průměrný věk byl 69,6 roků, žen bylo 39 %, obezita byla u 21 % nemocných. Kardiovaskulární onemocnění (mimo hypertenzní nemoc) v anamnéze udávalo 29 % pacientů, hypertenzní nemoc 76 %, hyperlipoproteinemii 57 %, diabetes mellitus 33 %, kouření 66 %, revaskularizaci tepen (operaci nebo perkutánní endovaskulární angioplastiku) 13 % a amputaci 2 %. Při prvním vyšetření kaudikace udávalo 63 % nemocných, kritickou ischemii nohy měly 4 % pacientů. Průměrný BMI byl 27,3, systolický krevní tlak 158,5 mm Hg, ABI 0,65.

Vztah mezi sledovanými parametry ukazuje tabulka 2. Věk našich pacientů byl vyšší u žen, nižší u kuřáků a u kaudikujících pacientů. Ženy měly vyšší systolický TK a méně často uváděly v anamnéze KVO, kaudikace a udaly kratší kaudikační vzdálenost a měly nižší ABI. Diabetes mellitus byl častější u osob s KVO, HLP, s vyšším systolickým TK, vyšším BMI, u obézních a méně často u osob s postižením jen 1 končetiny. HLP byla častější u pacientů s KVO, DM a revaskularizací v anamnéze a méně často u kuřáků. Kouření bylo častější u mladších osob, bez KVO, DM HLP a s nižší hmotností. Kaudikace byly častěji uváděny u mladších osob, u mužů, u kuřáků, u osob bez diabetes mellitus a s nižším BMI a vyšším ABI. Postižení jen 1 končetiny bylo častější u pacientů bez DM, s nižším systolickým TK vyšším ABI.

Ze souboru 390 nemocných zemřelo 145 pacientů. Průměrná doba do smrti byla 6,13 roku. Jeden nemocný zemřel po 2 dnech

Tab. 1. Některé parametry našeho souboru nemocných s ischemickou chorobou dolních končetin

Počet: 390	Průměr	Medián	SD	Minimum	Maximum
Věk (roky)	69,6	69	9,7	40	92
Hmotnost (kg)	78,9	78	16,3	45	149
Výška (cm)	169,8	170	9,5	145	190
BMI	27,3	26,6	4,7	17,6	50,2
TK systolický (mm Hg)	158,5	157,0	21,7	110	232
TK diastolický (mm Hg)	86,9	86,0	11,14	63	131
Klaudikace (m)	270	200	237	10	1 000
ABI	0,65	0,64	0,17	0	1,2

BMI – index tělesné hmotnosti, TK – krevní tlak, ABI – index kotníkového tlaku (systolický TK nad kotníky / systolický tlak na paži)