proLékaře.cz | 4.5.2024

KAM KRÁČÍ ANGIOLOGIE (S MOŽNÝM NEDOSTATKEM ATESTOVANÝCH ANGIOLOGŮ V BUDOUCNOSTI)...

D. Karetová

Obsahem tohoto čísla Kardiologické revue je několik článků z pera angiologů II. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Zvolili jsme záměrně méně frekventovaná témata týkající se tepenné patologie, aby bylo patrné, že v rukou angiologa není jen řešení stenóz a uzávěrů tepen postižených aterosklerózou.

Angiologové v 70. letech minulého století pokročili v diagnostice postižení tepen ve chvíli, kdy se objevily dopplerovské přístroje s tužkovými sondami a bylo možné pomocí nich lépe kvantifikovat míru končetinové ischemie. U těžších forem nemocí pak následovalo na dnešní dobu vpravdě invazivní vyšetření – přímá bederní aortografie. Následně začala důležitá etapa řešení tepenných stenóz a uzávěrů pomocí balonkových katetrů, již katetrizační cestou, a cévní chirurgie tak začala přicházet o první pacienty. Zdá se být dnes až úsměvné, že i při diagnostice žilních trombóz jsme dlouho určovali průchodnost hlubokého žilního systému pomocí těchto jednoduchých dopplerovských průtokoměrů. Zpětně je jasné, jak často jsme se mohli v diagnostice flebotrombózy mýlit.

V dnešní éře CT a MR angiografií, výkonných přístrojů duplexní ultrasonografie, pozitronové emisní tomografie s použitím fluorodeoxyglukózy je jasné, že jsme schopni nahlédnout i do struktury cévní stěny a můžeme určit i alternativní, vzácné postižení tepenné stěny, aniž bychom museli vždy bioptovat. Článek dr. Ručky přehledně zpracovává diagnostiku infekčních a zejména neinfekčních zánětů aorty a odstupujících větví a popisuje relativně nové diagnózy, pomocí PET-CT zjistitelné, jako je například chronická periaortitida. Dříve hlavní reprezentant periferních arteritid – trombangitis obliterans (Buergerova nemoc) je v současnosti naopak na ústupu a je otázkou, zda podobně jako u chlopenních vad jde o důsledek proléčenosti populace antibiotiky.

Dr. Vařejka ve svém příspěvku rozebírá indikace léčby asymptomatických výdutí břišní aorty ve vztahu k jejich velikosti a současným možnostem endovaskulární implantace stentgraftů.

Článek dr. Procházky o postižení popliteální tepny nám ukazuje, že tato tepna netrpí výlučně aterosklerotickým postižením a například syndrom entrapmentu může být příčinou vážné ischemie u mladých jedinců, často trénovaných sportovců. Opět až duplexní monografie přinesla možnost diagnostikovat útlaky zevně, cystickou degeneraci adventicie či izolované popliteální výdutě s rizikem distálních embolizací.

Článek dr. Dostála probírá možnost léčby uzávěru a. centralis retina vedoucí bez intervence k oslepnutí u velké části postižených. Hlavní příčinou uzávěru této tepny bývá spíš než embolie trombóza in situ, a relativně nadějné výsledky proto dává včas podaná celková trombolýza. Základem úspěšnosti u této diagnózy je však fungující interdisciplinární spolupráce.

V kazuistice dr. Lubandy je popsán komplikovaný případ muže, kterému byl po mnoha letech od chirurgické léčby implantován stent do distální stenózy femoropopliteálního bypassu pro kritickou končetinovou ischemii, i přes vědomí rizikovosti implantace stentu v této lokalizaci. Po dvou letech došlo ke zhmoždění stentu a následné okluzi bypassu. Naštěstí se podařilo bypass lokální trombolýzou otevřít, „frakturu stentu“ diagnostikovat a provést reoperaci bypassu.

V článku dokládajícím úspěšnou spolupráci České angiologické společnosti a praktických lékařů – týkající se výsledků projektu MOET ICHDK (Monitoring efektivní terapie ICHDK) – se vracíme zpět k měření periferních arteriálních tlaků a stanovení ischemického indexu jako základního přístupu v diagnostice ICHDK. Praktičtí lékaři vyhledali přes 3 500 pacientů s ICHDK, podle předpokladu zjistili, že tito nemocní jsou méně intenzivně léčeni vzhledem k rizikům aterosklerózy, a během jednoroční intervence u nich dosáhli příznivé modifikace rizikového profilu. Cílem snažení je, aby se původní jednoduchá ultrazvuková metoda měření periferních tlaků dostala mezi praktické lékaře a ti v první linii byli schopni nacházet i ještě asymptomatické jedince s mírnou končetinovou ischemií, znali principy racionální farmakoterapie a včas pacienty předávali angiologům.

V tomto čísle publikované články ukazují, jak široký je záběr současné angiologie – od řešení uzávěrů mozkových tepen po tepenné záněty v oblasti aorty, její aneuryzmata až po finesy stále se zdokonalující endovaskulární léčby v rukou samotných angiologů. A to jsme zcela minuli méně obvyklé žilní nebo vzácně se objevující lymfatické a mikrocirkulaci postihující problémy. O to nám v kontextu rozmanitosti a šíře záběru tohoto rozvíjejícího se oboru připadá smutnější, že angiologie jako podobor interního lékařství, ve kterém došlo v posledních 20 letech k tak prudkému rozvoji diagnostických a zejména endovaskulárních intervenčních metod, není považován za samostatný atestační obor s návazností na interní kmen. Angiologie je dnes přitom velikostí srovnatelná s jinými podobory interny a kardiolog (nebo internista) většinou nemůže řešit celé spektrum těchto chorob – od v populaci častých projevů žilní nedostatečnosti po choroby lymfatického systému nebo vaskulitidy. Shoda panuje jistě v tom, že vaskulární choroby jsou významnou příčinou morbidity a mortality v dnešní společnosti.

doc. MUDr. Debora Karetová, CSc.