

## **Závěr a doporučení:**

V současné době je PTA metodou první volby v léčbě chronické kritické končetinové ischemie. V našem souboru je statisticky nejvýznamněji prokázána závislost záchrany končetiny v závislosti na počtu průchodných tepen po PTA. Tento nález nás opravňuje k výkonům na všech postižených tepnách a utvrzuje v předpokladu, že se máme vždy snažit o co nejrozsáhlejší intervenci na všech tepnách, na kterých je třeba i jen minimální pravděpodobnost úspěchu.

Lékař, který dlouhodobě sleduje a zná klinický nález na končetině, má indikovat PTA infrapopliteálních tepen. V případě neuspokojivého nálezu na končetině je možno provést PTA i tehdy, kdy je postižena třeba i jen jedna bérková tepna, nebo kdy jsou postiženy pouze periferní tepny. V našem souboru jsme do konce roku 2004 provedli celkem 36 takových intervencí, kdy byla postižená pouze jedna bérková tepna, zbylé dvě byly normální. V této podskupině bylo provedeno pro gangrénu 45 % výkonů, pro tkáňové defekty 20 %, pro klidové bolesti 9 %, pro flegmónu 3 %, pro nehojící se amputační pahýl 14 %, pro klaudikace 6 % a z jiných důvodů 3 % intervencí. Záchrana končetiny je v tomto souboru 91 %. **I z tohoto vyplývá, že pro intervence na infrapopliteálních tepnách mohou být indikováni nemocní s minimálním postižením například i jedné bérkové tepny.**

**Pokud se o intervenci nepokusíme, nelze zodpovědně říci, že je PTA nemožná. Agresivnější přístup k infrapopliteálním intervencím přináší větší šanci na záchranu končetiny, v případě potřeby jsou PTA a. plant. i a. dors. pedis proveditelné a výkony na těchto tepnách mohou rozhodovat o celém úspěchu intervence.**

V našem souboru jsme prokázali menší úspěšnost PTA infrapopliteálních tepen u některých skupin nemocných, avšak i za těchto nepříznivých okolností, které negativně ovlivňují výsledek prováděné intervence, existují i v těchto podskupinách nemocní, kteří z PTA bérkových tepen mohou profitovat, a proto by intervence měly být prováděny u všech pacientů, kteří mají nález na DK odpovídající CLI a při konzervativním postupu se nehojí a u nichž je alespoň malý předpoklad úspěchu. Selektce pacientů na našem pracovišti je minimální a výkony prováděné často až za hranicí možností (výkony, které jsou daleko za hranicemi TASC D kritérií a ve většině případů se jedná o těžké, difuzní postižení přívodných tepen, těžké postižené dlouhých segmentů všech bérkových tepen a často i při velmi špatném, při AG vyšetření často neprokatelném výtoku) jsou pro pacienty přínosné.

- 1) Tyto intervence jsou téměř stejně účinné i při různých přidružených onemocněních, a ani dialyzovaní a diabetici by neměli být při indikacích pro PTA diskriminováni.**
- 2) Při výkonu bychom se měli snažit o zprůchodnění všech tepen, včetně periferie.**
- 3) I těžké postižení všech tepen, včetně přívodných a periferních, primárně většinou nevyklučuje pokus o intervenci. Existuje jen velmi malý počet nemocných, u kterých PTA nelze provést.**
- 4) MR AG a UZ tepen DK je zatím pouze orientační, může však vyloučit postižení břišní aorty a pánevních tepen a tak nám dává možnost k provedení antegrádní angiografie a případně intervence na bérkových tepnách v jedné době. V současnosti by tyto zobrazovací modalitty mohly sloužit ke sledování výsledku infrapopliteální PTA, nikoli k primární diagnostice.**
- 5) Měření periferních tlaků u diabetiků není relevantní, hodnoty vzhledem k mediokalcinóze jsou zkreslené. Měření transkutánních kyslíků není vhodná diagnostická metoda, může sloužit jako kontrola efektivity provedené intervence.**
- 6) Nutno odlišit venózní a ischemické defekty, při smíšené etiologii může PTA bérkových tepen přispět k vyhojení defektů.**
- 7) Při diagnostických rozpacích je menším pochybením a rizikem pro nemocného provedení angiografického vyšetření s posouzením možné intervence než případné provedení amputace.**