

Dochází u nás k poklesu amputací dolních končetin?

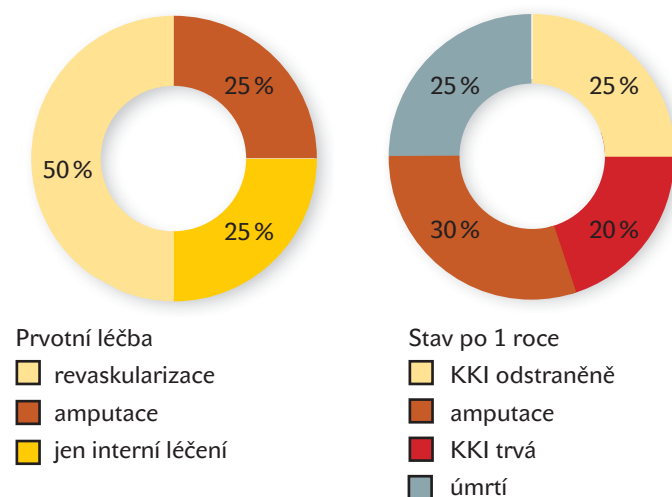
Podle **Ottova slovníku naučného z roku 1889** „amputace (z lat. amputare, odříznouti) jest výkon ranlékařský, jímž odnímá se některý úd těla lidského. Nejčastěji však vyrozumívá se amputací zkomolující výkon taký na končetinách. Amputace končetin konána byla již ve starém věku. Hippokrates a žáci jeho konali odnětí v části odumřelé nebo na rozhraní této a částí zdravých... Amputace končetin koná se při rozšířených a závažných poraněních měkkých částí, cev a kostí, při rozsáhlých vředech, velice rozšířených zánětech hnisavých...“

V minulém století byla jednou z příčin amputací končetin Búrgerova choroba, chronické zánětlivé onemocnění nejasné etiologie. Tato choroba vzbuzovala hrůzu, neboť často vedla k amputacím. V druhé polovině 20. století tato nemoc u nás téměř vymizela a hlavním tepenným onemocněním zůstala ateroskleróza, která postihuje zejména tepny věnčité, mozkové a tepny dolních končetin. I v současnosti bohužel dochází k amputacím končetin při odúmrtí periferních částí končetin. Nejčastější příčinou amputací je těžká nedokrevnost způsobená pokročilým chronickým obliterujícím tepenným onemocněním a také náhlé tepenné uzávěry. Amputace v souvislosti s úrazu tvoří jen 1,5–2% všech amputací a jiné důvody jsou zcela výjimečné. Amputace prstu obvykle nezpůsobí nemocnému potíže. Rozsáhlejší amputace v oblasti nohy a zejména amputace v oblasti bérce nebo stehna představují těžkou zdravotní a sociální újmu. Někteří nemocní, zejména starší, kteří mají ještě jiné choroby, se nenaučí používat protézu.

Z epidemiologických údajů vyplývá, že většina nemocných s chronickým tepenným onemocněním nemá potíže, má potíže atypické, nebo má potíže maskované jiným onemocněním. Typickým projevem choroby, avšak asi jen u třetiny postižených, jsou bolesti ve svalech, obvykle v lýtku při chůzi, které donutí nemocného kulhat a pak se zastavit (intermitentní klaudikace). Tito nemocní mají riziko amputace za pět let jen asi 1%. Všichni nemocní (i ti bez příznaků) však mají velké riziko onemocnění a úmrtí na srdeční infarkt, mozkovou mrtvici nebo na jiné srdeční a cévní onemocnění.

Nemocní s klaudikacemi, které se objeví při chůzi po rovině do 100m, nemocní se známkami těžké, kritické nedokrevnosti nohou, zejména nemocní s kožními vředy nebo dokonce gangrény, mají však riziko ztráty končetiny vysoké, asi 30% do jednoho roku! Ohrožení jsou zejména kuřáci a nemocní s diabetem mellitus. Léčba těchto pokročilých stadií chorob je velmi obtížná, nákladná a ne vždy úspěšná (obr. 1). Avšak ani amputace není zdravotní problematika nemocného vyřešena. V dalších

