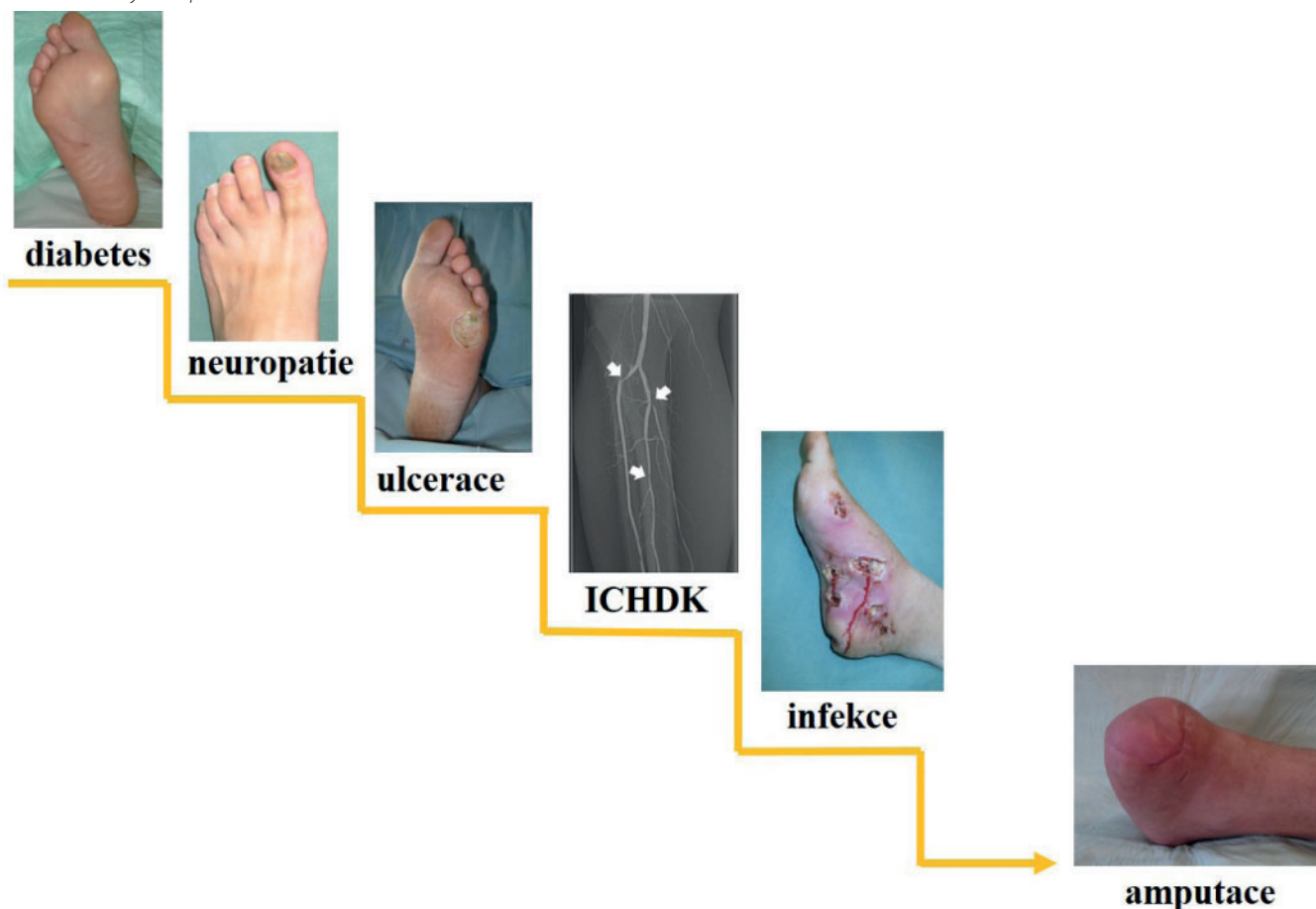


Obr. 3. Schody k amputaci

patogenetickým faktorem je i autonomní neuropatie, která působí hyperemii především shuntovou cirkulací. Noha je proto zdánlivě dobře prokrvená, teplá až oteklá, avšak je snížený průtok nutritivními kožními a svalovými kapilárami (11). Diabetická neuropatie se vyšetřuje pomocí Semmes-Weinsteinových monofilament (hmotnost 10 g), kde se hodnotí počet správně lokalizovaných dotyků monofilamenta na noze. Biothesiometr je pak používán ke stanovení vibrační citlivosti na noze. Výsledek je uveden ve voltech (V) a při hodnotě nad 25 V pak hovoříme o těžké periferní neuropatii. Další možností vyšetření periferní neuropatie je např. elektromyografie, skříninkovou metodou může být vyšetření pomocí tzv. Neuropadu.

Ischemická choroba dolních končetin (ICHDK) je závažnou pozdní komplikací diabetu, která nejenže může vést ke vzniku ulcerací nohy, ale je i velmi častou příčinou amputací. Diabetici s ICHDK mají poškozenou především nutritivní kapilární cirkulaci, kterou nelze ztožňovat s diabetickou mikroangiopatií. Diabetická mikroangiopatie tak nepatří mezi přímé patogenetické faktory SDN. V počátečním stadiu ICHDK nemusí pacient pociťovat žádné příznaky. Později se může ischemie projevit typickým příznakem – klaudikačními bolestmi, které jsou u pacientů s diabetem poměrně vzácné. Příčinou je diabetická neuropatie a odlišná lokalizace stenóz. Diabetes je spojen s aterosklerotickými změnami lokalizovanými na dolních končetinách především ve femoropopliteální a podkolenní oblasti; na rozdíl od jiných rizikových faktorů (kouření, hypertenze), které postihují oblast

aorto-ileo-femorální (12). K diagnostice ICHDK se nejvíce používá měření periferních tepenných tlaků Dopplerem (index kotník/paže – normální rozmezí je 0,8–1,2), transkutánní kyslík (TcPO₂) na dorzu nohy a palcové tlaky. Standardem pro diagnostiku ICHDK, zejména před intervenčními cévními výkony (perkutánní transluminální angioplastikou – PTA, bypasseem), u pacientů s diabetem je MR či CT angiografie.

Dalšími rizikovými faktory SDN jsou zvýšená kožní teplota, limitovaná pohyblivost kloubů, nevhodná obuv, deformity nohou, ulcerace v anamnéze, předchozí chirurgické zákroky (amputace) na dolních končetinách a další přidružené diabetické komorbidity (např. diabetická retinopatie a nefropatie). Schéma patogeneze SDN je uvedeno na Obr. 4.

Léčba

Léčba syndromu diabetické nohy je často obtížná a její úspěšnost velmi závisí na jejím včasném zahájení. Základem je multidisciplinární přístup (13).

Mezi nejdůležitější opatření při léčbě diabetických ulcerací je jejich maximální odlehčení. Bez odstranění tlaku na ulceraci je hojení velmi obtížné, prodlužuje se významně jeho délka a je vysoké riziko přechodu akutního defektu do chronického stadia (14). Terapie chronického defektu je pak mnohem náročnější, nezdědka pak vyžaduje delší a nákladnou terapii. K odlehčení defektů využíváme celou řadu opatření a pomůcek. Mezi tyto pomůcky patří terapeutická obuv, kontaktní semirigidní fixace, ortézy, které se používají současně