proLékaře.cz | 18.11.2026

# SITUACE V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ ISCHEMICKÉ CHOROBY DOLNÍCH KONČETIN V ČESKÉ REPUBLICE

## (POZNATKY Z PROJEKTU MOET ICHDK – MONITORING EFEKTIVNÍ TERAPIE ICHDK)

D. Karetová, J. Vojtíšková, K. Roztočil, B. Seifert

**Souhrn**

Projekt MOET ICHDK (Monitoring efektivní terapie ischemické choroby dolních končetin) nastolil spolupráci praktických lékařů a angiologů v rámci celé České republiky v oblasti časné diagnostiky ICHDK – forem asymptomatických i symptomatických – a posílil nutnost komplexní léčby těchto nemocných v oblasti intervence rizikových faktorů aterosklerózy v primární péči. Ročním sledováním a intenzifikací léčby bylo dosaženo významného poklesu hladin celkového cholesterolu, LDL-cholesterolu, triacylglycerolů a zlepšilo se množství hypertoniků, kteří dosáhli cílových hodnot. Snížil se počet kuřáků ve sledovaném souboru, nebylo dosaženo redukce tělesné hmotnosti.

**Klíčová slova**

ischemická choroba dolních končetin – časná diagnostika – měření ischemického indexu – intervence rizikových faktorů

**Abstract**

**Diagnostics and treatment of peripheral arterial disease in the Czech Republic (results of the MOET ICHDK [MOET PAD] – Monitoring of an Effective Therapy of Peripheral Arterial Disease – project).**

The MOET ICHDK (Monitoring of an Effective Therapy of Peripheral Arterial Disease, MOET PAD) project had established collaboration between general practitioners and angiologists in the area of PAD – both symptomatic and asymptomatic – across the Czech Republic and emphasised the need for comprehensive care for patients with PAD with respect to atherosclerosis risk factors interventions in primary care. Twelve-month monitoring and treatment intensification led to important decrease in total cholesterol, LDL-cholesterol, triacylglycerols levels and increased the number of patients with hypertension who achieved target values. The number of smokers in the evaluated cohort decreased, while body weight did not decline.

**Keywords**

peripheral arterial disease – early diagnosis – measurement of ischemic index – risk factor intervention

## Úvod

Ischemická choroba dolních končetin (ICHDK) ve srovnání s ischemickým postižením srdce a mozku byla dlouho považována za méně závažný stav. Jde však o onemocnění s poměrně vysokou prevalencí (u nemocných nad 70 let věku přítomné až u 20 %), dále s vážnou prognózou danou zvýšenou kardiovaskulární morbiditou a mortalitou. Pokud diagnóza ICHDK budila obavy, pak především z možnosti ztráty končetiny. Realita však je v tomto aspektu relativně příznivá – jen u menšiny nemocných vznikají ischemické defekty nebo dochází ke ztrátě končetiny. Podle údajů zveřejněných v klíčovém dokumentu týkajícím se problematiky ICHDK (Trans Atlantic Inter-Society Consensus II – TASC II) je zřejmé, že stanovením diagnózy ICHDK je dáno především zhoršení životní prognózy: pětina nemocných v odstupu pěti let prodělá nefatální kardiovaskulární příhodu a 20–30 % dokonce umírá (přičemž v 75 % jde o následky kardiovaskulárních příhod). Naopak prognóza vlastní končetiny u klaudikanta (nebo nemocného s atypickou bolestí, případně ještě asymptomatického) je relativně dobrá: stabilně klaudikuje po pěti letech stále 70–80 % nemocných, ke zhoršení dojde u 10–20 % a do stadia kritické končetinové ischemie dospěje 5–10 % z nich. Nejhorší prognózu mají nemocní s chronickou kritickou končetinovou ischemií (critical limb ischemia – CLI). Pokud nemohou být revaskularizováni, pak jen polovina z nich je v odstupu jednoho roku od vzniku CLI naživu s oběma končetinami, po roce 25 % z nich zemře a 25 % prodělá velkou amputaci [1].

V současnosti není tedy pochyb o tom, že k postižení končetinových tepen musíme přistupovat se stejnou vážností jako k jiným klinickým projevům aterosklerózy, protože u většiny jde o generalizovaný problém tepenného řečiště, a stejně intenzivně nemocné léčit. Systémový charakter aterosklerózy způsobuje, že příčinou úmrtí je logicky u většiny nemocných s ICHDK ischemická choroba srdce (ICHS) – ve 40–60 %, onemocnění mozkových tepen je příčinou úmrtí v 10–20 % a dalších 10 % nemocných s ICHDK umírá na jiné vaskulární komplikace, jako je například ruptura aneuryzmatu břišní aorty [2].