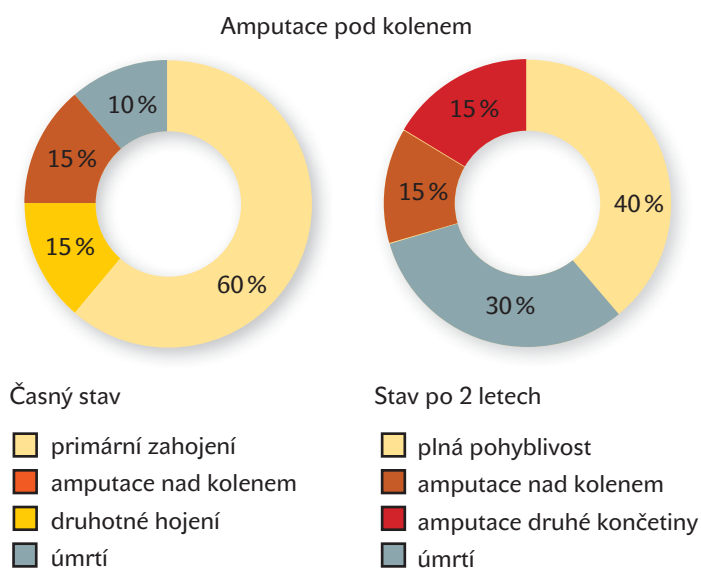
Kritická končetinová ischemie (KKI)



Obr. č. 1: Osud nemocných s kritickou končetinovou ischemií (např. s gangrénou)

Nejčastější příčinou amputací je těžká nedokrevnost

1–2 letech je u některých nemocných nutné přistoupit k další amputaci a především 25–30% pacientů zemře. Obr. 2 ukazuje situaci u nemocných, u kterých pro poměrně dobrý stav bylo možné zachovat kolenní kloub a provést amputaci až v bérce. Prognóza je horší než u většiny maligních chorob!

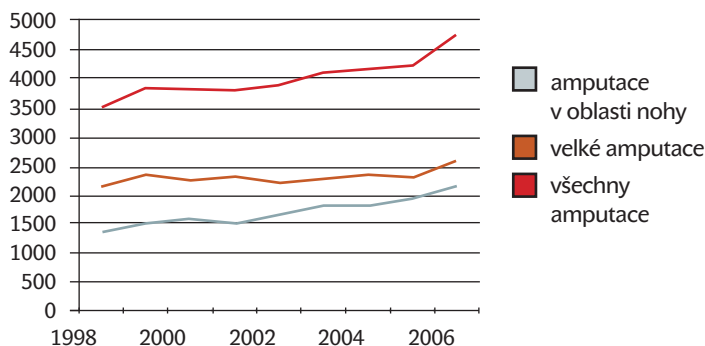


Obr. č. 2: Osud pacientů s amputací pod kolenem

Patofyziologickým podkladem kritické končetinové ischemie je nedostatečné prokrvení. V minulých desetiletích, s rozvojem revaskularizačních operací a později i s rozvojem katetrizačních, endovaskulárních revaskularizačních výkonů (např. angioplastik pomocí balonků), bylo z klinické praxe zřejmé, že se daří zachránit řadu končetin, které v předchozím období bylo nutno amputovat. Obnovením dostatečného krevního toku do končetiny se odumírání tkáně zastaví. Proto se očekávalo, že dojde ke snížení počtu prováděných amputací. Práce z Marylandu v USA z roku 1991 přinesla zklamání. Přes stoupající počty chirurgických i katetrizačních revaskularizací počty amputací neklesaly. Bylo to vysvětlováno tím, že ještě nebyly dostatečné zkušenosti s různými typy revaskularizací, zejména perkutánními angioplastikami. U části pacientů se prováděly příliš brzo (u pacientů s poměrně malým postižením). U části naopak příliš pozdě, kdy již jsou nevratné změny ve vlasečnicích. V dalších letech byly zveřejňovány práce, z nichž alespoň některé ukázaly pokles počtu amputací, zejména ve velkých městech, v některých věkových skupinách a u diabetiků. Někteří autoři dokládali současný vzestup revaskularizačních výkonů. V roce 2006 byla publikována práce, která přesvědčivě prokázala pokles amputací o 13% v nemocnicích v USA v letech 1998 až 2003. V uvedeném období ve Spojených státech mírně klesaly po-

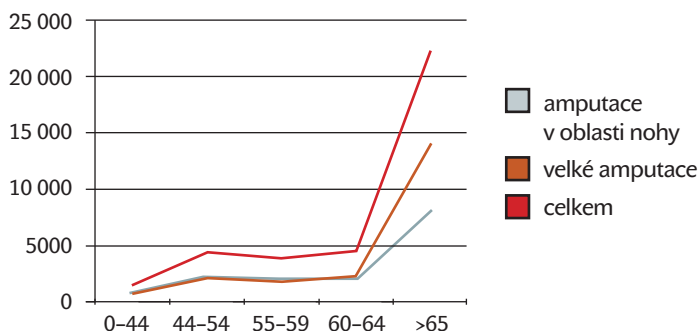


Malých amputací v oblasti nohy, zejména prstů, přibývá



Graf č. 1: Amputace v České republice v jednotlivých letech v období 1998–2006 podle registru hospitalizovaných. Všechny amputace, amputace v oblasti nohy a velké amputace.

