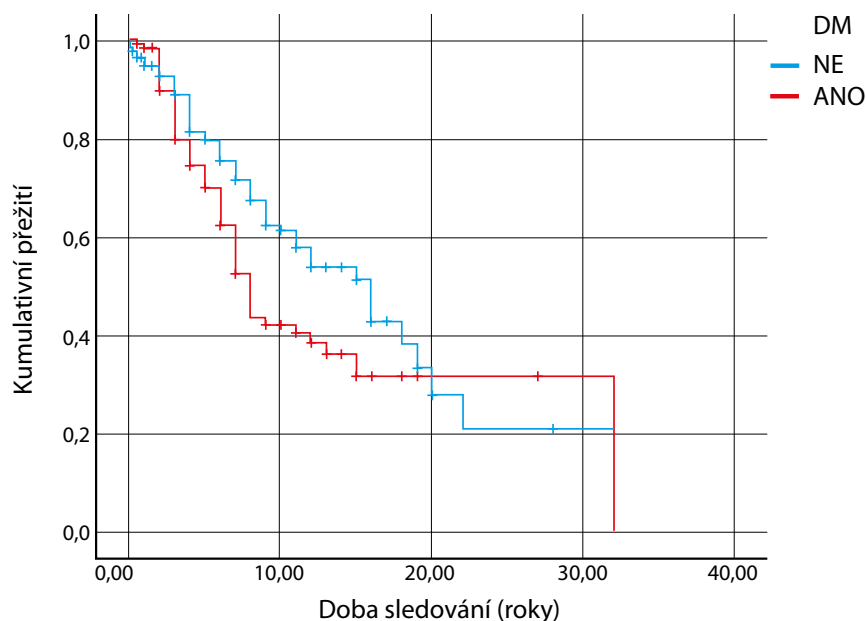


Graf 3. Kaplan-Meierův odhad přežití v souboru nemocných s ICHDK pro diabetes mellitus (DM) (log-rank test $p = 0,012$)

Zdravotnické ročenky ČR v roce 2019 zemřelo u nás (před pandemií covidu-19) na KVO 42,6 % mužů a 46,5 % žen (10). O mortalitě na ischemickou chorobu dolních končetin nemáme u nás žádné údaje a ve světové literatuře jsou data rozporná. Studie zahrnují pacienty z různých období a dřívější zabíraly pacienty jen do věku 60 let a bez DM. Některé práce vycházejí z vlastních souborů pacientů, jiné z pacientů mnoha různých lékařů z mnoha států světa. Některé obrovské soubory vycházejí z národních registrů, jiné z epidemiologických dat a dotazníků. Některé práce zahrnovaly osoby, které měly ABI 0,9 a méně, některé pacienty s kladikacemi, některé i nemocné s kritickou ischemií nohy. Některé studie vycházejí z lékových studií, kde jsou vybraní nemocní a doba sledování je poměrně krátká (11–13). Metaanalýzy vycházejí z mnoha set prací, zpracovány jsou však někdy jen desítky prací. Incidence a mortalita na ICHDK je různá v různých státech světa i Evropy (14).

Allen z USA ve známé učebnici z r. 1955 uvádí, že 50 % pacientů zemře během 3 let (3). Od konce minulého století se roční mortalita uvádí ve velkém rozmezí 1,9–11 % (7, 15, 16). Známý dokument TASC II (5) uvádí roční mortalitu pacientů s kladikacemi 2–3 % a stejné údaje uvádí Evropská doporučení z r. 2017 (6), vycházejí však ze starších dat. Pravdivější jsou asi údaje uvádějící mortalitu 3–7 % za rok (12, 13, 17–20).

V našem souboru 390 pacientů s ICHDK byl velmi vysoký výskyt rizikových faktorů aterosklerózy. Průměrný věk byl 69,6 roků, obdobný jako v jiných studiích a zemřelo 145 osob. Vypočítaná mortalita je 6,25 %, což je v pásmu vyšších hodnot v uvedených publikacích. Podle ÚZIS 2019 (s. 22) je mortalita v ČR ve věkové skupině 65–69 let 1,6 % a ve věkové skupině 70–74 % 2,6 % za rok. Mortalita u našich pacientů je asi 3x vyšší než v běžné populaci a odpovídá literárním údajům (21, 22). Podle očekávání vyšší věk, přítomnost KVO a diabetu (23) zvyšují mortalitu. Neprokázali jsme nižší mortalitu u žen (15, 24, 25) ani u obézních nemocných (26, 27). Překvapivě v našem souboru měli kuřáci menší mortalitu než nekuřáci. Možným vysvětlením je jejich nižší věk, méně často uváděli KVO, DM a HLP. Neprokázali jsme u pacientů s ICHDK a varixy na dolních končetinách zvýšenou mortalitu. Pacienti v našem

souboru byli v méně pokročilém stavu chronického žilního onemocnění než ve studii Prochasky, která to prokázala (28). Je známo, že nemocní s kritickou končetinovou ischemií mají horší prognózu (5, 19). V našem souboru, kde nemocných s kritickou ischemií bylo málo, zvýšení mortality nedosáhlo statistické významnosti. Podobně nemocní, u kterých se klinický stav během sledování zhoršil.

Od 60. let minulého století víme, že nemocní s ICHDK umírají na KVO a jen výjimečně na vlastní onemocnění tepen DK. Boyd z Velké Británie v r. 1962 uvádí, že 80 % zemře na aterosklerózu (4). Criqui v r. 1992 zjistil, že na KVO zemře v USA 76 % mužů a 54 % žen (21). Konsenzus TASC II (5) uvádí 75% kardiovaskulární mortalitu u pacientů s kladikacemi. Podle Rantner (29) v Rakousku na KVO zemřelo jen 31,7 % a na nádorová onemocnění 48,8 %. Ve studii Euclid (12) na KVO zemřelo 38 % nemocných. Pokud k nim přidali i zemřelé z neurčených příčin, stoupl počet na 55,9 %. To ukazuje na problém s vykazováním příčin úmrtí. V našem souboru nemocných s ICHDK zemřelo na KVO 64 nemocných (44 %). Odpovídá to celostátním údajům (10). Pokud bychom k nim přidali pravděpodobně nepřesné diagnózy úmrtí u 10 osob, byla by mortalita 51 %. Spolehlivost vykazování příčiny smrti není u nás horší než v jiných zemích. Překvapivě málo pacientů (jen 7) zemřelo na akutní srdeční příhodu. Pět pacientů, kteří zemřeli na rupturu aneurysma břišní nebo hrudní aorty, byli v péči jiných pracovišť a diagnóza aneurysmatu byla známá. Na ICHDK (kód I70.2) zemřeli jen 2 pacienti.

Potvrzujeme literární údaje, že podíl úmrtí na KVO u pacientů s ICHDK se snižuje ve srovnání se stavem v druhé polovině minulého století. Zvyšuje se podíl nemocných, kteří zemřou na nádorová onemocnění. V ČR nemocní, kteří zemřeli na nádory průdušky a plic, tvoří 22 % zemřelých na nádory a v našem souboru 33 %. Je to dáno asi velkým počtem kuřáků u pacientů s ICHDK. Nepotvrzujeme ojedinělý údaj, že nyní pacienti s ICHDK umírají především na nádorová onemocnění (29).

Je možné považovat za prokázané, že kardiovaskulární mortalita pacientů s ICHDK klesá. V USA a v Nizozemsku pozorovali pokles i celkové mortality pacientů s ICHDK (24, 30). Podle jiné, velké přehledné