Další problém spojený s diagnózou ICHDK spočívá na základě řady studií (PARTNERS, ATTEST a dalších) v tom, že o spoustě nemocných v počínající fázi nemoci praktičtí lékaři nevědí (to souvisí s malou senzitivitou fyzikálního vyšetření pulzací a poslechu tepen na dolních končetinách, pokud vůbec k vyšetření končetin dojde); u další části nemocných se atypické bolesti v končetině – zejména ve vyšším věku – bagatelizují (ze strany lékaře, ale i pacienta) a někdy i typické klaudikace se považují za degenerativní onemocnění kloubů (zejména vysoké hýžďové nebo stehenní klaudikace). U správně diagnostikovaných pacientů je nedostatkem soustředění se na léčbu zvýšení prokrvení končetiny a malá intervence rizik aterosklerózy. Souhrnně lze konstatovat,

proLékaře.cz | 18.11.2026



že většina pacientů s ischemií končetin – přibližně 60 % – není pro asymptomatičnost nebo atypičnost příznaků diagnostikována a z tohoto důvodu není také léčena. Ale situace není jednoznačně lepší ani u nemocných pozitivně diagnostikovaných – tito nemocní nejsou podle řady dat dobře léčeni a v porovnání s nemocnými s ischemickou chorobou srdeční dostávají méně klíčové léky: antiagregancia, statiny a antihypertenzní léky [2,3]. V řadě ordinací přetrvává algoritmus myšlení „ICHDK implikuje podání pentoxifylinu nebo jiného vazoaktivního léku". Celosvětově jsou nemocní s ICHDK považováni za méně rizikové jedince proti pacientům s ICHS a jsou nedostatečně léčeni. Také studie Weltena z Nizozemska ukázala, že nemocní s ICHDK (podstupující některý z angiochirurgických výkonů) měli horší prognózu než nemocní s ICHS (po koronární angioplastice) a byli méně intenzivně farmakologicky léčeni (statiny, antiagregancii, inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu, beta-blokátory i kalciovými antagonisty a vcelku pochopitelně nitráty). Nedávno publikované studie ukazují, že tento rozdíl ve farmakoterapii rizikových faktorů může způsobovat, že pacienti s ischemickou chorobou dolních končetin mají přibližně 2,5krát vyšší mortalitu než nemocní s ischemickou chorobou srdeční [4,5].

Další zajímavá skutečnost vyplynula ze studie getABI. Šlo o původně průřezovou studii prováděnou v ordinacích německých praktiků s cílem zjistit epidemiologická data týkající se prevalence choroby, komorbidit a rizikového profilu nemocných. Choroba byla prokazována lékaři prvního kontaktu na základě měření ischemického indexu (ankle brachial index – ABI). Zařazeno bylo 6 880 nemocných starších 65 let. Diagnóza ICHDK byla stanovena u 19,8 % zařazených mužů a 16,8 % žen (na základě hodnoty ABI < 0,9). Nemocní byli dále sledováni a léčeni, přičemž po pěti letech byla stanovena mortalita. Zajímavé bylo, že studie getABI ukázala, že vysoce rizikovou skupinu stran mortality představují i méně pokročilí pacienti – klaudikující, a dokonce i asymptomatičtí nemocní bez klinických projevů onemocnění (mortalita symptomatických: 24 %, asymptomatických: 19 %) [6,7].

## Situace v České republice

Uvedené skutečnosti a jejich celospolečenská závažnost byly důvodem k vypracování programu, který měl za cíl vést lékaře primární péče ke zvýšení informovanosti o závažnosti aterosklerózy končetinových tepen, posílit jejich diagnostické dovednosti v detekci ICHDK (zejména časných forem) a zlepšit tím záchyt pacientů a v neposlední řadě je vést ke zlepšení léčebných postupů u nemocných s ICHDK. Projekt **MOET ICHDK** (Monitoring Efektivní Terapie Ischemické Choroby Dolních Končetin) probíhal v letech 2007–2010 ve spolupráci České angiologické společnosti a Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. Realizace projektu byla podpořena grantem společnosti Apotex.

## Cíle projektu MOET ICHDK

Základními cíli projektu bylo:

1. edukovat komplexně lékaře první linie o diagnostice ICHDK a současně o možnostech zjistit tuto nozologickou jednotku již v ordinaci primární péče,
2. aktivně vyhledávat nemocné s ICHDK v ambulancích praktiků (zejména mezi nemocnými s jinými kardiovaskulárními chorobami nebo jasně vyjádřenými riziky vzniku periferní aterosklerózy), ať již symptomatické nebo asymptomatické,
3. intenzivně intervenovat zjištěné rizikové faktory aterosklerózy k cílovým hodnotám a nemocné komplexně léčit dle aktuálních doporučení.

Za účelem splnění výše uvedených cílů bylo postupováno zpočátku cestou edukačních seminářů v rámci celé České republiky, následně se přihlášení lékaři zúčastnili ročního sběru dat o úrovni léčby nemocných s ICHDK, jejich komorbiditách a vývoji rizik.