AMPUTACE V ČR PODLE VĚKOVÝCH SKUPIN ZA 9 LET (v letech 1998–2006)



Graf č. 2: Všechny amputace v České republice (podle registru hospitalizovaných) za 9 let (období 1998–2006) v různých (nerovnoměrných) věkových skupinách v oblasti nohy, velké amputace a všechny amputace. Osa x = věkové skupiny, osa y = počty amputací za dané devítileté období.

čty cévních operací, avšak počty katetrizačních revaskularizací stouply o 40%. U nás se v posledních letech značně rozšiřují počty katetrizačních, endovaskulárních revaskularizačních výkonů. Pravděpodobně, jako v jiných zemích, již převyšují provedené cévní operace. Naše cévní chirurgie má dlouhou tradici a počty prováděných revaskularizačních zákroků odpovídají vyspělým západním zemím (47/100 000 obyvatel za rok).

Počty provedených velkých amputací, to je amputací v oblasti stehna nebo bérce, jsou také srovnatelné, je to 25/100 000 za rok. Graf č. 1 však ukazuje nepříznivý vývoj počtu amputací v celé naší republice v letech 1998 až 2006. Údaje vycházejí ze záznamů z hospitalizací na chirurgických pracovištích, kde se uvádí jen jeden kód hlavního chirurgického výkonu. Výsledky zpracovává Ústav zdravotnické statistiky a informací v Praze.

Počty provedených velkých amputací se téměř nemění. První a poslední údaj naznačuje vzestupný trend. Jistě nelze prokázat pokles. Zřetelný vzestup počtu amputací je u malých amputací, to je amputací v oblasti nohy, zejména prstů. To se pak však odrazilo ve vzestupu celkového počtu amputací.

Vysvětlení tohoto nepříznivého vývoje není jednoduché. Zdá se, že k poklesu amputací v populaci dochází až po delší době po zavedení revaskularizačních výkonů do praxe. Je pravděpodobné, že častějším prováděním malých amputací se chirurgové snaží zabránit velkým amputacím.

Na vzestupu počtu amputací se podílí i zřetelné stárnutí populace. Střední délka života při narození byla v roce 1990 u mužů 67,6 let, u žen 75,4 let. V roce 2007 byla 73,67 respektive 79,9 let. To je prodloužení o celkem 6 let u mužů a 4,5 let u žen. Graf č. 2 ukazuje, jak se stoupajícím věkem prudce stoupá počet provedených amputací. A dalším faktorem, který se jistě uplatňuje, je vzestup počtu diabetiků – od roku 1990 o 57 procent.

Jak situaci zlepšit? Z celospolečenského hlediska je nutné stále propagovat (a nezpochybňovat) primární prevenci kardiovaskulárních i mnoha jiných chorob zejména zdravým životním stylem. Sekundární prevenci kardiovaskulárních chorob je třeba důsledně provádět u všech osob se známým kardiovaskulárním onemocněním, i když nemusejí mít potíže. Měla by být stejná jako u nemocných po srdečním infarktu. Všichni lékaři, zejména praktičtí, diabetologové a internisté, by měli věnovat větší pozornost diagnostice i komplexní léčbě i počínajícím a mírných stadií tepenných onemocnění.

Každý nemocný, u kterého je ohrožena životnost končetiny, se musí dostat bez odkladů na specializované pracoviště, které je schopno zajistit optimální způsob péče, zejména provést vhodný způsob revaskularizace. Je proto třeba dobudovat síť ambulantních i nemocničních angiologických pracovišť.

Je nepochopitelné, že nyní (konec roku 2008) ministerstvo zdravotnictví značně ztížilo novým lékařům přístup k angiologii. Ta nyní, jako jediný z interních podoborů, nepatří k atestačním oborům. Zájemci o tento obor se budou připravovat mnohem delší dobu a budou moci samostatně pracovat nejméně po dalších třech letech po složení interní atestace.

Závěr

Ve vyspělých zemích světa dochází k poklesu počtu prováděných amputací dolních končetin pro tepenná onemocnění. Je to považováno za projev zlepšené péče o tyto nemocné. U nás bohužel k poklesu počtu prováděných amputací nedochází. Vysvětlením je stárnutí populace a přibývání nemocných s diabetes mellitus. Je nutné zlepšit péči o tyto pacienty dobudováním sítě angiologických pracovišť. ■

Literatura na www.sanquis.cz