## Fáze projektu MOET ICHDK

**a) Fáze edukační:** Za účelem zlepšení znalostí praktických lékařů v problematice obliterujících periferních tepenných onemocnění a pro zvýšení povědomí o klinické významnosti aterosklerózy v oblasti končetinových tepen byla v období od dubna 2007 do května 2008 uspořádána pro lékaře první linie série 14 seminářů geograficky pokrývajících prakticky celé teritorium státu. Místem konání se stala tato města: Brno, Břeclav, České Budějovice, Tábor, Děčín, Karlovy Vary, Olomouc, Ostrava, Pardubice, Praha, Strakonice, Ústí nad L., Zlín, Znojmo. Program seminářů byl jednotný a sestával z úvodního testu ověřujícího úroveň znalostí posluchačů a dále přednášek připravených angiology z hlavních vaskulárních center ve spolupráci s cévními specialisty působícími v jednotlivých regionech. Součástí semináře byla demonstrace vyšetření indexu kotník/paže následovaná praktickým nácvikem měření samotnými účastníky semináře. Závěr seminářů představovalo vyhodnocení úvodních znalostních testů s vysvětlením správnosti odpovědí. Vzdělávacích akcí se celkově zúčastnilo 524 praktických lékařů.

Součástí seminářů byl kromě toho výběr účastníků pro další fázi projektu – možnost přihlásit se probíhala na principu dobrovolnosti a využilo ji celkem 338 lékařů.

**b) Fáze jednoročního sledování a vyhodnocení péče o nemocné s ICHDK:** V rámci této části projektu byla provedena evidence a následné jednoroční sledování pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin v ordinacích praktických lékařů. Do studie mohli být zařazeni nemocní s již známou diagnózou ICHDK (například po úspěšné revaskularizaci) nebo nemocní aktivně nově odhalení. Pro každého zařazeného pacienta byl vyplněn, buď elektronicky, nebo v papírové podobě, formulář obsahující anamnestické údaje, klinické a laboratorní vyšetření, údaje o způsobu dosavadní léčby. Vstupní vyšetření obsahovalo tyto údaje: klasifikaci stadia ICHDK (dle Fontaina), kardiovaskulární anamnézu, dosavadní anamnézu léčby ICHDK (revaskularizace končetinových tepen, PTA, bypass), evaluaci rizik: hypertenze, diabetes mellitus, renální insuficience, dyslipidemie, kouření. Klinické vyšetření zahrnovalo změření váhy, výšky, systémového tlaku, obvodu pasu, stanovení BMI. Krevní odběry na stanovení celkového cholesterolu, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu a triglyceridů byly analyzovány v místních biochemických laboratořích. Zaznamenána byla terapie a její dávkování, jmenovitě statiny, protidestičkové látky, vazodilatancia a provádění tréninku chůzí.

Jednotlivé sledované parametry a údaje byly v dalším období opakovaně hodnoceny při ambulantních kontrolách prováděných ve tříměsíčních intervalech. Celkem tedy v rámci jednoročního sledování proběhlo pět vyšetření (vstupní, tři kontrolní a závěrečné).

Noví pacienti byli do studie zařazeni na základě klinického vyšetření a neinvazivního měření systolických tlaků na dolních a horních končetinách za klidových podmínek a výpočtu indexu kotník/paže (ABI). Toto měření provedl zaškolený praktický lékař nebo spolupracující angiolog. Výpočet hodnot ABI byl prováděn pro každou končetinu zvlášť na základě poměru nejvyšší naměřené hodnoty na dolní končetině k nejvyšší hodnotě z tlaků na pažích. Hodnoty ABI nižší než 0,9 byly považovány za průkaz

proLékaře.cz | 18.11.2026



přítomnosti obliterujícího tepenného onemocnění na dolních končetinách. Ke stanovení výše tlaků bylo použito buď přenosných ultrazvukových dopplerovských přístrojů, nebo detekce a výpočtu pomocí automatizovaného přístroje BOSO ABI 100.

## Charakteristika souboru

Do sledování bylo zařazeno celkem 3 945 pacientů. Z tohoto počtu bylo do závěrečné analýzy možno zahrnout údaje o 3 596 pacientech (2 228 mužů, 1 368 žen, průměrného věku 68 let). Na jednu ordinaci praktického lékaře připadalo v průměru 18 zařazených pacientů.

Jak vyplývá z obr. 1, při vstupu do programu MOET největší část pacientů byla ve stadiu klaudikací – více než 50 % případů, třetina pacientů byla asymptomatických a 10 % mělo pokročilé stadium onemocnění odpovídající kritické ischemii nebo mělo takovýto stav v anamnéze.

Muži tvořili 62,2 % souboru, ženy 37,8 %. Každý třetí pacient s ischemií končetin byl při vstupu do projektu aktivním kuřákem. Zbývající dvě třetiny nekouřících byly složeny z odnaučených kuřáků (21,5 %) a pacientů, kteří nikdy nekouřili (44,5 %). 80 % pacientů mělo hypertenzi, 37 % se léčilo na diabetes, 16 % pacientů mělo v anamnéze cévní mozkovou příhodu a více než 20 % bylo po revaskularizačním výkonu na končetinových tepnách (viz tab. 1–3).

Průměrná hodnota BMI souboru (28,7) odpovídala kategorii nadváhy a také průměrné hodnoty obvodu pasu mužů (99 cm) i žen (93 cm) přesahovaly normální hodnoty.

Během jednoho roku trvání projektu nedošlo k významným změnám hodnot BMI a velikosti obvodů pasu, které zůstávaly v pásmu patologických hodnot. Byla přítomna mírná tendence ke snížení u obou parametrů.

Průměrné hladiny celkového cholesterolu, LDL-cholesterolu a triglyceridů byly v souboru při vstupu do projektu významně zvýšené (celk. cholesterol 6,2 mmol/l, LDL-cholesterol 3,7 mmol/l, triacylglycerolemie 2,3 mmol/l), neodpovídající žádoucím hodnotám lipidogramu u nemocných s vyjádřeným kardiovaskulárním onemocněním.

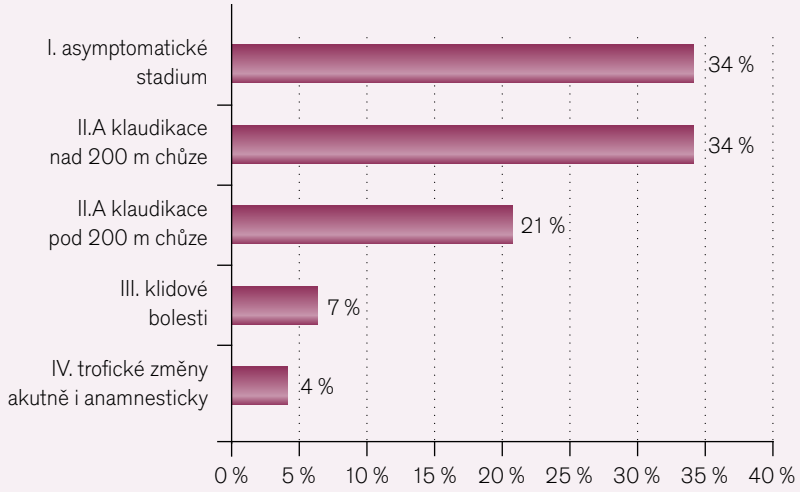
## Výsledky

**Definitivní statistické vyhodnocení ještě probíhá, proto jsou zde uváděny hlavní trendy.**

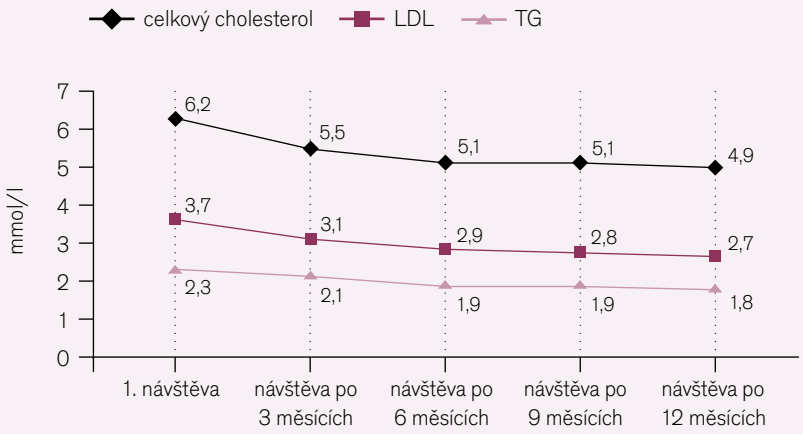
### a) Vývoj hladin lipidů

Situace v medikamentózní léčbě nemocných, kteří již na začátku studie měli známou diagnózu ICHDK, nebyla uspokojivá: statiny byly předepisovány 46 % nemocných se známou diagnózou ICHDK. Příznivější situace byla v případě protidestičkových léků, které byly předepisovány 86 % pacientů. V závěru studie bylo statiny léčeno 97 % nemocných (v léčbě dominoval simvastatin u 62 %, dále atorvastatin v 33 %), 88 % nemocných dostávalo antiagregační léčbu.

Vývoj průměrných hodnot lipidů v průběhu programu MOET v celém sledovaném souboru pacientů uvádí obr. 2. Z výchozích patologických hodnot došlo za 12 měsíců k významnému poklesu jak celkového cholesterolu, tak LDL-cholesterolu (průměrná hodnota LDL-cholesterolu však i na konci sledování dosáhla doporučovaných cílových hodnot u 39 % léčených) i triglyceridů. Nicméně ani finální průměrné hodnoty nejsou v relacích platných doporučených cílových hodnot (pokles na hodnoty celk. chol. 4,9 mmol/l, LDL-chol. 2,7 mmol/l, TG 1,8 mmol/l).




**Obr. 1. Klasifikace dle Fontainea při vstupu do studie.**




**Obr. 2. Vývoj hodnot lipidů (N = 3 596).**

### b) Vývoj hodnot krevního tlaku

U pacientů s ICHDK a současně s hypertenzí byla před zařazením do sledování antihypertenzní léčba vedena tak, že doporučovaných hodnot TK (< 130/80) bylo dosaženo u 27 % nemocných. Pozitivní vývoj zaznamenala i antihypertenzní léčba – v závěru programu byla hypertenze dobře kontrolována u 51 % (obr. 3).

### c) Intervence kouření

V začátku projektu bylo 34 % kouřících nemocných s ICHDK. V průběhu jednoho roku zdůrazňováním významu zanechání kuřáckého

proLékaře.cz | 18.11.2026



návyku došlo ke snížení počtu aktivně kouřících – na 27 %.

### d) Symptomatická medikace ICHDK během sledování

Počet pacientů dostávajících tyto přípravky byl po dobu jednoročního sledování poměrně stabilní a pohyboval se mezi 65–67 %. Většina nemocných byla léčena buď naftidrofurylem, nebo pentoxifylinem, vzácně šlo o kombinaci obou léků.

### e) Vývoj choroby během sledování

V průběhu studie došlo u části zařazených pacientů ke změnám klinického stavu, které se projevily přesunem v klinické klasifikaci. Během roku sledování došlo k přesunu mezi jednotlivými kategoriemi nemocných ve smyslu snížení počtu závažnějších pacientů, a naopak došlo ke zvýšení množství asymptomatických nemocných (z 37 % na 50 %). Toto zlepšení nemohlo nastat vlivem revaskularizace, protože tomu neodpovídá nízký nárůst endovaskulárních nebo chirurgických výkonů během ročního sledování.

### f) Důvody nedokončení sledování

Celkem 232 pacientů nedokončilo program 12měsíčního sledování v celém rozsahu, z toho 85 zařazených pacientů zemřelo a tento počet odpovídá 2,3% mortalitě sledovaného souboru pacientů. U dalších 147 byly důvody jiné (nespolupráce, odstěhování se, dlouhodobá hospitalizace apod.). Roční mortalita daného souboru je nižší než očekávaná a je nutno dohledat, zda ze 147 ztracených osob pro sledování není u části důvodem též úmrtí.

## Závěr

Projekt MOET ICHDK zahájil dlouhodobou spolupráci praktických lékařů a angiologů s cílem zlepšit péči o nemocné s periferní aterosklerózou. Tito nemocní nejsou léčeni se stejnou intenzitou jako pacienti s jinými formami aterosklerózy. Nedostatečná intervence rizik byla zjištěna i v tomto souboru. Na druhou stranu edukací a tréninkem diagnostických dovedností byla nepochybně situace zlepšena jak v záchytu této choroby, tak v komplexním léčebném přístupu. Podařilo se zlepšit procento korigovaných hypertoniků, snížit významně hladiny celkového i LDL-cholesterolu, snížit procento aktivních kuřáků. Nepodařilo se ovlivnit zvýšenou hmotnost, i když nemocní byli v rámci léčebného plánu edukováni i o nutnosti zvýšeného pohybu v rámci tréninku chůzí.

Tato fáze projektu vedla k edukaci lékařů první linie jak provést definitivní diagnostiku choroby od fyzikálního vyšetření přes dopplerovské měření systolických tlaků končetin a stanovení ischemického indexu jako průkazu choroby. Protože z jiných studií je známo, že není významná variace tohoto měření mezi cévními specialisty, praktickými lékaři a zaškolenými sestrami [8], probíhají další jednání, zda měření ischemického indexu jako validního prognostického markeru zařadit jako součást preventivních prohlídek v ordinacích praktických lékařů.

Projekt MOET ICHDK zlepšil péči u všech forem nemoci. Intervence rizik a komplexní léčba periferní aterosklerózy se díky projektu

**Tab. 1. Počty lékařů a pacientů ve studii.**

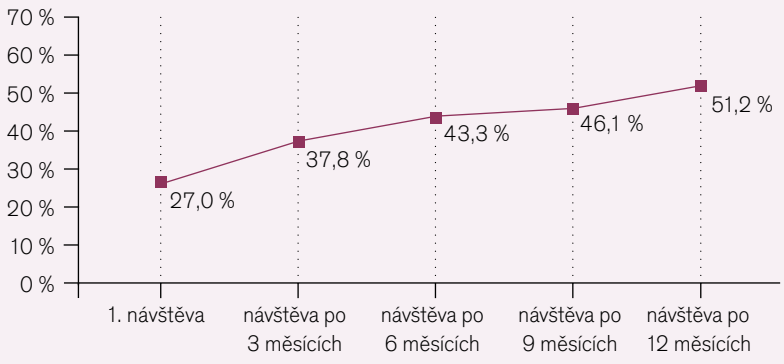
| | Celkem |
|---|---|
| počet lékařů ve studii | 217 |
| počet zařazených pacientů | 3 945<br>62,8 % mužů<br>37,2 % žen |
| průměrný věk | 68 let |
| průměrný počet zařazených pacientů na lékaře | 18 |

**Tab. 2. Procento kuřáků mezi zařazenými pacienty.**

| | Při vstupu do studie | Při výstupu ze studie |
|---|---|---|
| Kouření | % pacientů | % pacientů |
| nekuřák | 44,5 % | 44,5 % |
| kuřák | 34,0 % | 27,3 % |
| exkuřák | 21,2 % | 27,6 % |

**Tab. 3. Přidružená onemocnění a léčba ve vztahu k ICHDK.**

| | Při vstupu do studie (N = 3 596) | | Při výstupu ze studie (N = 3 596) | |
|---|---|---|---|---|
| Přidružená onemocnění | Ano | % pacientů | Ano | % pacientů |
| arteriální hypertenze | 2 871 | 79,8 % | 2 916 | 81,1 % |
| diabetes mellitus | 1 333 | 37,1 % | 1 381 | 38,4 % |
| CMP-TIA | 578 | 16,1 % | 609 | 16,9 % |
| PTA perif. | 402 | 11,2 % | 466 | 13,0 % |
| BYPASS perif. | 388 | 10,8 % | 427 | 11,9 % |
| renální insufucience | 316 | 8,8 % | 354 | 9,8 % |




**Obr. 3. Počet pacientů s cílovou hodnotou TK < 130/80.**

proLékaře.cz | 18.11.2026


zaměřily i na minimálně symptomatické nebo dokonce ještě asymptomatické jedince. Terapie adherentní k doporučením vedla k příznivému vývoji v dosahování cílových hodnot krevního tlaku a hladin lipidů. V závěru studie bylo 88 % nemocných správně léčeno protidestičkovou léčbou, všichni statinem, obezita zůstala nejhůře ovlivnitelným rizikem.

*Projekt MOET ICHDK zahájil etapu spolupráce mezi Českou angiologickou společností a Společností všeobecného lékařství JEP, která nyní vede k přípravě Doporučeného postupu pro diagnostiku a léčbu ICHDK v ordinacích primární péče. Studie vzbudila zájem o někdy opomíjenou diagnózu ICHDK, ukázala možnosti praktiků v jejím stanovování a současně význam kotníkového tlaku jako významného prediktoru prognózy. Jejím cílem bylo ukázat na důležitost vyhledávání i zatím asymptomatických jedinců. Vedla úspěšně praktické lékaře k racionální farmakoterapii, s důrazem na farmakologickou prevenci aterotrombotických komplikací, s odklonem od užívání vazoaktivních léků jako monoterapie.*

**Dík patří všem praktickým lékařům, kteří se projektu zúčastnili (program dokončilo 217 lékařů, jejichž jména spolu s místem působení jsou níže uvedena). Dík patří i realizační firmě Quatro Solutions, a. s., za sběr a vyhodnocení dat a organizaci seminářů.**

**Seznam praktických lékařů zapojených do projektu MOET a místa jejich ordinací:** Dagmar Antonínová, Vítkov; Pavel Audy, Tábor; Michal Bábíček, Chomutov; Miroslava Babková, Náchod; Denisa Bartošová, Jablonné v Podještědí; Josef Bejda, Dobruška; Robert Bejda, Dobruška; Iva Benešová, Bílovice n. Svitavou; Martin Beníček, Nezdenice; Eva Benková, Třebíč; Karel Beran, Smiřice; Šárka Běrská, Opava; Hana Bílková, Praha; Hana Boháčková, Luštěnice; Jana Bohmová, Domažlice; Ján Boldiš, Teplice; Edita Bosáková, Zlín; Alena Brabcová, Stráž nad Nisou; Petr Cedrych, Zahrádky; Dagmar Cornová, Dolní Poustevna; Jaromír Čech, Valašské Meziříčí; Hana Čechová, Praha; Zdeňka Čejglová, Kyjov; Božena Čermáková, Pardubice; Jana Černá, Přelouč; Helena Černá, Praha; Rudolf Červený, Plzeň; Dagmar Čížková, České Budějovice; Karel Dáňa, Nymburk; Tomáš Deml, Dvůr Králové nad Labem; Božená Dlouhá, Kladno; Rudolf Doležal, Břeclav; Marta Doubková, Jihlava; Věra Doutnáčová, Ústí nad Labem; Dana Drešerová, Bystřice p. Hostýnem; Jana Duchková, Plzeň; Alena Dušková, Praha; Jiřina Dvořáčková, Zlín; Stanislava Dyňková, Nymburk; Veronika Fabiánová, Kolín; Lydie Fajtová, Ústí n. Labem; Eva Farská, Ústí n. Labem; Katarina Feureislová, Praha; Lubomír Flemr, Žebrák; Eva Foltýnová, Zlín; Petr Grenar, Uhlířské Janovice; Helena Hájková, Ostrava; Jaroslava Hájková, Polná; Zuzana Hašková, Ústí nad Labem; Jaroslav Havlíček, Třešť; Alena Hednlová, Zeleneč; Otto Herber, Kralupy n. Vl.; Barbora Heřmanská, Praha 4; Eva Hlavičková, Pelhřimov; Milena Hofmanová, Praha; Sylva Holíková, Karlovy Vary; Alena Homolková, Brno; Kristina Horáková, Kutná Hora; Miroslav Horn, Měčín; Ivana Horová, Letohrad; Pavel Hottmar, Smiřice; Helena Hovorová, Praha; Darina Hradilová, Bystřice pod Hostýnem; Miroslava Chabrová, Chomutov; Sylva Chvílová, Opava; Vincent Izakovič, Břeclav; Pavel Izakovič, Hronov; Eva Jančová, Praha; Zdeňka Janečková, Praha; Daria Janková, Praha; Zdeňka Janoušková, Měřín; Anna Jashari, Brno; Alena Ježdíková, Praha; Jogendra Joghee, Česká Lípa; Sylva Juřičková, Rožnov p. Radhoštěm; Eva Kadlecová, Pozořice; Věra Kaftanová, Praha; Evženie Kalinová, Praha; Eva Kaňková, Nymburk; Jiří Klement, Dubá; Jitka Klemperová, Chotěšov; Martina Kličková, Ostrava; Iljä Knotek, Brno; Marie Koláčná, Neštěmice; Jaroslava Kolblová, Ondřejov; Radvana Komperová, Brno; Helena Kopecká, Štěkeň; Irena Kopecká, Praha; Miloš Kopřiva, Plzeň; Václav Kotásek, Pardubice; Tomáš Koudelka, Žirovnice; Michaela Kovářová, Volyně; Petr Kožoušek, Ústí nad Labem; Petr Krejcar, Přelouč; Ivana Krystlíková, Most; Olga Kubíčková, Volyně; Pavla Kučerová, Pardubice; Marie Kučerová, Čkyně; Milada Kudrnová, Zlín; Irena Kudrnovská, Praha; Alena Kunešová, Plzeň; Eva Kusáková, Praha; Lenka Kušičková, Plzeň; Eva Kuželová, Kněžmost; Miroslav Lacina, Hradec Králové; Romana Langová, Česká Třebová; Jaroslava Laňková, Kamenice nad Lipou; Jarmila Lejsková, Pěnčín; Vlasta Linhartová, Plzeň; Pavel Lisický, Záluží u Litvínova; Lenka Lískovcová, Mladá Boleslav; Jana Ludvíková, Plzeň; Martina Malá, Praha; Ivana Malíková, Praha; Jiří Manoušek, Ostrava; Marie Manoušková, Ostrava; Lenka Martínková, Dolní Podluží; Alena Mašková, Praha; Andrea Matulová, Ostrava; Martin Meloun, Pardubice; Petra Mestická, Chodov; Petr Michal, Přelouč; Bořek Mikuláš, Praha; Jana Miloševičová, Nový Jičín; Zuzana Miškovská, Praha; Iva Mlezivová, Plzeň; Darina Muroňová, Slezská Ostrava; Jana Musilová, Jamné u Jihlavy; Anežka Nakládalová, Brno; Josef Navrátil, Kroměříž; Anna Nejedlá, Ústí n. Labem; Petr Němeček, Olomouc; Martin Nerad, Vlachovo Březí; Viktoria Nevařilová-Zrzavá, Nový Knín; Marie Nováková, Ždírec nad Doubravou; Pavel Obdržálek, Zlín; Jana Ouškova, Liberec; Karel Panocha, Most; Ivana Panochová, Most; Hana Papřoková, Frýdek-Místek; Magda Pavlíková, Brno; Ivana Pavlová, Hrádek nad Nisou; Lenka Pázlerová, Hradec Králové; Jarmila Pejcharová, Velké Meziříčí; Jitka Pekarovičová, Sezimovo Ústí; Václav Pika, Ostrava; Jana Plachá, Brno; Hilda Plasgurová, Ostrava; Miloš Ponížil, Hrušovany nad Jeviš.; Hana Procházková, Ostrava; Irena Proxocá, Poděbrady; Erich Pudich, Ludgeřovice; Zdeňka Pustková, Ostrava; Marie Raisiglová, Praha; Zdeňka Rákosová, Železný Brod; Květa Rosinová, Hrádek n. Nisou; Miroslava Rosypalová, Ostrava; Yvetta Rudzká, Český Těšín; Dagmar Řehořová, Dolní Benešov; Eva Řepišťáková, Ostrava; Eva Sasáková, Rožnov p. Radhoštěm; Eva Sedláčková, Plzeň; Marie Sedláková, Neštěmice; Naděžda Sehnalová, Obříství; Viera Sekyrová, Kolín; Jitka Sevelková, Tlučná; Věra Schoblová, Brno; Ivana Skalická, Kutná Hora; Dana Smítková, Frymburk; Milan Staněk, Velké Bílovice; Jana Stáňová, Rokycany; Helena Stoklásková, Šlapanice u Brna; Magdaléna Suchá, Nové Město n. Metují; Jitka Svítilová, Jihlava; Božena Šafrová, Praha; Hana Šedivá, Malšice; Ladislava Šíchová, Třeboň; Šárka Škapová, Frýdlant n. Ostravicí; Ivo Šlosar, Jirkov; Helena Šnajbergová, Praha; Radana Šoltésová, Třinec; Ivo Špaček, Ostrava; Helena Špinková, Litvínov; Alena Štětinová, Klášterec; Petra Šugárková, Ostrava; Irena Šupová, Plavy; Jiří Šurda, Velké Meziříčí; Jiří Šváb, Litultovice; Renata Talandová, Vsetín; Alena Tichá, Ostrava; Iva Tichá, Praha; Tomáš Tichý, Ostrava; Alena Tilšerová, Hradec Králové; Václav Tomášek, Ostrava; Jarmila Trnčíková, Praha; Jolana Trochtová, České Budějovice; Alexandr Tymich, Praha; Anna Uglajová, Praha; Jiří Váňa, Teplice; Kamila Vančurová, Čáslav; Jan Vaník, Týniště nad Orlicí; Eva Vašíková, Otice; Michal Večerel, Vratimov; Ladislav Vencl, Chomutov; Ilona Vilímová, Havlíčkův Brod; Jana Vojtíšková, Praha; Soňa Voslařová, Liberec; Marie Vošahlíková, Plzeň; Vladimír Zahradník, Děčín; Zuzana Zatloukalová, Jihlava; Daniela Zdobinská, Praha; Romana Zedníková, Klášterec; Jiří Zelený, Černožice n. L.; Hana Zikudová, Hradec Králové; Václav Zima, Chlumec nad Cidlinou; Magdalena Zýmová, Praha

proLékaře.cz | 18.11.2026



## Literatura


**1.** Norgren L, Hiatt WR, Dormandy MR et al. TASC II Working Group. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). J Vasc Surg 2007; 45: S5A–S67A.

**2.** Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzer NR et al. CC/AHA 2005 guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): executive summary a collaborative report from the American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease) endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; National Heart, Lung, and Blood Institute; Society for Vascular Nursing; TransAtlantic Inter-Society Consensus; and Vascular Disease Foundation. J Am Coll Cardiol 2006; 47: 1239–1312.

**3.** Hirsch AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D et al. Peripheral arterial disease detection awareness, and treatment in primary care. JAMA 2001; 286: 1317–1324.

**4.** Blacher J, Cacoub P, Luizy F et al. Peripheral arterial disease versus other localizations of vascular disease: The ATTEST study. J Vasc Surg 2006; 44: 314–318.

**5.** Welten GM, Schouten O, Hoeks SE et al. Long-term prognosis of patients with peripheral arterial disease: a comparison in patients with coronary artery disease. J Am Coll Cardiol 2008; 51: 1588–1596.

**6.** McDermott MM, Guralnik JM, Ferucci L et al. Asymptomatic peripheral arterial disease is associated with more adverse lower extremity characteristics than intermittent claudication. Circulation 2008; 117: 2484–2491.

**7.** Diehm C, Schuster A, Allenberg et al. High prevalence of peripheral arterial disease and comorbidity in 6 880 primary care patients: cross sectional study. Atherosclerosis 2004; 172: 95–105.

**8.** Diehm C, Allenberg JR, Pittrow D et al. German Epidemiological Trial on Ankle Brachial Index Study Group. Mortality and vascular morbidity in older adults with asymptomatic versus symptomatic peripheral artery disease. Circulation 2009; 120: 2053–2061.

**9.** Holland-Letz T, Endres HG, Biedermann S et al. Reproducibility and reliability of the Antle-brachial index as assessed by vascular experts, family physicians and nurses. Vasc Med 2007; 12: 105–112.

**10.** Karetová D, Vojtíšková J, Ingrischová M. MOET – Projekt časné detekce ischemické choroby dolních končetin a její efektivní terapie. Practicus 2008; 7: 10–14.

**11.** Karetová D, Vojtíšková J, Ingrischová M. Zpráva o projektu MOET ICHDK – dílčí výsledky (podzim 2009). Practicus 2009; 8: 28–30.

**12.** Roztočil K, Karetová D, Vojtíšková J. Projekt MOET v České republice. Edukace angiologů i praktických lékařů v problematice ICHDK. Medical Tribune 2009; 14: C4–C4.


*Doručeno do redakce 20. 9. 2010*
*Přijato po recenzi 1. 10. 2010*

**doc. MUDr. Debora Karetová, CSc.[1]**
**MUDr. Jana Vojtíšková[2]**
**MUDr. Karel Roztočil, CSc.[3]**
**doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.[2]**
[1]II. interní klinika kardiologie a angiologie
1. LF UK a VFN, Praha
[2]Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Praha
[3]IKEM, Centrum transplantační
a vaskulární chirurgie, Praha
dkare@lf1.cuni.cz


## Kardiologie – Hurstův manuál pro praxi

*O´Rourke Robert A., Walsh Richard A., Fuster Valentin a kolektiv*




Překlad již 12. vydání světoznámé publikace HURST´S the HEART – Manual of Cardiology vychází poprvé v češtině! Manuál shrnuje klinickou část 12. vydání do praktické příručky, která předkládá čtenáři klíčové body kardiovaskulární patofyziologie, diagnostiky a léčby v přehledné a didakticky přístupné formě a která by neměla chybět při žádné lékařské vizitě nebo vyšetřování nemocného u lůžka.

Publikace je poslední, zcela aktuální kompendium diagnostiky a léčby širokého spektra nemocných s kardiovaskulárními chorobami. Obsahuje užitečné klinické informace související se srdečními onemocněními pro všechny, kteří s těmito nemocnými přicházejí do styku, a poskytuje tyto informace v koncizní praktické formě.

Publikaci sepsal stejný autorský kolektiv jako "velkou publikaci" HURST´S the HEART, manuál však obsahuje oproti této knize navíc tabulky a algoritmy doporučených postupů, které umožňují rychlou a praktickou orientaci v problému a volbu odpovídajícího diagnosticko-léčebného postupu.

Bohatě obrazově dokumentovaná publikace obsahuje více než 600 obrázku a tabulek. Je určena zejména kardiologům, internistům, lékařům prvního kontaktu (PL, RZP).

ISBN: 978-80-247-3175-9, pevná vazba, dvojbarevná publikace, 800 stran, 1 190 Kč.